

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu: Báo cáo chùm ca lâm sàng tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Nguyễn Thị Phương Anh*

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, đường Việt Đức, phường Lâm Hà, quận Kiến An, TP Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài 9/9/2022; ngày chuyển phản biện 13/9/2022; ngày nhận phản biện 3/10/2022; ngày chấp nhận đăng 7/10/2022

Tóm tắt:

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (Staphylococcal-scalded skin syndrome - SSSS) là một tình trạng ban đỏ bong vảy trên diện rộng do độc tố tróc vảy của *Staphylococcus aureus* gây ra. Bệnh này thường ảnh hưởng đến trẻ dưới 5 tuổi với triệu chứng thường gặp là bong vảy và phỏng rộp, bệnh thường đáp ứng nhanh với liệu pháp kháng sinh. Nghiên cứu báo cáo 4 trường hợp trẻ mắc SSSS, tất cả được xác định dưới 2 tuổi, nhập viện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Bệnh xuất hiện với các triệu chứng ban đầu kèm theo sốt, cả 4 trẻ đều phát hiện sớm, điều trị kháng sinh và truyền dịch nên có dấu hiệu hồi phục tốt.

Từ khóa: hội chứng bong vảy da do tụ cầu, kháng sinh, *Staphylococcus aureus*.

Chỉ số phân loại: 3.2

Staphylococcal-scalded skin syndrome: A case series at Hai Phong Children Hospital

Thi Phuong Anh Nguyen*

Hai Phong Children Hospital, Viet Duc Street, Lam Ha Ward, Kien An District,
Hai Phong City, Hai Phong Province, Vietnam

Received 9 September 2022; revised 3 October 2022; accepted 7 October 2022

Abstract:

Staphylococcal-scalded skin syndrome (SSSS) is a widespread, scaly erythematous condition caused by the exfoliative toxin of *Staphylococcus aureus*. This disease usually affects children under 5 years of age with common symptoms of scabbing and blistering, which often responds quickly to antibiotic therapy. The authors reported 4 cases of children with SSSS, all identified as under 2 years of age and admitted at Hai Phong Children Hospital. The disease appeared with initial symptoms accompanied by fever, all 4 children were early detected and treated with antibiotics, so they showed good signs of recovery.

Keywords: antibiotic, staphylococcal-scalded skin syndrome, *Staphylococcus aureus*.

Classification number: 3.2

1. Đặt vấn đề

SSSS hay hội chứng da dạng bong do tụ cầu là nhiễm trùng da cấp tính gây ra do các chủng tụ cầu vàng thuộc nhóm cấp tính II típ 3A, 3B, 3C, 55 và 71. SSSS thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, nhưng nhiều hơn ở trẻ dưới 3 tháng tuổi, đặc biệt hay gặp ở lứa tuổi sơ sinh và có xu hướng bùng phát thành dịch do sự lây nhiễm và có nguy cơ đe dọa đến tính mạng. Trong trường hợp nhiễm trùng, bề mặt da bị bong ra, da như bị bỏng bởi chất lỏng nóng [1]. Tỷ lệ mắc SSSS thấp và được xếp vào danh sách một trong những bệnh hiếm gặp. Tuy hội chứng thường gặp ở những trẻ nhỏ dưới 2 tuổi nhưng người lớn có tình trạng suy giảm miễn dịch và bệnh thận cũng có nguy cơ cao mắc phải. Trong bài báo này, nhóm nghiên cứu trình bày 4 trường hợp dưới 2 tuổi bị SSSS, nhấn mạnh vai trò chẩn đoán, phát hiện và điều trị sớm hội chứng này.

2. Báo cáo các ca lâm sàng

2.1. Ca lâm sàng 1

Bệnh nhi nam, 6 tháng tuổi, đẻ thường, nhập viện với lý do sốt cao, ho kèm có tổn thương bề mặt da. Bệnh diễn biến 3 ngày với triệu chứng khởi phát là sốt cao và ho đờm, sốt theo cơn, nhiệt độ dao động 38-39,5°C, trẻ có quấy khóc và bỏ bú trong cơn sốt. Đến ngày thứ 2 sau khi sốt, bề mặt da vùng mặt, cổ bắt đầu hình thành những tổn thương bị bào mòn khô, vùng tổn thương nhanh chóng lan ra vùng lân cận. Tiền sử bệnh của trẻ và gia đình đều chưa phát hiện bất thường. Khám thấy bệnh nhi sốt cao 39°C, phát hiện tổn thương da ở vùng mắt, mũi, miệng, cổ và lan xuống một

*Email: pa376550@gmail.com

ít ở ngực, dấu hiệu của Nikolsky dương tính (hình 1). Các xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy: Ca^{2+} 1,09 mmol/l, định lượng sắt huyết thanh 18,38 $\mu\text{mol/l}$, định lượng CRP 80,06 mg/l, IgA 13 mg%, bạch cầu đa nhân trung tính 8,44 g/l, hồng cầu 3,08 T/l, huyết sắc tố 99,2 g/l, hematocrit 28%. Hình ảnh Xquang ngực thẳng cho hình ảnh viêm phế quản. Nuôi cấy vi khuẩn tìm thấy khuẩn *Staphylococcus aureus*. Sau khi được thăm khám và chẩn đoán bệnh, trẻ được yêu cầu điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.



Hình 1. Hình ảnh tổn thương da ở vùng mặt và cổ của trẻ.

Phác đồ điều trị của trẻ bao gồm: kháng sinh Ceftriaxone liều 100 mg/kg/ngày + Selemycin liều 15 mg/kg/ngày, truyền NaCl 0,9% kèm thuốc kháng Histamin. Chăm sóc tại chỗ bằng các dung dịch Jarish, Vaseline, Amthimucin. Sau 3 ngày điều trị, tình trạng trẻ có dấu hiệu chuyển biến tích cực: da khô, đã bong vảy, hết sốt, ăn uống được, vẫn còn ho. Xét thấy tình hình của trẻ, gia đình xin phép cho trẻ xuất viện, chăm sóc và theo dõi ở nhà.

2.2. Ca lâm sàng 2

Bệnh nhi nam, 24 tháng, đẻ thường, vào viện với lý do sốt cao kèm theo tổn thương da ở vùng mặt và lưng. Bệnh khởi phát 2 ngày trước khi vào viện với triệu chứng sốt cao, liên tục với nhiệt độ dao động 38,5-40°C. Đồng thời, những vết mụn nước li ti bắt đầu xuất hiện ở vùng mặt và lưng dẫn đến các khu vực tổn thương bị bong tróc da. Ngoài ra, trẻ còn bỏ ăn, thường xuyên quấy khóc. Tiền sử của bệnh nhi và gia đình không phát hiện các dấu hiệu tương tự. Bệnh nhi cũng chưa sử dụng phương pháp điều trị nào trước khi vào viện. Lúc thăm khám lâm sàng thấy: trẻ sốt, nhiệt độ 38,5°C, quấy khóc nhiều. Tại vùng mặt có tổn thương bong tróc, sần đỏ vùng xung quanh mắt và miệng, dấu hiệu của Nikolsky dương tính. Vùng da ở sau lưng trẻ có nổi ban, bắt đầu hình thành các vết bong do khô (hình 2). Các xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhi bao gồm: hồng cầu 5,08 T/l, MCV (thể tích trung bình hồng cầu) 69,2 fL, MCH (lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu) 23,7 pg, bạch cầu 11,3 g/l, bạch cầu lympho 5,72 g/l. Nuôi cấy vi khuẩn âm tính. Các hình

ảnh siêu âm ổ bụng, Xquang ngực thẳng chưa phát hiện bất thường. Sau thăm khám, trẻ được chẩn đoán mắc SSSS, được chỉ định nhập viện điều trị và theo dõi tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.



Hình 2. Tổn thương da vùng mặt và lưng của trẻ.

Sau nhập viện, nhóm nghiên cứu điều trị cho bệnh nhi bằng phác đồ: kháng sinh Cefoperazone 100 mg/kg/ngày + Gentamycin 8 mg/kg/ngày kèm truyền dịch NaCl 0,9% và kháng Histamin Dimedrol. Chăm sóc tại chỗ bằng các dung dịch Jarish, Vaseline, Amthimucin. Sau 5 ngày điều trị nội trú, trẻ đã hết sốt, tự ăn uống được, tổn thương vùng da ở lưng đã khỏi hẳn, còn tổn thương ở vùng mặt đã hết sần đỏ, da bắt đầu kết vảy và bong ra. Sau ngày điều trị thứ 5, gia đình bé đã xin về chăm sóc, theo dõi trẻ tại nhà và tái khám theo định kỳ.

2.3. Ca lâm sàng 3

Bệnh nhi nữ, 2 tháng tuổi, đẻ thường, vào viện với lý do sốt cao kèm theo dấu hiệu bong tróc da vùng mặt nặng. Bệnh diễn biến được 3 ngày trước khi vào viện và khởi phát bằng những cơn sốt cao (38-40°C). Đến ngày thứ 2 sau khi sốt, da vùng mặt của bé bắt đầu nổi những bọng nước rồi nhanh chóng hình thành các vùng bị bào mòn, bong tróc cùng một vài tổn thương trợt tại vùng bị bong tróc kèm theo quấy khóc nhiều và bỏ bú. Trước khi vào viện, gia đình chưa dùng phương pháp/thuốc nào điều trị cho bé. Tiền sử của bé và gia đình chưa có dấu hiệu bất thường. Khám lâm sàng thấy: trẻ sốt cao 39,5°C, quấy khóc nhiều, tình trạng tổn thương da khá nghiêm trọng. Trên các vùng tổn thương, đặc biệt là xung quanh miệng và mắt, da mềm đã tụ lại thành các nếp gấp và sự co rút của nó đã để lại những vùng da sần sùi khiến người bệnh vô cùng đau đớn. Dấu hiệu của Nikolsky là dương tính (hình 3). Sau thăm khám lâm sàng, nhóm nghiên cứu quyết định cho bệnh nhi nhập viện điều trị và theo dõi tại Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.



Hình 3. Tồn thương xói mòn kèm đóng vảy xung quanh miệng của trẻ.

Sau nhập viện, nhóm nghiên cứu tiến hành điều trị cho bệnh nhi theo phác đồ: kháng sinh Vancomycin 40 mg/kg/ngày kết hợp với truyền dịch NaCl 0,9% và kháng Histamin Dimedrol. Trong điều trị tại chỗ, nhóm nghiên cứu cũng sử dụng phác đồ tương tự 2 ca lâm sàng trên (Jarish, Vaseline, Amthimucin). Trong quá trình điều trị, trẻ có dấu hiệu tiến triển tích cực. Sau 7 ngày điều trị và theo dõi tại viện, tình trạng của trẻ đã ổn định: trẻ hết sốt, ăn được, ít quấy khóc, các vùng da bị tổn thương đã bong ra gần hết và bắt đầu lên da non. Qua xem xét và thăm khám, nhóm nghiên cứu quyết định cho gia đình đưa bé về chăm sóc, theo dõi bé tại nhà và hẹn tái khám sau 1 tháng.

2.4. Ca lâm sàng 4

Bệnh nhi nam, 6 tháng tuổi, đẻ thường. Bệnh nhi vào viện với lý do sốt và nổi ban đỏ kèm bong tróc da ở vùng mặt, cổ và lưng. Vào 3 ngày trước khi vào viện, bệnh nhi bắt đầu sốt cao, sốt theo cơn, trong cơn sốt nhiệt độ dao động 38-39°C, trẻ quấy khóc nhiều, ăn uống ít. Vào 2 ngày sau khi sốt, trên mặt của trẻ bắt đầu xuất hiện các vết dát da, sau đó chúng nhanh chóng xói mòn gây bong tróc da, đặc biệt là vùng mắt và miệng, khiến trẻ đau đớn khi cử động miệng. Trước đó, gia đình chưa dùng thuốc gì điều trị cho trẻ. Qua thăm khám lâm sàng thấy: trẻ tỉnh, quấy khóc nhiều, sốt cao (38,5°C). Khám thấy có tổn thương da ở vùng mặt, cổ và lưng. Tại tổn thương vùng mặt, xung quanh mắt và miệng có nhiều vết dát kèm theo bong tróc da. Còn ở lưng và cổ, da trẻ nổi ban đỏ thành đám lớn, chưa có dấu hiệu bong da. Dấu hiệu của Nikolsky âm tính ở cả mặt, cổ và lưng (hình 4). Sau thăm khám và hỏi bệnh, trẻ được gia đình làm thủ tục nhập viện để điều trị và theo dõi thêm tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.



Hình 4. Các vết dát, bong tróc da ở vùng mặt và ban đỏ vùng lưng.

Qua thăm khám tình trạng của bệnh nhi, nhóm nghiên cứu tiến hành điều trị theo phác đồ: Vigentin dạng gói 30 mg/kg/ngày kết hợp với truyền dịch kháng Histamin Clopheniramin. Ngoài ra, trong điều trị tại chỗ, nhóm nghiên cứu cũng sử dụng giống như các bệnh nhi trên (Jarish, Vaseline, Amthimucin). Sau 3 ngày điều trị và chăm sóc, tình trạng của trẻ chuyển biến rất tích cực: trẻ hết sốt, không quấy khóc, ăn được nhiều và các vùng tổn thương da đang dần thu hẹp, một số chỗ đã khỏi hẳn như cổ và lưng. Theo tình trạng này, nhóm nghiên cứu chấp nhận yêu cầu xin về chăm sóc và theo dõi trẻ tại nhà của gia đình và hẹn tái khám định kỳ.

Sau khi tái khám theo định kỳ, tất cả bệnh nhi kể trên đều đã khỏi hẳn và không có biến chứng nào được ghi nhận.

3. Bàn luận

SSSS là một tình trạng da hiếm gặp, chủ yếu ảnh hưởng đến trẻ em. Lần đầu tiên được mô tả bởi nghiên cứu của P.J. Haasnoot và cs (2018) [2], nhiễm trùng do tụ cầu gây ra các vết phỏng rộp trên da. Da bị bong tróc là do chất độc tẩy da chết, loại A và B (ETA và ETB). Trẻ sơ sinh và trẻ em có nguy cơ mắc SSSS cao hơn do hệ miễn dịch chưa phát triển để sản xuất kháng thể chống lại ETs và khả năng bài tiết độc tố gây bệnh của thận không đủ. Tương tự như trẻ nhỏ, người lớn bị suy giảm miễn dịch hoặc người lớn mắc bệnh thận có tỷ lệ mắc SSSS cao hơn. Mặc dù hiếm gặp, nhưng hội chứng này có khả năng gây tử vong cao. Do đó, nếu có biểu hiện sốt kèm theo ban đỏ, đặc biệt là ở trẻ em, các bác sĩ da liễu nên đặc biệt coi SSSS TEN và phản ứng thuốc là chẩn đoán phân biệt. Điều trị kịp thời sớm cho tiên lượng tốt, nhưng điều trị chậm trễ, chẩn đoán không đúng và suy giảm miễn dịch, bệnh có thể tiến triển và dẫn đến viêm mô tế bào, viêm cầu thận nhiễm trùng huyết cũng như biến chứng khác dẫn đến tử vong [3].

Các đặc điểm lâm sàng của SSSS bao gồm một giai đoạn tiền căn, trong đó có thể sốt và trẻ có thể trở nên cáu kỉnh. Tiếp theo là sự xuất hiện của các mảng ban đỏ trên cơ thể, trên đó phát triển các mụn nước lớn dễ vỡ. Khi các mụn nước này vỡ ra, da có màu đỏ và đóng vảy [4]. Tất cả các đặc điểm lâm sàng này đã được quan sát thấy ở bệnh nhi của nhóm nghiên cứu. Thông thường, chẩn đoán SSSS được thực hiện trên lâm sàng với sự trợ giúp của các báo cáo nuôi cấy, như nhóm nghiên cứu đã làm trong trường hợp của mình. Tuy nhiên, nếu nghi ngờ, chẩn đoán có thể được xác nhận thông qua sinh thiết da cho thấy sự phân cắt nội bì mà không có hoại tử [5].

Các biến thể lâm sàng có 2 loại SSSS tổng quát và cục bộ. SSSS khu trú đường như ưu tiên tất cả các vùng cong và nếp gấp, đặc biệt là các cơ gấp ở nách, háng và chi. Việc xác nhận được thực hiện bằng tăm bông từ các tổn thương da và các khu vực ban đầu. Cấy máu là để chẩn đoán xác định, được thực hiện như trong trường hợp của nhóm nghiên cứu. Sinh thiết da cho thấy sự phân chia thành lớp hạt với thâm nhiễm tế bào viêm. Chẩn đoán được thực hiện trong trường hợp của nhóm nghiên cứu dựa trên phát hiện lâm sàng và có thể là cấy máu cùng một số xét nghiệm. Tuy nhiên, trong 4 trường hợp của nhóm nghiên cứu, chỉ 1 trường hợp nuôi cấy gặp *S. aureus* kháng Methicillin (Methicillin-resistant *S. aureus* - MRSA). Tuy nhiên, nếu nghi ngờ MRSA, Vancomycin hoặc Linezolid được chỉ định. Clindamycin được công nhận là hữu ích trong các bệnh nhiễm trùng do tụ cầu [1].

Trong những ca lâm sàng được báo cáo ở trên, các bệnh nhi đang phát triển SSSS được nhóm nghiên cứu đưa ra phác đồ điều trị theo cách tương tự như bệnh nhi bỏng, tức là duy trì hydrat hóa, chăm sóc vết thương tại chỗ và thêm điều trị bằng kháng sinh cùng với đội ngũ bác sĩ nhi khoa và bác sĩ da liễu liên ngành. Đặc biệt, một điều may mắn ở các ca bệnh trên là người nhà bệnh nhi phát hiện nhanh

chóng, đưa trẻ đi khám và điều trị sớm. Vì vậy, việc điều trị cũng trở nên thuận lợi, nhanh chóng và không để lại biến chứng cho trẻ.

4. Tuyên bố và sự đồng ý của bệnh nhân

Nhóm nghiên cứu xác nhận rằng đã được nhận các mẫu đơn đồng ý thích hợp từ cha mẹ của bệnh nhi để hoàn thành báo cáo chùm ca bệnh này. Họ được đảm bảo rằng tên và tên viết tắt của bệnh nhi sẽ không được công bố và mặc dù, nhóm nghiên cứu đảm bảo sẽ nỗ lực thực hiện che giấu danh tính của bệnh nhi, nhưng không thể đảm bảo tính ẩn danh.

5. Kết luận

Theo kết quả điều trị, tất cả bệnh nhi trong báo cáo này đều được điều trị khỏi hoàn toàn, tuy nhiên SSSS vẫn có khả năng gây tử vong cho bệnh nhi. Do đó, chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và tuân theo các biện pháp vệ sinh tích cực là điều cần thiết để quản lý thành công bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] I. Braunstein, K.A. Wanat, K. Abuabara, et al. (2013), "Antibiotic sensitivity and resistance patterns in pediatric staphylococcal scalded skin syndrome", *Pediatric Dermatology*, **31**(3), DOI: 10.1111/pde.12195.
- [2] P.J. Haasnoot, A.D. Vries (2018), "Staphylococcal scalded skin syndrome in a 4-year-old child: A case report", *J. Med. Case. Rep.*, **12**(1), DOI: 10.1186/s13256-017-1533-7.
- [3] A.K. Mishra, P. Yadav, A. Mishra (2016), "A systemic review on staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS): A rare and critical disease of neonates", *The Open Microbiol. J.*, **10**, pp.150-159, DOI: 10.2174/1874285801610010150.
- [4] O. Lamanna, D. Bongiorno, L. Bertoncello (2017), "Rapid containment of nosocomial transmission of a rare community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (CA-MRSA) clone, responsible for the staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)", *Ital. J. Pediatr.*, **43**(1), DOI: 10.1186/s13052-016-0323-y.
- [5] M.Z. Handler, R.A. Schwartz (2014), "Staphylococcal scalded skin syndrome: Diagnosis and management in children and adults", *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, **28**(11), DOI: 10.1111/jdv.12541.