NHIỄM TRÙNG DA Ở TRẺ EM

Bs.CKI Nguyễn Thị Thanh Huyền

Khoa Lâm sàng 1, Bệnh viện Da Liễu TP.HCM

Đặt vấn đề

- Nhiễm trùng da (vi trùng, nấm, virus): vấn đề da thường gặp ở trẻ em
- SSTIs: thường gặp nhất ở khoa cấp cứu

→Thường gặp, có nguy cơ diễn tiến nặng, cần chẩn đoán, điều trị sớm và chính xác

→Lựa chọn điều trị phù hợp trên đối tượng TE có thể gây bối rối cho BS Da Liễu

Diagnosis	No. of visits for the diagnosis (in millions)	Patients with the diagnosis, %
Contact dermatitis	5.4	23.2
Acne	3.0	12.8
Skin and soft-tissue infections	2.6	11.3
Dermatitis NOS	1.9	8.1
Viral warts	1.8	7.6
Atopic dermatitis	1.5	6.3
Tinea infection	1.2	5.4
Arthropod bite	1.0	4.4
Diaper dermatitis	1.0	4.3
Viral diseases with exanthem	1.0	4.2
Urticaria	0.8	3.5
Impetigo	0.8	3.5
Benign neoplasm of the skin	0.5	2.2
Molluscum	0.5	2.1
Infestation	0.5	1.9
Seborrheic dermatitis	0.4	1.8
Vascular lesion	0.3	1.2
Dyschromia	0.3	1.2
Candida infection	0.2	0.9
Alopecia	0.2	0.7
Tinea versicolor	0.2	0.7
Pityriasis rosea	0.1	0.6
Psoriasis	0.1	0.5

NOS, Not otherwise specified.

Dermatology-related outpatient visits by children: Implications for workforce and pediatric education. Prindaville, Brea et al. JAAD, Vol.75, Issue 1, 228 - 229

Nội dung

Nhiễm siêu vi	• Mụn cóc • U mềm lây • Nhiễm herpes simplex
Nhiễm nấm nông	• Lang ben • Nhiễm dermatophyte • Lựa chọn kháng nấm bôi, uống
Nhiễm vi trùng	• Các SSTI thường gặp • Lựa chọn kháng sinh điều trị

Nhiễm siêu vi

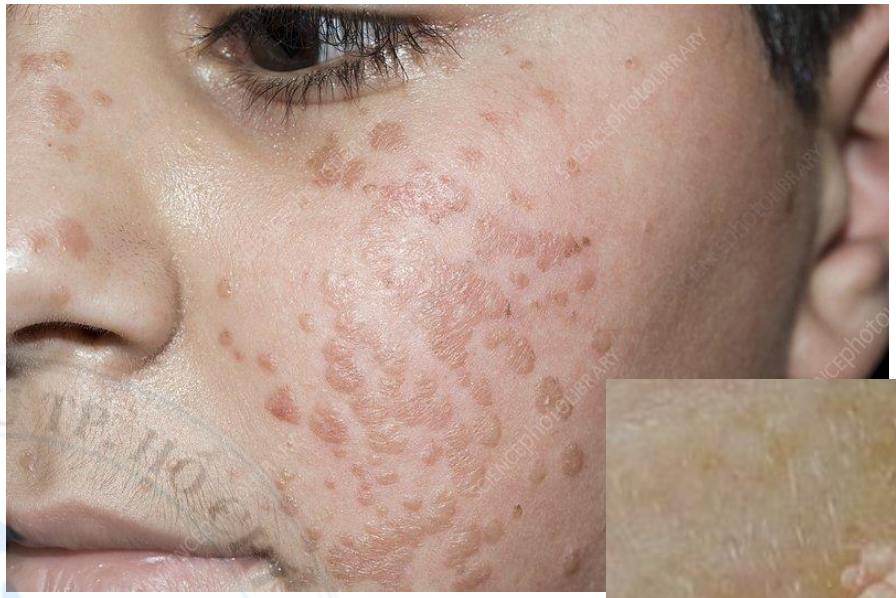
Mụn cóc

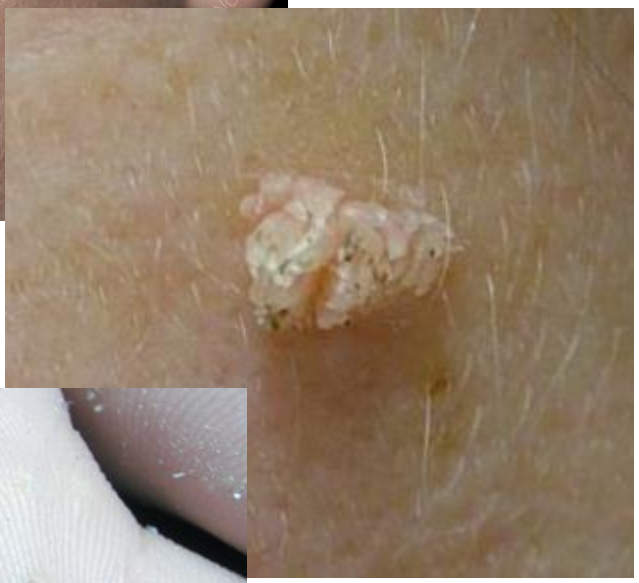
U mềm lây

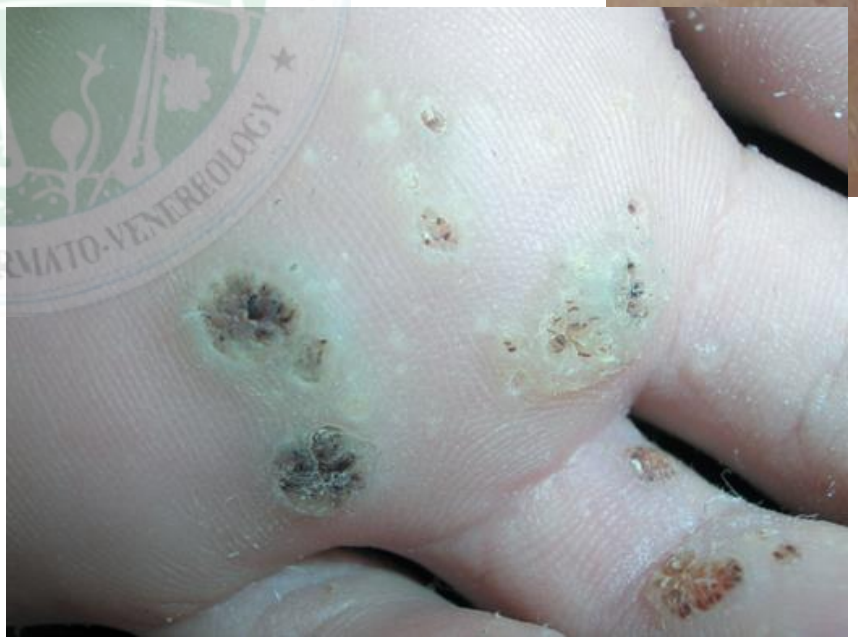
Nhiễm herpes simplex

Mụn cóc

- Tổn thương da/niêm do HPV.
- Thường gặp nhất ở trẻ em, thiếu niên, tỉ suất mắc ước tính: 10 - 33%
- Lây truyền: tiếp xúc da trực tiếp/vật dụng trung gian có virus
- Vị trí xâm nhập: vùng da tổn thương, trầy xước
- Thời gian đào thải: trung bình 2 năm
- Lâm sàng: mụn cóc thường, mụn cóc phẳng, mụn cóc LBT-LBC, sinh dục







Mụn cóc

Lưu ý trong điều trị: hạn chế can thiệp "quá mức", gây đau, sang chấn, sẹo

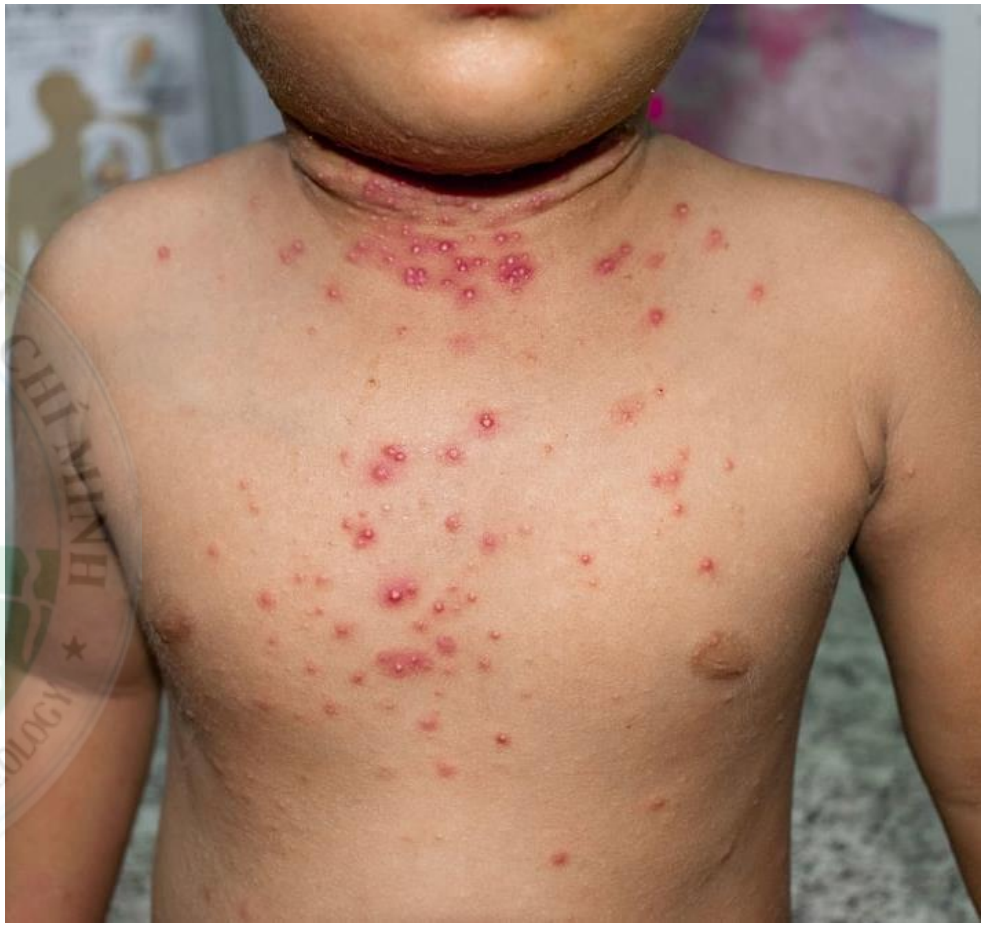
Lựa chọn điều trị: cân nhắc

- Bệnh nhân: tuổi, khả năng hợp tác
- Thương tổn: vị trí, số lượng, kích thước

Treatment	Comment
WARTS	
Watchful waiting	Especially appropriate in young children
Topical salicylic acid	Available OTC; may be more effective when combined with duct tape occlusion
Cryotherapy	Both in-office and OTC available; in-office treatment typically more effective
Manual paring or filing	May minimize pain from plantar warts
Immunotherapy:	
Oral	Cimetidine; OL use (see text)
Topical	Imiquimod (home use; OL); SADBE, DCP
Laser therapy	Pulsed-dye laser potentially useful; CO_2 laser useful but scarring may result
Photodynamic therapy	Rarely utilized in children
Injection therapy	*Candida*/mumps antigens, MMR, bleomycin, interferon; rarely utilized in young children
Curettage, electrocautery	Rarely utilized in children
Topical retinoids	May be useful for flat warts; OL; often limited by irritation
Topical chemotherapy:	
5% 5-fluorouracil	OL use; may be useful for facial flat warts
2% 5-fluorouracil + 17% salicylic acid	Available from compounding pharmacy; useful for common and plantar warts; applied nightly with tape occlusion
Antiviral therapy:	
Cidofovir	OL use; typically used IV to treat CMV retinitis in immunocompromised patients; has been compounded as 1% topical cream for refractory warts

U mềm lây

- Do virus molluscum contagiosum (họ poxvirus).
- Các sẩn tròn 2-5 mm, màu da/trắng, thường lõm trung tâm. Phân bố: hủ yếu ở mặt, thân trên, tay, chân. Không đau, +/- ngứa.
- Tiếp xúc da trực tiếp/vật dụng cá nhân (khăn, đồ chơi). YTNC: môi trường ấm, ẩm (bể bơi, phòng tắm).
- Trẻ 1- 10 tuổi, viêm da cơ địa, hoặc SGMD
- Thường tự giới hạn trong 6-12 tháng, nhưng có thể kéo dài hơn.



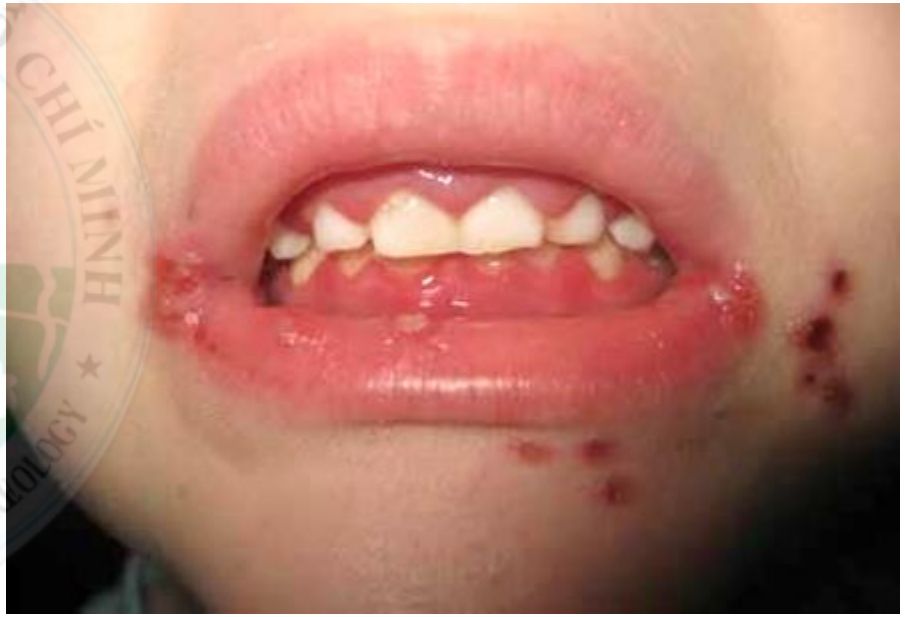
Điều trị:

Không cần điều trị trong hầu hết các trường hợp.

tổn thương lan rộng hoặc gây khó chịu: chấm hóa chất (cantharidin), nạo, áp lạnh, bôi (imiquimod, retinoid)

Nhiễm herpes simplex (HSV)

Do virus Herpes Simplex (HSV-1, HSV-2) qua tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết hoặc vùng da bị tổn thương.



•Mụn nước nhỏ, đau rát, tập trung thành chùm. Vị trí: quanh lỗ tự nhiên vùng mặt (miệng, mũi…) hoặc sinh dục. +/- triệu chứng toàn thân: Sốt, mệt mỏi, khó chịu (trường hợp nặng).

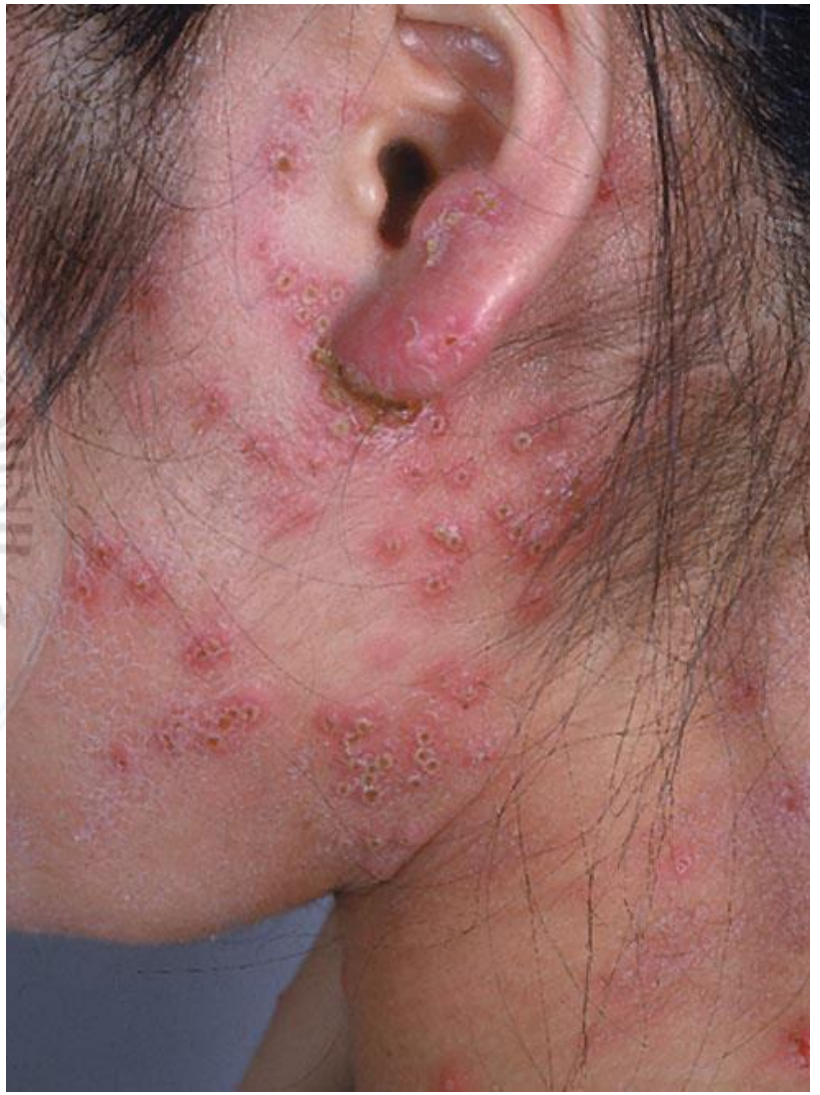
•**Biến chứng:** Viêm màng não, viêm não (hiếm gặp).

•**Điều trị:**

- < 96 h: thuốc kháng virus (acyclovir, valacyclovir).
- Chăm sóc tại chỗ để giảm đau và ngăn nhiễm trùng thứ phát.

Eczema herpeticum

- Nhiễm HSV nặng, lan tỏa
- Viêm da cơ địa hoặc các bệnh ngoài da mạn tính khác (pemphigus, bệnh Darier, bỏng…)
- Lâm sàng: mụn nước/trợt đồng dạng, lan tỏa nhanh, kèm sốt, mệt. Vị trí: thường ở đầu, cổ, thân mình
- Điều trị: kháng virus đường toàn thân + điều trị bệnh nền da



Thuốc kháng virus điều trị nhiễm HSV

Thuốc	Herpes simplex vùng đầu mặt	Herpes simplex sinh dục
Thoa		
Acyclovir 5% (≥ 12 tuổi)	Thoa vùng thương tổn x 5 lần/ngày x 04 ngày (hiệu quả thấp)	
Toàn thân		
Acyclovir (≥ 2 tuổi)	Uống: 15 mg/kg (tối đa 200 mg) x 05 lần/ngày x 7 ngày (RCT) Trẻ nhỏ/SGMD: (IV) 10 mg/kg x 3 lần/ngày x 10 – 14 ngày **Eczema herpeticum:** (IV) Ưu tiên: 5-10 mg/kg x 3 lần/ngày x 10 – 14 ngày	< 40 kg: 40 – 80 mg/kg/ngày chia 3 – 4 lần x 7 – 10 ngày ≥ 40 kg: như người lớn
Valacyclovir (≥ 12 tuổi)	2g x 2 (01 ngày)	1g x 2 x 7-10 ngày

(2021). Viral diseases of the skin. Clinical Pediatric Dermatology. A. J. M. Amy S. Paller, Elsevier.

Nhiễm nấm nông

Lang ben

Nhiễm dermatophyte

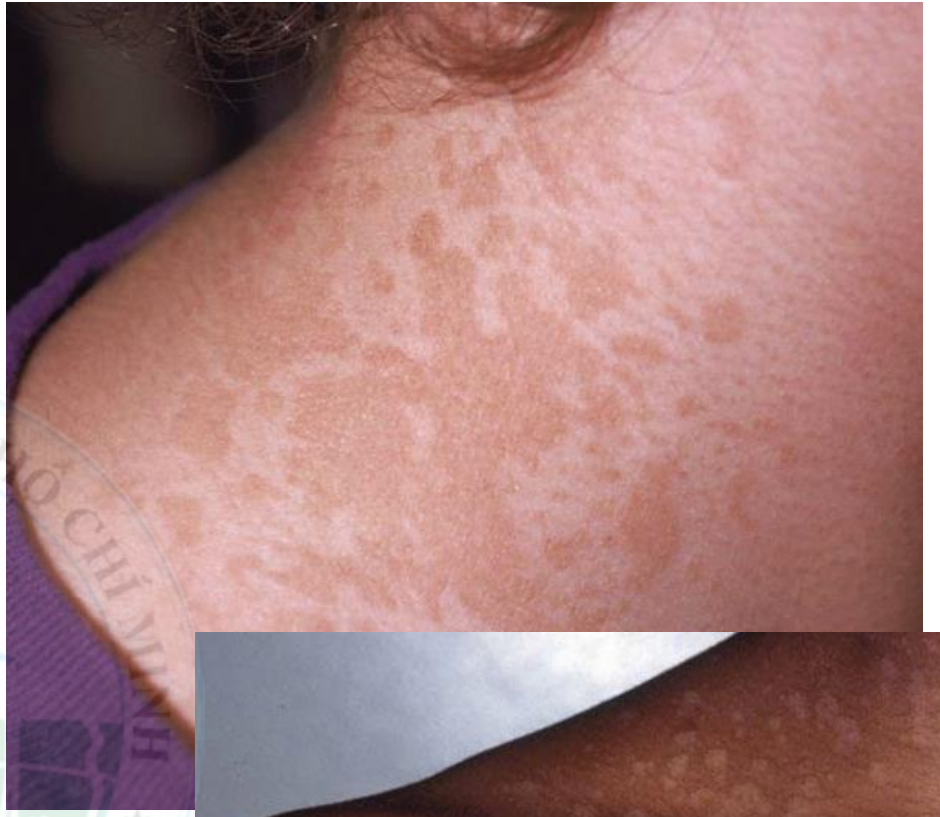
Lựa chọn kháng nấm bôi, uống

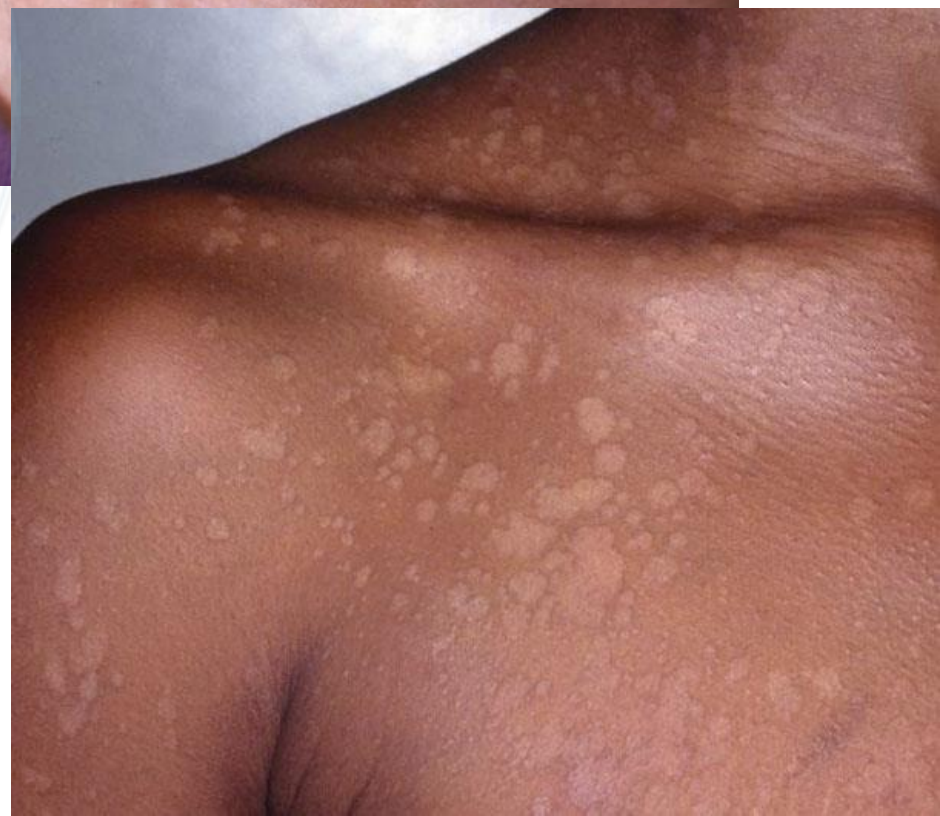
Nhiễm nấm nông

- Phân loại: nhiễm dermatophyte, lang ben, nhiễm Candida
- Chẩn đoán:
  - Đèn Wood: một số chủng dermatophyte phát huỳnh quang dưới ánh đèn Wood. Lưu ý: chỉ dùng chẩn đoán nấm tóc
  - Phết KOH: hình ảnh sợi tơ nấm, tế bào hạt men, “thịt trên nui”
  - Cấy nấm
  - Dermoscopy: chẩn đoán nấm da đầu (tóc rụng kiểu “chấm đen”, dấu phẩy…)

Lang ben

- Rất thường gặp, do *Malassezia furfur* gây ra
- Đặc trưng: nhiều mảng trắng/hồng/nâu nhạt, hình tròn/bầu dục tróc vảy mỏng phân bố thân trên, cánh tay, đôi khi ở cổ hoặc mặt.
- Đa số TH: thanh thiếu niên, ít gặp ở TE trước tuổi dậy thì
- Diễn tiến: có thể mạn tính, dễ tái phát; thay đổi sắc tố mất nhiều tháng – năm để hồi phục
- Điều trị: chủ yếu là kháng nấm bôi, hoặc dạng tắm, gội





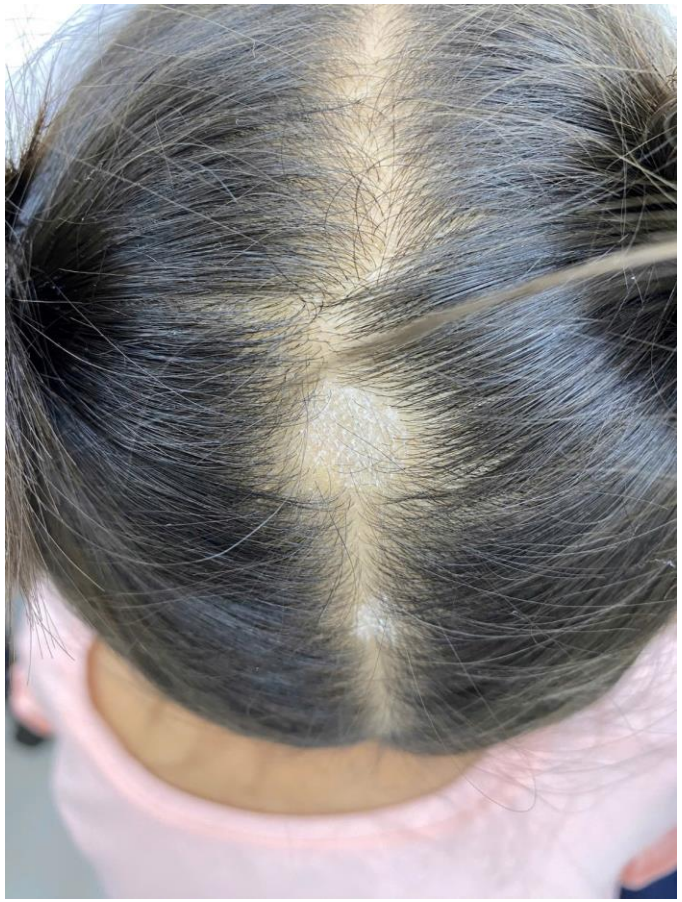
Nấm da đầu

- Thể dermatophyte thường gặp nhất ở TE
- YTNC: môi trường sống đông đúc, điều kiện KT-XH kém
- Có thể lây qua vật dụng (lược, nón…)
- Điều trị: kháng nấm đường uống, phối hợp kháng nấm bôi/dầu gội

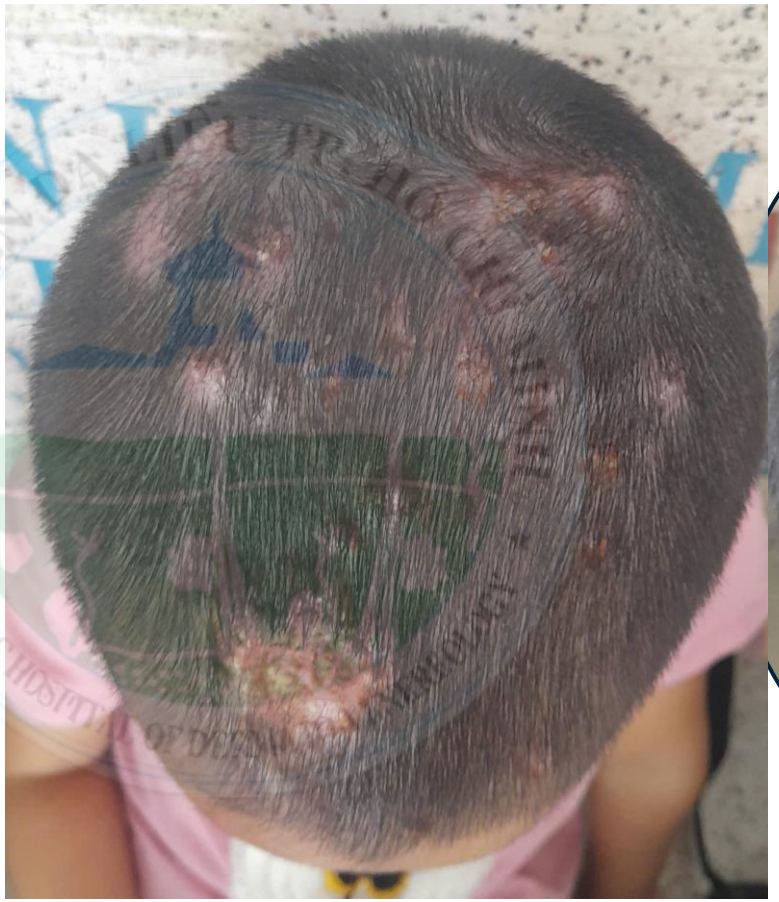
Table 17.1 Clinical Manifestations of Tinea Capitis in Children

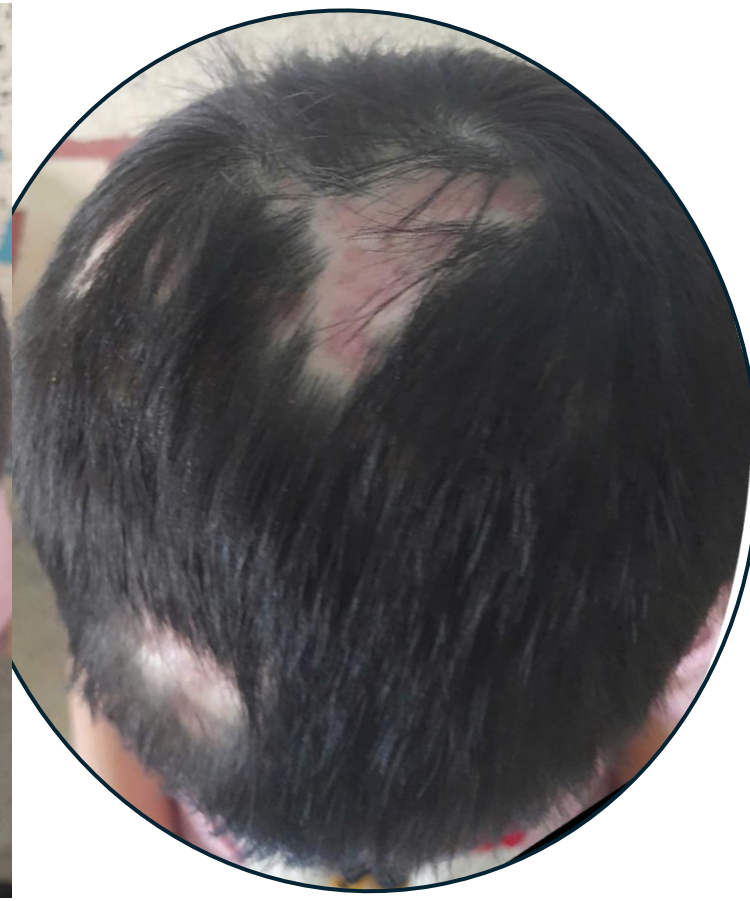
Clinical Feature	Comment
SCALP	
Alopecia	One or multiple patches; may simulate alopecia areata
Scaling	May be minimally inflammatory; may mimic seborrheic dermatitis
Erythema	Localized or widespread
Pustules	Differential diagnosis includes sterile folliculitis or bacterial folliculitis
"Black dots"	Alopecia with hair shafts broken off at surface of skin; may simulate trichotillomania
Kerion	Boggy, tender plaque with pustules and purulent discharge; represents a vigorous host immune response
Scarring	Rarely seen when untreated; usually follows kerion
Favus	Yellow, cup-shaped crusts around the hair
OTHER	
Lymphadenopathy	Common; cervical or occipital
Id reaction	Widespread, papular or papulovesicular eruption; extremity predominant; usually seen after initiation of therapy; must be recognized as distinct from true drug reaction

Nấm da đầu



Bé gái 4 tuổi, 15kg; vi nấm soi tươi: sợi tơ nấm có vách ngăn (dạng "mảng xám")
Điều trị: Clotrimazole bôi + dầu gội ketoconazole x 04 tuần





Bé gái 5 tuổi, 18 kg; vi nấm soi tươi: sợi tơ nấm có vách ngăn (dạng Kerion)
Điều trị: Itraconazole 5mg/ngày x 08 tuần, thuốc bôi: clotrimazole, castellani

Nấm thân/vùng da nhẵn

- Lâm sàng: một/nhiều mảng hồng ban hình vòng, có vảy, giới hạn rõ, với trung tâm sạch và viền có thể là sẩn mụn nước/mụn mủ; không đối xứng
- Nhiều sang thương → dạng đa cung
- Điều trị: kháng nấm bôi (nhẹ, khu trú) hoặc uống (bệnh lan tỏa/không đáp ứng điều trị ban đầu)

Lựa chọn kháng nấm bôi

Thuốc	Dạng bào chế	Liều	Phổ kháng nấm	Chỉ định
Ciclopirox	1% cream/lotion	02 lần/ngày	*Candida* (C), Dermatophyte (D), *Malassezia* (M)	Nấm thân, bẹn, chân, móng (bôi) Lang ben
	Dầu gội	02 lần/tuần		
Clotrimazole	1% cream	02 lần/ngày x 2 – 3 tuần	C, D, M	Nấm thân, bẹn Candida da Lang ben
Ketoconazole	2% cream	01 lần/ngày	C, D, M	Nấm thân Candida da
	Dầu gội	2 – 3 lần/tuần		Lang ben Nấm da đầu
Miconazole	2% cream	1 – 2 lần/ngày	C, D, M	Candida da Nấm thân bẹn, chân Lang ben

Robert Bortolussi, S. M., Tobey Audcent, Michelle Barton, Karina Top (2019). "Antifungal agents for common outpatient paediatric infections." Canadian Pediatric Society.

Lựa chọn kháng nấm bôi

Thuốc	Dạng bào chế	Liều	Phổ kháng nấm	Chỉ định
Nystatin	Cream, ointment 100.000 U/g	2 - 3 lần/ngày	C	Candida miệng
Terbinafine	1% cream	1 - 2 lần/ngày	D, M	Nấm thân, bẹn, chân Lang ben
Selenium sulfide	2.5% lotion	01 lần/ngày x 3 – 7 ngày	D (diệt bào tử), M	Lang ben
	Dầu gội (1%)	Hàng ngày		Lang ben, viêm da tiết bã Nấm da đầu (hỗ trợ)
Zinc pyrithione	Dầu gội	2 lần/tuần	D (diệt bào tử), M	Lang ben, viêm da tiết bã

Robert Bortolussi, S. M., Tobey Audcent, Michelle Barton, Karina Top (2019). "Antifungal agents for common outpatient paediatric infections." Canadian Pediatric Society.

Lựa chọn kháng nấm đường toàn thân

Thuốc	Liều	Thời gian		
		Chân	Thân, bẹn	Da đầu
Griseofulvin (≥ 2 tuổi)	Microsize: 10-20 mg/kg 01 lần/ngày (tối đa: 1000 mg/ngày) Ultramicrosize: 5-15 mg/kg 01 lần/ngày (tối đa: 750 mg/ngày)	4 – 8 tuần	2 – 4 tuần	* 6 – 8 tuần (có thể đến 12 tuần)
Terbinafine (≥ 4 tuổi)	Dựa trên cân nặng: < 20 kg: 62.5 mg 01 lần/ngày 20 - 40 kg: 125 mg 01 lần/ngày >40 kg: 250 mg 01 lần/ngày	2 tuần	1 – 2 tuần	* 6 – 8 tuần
Itraconazole (off-label)	3 - 5 mg/kg/ngày 1-2 lần/ngày (tối đa: 200 mg 02 lần/ngày)	1 tuần	1 tuần	4 – 6 tuần
Fluconazole (off-label)	3 - 6 mg/kg/ngày			3 – 6 tuần

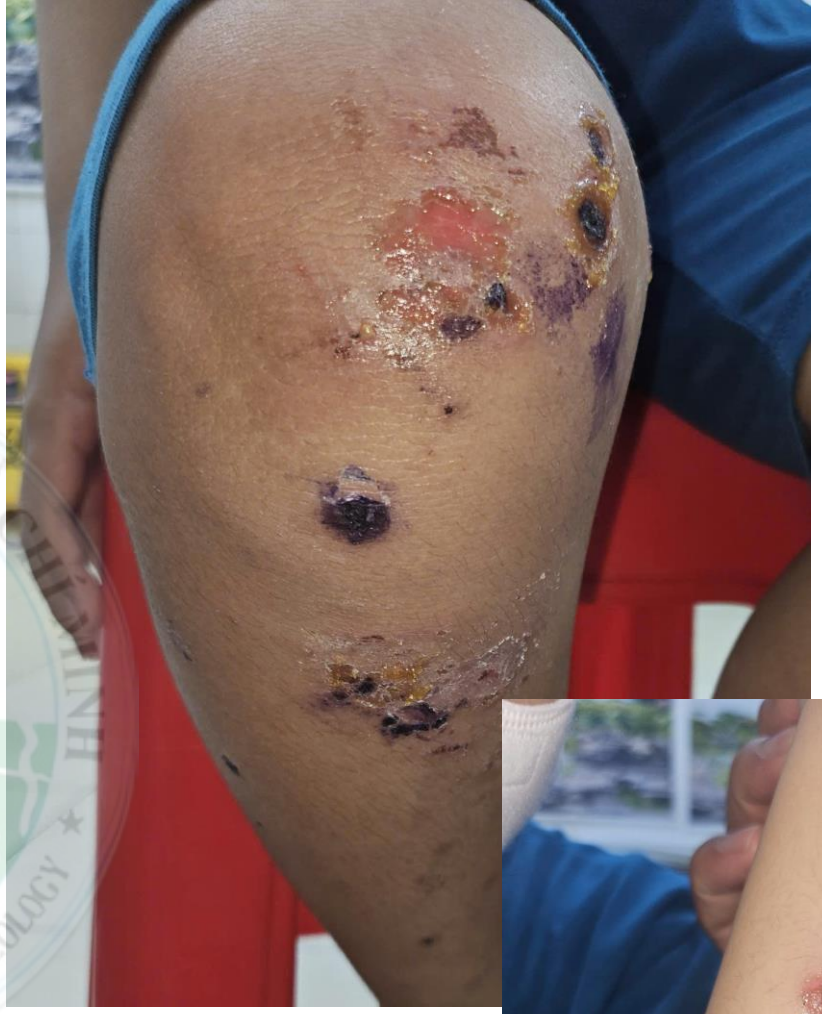
Nhiễm vi trùng

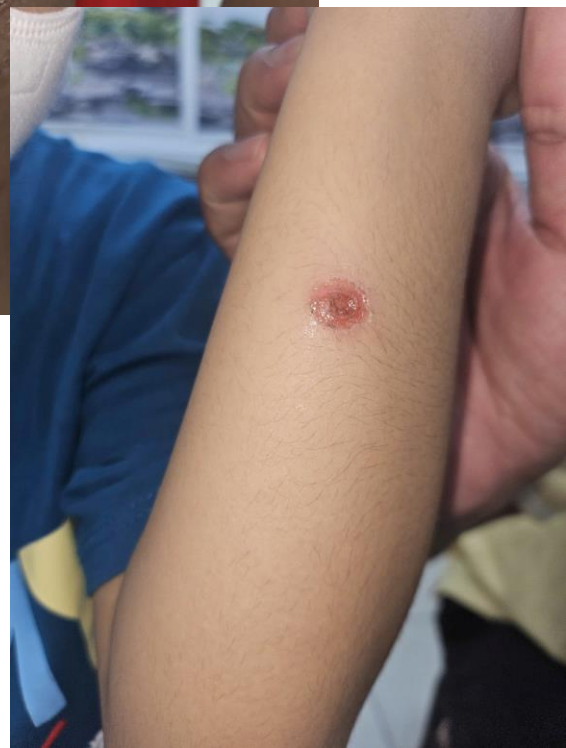
Các SSTI thường gặp

Lựa chọn kháng sinh điều trị

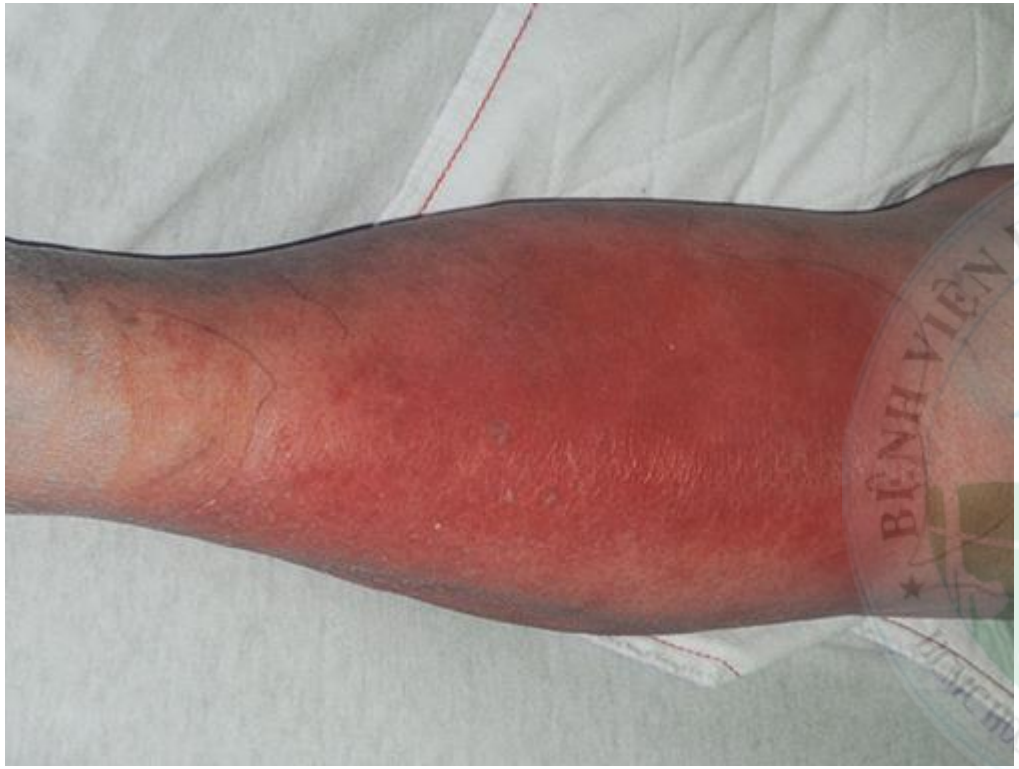
Chốc

- Nhiễm trùng da nông thường gặp, bệnh lây do tác nhân tụ cầu và/hoặc liên cầu
- Thường gặp nhất: trẻ em, trẻ nhũ nhi
- Đặc điểm lâm sàng:
  - Chốc không bóng nước (70%): hình ảnh mài "mật ong"
  - Chốc bóng nước: bóng nước nông, vết tích bóng nước
  - Vị trí: vùng da phơi bày (mặt, cổ, tay chân)





Viêm quầng

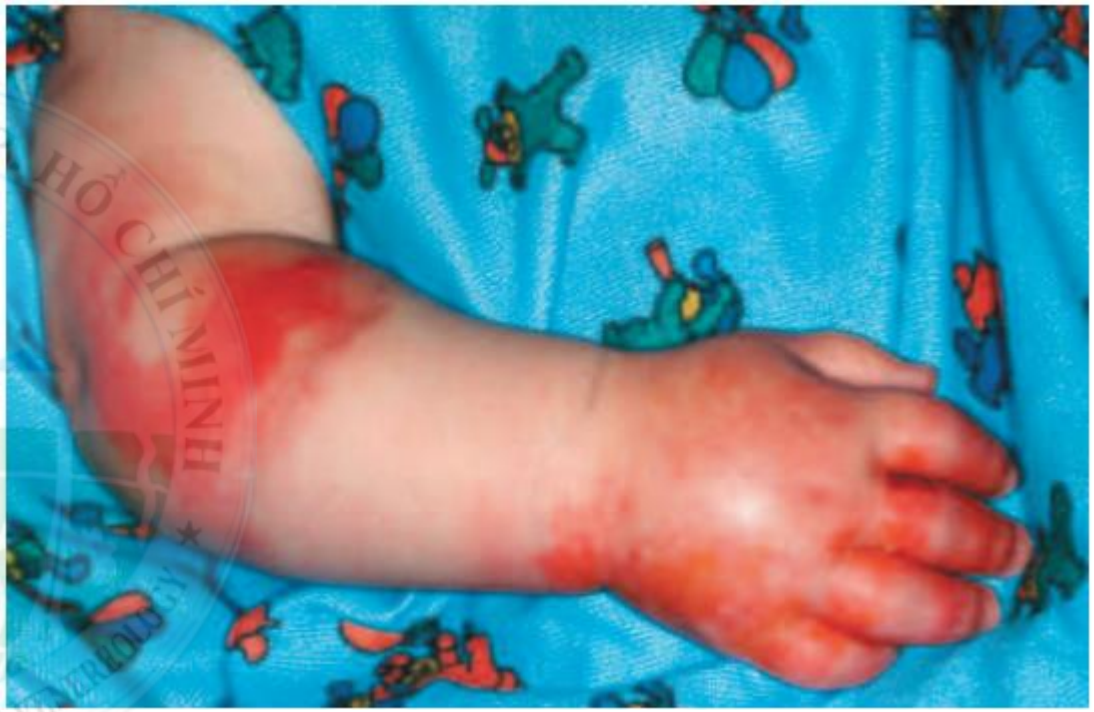


Nhiễm trùng da nông

Hồng ban nhỏ lan rộng dần → mảng hồng ban đỏ tươi, căng bóng, giới hạn rõ ấm, đau, bóng.

Tác nhân chính: liên cầu tiêu huyết beta nhóm A

Viêm mô tế bào



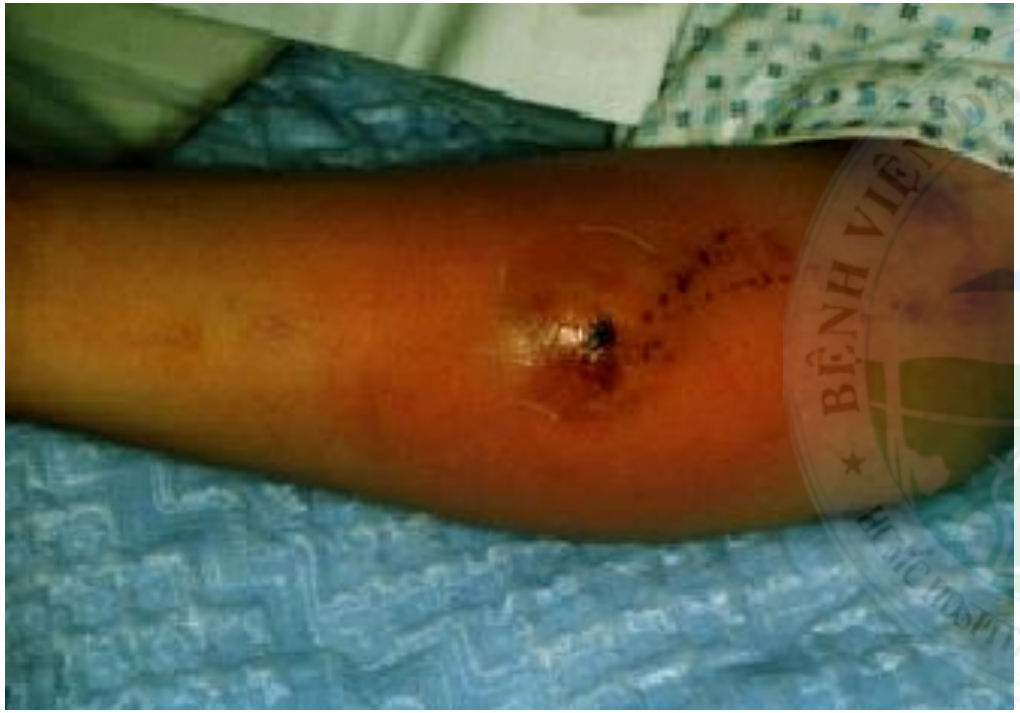
Nhiễm trùng mô dưới da

Hồng ban giới hạn không rõ, phù nề, nóng, đau.

Thường sau chấn thương da (trầy, viêm da…)

Tác nhân: tụ cầu/liên cầu

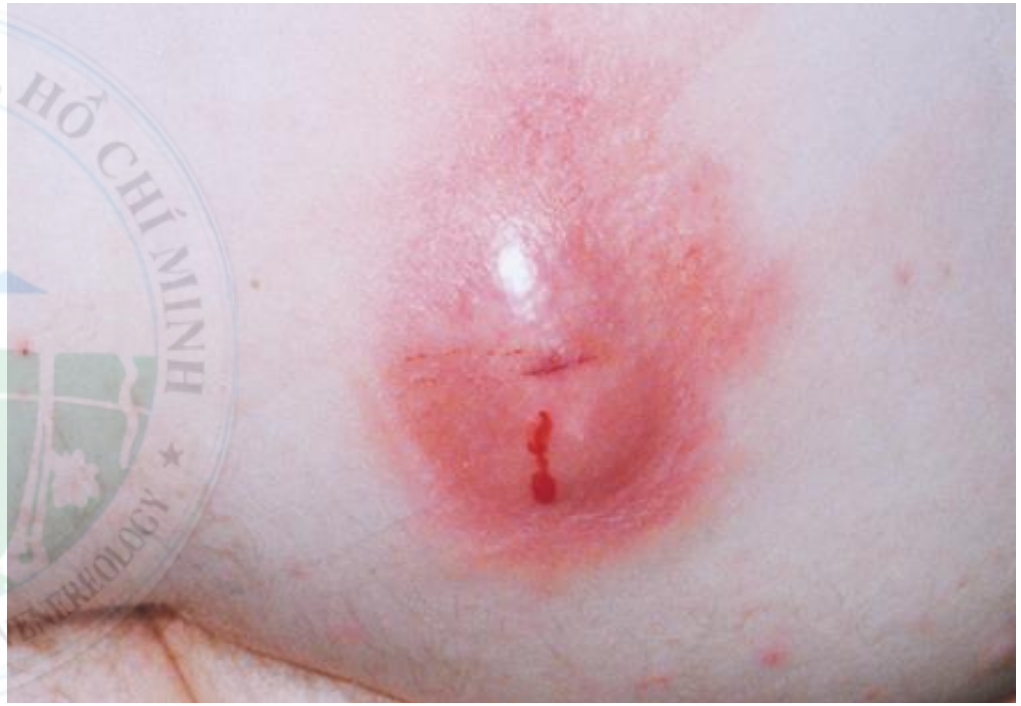
Áp-xe da



Khối mủ trong lớp bì, mô dưới da. Biểu hiện: nốt hồng ban, đau, phập phều, +/- viêm mô tế bào xung quanh. Có thể chảy mủ tự phát. +/- hạch vùng.

TH nặng: sốt, ớn lạnh, SIRS

Nhọt da



Nhiễm trùng sâu ở nang lông gây viêm và tạo mủ. Vị trí thường gặp: Vùng có lông (mặt, cổ, nách, mông).

Tác nhân

Áp-xe, nhọt, nhọt cụm

Chốc, viêm nang lông
Viêm mô tế bào

Viêm quầng

Tụ cầu (MSSA/MRSA)

Liên cầu tiêu huyết β

Yếu tố nguy cơ nhiễm MRSA

1. **Nguy cơ trong cộng đồng:** Tỷ lệ ≥15% MRSA trong mẫu cộng đồng; Điều kiện sống đông đúc
2. **Cá nhân và xã hội:** *Trẻ em đi học*; Tiền sử áp-xe/nhọt; Tiền sử nhiễm/mang MRSA; Tiếp xúc gần với người bị nhiễm
3. **Hành vi và yếu tố môi trường:** *Tổn thương da*; Tiếp xúc da kề da thường xuyên; Dùng chung đồ cá nhân/dụng cụ thể thao; Làm đẹp (cạo lông, xỏ khuyên)
4. **Vệ sinh và tiếp cận chăm sóc y tế:** *Vệ sinh cá nhân kém*; Hạn chế tiếp cận dịch vụ y tế; *Tiếp xúc thường xuyên với kháng sinh*

MRSA: tác nhân phổ biến nhất gây SSTI ở nhiều cộng đồng → nên nghi ngờ ở hầu hết trẻ mắc SSTI

Điều trị SSTIs

- Dấu hiệu toàn thân: sốt (>38°C), nhịp tim nhanh, hạ huyết áp hoặc SIRS
- Hồng ban tiến triển nhanh
- Nhiễm trùng đe dọa chi (VD: nhiễm trùng hoại tử, viêm cơ mủ)
- Bệnh nền (bệnh ác tính, SGMD nguyên phát, đái tháo đường)
- Không dung nạp thuốc uống
- SSTI ở gần vị trí thiết bị cấy ghép

Nhập viện
KS đường tĩnh mạch

- SSTI nhiều vị trí (không phải chốc hay viêm nang lông)
- Trẻ < 5 tuổi: SSTI vị trí mặt/tầng sinh môn
- Trẻ < 1 tuổi: SSTI d ≥ 3 cm (bao gồm ban đỏ/viêm mô tế bào xung quanh) hoặc 1 - 4 tuổi có SSTI d ≥ 4 cm

Khoa cấp cứu/đơn vị điều trị ngắn ngày
KS đường tĩnh mạch → đường uống

Điều trị ngoại trú
KS uống

Phổ tác dụng mong muốn	Điều trị hàng thứ 1	Điều trị hàng thứ 2
Có rối loạn huyết động*		
MRSA MSSA *Streptococcus* tiêu huyết beta	**KS tĩnh mạch:** •Vancomycin + Nafcillin hoặc Oxacillin	•Linezolid IV[¶] •Daptomycin IV[¶] •Ceftaroline IV[¶]
SSTI mủ (áp-xe, nhọt, nhọt cụm, viêm mô tế bào có mủ)		
Tỉ lệ MRSA cao[Δ] HOẶC SSTI ở mặt, tay, tầng sinh môn		
MRSA	**KS đường uống** •Clindamycin[◊] •TMP-SMZ •Doxycycline[§]	•Vancomycin IV (nếu chưa dùng trong điều trị ban đầu) •Ceftaroline IV[¶] •Linezolid PO/IV[¶] •Daptomycin IV[¶] •Tedizolid PO/IV[¶] (trẻ ≥12 tuổi)
	•**KS tĩnh mạch:**[¥]Clindamycin IV (nếu nguy cơ nhiễm trùng huyết thấp) •Vancomycin IV	**Một trong các thuốc sau:** •Vancomycin IV (nếu chưa điều trị ban đầu) •Ceftaroline IV[¶] •Linezolid IV[¶] •Daptomycin IV[¶] •Dalbavancin IV[¶] •Tedizolid IV[¶] (trẻ ≥12 tuổi)
Tỉ lệ MRSA thấp[Δ] VÀ SSTI không ở mặt/tay/tầng sinh môn		
MSSA	•**KS uống:** •Cephalexin •Cefadroxil •Cefuroxime •Cloxacillin	•**KS uống:** •Clindamycin[◊] •TMP-SMZ •Doxycycline[§]
	•**KS tĩnh mạch:**Cefazolin IV •Clindamycin IV •Nafcillin IV •Oxacillin IV	[¥]Clindamycin IV •Vancomycin IV

Viêm mô tế bào		
Có YTNC nhiễm MRSA		
Streptococcus tiêu huyết beta MRSA	•**KS uống, một trong các lựa chọn sau:** Clindamycin[◊] (ưu tiên) •Amoxicillin + TMP-SMZ •Cephalexin + TMP-SMZ •Amoxicillin + doxycycline[§] •Cephalexin + doxycycline[§]	•**Một trong các lựa chọn:**Linezolid PO/IV[¶] •Vancomycin IV •Dalbavancin[¶] •Tedizolid PO/IV[¶] (trẻ ≥12 tuổi)
	•**KS tĩnh mạch, một trong các lựa chọn sau:**[¥]Clindamycin IV •Vancomycin IV	•**Một trong các lựa chọn:**Vancomycin IV (nếu chưa dùng ban đầu) •Ceftaroline IV[¶] •Linezolid IV[¶] •Daptomycin IV[¶] •Tedizolid IV[¶] (trẻ ≥12 tuổi)
Không có yếu tố nguy cơ MRSA		
Streptococcus tiêu huyết beta MSSA	•**KS uống, một trong các lựa chọn:**Cephalexin (ưu tiên) •Cefadroxil •Cefuroxime •Cloxacillin	•**Một trong các lựa chọn:** clindamycin (nếu chưa dùng ban đầu) •Amoxicillin PO + TMP-SMZ •Amoxicillin PO + doxycycline[§]
	•**KS tĩnh mạch với 1 trong các lựa chọn:** Cefazolin IV •Clindamycin IV •Nafcillin IV •Oxacillin IV	•**Một trong các lựa chọn:**[¥]Clindamycin IV (nếu chưa dùng ban đầu) •Vancomycin IV

Viêm quầng		
Streptococcus tiêu huyết beta	•**KS uống, một trong các lựa chọn:**Amoxicillin •Penicillin	•**Một trong các lựa chọn:** cephalexin PO •Clindamycin PO
	•**KS tĩnh mạch, một trong các lựa chọn:**Cefazolin IV •Nafcillin IV •Oxacillin IV •Ceftriaxone IV	•Clindamycin IV
Chốc/Viêm nang lông ở nhiều vị trí		
Streptococcus tiêu huyết beta MRSA	•**KS uống, một trong các lựa chọn:**Clindamycin[◊] (ưu tiên) •Amoxicillin + TMP-SMZ •Cephalexin + TMP-SMZ •Amoxicillin + doxycycline[§] •Cephalexin + doxycycline[§]	BN không đáp ứng điều trị ban đầu nên được đánh giá lại chẩn đoán phân biệt với chốc và các nguyên nhân khác gây viêm nang lông[†]

Liều kháng sinh ở trẻ em

Kháng sinh tĩnh mạch	
Cefazolin	50 - 100 mg/kg/ngày IV chia 03 liều (tối đa: 3 g/ngày)
Ceftaroline	2 tháng đến <2 tuổi: 24 mg/kg/ngày IV chia 03 liều ≥ 2 tuổi đến <18 tuổi: • ≤ 33 kg: 36 mg/kg/ngày IV chia 03 liều • > 33 kg: 400 mg every 8 hours IV or 600 mg every 12 hours IV
Ceftriaxone	**75 - 100 mg/kg/ngày IV; 1-2 liều (tối đa 4 g/ngày)**
Clindamycin	**30 - 40 mg/kg/ngày IV chia 3-4 liều (tối đa: 2.7 g/ngày)**
Dalbavancin	Sơ sinh - 5 tuổi: 22.5 mg/kg IV liều duy nhất 6 - 17 tuổi: 18 mg/kg IV liều duy nhất
Daptomycin	1 - 5 tuổi: 10 mg/kg/ngày IV 01 liều ≥6 tuổi: 4 - 6 mg/kg/ngày IV 01 liều
Linezolid	**<12 tuổi: 30 mg/kg/ngày IV chia 03 liều** **≥12 tuổi: 600 mg x 02 lần/ngày IV**
Nafcillin	150 - 200 mg/kg/ngày IV chia 4 - 6 liều (tối đa 12 g/ngày)
Oxacillin	**150 - 200 mg/kg/ngày IV chia 4 - 6 liều (tối đa 12 g/ngày)**
Tedizolid	≥12 tuổi: 200 mg/ngày IV 01 liều
Vancomycin	**15 mg/kg x 3-4 lần/ngày (chỉnh liều theo CN thận, AUC)**

Liều kháng sinh ở trẻ em

KS uống	
Amoxicillin	•**40 - 50 mg/kg/ngày chia 03 liều (tối đa 1.5 g/ngày)**
Cefadroxil	•30 mg/kg /ngày chia 2 liều (tối đa 2 g/ngày)
Cefuroxime	•**30 mg/kg/ngày chia 2 liều (tối đa 1 g/ngày)**
Cephalexin	•**25 - 100 mg/kg/ngày chia 3 - 4 liều (tối đa 2 g/ngày)**[¶]
Clindamycin	•**30 - 40 mg/kg/ngày chia 3 - 4 liều (tối đa 1.8 g/ngày)**
Cloxacillin	•25 - 50 mg/kg/ngày chia 4 liều (tối đa 2 g/ngày)
Doxycycline[Δ]	•*2 - 4 mg/kg/ngày chia 1 - 2 liều (tối đa 200 mg/ngày)*
Linezolid	•<12 tuổi: 30 mg/kg/ngày chia 3 liều •≥12 tuổi: 600 mg x 2 lần/ngày
Penicillin V	•25 - 75 mg/kg/ngày chia 3 - 4 liều (tối đa 2 g/ngày)
Tedizolid	• ≥12 tuổi: 200 mg/ngày
TMP-SMZ	•**8 - 12 mg/kg/ngày (TMP), 40 - 60 mg/kg/ngày (SMZ) (tối đa 320 mg TMP, 1.6 g SMZ)**

Kết luận

- Nhiễm trùng da ở trẻ em gồm các bệnh lý do vi khuẩn, virus, và nấm, với cơ chế bệnh sinh và mức độ nghiêm trọng đa dạng.
- Các bệnh phổ biến: SSTI, herpes simplex, nấm da
- Chẩn đoán: dựa trên lâm sàng, hỗ trợ bởi cận lâm sàng (phết nhuộm, nuôi cấy, đèn Wood).
- Điều trị: kháng sinh, kháng virus, kháng nấm phù hợp với từng bệnh lý.
- Dự phòng: tăng cường vệ sinh cá nhân, cải thiện môi trường sống, phát hiện sớm để ngăn biến chứng.

Tài liệu tham khảo

1. American Academy of Pediatrics. Tables of antibacterial drug dosages. In: Red Book: 2021-2024 Report of the Committee on Infectious Diseases, 32nd ed, Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2021. p.876.
2. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children. Clin Infect Dis 2011; 52:e18.
3. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.
4. Robert Bortolussi, S. M., Tobey Audcent, Michelle Barton, Karina Top (2019). "Antifungal agents for common outpatient paediatric infections." Canadian Pediatric Society.
5. Amy S. Paller, Anthony J. Mancini. Clinical Pediatric Dermatology. (2021)

Xin chân thành cảm ơn!