

1.3. VIÊM KẾT MẠC DO SIÊU VI

Chỉ định điều trị ngoại trú: Tất cả các trường hợp

1. Triệu chứng cơ năng

- Ngứa, rát và cộm xốn.
- Chảy nước mắt và xuất tiết kết mạc dạng thanh dịch.
- Dính mắt lúc ngủ dậy.
- Tiền căn bị viêm hô hấp trên hoặc có tiếp xúc với người bị viêm kết mạc cấp. Thường bắt đầu bằng một mắt và lây sang mắt kia vài ngày sau đó.

2. Triệu chứng thực thể

- Mi mắt: phù, đỏ
- Kết mạc: hột ở kết mạc sụn mi dưới. Xuất huyết kết mạc lâm tẩm. Màng thật hoặc giả mạc ở kết mạc sụn mi.
- Viêm giác mạc chấm nông, những trường hợp nặng có thể có tróc biểu mô. Thâm nhiễm dưới biểu mô giác mạc có thể xuất hiện sau 1 đến 2 tuần. Nếu xuất hiện sớm vì bong trong biểu mô giác mạc giúp chẩn đoán nguyên nhân.
- Nổi hạch trước tai kèm ấn đau.

3. Nguyên nhân

- Hầu hết là do adenovirus, gồm 2 thể:
 - Sốt viêm hầu họng - kết mạc: đi kèm với sốt cao và viêm họng, thường do tuýp huyết thanh 3 và 7.
 - Viêm kết giác mạc thành dịch: thường gặp nhất do nhóm D với tuýp huyết thanh 8, 19 và 37.
- Viêm kết mạc xuất huyết cấp: liên quan đến coxsackie A24 và enterovirus 70 và adenovirus tuýp huyết thanh 11, với biểu hiện xuất huyết kết mạc rộng, thường gặp ở vùng nhiệt đới, thường kéo dài 1 đến 2 tuần.
- *Ghi chú: Nhiều hội chứng nhiễm siêu vi toàn thân (sởi, quai bị, cúm...) cũng gây ra viêm kết mạc không đặc hiệu và nên được điều trị thích hợp. Nên điều trị nhỏ mắt với nước mắt nhân tạo 4 đến 8 lần/ngày. Nếu dùng nước mắt nhân tạo hơn 4 lần/ngày thì nên sử dụng loại không có chất bảo quản.*

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc do vi khuẩn.
- Viêm kết mạc do chlamydia.
- Viêm kết mạc dị ứng.

5. Cận lâm sàng

Việc soi tươi và nuôi cấy chất tiết kết mạc không cần thiết trừ khi xuất tiết quá mức hay bệnh tiến triển mãn tính hoặc cần nghiên cứu hay công bố dịch.

6. Điều trị

6.1. Điều trị nội khoa

- Tư vấn cho người bệnh viêm kết mạc do virus là bệnh tự giới hạn và nặng nhất vào ngày thứ 4 – 7 của bệnh nhưng có thể diễn tiến kéo dài tới 2 – 3 tuần hoặc lâu hơn nếu có biến chứng ở giác mạc.
- Bệnh lây nhiễm cao thường vào ngày thứ 10 – 12 tính từ lúc khởi phát, miễn là mắt còn đỏ hay còn xuất tiết/chảy nước mắt nhiều.
- Sử dụng nước mắt nhân tạo dạng thuốc nhỏ hay dạng thuốc mỡ 4 – 8 lần/ngày trong 1 – 3 tuần: carboxymethylcellulose (Refresh tear, Optive), polyethylene glycol 400 (Systane, Systane Ultra), polysorbate (Gentle) hoặc Natri hyaluronat (Vismed 0.18%, Sanlein 0,1% hoặc 0,3%, Tearbalance 0,1%). Bệnh nhân nên dùng thuốc dạng tếp không có chất bảo quản để hạn chế nhiễm bẩn miệng lọ thuốc và làm lây lan bệnh.
- Chườm lạnh nhiều lần mỗi ngày.
- Nhỏ kháng histamin tại chỗ nếu ngứa nhiều như: olopatadine (Pataday 0,2%, Olopat 0.1%), epinastin (Relestat 0.5mg/ml), pemirolast 0.1% (Alegysal), ketorolac 0.5% (Acular, Acuvail).
- Bóc giả mạc nếu có, để hạn chế làm trầy biểu mô giác mạc và ngăn ngừa dính mi cầu.
- Steroid tại chỗ nên hạn chế vì kéo dài thời gian nhiễm trùng. Có thể cân nhắc sử dụng trong trường hợp có giả mạc hoặc thâm nhiễm dưới biểu mô gây giảm thị lực: nhỏ Fluorometholone 0,1% (Eporon, FML) hoặc loteprednol 0,5% (Lotemax, Lotecor) nhỏ 4 lần/ngày. Sử dụng steroid tại chỗ giúp giảm nhanh triệu chứng nhưng lại làm giai đoạn nhiễm trùng kéo dài. Thêm nữa, steroid thường phải giảm liều kéo dài và thâm nhiễm dưới biểu mô có thể tái phát ngay hoặc sau khi giảm liều. Vì steroid có

nhiều tác dụng phụ nên cần thận trọng khi sử dụng trên những bệnh nhân không theo dõi tái khám được.

- Dùng kháng sinh tại chỗ không được khuyến khích trừ khi có triệu chứng mô giác mạc hay hoặc có xuất tiết mủ nhiều, nghi ngờ bội nhiễm vi khuẩn, có thể sử dụng các loại kháng sinh như: ofloxacin 0,3% (Oflovid 0,3%), hay tobramycin 0,3% (Tobrex 0,3%) ...

7. Theo dõi

Tái khám hàng tuần trong 2 đến 3 tuần, hoặc sớm hơn nếu có dấu hiệu tiến triển nặng: mờ mắt, mắt sưng đỏ nhiều, đau nhức, khó mở mắt, chảy nước mắt nhiều, hoặc bệnh nhân có sử dụng steroid.

8. Phòng ngừa

Cách phòng bệnh tốt nhất và triệt để nhất là cách ly người bệnh và thực hiện các biện pháp vệ sinh:

- Luôn đảm bảo vệ sinh cá nhân, thường xuyên rửa tay bằng xà phòng với nước sạch, đặc biệt là sau khi chạm tay vào mắt đang bệnh.
- Dùng riêng khăn, gối, chậu rửa mặt, thuốc nhỏ mắt.
- Giặt sạch khăn mặt bằng xà phòng với nước sạch, phơi khăn ngoài nắng.
- Không dùng tay dụi mắt hoặc đắp lá hay ếch nhái vào mắt.
- Hạn chế đến nơi đông người hay có những tiếp xúc thân mật với người khác: ôm hôn hoặc bắt tay, ... để tránh lây lan cho cộng đồng.
- Nếu là trẻ em nên cho nghỉ học ít nhất 1 tuần cho đến khi hết bệnh, cho bé ngủ riêng và không được ôm ấp bé.
- Bệnh nhân nên đeo khẩu trang nếu đau mắt đỏ đi kèm với ho, sốt, đau họng.
- Đối với nhân viên y tế: vệ sinh tay bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh trước và sau khi khám bệnh nhân (dung dịch chlorine), đeo găng tay khi khám bệnh nhân bị đau mắt đỏ.
- Đối với Cơ quan y tế: sát trùng và khử khuẩn môi trường, các trang thiết bị và dụng cụ khám bệnh, đặc biệt là tay nắm cửa ở các phòng khám.

Tài liệu tham khảo:

1. Bagheri N., Wajda N. Brynn, Calvo C.; Durrani A. (2017). The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease (7th edition). Chapter 5: Conjunctiva/Sclera/Iris/External disease, 202-5.

2. Christopher J. Rapuano (2019). Cornea: Color atlas and synopsis of Clinical Ophthalmology series (3rd edition). Chapter 1: Conjunctival Infections and Inflammations, 8-13.
3. Krachmer J.H, Mannis M.J, Holland E.J (2005). Cornea (3rd edition). Part 6: The conjunctiva, Section 2: Conjunctivitis, Chapter 40: Conjunctivitis, 1188-90.