

1.5. VIÊM KẾT GIÁC MẠC DO LẬU CẦU

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Diễn hình khởi phát tối cấp trong 12 – 24 giờ.
- Đỏ, xốn, ghèn nhiều, chảy nước mắt, đau nhức, sợ ánh sáng, nhìn mờ.

1.2. Thực thể

- Nổi hạch trước tai.
- Xuất tiết ghèn màu xanh như mủ lượng nhiều, tái lập nhanh sau khi được lau sạch
- Phù mi, trường hợp nặng giống viêm mô tế bào trước vách.
- Kết mạc phù, sung huyết, xuất huyết dưới kết mạc, phản ứng nhú, cương tụ rìa.
- Viêm giác mạc: khởi đầu là vài thâm nhiễm nhỏ, thường ở rìa, nếu không điều trị dẫn tới loét, nặng hơn là hoại tử và thủng giác mạc. Mủ tiền phòng có hoặc không.
- Trường hợp nặng gây viêm tổ chức hốc mắt và viêm mủ nội nhãn.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm vi sinh

3. Nguyên nhân

Neisseria gonorrhoeae (Lậu cầu) thường nhiễm trùng thứ phát sau nhiễm lậu đường niệu dục thông qua:

- Vi trùng từ dịch tiết sinh dục thông qua tay người bệnh rồi xâm nhập vào bệnh nhân khi dụi mắt hay chăm sóc mắt cho người thân.
- Bé sơ sinh sanh qua đường âm đạo có mẹ bị nhiễm lậu cầu sinh dục.
- Vật dụng sinh hoạt, dụng cụ vệ sinh cá nhân.
- Nhân viên y tế và các dụng cụ không được tiệt trùng sau khi thăm khám cho người bệnh lậu. Hoặc chính nhân viên y tế bị dịch tiết mắt, dịch âm đạo, nước ối bị nhiễm bắn vào mắt.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc cấp do nguyên nhân khác.
- Viêm tổ chức hốc mắt.

5. Cận lâm sàng

5.1. Xét nghiệm mẫu bệnh phẩm dịch tiết ở kết mạc

- Nhuộm Gram: thấy song cầu Gr (-) (hình hạt cà phê) điển hình nằm bên trong bạch cầu đa nhân.
- Nuôi cấy, kháng sinh đồ: Phân lập lậu cầu bằng nuôi cấy là tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh, và giúp xác định kháng sinh sử dụng cho điều trị.
- PCR (polymerase chain reaction) là kỹ thuật có độ đặc hiệu và độ nhạy cao.

5.2. Xét nghiệm huyết thanh giang mai và HIV:

- Nên thực hiện để sàng lọc hai bệnh này.

6. Chỉ định nhập viện

6.1. Chỉ định điều trị ngoại trú

6.2. Chỉ định điều trị nội trú: Tất cả các trường hợp

7. Điều trị

7.1. Nội khoa

- Rửa mắt: Rửa liên tục bằng nước muối 15 – 30 phút, 4 lần/ngày để loại bỏ mủ nhầy và vi khuẩn.

7.1.1 Kháng sinh toàn thân

- Lâm sàng nghi ngờ và kết quả nhuộm Gram thấy song cầu Gram âm:
 - + Nếu không có tổn thương giác mạc: Cefixime 400 mg uống (liều duy nhất), Ceftriaxone 1g tiêm bắp (liều duy nhất), hoặc Spectinomycin 2g tiêm bắp (liều duy nhất).
 - + Nếu có tổn thương giác mạc: Ceftriaxone 1g tiêm tĩnh mạch (pha với nước cất) mỗi 12-24 giờ. Thời gian điều trị phụ thuộc đáp ứng lâm sàng (khoảng 5 – 7 ngày).
 - + Cần phối hợp điều trị Chlamydia:
 - Lựa chọn đầu tiên: Azithromycin 1g uống liều duy nhất hoặc Doxycycline 100mg, uống 2 lần/ngày trong 7 ngày
 - Lưu ý: Azithromycin có thể gây loạn nhịp (nguy cơ gây tử vong) trên bệnh nhân có khoảng QT bất thường, do đó không sử dụng Azithromycin trên bệnh nhân có tiền căn loạn nhịp, nên sử dụng doxycycline thay thế
 - Các lựa chọn khác:
 - Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ngày sau ăn trong 7 ngày (có thể sử dụng cho bệnh nhân có thai).
 - Tetracycline 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày (không được dùng cho trẻ em dưới 7 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú).
 - Amoxycillin 500mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày (có thể sử dụng cho bệnh nhân có thai)

7.1.2 Kháng sinh tại chỗ

- Thuốc nhỏ Fluoroquinolones mỗi 1 giờ như Moxifloxacin, levofloxacin, ofloxacin, besifloxacin. Có thể sử dụng thêm thuốc mỡ ofloxacin từ 2-3 lần/ngày.

7.1.3 Điều trị phụ trợ

- Nhỏ Atropin 1% x 2 lần/ngày: giảm đau, liệt thể mi, dẫn đồng tử chống dính mống nếu có viêm giác mạc.
- Giảm đau: Paracetamol 500mg x 3 lần/ngày, Diclofenac 50mg x 2-3 lần/ngày, hoặc dạng phối hợp Ibuprofen và Paracetamol.

- Hạ nhãn áp (nếu tăng nhãn áp hoặc thủng dọa thủng): dùng thuốc hạ áp theo phát đồ
 - Giải thích, giáo dục động viên bệnh nhân cùng tham gia điều trị, khám chuyên khoa da liễu phối hợp. Điều trị bệnh nhân bằng kháng sinh đường uống cho cả bệnh lậu và chlamydia như mô tả.
- 7.2. *Phẫu thuật*: Xem phần điều trị phẫu thuật trong viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

8. Theo dõi

- Tiến triển bệnh: bệnh tiến triển tối cấp nên theo dõi sát mỗi ngày cho đến khi cải thiện ổn định, sau đó mỗi 2 – 3 ngày cho đến khi hồi phục.
- Đáp ứng điều trị: tiết mủ giảm, thâm nhiễm giác mạc ngưng lan rộng.
- Biến chứng: theo dõi loét hoại tử biến chứng thủng, viêm mủ nội nhãn.
- Tiêu chuẩn xuất viện: hết đau hoặc đau ít, hết tiết mủ, cương tụ rìa giảm, bề mặt vết loét sạch, bờ biểu mô hóa.
- Tái khám hàng tuần.
- Bệnh nhân phải được điều trị phối hợp với chuyên khoa da liễu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2013), Quyết định Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
2. 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, 108-9.
3. Rapuano C. (2019). Color Atlas & Synopsis of Clinical Ophthalmology : Cornea (3rd ed). Chapter 1: Conjunctival Infections and Inflammation, 8-9.
4. Varu, Divya M., et al. (2019), "Conjunctivitis Preferred Practice Pattern®", Ophthalmology 2019 Jan;126(1), 115-148.