

6.16. VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT NHIỄM TRÙNG

1. Triệu chứng lâm sàng

Viêm tổ chức hốc mắt nhiễm trùng khởi phát cấp tính và diễn tiến nhanh, thường sau một đợt nhiễm trùng răng miệng hay sau can thiệp phẫu thuật vùng răng miệng, phẫu thuật hốc mắt, dị vật hốc mắt...

1.1. Cơ năng

- Khám sinh hiển vi: quan sát thấy dị vật kết mạc, dưới kết mạc hoặc giác mạc, nếu là mạt sắt đôi khi có vòng rỉ sét kèm theo. Có thể quan sát thấy thâm nhiễm giác mạc xung quanh dị vật. Kết mạc cương tụ, phù mi hoặc phản ứng tiền phòng nhẹ.
- Đỏ mắt, đau, nhìn mờ, nhìn 2 hình, phù mi hoặc quanh mi mắt, đau quanh hốc mắt, đau khi liếc mắt
- Sung huyết mũi, chảy nước mũi, nhức đầu, đau răng
- Tiền sử: chấn thương, phẫu thuật, viêm xoang, viêm tai, tiền sử nha khoa, bệnh lý gây suy giảm miễn dịch, đang điều trị ức chế miễn dịch

1.2. Thực thể

- Triệu chứng tại mắt:
 - + Phù mi, sưng, nóng, đỏ
 - + Phù kết mạc, sung huyết kết mạc
 - + Đau mắt khi liếc
 - + Lồi mắt
 - + Liệt vận nhãn
 - + Triệu chứng của bệnh lý thần kinh thị như giảm thị lực, ứ trệ tĩnh mạch võng mạc, phù đĩa thị, tổn thương đồng tử hướng tâm, rối loạn sắc giác có thể gặp trong những trường hợp nặng.
- Triệu chứng toàn thân: sốt, nhức đầu, mệt mỏi, triệu chứng hô hấp hay viêm xoang

2. Nguyên nhân

Nhiễm trùng lan rộng trực tiếp từ các xoang cạnh mũi, đặc biệt là xoang sàng hay nhiễm trùng khu trú quanh hốc mắt như viêm tuyến lệ, viêm túi lệ, viêm mô tế bào quanh mi mắt hoặc nhiễm trùng răng miệng.

- Sau chấn thương hốc mắt như gãy xương hốc mắt hoặc chấn thương xuyên còn dị vật hốc mắt
- Sau phẫu thuật mi mắt, hốc mắt hoặc sau phẫu thuật xoang cạnh mũi
- Sau phẫu thuật nội nhãn, ít gặp.
- Sau nhiễm trùng huyết
- Hoặc do sự lan rộng của huyết khối xoang hang do nhiễm trùng xoang hang

- Tác nhân nhiễm khuẩn thường gặp:
 - + Người lớn: nhóm vi khuẩn hiếu khí như *Staphylococcus species*, *Streptococcus species* và kỵ khí hỗn hợp như *Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacteria*
 - + Trẻ em: *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus species*, *Streptococcus species*
 - + Sau chấn thương: trực khuẩn gram âm
 - + Áp xe răng: cả vi khuẩn ái khí và kỵ khí độc tính cao
 - + Suy giảm miễn dịch (ĐTĐ, hoá trị, HIV): nấm sợi, nấm men và *Aspergillus*

3. Phân loại giai đoạn của viêm tổ chức hốc mắt nhiễm trùng: Phân loại Chandler

- Giai đoạn 1: Viêm tổ chức hốc mắt trước vách
- Giai đoạn 2: Viêm tổ chức hốc mắt lan rộng ra ngoài vách ngăn hốc mắt
- Giai đoạn 3: Absces dưới màng xương bên dưới màng xương của xương giấy
- Giai đoạn 4: Absces hốc mắt bên trong chớp cơ
- Giai đoạn 5: Nhiễm trùng lan rộng đến vùng xoang hang – huyết khối xoang hang (Cavernous sinus thrombosis) thông qua tĩnh mạch mắt trên

4. Chẩn đoán phân biệt

- U giả viêm hốc mắt
- Lymphoma hốc mắt bội nhiễm

5. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm công thức máu: bạch cầu tăng > 15.000, CRP tăng
- Siêu âm B
- Chụp CT sọ não – hốc mắt và các xoang có tiêm thuốc cản quang: để xác định và loại trừ dị vật hốc mắt, bệnh lý các xoang cạnh mũi, huyết khối xoang hang và sự lan rộng vào nội sọ, các tổn thương nội sọ khác...
- MRI sọ não hốc mắt có tiêm thuốc cản quang: khảo sát tình trạng viêm mô mỡ trong chớp cơ, cơ vận nhãn và thần kinh thị, phát hiện huyết khối xoang hang, các biến chứng của nhiễm trùng hốc mắt như huyết khối tĩnh mạch mắt trên, huyết khối xoang hang, viêm màng não, áp xe nội sọ...
- Nếu có vết thương hở hoặc có mủ ở ổ áp xe phải lấy dịch nhuộm Gram, soi tươi tìm nấm, nuôi cấy định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ.
- Cây máu nếu nghi ngờ có nhiễm trùng huyết
- Cần nhắc hội chẩn chuyên khoa trong các trường hợp sau:
 - + Hội chẩn chuyên khoa Ngoại thần kinh: nếu nghi ngờ viêm màng não
 - + Hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng: nếu nghi ngờ có viêm các xoang cạnh mũi

- + Hội chẩn chuyên khoa Răng Hàm Mặt: nếu có nguồn nhiễm trùng từ răng miệng do nhiễm trùng từ khu vực thường tiến triển nặng, nguy cơ đe dọa thị lực và có thể lan vào xoang hang

6. Chỉ định nhập viện: Tất cả trường hợp viêm tổ chức hốc mắt nhiễm trùng đều có chỉ định điều trị nội trú

7. Điều trị

7.1. Nội khoa

7.1.1. Nguyên tắc chung

- Phải điều trị cấp cứu viêm tổ chức hốc mắt cấp tính để phòng biến chứng viêm màng não, huyết khối xoang hang và nhiễm trùng huyết.
- Bệnh nhân phải được điều trị nội trú
- Tìm các ổ viêm phối hợp như viêm xoang, viêm đường hô hấp trên, nhiễm trùng răng miệng.
- Điều trị ngoại khoa khi cần thiết

7.1.2. Nguyên tắc chọn kháng sinh ban đầu: phổ rộng tác dụng cả gram dương, gram âm và vi khuẩn kỵ khí.

- Kháng sinh có tác dụng với:
 - + *S.aureus*, *S.pyogenes*
 - + Vi khuẩn kỵ khí của đường hô hấp trên
 - + Tác nhân thường gặp trong viêm xoang: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*.
- Đường dùng kháng sinh:
 - + Kháng sinh tiêm mạch, liều cao, phổ rộng trong giai đoạn sớm và kháng sinh đặc hiệu sau khi đã nuôi cấy phân lập được vi khuẩn. Trong thời gian chờ đợi nuôi cấy vi khuẩn, có thể dùng kháng sinh nhóm Ceftriaxone 1g x 2 lần tiêm tĩnh mạch
 - + Kháng sinh uống: được sử dụng sau khi kháng sinh tiêm mạch có đáp ứng.
 - + Nếu triệu chứng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống tùy theo kết quả kháng sinh đồ, thời gian điều trị tiếp theo trong 10 – 14 ngày.
 - + Amoxicillin/acid clavulanic 500/125mg Ngày 3 lần, mỗi lần 1 viên hoặc 875/125mg Ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên
 - + Một số trường hợp khác cần xem xét khi triệu chứng BN không cải thiện là: huyết khối xoang hang, viêm màng não, vi khuẩn kháng thuốc, vi khuẩn độc lực cao từ nhiễm trùng răng miệng không được phát hiện, hoặc nguồn gốc không do nhiễm trùng
 - + Lưu ý:

- Nếu nghi ngờ do *Staphylococcus aureus* kháng Methicilin (MRSA): Vancomycin tiêm mạch 15 mg/kg mỗi 12–24 giờ nếu chức năng thận bình thường.
- Nếu BN dị ứng với Penicillin nhưng có thể dung nạp Cephalosporins: Vancomycin như liều trên kết hợp với Ceftriaxone 2g tiêm mạch mỗi ngày và Metronidazole 500 mg tiêm mạch mỗi 6–8 giờ (không quá 400 mg/ ngày) khi nghi ngờ vi khuẩn yếm khí.
- Nếu BN dị ứng với Penicillin và Cephalosporin: kết hợp Fluoroquinolone (Moxifloxacin 400 mg tiêm mạch mỗi ngày hoặc Ciprofloxacin 400 mg tiêm mạch mỗi 12 giờ hoặc Levofloxacin 750 mg tiêm mạch mỗi ngày) và Metronidazole 500 mg tiêm mạch mỗi 6–8 giờ.
- Nếu BN có suy giảm chức năng thận hoặc suy thận: giảm liều kháng sinh, theo dõi BUN và Creatinine chặt chẽ.
- Nếu BN có sử dụng thuốc kháng đông: nên hội chẩn BS nội khoa (do một số loại kháng sinh, đặc biệt có dẫn xuất Tetracycline, có thể làm thay đổi công dụng của Warfarin và nhiều thuốc kháng đông khác).
- Phân lập tác nhân nhiễm trùng do nấm: điều trị kháng nấm Amphotericine B. Liều trung bình ở người lớn: 20mg tiêm tĩnh mạch, chia 2 lần/ngày, không quá 1 – 1.5 mg/kg/ngày.
- Điều trị hỗ trợ:
 - + Nếu có viêm xoang kèm theo: xịt mũi ít nhất trong 3 ngày, có thể giúp giảm nhanh tình trạng viêm xoang, điều trị theo phác đồ của BS Tai Mũi Họng.
 - + Nếu có hờ giác mạc hoặc cương tụ kết mạc: tra thuốc mỡ kháng sinh nhóm Quinolone như thuốc mỡ Ofloxacin 0,3% hoặc thuốc mỡ Tobramycin 0,3% tra mắt 2 lần/ngày khi đi ngủ.
 - + Điều trị kháng viêm: còn đang tranh cãi, thường được xem xét sau khi đã điều trị kháng sinh 24 – 48 giờ.

7.2. Phẫu thuật

- Chỉ định phẫu thuật dẫn lưu:
 - + Áp xe hốc mắt hoặc áp xe dưới màng xương, gây giảm thị lực, liệt vận nhãn toàn bộ.
 - + Nếu lồi mắt, giảm thị lực và liệt vận nhãn nặng hơn trong 48 giờ theo dõi
 - + Dẫn lưu sau 48 giờ khi BN vẫn còn sốt hoặc kháng sinh không đáp ứng.
 - + Nếu hốc mắt bị chèn ép gây bệnh lý thần kinh thị hoặc nhãn áp tăng, cần phải thực hiện mở góc ngoài để giải áp
- Chống chỉ định: tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật

8. Theo dõi

Theo dõi sát diễn tiến lâm sàng để có hướng xử trí phù hợp. Nếu đáp ứng điều trị, bệnh cải thiện trong 24- 36 giờ. Các dấu hiệu cần theo dõi:

- Thay đổi của triệu chứng cơ năng
- Nhiệt độ, công thức máu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân
- Thị lực, nhãn áp
- Khám giác mạc phát hiện dấu hiệu hờ mi
- Tình trạng vận nhãn
- Mức độ lồi mắt và độ lệch nhãn cầu nghi ngờ áp xe
- Khám võng mạc và thần kinh thị tìm dấu hiệu chèn ép phía sau (nếp gấp hắc võng mạc, viêm, bong võng mạc xuất tiết)

9. Tiên lượng và biến chứng

- Viêm tổ chức hốc mắt là bệnh lí nặng, diễn biến phức tạp và có thể gây biến chứng nặng nề. Tuy nhiên nếu điều trị tốt bệnh cũng có thể khỏi và không để lại di chứng.
- Những biến chứng có thể xảy ra là:
 - + Nhiễm trùng huyết có thể gây tắc xoang hang hoặc tử vong
 - + Áp xe hốc mắt
 - + Viêm màng não
 - + Viêm thần kinh thị gây giảm thị lực

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wills Eye Manual 8th Edition, trang 436-445, 2022.

BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM