

7.9. VIÊM MÔ TẾ BÀO TRƯỚC VÁCH Ở TRẺ EM

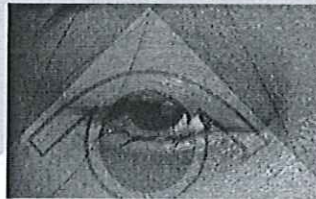
1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Thường gặp ở trẻ < 5 tuổi
- Liên quan nhiễm trùng da và mi mắt (lẹo, viêm da do Herpes simplex), viêm túi lệ và có thể liên quan nhiễm trùng hô hấp trên hay chấn thương.

1.2. Thực thể

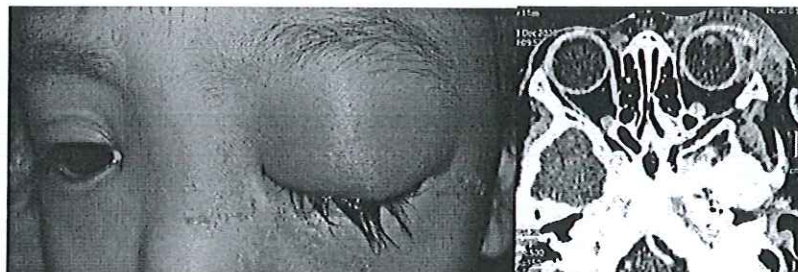
- Tổng trạng: trẻ có thể sốt nhẹ, mệt mỏi.
- Có thể kèm theo triệu chứng viêm đường hô hấp trên như ho, chảy nước mũi
- Thường bị một bên, mi mắt đỏ, sưng nề và ấn đau; vùng viêm có thể lan lên trán hoặc xuống gò má và có thể áp-xe hóa.
- Có thể kèm theo lẹo mi, viêm túi lệ hay vết thương da mi
- Không có các triệu chứng:
 - + Không giảm thị lực
 - + Không lồi mắt
 - + Không giới hạn vận nhãn
 - + Không bất thường phản xạ đồng tử (RAPD âm)



Hình 1: Viêm mô tế bào nhẹ do lẹo mi trên

1.3. Biến chứng có thể gặp

- Áp xe hóa
- Nhiễm trùng hốc mắt
- Hoại tử mi mắt
- Nhiễm trùng nội sọ (#1%)



Hình 2: Bệnh nhi bị viêm mô tế bào trước vách áp xe hóa, nhiễm trùng có nguy cơ xâm nhập vào hốc mắt.

2. Nguyên nhân

- Thường gặp: Staphylococcus aureus (bao gồm CA-MRSA), Streptococcus pneumoniae
- Khác: streptococci khác và VT yếm khí, H.influenzae type b (Hib)
- Liên quan: nhiễm trùng đường hô hấp trên, sau chấn thương mi mắt, côn trùng đốt, lệ mi mắt
- Ít gặp: do viêm kết mạc hoặc viêm túi lệ.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sung nề mi trong viêm kết mạc cấp do adenovirus
- Sung phù mi do viêm kết mạc dị ứng

4. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: công thức máu.
- Siêu âm B nhãn cầu hốc mắt: trẻ khóc khó đánh giá nhãn cầu, mi mắt sưng nhiều
- Chỉ định chụp CT scan sọ não hốc mắt trong các trường hợp:
 - + Áp xe mi mắt lan rộng
 - + Nghi ngờ nhiễm trùng hốc mắt
 - + Nghi ngờ có dị vật sau chấn thương
 - + Trẻ sốt cao, bạch cầu tăng cao
 - + Không đáp ứng điều trị kháng sinh sau 24-48 giờ

5. Chỉ định nhập viện**5.1. Chỉ định điều trị ngoại trú**

- Hầu hết các trường hợp không có biến chứng
- Sử dụng kháng sinh phổ rộng đường uống ± kháng viêm

5.2. Chỉ định nhập viện

- Trẻ ≤12 tháng: cân nhắc nhập viện theo dõi và điều trị kháng sinh tĩnh mạch khi cần do hệ miễn dịch trẻ hoạt động kém, lâm sàng thường diễn tiến nhanh, khó sử dụng kháng sinh đường uống.
- Trẻ > 12 tháng: chỉ định nhập viện điều trị kháng sinh tĩnh mạch trong trường hợp
 - + Viêm mô tế bào trước vách nặng, diễn tiến nhanh
 - + Áp xe lan rộng
 - + Biến chứng nhiễm trùng hốc mắt
 - + Trẻ sốt cao, bạch cầu tăng cao,
 - + Không đáp ứng điều trị với kháng sinh uống sau 48 giờ

6. Điều trị**6.1. Điều trị nội khoa****6.1.1. Kháng sinh****6.1.1.1. Kháng sinh uống**

- Sử dụng các nhóm kháng sinh phổ rộng như:
 - + Amoxicillin-Clavulanic acid
 - + Cephalosporin thế hệ 2, 3 dạng uống: Cefpodoxim, Cefixim, Cefdinir...
 - + Linezolid
- Có thể sử dụng:
 - + Metronidazole: chống lại vi khuẩn kỵ khí

Amoxicillin /Clavulanic acid	Trẻ <3 tháng tuổi: 30mg/kg/ngày chia 2 lần Trẻ > 3 tháng tuổi: 20-40 mg/kg/ngày chia 2-3 lần Trẻ lớn: 40-90 mg/kg/ngày chia 2-3 lần (không quá 4000mg/ngày)
Metronidazole	Chống vi khuẩn kỵ khí Trẻ >1 tháng tuổi: 30mg/kg/ngày chia 4 lần/ngày (không quá 4g/ngày) Trẻ <1 tháng tuổi: liều thay đổi theo trọng lượng và số ngày tuổi. - Trẻ <1,2kg: 7,5 mg/kg TM/Uống mỗi 48 giờ - Trẻ <7 ngày: * 1,2-2 kg: 7,5 mg/kg TM/Uống 1 lần/ngày. * >2 kg: 15 mg/kg/ngày TM/Uống chia mỗi 12 giờ - Trẻ > 7 ngày * 1,2-2 kg: 15 mg/kg/ngày TM/Uống chia mỗi 12 giờ * >2 kg: 30 mg/kg/ngày TM/Uống chia mỗi 12 giờ

- Nếu dị ứng nhóm cephalosporin, chỉ định nhập viện nội trú.

6.1.1.2. Kháng sinh tĩnh mạch

- Xem phác đồ “Viêm tổ chức hốc mắt nhiễm trùng”.

6.1.2. Kháng viêm

- Nếu bệnh nhân đáp ứng với điều trị kháng sinh: lâm sàng cải thiện, mi mắt bớt sưng nề có thể phối hợp thêm kháng viêm để rút ngắn thời gian phục hồi.
- Corticosteroid uống liều 0,5-1 mg/kg/ngày trong 5-7 ngày.

6.1.3. Điều trị hỗ trợ

- Kháng sinh nhỏ: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh Tobramycine 0,3% , Ofloxacin 0,3% , Levofloxacin 0,5% hoặc 1,5% hoặc Moxifloxacin 0,5% nhỏ 6-10 lần/ngày
- Thuốc mỡ kháng sinh thoa da: Tobramycine 0,3% hoặc Ofloxacin 0,3% tra mắt 2-3 lần/ngày

- Thuốc mỡ kháng sinh + kháng viêm thoa da: như tobramycin + dexamethasone (Tobradex) hay dexamethasone + neomycin + polymycin B (Maxitrol) tra mắt 1-2 lần/ngày khi cần
- Giảm đau: Paracetamol từ 10 - 15 mg/ kg thể trọng/lần.
+ Cách mỗi 6 giờ uống một lần, không quá 5 lần/ ngày.
+ Tổng liều tối đa không quá 60 mg/ kg thể trọng/ 24 giờ.

6.2. *Phẫu thuật*

- Chỉ định rạch dẫn lưu khi có biến chứng áp xe hóa
- Lấy mù xét nghiệm: soi tươi, nuôi cấy và làm kháng sinh đồ.
- Lưu ý: nếu lâm sàng bệnh nhân cải thiện tốt có thể không thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

7. **Theo dõi**

- Đáp ứng điều trị: lâm sàng cải thiện sau 24-48 giờ
- Nếu lâm sàng không cải thiện: chỉ định chụp CTscan và/hoặc chỉ định nhập viện theo dõi điều trị kháng sinh tĩnh mạch khi cần
- Theo dõi:
 - + Thị lực
 - + Dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân
 - + Dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng lan vào hốc mắt, dấu hiệu nhiễm trùng nội sọ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harley's Pediatric Ophthalmology, Sixth Edition, 2015. Infectious eyelid disorders, preseptal cellulitis, p 352-359.
2. Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 2023-2024. Chapter 17: Orbital Disorders, Preseptal Cellulitis, p 227-229, .
3. The Wills Eye Manual. Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Chapter 6: Eyelid, Preseptal Cellulitis, p 140-143.