

التهاب القرنية الجرثومي [التقييم المبني]

الجرثومي للتهاب قبل بدء المعالجة

- الارتشاح* القرني الواسع المركزي الذي يمتد للحمة* المتوسطة إلى العميقة
- الطبيعة المزمنة للتهاب
- عدم الاستجابة للمعالجة بالصادات واسعة الطيف
- المظهر السريري الذي قد يدل على التهاب القرنية الفطري*، أو الأميبي*، أو بالمتفطرات*
- تقيح الغرفة الأمامية* الذي يرافق التهاب القرنية الجرثومي يكون عقيماً* عادة، ولا يجب إجراء بزل للخلط المائي أو الزجاجي إلا في الحالات التي يكون فيها الشك قوي بحدوث التهاب باطن عين* جرثومي.

- يجب أن توضع الكشطات* القرنية التي تؤخذ بهدف الزرع في الأوساط الملانمة للزرع مباشرة لتعزيز فرص نجاح الزرع، وإذا كان ذلك غير ممكناً، توضع العينات في أوساط خاصة عند نقلها، وفي كل الحالات، يتم حضن الزروعات مباشرة أو تؤخذ مباشرة للمختبر

تدبير العناية

- قطرات الصادات الموضعية هي الطريقة المفضلة في معظم الحالات.
- تستعمل الصادات الموضعية واسعة الطيف في البداية في المعالجة التجريبية للتهاب القرنية الجرثومي المقترض*.
- في حالات التهاب القرنية الشديد أو المركزي (مثال: إصابة في اللحمة العميقة أو ارتشاح بقطر أكبر من 2 مم مع تقيح* واسع)، تستعمل جرعة تحميل* (مثال: كل 5-15 دقيقة في أول 30 إلى 60 دقيقة)، تنبع باستعمال متعدد (مثال: كل 30 دقيقة حتى 1 ساعة على مدار الساعة) أما في حالات التهاب القرنية الأقل شدة، يكون استعمال القطرات بتواتر أقل مناسباً.
- تستعمل المعالجة الجهازية في التهاب القرنية بالمكورات البنية*.
- بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعالجون بالستيروئيدات القشرية* العينية الموضعية عند المراجعة بشك وجود التهاب قرنية الجرثومي، يتم إيقاف أو تخفيف الستيروئيدات القشرية حتى تتم السيطرة على الخمج*.
- عندما تشمل الارتشاحات القرنية المحور البصري، يمكن إضافة الستيروئيدات القشرية الموضعية بعد 2-3 أيام على الأقل من حدوث تحسن مترقي بالعلاج بالصادات الموضعية. يجب الاستمرار باستعمال الصادات الموضعية بسويات عالية ثم التخفيف التدريجي.
- يتم فحص المرضى خلال 1-2 يوم بعد بدء المعالجة بالستيروئيدات القشرية الموضعية.

القصة المرضية لدى الفحص المبني

- الأعراض العينية (درجة الألم والاحمرار والتفريغ والرؤيا غير الواضحة ورهاب الضوء ومدة الأعراض والظروف المحيطة ببدء الأعراض)
- قصة لاستعمال العدسات اللاصقة (جدول الارتداء أو الارتداء الليلي أو نوع العدسات اللاصقة أو محلول العدسات اللاصقة أو بروتوكول الصحة للعدسات اللاصقة أو غسل العدسات اللاصقة بماء الصنبور أو السباحة أو استخدام حوض استحمام أو الاستحمام أثناء ارتداء عدسات لاصقة)
- مراجعة للقصة العينية من النواحي الأخرى (بما في ذلك عوامل الخطر مثل طبقات فيروسات الحلا البسيط وطبقات فيروسات الجديري المائي والتهاب القرنية البكتيري السابق والصدمة وجفاف العين وجراحة العين السابقة، بما في ذلك الجراحة الانكسارية)
- مراجعة للمشاكل الطبية الأخرى
- الأدوية العينية المستعملة حالياً أو مؤخراً
- الحساسية للأدوية

الفحص الفيزيائي المبني

- حدة* البصر
- المظهر العام للمريض، بما في ذلك حالات الجلد
- فحص الوجه
- الوضع العام
- الأجفان والإغلاق الجفني
- الملتحمة*
- الجهاز الأنفي الدمعي*
- الحس القرني
- التنظير الحيوي* بالمصباح الشقي*
- حواف الأجفان
- الملتحمة
- الصلبة*
- القرنية*
- الغرفة الأمامية لعمق الالتهاب وظهوره، بما في ذلك الخلية والالتهاب والغمير القيجي والفايبرين والغمر الدموي
- الزجاجي الأمامي
- العين الأخرى لمؤشرات المرض بالإضافة إلى مرض مشابه سابق محتمل

الفحوص التشخيصية

- تدبر الغالبية العظمى من الحالات المكتسبة بالعدوى بالمعالجة التجريبية* من دون أخذ لطاخات* أو الزرع*
- الاستطابات لأخذ لطاخات أو الزرع:
- التهاب القرنية الشديد أو المهدد للرؤية مع الشك بالمنشأ

التهاب القرنية الجرثومي [التوصيات المتعلقة بالتدبير]

توعية وتعليم المريض

- إبلاغ المرضى الذين لديهم عوامل خطورة مؤهبة لالتهاب القرنية الجرثومي حول الخطر النسبي لديهم، وكذلك حول علامات وأعراض الخمج*، وضرورة مراجعة طبيب العيون فوراً عند ظهور أي من تلك العلامات والأعراض
- التوعية حول الطبيعة المخربة لالتهاب القرنية الجرثومي والحاجة للالتزام الصارم بالمعالجة
- مناقشة احتمال فقد الرؤية الدائم والحاجة للتأهيل البصري في المستقبل
- توعية وتعليم مرضى العدسات اللاصقة* حول زيادة خطر الخمج لديهم، ولاسيما عند ارتداء العدسات أثناء النوم، وأهمية الالتزام بتقنيات العناية الصحية بالعدسات اللاصقة
- إحالة المرضى المصابين بإعاقة بصرية مهمة أو عمى إلى التأهيل البصري إذا كانوا غير مؤهلين للجراحة (انظر www.aao.org/smartsight)

معالجة التهاب القرنية الجرثومي بالصادات*

الجرعة* تحت الملتحمة*	التركيز الموضعي	الصاد	العضوية* المسببة
100 مغ في 0.5 مل 20 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل 9 – 14 مغ / مل متنوعة†	Cefazolin مع Tobramycin أو Gentamycin أو Fluoroquinolone	لا عضويات مكتشفة أو انماط متعددة من العضويات
100 مغ في 0.5 مل 25 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل 15 – 50 مغ / مل 10000 وحدة دولية متنوعة†	Cefazolin Vancomycin ‡ Bacitracin ‡ Fluoroquinolone	المكورات* إيجابية الغرام*
20 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل	9 – 14 مغ / مل 50 مغ / مل متنوعة†	Gentamycin أو Tobramycin Ceftazidime Fluoroquinolones	العصيات* سلبية الغرام*
100 مغ في 0.5 مل 100 مغ في 0.5 مل	50 مغ / مل 50 مغ / مل متنوعة†	Ceftriaxone Ceftazidime Fluoroquinolones	المكورات سلبية الغرام [§]
20 مغ في 0.5 مل	20 – 40 مغ / مل 10 مغ / مل 10 مغ / مل متنوعة†	Amikacin Clarithromycin Azithromycin ¶ Fluoroquinolones	المتقطرات* غير السلية*
20 مغ في 0.5 مل	100 مغ / مل 20 – 40 مغ / مل 16 مغ / مل 80 مغ / مل	Sulfacetamide Amikacin Trimethoprim/sulfamethoxazole: Trimethoprim Sulfamethoxazole	النوكارديا*

× قليل من المكورات إيجابية الغرام تقاوم gatifloxacin والـ moxifloxacin أكثر من غيرها من الـ fluoroquinolones.

† besifloxacin 6 مغ/مل؛ gatifloxacin 3 مغ/مل؛ levofloxacin 15 مغ/مل؛ moxifloxacin 5 مغ/مل؛ ofloxacin 3 مغ/مل، هي التراكيز المتوفرة تجارياً.

‡ تستعمل في أنواع المكورات العنقودية* والمكورات المعوية* المقاومة* وفي حال الحساسية للبنتسلين. لا يملك كل من الـ vancomycin والـ bacitracin أية فعالية تجاه سلبيات الغرام، ولا يجب استعمالها كعامل وحيد في المعالجة التجريبية* لالتهاب القرنية الجرثومي.

§ المعالجة الجهازية ضرورية عند الشك بخرمج بالمكورات البنية*.

¶ المعطيات من :

Chandra NS, Torres MF, Winthrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ