|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Áp xe phổi**  **ThS BS Trần Thị Tố Quyên**  **Bộ môn Nội- Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch**    **Mục Tiêu của Y3 và CT3:**   * Nắm được các tác nhân gây bệnh và các yếu tố thuận lợi gây áp xe phổi * Kể được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của áp xe phổi * Nêu được các chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt, tiến triển và biến chứng của áp xe phổi * Tham khảo phần điều trị   **1. Đại cương:  1.1. Định nghĩa:**    Áp xe phổi là một viêm nhiễm cấp tính gây hoại tử ở nhu mô phổi, tạo nên một hang mới chứa mủ,  Áp xe phổi mạn tính là khi ổ áp xe tồn tại từ 2 tháng trở lên.  Cần phân biệt tổn thương phổi tạo hang không phải luôn luôn gây ra bởi nhiễm trùng. Noninfectious causes include the following: Nguyên nhân có thể bao gồm:   * Bullae with air-fluid level Kén khí, có mức khí – dịch * Bronchiectasis Dãn phế quản * Lung cancer Ung thư phổi * Lung infarction Nhồi máu phổi * Nodular silicosis nodule with central necrosis Silicosis với hoại tử trung tâm * Pulmonary emboliPulmonary sequestratioSarcoidosis Sarcoidosis * Wegener's granulomatosis Bệnh Wegener granulomatosis   **1.2 . Nguyên nhân và đường xâm nhập: *1.2.1- Nguyên nhân:***   |  |  | | --- | --- | | **Các tác nhân thường gặp có thể tổng kết trong bảng sau:** | | | **Tác nhân** | **Thường gặp** | | Hiếu khí | *Burkholderia pseudomallei*\*  *Klebsiella pneumonia*\*  *Nocardia* sp†  *Pseudomonas aeruginosa*\*  *Staphylococcus aureus*‡  *Streptococcus milleri*‡  Other streptococci‡ | | Kỵ khí | *Actinomyces* sp†  *Bacteroides* sp\*  *Clostridium* sp†  *Fusobacterium* sp\*  *Peptostreptococcus* sp‡  *Prevotella* sp\* | | Nấm | *Aspergillus* sp (aspergillosis)  *Blastomyces dermatitidis* (blastomycosis)  *Coccidioides immitis* (coccidioidomycosis)  *Cryptococcus neoformans* (cryptococcosis)  *Histoplasma capsulatum* (histoplasmosis)  *Pneumocystis jiroveci*  *Rhizomucor* (mucormycosis)  *Rhizopus* sp (mucormycosis)  *Sporothrix schenckii* (sporotrichosis) | | Mycobacteria (Vi khuẩn không điển hình) | *Mycobacterium avium-cellulare*  *Mycobacterium kansasii*  *Mycobacterium tuberculosis* | | Ký sinh trùng | *Entamoeba histolytica* (amebiasis)  *Echinococcus granulosus* (echinococcosis)  *Echinococcus multilocularis* (echinococcosis)  *Paragonimus westermani* (paragonimiasis) | | \*Trực khuẩn Gram âm.  †Trực khuẩn Gram dương.  ‡Cầu khuẩn Gram dương. | |      - Yếu tố thuận lợi: mắc bệnh mạn tính, nghiện rượu, thuốc lá,  suy giảm miễn dịch, sau gây mê, mở khí quản, nhổ răng, cắt Amidal, dị vật đường thở, chít hẹp phế quản do u, nhồi huyết phổi, chấn thương ngực. ***1.2.2. Đường xâm nhập:***   Hít xuống phổi vi khuẩn từ miệng họng là hay gặp nhất, ngoài ra vi khuẩn từ các ổ nhiễm khuẩn từ xa có thể đến phổi qua đường máu hoặc đường tiếp cận ( áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành ).  **2. Lâm sàng và cận lâm sàng:** **2.1. Lâm sàng:**  \* Nhìn chungtrên lâm sàng có thể có triệu chứng cơ năng ho, khạc đàm, sốt, vã mồ hôi, vẻ mặt nhiễm trùng, khám thấy rì rào phế nang giảm, hội chứng đông đặc hay tràn dịch màng phổi, tiếng ngực thầm, ran nổ . thường gặp trên bệnh nhân có bệnh lý răng miệng hay rối loạn tri giác hít sặc hay khó nuốt  \* Có thể phân biệt làm 3 giai đoạn   - Giai đoạn ổ mủ kín: bệnh cảnh lâm sàng giống viêm phổi cấp.   - Giai đoạn ộc mủ:      + Sau 6 - 15 ngày bệnh nhân đột ngột ho tăng lên, đau tăng lên. Ho dữ dội và ộc ra rất nhiều mủ ( hàng trăm ml ), mủ đặc quánh màu vàng hoặc nhầy màu vàng, lổn nhổn những cục mủ  tròn mùi hôi thối. Vã mồ hôi, mệt lả. Sau đó hết sốt, dễ chịu, ăn ngủ được. Giai đoạn ộc mủ cần đề phòng  mủ tràn vào đường thở gây ngạt thở.      + Có thể ho ra máu hoặc khạc ra ít mủ nhiều lần trong ngày ( khái mủ ). Quan sát đại thể mủ khạc ra để sơ bộ có chẩn đoán nguyên nhân. Mủ màu vàng: Thường do tụ cầu; mủ màu xanh: thường do liên cầu. Mủ màu Socola: Amip; mủ thối và có những cục hoại tử đen: vi khuẩn kỵ khí.   - Giai đoạn ổ mủ thông với phế quản: bệnh nhân vẫn ho dai dẳng nhất là khi thay đổi tư thế và khạc mủ số lượng ít hơn. Khám phổi có thể thấy hội chứng hang    **2.2 Cận lâm sàng:**  **Bao gồm**   * X-quang phổi * CT Scan lồng ngực (nếu cần thiết) * Cấy đàm (kể cả cấy nấm và mycobacteria) * Nội soi phế quản khi cần phải chẩn đoán loại trừ ung thư phổi   ***2. 2.1 X-Quang:***  Áp xe phổi là thường xảy ra trên bệnh nhân hít sặc do có rối loạn ý thức hoặc chứng khó nuốt và được chẩn đoán xác định bởi X-quang ngực. In an anaerobic infection due to aspiration, chest x-ray classically shows consolidation with a single cavity containing an air-fluid level in portions of the lung that would be dependent when the patient is recumbent (eg, the posterior segment upper lobes or the superior or lateral basal segments of the lower lobes). Trong nhiễm trùng kỵ khí do áp xe phổi hít, chụp X quang ngực cổ điển trong giai đoạn ổ mủ kín thấy một bóng mờ không thuần nhất, khá rộng, bờ mờ, chưa có ổ phá huỷ ở những giai đoạn sau thấy một  hoặc nhiều  hang dạng tròn , bờ dầy, xung quanh là tổ chức phổi đông đặc, trong hang có mức khí, nước, vị trí phụ thuộc khi ở tư thế bệnh nhân nằm (Thường ở phổi phải và vị trí các phân thùy sau của thùy trên hay phân thùy trên hoặc phân thùy đáy bên của thùy dưới). This pattern helps distinguish anaerobic abscess from other causes of cavitary pulmonary disease, because diffuse or embolic pulmonary disease often causes multiple cavitations, and TB typically involves the apices. Hình ảnh này giúp phân biệt áp xe kỵ khí từ các nguyên nhân khác của bệnh phổi tạo hang, như thuyên tắc phổi, có thể ở nhiều chỗ hay lao phổi thường tạo hang ở đỉnh phổi  ***CT is not routinely needed but may be useful when the x-ray suggests a cavitating lesion or when an underlying pulmonary mass obstructing the drainage of a lung segment is suspected. 2.2.2 CT Scan lồng ngực***:  Thường không cần thiết nhưng có thể hữu ích khi X-quang chỉ thấy một thương tổn tạo hang hoặc khi nghi ngờ có một khối u phổi có thể gây hình ảnh giả áp xe hóa  ***Bronchial carcinoma can lead to obstruction that causes pneumonia and abscess formation.. Bronchoscopy is sometimes done to exclude cancer or the presence of a foreign body or to detect unusual pathogens, such as fungi. 2.2.3 Soi phế quản***  Đôi khi được thực hiện để loại trừ ung thư hay khi nghi ngờ có di vật hoặc để phát hiện mầm bệnh khác thường, chẳng hạn như nấm.   |  | | --- | | **Hình ảnh**[**Lung Abscess**](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=vi&sl=en&u=http://www.merck.com/mmpe/sf/multimedia/Photo1sec5ch53/t/sec05-ch053-ch053a.html&prev=/search%3Fq%3Dlung%2Babscess%26hl%3Dvi%26sa%3DX%26prmd%3Dv&rurl=translate.google.com.vn&usg=ALkJrhgKQA3SlygC6PgZ7YGLLQwo_5kONw)[**Áp xe phổi**](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=vi&sl=en&u=http://www.merck.com/mmpe/sf/multimedia/Photo1sec5ch53/t/sec05-ch053-ch053a.html&prev=/search%3Fq%3Dlung%2Babscess%26hl%3Dvi%26sa%3DX%26prmd%3Dv&rurl=translate.google.com.vn&usg=ALkJrhgKQA3SlygC6PgZ7YGLLQwo_5kONw) | | [Áp xe phổi](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=vi&sl=en&u=http://www.merck.com/mmpe/sf/multimedia/Photo1sec5ch53/t/sec05-ch053-ch053a.html&prev=/search?q=lung+abscess&hl=vi&sa=X&prmd=v&rurl=translate.google.com.vn&usg=ALkJrhgKQA3SlygC6PgZ7YGLLQwo_5kONw) |   ***Cultures:*** Anaerobic bacteria are rarely identifiable on culture because uncontaminated specimens are difficult to obtain and because most laboratories do not culture anaerobes well or often. ***2.2.4 Cấy đàm:***  Các vi khuẩn kỵ khí hiếm khi được nhận dạng khi cấy vì rất khó phân lập mẫu bệnh phẩm không bị ngoại nhiễm sau khi qua vùng hầu họng và hầu hết các phòng thí nghiệm cấy vi khuẩn kỵ khí thường không làm được. If sputum is putrid, then anaerobic infection is assumed to be the cause. Cũng có thể đàm có mủ, sau đó mới bội nhiễm kỵ khí . However, if empyema is present, pleural fluid provides a good source for anaerobic culture. Tuy nhiên, nếu có tràn mủ màng phổi thì cấy dịch màng phổi tìm vi trùng kỵ khí thường dễ dàng làm hơn  When clinical findings make anaerobic infection less likely, aerobic, fungal, or mycobacterial infection should be suspected, and attempts should be made to identify a pathogen. Khi lâm sàng ít nghi ngờ có khả năng nhiễm trùng kỵ khí, thì cần phải tìm vi trùng hiếu khí, nấm, hoặc mycobacteria. Cultures of sputum, bronchoscopic aspirates, or both are helpful.Cấy đàm, hút dịch phế quản qua ngã nội soi, cấy máu cũng có thể cùng được thực hiện để định danh tác nhân gây bệnhMRSA is generally found in both the sputum and blood cultures..  **2.3. Tiến triển và biến chứng:** ***2. 3.1. Tiến triển:***      + Điều trị tốt khỏi hoàn toàn sau một thời gian để lại sẹo  hình ngôi sao.      + Điều trị không tốt thành áp xe mạn tính ( trên 2 tháng, có ngón tay dùi trống ) hoặc để  lại hang di chứng. ***2.3.2.Biến chứng:***      + Giãn phế quản quanh ổ áp xe. Mủ màng phổi, màng tim ( do vỡ ổ áp xe ).      + Áp xe não, viêm màng não.      + Khái huyết nặng.      + Thoái hoá dạng bột các cơ quan.      + Phát triển nấm Aspergillus trong hang di chứng.  **3. Chẩn đoán:** **3.1. Chẩn đoán xác định:**   - Lâm sàng: khởi đầu đột ngột sốt, ho khạc đờm, ộc mủ hoặc khaí mủ, đờm và hơi thở thối, đau ngực. Khám phổi có hội chứng đông đặc, hội chứng hang.   - Xét nghiệm maú BC tăng cao, N tăng, VS tăng.   - Xquang: hình ảnh có mức khí nước, hay gặp ở thuỳ dưới phải.   - Xét nghiệm đờm tìm thấy vi khuẩn ái khí hoặc yếm khí, cấy máu ( + ) tính.   - Áp xe phổi do amip: đờm mủ màu Sôcôla, ổ áp xe thường ở phổi bên phải, xoá nhanh sau dùng Flagyl, Klion,  Emetin. **3.2 Chẩn đoán phân biệt:**   - Giãn phế quản:  bệnh sử mạn tính, khạc đờm mủ về buổi sáng; Xquang: nhiều ổ tròn sáng ở thuỳ dưới. Chẩn đoán xác định bằng chụp MS CT Scan lồng ngực.   - Mủ màng phổi thông với phế quản: bệnh nhân ộc nhiều mủ, Xquang có hình ảnh tràn dịch, tràn khí màng phổi   - Kén khí bị nhiễm khuẩn: hang riềm mỏng, xung quanh không có đông đặc, điều trị kháng sinh không nhỏ đi. Tiền sử có hang từ trước.   - Hang ung thư: thoái hoá ở trung tâm, bờ dầy, thành gồ ghề, điều trị kháng sinh không kết quả.   -Hang lao nhiễm khuẩn: dễ nhầm với áp xe mạn tính. Soi, câý đờm BK ( + ) tính , có thâm nhiễm ở xung quanh hang, điều trị kháng sinh không kết quả..  **4. Điều trị:** **4.1. Điều tri nội khoa:**   - Tốt nhất là dựa theo kháng sinh đồ. Không làm được kháng sinh đồ thì tuỳ theo triệu chứng lâm sàng, Xquang, tính chất mủ mà có hướng xác định căn nguyên vi khuẩn học. Nên phối hợp 2-3 kháng sinh. Sử dụng kháng sinh bằng nhiều đường. truyền tĩnh mạch kết hợp với tiêm bắp sau đó tiêm bắp kết hợp với đường uống. Thời gian điều trị 6-8 tuần hay có thể lâu hơn cho đến khi X quang phổi mất hình ảnh ổ áp xe.  Có thể chọn kháng sinh theo vi trùng gây bệnh như      + Tụ cầu: Methicilin, Cephalosporin, Lincomyxin, Vancomyxin.      + Liên cầu: Penixilin G.      + Klebsiella: Gentamyxin, Quinolon.      + Amip: Emetil, Flagyl.  Môt vài kháng sinh tham khảo điều trị theo kinh nghiệm:  Clindamycin: 600 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6-8 h thường là thuốc được lựa chọn bởi vì nó có hoạt tính trên Streptococcus và kỵ khí. The primary alternative is a combination β -lactam/β-lactamase inhibitor (eg, ampicillin/sulbactam 1 to 2 g IV q 6 h, ticarcillin/clavulanate 3 to 6 g IV q 6 h, piperacillin/tazobactam 3 g IV q 6 h). Metronidazole Some Trade Names Có thể thay thế bằng sự kết hợp β -lactam/β-lactamase ức chế (ví dụ, ampicillin / sulbactam 1-2 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 h, ticarcillin / clavulanate 3-6 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 h, piperacillin / tazobactam 3 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 h  CLEOCIN  Metronidazol: 500 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8h có thể được sử dụng nhưng phải được kết hợp với penicillin 2.000.000 đơn vị tiêm tĩnh mạch mỗi 6 h. Less seriously ill patients may be given oral antibiotics such as clindamycin Some Trade Names  Bệnh nhân ít nghiêm trọng có thể được cho uống thuốc kháng sinh như clindamycin 300 mg mỗi 6 h hoặc amoxicillin / clavulanate 875/125 mg uống mỗi 12 h. IV regimens can be converted to oral ones when the patient defervesces.  For very serious infections involving MSRA, the best treatment is vancomycin Some Trade Names Đối với nhiễm trùng rất nghiêm trọng liên quan đến Tụ cầu kháng Methicillin , điều trị tốt nhất là Vancomycin hay Linezolid  CLEOCIN   - Dẫn lưu mủ: Thường không được khuyến cáo vì dẫn lưu tư thế có thể gây rò rỉ nhiễm vào phế quản khác tắc nghẽn cấp tính. If the patient is weak or paralyzed or has respiratory failure, tracheostomy and suctioning may be necessary.  -Nếu bệnh nhân yếu liệt hay có suy hô hấp, mở khí quản có thể cần thiết. Rarely, bronchoscopic aspiration helps facilitate drainage.  -Hiếm khi nội soi phế quản để thoát mủ  . An accompanying empyema must be drained. Tràn mủ màng phổi có thể được dẫn lưu ổ mủ Percutaneous or surgical drainage of lung abscesses is necessary in the roughly 10% of patients in whom lesions do not respond to antibiotics. trong khoảng 10% bệnh nhân trong đó có tổn thương không đáp ứng với kháng sinh. Resistance to antibiotic treatment is most common with large cavities and with infections that complicate obstructions. Kháng với điều trị kháng sinh thường gặp nhất với sâu răng lớn và phức tạp với nhiễm trùng trên dị vật.  **4.2.Điều trị ngoại khoa:**   - Chỉ định:      + Áp xe phổi mạn tính, điều trị nội khoa trên 2 tháng không có kết quả.      + Ho ra máu nặng đe doạ tính mạng.      + Hang di chứng.   - Phương pháp: cắt thuỳ phổi hoặc phân thuỳ phổi. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | |  | |   Tài liệu tham khảo   1. Pneumonia. The Merck Manuals: 00The Merck Manual for Healthcare Professionals. http://www.merck.com/mmpe/sec05/ch052/ch052a.html. Accessed March 25, 2009. 2. Pneumonia fact sheet. American Lung Association. http://www.lungusa.org/site/apps/nlnet/content3.aspx?c=dvLUK9O0E&b=2060321&content\_id={08C669B0-E845-4C9C-8B1E-285348BC83BD}¬oc=1. Accessed March 28, 2009. 3. Durrington H, et al. Recent changes in the management of community-acquired pneumonia in adults. British Medical Journal. 2008;336:1429. 4. Pneumonia. American Lung Association. http://www.lungusa.org/site/apps/nlnet/content3.aspx?c=dvLUK9O0E&b=4294229&ct=3052571. Accessed March 28, 2009. 5. Menendez R, et al. Treatment failure in community-acquired pneumonia. Chest. 2007;132:1348. 6. Singh S, et al. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. Archives of Internal Medicine. 2009;169;219. 7. Chong C, et al. Pneumonia in the elderly: A review of the epidemiology, pathogenesis, microbiology and clinical features. Southern Medical Journal. 2008;101;1141. 8. Chong C, et al. Pneumonia in the elderly: A review of severity assessment, prognosis, mortality, prevention and treatment. Southern Medical Journal. 2008;101;1134. |
| |  |  | | --- | --- | | http://www.merck.com/site_images/mm/s.gif | http://www.merck.com/site_images/mm/s.gif | |
| http://www.merck.com/site_images/mm/s.gif |
| |  |  | | --- | --- | |  |  | |