**Tên bài giảng** **ABCES GAN DO AMIP**

Đối tượng: Y3 và Chuyên tu 3

Giảng viên : ThS BS Đào Xuân Lãm

**Mục tiêu :**

**Phương tiện giảng dạy**:

1. Projector
2. Laptop.

**Nội dung bài giảng**

**ABCES GAN DO AMIP**

**I. TỔNG QUAN**:

-480 triệu người trên thế giới bị nhiễm E.histolytica

-Nhiễm amibe có thể không triệu chứng hay hiện diện như hội chứng Lỵ,abces gan hay biểu hiện hiếm khác.

-Chẩn đoán và điều trị abces gan amib đã nhiều tiến bộ do phát triển của ngành hình ảnh học đặc biệt hình ảnh học can thiệp

-Điều trị hiện nay đều dựa vào hầu như bằng thuốc

**II.KÝ SINH TRÙNG HỌC**:

-Gây bởi đơn bào E.histolytica. Nguồn dự trữ là người

-Thể gây nhiễm là bào nang, nhiễm qua đường tiêu hóa. Sự thoát nang diễn ra ở ruột non. Dưỡng bào(trophozoite) xâm nhập vào đại tràng và gây ra viêm và lỵ. Amib lan đến gan qua tuần hoàn cửa.

-Bào nang có thể sống ngoài cơ thể hàng tuần và hàng tháng, nhưng thể dưỡng bào thoái hóa trong vài phút.

**III. DỊCH TỂ HỌC:**

-Nhiễm trùng với E.histolytica ảnh hưởng 10% dân số thế giới, 40-50 triệu người bị viêm đại tràng hay abces gan amib và khoảng 40000-100000 tử vong /năm

-Tần suất nhiễm trùng khác nhau từ <1% ở các nước đã công nghiệp hóa đến 50-80% ở một số vùng nhiệt đới. Một nghiên cứu ở Gambia ghi nhận tốc độ nhiễm 100%.

Lỵ amibe đại tràng phân bố khắp thế giới nhưng abces gan do amibe là bệnh chỉ gặp ở vùng nhiệt đới & cận nhiệt đới. Vùng dịch lưu hành ở Châu phi, Đông Nam Á, Mexico,Venezuela & Columbia

Ở vùng dịch, người mới đến dễ bị nhiễm đặc biệt khi vệ sinh kém. Người địa phương ít bị có lẽ do đáp ứng miễn dịch, 1 phần bởi những lần tiếp xúc trước đây.

Thời gian tiềm ẩn ( latent period ) giữa nhiễm amibe ở ruột và gan bị abces vẫn chưa được giải thích rõ ràng.

-Lan truyền qua đường phân miệng và tăng lên bởi:

+Vệ sinh kém

+Nhiễm thức ăn qua ruồi

+Chế biến thức ăn bằng tay kém vệ sinh

+Nước uống không sạch

+Sử dụng phân người làm phân bón

-Nhóm nguy cơ cao:

+Những vùng có tình trạng kinh tế xã hội thấp ở trong vùng lưu hành dịch bệnh

+Di dân từ những vùng lưu hành dịch

+Dân số sống tập trung chăm sóc y tế cũng như bệnh nhân tâm thần

+Giới nam đồng tính

+Du lịch

+Người suy giảm miễn dịch,bao gồm bệnh nhân AIDS.

**IV. SINH LÝ BỆNH**:

-Ở gan, E.histolytica ly giải mô của ký chủ bằng các enzyme proteolytic

-Tổn thương abces gan thường có bờ rõ chứa gan hoại tử và thường bị thùy (P).

Đáp ứng của ký chủ lúc đầu đối với amip là sự xâm nhập N, nhưng amib có thể ly giải N sau đó giải phóng enzyme để tham gia vào quá trình hoại tử mô

-Abces chứa tế bào chết, dưỡng bào của amibe được tìm thấy ở ngoại vi của tổn thương, nơi mà amibe có thể xâm nhập xa hơn

-Các yếu tố ký chủ góp phần vào độ nặng của bệnh:

+Tuổi( trẻ em > người lớn)

+Có thai

+Suy dinh dưỡng và nghiện rượu

+Sử dụng corticoids

+Bệnh lý ác tính đi kèm

**V. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG**:

* Lỵ amibe chỉ thấy khoảng 10% và nang (cyst) trong phân thấy khoảng 15%. Tiền căn bị lỵ amibe trước đây rất hiếm khi khai thác được.
* Đã từng có báo cáo abces gan do amibe xảy ra sau gần 30 năm bị lỵ amibe đường ruột.
* Abces đa ổ thường thấy ở Mexico & Đài Loan.

.Abces gan amibe xảy ra đồng thời với viêm đại tràng do lỵ chỉ 10% số trường hợp

.20% các trường hợp có tiền căn tiêu chảy hay lỵ

.Ký sinh trùng có thể được phân lập từ phân khoảng 5% các trường hợp

1. Tiền căn: kinh tế xã hội và địa dư

+Di dân từ hay ở vùng dịch lưu hành

+Du lịch đến vùng dịch lưu hành

+Nam > nữ (3-10 lần)

+Người trẻ>trẻ em và người già

2. Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng:

* + Sốt : cao, lạnh run, vả mồ hôi và kéo dài < 10h có thể số thành cơn số nhẹ trừ khi ổ abces bị bội nhiễm
  + Đau HS (P): lúc đầu đau âm ỉ về sau đau nhiều và đau “ lói “
    - Nếu ổ abces gần cơ hoành >>> đau lan lên vai và tăng lên khi thở sâu hay ho
    - Rượu làm tăng cơn đau, đặc biệt khi thay đổi tư thế.
    - Cơn đau sẽ tăng về đêm
  + Gan có thể to và có thể sờ thấy ở thượng vị
  + Gan đau khi sờ bờ gan hay gõ phần dưới thành ngực ( P)

( Rung gan và ấn kẽ sườn (+))

* + Có thể có HC đông đặc thùy dưới phổi (P) hay TDMP (P)
  + Vàng da hiếp gặp hoặc nếu có: nhẹ

**VI. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG:**

1. Xét nghiệm:

|  |  |
| --- | --- |
| Dấu hiệu xét nghiệm | Tỷ lệ |
| Tăng bạch cầu  Thiếu máu  Tăng phosphatase kiềm/huyết thanh  Tăng Aminotransferase/huyết thanh  Tốc độ lắng máu  Đạm niệu | 80  >50  80  Dấu hiệu tiên lượng xấu  Thường gặp  Thường gặp |

Tăng bilirubin không thường gặp

2. Hình ảnh chẩn đoán:

-CXR:

+Vòm hoành (P) nhô cao

+Mất góc sườn hoành (P)

+Xẹp phổi

-Siêu âm bụng:

+Tổn thương đơn độc oval hay tròn(thỉnh thoảng nhiều ổ)

+Sang thương phản âm kém so với bình thường và lan tỏa khắp ổ abces

+Vị trí ngoại vi ,sát với bao gan

+Tăng sóng ở xa

-CT scan:

+Tổn thương bờ rõ,tròn hay oval, hầu hết đơn độc(thỉnh thoảng nhiều ổ)

+Giảm đậm độ so mô gan xương

+Cấu trúc bên trong không đồng nhất

-MRI: cũng cho hình ảnh rõ nét ổ abces

-Lấp lánh đồ (Radioisotope scanning): khiếm khuyết đổ đầy

3. Huyết thanh chẩn đoán:

+Là dấu hiệu chính để chẩn đoán amibe nội tạng

+Test huyết thanh dương tính # 95-100% bệnh nhân bị abces gan amibe

4. Chọc hút ổ abces (khi chẩn đoán không chắc chắn hay ổ abces dọa vỡ)

.Vàng đến nâu sậm

.Không mùi

.”Mủ” bao gồm chính yếu chất bả các tế bào chết, hầu hết amibe được thấy ở thành ổ abces.

**VI. Chẩn đoán**

1. Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng : sốt – đau HS (P) – gan to đau

Cận lâm sàng :

\* Siêu âm có khối choáng chổ giảm đậm độ ( hóa lỏng ) theo thời gian.

\* HTH chẩn đoán amibe dương tính

**Tiêu chuẩn chẩn đoán**

* Tiền căn sống ở vùng dịch lưu hành
* Lâm sàng có gan to đau ở người trẻ
* Đáp ứng với MTZ
* BC tăng rõ mà không có dấu hiệu thiếu máu với người có bệnh sử ngắn và BC tăng nhẹ và dấu hiệu thiếu máu ở BN có bệnh sử kéo dài.
* Siêu âm có khối choáng chổ. Giảm đậm độ theo thời gian.
* Lấp lánh đồ không có dấu hiệu lấp đầy
* Huyết thanh chẩn đoán amibe dương tính

1. Chẩn đoán phân biệt

Abces gan do VT

Abces gan do KST khác

Ugan

**VI. BIẾN CHỨNG:**

1.Vỡ abces vào:

a/Ngực gây ra:

+Dò gan –phế quản (khạc ra mủ)

+Abces phổi

+Tràn mù màng phổi

b/Ô bụng gây ra:

+Viêm phúc mạc

+Báng bụng

c/Màng ngoài tim gây ra

+Suy tim

+Viêm màng ngoài tim

+Chèn ép tim(thường nặng sau đó gây viêm màng ngoài tim co thắt)

2/Nhiễm trùng thứ phát;thường sau chọc hút

3/Khác(hiếm)

+Suy gan cấp(FHF)

+Chảy máu đường mật

+Tắc tĩnh mạch chủ dưới

+Abces não qua lan truyền đường máu

4/Các yếu tố thúc đẩy biến chứng:

+Tuổi>40

+Dùng Corticoids đồng thời

+Nhiều ổ abces

+VS tăng và CRP được cho ra tăng rất cao ở bệnh nhân hiện diện hay diễn tiến biến chứng toàn thân

**ĐIỀU TRỊ: (Tham khảo)**

Điều trị nội khoa bằng các thuốc đơn độc

a/Thường dùng:

+Metronidazole 500mg tid trong 5-10 ngày

Hay+Tinidazole 2g/ngày trong 3 ngày

Hay+Chloroquine 1g loading trong 1-2 ngày

Sau đó 500mg/ngày trong 20 ngày

b/Diệt amibe trong lòng ruột:

+diloxanide furoate 500mg tid-10 ngày

+diiodohydroxyquine 650mg tid/20 ngày

+paramomycine sulfate 25-35mg/kg/ngày chia làm 3 liều 5-10 ngày

.Bệnh nhân nghi ngờ abces gan do amib nên được điều trị ngay trong khi chờ đợi xác nhận của huyết thanh chẩn đoán. Đáp ứng thường rất nhanh với giảm sốt diễn ra trong 48-72h

.Bệnh nhân nặng mà với abces bên thùy (T) hay những người không đáp ứng với điều trị thuốc đầu tiên đòi hỏi chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm để tránh vỡ abces hay hoại tử abces do vi trùng

.Biến chứng như vỡ abces có thể xử trí nội khoa nhưng đồng thường đòi hỏi dẫn lưu qua da.

Phẫu thuật hiếm khi cần thiết

**VII. TIÊN LƯỢNG:**

-Abces gan amibe là 1 tình trạng có thể điều trị dứt điểm

-Khi không có biến chứng, tỉ lệ tử vong của bệnh là <1%

-Việc chậm trễ trong chẩn đoán có thể dẫn đến vỡ abces,gây ra tử vong rất cao:

+Vỡ vào ngực và bụng:tỉ lệ tử vong vào khoảng 20%

+Vỡ vào màng ngoài tim:tỉ lệ tử vong lên đến 30-100%

**Tài liệu tham khảo**:

1. Texbook of Gastroenterology, 5th edition, Yamada, 2009.

2. Principle of Clinical Gastroenterology, Tadataka Yamada, 2008

3. Gastrointestinal Emergency, 2 nd edition, 2009

4. Harrison’s principle of medicin, 17 th edition, 2008

5. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33 rd edition