**Tên bài giảng** **ABCES GAN DO VI TRÙNG**

Đối tượng: Y3 và Chuyên tu 3

Giảng viên : ThS BS Đào Xuân Lãm

**Muïc tieâu:**

**Phương tiện giảng dạy**:

1. Projector
2. Laptop.

**Nội dung bài giảng**

**ABCES GAN DO VI TRÙNG**

1. **ĐẠI CƯƠNG**:

-Abces gan do vi trùng là một tình trạng đe dọa cuộc sống

-Tỉ lệ mắc mới hàng năm rất khác nhau được ước tính khoảng 8-20/100000 bệnh nhân nhập viện ở Mỹ.

-Chậm trễ hay không nhận ra tình trạng này dẫn đến tốc độ tử vong cao

-Thường kèm với các tình trạng nội khoa khác

1. **VI TRÙNG HỌC**:

1/ Nguyên nhân thông thường nhất do VT Gr Ө như:

E.coli, streptococcus faecalis, Klebsiella & proteus vulgaris

Viêm đường mật mủ tái phát thường do Salmonella typhi

2/ Abces gan có liên quan đến đường mật thì do Klebsiella kháng thuốc, entenbaeter và Pseudomonas.

3/ VK kỵ khí thường kết hợp với các tác nhân trên.

4/ Staphylococcus, Klebsiella pneumoniae , Pseudomonas & Clostridium welchii thường gặp đối tượng hóa trị liệu

1. **DỊCH TỂ HỌC**:

+ Abces gan vi trùng hiếm gặp,dân số mắc bệnh dựa trên nghiên cứu báo cáo 11 cas / 1.000.000-năm

+ Thường xảy ra sau nhiễm trùng trong ổ bụng và thường gặp ở tuổi trung niên và người già

+ Abces gan vi trùng thường xảy ra ở những bệnh nhân có bệnh lý nội khoa:

-Bệnh lý ác tính

-Phẫu thuật bụng trước đây hay thủ thuật nội soi

-Đái tháo đường

-Bệnh Crohn

-Viêm túi thừa

-Sau chấn thương

+ Phân bố giới tính đều như nhau

+ Không có sự khác biệt về chủng tộc và địa dư

1. **SINH BỆNH HỌC**:

1. Các bệnh đường mật tiềm tàng là nguyên nhân thường gặp

* Tắc đường mật có thể dẫn đến nhiễm trùng đường mật dù chỉ là tắc nghẽn 1 phần
* Các thủ thuật hay phẩu thuật liên quan đến bệnh lý gan mật, dù có dùng kháng sinh dự phòng
* Đặt stent đường mật cho các bệnh lý đường mật ác tính hay bệnh lý về tụy có sự kết hợp với abces gan do VT
* Viêm xơ hóa đường mật ( Sclerosing cholangitis) và bất thường đường mật bẩm sinh ( congenital biliary amomalies) có thể dẫn đến abces gan do VT

2. Viêm tắc TM cửa hay huyết khối nhiễm trùng TM cửa → viêm mủ tỉnh mạch cửa thứ phát sau nhiễm trùng từ vùng chậu hay đường tiêu hóa bao gồm: VRT, viêm túi mật mủ, viêm ruột vùng, thủng dạ dày, loét ĐT , viêm tụy hay trĩ nhiễm trùng

3. Tổn thương hệ thống đường mật gan ( hepatic arterial system) có thể dẫn đến abces gan thường sau phẩu thuật cắt túi mật.

* Bệnh nhân ghép gan xuất hiện sau 2 tuần hậu phẩu thường cho các biến chứng về kỹ thuật phần lớn là thuyên tắc đường mật gan ( hepatic arterial thrombosis )
* TACE hay tiêm hoá chất vào khối u trong gan qua da ( percutameons tumor injections) , điều trị K đại tràng di căn gan có thể dẫn đến abces gan do VT

4. BN suy giảm miễn dịch; sau ghép tạng – nhiễm HIV hay hóa trị leukemia

5. Chấn thương bao gồm vết thương xuyên thấu gan hay chấn thương cùn do tai nạn giao thông có thể gây abces gan do VT

6. Sự lây lan trực tiếp từ 1 ổ nhiễm trùng kế cận như là abces quanh thận → abces đơn độc ở gan ( solitary hepatic abscess ). Bệnh nhân Đái tháo đường có thể gây abces gan do VT sinh hơi.

7. Chiếm hơn nữa các căn nguyên ( ngoại trừ bệnh đường mật tiềm tàng ) là do vô căn , thường xảy ra ở người lớn tuổi.

1. **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG**

Cần ghi nhận cơ địa đái tháo đường , hóa trị K và suy giảm miễn dịch

1/Triệu chứng lâm sàng:

Đau bụng : + Vùng HS (P)

+ Âm ỉ ngày càng tăng

+ Lan lên vai (P)

Sốt.

Vàng da thường trễ ngoại trừ có bệnh lý đường mật tiềm tàng.

|  |  |
| --- | --- |
| Triệu chứng | Tỷ lệ % |
| Sốt  Lạnh run  Đau bụng  Buồn nôn  Ói  Sụt ký  Đau ngực kiểu màng phổi  Ho hay khó thở  Tiêu chảy  Bụng chướng | 79  60  55  37  30  28  21  21  20  5 |

2/Khám lâm sàng

.Tổng trạng kém

.Sốt

.Dấu thiếu máu ở trường hợp kéo dài

.Ngón tay dùi trống(hiếm)

.Vàng da(33%)

.Gan to đau

.Tam chứng cổ điển:sốt-vàng da-gan to đau thấy <10% bệnh nhân

3/Dấu hiệu cận lâm sàng:

3.1. Xét nghiệm:

Huyết học : CTM BC ↑

VS ↑ CRP ↑

Sinh Hóa: ALT, AST, ALP có thể thay đổi

|  |  |
| --- | --- |
| Dấu hiệu xét nghiệm | Tỷ lệ % |
| Thiếu máu  Tăng bạch cầu  VS tăng  Tăng bilirubin/huyết thanh  Tăng phosphatase kiềm  Tăng Aminotransferase huyết thanh  Tăng albumine huyết thanh  Tăng Prothrombine time | 50  75  100  Thường gặp  Thường gặp  Thường gặp  Dấu tiên lượng xấu  Thường gặp |

3.2. Hình ảnh học chẩn đoán:

a. CXR bất thường trong 50%

+Nâng cao vòm hoành (P)

+Mất góc sườn hoành (P)

+Xẹp phổi

+nếu vi trùng gây abces sinh hơi, mức dịch thấy dưới cơ hoành

b. Siêu âm bụng:

+Tròn,oval hay elip tổn thương

+Bờ không đều

+Giảm âm với mức độ khác nhau

c. CT Scan:

+Độ nhạy cao,phát hiện 94% các tổn thương

+Tổn thương giảm đâm độ & tăng với cản quang

d. MRI:

Nhạy hơn khi phát hiện các tổn thương nhỏ hơn CT scan

e. Đồng vị phóng xạ:

Gallium được hấp thụ nhanh bởi ổ abces

3.3. Vi trùng học:

+ Cấy máu nên được tiến hành trước khi khởi đầu điều trị kháng sinh

+ Cấy máu dương tính trong 50%-!00%

+ Hút mủ abces sẽ tăng khả năng chẩn đoán chính xác về mặt vi trùng học

+ Ở ổ abces đa ổ,tất cả các tác nhân gây bệnh có thể không hiện diện trong máu

1. **BIẾN CHỨNG**:

+ Nhiễm trùng huyết

+ Lan thành các ổ abces

+ Shock nhiễm trùng

+ ARDS

+ Suy thận

+ Vỡ ổ abces

**VII.CHẨN ĐOÁN:**

1. Chẩn đoán xác định : LS + hình ảnh học

2. Chẩn đoán phân biệt : \* Abcesgan do amibe

\* Abcesgan do KST khác

\* U gan

**ĐIỀU TRỊ:**

+ Dẫn lưu ổ abces qua da hay chọc hút kết hợp với kháng sinh

Một vài bệnh nhân có thể điều trị nội khoa không cần phải phẫu thuật hay chọc hút

+ Có thể kết hợp chọc hút chẩn đáon và điều trị ở bệnh nhân này

+ Biến chứng của d6a4n lưu:xuất huyết,thủng tạng rỗng, nhiễm trùng đường dò, sút ống dẫn lưu

+ Điều trị kháng sinh bao gồm phủ cả Gram (-) kỵ & ái khí

Biểu đồ chuẩn khởi đầu:

-Nghi ngờ từ nguồn mật:Ampi+GM+MET

-Nghi ngờ từ nguồn đại tràng:C3 +MET

Điều trị kháng sinh thường khởi đầu bằng tiêm mạch

Thời gian điều trị kháng sinh TTM và quyết định đổi sang đường uống phụ thuộc đáp ứng lâm sàng của từng cá nhân

Thời gian dùng kháng sinh: từ 2-3 tuần

+ Can thiệp phẫu thuật nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, nhanh, cách tiếp cận tùy diễn tiến bệnh

1. **TIÊN LƯỢNG**:

\* Chọc hút mũ bằng kim kết hợp với điều trị bằng kháng sinh hạ thấp tỷ lệ tử vong.

\* Tiêm lượng tốt khi chỉ có 1 ổ abces ổ bên (P) với tỷ lệ sống còn > 90%. Khi có nhiều ổ abcess, đặc biệt ở đường mật → Tiêm lượng xấu

\* Tiêm lượng xấu khi:

+ Chậm trễ trong chẩn đoán

+ Có bệnh kết hợp thường bệnh lý ác tính

+ Tăng Bili / máu, Alb giảm

+ TDM phổi + lớn tuổi

**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