

# ÁP XE GAN DO AMÍP

*Thạc sỹ Nguyễn Thái Bình*

*Bộ môn Nội tổng hợp-Trường Đại học Y Hà Nội*

---

# 1. ĐẠİ CƯƠNG

1.1. 80% áp xe gan: do amíp

1.2. Tác nhân gây bệnh

- Nhiễm *E. histolytica* 10% dân số/TG: 1% - nớc phát triển, 50-80% nớc nhiệt đới

- 2 loại: *E. vegetative histolytica* - ăn HC và gây bệnh

*E. vegetative minuta*: ăn VK, không gây bệnh

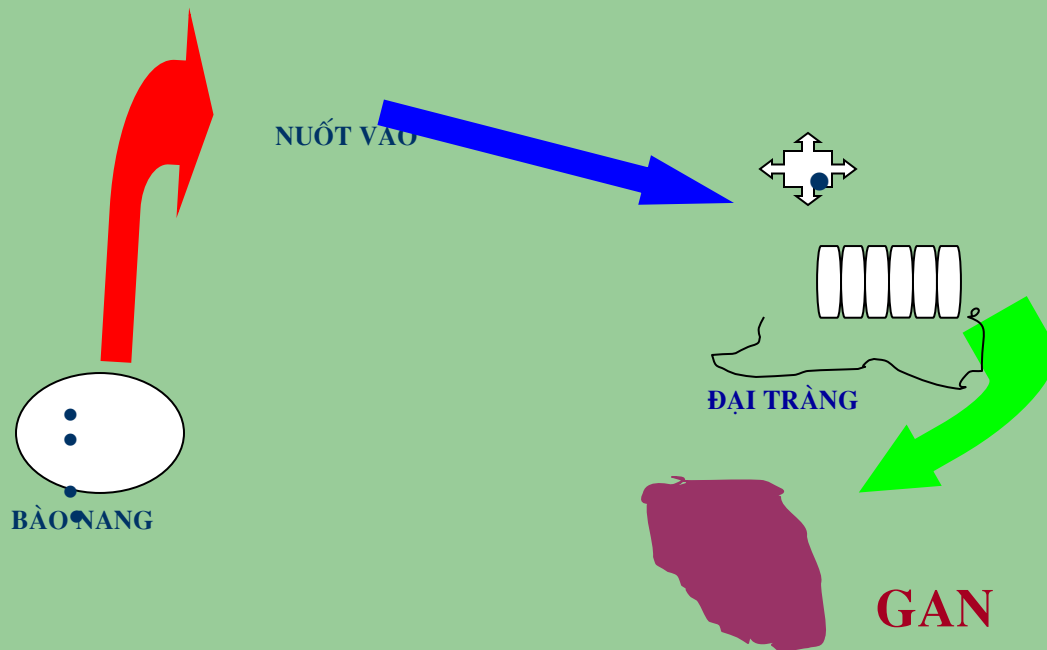
- 2 chu kỳ phát triển

+ chu kỳ không gây bệnh

+ chu kỳ gây bệnh

1.3. GPB: gan P (>90%), phân thủy 6,7, một ổ duy nhất, mủ sôcôla

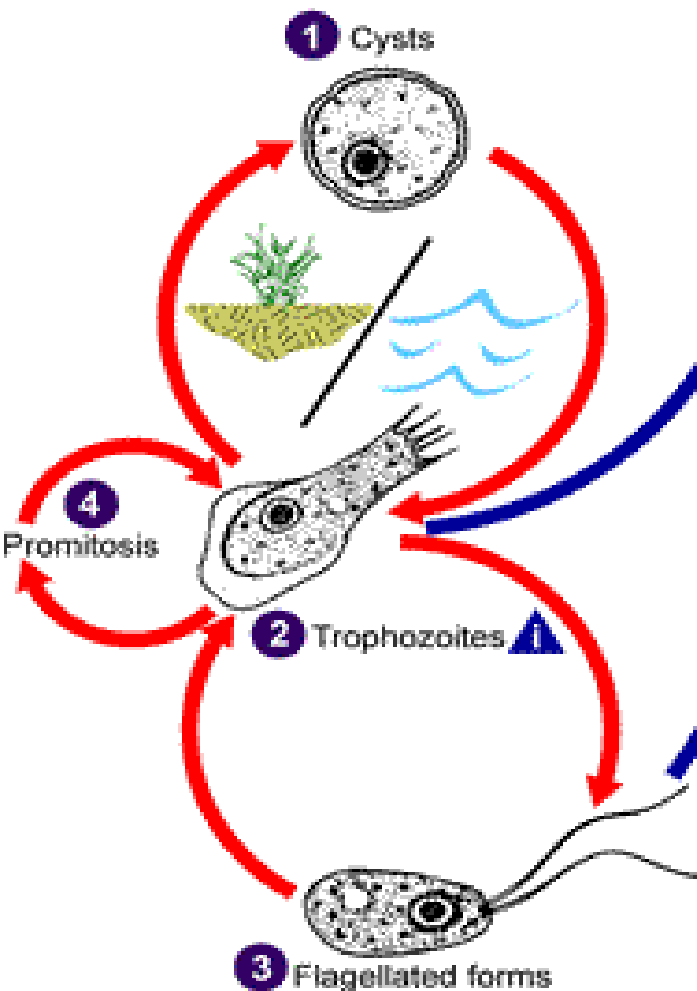
# CHU KỲ GÂY BỆNH



### *Naegleria fowleri*

Enter through the olfactory neuroepithelium causing primary amebic meningoencephalitis (PAM) in healthy individuals

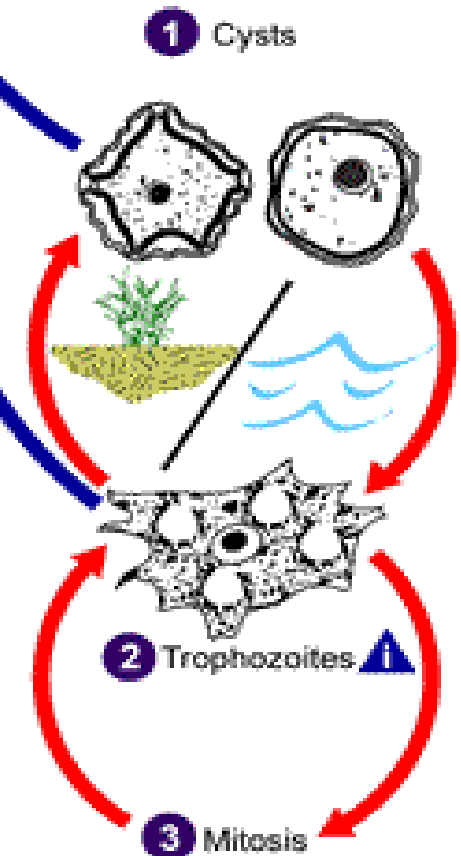
- d** Trophozoites in CSF and tissue
- Flagellated forms in CSF



### *Acanthamoeba* spp. and *Balamuthia mandrillaris*

- 4 Enter through lower respiratory tract or through ulcerated or broken skin causing granulomatous amebic encephalitis (GAE) in individuals with compromised immune system

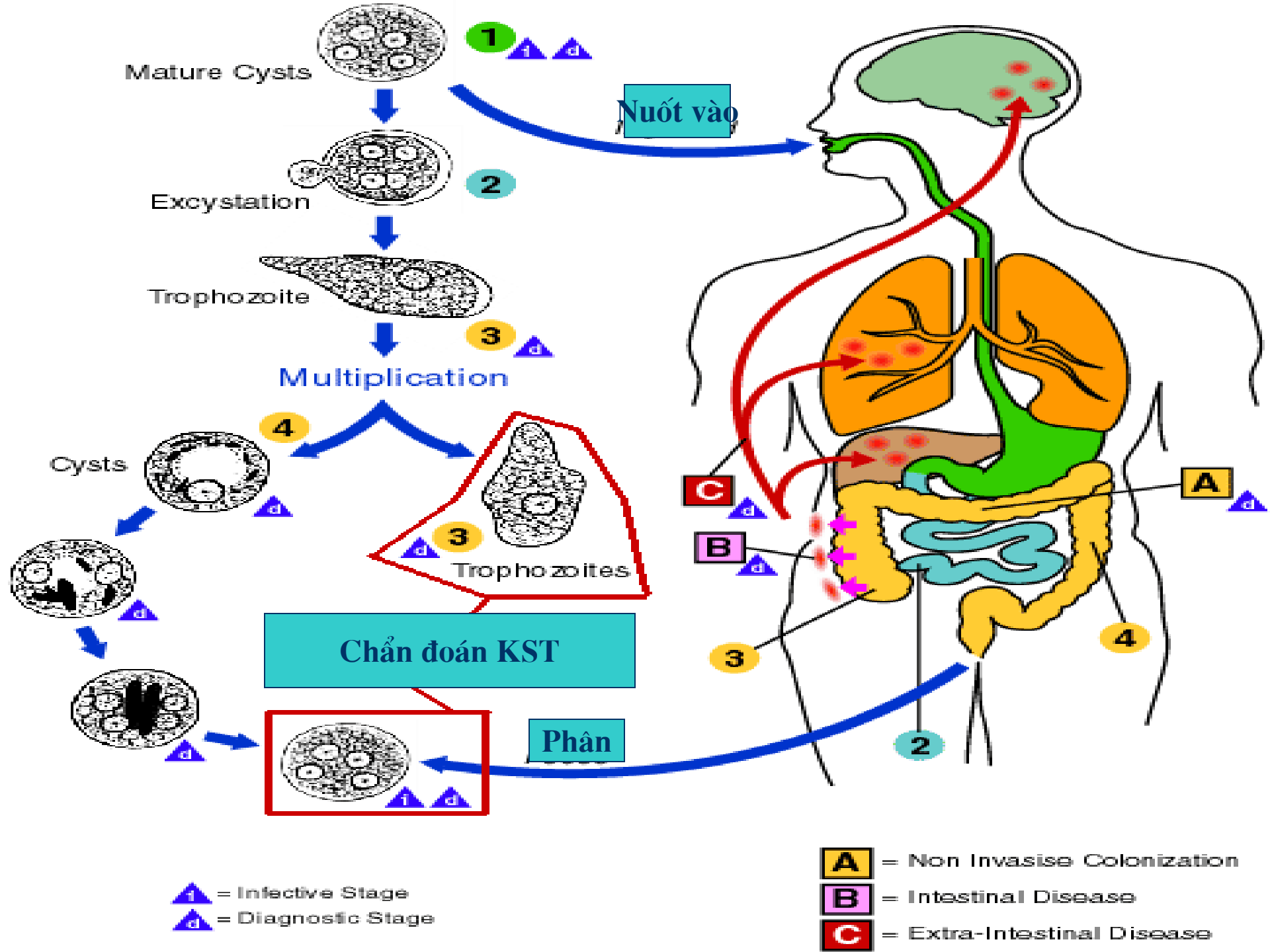
- d** Cysts and trophozoites in tissue



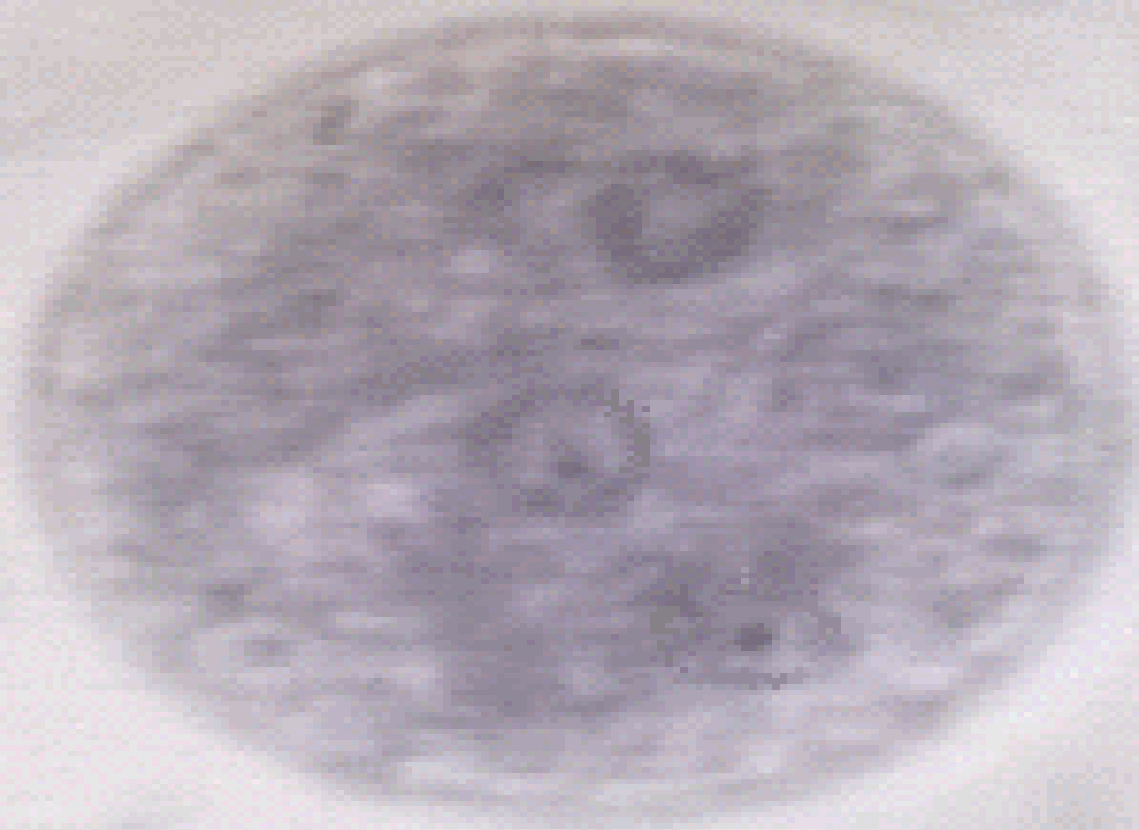
**i** = Infective Stage  
**d** = Diagnostic Stage



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™  
<http://www.dpd.cdc.gov/dpdx>

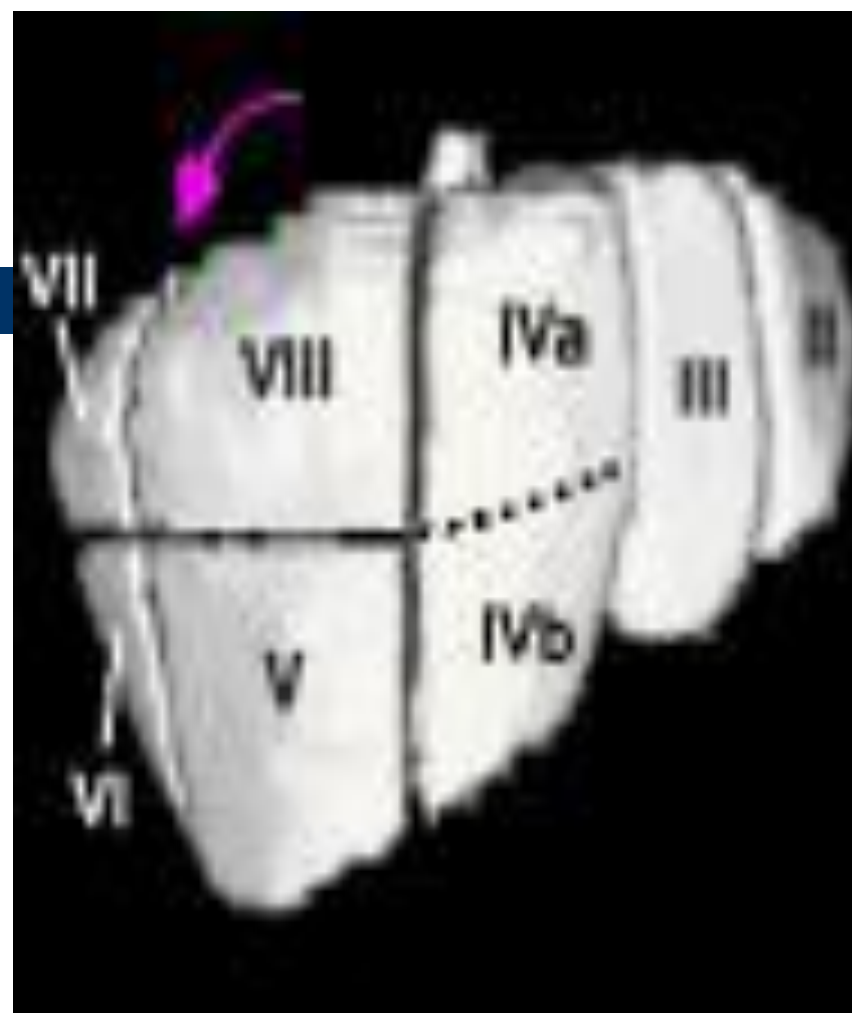
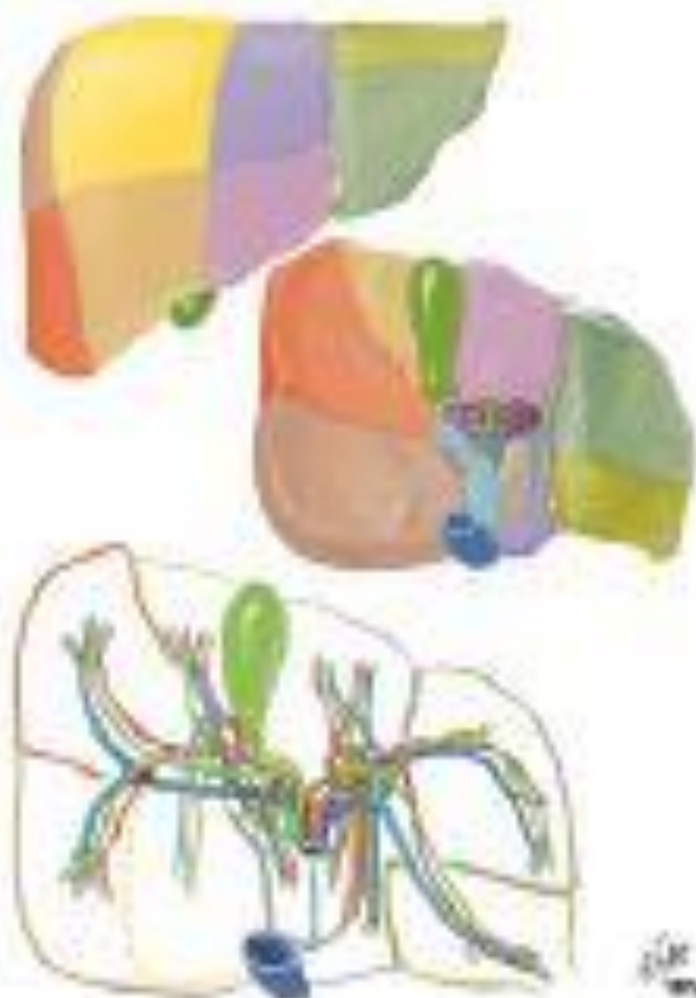


# ***Entamoeba histolytica*** **cyst**



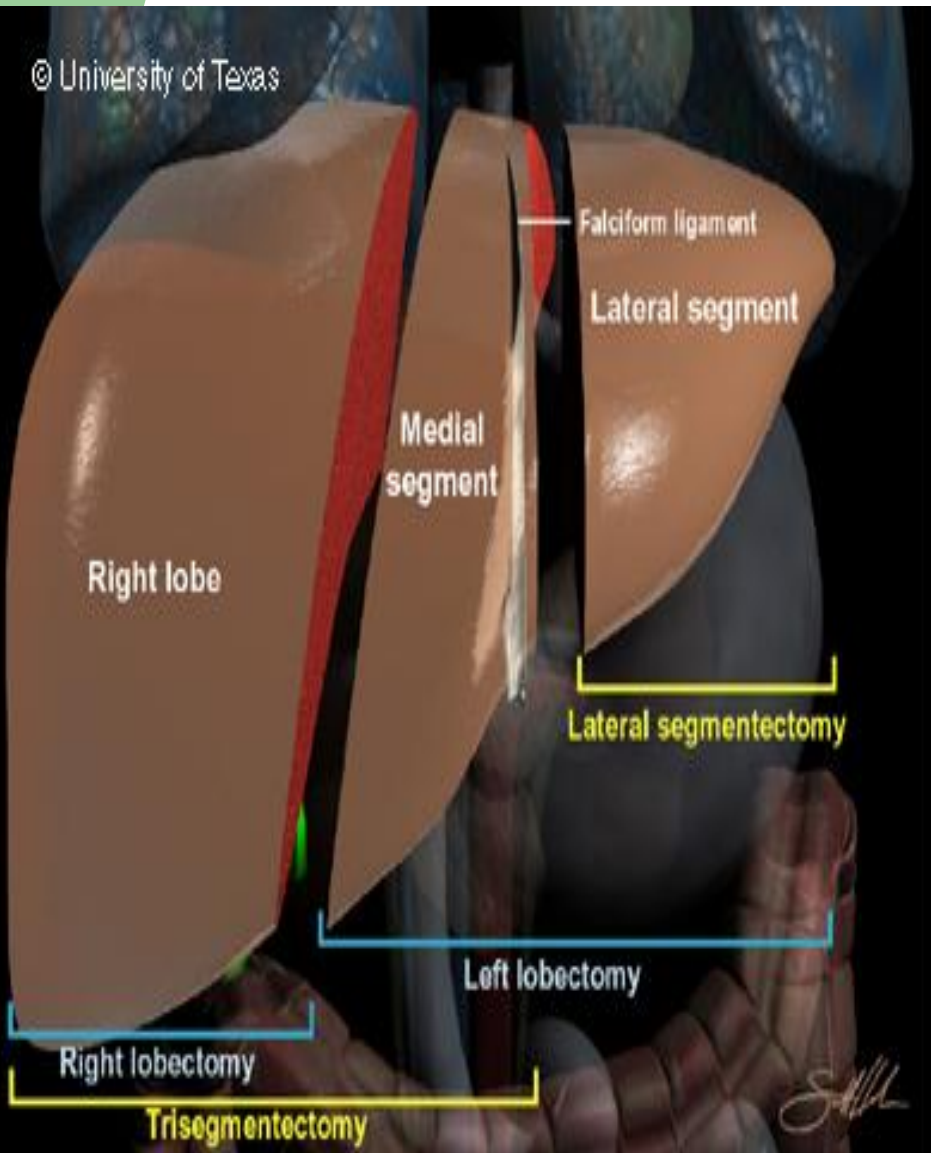
**(by P.W. Pappas and S.M. Wardrop)**







© University of Texas



## 2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

**2.1. Thể điển hình: 60-70%**

**2.1.1. Tam chứng Fontan: SỐT, ĐAU HSP, GAN TO**

- Sốt: tr/c đầu tiên, không có đặc điểm riêng
- Đau HSP và vùng gan: triền miên, mức độ khác nhau
- Gan to và đau: ấn kê sờn(+)

**2.1.2. Không có hoàng đả**

**2.1.3. Các tr/c khác: RLTH, ăn kém, gầy, phù, cổ trướng, TDMP, lách to**



- *Cách làm nghiệm pháp ấn kê sườn và rung gan*

## 2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

### 2.2. Thể lâm sàng không điển hình

2.2.1. Thể không sốt

2.2.2. Thể sốt kéo dài

2.2.3. Thể có vàng da

2.2.4. Thể không đau

2.2.5. Thể có suy gan

2.2.6. Thể theo kích thích gan

2.2.6. Thể áp xe gan trái

2.2.7. Thể phổi, màng phổi

2.2.8. Thể có TDMNT

2.2.9. Thể giả ung thư gan

## 3. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

**3.1. CTM: BC tăng, VSS tăng**

**3.2. XQ phổi:**

- Cơ hoành P đẩy cao, di động kém,
- TDMP

**3.3. Siêu âm gan**

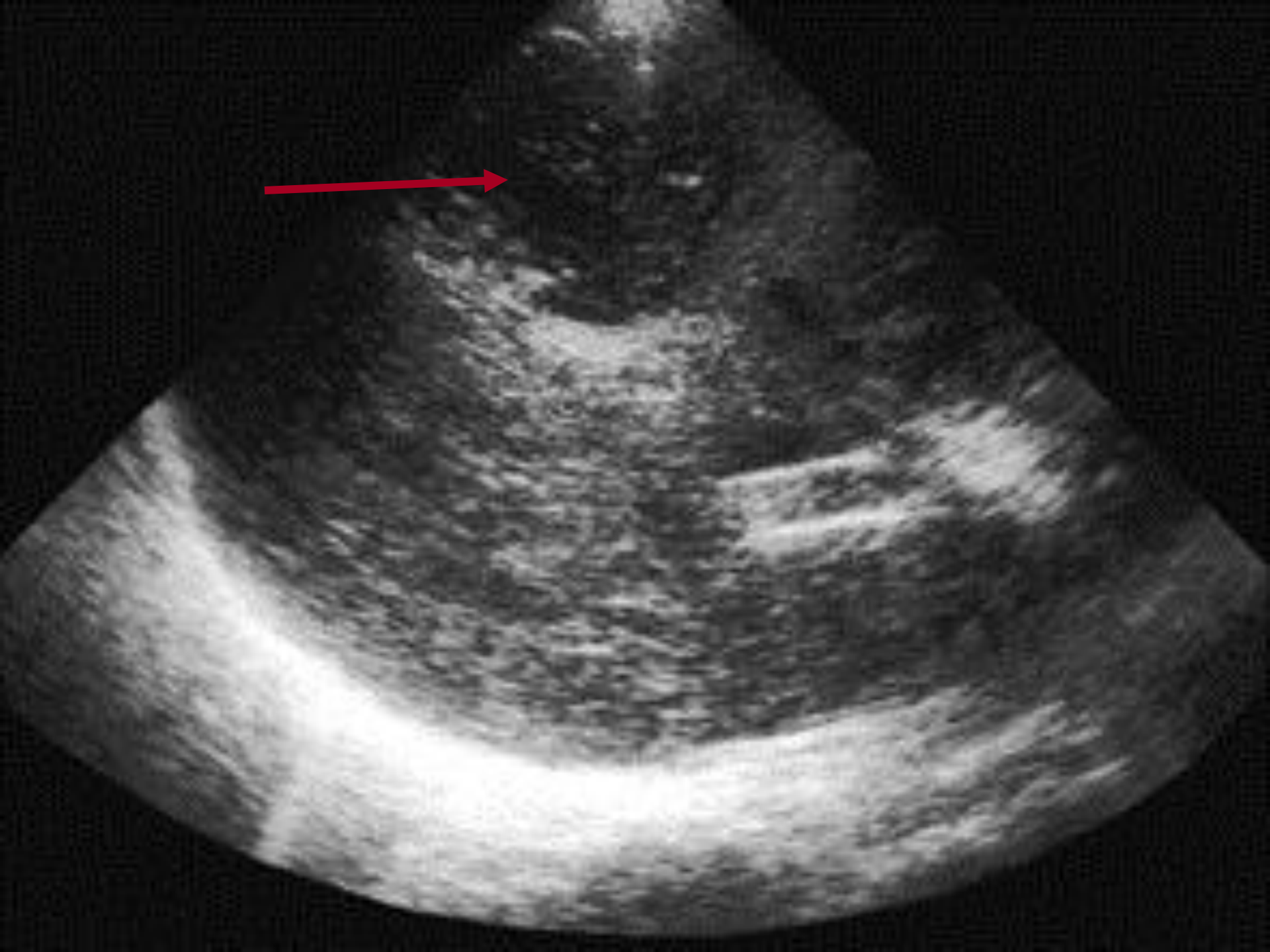
- Số lượng và kích thước ổ áp xe
- Tính chất: ↓ âm hay trống âm

**3.4. CT, MRI: khi SÂ nghi ngờ**

- Số lượng và kích thước ổ áp xe,
- Vùng ↓ tỷ trọng



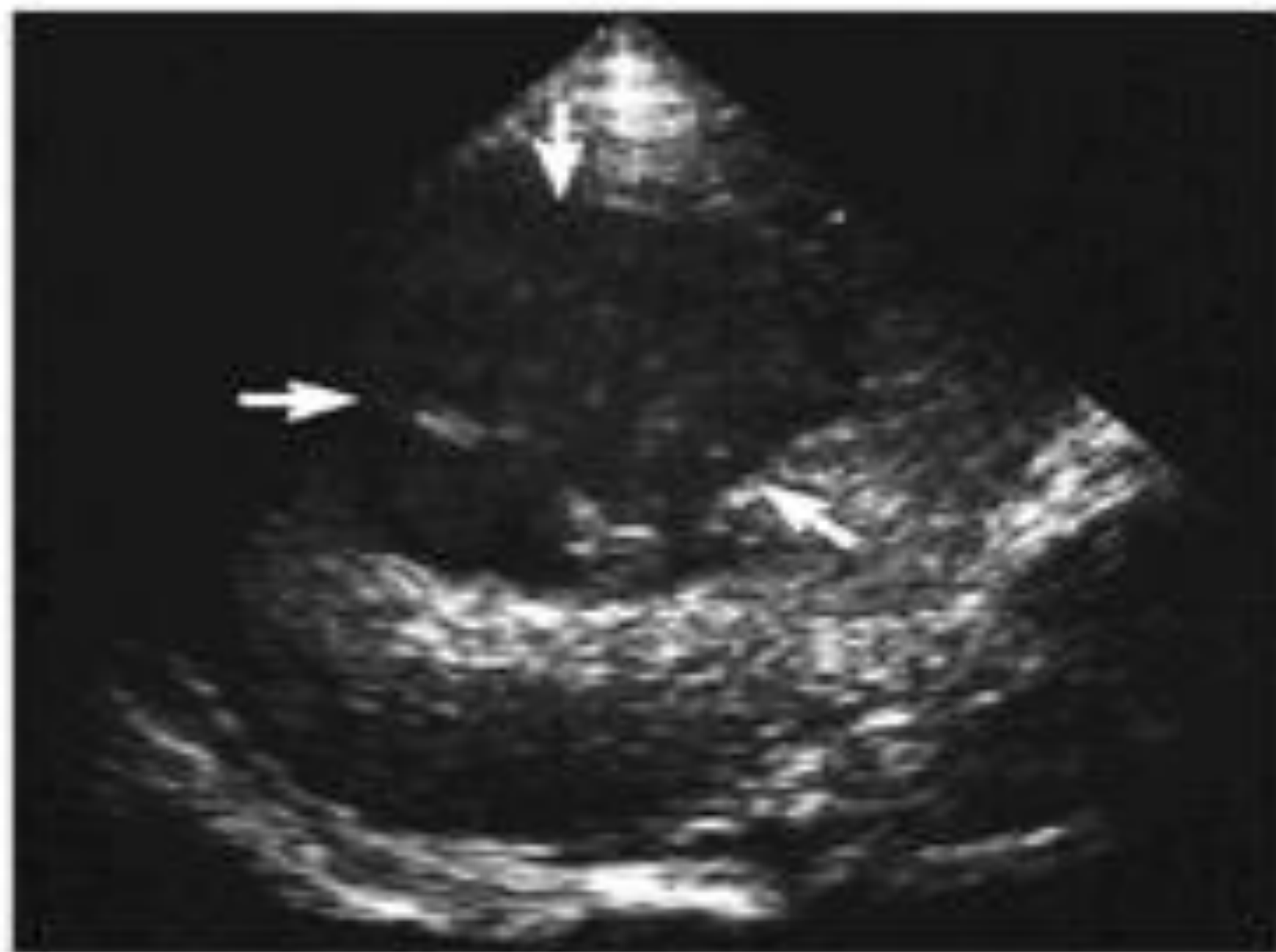






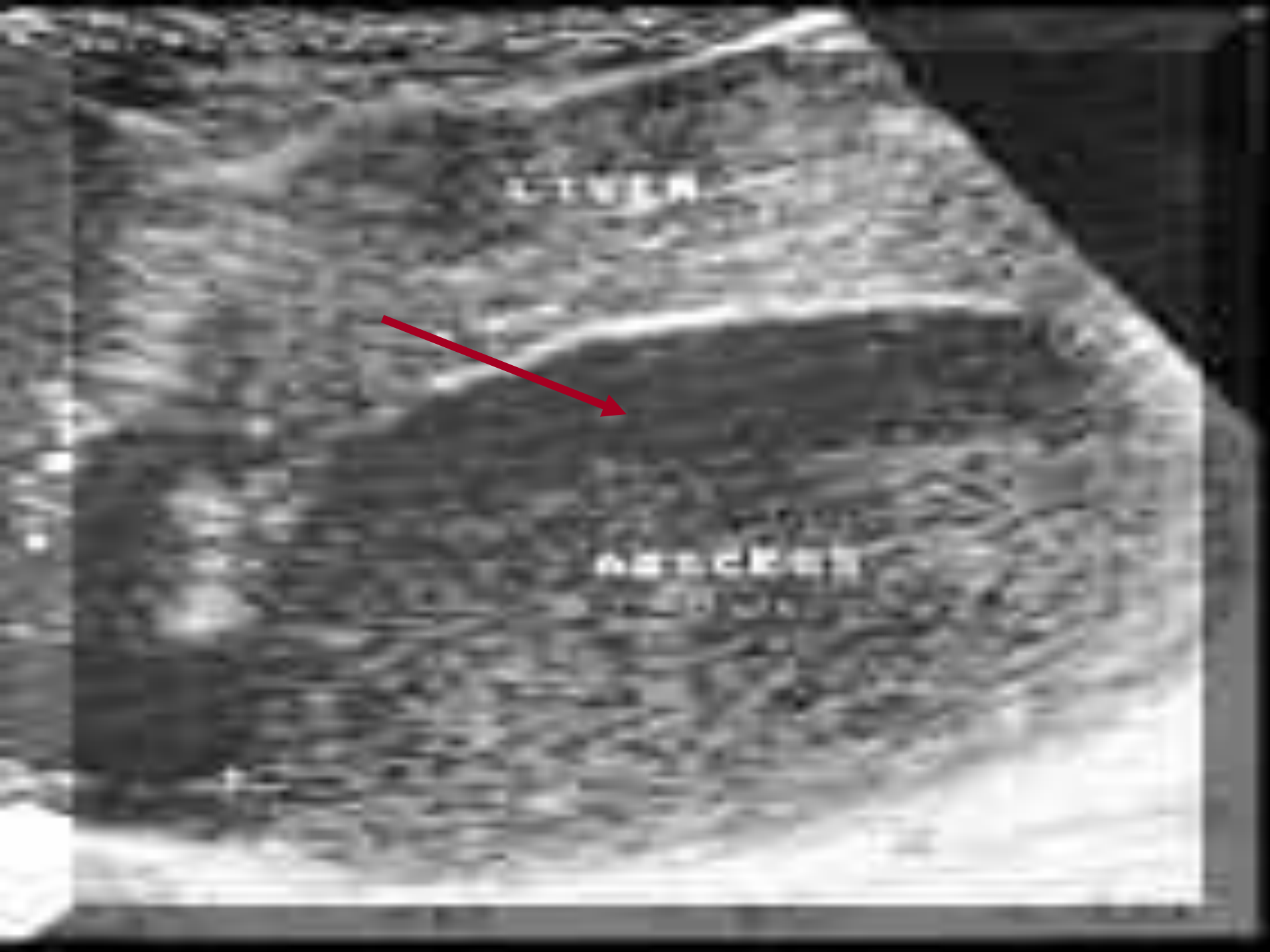
RT LOBE LIVER



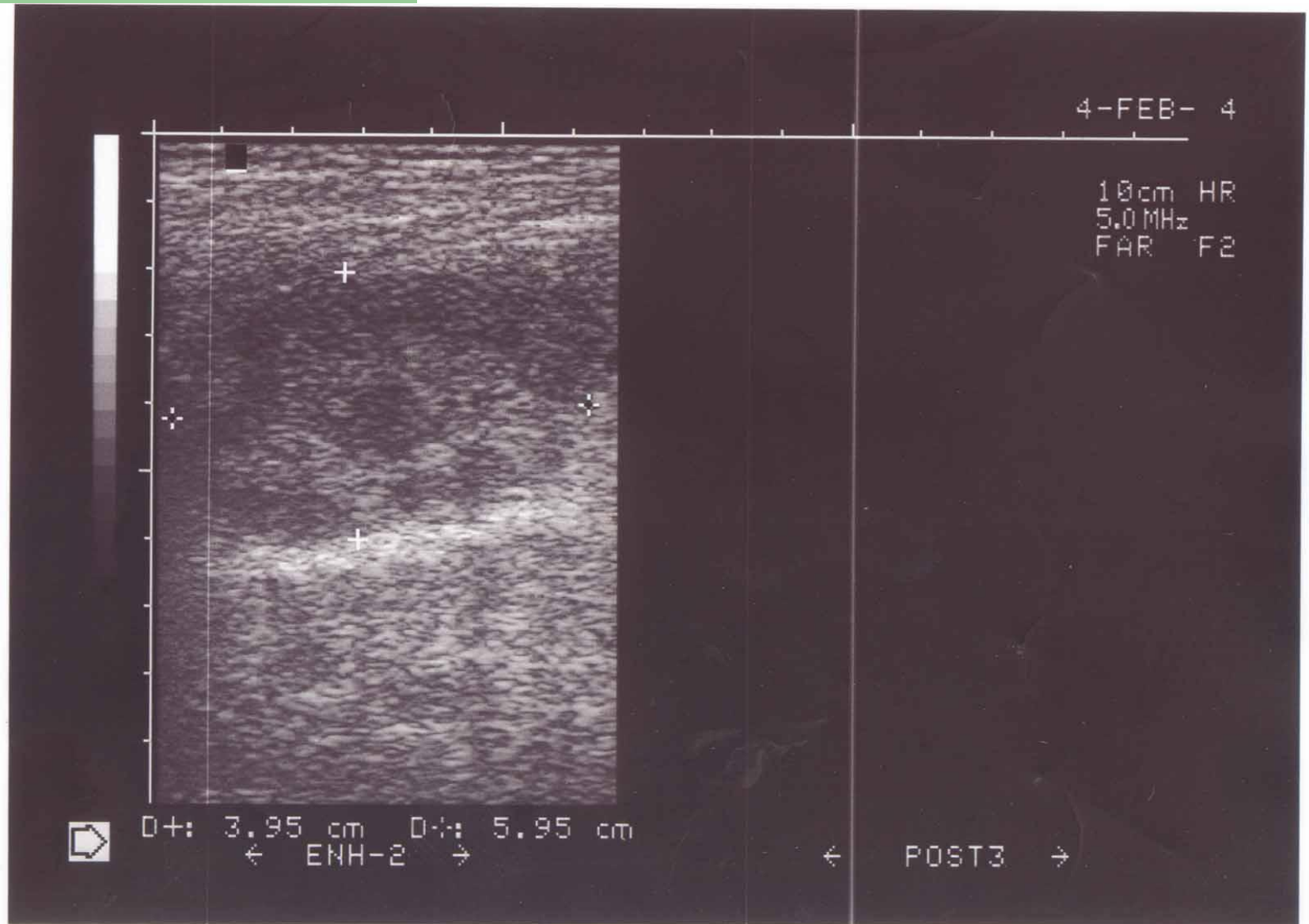












- *Hình ảnh áp xe gan qua siêu âm: vùng giảm âm*

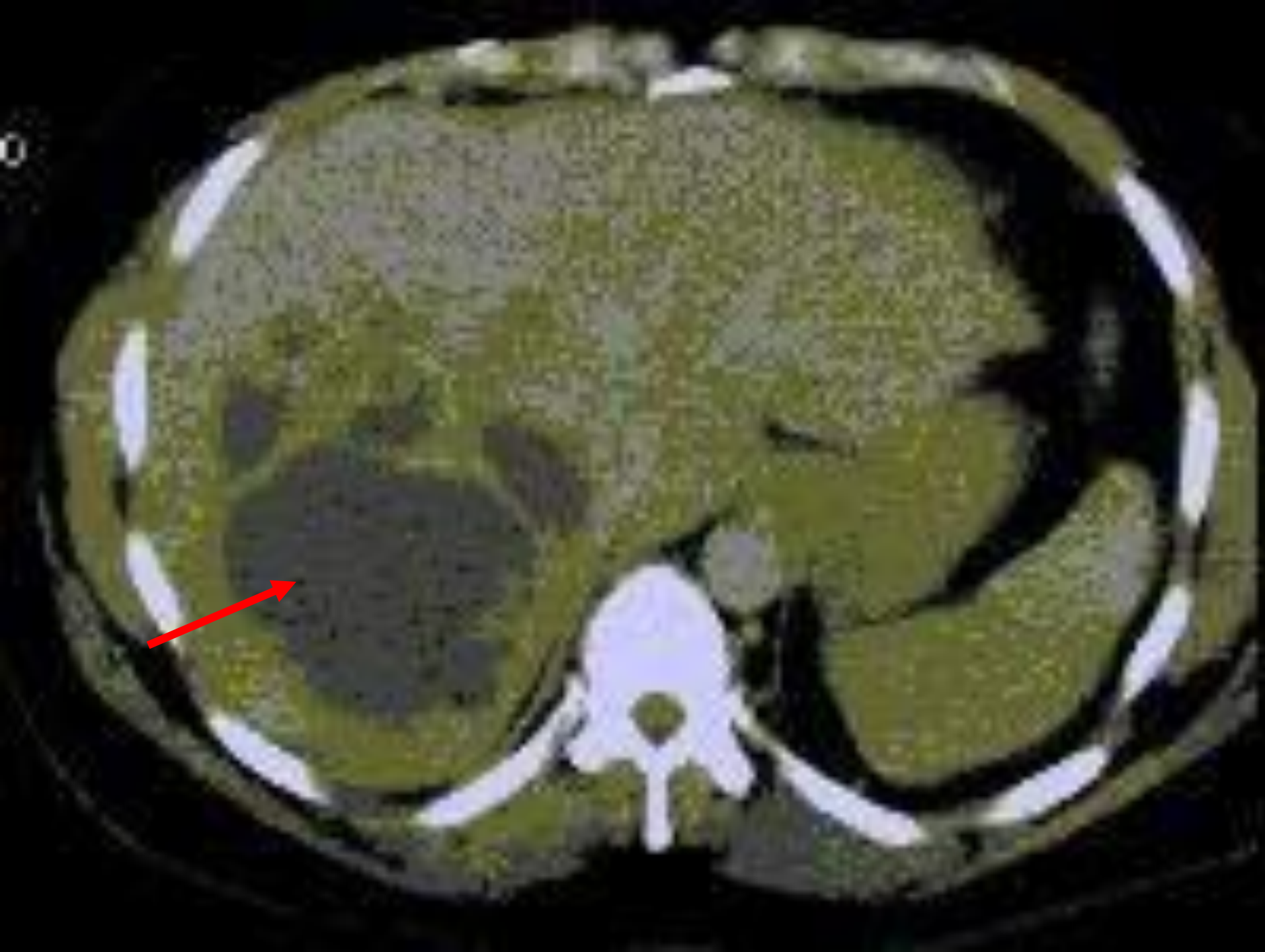


\*44E

CONTRAST

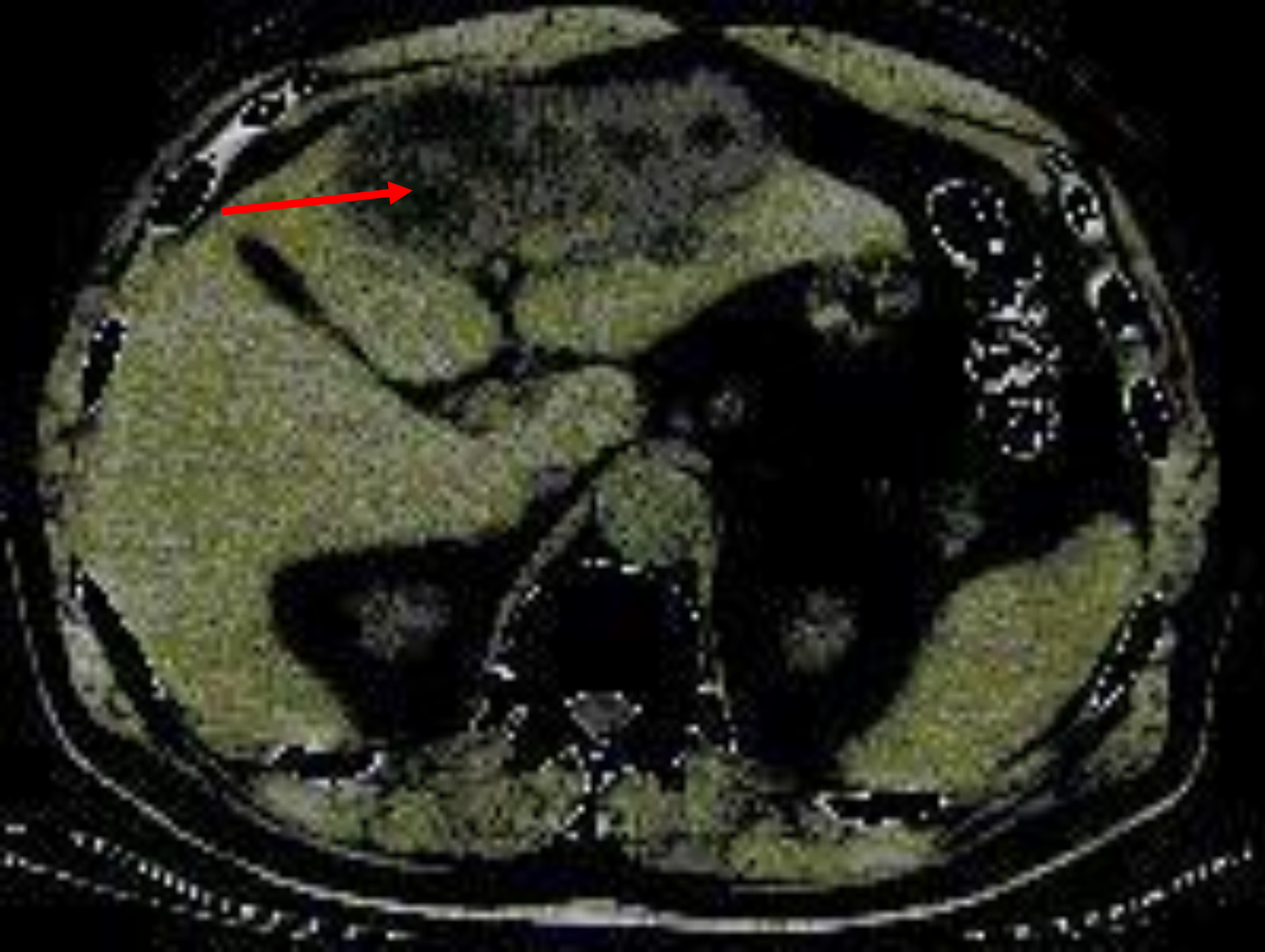


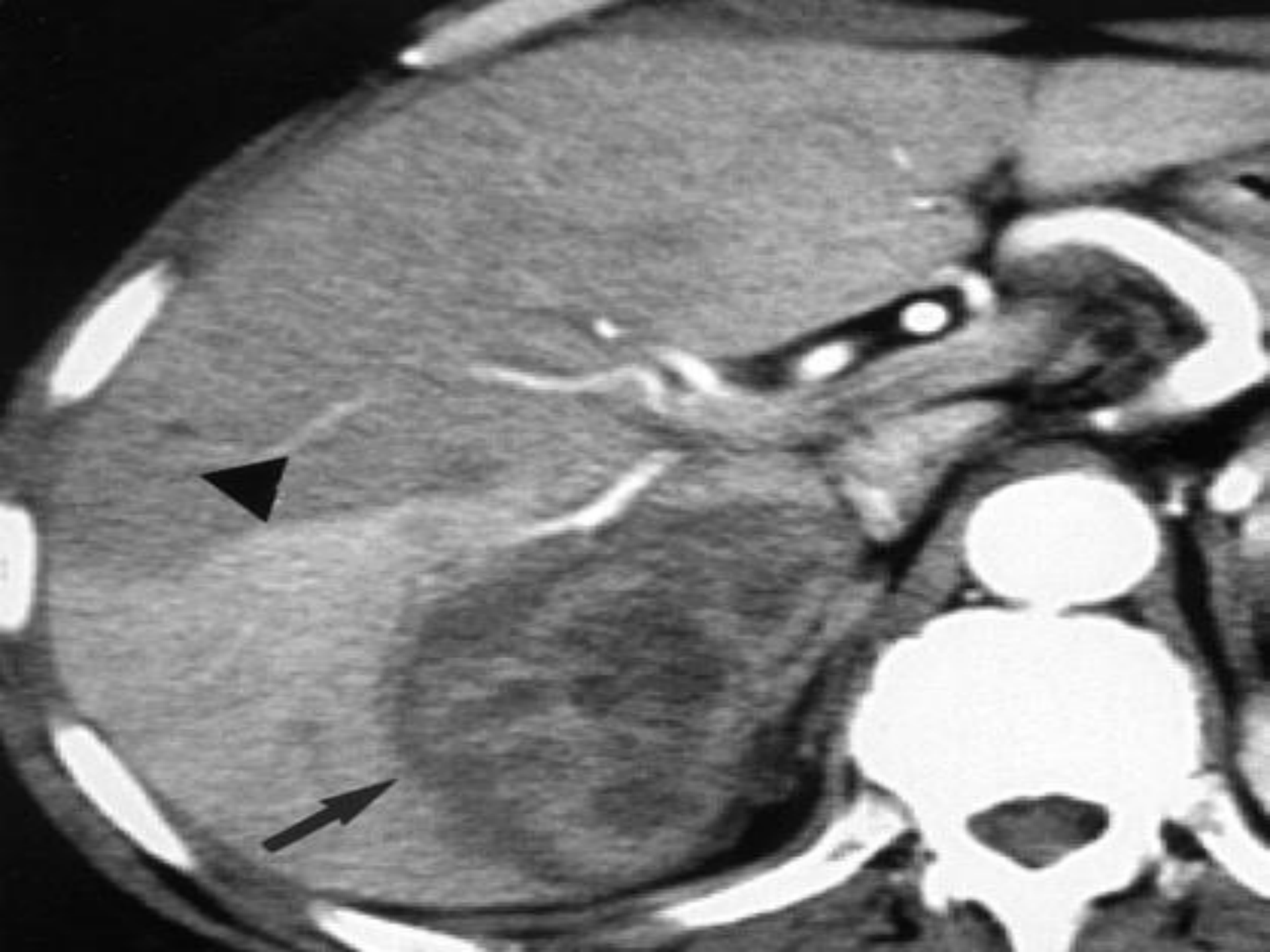
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200











## 3. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

### 3.5. Phản ứng huyết thanh:

>1/160 MDHQ, >1/200 ELISA

### 3.6. SOB: ít dùng

- Khối lồi lên bề mặt gan, xung huyết, dày dính
- Chọc tháo áp xe

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.3. Chẩn đoán phân biệt

#### 4.3.1. Ung thư gan

- Lâm sàng: thay đổi da, NM; lách to.
- Cận lâm sàng: HC suy TB gan, XQ phổi, AFP, SA và CT, TB học
- Điều trị thử

#### 4.3.2. Apxe đồng mật

- Lâm sàng: vàng da
- Tiền sử: Đau HSP
- Cận lâm sàng: mủ trắng, có mùi, nhiều ổ

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Chẩn đoán xác định.

- Tiền sử lỵ amíp
- Tam chứng Fontan
- Xét nghiệm cận lâm sàng
- Chọc dò thấy mủ

### 4.2. Chẩn đoán nguyên nhân amíp

- Tìm amíp trong mủ chọc hút ra
- Phản ứng huyết thanh
- Điều kiện Việt nam: Không có vàng da, mủ không có mùi, điều trị thử

## 4.CHẨN ĐOÁN

4.3.3.Ap xe gan do vi khuẩn

4.3.4.Viêm túi mật

4.3.5.TDMP do bệnh phổi

4.3.6.Tràn mủ màng ngoài tim

## 5. BIẾN CHỨNG

**5.1. Biến chứng do vỡ ổ áp xe:** hay gặp và nguy hiểm

5.1.1. Vỡ vào phổi

5.1.2. Vỡ vào màng ngoài tim

5.1.3. Vỡ vào ổ bụng gây VMB toàn thể, hay gây VMB kh trú

5.1.4. Vỡ vào ống tiêu hoá

5.1.5. Áp xe dới cơ hoành

5.1.6. Vỡ vào thành bụng gây áp xe thành bụng

5.1.7. Rò ra ngoài vào thành bụng hay thành ngực

**5.2. Biến chứng do mng mủ kéo dài**

**5.3. Biến chứng bội nhiễm ổ áp xe**



## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội khoa là chính
- Điều trị đúng và đủ liều
- Dùng thuốc diệt amíp ở gan và ở ruột để tránh tái phát
- PT khi điều trị nội khoa thất bại hay khi có biến chứng

### 6.2. Dùng thuốc chống amíp đơn thuần

#### 6.2.1. Chỉ định

- Thể nhẹ, vừa và nặng
- BN đến sớm trước 1 tháng

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.2.2. Các thuốc

#### ► Thuốc diệt amíp ở gan

Nitroimidazol: *Metronidazol; Flagen tyl; Tinidazol..*

Dehydroemetin

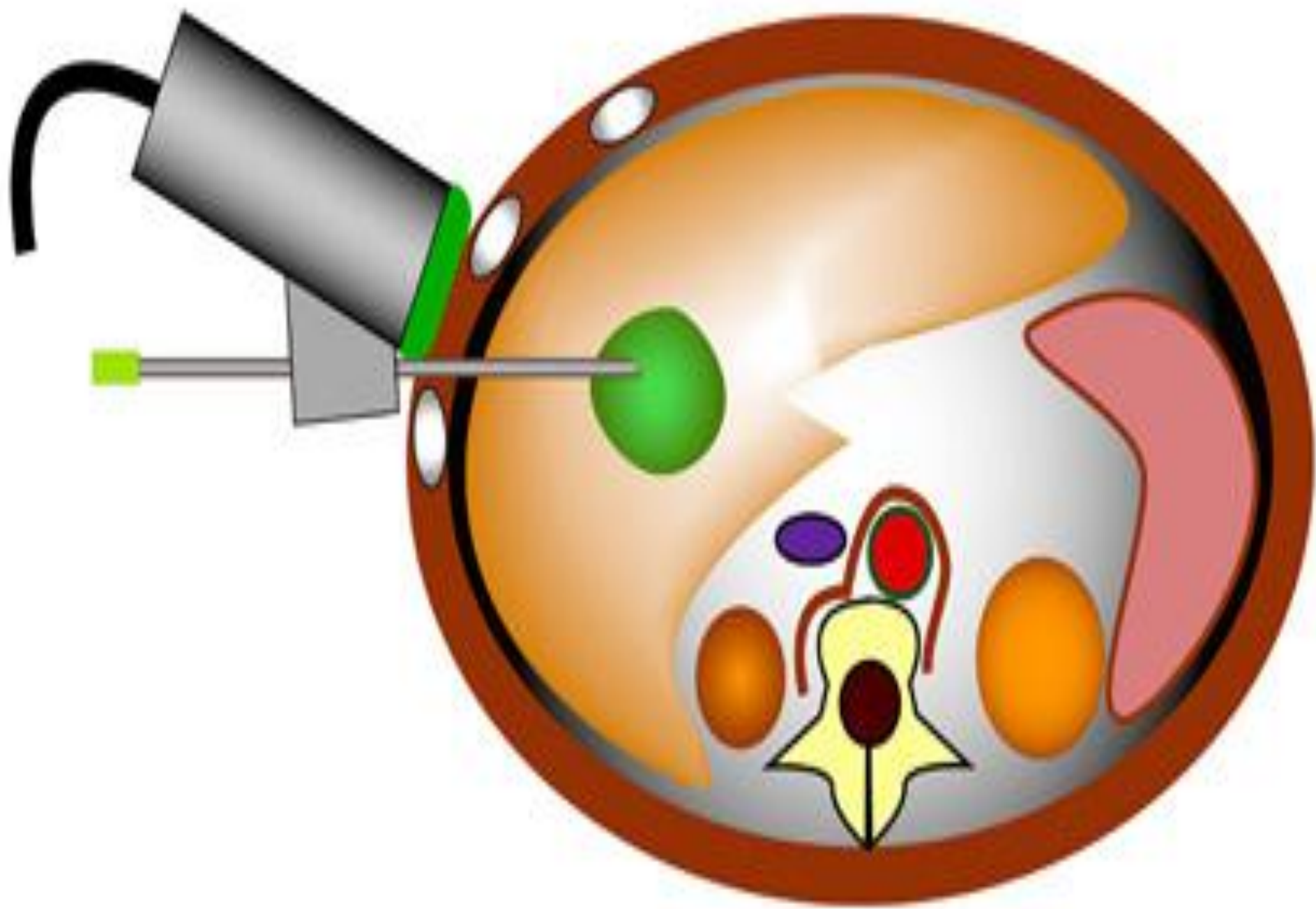
#### ► Thuốc diệt amíp ở ruột

Direxioide: Intetrix

### 6.3. Chọc hút mủ + dùng thuốc

#### 6.3.1. Chỉ định

- Điều trị bằng Nitroimidazol không khỏi
- Đến muộn trên 2 tháng
- Ổ áp xe > 6cm





- *Chọc hút apxe gan dưới sự hướng dẫn của siêu âm*

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.3.2. Cách làm

- Chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT
- Số lần: tùy theo kích thước ổ áp xe

### 6.4. Mổ phối hợp dùng thuốc

#### 6.4.1. Chỉ định

- Khi có b/c vỡ ổ áp xe.
- BN đến quá muộn
- Áp xe quá to, ở vị trí nguy hiểm
- Điều trị nội khoa thất bại

#### 6.4.2. PT: dẫn lưu, hay cắt gan bán phần.