

# BÀI GIẢNG ÁP XE PHỔI

Giảng viên : thầy Thái (tổng hợp : Phạm Xuân Thắng)

1. Áp xe phổi là hậu quả của viêm phổi
2. Viêm phổi hoại tử (hay viêm phổi áp xe hóa) : tình trạng xuất hiện mũ ở vùng phổi bị viêm. Tuy nhiên chưa được gọi là áp xe phổi
3. Hoại thư phổi : có nhiều ổ mũ do hoại tử phổi
4. Áp xe phổi : chỉ khi thấy hình ảnh mức nước – hơi trên phim chụp : XQ hoặc CLVT.
5. Áp xe phổi nhiều ổ thường do tụ cầu, do đặc điểm di bệnh theo đường máu → cho Vancomycin
6. Những VK có khả năng gây viêm phổi đều có khả năng gây áp xe phổi. Tuy nhiên có những áp xe không do nhiễm khuẩn : hóa chất, sắc thức ăn, sắc dầu, nấm, kí sinh trùng; đặc biệt là ung thư phổi áp xe hóa (tổ chức hoại tử cho thiếu máu nuôi, ko có vi khuẩn)
7. Triệu chứng lâm sàng : là triệu chứng của viêm phổi (sốt, đau ngực, khó thở...) + khám : rale ẩm, rale nổ ; hội chứng đông đặc. 3 giai đoạn : viêm → ộc mũ → thành hang
8. Triệu chứng CLS :
  - XQ : ban đầu có hình ảnh của viêm phổi điển hình (viêm phổi thùy)
  - CTM : tình trạng nhiễm trùng (BC tăng, ĐNTT tăng) ko nhất thiết đặc hiệu cho áp xe phổi
9. BN áp xe phổi thường đến viện ở giai đoạn : ộc mũ, tạo hang
10. Không phải BN nào cũng có giai đoạn ộc mũ rõ rệt, có khi mũ chỉ ra ít một. Khi đã có ộc mũ, các triệu chứng lâm sàng sẽ đỡ đi (đỡ sốt, ăn uống ngon miệng...)
11. Nếu ổ mũ vỡ vào màng phổi → tràn mũ màng phổi. Vỡ và cả phế quản và màng phổi → tràn khí tràn mũ màng phổi : diễn biến lâm sàng nặng lên
12. Triệu chứng LS giai đoạn ộc mũ :
  - Hội chứng đông đặc (vùng phổi viêm)
  - Hội chứng hang : có tiếng thổi hang, do ổ mũ giải phóng ra → tạo thành hang
  - Hội chứng 3 giảm : do phản ứng màng phổi
  - XQ : hang tròn trong vùng phổi mờ, có mức nước – hơi
  - XN : bạch cầu vẫn còn cao, máu lắng cao

13. Triệu chứng LS giai đoạn tạo hang :

- Vẫn khạc mủ nhưng ít hơn
- Vẫn thấy hội chứng hang
- Nếu hang ở sâu chỉ thấy hội chứng đông đặc, 3 giảm
- XQ : mức nước hơi rõ (hơi nhiều hơn nước)
- XN : bạch cầu gần về bình thường, máu lắng còn cao

14. Phân biệt giữa tràn khí – tràn dịch màng phổi và áp xe phổi → chụp phim XQ nghiêng : nếu đường kính mức dịch – hơi thay đổi → tràn khí – tràn dịch màng phổi. Nếu không thay đổi trong bất kể chụp với tư thế gì → áp xe phổi

15. Chụp CLVT ưu thế so với XQ vì đánh giá được vị trí áp xe chính xác, những ổ áp xe ở sâu, số lượng ổ áp xe

16. Chẩn đoán phân biệt :

- Ho khạc đờm : giãn phế quản, lao phổi
- Khi đã có hình ảnh XQ mức nước hơi :
  - tràn khí – tràn dịch màng phổi : chụp phim nghiêng
  - ung thư phổi áp xe hóa : có các tổn thương đi kèm như hạch, thâm nhiễm vùng lân cận, trên cơ địa người có yếu tố nguy cơ, quan trọng là điều trị kháng sinh đúng liều lượng, đúng thuốc ko có kết quả → phải soi phế quản, hút dịch phế quản tìm tế bào ung thư, sinh thiết vào thành ổ áp xe – ko sinh thiết trong lòng ổ áp xe để tìm tế bào ung thư
  - kén khí bội nhiễm : kén khí thì có bờ mỏng, nước rất ít. Nhiễm trùng ko rầm rộ như áp xe phổi. Quan trọng nhất : sau điều trị đúng thì áp xe phổi biến mất, còn kén khí sau điều trị bội nhiễm thì vẫn còn tồn tại
  - thoát vị hoành : hình mức nước – hơi của dạ dày trong trường hợp thoát vị hoành bên trái → nhầm với áp xe phổi
  - lap phổi : hang lao thường nằm ở những vùng nhiều oxy (đỉnh các thùy phổi) , thành dày – nhám nhở, bên trong ít dịch, điều trị kháng sinh thường ko có ý nghĩa. Quan trọng nhất là tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm, dịch phế quản

17. Điều trị :

- Hạ sốt, nhiễm trùng : Paracetamol, aspirin (aspegic)
- Giảm ho nếu ho máu nhiều :
  - An thần
  - Tinh chất thùy sau tuyến yên
  - Morphine 10mg tiêm bắp
  - Dextromethophan (synecod)

- Nhiễm trùng : kháng sinh đồ
  - Thời gian điều trị đợt bột nhiễm giãn phế quản : ~ 2 tuần
  - Thời gian điều trị áp xe phổi : 4 – 6 tuần
  - Nếu chưa có KSD → điều trị theo kinh nghiệm : hơi thở thối → KS diệt kị khí Metronidazole. Còn lại : cephalosprin 3 + aminosid/quinolon nếu ko có chống chỉ định
  - Ví dụ 1 số đơn thuốc :
    - + cepha3 x 3g/ngày || metronidazol 0.5 gam x 2 lọ/ngày truyền TM
    - + cepha3 x 3g/ngày || quinolon (peflacine) 400mg x 2 ống/ngày pha với 500ml Glucose 5% truyền TM
    - + cepha3 x 3g/ngày || aminosid (selemycin) 250mg x 4 lọ/ngày pha với dung dịch NaCl 0.9% truyền TM
  - Đơn thuốc cho BN kinh tế khó khăn :
    - + penicillin 50 triệu UI/ngày truyền TM. Kết hợp với :
      - + aminosid (gentamycin) 80mg x 2 ống/ngày tiêm bắp. Hoặc metronidazole 500mg x 2 lọ/ngày truyền TM
      - + bù đủ dịch, điều chỉnh RL điện giải
      - + chế độ ăn giàu đạm, protein. Truyền máu khi cần
  - Đơn thuốc áp xe do amip :
    - + chọc hút dẫn lưu áp xe
    - + metronidazole 500mg x 2 lọ/ngày trong 7 – 10 ngày
    - + có thể phối hợp cepha3
- Dẫn lưu ổ áp xe : là cực kì quan trọng, thậm chí hơn cả điều trị kháng sinh (vì kháng sinh chỉ vào được lớp vỏ áp xe, chứ ko vào được ổ mủ)
  - Dẫn lưu bằng soi hút rửa phế quản
  - Dẫn lưu mủ qua da dưới hướng dẫn của siêu âm : ổ mủ to, hoại tử chưa thông với phế quản và nằm sát thành ngực
  - Dẫn lưu tư thế : khi ổ áp xe đã thông với phế quản hoặc soi, hút rửa phế quản. Ko được chọc dẫn lưu qua da vì gây sặc cho BN
  - Nếu ổ mủ vỡ vào màng phổi → CD dẫn lưu màng phổi là bắt buộc + chống dính màng phổi. Đặc biệt ko được dùng thuốc tiêu sợi huyết
- Điều trị biến chứng : vd mủ màng phổi...
- Điều trị bệnh lý kèm theo nếu có
- Điều trị ngoại khoa : cắt thùy phổi hoặc cả phổi khi
  - tổn thương lớn > 10cm, điều trị nội khoa không có kết quả

- ổ áp xe phổi mãn tính : tạo hang + khạc mủ ít một + biểu hiện không rõ ràng + điều trị nội khoa không có kết quả
- ho máu nặng
- điều trị nội khoa thất bại
- có giãn phế quản kèm theo, tổn thương khu trú

#### 18. Biến chứng :

- Gần :
  - Tràn dịch – tràn khí MP
  - Viêm mủ trung thất, viêm mủ màng tim
  - Ho máu
  - Nhiễm trùng máu
  - Giãn phế quản
  - Xơ phổi
- Xa :
  - Áp xe não :
  - Viêm khớp mủ
  - Thận nhiễm bột : ????
  - Bội nhiễm lao
  - Suy mòn

#### 19. BN áp xe phổi thường tử vong do :

- Suy hô hấp nặng
- Suy mòn
- Ớc mủ, sặc mủ tử vong
- Ho máu dữ dội → ngạt thở, tử vong
- Áp xe phổi mạn

#### 20. Tiên lượng phụ thuộc vào :

- Kích thước ổ áp xe
- Số lượng ổ áp xe
- Vi khuẩn phân lập được
- Thể trạng bệnh nhân
- Tuổi, bệnh kèm theo (tiểu đường, nghiện rượu) thường nặng