

ÁP XE GAN DO AMIP

BS Trần Ngọc Ánh

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

HÀNH CHÍNH

1. **Tên môn học:** Nội bệnh lý II
2. **Tên tài liệu học tập:** Apxe gan amip
3. **Bài giảng:** Lý thuyết
4. **Đối tượng:** Sinh viên Đại học Y hệ đa khoa năm thứ 4
5. **Thời gian:** 2 tiết
6. **Địa điểm:** Giảng đường trường Đại học Y

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

Sau khi học xong bài này học viên phải có khả năng

1. *Mô tả được các triệu chứng điển hình của áp xe gan do amip*
2. *Nêu được các xét nghiệm thăm dò cần thiết ở bệnh nhân áp xe gan amip*
3. *Chẩn đoán được các trường hợp áp xe gan amip điển hình*
4. *Mô tả được các biến chứng của áp xe gan amip*
5. *Nêu được nguyên tắc điều trị áp xe gan amip*
6. *Nhận thức được tầm quan trọng của giáo dục sức khỏe và hợp tác giữa thầy thuốc và bệnh nhân trong điều trị và phòng bệnh áp xe gan amip.*

Nội dung

áp xe gan là sự tích tụ mủ trong gan thành một hoặc nhiều ổ mủ rải rác, thường có hai loại áp xe gan do amip và do vi khuẩn

áp xe gan do amip thường xảy ra ở những bệnh nhân có viêm đại tràng mạn tính do amip.

I. Sinh lý bệnh

Amip gây các ổ loét ở niêm mạc ruột rồi xâm nhập vào các mao mạch của các tĩnh mạch cửa đến gan và thường khu trú ở thùy phải. Theo các rác giả thì đó là nơi dẫn lưu chủ yếu từ 1/2 phải đại tràng đến.

Tại gan, amip phát triển làm tắc các mao mạch nhỏ đưa đến nhồi máu và hoại tử các tế bào gan tạo ra ổ mủ vô trùng; nhiều ổ mủ nhỏ hoại tử hợp nhau thành ổ mủ lớn.

II. Giải phẫu bệnh

1. Thời kỳ viêm gan

Gan to, ứ máu, màu tím, nhu mô có những nốt màu xám rải rác xen lẫn với những vùng xuất huyết.

2. Áp xe

- Ổ mủ thường đơn độc và thường khu trú ở thùy phải
- Mủ màu nâu, không hôi, chứa máu và mô hoại tử, có khi có amip hiện diện trong mủ, nếu bị bội nhiễm, mủ hôi, màu sắc có thay đổi.

III. Triệu chứng lâm sàng

Thể điển hình: hay gặp chiếm khoảng 60-70% trường hợp, có 3 triệu chứng chủ yếu đó là **tam chứng Fontan:** *sốt, đau hạ sườn phải, gan to.*

Sốt: Không đặc trưng riêng cho áp xe. Có thể sốt cao 39- 40⁰C có khi sốt âm ỉ kéo dài. Sốt thường là triệu chứng đầu tiên, thường sốt 3 - 4 ngày sau mới đau hạ sườn phải và gan to, nhưng cũng có thể xảy ra đồng thời.

Đau hạ sườn phải: mức độ đau tùy thuộc vào từng trường hợp. Có thể đau âm ỉ, cảm giác tức nặng hạ sườn phải có thể đau dữ dội làm cho người bệnh không giám cử động, đau xuyên lên vai, tăng lên khi cử động hoặc ho. Đau không thành cơn mà đau có tính chất triền miên kéo dài suốt ngày đêm.

Gan to và đau: gan to không nhiều, 3 – 4 cm dưới bờ sườn, mềm nhão, bờ tù ấn đau, điểm đau tương ứng với ổ áp xe. ấn kỹ sườn tìm thấy điểm đau chói hoặc rung gan dương tính. Đây là dấu hiệu có giá trị lớn để chẩn đoán áp xe gan

Một triệu chứng âm tính cần lưu ý là không có hoàng đả. Nếu có thì cần thận trọng chẩn đoán phân biệt với áp xe đường mật

Ngoài tam chứng Fontan còn có thể gặp một số triệu chứng sau:

- **Rối loạn tiêu hoá:** ỉa lỏng hoặc ỉa nhày máu mũi, có thể xảy ra đồng thời hoặc trước hoặc sau, cần làm xét nghiệm phân để tìm amip.
- **Ăn kém:** vì mệt mỏi ăn không ngon miệng
- **Gầy:** có khi gầy nhiều và nhanh làm cho chẩn đoán nhầm là ung thư.
- **Phù:** do nung mủ kéo dài dẫn đến hạ Protid máu
- **Cổ trướng:** đi đôi với phù, hậu quả của suy dinh dưỡng, không có tuần hoàn bàng hệ.
- **Tràn dịch màng phổi:** do khối áp xe ở gần cơ hoành gây phản ứng viêm do tiếp cận, do đó tràn dịch không nhiều, dịch tiết.
- **Lách to:** hiếm gặp, thường 1 – 2cm dưới bờ sườn dễ nhầm với xơ gan

IV. Triệu chứng cận lâm sàng:

1. **Công thức máu:** BC tăng, máu lắng tăng.
2. **Xquang phổi:** vòm hoành đầy lên cao, di động kém, TDMP.
3. **Siêu âm ổ bụng:** thấy một vùng loãng âm dạng dịch lỏng, ngoài ra còn xác định số lượng và kích thước ổ áp xe.
4. **Soi ổ bụng:** ngày nay ít làm do siêu âm đã được áp dụng phổ biến. Soi ổ bụng có thể thấy một vùng lồi lên ở mặt trên hoặc dưới của gan với biểu hiện của viêm nhiễm xung huyết, phù đầy dính, hạt fibrin.
5. **Đồng vị phóng xạ để ghi hình gan:** ít làm, hình ảnh cũng tương tự như siêu âm, thường dùng Rose bengal I¹³¹...
6. **Chụp mạch máu:** ít dùng
7. **Các phản ứng huyết thanh:** MD huỳnh quang với amip, phản ứng ngưng kết HC, phản ứng Elisa: phản ứng được coi là dương tính khi hiệu giá kháng thể là trên 1/ 160 đối với MDHQ và trên 1/200 đối với phản ứng Elisa.

V. Thể lâm sàng:

1. Thể không sốt: có thể sốt nhẹ mà người bệnh không chú ý, chỉ thấy đau hạ sườn phải, gầy sút...
2. Thể sốt kéo dài: có thể sốt kéo dài hàng tháng, sốt liên tục hoặc ngắt quãng, gan không to thậm chí cũng không đau.
3. Thể có vàng da: thể này ít gặp nhưng nặng dễ nhầm với áp xe đường mật hoặc ung thư gan, ung thư đường mật
4. Thể không đau: gan to nhưng không đau, có thể ổ áp xe ở sâu hoặc còn nhỏ.
5. Thể có suy gan: do ổ áp xe quá to phá hủy 50% tổ chức gan, có thể có phù, cổ trướng, chức năng gan bị rối loạn
6. Thể theo kích thước: gan quá to hoặc gan không to do ổ áp xe nhỏ.
7. Thể áp xe gan trái: rất ít gặp chiếm 3 – 5% chẩn đoán khó dễ vỡ vào màng tim
8. Thể phổi màng phổi: do viêm nhiễm ở gan gây nên gây phản ứng màng phổi hoặc vỡ lên màng phổi chủ yếu gặp các triệu chứng của màng phổi
9. Thể có tràn dịch màng ngoài tim: thường triệu chứng tràn dịch màng ngoài tim nổi bật. Đối với tràn dịch màng ngoài tim là mũ thì nguyên nhân đầu tiên là áp xe gan vỡ
10. Thể giả ung thư gan: gan to và cứng như ung thư gan hoặc gầy nhanh và nhiều.

VI. Biến chứng:

1. Biến chứng do vỡ ổ áp xe.

- Vỡ vào phổi: vỡ vào nhu mô phổi và thông với phế quản làm cho bệnh nhân khạc ra mủ, đây là một hình thức dẫn lưu ổ áp xe, tuy nhiên cần chẩn đoán phân biệt với áp xe phổi.
- Vỡ vào màng phổi: gây tràn dịch màng phổi
- Vỡ vào màng tim: đột ngột khó thở, tím tái. Khám thấy có dấu hiệu của tràn dịch màng ngoài tim, cần phải chọc dò màng ngoài tim.
- Vỡ vào ổ gây viêm phúc mạc toàn thể: biến chứng này hay gặp, đột nhiên bệnh nhân thấy đau bụng dữ dội, bụng cứng, gõ đục vùng thấp.
- Vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc khu trú
- Vỡ vào ống tiêu hoá
- áp xe dưới cơ hoành
- Vỡ vào thành bụng gây áp xe thành bụng
- Rò ra ngoài

2. Biến chứng nung mủ sâu kéo dài: gây hậu quả suy kiệt và amylose hoá.

3. Biến chứng bội nhiễm ổ áp xe: thường là vi khuẩn yếm khí.

VII. Chẩn đoán xác định áp xe gan amip.

- Tiền sử bị lỵ hoặc không bị
- Tam chứng Fontan
- CTM: BC tăng, máu lắng tăng.
- Siêu âm bụng phát hiện ổ loãng âm.
- Phản ứng huyết thanh dương tính
- Chọc dò ra mủ màu sôcôla, không mùi.

VIII. Chẩn đoán phân biệt:

1. Ung thư gan:

- Thay đổi da và niêm mạc: da sạm, giãn mạch, sao mạch, lòng bàn tay son, môi tím....
- Lách to có thể gặp trong ung thư gan
- Gan to chắc bờ gồ ghề.
- Siêu âm hình ảnh khuyết âm có thể đặc hay lỏng.
- AFP cao trong ung thư gan
- Chọc hút tế bào giúp chẩn đoán xác định
- Có thể chụp mạch gan, doppler gan
- Mô thăm dò, điều trị thử áp xe amip.

2. Với áp xe đường mật:

- Thường có hoàng đả
- Tiền sử đau hạ sườn phải
- Chọc hút mũ áp xe mũ có ánh vàng, mùi thối
- Siêu âm thấy có nhiều ổ áp xe nhỏ thông nhau, tròn.

3. Với viêm túi mật:

- Thường đột ngột đau hạ sườn phải, sốt cao, đau dữ dội.
- Tiền sử sốt đau hạ sườn phải
- Khám thấy túi mật to
- Siêu âm gan mật giúp chẩn đoán phân biệt
- Có thể tiến hành điều trị thử.

4. Với tràn dịch màng phổi do bệnh phổi

- Khai thác các triệu chứng trước đó
- Siêu âm gan xác định ổ áp xe.
- Xquang thấy vòm hoành đẩy lên cao.

5. Tràn mũ màng tim: Làm siêu âm gan để xác định nguyên nhân.

IX. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị:

- Phát hiện sớm, điều trị sớm.
- Điều trị nội khoa trước, nếu không kết quả mới phẫu thuật. Nếu phải mổ, vẫn phải dùng thuốc triệt để.
- Điều trị triệt để, tiêu diệt amip ở gan và cả ở ruột để dự phòng tái phát.

2. Các biện pháp điều trị:

2.1. Dùng thuốc chống amip đơn thuần.

a) Chỉ định: ổ áp xe không quá lớn (< 10cm), đến sớm trước 1 tháng.

b) Thuốc:

- Nhóm Nitroimidazol (Klion, Flagyl...) có thể tiêm hoặc uống:
 - + Flagentyl (Senidazol) 1,5g/ngày x 5 ngày/uống.
 - + Tinidazol: 1,5 – 2g/ngày x 3-4 ngày/ uống.
 - + Flagyl, Klion: 1,5 g/ ngày x 8 ngày hoặc 2g/ngày x 5 ngày.
 - + Ornidazol 1g- 1,5 g/ ngày x 3 ngày.
- Dehydroemetin: 1- 2 mg/kg/ngày hoặc 0,08 g/ngày 8-10 ngày. Ngày nay ít dùng vì có nhiều tác dụng phụ.
- Chloroquin (Nivaquin) 0,4g/ ngày x 8 – 10 ngày.

Chloroquin bao giờ cũng dùng sau cùng. Thường dùng loại Nitroimidazol đường uống trước nếu không uống được mới dùng đường tiêm. Không nhất thiết phải dùng hai loại.

- Thuốc diệt amip ruột (kể cả kén):

Interix viên 300mg x 4 viên /ngày x 10 ngày

2.2. Chọc hút mũ kết hợp dùng thuốc diệt amip

a) Chỉ định:

- Ổ áp xe quá to > 12cm.
- Đến muộn trên 2 tháng
- Dùng thuốc Nitroimidazol không kết quả

b) Cách chọc

- Chọc qua soi ổ bụng: ít dùng
- Chọc mù
- Chọc dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

c) Số lần chọc: đa số chọc 1 lần, nhiều nhất 5 lần cách nhau 5-7 ngày.

2.3. Mổ dẫn lưu phối hợp dùng thuốc

Chỉ định:

- Khi có biến chứng vỡ (trù vỡ vào phổi, không nhất thiết phải mổ)
- Doạ biến chứng
- Ổ áp xe quá to (không lồ) thành mỏng, ở vị trí nguy hiểm (gan trái, ở vị trí mặt dưới gan.)
- Khi điều trị như trên mà không kết quả.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh học nội khoa. Nhà xuất bản Y học.2002
2. Nội khoa cơ sở tập 2. Nhà xuất bản Y học.1996
3. Hepato-Gastroenterologie
4. Textbook of Gastroenterologie
5. MIMS 2003