

ÁP-XE GAN

1-Đại cương:

Áp-xe gan là một bệnh lý tương đối hiếm gặp. Theo thống kê tại Mỹ, 80% các trường hợp áp-xe gan là do vi trùng, trong khi đó nguyên nhân do a-míp chiếm 10% và dưới 10% còn lại là do nấm.

Đặc điểm của áp-xe gan do vi trùng:

- o Nguồn gốc của vi trùng có thể xuất phát từ đường mật (40%), tĩnh mạch cửa (20%), động mạch gan (12%), chấn thương (4%) hay xâm lấn trực tiếp từ các tạng lân cận...
- o 20% các trường hợp áp-xe gan không xác định được nguyên nhân.
- o Nam giới có tần suất mắc bệnh cao hơn nữ giới (tỉ lệ 1,5/1).
- o BN bị áp-xe gan thường lớn tuổi, có một ổ nhiễm trùng khác tiềm ẩn trong cơ thể (đa số là trong xoang bụng).
- o Vi trùng: chủ yếu là các chủng vi trùng đường mật hay đường ruột: E. coli, Klebsiela, Enterococcus, Bacteroides. Hầu hết là đa trùng.
- o Trong 2/3 các trường hợp, ổ áp-xe nằm ở thùy phải. Áp-xe gan hai thùy chiếm 5%. Nhiều ổ áp-xe gan nhỏ (micro-abscess) hiếm gặp và thường kết hợp với nhiễm trùng đường mật hay suy giảm miễn dịch.
- o 50% BN sẽ có kết quả cấy máu dương tính.

Đặc điểm của áp-xe gan a-míp:

- o Tác nhân gây bệnh là Entamoeba histolitica. Entamoeba histolitica có hai thể: thể bào nang và thể dưỡng bào. Người khỏe mạnh có thể mang mầm bệnh của a-míp (dưới dạng bào nang). Có khoảng 10% dân số bị nhiễm a-míp. Sự nhiễm trùng xảy ra khi ăn uống thực phẩm bị nhiễm phân có bào nang của a-míp. Bào nang a-míp đề kháng với acid trong dịch vị, nhưng vách bào nang sẽ bị phá hủy bởi trypsin khi đến ruột non. Tại đây, a-míp (dưỡng bào) được phóng thích. Sau đó, a-míp sẽ thường trú ở mang tràng. Tại manh tràng, a-míp kết dính vào lớp niêm mạc và có thể xâm nhập qua lớp niêm mạc, vào tuần hoàn cửa, đến gan và gây ra áp-xe gan. Khoảng 30% BN bị áp-xe gan do a-míp đồng thời cũng bị nhiễm a-míp ở đường ruột.
- o Nam giới có tần suất bị áp-xe gan do a-míp cao hơn nhiều so với nữ giới (10/1), mặc dù tỉ lệ nhiễm trùng do a-míp ở đường ruột là bằng nhau ở nam giới và nữ giới.
- o Độ tuổi thường mắc bệnh: 20-40.
- o Hầu hết là một ổ áp-xe.
- o Trong ¾ các trường hợp, ổ áp-xe nằm ở thùy phải.

Biến chứng của áp-xe gan:

- o Vỡ vào màng phổi, phổi, màng tim, phúc mạc.
- o Dò màng phổi-phế quản.

- o Sốc nhiễm trùng
- o Khi ổ áp-xe vỡ, áp-xe gan thủng phải thường vỡ vào xoang phúc mạc, trong khi áp-xe gan thủng trái thường vỡ vào xoang màng tim hay màng phổi.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Các triệu chứng lâm sàng của áp-xe gan thường không đặc hiệu.

Đau là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (90%), kể đến là sốt (87%), nôn ói (85%), sụt cân (45%).

Bệnh có thể diễn tiến bán cấp hay cấp tính:

- o Diễn tiến bán cấp: BN đau âm ỉ hạ sườn phải, sốt nhẹ, chán ăn và sụt cân.
- o Diễn tiến cấp tính: BN đau hạ sườn phải ngày càng tăng, sốt, nôn ói và thường nhập viện trong vòng 10 ngày.

Khi thăm khám lâm sàng, gan to và đau là triệu chứng tương đối phổ biến. Dấu ấn kê sườn, nếu có, có giá trị chẩn đoán quan trọng. Các triệu chứng khác có thể gặp bao gồm vàng da, giảm âm phế bào vùng đáy phổi phải (do xếp phổi, tràn dịch màng phổi lượng ít), tiếng cọ gan (do viêm bao Glisson).

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Xét nghiệm sinh hoá và huyết học:

Các xét nghiệm huyết học thường không đặc hiệu cho áp-xe gan và cũng không phân biệt được áp-xe gan do vi trùng với áp-xe gan do a-míp.

Ở BN bị áp-xe gan, xét nghiệm có thể cho các kết quả sau đây:

- o Số lượng bạch cầu tăng. Tỷ lệ neutrophil tăng trong áp-xe gan do vi trùng. Tỷ lệ eosinophil hiếm khi tăng trong áp-xe gan do a-míp.
- o Thiếu máu, thường do nhiều nguyên nhân phối hợp.
- o Giảm albumin, tăng phosphatase kiềm, tăng transaminase huyết tương.
- o Bilirubin huyết tương tăng trong một số ít các trường hợp.

2.2.2-Xét nghiệm phân:

2.2.2.1-Xét nghiệm tìm bào nang hay thể dưỡng bào của a-míp:

30% BN bị áp-xe gan do a-míp đồng thời cũng bị nhiễm a-míp đường ruột. Khả năng tìm thấy bào nang của a-míp trong phân thấp, nhưng nếu dương tính sẽ giúp khẳng định chẩn đoán. Khả năng tìm thấy thể dưỡng bào của a-míp ở người bị nhiễm a-míp đường ruột còn thấp hơn, vì a-míp rất nhạy cảm với nước, sự khô, barýt, đồng thời không phải lúc nào chúng cũng được thải theo phân ra ngoài. Để có thể phát hiện a-míp thể dưỡng bào, bắt buộc phải xét nghiệm phân tươi và xét nghiệm ít nhất ba mẫu phân.

2.2.2.2-Xét nghiệm tìm kháng nguyên:

Mục đích của xét nghiệm là nhằm phát hiện kháng nguyên (galactose lectin) của *Entamoeba Histolitica* trong phân.

Xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (95-100%) đối với BN bị nhiễm a-míp đường ruột và cho kết quả dương tính sớm hơn xét nghiệm tìm kháng thể.

2.2.2.3-Xét nghiệm tìm kháng nguyên theo phương pháp PCR:

Ngày nay, xét nghiệm tìm kháng nguyên theo phương pháp PCR (polymerase chain reaction) có độ nhạy cao nhất. Tuy nhiên, do có giá thành cao, phương pháp không thể được thực hiện rộng rãi.

2.2.3-Xét nghiệm huyết thanh:**2.2.3.1-Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể của a-míp:**

Huyết thanh chẩn đoán a-míp theo phương pháp ngưng kết hồng cầu gián tiếp (IHA-indirect hemagglutination assay) cho kết quả dương tính ở 90% BN bị áp-xe gan do a-míp. Ngày nay, phương pháp này đã được huỷ bỏ, thay vào đó là phương pháp miễn dịch enzym (EIA: enzyme immunoassay) đơn giản hơn, dễ thực hiện hơn và không đắt tiền.

Huyết thanh chẩn đoán a-míp bằng phương pháp miễn dịch enzyme có độ nhạy 99% và độ đặc hiệu trên 90%. Phương pháp này nhằm phát hiện kháng thể đặc hiệu của *Entamoeba histolytica* trong huyết tương. 90% BN bị nhiễm a-míp ngoài đường ruột, 70% BN bị nhiễm a-míp đường ruột và 10% người lành mang mầm bệnh của a-míp (bào nang) có kết quả xét nghiệm EIA dương tính.

10% BN mới bị áp-xe gan amíp có kết quả EIA âm tính, do chưa đủ thời gian để kháng thể hình thành. Những BN này cần được xét nghiệm lại lần hai sau một tuần.

Ngược lại, huyết thanh chẩn đoán a-míp cũng có thể dương tính ở những người không triệu chứng sống ở vùng dịch tễ của a-míp.

Xét nghiệm EIA vẫn duy trì kết quả dương tính một thời gian (6-12 tháng) sau khi BN đã được điều trị khỏi hẳn.

2.2.3.1-Xét nghiệm huyết thanh tìm kháng nguyên của a-míp:

Kháng nguyên galactose lectin của *Entamoeba histolytica* có thể được phát hiện bằng phương pháp ELISA ở ít nhất 75% BN bị áp-xe gan do a-míp.

Xét nghiệm sẽ chuyển sang âm tính sau 1 tuần điều trị bằng metronidazol.

Phương pháp này có ích trong những ngày đầu sau khi bị nhiễm a-míp, khi xét nghiệm tìm kháng thể chưa cho kết quả dương tính, hoặc đối với BN sống ở vùng dịch tễ, nơi mà người khoẻ mạnh cũng có thể có kháng thể lưu hành trong máu.

2.2.4-Siêu âm:

Siêu âm là chọn lựa trước tiên khi nghi ngờ BN bị áp-xe gan và có độ nhạy tương đối cao (80-95%).

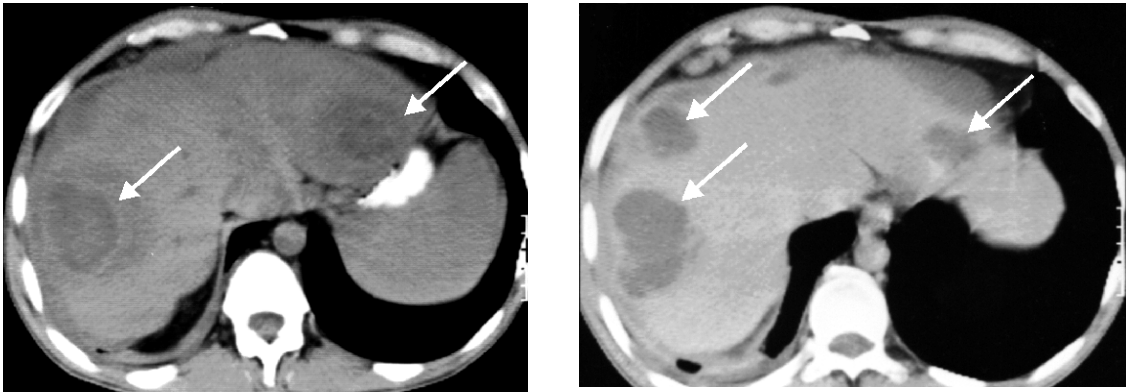
Hình ảnh điển hình trên siêu âm là khối choán chỗ hình cầu hay bầu dục và có phản âm kém.

2.2.5-CT:

Trong giai đoạn đầu, ổ áp-xe cho hình ảnh của một khối có đậm độ hơi giảm hơn so với đậm độ của mô gan chung quanh. Khối này có giới hạn không rõ. Khi bơm thuốc cản quang, khối sẽ hiện hình rõ hơn, do nhu mô gan chung quanh tăng quang, làm tăng sự tương phản về đậm độ cản quang giữa khối và nhu mô gan (hình 1). Có thể có hiện tượng tăng quang ở phần ngoại vi của khối. Khi ổ áp-xe đã hoá lỏng hoàn toàn, trên CT, ổ áp-xe cho hình ảnh của một khối giảm đậm độ, giới hạn rõ và không tăng quang khi bơm thuốc.

CT có độ nhạy trong chẩn đoán cao hơn so với siêu âm (95-100%).

CT cũng có thể phát hiện các tổn thương nguyên nhân (viêm ruột thừa, viêm túi thừa...).



Hình 1- Hình ảnh áp-xe gan (đa ổ, hai thùy) trên CT, trước và sau khi bơm thuốc cản quang

2.2.6-Các phương pháp khác:

Xạ hình gan với Technetium-99m: có thể chẩn đoán phân biệt áp-xe gan do amíp và áp-xe gan do vi trùng: do có chứa bạch cầu, ổ áp-xe gan do vi trùng thể hiện bằng hình ảnh “nhân nóng”.

X-quang phổi cho thấy có bất thường trong $\frac{1}{2}$ các trường hợp áp-xe gan. Các dấu hiệu bất thường bao gồm: vòm hoành phải nâng cao, xẹp đáy phổi phải, tràn dịch màng phổi phải (thường có lượng ít, do phản ứng. Tràn dịch màng phổi lượng nhiều là do áp-xe đã vỡ lên phổi).

Chọc hút áp-xe có thể là một thủ thuật chẩn đoán: nếu dịch hút ra có màu “cá mè” thì đó là áp-xe gan do a-míp. Tuy nhiên, chọc hút chỉ đưa đến chẩn đoán xác định áp-xe gan do a-míp trong 10-20% các trường hợp.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Trước tiên cần chẩn đoán phân biệt giữa áp-xe gan do vi trùng và áp-xe gan do a-míp:

Đặc điểm lâm sàng	Áp-xe gan do vi trùng	Áp-xe gan do a-míp
Tuổi	Lớn tuổi	20-40
Giới tính (nam:nữ)	1,5:1	10:1
Số lượng	Một ổ 50%	Một ổ $\geq 80\%$
Tiểu đường	30%	2%
Vàng da	Phổ biến	Hiếm
Tăng bilirubin	Phổ biến	Không phổ biến
Tăng phosphatase kiềm	Phổ biến	Phổ biến
Cấy máu (+)	Phổ biến	Không
Huyết thanh chẩn đoán	Không	(+)

Trên lâm sàng, cần phân biệt áp-xe gan với các bệnh lý sau đây: viêm túi mật cấp, viêm dạ dày cấp, viêm đường mật, mũ màng phổi, viêm phổi...

Có hai bệnh lý có thể cho bệnh cảnh lâm sàng cũng như kết quả xét nghiệm gần giống với áp-xe gan. Các bệnh lý này là nang echinococcus nhiễm trùng và ung thư gan hoại tử.

Nang echinococcus là tình trạng nhiễm ký sinh trùng Echinococcus ở gan. Nang có thể bị bội nhiễm, tạo ra triệu chứng lâm sàng gần giống với áp-xe gan. Để chẩn đoán loại trừ nang echinococcus, có ba xét nghiệm được chỉ định, theo thứ tự về mức độ chính xác, là CT, xét nghiệm miễn dịch và siêu âm.

Các xét nghiệm miễn dịch phát hiện kháng thể kháng Echinococcus là phương tiện chẩn đoán được chỉ định rộng rãi nhất. Tuy nhiên, 10% BN bị nhiễm Echinococcus ở gan không sản xuất đủ kháng thể để có thể được phát hiện bằng xét nghiệm, vì thế sẽ cho kết quả âm tính giả.

CT có thể chẩn đoán nang echinococcus với độ chính xác 98%. Hình ảnh nang có vách ngăn, hình tổ ong hay đóng vôi, hay sự có mặt của các nang phụ là các dấu hiệu điển hình của nang echinococcus.

3-Điều trị:

3.1-Áp-xe gan do amip:

3.1.1-Thuốc:

Metronidazol:

- o Là thuốc được chọn lựa trước tiên.
- o Liều: 750mg x 3 lần/ngày x 10 ngày.
- o Cho đáp ứng tốt trong 90% các trường hợp.
- o Tác dụng phụ: đau bụng, nôn ói, tiêu chảy.
- o Các thuốc khác, cũng thuộc nhóm nitroimidazole như metronidazole (tinidazole, secnidazole, ornidazol) có thể thay thế metronidazole.

Chloroquin phosphate được chỉ định thay thế hay kết hợp thêm với nitroimidazole khi BN không dung nạp hay kém đáp ứng với nitroimidazole.

Emetine và dehydroemetine có độc tính cao (có thể gây loạn nhịp tim, đau vùng trước tim, yếu cơ, tiêu chảy, ói mửa) do đó ít được sử dụng. Liều dehydroemetine: 1-1,5 mg/kg/ngày TDD/TB x 8-10 ngày.

Triệu chứng lâm sàng là yếu tố phản ánh hiệu quả điều trị. Không cần thiết phải kiểm tra bằng siêu âm hay CT vì tổn thương có thể tồn tại từ vài tháng đến 1 năm sau khi hết triệu chứng lâm sàng.

Phòng ngừa:

- o Bệnh có thể tái phát (10%) nếu không diệt amíp đường ruột. Các loại thuốc diệt amíp đường ruột bao gồm diloxanide furoate, iodoquinol và paromomycine.
- o Dặn BN giữ gìn vệ sinh trong ăn uống.

3.1.2-Chọc hút hay dẫn lưu catheter ổ áp-xe:

Chỉ định:

- o Kích thước ổ áp-xe lớn hơn 5 cm.
- o Áp-xe gan thùy trái.
- o Lâm sàng chưa cải thiện sau 5-7 ngày.

Việc chọc hút được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT.

3.1.3-Mổ dẫn lưu áp-xe:

Nói chung, mổ dẫn lưu ổ áp-xe là không cần thiết và nên tránh.

Chỉ định:

- o Không thể tiếp cận được ổ áp-xe với chọc hút bằng kim.

- o Vỡ ổ áp-xe vào xoang phúc mạc, màng phổi, màng tim. Trong trường hợp này cần kết hợp dẫn lưu ổ áp-xe với chọc hút màng tim, dẫn lưu xoang màng phổi.

3.2-Áp-xe gan do vi trùng:

3.2.1-Điều trị nội khoa:

3.2.1.1-Kháng sinh:

Kháng sinh cần được chỉ định ngay sau khi có chẩn đoán, để ngăn chặn diễn tiến của nhiễm trùng huyết.

Loại kháng sinh thường được chọn là cephalosporin thế hệ 3 (hay aminoglycoside) kết hợp metronidazole (hay clindamycine).

Kháng sinh có thể được cân nhắc như một phương pháp điều trị đơn thuần, đặc biệt nếu tổn thương chưa hoá lỏng rõ. Tuy nhiên, BN bị áp-xe gan do vi trùng được điều trị chỉ với kháng sinh có tỉ lệ biến chứng cao (60-100%).

3.2.1.2-Chọc hút mũ:

Chọc hút mũ ở BN bị áp-xe gan vừa là phương tiện chẩn đoán vừa là phương tiện điều trị. Phần lớn BN phải được chọc hút mũ nhiều lần

Ưu điểm của chọc hút: đơn giản, ít xâm lấn, ít tổn thương, có thể chọc hút nhiều ổ áp-xe, tránh được các vấn đề liên quan đến chăm sóc catheter (nhiễm trùng ngược dòng).

Tỉ lệ thành công của chọc hút là 60%, trong khi hiệu quả điều trị của dẫn lưu catheter là 100%.

3.2.1.3-Dẫn lưu catheter ổ áp-xe:

Dẫn lưu ổ áp-xe bằng catheter là phương pháp điều trị được chọn lựa cho hầu hết các BN áp-xe gan do vi trùng.

Phương pháp này có tỉ lệ thành công 80-90%.

Chống chỉ định của dẫn lưu catheter::

- o Bụng có dịch báng.
- o BN có rối loạn đông máu.
- o Ổ áp-xe nằm lân cận các cơ quan “sinh mạng” (thí dụ như tim).

Công việc chuẩn bị trước khi tiến hành dẫn lưu bao gồm:

- o Thực hiện các xét nghiệm: công thức máu toàn bộ, thời gian chảy máu, PT, aPTT, nhóm máu, chức năng gan thận.
- o ECG, X-quang ngực
- o Cho vitamin K, nếu BN có vàng da.
- o BN phải nhịn ăn 6 giờ trước khi tiến hành thủ thuật.
- o Cho thuốc an thần trước khi tiến hành thủ thuật.

Kỹ thuật dẫn lưu mũ qua da:

- o Xác định vị trí:
 - Dựa vào lâm sàng: chỗ ấn đau nhất hay có dấu hiệu tấy đỏ.
 - Dựa vào hướng dẫn của siêu âm (hầu hết các trường hợp).

- Hai vị trí phổ biến: liên sườn 9 đường nách giữa hay liên sườn 7 đường trung đòn.
- o Gây tê từng lớp (dưới da, cơ thành ngực, cơ hoành) cho tới bao gan.
- o Rạch một đường nhỏ trên da.
- o Dùng catheter số 18, dài 10 cm, chọc vào ổ áp-xe theo sự hướng dẫn của siêu âm. Khi hút ra mủ, lắp catheter vào syringe 20 ml, tiếp tục hút, cho đến khi mủ hút ra có lẫn máu thì ngưng. Cố định catheter. Trong quá trình chọc hút yêu cầu BN thở nông.
- o Hằng ngày bơm rửa ổ áp-xe với dung dịch muối sinh lý. Khi lượng dịch mủ qua catheter ít hơn 10 mL/ngày, hay siêu âm cho thấy ổ áp-xe đã xẹp hẳn thì rút catheter.

Biến chứng:

- o Tổn thương tạng rỗng
- o Chảy máu
- o Tràn khí màng phổi
- o Dò mủ vào xoang phúc mạc.

3.2.2-Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định của điều trị ngoại khoa:

- o Ổ áp-xe vỡ hay doạ vỡ (BN có biểu hiện viêm phúc mạc).
- o Điều trị bằng chọc hút hay dẫn lưu catheter thất bại.
- o Ổ áp-xe có nhiều khoang, thành dày hay có mủ đặc.
- o Có tổn thương phối hợp trong xoang bụng cần can thiệp phẫu thuật.

Có ba ngã tiếp cận khi phẫu thuật dẫn lưu áp-xe:

- o Ngả phúc mạc: thám sát được các tổn thương phối hợp, xử lý được nhiều ổ áp-xe. Đây là ngã phẫu thuật được chọn lựa nhiều nhất.
- o Ngả màng phổi: tiếp cận ổ áp-xe trực tiếp hơn, nhưng không thể xử lý nhiều ổ áp-xe.
- o Ngả ngoài phúc mạc

3.2.3-Tầm soát và điều trị nguyên nhân

Tích cực tìm kiếm các bệnh lý tiềm ẩn trong xoang bụng. Có thể chỉ định các phương tiện tầm soát sỏi đường mật, siêu âm bụng, CT scan bụng, X-quang hay nội soi đại tràng

3.3.4-Tiên lượng:

Tiên lượng của áp-xe gan do vi trùng sẽ kém nếu:

- o Áp-xe đa ổ
- o Áp-xe có biến chứng
- o BN có bệnh lý nội khoa nặng
- o Xét nghiệm: Hb $\geq$ 11 mg/dL, bilirubin $\geq$ 1,5 mg/dL, albumin $\leq$ 2,5 gm/dL, bạch cầu $\geq$ 15000, aPTT tăng