

## **ÁPXE PHỔI**

*Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014*

### **I. Đại cương:**

#### **1.1. Định nghĩa:**

Áp xe phổi là một viêm nhiễm cấp tính gây hoại tử ở nhu mô phổi, tạo nên một hang mới chứa mủ, không phải do lao.

Kén khí, giãn phế quản, hang lao, hang ung thư nhiễm khuẩn không gọi là áp xe phổi, mà gọi là mưng mủ phổi - phế quản, hoặc áp xe hoá, như: kén khí áp xe hoá, hang ung thư áp xe hoá.

Áp xe phổi mạn tính là khi ổ áp xe tồn tại từ 2 tháng trở lên.

#### **1.2. Nguyên nhân và đường xâm nhập:**

##### **1.2.1. Nguyên nhân:**

- Vi khuẩn: vi khuẩn Gram<sub>(+)</sub> : tụ cầu, liên cầu, phế cầu. Vi khuẩn Gram<sub>(-)</sub>, trực khuẩn Klebsiella, Escherichia Coli, Pseudomonas aeruginosa; vi khuẩn yếm khí: Proteus, Bacteroide, S. anaerobius.

- Ký sinh trùng: amíp, sán lá phổi ( Paragonimus Westermanii ).
- Nấm: Aspergillus, Blastomyces.
- Yếu tố thuận lợi: mắc bệnh mạn tính, nghiện rượu, thuốc lá, suy giảm miễn dịch, sau gây mê, mở khí quản, nhổ răng, cắt Amygdal, dị vật đường thở, chít hẹp phế quản do u, nhồi huyết phổi, chấn thương ngực.

##### **1.2.2. Đường xâm nhập:**

- Hít xuống phổi vi khuẩn từ miệng họng là hay gặp nhất, ngoài ra vi khuẩn từ các ổ nhiễm khuẩn từ xa có thể đến phổi qua đường máu hoặc đường tiếp cận (áp xe gan, áp xe dưới cơ hoành).

### **II. Đánh giá bệnh nhân:**

#### **2.1. Lâm sàng:**

- Giai đoạn ổ mủ kín: bệnh cảnh lâm sàng giống viêm phổi cấp.
- Giai đoạn ộc mủ:

Sau 6 - 15 ngày bệnh nhân đột ngột ho tăng lên, đau tăng lên. Ho dữ dội và ộc ra rất nhiều mủ (hàng trăm ml), mủ đặc quánh màu vàng hoặc nhầy màu vàng, lẫn nhớt những cục mủ tròn mùi hôi thối. Vã mồ hôi, mệt lả. Sau đó hết sốt, dễ chịu, ăn ngủ được. Giai đoạn ộc mủ cần đề phòng mủ tràn vào đường thở gây ngạt thở.

Có thể ho ra máu hoặc khạc ra ít mủ nhiều lần trong ngày (khái mủ). Quan sát đại thể mủ khạc ra để sơ bộ có chẩn đoán nguyên nhân.

Mủ màu vàng: Thường do tụ cầu; mủ màu xanh: thường do liên cầu.

Mủ màu Socola: Amip; mủ thối và có những cục hoại tử đen: vi khuẩn kỵ khí.

- Giai đoạn ổ mủ thông với phế quản: bệnh nhân vẫn ho dai dẳng nhất là khi thay đổi tư thế và khạc mủ số lượng ít hơn. Khám phổi có thể thấy hội chứng han .

## 2.2. Cận lâm sàng:

2.2.1. **Xét nghiệm các tế bào máu:** thường thấy hình ảnh nhiễm trùng thể hiện bằng số lượng bạch cầu tăng > 10k/ml, trong đó tăng chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính.

2.2.2. **Xét nghiệm chức năng gan, thận** và một số chỉ số sinh hóa máu khác: nhằm đánh giá các bệnh lý kèm theo giúp tiên lượng bệnh nhân khi điều trị.

2.2.3. **Chụp X quang phổi và CT scanner:** giúp xác định chẩn đoán áp xe phổi khi thấy hình ảnh hang tròn, với hình mức nước - hơi nằm ngang trên phim. Có thể có 1 hay nhiều ổ áp xe, một bên hoặc hai bên. Nên tiến hành chụp thêm phim CT scanner để đánh giá tình trạng nhu mô phổi.

2.2.4. **Cấy máu tìm vi khuẩn:** được tiến hành khi bệnh nhân có sốt > 38,5 độ C. Khi phát hiện thấy vi khuẩn gây bệnh, các chuyên gia vi sinh thường sẽ làm thêm thử nghiệm đánh giá mức độ kháng thuốc của vi khuẩn (kháng sinh đồ).

2.2.5. **Nhuộm soi trực tiếp và nuôi cấy vi khuẩn** từ đờm, dịch phế quản hoặc mủ ổ áp xe. Làm kháng sinh đồ nếu thấy vi khuẩn.

2.2.6. **Nội soi phế quản:** nhằm tìm hiểu sự thông thoáng trong lòng đường thở, loại trừ dị vật đường thở. Hút sạch dịch, mủ và lấy các dịch này làm xét nghiệm tế bào và tìm căn nguyên gây bệnh (vi khuẩn, nấm).

## 2.3. Tiến triển và biến chứng:

### 2.3.1. Tiến triển:

- Điều trị tốt khỏi hoàn toàn sau một thời gian để lại sẹo hình ngôi sao.
- Điều trị không tốt thành áp xe mạn tính (trên 2 tháng, có ngón tay dùi trống) hoặc để lại hang di sót.

### 2.3.2. **Biến chứng:**

- Giãn phế quản quanh ổ áp xe.
- Mủ màng phổi, màng tim (do vỡ ổ áp xe).
- Áp xe não, viêm màng não.
- Tán huyết nặng.
- Thoái hoá dạng bột các cơ quan.
- Phát triển nấm *Aspergillus* trong hang di sót.

## III. **Chẩn đoán:**

### 3.1. **Chẩn đoán xác định:**

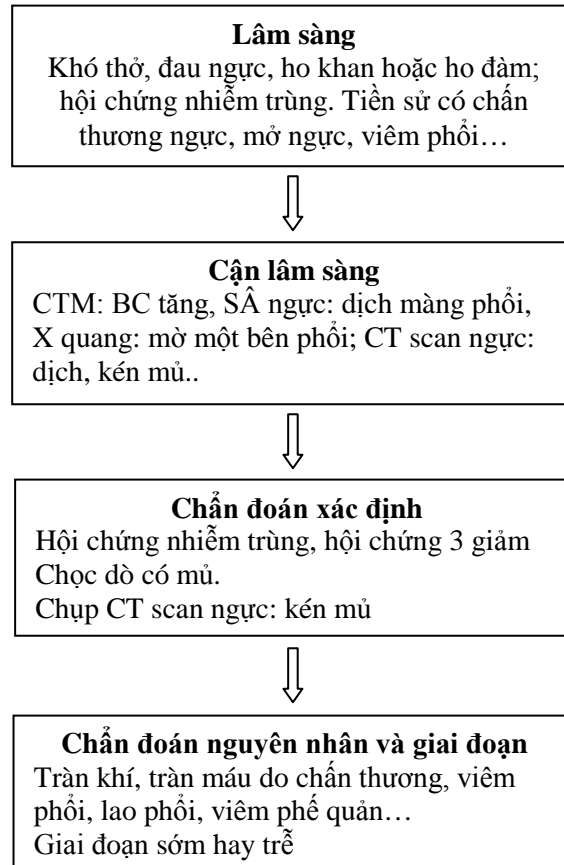
- Lâm sàng: khởi đầu đột ngột sốt, ho khạc đờm, ộc mủ hoặc khái mủ, đờm và hơi thở thối, đau ngực. Khám phổi có hội chứng đông đặc, hội chứng hang.
- Xét nghiệm máu BC tăng cao, N tăng, VS tăng.
- X quang: hình ảnh có mức khí nước, hay gặp ở thùy dưới phải.
- Xét nghiệm đờm tìm thấy vi khuẩn ái khí hoặc yếm khí, cấy máu (+) tính.
- Áp xe phổi do amip: đờm mủ màu Sôcôla, ổ áp xe thường ở phổi bên phải, xóa nhanh sau dùng Flagyl, Klion, Emetin.

### 3.2. **Chẩn đoán phân biệt:**

- Giãn phế quản: bệnh sử mạn tính, khạc đờm mủ về buổi sáng; X quang: nhiều ổ tròn sáng ở thùy dưới. Chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp vi tính phân giải cao.
- Mủ màng phổi thông với phế quản: bệnh nhân ộc nhiều mủ, X quang có hình ảnh tràn dịch, tràn khí màng phổi
- Kén khí bị nhiễm khuẩn: hang niêm mỏng, xung quanh không có đông đặc, điều trị kháng sinh không nhỏ đi. Tiền sử có hang từ trước.
- Hang ung thư: thoái hoá ở trung tâm, bờ dày, thành gồ ghề, điều trị kháng sinh không kết quả.

- Hang lao nhiễm khuẩn: dễ nhầm với áp xe mạn tính. Soi, cấy đờm BK (+) tính, có thâm nhiễm ở xung quanh hang, điều trị kháng sinh không kết quả..

### 3.3. Lưu đồ chẩn đoán:



## IV. Điều trị:

### 4.1. Điều trị nội khoa:

- Tốt nhất là dựa theo kháng sinh đồ. Không làm được kháng sinh đồ thì tùy theo triệu chứng lâm sàng, X quang, tính chất mũ mà có hướng xác định căn nguyên vi khuẩn học. Nên phối hợp 2-3 kháng sinh. Sử dụng kháng sinh bằng nhiều đường, truyền tĩnh mạch kết hợp với tiêm bắp sau đó tiêm bắp kết hợp với đường uống. Thời gian điều trị 6-8 tuần.

Tụ cầu: Methicilin, Cephalosporin, Lincomyxin, Vancomyxin.

Liên cầu: Penicilin G.

Klebsiella: Gentamycin, Quinolon.

Amip: Emetin, Flagyl.

- Dẫn lưu mũ theo tư thế:

Tùy theo vị trí ổ áp xe mà chọn tư thế dẫn lưu cho thích hợp kết hợp với vỗ rung mỗi lần 15-20 phút, mỗi ngày vài 3 lần.

Nếu ổ áp xe gần sát thành ngực thì chọc hút ổ áp xe qua thành ngực, đặt dẫn lưu ổ áp xe qua thành ngực (thực hiện ở tuyến trên).

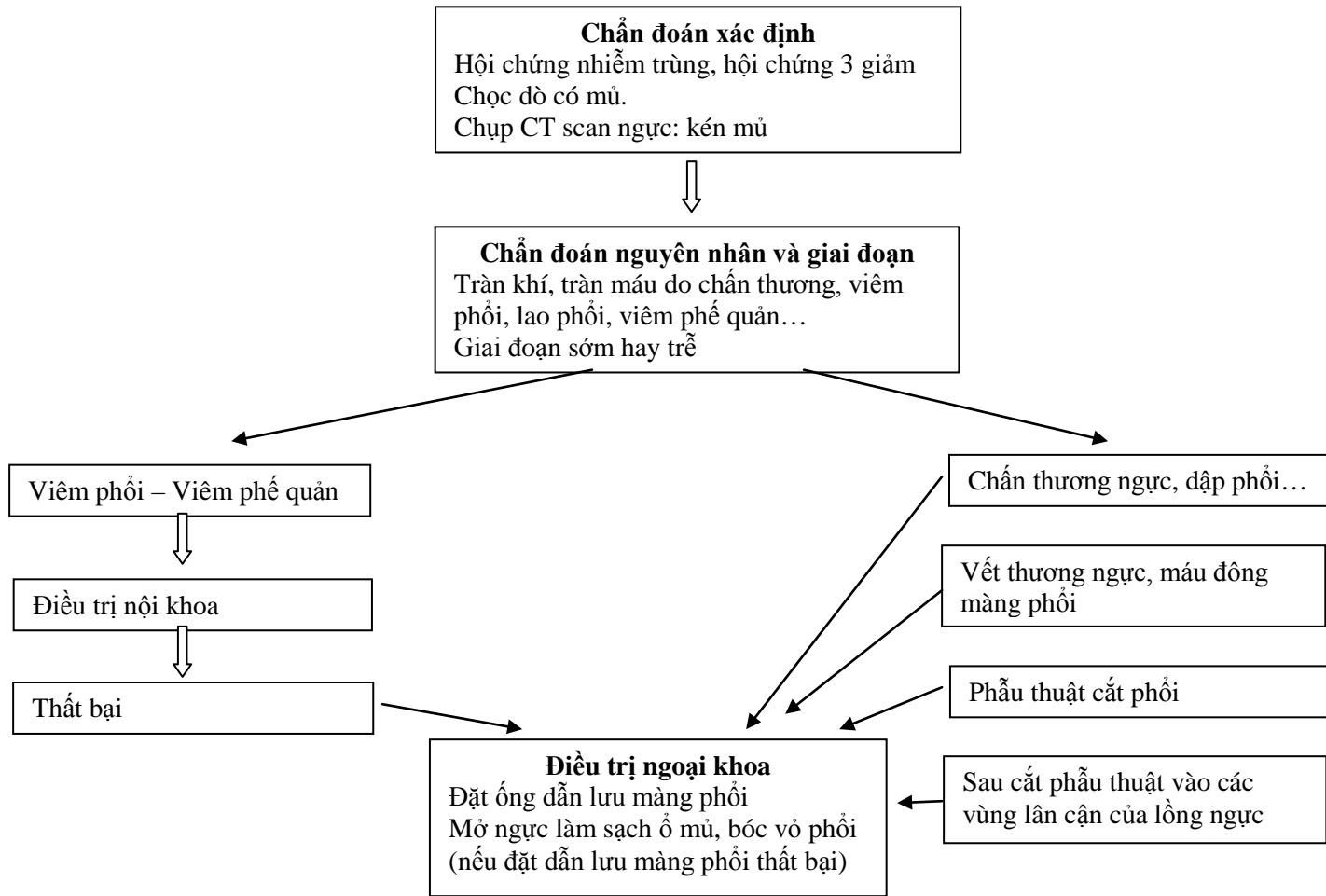
- Long đờm: Natribenzoat 4-5g/ngày, Mucitux 50mg x 2-3 viên/ngày.
- Trợ tim và nâng đỡ cơ thể.
- Cho Uabain, truyền đạm, truyền dịch, cân bằng nước cho cơ thể.
- Tăng cường bồi dưỡng: trứng, sữa, hoa quả, các chất đạm, Vitamin.

#### **4.2. Điều trị ngoại khoa:**

Chỉ định:

- Áp xe phổi mạn tính, điều trị nội khoa trên 2 tháng không có kết quả.
- Ho ra máu nặng đe dọa tính mạng.
- Hang di sót.
- Phương pháp: cắt thùy phổi hoặc phân thùy phổi.

#### **4.3. Lưu đồ điều trị:**



## V. Theo dõi tái khám:

### 5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:

#### 5.1.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng đột ngột sốt, ho khạc đờm, ộc mủ hoặc khái mủ, đờm và hơi thở thối, đau ngực.

- Khám phổi có hội chứng đông đặc, hội chứng hang.

#### 5.1.2. Cận lâm sàng:

- X quang: hình ảnh có mức khí nước

- Xét nghiệm đờm tìm thấy vi khuẩn ái khí hoặc yếm khí, cấy máu (+) tính.

**5.2. Tiêu chuẩn xuất viện:****5.2.1. Lâm sàng:**

Hết sốt, không ộc mủ, không đau ngực.

**5.2.2. Cận lâm sàng:**

X quang: phổi nở tốt, không có hình ảnh nước khí nước.

CRP trở về bình thường, cấy máu (-) tính.

**5.3. Theo dõi:**

- Tái khám sau 1 tuần: chụp X quang kiểm tra.
- Tái khám sau 1 tháng và 6 tháng: Chụp X quang tầm soát.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Pneumonia. The Merck Manuals: 00The Merck Manual for Healthcare Professionals. Accessed March 25, 2009.
2. Pneumonia fact sheet. American Lung Association.. Accessed March 28, 2009.
3. Durrington H, et al. Recent changes in the management of community-acquired pneumonia in adults. British Medical Journal. 2008;336:1429.
4. Menendez R, et al. Treatment failure in community-acquired pneumonia. Chest. 2007; 132:1348.
5. Singh S, et al. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. Archives of Internal Medicine. 2009;pp. 169 - 219.