

# BỆNH LÝ AMÍP

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ-BV ngày 28/03/2014

## 1. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Định nghĩa:

Bệnh lý do amíp là một bệnh nhiễm trùng đường ruột do ký sinh trùng *Entamoeba histolytica* gây tổn thương (viêm xuất tiết và loét) đại tràng.

### 2. Đặc điểm sinh bệnh:

Cơ thể có thể mang mầm bệnh trong nhiều tháng, nhiều năm mà không có triệu chứng. Amíp chuyển từ thể không gây bệnh sang thể gây bệnh tùy thuộc nhiều yếu tố:

- Khả năng kết dính, bài tiết, tiêu hủy mô của amíp.
- Ký chủ: Thay đổi chế độ ăn, mất cân bằng vi khuẩn thường trú, niêm mạc ruột bị kích thích cơ học hoặc hóa học, giảm sức đề kháng.

## 2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Amíp thuộc nhóm đơn bào giả túc. Có 8 giống ký sinh trên người, chỉ có *Entamoeba histolytica* có khả năng gây bệnh.

### 2.1. Hình thể:

Trong cơ thể, *Entamoeba histolytica* tồn tại dưới 3 dạng:

#### 2.1.1. Thể hoạt động ăn hồng cầu: (dưỡng bào).

- Sống trong vách đại tràng, tăng trưởng tốt dưới điều kiện kỵ khí, di chuyển nhanh. Nội nguyên sinh chất chứa nhiều hồng cầu.
- Được tìm thấy trong phân của bệnh nhân đang trong giai đoạn lý cấp.

#### 2.1.2. Thể hoạt động không ăn hồng cầu (minuta)

- Di chuyển chậm, nội nguyên sinh chất không chứa hồng cầu, được tìm thấy trong phân ngoài giai đoạn cấp.

#### 2.1.3. Thể bào nang (kyste)

- Có một màng đôi dày bảo vệ, chứa 1-4 nhân tùy giai đoạn trưởng thành. Bào nang sống rất lâu, ngay cả trong những điều kiện không thuận lợi. Clo trong nước máy không diệt được bào nang.

## 3. DỊCH TỄ HỌC

### 3.1. Đường lây-Nguồn lây:

- Bệnh lây qua đường tiêu hóa.
- Nguồn lây: Người bệnh, người lành mang kén amíp.

**3.2. Cảm thụ:** Mọi lứa tuổi đều có thể bị bệnh, thường 15-65 tuổi, nam 80 %, trẻ dưới 5 tuổi ít bị.

## 4. CHẨN ĐOÁN

### 4.1. Chẩn đoán xác định:

**4.1.1. Dịch tế học:** thường ở vùng nhiệt đới, vệ sinh kém, ô nhiễm nguồn nước...

### 4.1.2. Lâm sàng:

\***Cấp:** không sốt, đau quặng bụng, mót rặn, tiêu phân đàm máu.

Trường hợp nặng có nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân, đau bụng dữ dội, gan to, chướng bụng.

\***Mạn:** do điều trị dở dang. Triệu chứng rối loạn tiêu hóa, tổng trạng suy sụp dần.

### 4.2.3. Cận lâm sàng:

\***Soi phân:** Nhiều dưỡng bào ăn hồng cầu, nhiều hồng cầu, bạch cầu, tinh thể charcot Leyden.

\* **Nội soi:** Khi xét nghiệm phân âm tính nhiều lần.

\* **Huyết thanh chẩn đoán:** Âm tính giả cao, ít có giá trị chẩn đoán.

### 4.2. Chẩn đoán thể bệnh:

\* **Ly amip thể cấp.**

\* **Ly amip thể mạn.**

\* **Thể có đại tràng to do nhiễm độc (Toxic megacolon):** 0,5% các trường hợp cấp, do điều trị corticoides không thích hợp, được chẩn đoán bằng nội soi, giải phẫu bệnh, thường phải cắt đại tràng.

\* **Thể có bướu amip:** Lâm sàng giống ung thư đại tràng, thường ở manh tràng và đại tràng sigma, được chẩn đoán bằng nội soi, giải phẫu bệnh, đáp ứng tốt với thuốc diệt amip trong mô.

### 4.3. Chẩn đoán phân biệt:

#### 4.3.1. Ly trực trùng:

	<b>Ly trực trùng</b>	<b>Ly amip</b>
Ủ bệnh	Ngắn (48-72giờ)	Dài (20-90 ngày)
Khởi bệnh	Nhanh, đột ngột	Từ từ, âm thầm
Dịch tế	Rầm rộ, lan nhanh	Lẻ tẻ, lan chậm
Tổng trạng	Kém	Ít thay đổi
<b>Sốt</b>	Sốt cao	Thường không sốt
Mót rặn	Ít hơn, tiêu nhiều phân hơn	Nhiều hơn, tiêu nhiều lần hơn
Diễn tiến	Cấp, < 1 tuần.	Kéo dài, tái phát.

GPB	Loét nông, viêm đỏ. Có thể lan đến đoạn cuối ruột non.	Ồ loét sâu, niêm mạc bình thường. Thường chỉ khu trú ở đại tràng
Xét nghiệm phân	pH axit. Cây tìm shigella.	pH kiềm, hồng cầu, bạch cầu, dưỡng bào ăn hồng cầu, tinh thể charco leyden.

**4.3.2. Ung thư đại tràng:** Phân biệt với amip dạng bướu dựa vào giải phẫu bệnh và huyết thanh chẩn đoán.

## 5. Biến chứng:

### 5.1. Biến chứng ngoài ruột:

- Áp xe gan: Đau hạ sườn phải, sốt, gan to đau, tổng trạng suy sụp, tăng bạch cầu, máu lắng tăng, tăng men gan, huyết thanh chẩn đoán dương tính. Cần phân biệt với apxe gan do vi trùng.

- Tràn mủ màng phổi, màng tim do apxe gan vỡ.

- Bệnh amip não: Rối loạn tri giác, có thể có dấu thần kinh định vị.

- Bệnh amip da, niệu dục.

### 5.2. Biến chứng tại ruột:

- Thủng ruột.

- Xuất huyết tiêu hóa.

- Lòng ruột.

- Viêm ruột thừa.

## 6. ĐIỀU TRỊ

### 6.1. Các thuốc:

#### 6.1.1. Thuốc diệt amíp trong lòng ruột:

+ Diloxanide furoate

+ Paromomycin: 30mg/kg chia 3 lần uống/ngày x 5-10 ngày.

+ Tetracycline, Furazolidone

+ Oxyquinolein:

Diiodohydroquinolein (Direxiode)

Diiodohydroxyquin (Iodoquinol): 650mg uống, ngày 3 lần, x 20 ngày

Chloroiodoquin (Enterovioform).

**6.1.2. Thuốc diệt amíp trong mô:**

- Chỉ ở vách ruột: Tetracycline, Erythromycin
- Chỉ ở gan: Chloroquine
- Ở mọi mô:

Metronidazole: 500 mg x 3 lần/ngày, uống hoặc truyền tĩnh mạch.

+ Secnidazole (Flagentyl), Tinidazole (Fasigyne 2g/ngày uống x 3 ngày)

.Tác dụng phụ: nôn, ù tai, phát ban.

.Thận trọng khi dùng cho phụ nữ có thai.

**6.2. Chỉ định điều trị:**

\* Thở bào nang + thể minuta trong phân:

+ Diloxanide furoate 500 mg x 3 lần/ngày x 10 ngày

Hoặc + Iodoquinol 650 mg x 3 lần/ngày x 20 ngày

Hoặc + Paromomycin 8-12 mg/kg x 3 lần/ngày x 7 ngày

\* Thở dưỡng bào trong phân:

+ Thở nhẹ, trung bình: một trong các thuốc:

Metronidazole 2 g/ngày x 10 ngày phối hợp Iodoquinol liều như trên.

Diloxanide furoat liều như trên.

Tetracycline 2 g/ngày x 5 ngày

+ Thở nặng: điều trị như thể nhẹ, trung bình, thêm: một trong các thuốc:

Dehydroemetine 1 mg/kg/ngày x 10 ngày

Emetine 1 mg/kg/ngày x 10 ngày.

**6.3. Điều trị biến chứng:**

\* Áp xe gan: thuốc diệt amíp ở mô và ngoại khoa.

\* Tràn mủ màng phổi, màng tim: Thuốc diệt amíp và dẫn lưu .

\* Các bệnh amíp khác: thuốc diệt amíp ở mô.

\* Thủng ruột, lồng ruột, viêm ruột thừa: điều trị ngoại khoa.

\* Xuất huyết tiêu hóa: thuốc diệt amíp ở ruột và băng niêm mạc ống tiêu hóa.

**7. PHÒNG NGỪA****7.1. Tác động trên nguồn lây:**

Kiểm tra, phát hiện, điều trị, giám sát người mang bào nang, đặc biệt những người làm nghề liên quan đến chế biến thực phẩm, phục vụ ăn uống cho tập thể, người trở về từ vùng dịch.

**7.2. Tác động trên đường lây:**

+ Nâng cao đời sống, cải thiện tình hình kinh tế xã hội.

+ Vệ sinh ngoại cảnh, không xả rác bừa bãi, diệt ruồi, gián.

+ Xử lý phân chất thải.

+ Vệ sinh ăn uống, vệ sinh thực phẩm.

**7.3. Tác động trên cơ thể cảm thụ:**

- + Nâng cao ý thức vệ sinh phòng bệnh cho người dân.
- + Thay đổi các thói quen cá nhân không hợp vệ sinh; chú trọng vệ sinh ăn uống.
- + Vắc xin gây miễn dịch tế bào, miễn dịch dịch thể, đáp ứng IgA tiết ức chế kết dính: đang nghiên cứu.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. **DART JKG et al:** Acanthamoeba keratitis: Diagnosis and treatment update 2009. Am J Ophthalmol 148:478, 2009
2. **FOTEDAR R et al:** Laboratory diagnostic techniques for Entamoeba species. Clin Microbiol Rev 20:511, 2007
3. **Ravdin J.I** – Entamoeba histolyticam – In: Mandell G.L, Bennett J.E., Dolin R (Eds) – Mandell, Douglas, and Bennett’s Principles and Practice of Infectious Diseases – Churchill Livingstone – 5<sup>th</sup> Edition; 2000: 2798 – 2810.
4. **Pilly E.** – Maladies Infectieuses et Tropicales – APPIT – 17<sup>e</sup> Edition 2000: 422-444.
5. **Nguyễn Hữu Chí** - Các bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa thường gặp – Nhà xuất bản thành phố Hồ Chí Minh 2001: 293 – 326.