

ÁP-XE PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Áp-xe phổi là hiện tượng viêm và nung mủ trong nhu mô phổi tạo thành một hay nhiều hang chứa mủ. Áp-xe phổi có thể gặp ở mọi lứa tuổi, hiếm thấy ở sơ sinh, thường gặp ở nam hơn nữ. Áp-xe phổi hình thành thường nhất là sau viêm phổi do *Staphylococcus aureus* và *Klebsiella pneumoniae* không đáp ứng điều trị hoặc do vi khuẩn yếm khí sau dị vật phế quản bỏ quên hay sau viêm phổi hít.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi:

- Sốt? (thường > 40°C). Mệt mỏi? Sụt cân? Đau ngực?
- Ho: thời gian, tính chất đàm khạc ra: màu, hôi?
- Ợc mủ? Ho ra máu? Hơi thở hôi?
- Tiền sử: hội chứng xâm nhập.

b. Khám lâm sàng:

- Tìm vết mặt nhiễm trùng, thở nhanh, co kéo ngực, giảm cử động lồng ngực.
- Khám phổi tìm hội chứng đông đặc ở giai đoạn đầu, về sau hội chứng ba giảm.
- Tìm thêm các dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng tụ cầu: nốt da, viêm cơ, viêm cốt tủy xương.

c. Đề nghị xét nghiệm:

- Công thức máu: Bạch cầu tăng, có thể có thiếu máu nhẹ. VS bình thường hoặc tăng nhẹ.
- X-quang ngực: kích thước ổ abscess thường từ 2 – 20 cm, vách dày 5 – 15 mm.
- Siêu âm ngực.
- Cấy máu.
- Chọc hút mủ ổ áp xe qua da: nhuộm Gram và cấy mủ, nên gửi cả 2 môi trường hiếu khí và kỵ khí khi nghi ngờ tác nhân yếm khí.

2. Chẩn đoán xác định: khi có

Hội chứng nhiễm trùng,

Và Biểu hiện tại phổi: thở hôi, ợc mủ, khám thấy hội chứng đông đặc hay hội chứng 3 giảm,

Và X quang phổi: khối tròn bờ dày rõ, có hoặc không có mức khí dịch nằm ngang

Hoặc Siêu âm ngực: thấy ổ áp xe trong phổi.

3. Chẩn đoán có thể:

Hội chứng nhiễm trùng + Biểu hiện tại phổi: thở hôi, ợc mủ, khám thấy hội chứng đông đặc hay hội chứng ba giảm + X quang hoặc Siêu âm ngực: chưa thực hiện được hoặc hình ảnh không điển hình của ổ áp xe.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- U lao hay hang lao: thường kèm hạch rốn phổi và xẹp phổi, có thể tìm được BK trong mủ, trên siêu âm có những ổ mủ vô hóa.
- Tràn dịch màng phổi khu trú: có thể phân biệt dựa vào X-quang và siêu âm xác định vị trí ổ mủ ở màng phổi hay nhu mô phổi.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh.
- Dẫn lưu mủ.

2. Kháng sinh: Được phối hợp liều cao, thời gian điều trị 4-6 tuần.

- Kháng sinh ban đầu:

- Nếu mủ thối, nghi ngờ vi trùng yếm khí: Penicilline G TM + Metrodinazole TTM. Nếu dị ứng Peni G thì dùng Clindamycin.

- Nếu nghi ngờ tụ cầu (đa áp xe phổi, bệnh cảnh nhiễm trùng huyết tụ cầu): Oxacilline TM + Gentamycin TB (Gentamycin không dùng quá 5 - 7 ngày).

Điều chỉnh kháng sinh sau đó theo kháng sinh đồ

- Đánh giá sau 1 tuần:

- Diễn tiến tốt: sốt giảm, ọc mủ giảm, X-quang cải thiện → tiếp tục kháng sinh cho đủ 4 tuần:

+ PNC G + Metronidazole TM x 2 tuần, sau đó Clindamycin (U) hoặc Flagyl (U) x 2 tuần.

+ Đối với tụ cầu: Oxacilline TM x 2 tuần, Genta x 5 ngày, sau đó Oxacilline (U) x 2 tuần.

- Diễn tiến không tốt: sốt kéo dài, ọc mủ kéo dài, ổ mủ còn tồn tại trên Xquang ngực → thay đổi kháng sinh theo kết quả KS đồ cấy mủ, cấy máu. Nếu cấy mủ hoặc máu âm tính:

+ Đổi sang Cefotaxim/ Ceftriaxone + Metrodinazole.

+ Nếu nghi tụ cầu: đổi sang Vancomycin.

3. Dẫn lưu mủ:

3.1. Dẫn lưu tư thế và vật lý trị liệu:

- Chỉ định trong áp xe phổi giai đoạn tạo hang, ọc mủ.
- Chống chỉ định trong: suy hô hấp, suy tim, ho ra máu, áp xe chưa khu trú, bệnh nhân hôn mê.

3.2. Chọc thoát mủ ổ áp xe qua da:

- Chỉ định: Khi áp-xe phổi khu trú, cách thành ngực \leq 1cm, đường kính $>$ 4cm.
- Thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.
- Tai biến: tràn mủ, tràn máu, tràn khí màng phổi, ho ra máu.

3.3. Nội soi phế quản:

- Chỉ định khi bệnh sử nghi ngờ có dị vật.
- Qua nội soi có thể hút bớt mủ, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.

4. Điều trị ngoại khoa: chỉ định khi ho ra máu tái phát, dò phế quản màng phổi, ổ áp-xe phổi kéo dài, áp-xe phổi tái phát trên nền kén phổi.

IV- DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG:

Đa số áp-xe phổi hết sốt sau 6-8 ngày, theo dõi Xquang mỗi 2 tuần, mức khí dịch biến mất dần, để lại bờ tròn và mất hẳn sau vài tháng.

Những yếu tố tiên lượng xấu:

- Ổ áp-xe quá lớn, đường kính > 6cm.
- Triệu chứng kéo dài trước nhập viện > 6 tuần.
- Viêm phổi hoại tử với nhiều ổ áp-xe.
- Bệnh nhân suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch.
- Áp-xe kèm bất thường phế quản (tắc nghẽn, u, ...)

V- TÁI KHÁM:

Thường kèm Xquang phổi kiểm tra. Tái khám 2 tuần sau xuất viện trong tháng đầu. Sau đó tái khám mỗi tháng trong 3 tháng.