



# Bệnh phổi do amip nguyên phát giả u trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch: Nhân một trường hợp lâm sàng

Người dịch: BS **TRƯƠNG THỊ NHƯ HẢO**. Email: 22310711560@student.ctump.edu.vn,  
TS.BS. **CAO THỊ MỸ THÚY**. Email: bscaothimythuy@gmail.com,  
Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

**Dịch từ:** *Andika Chandra Putra et al. Primary pulmonary amoebiasis mimicking lung tumour in immunocompromised patient: A case report. Respirology Case Reports. 2023;11:e01199*

## Tóm tắt:

Ly. amip (amoebiasis), là bệnh do sinh vật đơn bào phổ biến nhất, gây ra bởi *Entamoeba histolytica*. Bệnh phổi do amip, là nhiễm trùng ngoài ruột thường gặp đứng thứ hai, chỉ sau áp xe gan do amip. Trong bài viết này, chúng tôi giới thiệu trường hợp lâm sàng, bệnh nhân nam 40 tuổi cơ địa suy giảm miễn dịch. Bệnh nhân than phiền về triệu chứng ho kéo dài 1 tháng kèm với khó thở và sốt. X-quang ngực cho thấy hình ảnh đông đặc cạnh bờ tim trái, gợi ý viêm phổi hoặc khối u. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang cho hình ảnh khối u giả áp xe. Sinh thiết phổi xuyên thành ngực (TTB: Transthoracic Trucut lung Biopsy) dưới hướng dẫn của CT scan và kết quả mô bệnh học tìm thấy thể tư dưỡng của *E. histolytica*. Bệnh nhân này được chẩn đoán xác định là bệnh phổi do amip. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh bao gồm các biểu hiện lâm sàng, X-quang ngực và soi tìm đơn bào dưới kính hiển vi. Lâm sàng cải thiện sau 10 ngày điều trị kháng sinh. Bệnh phổi do amip có thể điều trị khỏi bằng nội khoa và dẫn lưu khi cần. Chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời là tối quan trọng nhằm làm giảm gánh nặng bệnh tật và tử vong.

## 1. Giới thiệu

Ly. amip, là bệnh do sinh vật đơn bào phổ biến nhất<sup>1</sup>, gây ra bởi *Entamoeba histolytica*. Bệnh ảnh hưởng đến khoảng 12% dân số thế giới, trong đó, có đến 50% trường hợp đến từ các vùng nhiệt đới như Mexico, Bangladesh, Ấn Độ và Indonesia<sup>2</sup>. Các yếu tố nguy cơ chính gồm có điều kiện kinh tế xã hội thấp, suy dinh dưỡng, nghiện rượu, vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường kém. Nguy cơ áp xe gan do amip tăng lên ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, chẳng hạn như người nhiễm HIV<sup>3</sup>. Bệnh phổi - màng phổi

do amip chiếm khoảng 2-3%, và hay gặp ở vị trí thùy dưới và thùy giữa phổi phải, thường là biến chứng của áp xe gan do amip vỡ vào khoang màng phổi.<sup>2,4</sup>

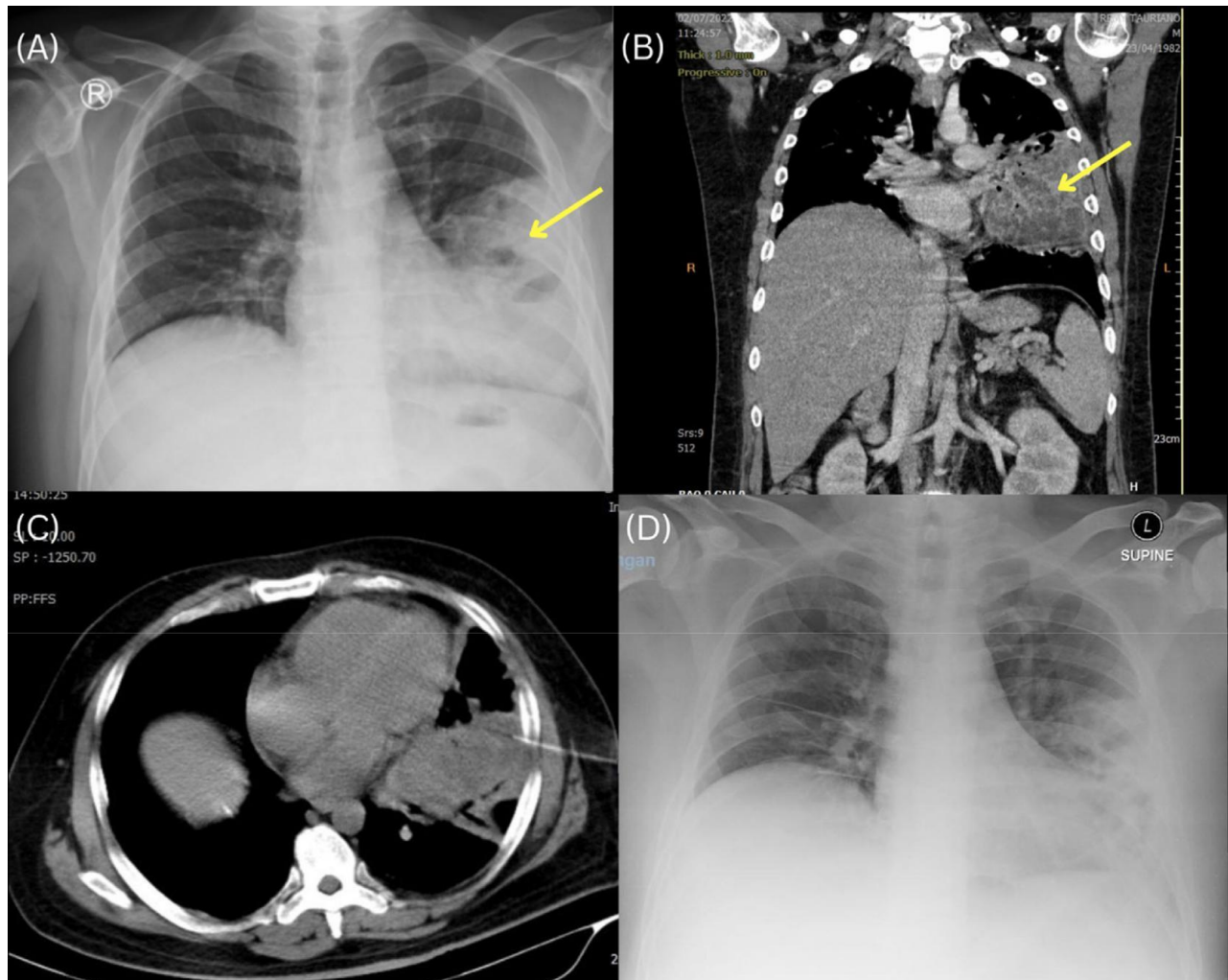
## 2. Tình huống lâm sàng

Bệnh nhân nam 40 tuổi đến phòng khám đa khoa với triệu chứng chính là khó thở khoảng 1 tháng nay, ho có đờm và sốt dao động trong tuần qua. Bệnh nhân có tiền sử nhiễm HIV từ năm 2004, điều trị liên tục ARV cho đến năm 2019 bệnh nhân bỏ trị và không theo dõi do đại dịch COVID-19.

Kết quả CD<sub>4</sub> trong thời gian điều trị ARV là 190.

Khám lâm sàng: bệnh nhân tỉnh táo (GCS 15). Huyết áp 133/80 mmHg, nhịp tim 105 lần/phút, nhiệt độ 37,4°C, nhịp thở 27

lần/phút và SpO<sub>2</sub> 97% (oxy 3 lít/phút). Khám hô hấp: lồng ngực cân đối, nghe phổi có giảm thông khí phế nang, đặc biệt là phía dưới trái; ran ẩm hai đáy phổi; ran ngáy hai bên và gõ đục đáy phổi trái.

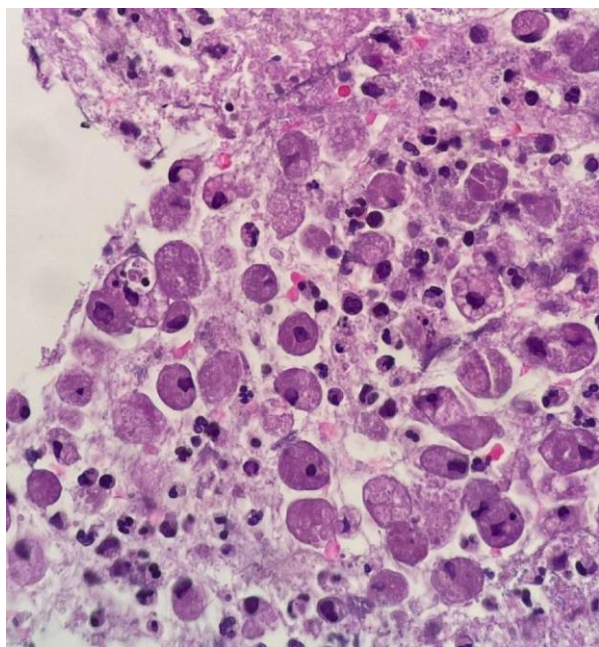


**Hình 1.** (A) X-quang ngực ban đầu cho thấy hình ảnh đồng đặc cạnh bờ tim trái, gợi ý viêm phổi hoặc khối u (mũi tên). (B) Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang, mặt cắt coronal (mặt phẳng trán), hình ảnh đồng đặc cạnh tim trái với các vùng chứa khí, gợi ý áp xe phổi hay khối u (mũi tên). (C) Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT. (D) Chụp X-quang ngực sau 1 tháng cho thấy đám đồng đặc cải thiện.

Kết quả xét nghiệm: hemoglobin 9,1 g/dL, hồng cầu 2,94, hematocrit 26,4, bạch cầu 11,17 10<sup>3</sup>, tiểu cầu 277 10<sup>3</sup>, basophil 0,2, eosinophil 0,1, bạch cầu trung tính 69,4%, lympho bào 17,8, bạch cầu đơn nhân 12,5,

MCV 92, MCH 30 và MCHC 32,6. Khí máu động mạch ghi nhận kiềm hô hấp với pH 7,47, pCO<sub>2</sub> 29,4, pO<sub>2</sub> 90 và HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 21,4.

X-quang ngực ban đầu cho hình ảnh đông đặc cạnh bờ tim trái, gợi ý viêm phổi hay một khối u (Hình 1A). Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có cản quang cho hình ảnh đám mờ với mức khí-dịch, nghĩ đến áp xe phổi kèm đông đặc nhu mô của thùy trên phía trước trong phổi trái, gợi ý khối u tân sinh (Hình 1B). Dựa trên hình ảnh khối áp xe, tiến hành sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT scan bằng kỹ thuật đánh giá nhanh tại chỗ (ROSE: Rapid OnSite Examination) (Hình 1C). Kết quả mô bệnh học tìm thấy thể tư dưỡng của Amoeba (Hình 2). Dựa vào kết quả mô bệnh học, chẩn đoán phù hợp là bệnh phổi do amip (T).



**Hình 2.** Sinh thiết xuyên thành ngực tìm thấy các thể tư dưỡng của *E. Histolytica*, bạch cầu đa nhân trung tính (PMNs: Polymorphonuclear neutrophils), tế bào lympho và mô liên kết. Kết quả mô bệnh học phù hợp với chẩn đoán bệnh phổi do amip.

Sau khi chẩn đoán xác định, bệnh nhân được điều trị với metronidazole 500 mg x 3 lần/ngày phối hợp với ceftazidime 1 g x 3 lần/ngày đường tĩnh mạch trong 10 ngày. Corticosteroid đường tiêm tĩnh mạch cũng được sử dụng, thời gian 12 ngày. Các loại thuốc khác như: paracetamol, codein và các thuốc đường xông hít được sử dụng để giảm sốt và ho. Mức độ nặng của các triệu chứng dần được cải thiện, bệnh nhân giảm sốt, giảm ho và khó thở. Qua theo dõi, các dấu hiệu sinh tồn được ghi nhận: huyết áp 115/62 mmHg, mạch 85 lần/phút, nhiệt độ 36,7°C, nhịp thở 20 lần/phút và SpO<sub>2</sub> 98% khí phòng. X-quang ngực kiểm tra sau 1 tháng cho thấy đám đông đặc phổi cạnh rốn phổi và bờ tim trái có xu hướng giảm (Hình 1D).

### 3. Bàn luận

Nhiều tác nhân gây bệnh, trong đó nhiễm trùng đơn bào được xác định là nhiễm trùng cơ hội tiềm ẩn ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch.<sup>3</sup>

Có nhiều cơ chế thuận lợi cho bệnh phổi amip, đầu tiên là do áp xe gan vỡ trực tiếp qua cơ hoành. Thứ hai, là thứ phát từ nhiễm trùng tại ruột theo đường máu hay đường bạch huyết đến khoang ngực<sup>1</sup>. Việc hít phải bụi có chứa bào nang *E. histolytica* là một lời giải thích khác<sup>4</sup>. Một giả thuyết khác là thể tư dưỡng của *E. Histolytica* đi vào tuần hoàn phổi qua các nhánh của tĩnh mạch trực tràng giữa và dưới hoặc tĩnh mạch đốt sống đi vào tĩnh mạch chủ dưới đến tuần hoàn phổi<sup>5</sup>.

Bạch cầu máu tăng và thiếu máu đẳng sắc đẳng bào thường gặp trong bệnh phổi do amip<sup>2</sup>. Điểm này phù hợp với kết quả cận





lâm sàng trường hợp bệnh nhân nêu trên. X-quang ngực là phương tiện tiếp cận ban đầu<sup>4</sup>, nghi ngờ bệnh phổi do amip khi có hình ảnh áp xe phổi. X-quang ngực của bệnh nhân này phù hợp với kết quả chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, với hình ảnh đồng đặc, gợi ý áp xe phổi hoặc khối u. Tiến hành sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT scan bằng kỹ thuật ROSE và kết quả mô bệnh học tìm thấy thể tư dưỡng của *E. Histolytica*.

Điều trị bệnh phổi do amip gồm có: kháng sinh, dẫn lưu khối áp xe, vật lý trị liệu và phẫu thuật đối với các trường hợp nhiễm trùng nặng. Điều trị tiêu chuẩn bao gồm metronidazole tĩnh mạch (750 mg, 3 lần/ngày) trong 10 ngày và theo dõi đáp ứng lâm sàng và đánh giá X-quang ngực<sup>1,2,5</sup>. Mặt khác, dẫn lưu là cần thiết trong trường hợp tràn dịch màng phổi lượng nhiều (>300 mL) hoặc tràn dịch màng ngoài tim. Vật lý trị liệu hô hấp giúp loại bỏ và ngăn ngừa ứ đọng dịch tiết đường thở.

Phẫu thuật mở ngực hoặc cắt thùy phổi được chỉ định trong trường hợp khối áp xe lớn (trên 5-10 cm), tác nhân kháng thuốc, biến chứng xuất huyết hoặc bệnh tái phát. Với ca lâm sàng nêu trên, thể tích khối áp xe được đánh giá là nhỏ, các triệu chứng lâm sàng và X-quang ngực cải thiện qua điều trị nội khoa. Vì thế, không cần đến các phương pháp điều trị ngoại khoa.

Tóm lại, nhân trường hợp lâm sàng này giúp tìm hiểu về bệnh phổi do amip nguyên phát, đây là một tình trạng khá hiếm gặp. Hình ảnh học cho thấy đám đông đặc giống như khối u, mặc dù phân tích mô bệnh học tìm thấy thể tư dưỡng hay bào nang của *E.*

*histolytica*. Bệnh phổi do amip có thể điều trị khỏi bằng kháng sinh và dẫn lưu nếu cần thiết. Cách tiếp cận đa chuyên khoa cùng với việc quản lý điều trị thích hợp là cần thiết nhằm làm giảm gánh nặng bệnh tật và tử vong.

---

### Tài liệu tham khảo

1. Pakrasi R, Mondal A, Kanungo C\$A, Chakraborty M. Ruptured amoebic liver abscess into the left lung-a case report [Internet]. Asian J Case Rep Surg. 2022;5(1):25-31. <https://www.sdiarticle5.com/review-history/82048>
2. Dewi K, Suci Y, Dewi I, Iswanto I. Pulmonary amebiasis complicated with massive left empyema and respiratory failure: a case report. Sanamed [Internet]. 2020;15(1):45-9. <https://scindeks.ceon.rs/Article.aspx?artid=1452-662X2001045D>
3. Zakaria A, Al-Share B, Al AK. Primary pulmonary amebiasis complicated with multicystic empyema. Case Rep Pulmonol. 2016;2016:1-4.
4. Aissa A, Hachicha M, Daadoucha A, Ben OI, Aissa S, Barhoumi H, et al. Pleuropulmonary amoebiasis: know to think about. J Pulm Respir Med [Internet]. 2017;7(3):409. <https://www.omicsonline.org/open-access/pleuropulmonary-amoebiasis-know-to-think-about-2161-105X-1000409.php?aid=90005>
5. Samuel A, Binoy U, Ali A, Mohan N, Madhu K, Nair R, et al. Primary pulmonary amoebiasis. Pulmon the journal of respiratory sciences [Internet]. 2015;17:122-4. [Accessed October 20, 2022]. <https://apccm.in/wp-content/uploads/2017/02/PULMON-SEP-DEC-15.pdf>