

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM SÁN LÁ GAN LỚN

Đào Trịnh Khánh Ly, Trần Văn Huy
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Bệnh sán lá gan lớn (bệnh SLGL) ở người do loài sán lá gan lớn *Fasciola hepatica* và *Fasciola gigantica* gây nên, tiếp tục phát triển và gia tăng, ảnh hưởng không nhỏ đến sức khỏe và sức lao động của nhân dân ở vùng bệnh lưu hành, đặc biệt miền Trung – Tây Nguyên. Mục tiêu của chúng tôi là mô tả một số đặc điểm lâm sàng, sinh học và hình ảnh tổn thương gan trên siêu âm ở bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** từ 12/2010 - 6/2012, với nghiên cứu mô tả 147 bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn tại phòng khám viện Sốt rét- Ký sinh trùng- Côn trùng Quy Nhơn. **Kết quả:** triệu chứng lâm sàng chủ yếu: đau bụng chiếm 100% (trong đó đau thượng vị 84,4%), rối loạn tiêu hóa chiếm 92,5%; 100% bệnh nhân (+) với kháng thể kháng sán lá gan lớn và tổn thương gan trên siêu âm với kích thước ổ tổn thương lớn > 30mm chiếm 95,2%. Bệnh nhân có bạch cầu ái toan cao chiếm 63,9%. Riêng xét nghiệm phân tìm trứng sán lá gan lớn chỉ gặp 4 trường hợp. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sán lá gan lớn ở người rất đa dạng và có nhiều thay đổi đáng kể thay đổi so với y văn.

Abstract

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS INFECTED WITH FASCIOLIASIS

Dao Trinh Khanh Ly, Tran Van Huy
Hue University of Medicine and Pharmacy

Background and aim: Fascioliasis, which is caused by the large liver fluke species *Fasciola hepatica* and *Fasciola gigantica*, is arising and increasing and impacts on the health of people in endemic, specially in Central and Highland regions of Viet Nam. This study is aimed at assessing the clinical, biological and ultrasound characteristics of human fascioliasis. **Patients and methods:** Between 12/2010 and 6/2012, study was carried out on 147 patients infected with fascioliasis at the clinic of IMPE Quy Nhơn. The clinical, biological and ultrasound characteristics were described. **Results:** the main clinical manifestations include: abdominal pain accounted for 100% (including epigastric pain 84.4%), gastrointestinal disorders accounted for 92.5%, 100% of patients have positive reaction with *Fasciola spp.* antibody and 100% patients have hepatic lesion on ultrasound with size >30mm accounted on 95.2%. Patients with high eosinophil accounted for 63.9%. Fecal examination to find *Fasciola spp.* eggs only seen four cases. **Conclusion:** the clinical and paraclinical of human fascioliasis has remarkably changed compared with the medical literature.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan lớn ở người (Fascioliasis) là bệnh ký sinh trùng, lây truyền qua thực phẩm, do loài sán lá gan lớn *Fasciola hepatica* và *Fasciola gigantica* gây nên. Bệnh được Pallas phát hiện lần đầu tiên năm 1760 cho đến những năm đầu thập

niên 80 vẫn được xem là một bệnh hiếm gặp. Hiện nay, bệnh đã được ghi nhận ở 70 quốc gia khác nhau và ước tính khoảng 91,1 triệu người có nguy cơ nhiễm bệnh này, có nơi tỷ lệ nhiễm rất cao[7], [9],[11],[15].

Tại Việt Nam, nhiều năm trước, bệnh phát

hiện với một vài trường hợp rải rác. Từ năm 1991, ca bệnh đầu tiên phát hiện tại thành phố Hồ Chí Minh, bệnh nhân là người Bình Định [2]. Cho đến nay, bệnh được phát hiện rải rác cả 3 miền Bắc, Trung, Nam, đặc biệt khu vực miền Trung - Tây Nguyên. Từ năm 2005-2009 tại các cơ sở điều trị tại khu vực miền Trung - Tây Nguyên đã phát hiện và điều trị gần 15.000 ca nhiễm sán lá gan lớn [5]. Bệnh gan do nhiễm sán lá gan lớn biểu hiện triệu chứng rất giống với nhiều bệnh lý tiêu hóa - gan mật nên dễ chẩn đoán nhầm và điều trị muộn có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Do vậy những nghiên cứu về phát hiện và điều trị sớm bệnh này ở Việt Nam là rất cần thiết. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn*

2. *Khảo sát một số đặc điểm sinh học và hình ảnh tổn thương gan trên siêu âm của bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân đến khám bệnh tại phòng khám viện Sốt rét – KST – CT Quy Nhơn từ tháng 12/2010 đến tháng 6/2012 .

- Các bệnh nhân được chọn lọc sơ bộ về lâm sàng, siêu âm, sau đó lấy máu làm xét nghiệm ELISA với kháng nguyên *Fasciola gigantica*. Đồng thời làm các xét nghiệm về sinh hóa, huyết học và xét nghiệm phân tìm trứng sán lá gan lớn.

-Tiêu chuẩn chọn bệnh: đạt 2 trong 3 tiêu chuẩn: có trứng sán lá gan lớn trong phân hoặc ELISA (+) từ 1/3200 trở lên hoặc siêu âm gan có tổn thương gan dạng sán lá gan lớn:

-Tiêu chuẩn loại trừ: không đạt các tiêu chuẩn trên hoặc bị bệnh cấp, mạn tính hoặc suy gan, thận, tâm thần.

2.2. Cỡ mẫu: Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 pq}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu hợp lý

Z = 1,96 ứng với $\alpha = 0,05$. Mức tin cậy mong muốn 95%.

p = 90% là tỉ lệ lành bệnh theo các nghiên cứu trước.

d = 0,05 khoảng sai lệch giữa quần thể mẫu và quần thể tổng quát.

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,1 \times 0,9}{(0,05)^2} = 140$$

Số bệnh nhân của nghiên cứu là 147.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

➤ Lâm sàng :

- Tìm hiểu dữ liệu chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ.

- Tiền sử bản thân và gia đình: về bệnh gan và bệnh sán lá gan lớn.

- Về dịch tễ: sống trong vùng bệnh lưu hành, có thói quen ăn sống rau mọc dưới nước không? Có nuôi và sử dụng phân tươi trâu, bò để bón cây.

- Thăm khám lâm sàng: phát hiện các triệu chứng lâm sàng :

+ Đau bụng khu trú ở hạ sườn phải, đau vùng thượng vị: đau âm ỉ hoặc đau từng cơn. Gan to, mềm.

+ Sốt, vàng da, gầy sút, mệt mỏi, chán ăn.

+ Nổi mẩn ngứa ở da.

+ Rối loạn tiêu hóa: ậm ạch khó tiêu, đi ngoài phân lỏng, lúc táo lúc lỏng, phân nát không thành khuôn, phân sống...

+ Buồn nôn và nôn.

➤ Cận lâm sàng:

- Huyết thanh phát hiện kháng thể kháng *Fasciola gigantica*: dương tính.

- Hình ảnh tổn thương sán lá gan lớn trên siêu âm

- Xét nghiệm phân: tìm trứng sán lá gan lớn

- Các xét nghiệm : công thức máu

2.4. Xử lý số liệu : bằng phương pháp thống kê y học, phần mềm MedCal 10.2.0 .

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Lý do vào viện:

Bảng 1. Lý do vào viện

Lý do	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	140	95,2
Sốt	69	46,9
Rối loạn tiêu hóa	70	47,6
Ngứa, nổi mẩn	45	30,6
Buồn nôn và nôn	35	23,8
Sụt cân	30	20,4

Nhận xét: lý do vào viện chủ yếu ở bệnh nhân SLGL là đau bụng chiếm 95,2%, rối loạn tiêu hóa chiếm 47,6%, sốt chiếm 46,9%, ngứa nổi mẩn chiếm 30,6%, buồn nôn và nôn chiếm 23,8%, thấp nhất là sụt cân chiếm 20,4%.

3.1.2. Các triệu chứng lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng trước khi điều trị

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau hạ sườn phải	75	51
Đau thượng vị	124	84,4
Rối loạn tiêu hóa	136	92,5
Ngứa, nổi mẩn	79	52,7
Sốt	69	46,9
Sụt cân	97	66
Buồn nôn và nôn	39	26,5

Nhận xét: triệu chứng đau bụng gặp 100% bệnh nhân, rối loạn tiêu hóa chiếm 92,5%, sụt cân 66%, sốt 46,9%, ngứa nổi mẩn 52,7%, buồn nôn và nôn 26,5% (triệu chứng đặc hiệu của bệnh là gì)

Dấu chứng vàng da là một triệu chứng của nhiễm SLGL mạn tính không thấy mô tả

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm tìm kháng thể kháng SLGL và tìm trướng sản lá gan lớn

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm kháng thể và phân

	Hiệu giá kháng thể SLGL (ELISA)			Trứng SLGL
	1/3200	1/6400	1/12800	
Số lượng	120	27	0	4
Tỷ lệ %	81,6	18,4	0	2,7

Nhận xét: 100% bệnh nhân (+) với kháng nguyên sản lá gan lớn nhưng chỉ có 4 bệnh nhân có trứng sản lá gan lớn trong phân chiếm 2,7%.

3.2.2. Kích thước ổ tổn thương gan trên siêu âm:

Bảng 4. Kết quả kích thước ổ tổn thương gan trên siêu âm

	Kích thước tổn thương gan trên siêu âm				Tổng
	<30mm	30-50mm	51-70mm	>70mm	
Số lượng	7	63	55	22	147
Tỷ lệ (%)	4,7	42,9	37,4	15	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân có tổn thương gan trên siêu âm với kích thước ổ tổn thương khác nhau trong đó kích thước 30-50 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%, kích thước 51-70mm chiếm 37,4%, kích thước >70mm chiếm 15% và thấp nhất là kích thước <30mm chiếm 4,7%.

3.2.3. Đặc điểm hồi âm của tổn thương gan trên siêu âm

Bảng 5. Đặc điểm hồi âm của tổn thương gan trên siêu âm

	Đặc điểm hồi âm tổn thương gan trên siêu âm				Tổng
	Tăng âm	Giảm âm	Hỗn hợp âm		
			Đơn thuần	Có trống âm	
Số lượng	22	20	30	69	147
Tỷ lệ (%)	15,0	13,6	24,5	46,9	100

Nhận xét: Đặc điểm hồi âm điển hình của tổn thương gan do sản lá gan lớn chiếm cao nhất

71,4% (trong đó hỗn hợp âm đơn thuần chiếm 24,5% và hỗn hợp âm có trống âm (microabsces) chiếm 46,9%) khối tăng âm chiếm 15,0% và thấp nhất là khối giảm âm chiếm 13,6%.

3.2.4. Phân bố vị trí tổn thương gan trên siêu âm

Bảng 6. Vị trí ổ tổn thương gan trên siêu âm

	HPT I	HPT II	HPT III	HPT IV	HPT V	HPT VI	HPT VII	HPT VIII
Số lượng	1	15	12	26	51	17	59	5
Tỷ lệ (%)	0,7	10,2	8,2	17,7	34,7	11,5	40,1	3,4

Nhận xét: Vị trí tổn thương gan trên siêu âm của bệnh nhân sản lá gan lớn rất đa dạng ở tất cả các hạ phân thùy của gan, hay gặp nhất là hạ phân thùy VII chiếm 40,1%, hạ phân thùy V chiếm 34,7% và thấp nhất là hạ phân thùy I chiếm 0,7%.

3.2.5. Tỷ lệ bạch cầu ái toan ở máu ngoại vi trước điều trị

Bảng 7. Kết quả xét nghiệm tỷ lệ bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi

	Bạch cầu ái toan					
	<8%	8- <20%	20 - <40%	40- <60%	60-80%	>80%
Số lượng	53	41	47	5	1	0
Tỷ lệ (%)	36,1	27,9	32,0	3,4	0,7	0

Nhận xét: Bảng trên cho thấy số bệnh nhân có tăng tỷ lệ bạch cầu ái toan, nhóm 20-40% cao nhất chiếm 32%.

Phần phương pháp có nêu triệu chứng thiếu máu, nhưng không thấy trình bày ở đây mà chỉ có bạch cầu ái toan.

Các xét nghiệm cận lâm sàng khác được mô tả trong phần phương pháp nghiên cứu nhưng không thấy trình bày trong phần kết quả: SGOT, SGPT, ...

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Lý do vào viện

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại viện chủ yếu là đau bụng chung chung không biết đau vùng nào cụ thể chiếm 95,2%, số bệnh nhân đau bụng có kèm hoặc không kèm theo rối loạn tiêu hóa không có trong kết quả) cũng chiếm 47,6% và sốt chiếm 46,9% ; các lý do đi khám bệnh vào viện vì ngứa- nổi mẩn chiếm 30,6%; lý do buồn nôn và nôn chiếm 23,8%; thấp nhất là sụt cân chiếm 20,4%. Các lý do này có thể cùng hợp với nhau hoặc độc lập nhưng đều khiến bệnh nhân đi khám và nhập viện điều trị. Triệu chứng phát bệnh sản lá gan lớn đa dạng và dễ nhầm với các bệnh tiêu hóa khác, nên bệnh nhân cũng như các cơ sở y tế, chẩn đoán và điều trị nhầm, do đó mất nhiều thời

gian mà không khỏi bệnh. Vì vậy, bệnh nhân đến viện điều trị muộn. Điều này cũng phù hợp y văn.

4.1.2. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân sản lá gan lớn

Với những lý do vào viện như trên nhưng khi thăm khám bệnh nhân chúng tôi phát hiện chủ yếu các triệu chứng như sau:

- Triệu chứng đau bụng có ở 100% bệnh nhân nhưng chủ yếu gặp đau vùng thượng vị, chiếm 84,4%. Có nhiều trường hợp bệnh nhân đau bụng vùng thượng vị - mũi ức, đau lâm râm không thành cơn có khi đau bồng rát, khó chịu kèm theo buồn nôn và nôn, ăn uống kém, có khi ợ hơi, ợ chua: những trường hợp này dễ nhầm với đau dạ dày và rất nhiều bệnh nhân điều trị dạ dày trước khi đến khám và điều trị bệnh sản lá gan lớn.

- Đau hạ sườn phải chiếm 51%, bệnh nhân đau có cảm giác nặng ở vùng hạ sườn phải và có

xu hướng lan ra phía sau, đối với những trường hợp đau này bệnh nhân rất khó chịu. Đặc biệt là những trường hợp bệnh nhân đau bụng vùng thượng vị kèm theo đau bụng hạ sườn phải thì rất khó chịu nhiều trường hợp bệnh nhân đau thành cơn quặn bụng, có trường hợp đau như giun chui ống mật.

- Rối loạn tiêu hóa là triệu chứng thường gặp, chiếm 92,5%;

- Đau bụng và rối loạn tiêu hóa: là 2 triệu chứng phổ biến nhất lúc nhập viện và là triệu chứng lâm sàng chủ yếu trước điều trị. Đây là những biểu hiện của các bệnh lý đường mật, hậu quả của việc sán chiếm chỗ trong đường mật. Theo kết quả bảng 4 và 5, đau bụng là triệu chứng chủ yếu lúc nhập viện cũng như triệu chứng trước điều trị và sốt hiện diện ở 46,9% các trường hợp. Điều này phù hợp với sinh bệnh học của bệnh. Đây là giai đoạn sán đi xuyên qua khoang màng bụng và nhu mô gan, phá hủy nhu mô gan nên biểu hiện chủ yếu là đau bụng và sốt.

- Ngứa - nổi mẩn: triệu chứng này chiếm 52,7%. Bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn, do những chất tiết của sán gây ra ngứa dị ứng cho cơ thể, có trường hợp, bệnh nhân có triệu chứng ngứa - nổi mẩn trước các triệu chứng khác.

- Sốt là triệu chứng cũng thường gặp, chủ yếu là sốt nóng từ 38°C- 39,5°C chiếm 46,9%. Có nhiều trường hợp, bệnh nhân sốt không cao chỉ sốt nhẹ (38-38,5°C) nhưng kéo dài nhiều ngày.

- Sụt cân: là triệu chứng thường gặp, trong 147 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có 97/147 chiếm 66%. Thiết nghĩ, những triệu chứng về tiêu hóa làm bệnh nhân ăn uống kém đồng thời hạn chế sự hấp thu thức ăn, cũng như các triệu chứng khác đã làm cho bệnh nhân sụt cân khá rõ.

- Buồn nôn và nôn: là triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp nhất 26,5% nhưng lại là triệu chứng quan trọng vì nó cùng các triệu chứng khác làm bệnh cảnh lâm sàng tăng nặng thêm. Ở bệnh nhân sán lá gan lớn của nghiên cứu: chủ yếu lợm giọng buồn nôn là chính, những bệnh nhân có triệu chứng này rất mệt mỏi, khó chịu, ăn uống kém không muốn ăn và sụt cân rất nhanh, đặc biệt các trường hợp có nôn.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

4.2.1. Xét nghiệm tìm kháng thể kháng sán lá gan lớn trong huyết thanh bằng kỹ thuật ELISA

Ở bệnh nhân bị nhiễm sán lá gan lớn, kháng thể xuất hiện trong máu 2 tuần sau khi sán xâm nhập vào cơ thể. Thời điểm mà bệnh nhân nhập viện thường từ 15- 30 ngày. Ở giai đoạn này, kháng thể xuất hiện chủ yếu thuộc lớp IgG.

Việc phát hiện kháng thể lớp IgG kháng sán lá gan lớn trong huyết thanh bệnh nhân sẽ có giá trị trong chẩn đoán và từ đó bệnh nhân sẽ được điều trị sớm hơn.

Trong nghiên cứu này, 147 bệnh nhân đều có huyết thanh dương tính với các mức hiệu giá khác nhau nhưng hiệu giá kháng thể chủ yếu là 1/3200 chiếm 81,6%, mức 1/6400 chiếm 18,4%. Tuy nhiên, nghiên cứu này cho thấy không có trường hợp nào có hiệu giá kháng thể 1/12800. Đây là điểm khác biệt với các nghiên cứu khác. Thật vậy, có những bệnh nhân xét nghiệm ELISA âm tính nhưng biểu hiện lâm sàng rất điển hình và đặc biệt tổn thương gan trên siêu âm rất rõ, thiết nghĩ không thấy mối liên quan giữa mức độ bệnh và hiệu giá kháng thể [6].

Trong số 147 bệnh nhân có kháng thể dương tính thì cũng có 100% bệnh nhân có tổn thương ở gan. Điều này rất có ý nghĩa, việc thực hiện kỹ thuật xét nghiệm tìm kháng thể kháng sán lá gan lớn trong huyết thanh, bằng kỹ thuật ELISA để phát hiện sớm kháng thể trong huyết thanh bệnh nhân, giúp cho điều trị sớm tránh những tổn thương ở gan là điều cần thiết.

4.2.2. Xét nghiệm phân

Kết quả nghiên cứu này, với 147 bệnh nhân có 100% dương tính với kháng thể và 100% tổn thương gan dạng sán lá gan lớn trên siêu âm, nhưng chỉ có 4 bệnh nhân chiếm 2,7% có trứng sán lá gan lớn trong phân. Tuy nhiên, trong phương pháp xét nghiệm phân tìm trứng sán lá gan lớn, chúng tôi chỉ dùng phương pháp Kato chứ không có điều kiện làm phương pháp ly tâm lắng cặn. Thật vậy, việc chẩn đoán ký sinh trùng học bệnh sán lá gan lớn thường không đáng tin cậy, bởi trứng của ký sinh trùng không được tìm thấy trong phân trong suốt giai đoạn sớm nhiễm

bệnh. Ngay khi giun trưởng thành thì việc chẩn đoán khó khăn bởi trứng được bài tiết không liên tục. Việc chẩn đoán sớm sán lá gan lớn rất cần thiết cho việc điều trị hoàn toàn trước khi gan bị tổn thương. Chính vì lý do này, test chẩn đoán huyết thanh được xem là hữu ích trong việc phát hiện sớm bệnh sán lá gan lớn [8].

4.2.3. Siêu âm bụng

- Các áp xe gan do amip thường ở bên phải nhiều hơn bên trái. Áp xe gan do vi trùng thường ở bên trái. Nhưng tổn thương do sán lá gan lớn phân bố bất kể trái hay phải bởi vì đường xâm nhập của ấu trùng SLGL vào gan là xuyên qua bao gan chứ không phải theo đường mạch máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: vị trí tổn thương gan trên siêu âm của bệnh nhân sán lá gan lớn rất đa dạng ở tất cả các hạ phân thùy của gan, gặp nhiều nhất là hạ phân thùy VII chiếm 40,1%, hạ phân thùy V chiếm 34,7%, hạ phân thùy IV chiếm 17,7%, hạ phân thùy VI chiếm 11,5%, hạ phân thùy VIII chiếm 3,4%, thấp nhất là hạ phân thùy I chiếm 0,7%.

- Số ổ tổn thương gan của bệnh SLGL phụ thuộc vào mức độ nhiễm sán, thời gian nhiễm, sự đáp ứng của cơ thể. Có nhiều trường hợp trên cùng 1 bệnh nhân nhưng có 2 đến 4 ổ tổn thương. Trong số 147 bệnh nhân nhóm nghiên cứu có 100% tổn thương gan dạng sán lá gan lớn thì có 30 bệnh nhân chiếm 20,4% có 2 ổ tổn thương, 3 trường hợp có 3 ổ tổn thương và 1 trường hợp có 4 ổ tổn thương; cho thấy sự phá hủy gan của sán lá gan lớn rất nguy hiểm và trầm trọng, ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của bệnh nhân.

Tuy nhiên, việc đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh dựa vào số lượng chỉ mang tính tương đối bởi lẽ từ 2 khối tổn thương nhỏ tách biệt nếu không được điều trị sau một thời gian sẽ tạo thành một khối với kích thước lớn hơn nhiều.

- Kích thước ổ tổn thương ở gan tùy thuộc vào mức độ của bệnh, thời gian bị bệnh đến khi thăm khám và phụ thuộc vào phản ứng tự vệ của bản thân. Những tổn thương nhỏ hơn 20mm khó xác định chẩn đoán. Có khi kích thước lớn 90- 100mm. Số người tổn thương gan có kích thước 30-50mm rất cao. Trong nghiên cứu này, kích thước ổ tổn thương chủ yếu ở nhóm 30-50mm chiếm tỷ lệ

42,9%, nhóm 51-70mm chiếm 37,4%, nhóm >70mm chiếm 15%, thấp nhất là nhóm < 30mm chiếm 4,7 %. Đồng thời, trong nghiên cứu này có 2 trường hợp ổ tổn thương lớn >90mm.

Trong nghiên cứu này, đặc điểm hồi âm điển hình của tổn thương gan do sán lá gan lớn chiếm cao nhất 71,4% (trong đó hỗn hợp âm đơn thuần chiếm 24,5% và hỗn hợp âm có trống âm (microabsces) chiếm 46,9%) khối tăng âm chiếm 15,0% và thấp nhất là khối giảm âm chiếm 13,6%.

4.2.4. Tỷ lệ bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi

Theo Y văn, bạch cầu ái toan thường tăng trong các trường hợp nhiễm ký sinh trùng mạn tính. Ở người bình thường, bạch cầu ái toan chiếm tỷ lệ $\leq 8\%$ trong tổng số lượng bạch cầu ở máu ngoại vi.

Kết quả nghiên cứu này, số bệnh nhân có bạch cầu ái toan từ: 20-40% cao nhất chiếm 32%, nhóm 8-20% chiếm 27,9%. Vậy, số bệnh nhân có tăng BCAT chiếm 63,9%. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu ái toan ở mức bình thường ($\leq 8\%$) chiếm 36,1%, vì vậy tiêu chuẩn này cũng chỉ là tiêu chuẩn hỗ trợ cho chẩn đoán.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, theo dõi và điều trị 147 bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn tại Viện Sốt Rét KST-CT - Quy Nhơn, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng

- Đau bụng gồm đau hạ sườn phải và đau vùng thượng vị gặp ở 100% bệnh nhân. Rối loạn tiêu hóa gặp ở 92,5%, sụt cân chiếm 66%, ngứa - nổi mẩn chiếm 52,7%. Sốt gặp 46,9% , buồn nôn và nôn chiếm 26,5%.

5.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- 100% bệnh nhân có kháng thể kháng sán lá gan lớn

- 100% bệnh nhân có tổn thương dạng sán lá gan lớn trên siêu âm: trong đó tổn thương điển hình là 71,4%. Tổn thương điển hình là vùng hỗn hợp âm: đơn thuần hoặc có trống âm, giới hạn khối tổn thương ít rõ với tổ chức xung quanh.

- Tỷ lệ tìm thấy trứng sán lá gan lớn trong phân bằng phương pháp Kato chỉ có 2,7%.

- Số bệnh nhân có tỷ lệ bạch cầu ái toan trong máu tăng chiếm 63,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh sán lá gan lớn ở người”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh giun sán ở Việt Nam, tr.40-48.
2. Trần Vinh Hiền, Trần Thị Kim Dung (1998), “Nhân 125 trường hợp nhiễm sán lá gan *Fasciola Hepatica* phát hiện ở người trong năm 1997”, Thông tin Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 2, tr.44-47.
3. Nguyễn Phước Bảo Quân (2003), Siêu âm bụng tổng quát, NXB Y học, tr.124-170.
4. Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Văn Chương, Triệu Nguyên Trung (2006), “Hiệu quả điều trị và tính dung nạp triclabendazole (TCZ) trên bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn *Fasciola Gigantica* và bước đầu sử dụng Metronidazole chống kháng tại khu vực miền Trung - Tây Nguyên, Việt Nam từ 2004-2006”, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001-2006, tr.444-455.
5. Triệu Nguyên Trung, Nguyễn Văn Chương, Huỳnh Hồng Quang (2010), “Hiệu quả phòng chống bệnh sán lá gan lớn khu vực miền Trung - Tây Nguyên (2006-2009)”, Hội nghị Quốc tế về kinh tế y tế tại Hà Nội, Việt Nam 2010, tr.169-175.
6. Intapan P.M., Maleewong W., Nateeworanart S., Wongkham C., (2003), “Immunodiagnosis of human fascioliasis using an antigen of *fasciola gigantica* adult worm with the molecular mass of 27kDa by a dot-ELISA”, Southeast Asian J Trop Med Public Health, 34(4), pp.713-716.
7. Keiser J., Utzinger J. (2005), “Emerging foodborne trematodiasis”, Emerging Infectious Diseases, 11(10), pp.1507-1514.
8. Koc Z., Ulasan S., Tokmak N. (2009), “Hepatobiliary fascioliasis: imaging characteristics with a new finding”, Diagn Interv Radiol, 15, pp.247-251.
9. Mas-Coma S., Esteban J.G., Bargues M.D. (1999), “Epidemiology of human fascioliasis: a review and proposed new classification”, Bullentin of the World Health Organization, 77(4), pp.340-346.
10. Marcos L., Tagle M., Terashima A., Bussalleu A., Ramirez C., (2008), Natural history, clinicoradiologic correlates, and response to triclabendazole in acute massive fascioliasis, Am. J. Trop. Med. Hyg, 78(2), pp.222-227.
11. Tolan Robert W. (2011), “Fascioliasis due to *Fasciola hepatica* and *Fasciola gigantica* infection: an update on this “neglected” Neglected tropical disease”, LabMedicine, 42, pp.107-116.
12. Saba R., Korkmaz M., Inan D., Mamikoglu L., Turhan O., Gunseren F., Cevikol C., Kabaalioglu A. (2004), Human fascioliasis, Clinical Microbiology and Infection, 10(5), pp.385-387.
13. Safar E., Mikhail E., Bassiouni G., Ei-bassiouni S., El-Kholy H. (2005), Human fascioliasis in some areas in Cairo and Giza Governorates, Egypt, Journal of the Egyptian Society of Parasitology 35(1), pp.181-192.
14. Sierra R.M., Agramunt V.H., Cuervo P., Mas-Coma S. (2011), Human fascioliasis in Argentina: retrospective overview, critical analysis and baseline for future research, Parasites & Vectors, 4(104).
15. WHO (2009), “Fascioliasis: infection with “neglected” neglected worm”.
16. WHO (2010), “First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases”.