

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SÁN LÁ GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Doãn Trung San^{1,2}, Đẩu Quang Liêu¹,
Trần Ngọc Ánh², Phạm Ngọc Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Bệnh sán lá gan, bao gồm sán lá gan lớn và sán lá gan nhỏ là bệnh ký sinh trùng lây truyền qua đường ăn uống khá phổ biến tại Việt Nam. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, chẩn đoán thường gặp khó khăn do triệu chứng không đặc hiệu và độ nhạy của các phương pháp phát hiện ký sinh trùng khác nhau^{1,2}. Bệnh có thể gây biến chứng, đặc biệt sán lá gan nhỏ có thể dẫn tới ung thư đường mật³. Hiện nay, thuốc đặc hiệu (Triclabendazole cho nhiễm sán lá gan lớn và Praziquantel cho nhiễm sán lá gan nhỏ) đem lại hiệu quả cao, song vẫn có trường hợp cần điều trị nhiều lần để diệt hết ký sinh trùng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gan do sán lá gan và đánh giá kết quả điều trị bệnh sán lá gan tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 103 bệnh nhân sán lá gan (lớn và/hoặc nhỏ) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Chẩn đoán nhiễm sán lá gan (sán lá gan lớn và/hoặc sán lá gan nhỏ) theo đường dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh giun sán bộ Y tế 2022⁴⁻⁶. Thông tin về tiền sử, yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm máu và phân, kết quả siêu âm, MRI, (tính tỷ lệ %, giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, kiểm định theo các thuật toán thống kê). **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47,3 ± 13,5; nam chiếm 51,5%. Yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao: 84% ăn rau sống hoặc gỏi cá. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là rối loạn tiêu hóa (đầy bụng, chán ăn) 51,5%, đau hạ sườn phải 47,6%, sốt 19,4%. ELISA phát hiện 77 (74,8%) ca dương tính với sán lá gan lớn và 71 (68,9%) ca dương tính với sán lá gan nhỏ, có 45 bệnh nhân (43,7%) dương tính đồng thời cả hai. Trong 71 bệnh nhân nhiễm sán lá gan nhỏ, ghi nhận 1 bệnh nhân (1,4%) được chẩn đoán ung thư đường mật. Siêu âm phát hiện tổn thương gan gồm áp xe gan, bất thường đường mật ở 91/103 bệnh nhân (86,4%), trong đó chủ yếu là hình ảnh áp xe (78,6%), tổn thương chủ yếu gặp ở gan phải (70%). 77 ca bệnh điều trị Triclabendazole cho nhiễm sán lá gan lớn và 71 bệnh nhân điều trị Praziquantel cho nhiễm sán lá gan nhỏ) bước đầu cho thấy hiệu quả cao. Chỉ 6 trường hợp (5,8%) can thiệp dẫn lưu hoặc chọc hút ổ áp xe gan. **Kết luận:** Nghiên cứu về 103 trường hợp bệnh sán lá gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy bệnh cảnh thường không đặc hiệu Xét nghiệm nổi bật với bạch cầu ái toan tăng cao; chẩn đoán xác

định chủ yếu dựa vào ELISA huyết thanh dương tính và hình ảnh tổn thương gan đặc trưng trên siêu âm/MRI: phác đồ Triclabendazole (cho sán lá gan lớn) và Praziquantel (cho sán lá gan nhỏ) giúp >96% bệnh nhân cải thiện rõ rệt triệu chứng sau 1 tháng, và hầu hết khỏi bệnh sau 1–2 liệu trình

Từ khóa: sán lá gan lớn, sán lá gan nhỏ, áp xe gan, ký sinh trùng, triclabendazol, praziquatel.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF LIVER FLUKE DISEASE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Liver fluke disease, including *Fasciola* spp. and *Clonorchis/Opisthorchis* spp, is a parasitic disease transmitted through food and drink that is quite common in Vietnam. The clinical picture is diverse, diagnosis is often difficult due to non-specific symptoms and the sensitivity of different parasite detection methods. The disease can cause complications, especially *Clonorchis/Opisthorchis* spp can lead to biliary tract cancer. Currently, specific drugs (Triclabendazole for *Fasciola* spp infection and Praziquantel for *Clonorchis/Opisthorchis* spp infection) are highly effective, but there are still cases that require multiple treatments to kill all parasites. **Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of liver fluke disease and evaluate the treatment results of liver fluke disease at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 103 patients with liver flukes (*Fasciola* spp. and/or *Clonorchis/Opisthorchis* spp) at Hanoi Medical University Hospital. Diagnosis of liver fluke infection (*Fasciola* spp. and/or *Clonorchis/Opisthorchis* spp) according to the guidelines for diagnosis and treatment of some parasitic diseases of the Ministry of Health 2022. Information on medical history, risk factors, clinical manifestations, blood and stool tests, ultrasound and MRI results (calculated as percentage, mean value ± standard deviation, tested according to statistical algorithms). **Results:** The average age of the study group was 47.3 ± 13.5; 51.5% were male. High risk factors: 84% ate raw vegetables or fish salad. The most common clinical symptoms were digestive disorders (fullness, loss of appetite) 51.5%, right hypochondriac pain 47.6%, fever 19.4%. ELISA detected 77 (74.8%) cases positive for *Fasciola* spp and 71 (68.9%) cases positive for *Clonorchis/Opisthorchis* spp, 45 patients (43.7%) were positive for both. In 71 patients infected with *Clonorchis/Opisthorchis* spp, 1 patient (1.4%) was diagnosed with cholangiocarcinoma. Ultrasound detected liver lesions including liver abscesses and biliary tract abnormalities in 91/103 patients (86.4%), mainly

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Doãn Trung San

Email: doantrungsan@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

abscess images (78.6%), lesions mainly occurred in the right liver (70%). 77 cases were treated with Triclabendazole for Fasciola spp and 71 patients were treated with Praziquantel for Clonorchis/Opisthorchis spp) initially showed high efficacy. Only 6 cases (5.8%) had to undergo drainage or aspiration of liver abscesses. **Conclusion:** A study of 103 cases of fascioliasis at Hanoi Medical University Hospital showed that the clinical picture was often nonspecific. Laboratory findings were prominent with elevated eosinophils; definitive diagnosis was mainly based on positive serum ELISA and characteristic liver lesions on ultrasound/MRI: Triclabendazole (for Fasciola spp) and Praziquantel (for Clonorchis/Opisthorchis spp) regimens help >96% of patients significantly improve symptoms.

Keywords: Fasciola spp, Clonorchis/Opisthorchis spp, liver abscess, parasites, triclabendazole, praziquantel

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan do ký sinh trùng thuộc lớp Trematoda ký sinh ở gan mật, gồm hai nhóm chính là sán lá gan lớn (*Fasciola hepatica* và *Fasciola gigantica*) và sán lá gan nhỏ (*Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis viverrini*...). Đây là bệnh nhiễm ký sinh trùng quan trọng tại châu Á, trong đó Việt Nam là nước đặc biệt lưu hành cả hai loại sán lá gan lớn và nhỏ – tình trạng “đồng lưu hành” hiếm gặp trên thế giới. Thói quen sinh hoạt khiến tỷ lệ nhiễm sán lá gan tại cộng đồng ở Việt Nam tương đối cao. Do đó, bệnh sán lá gan là một vấn đề y tế cộng đồng đáng lo ngại, đòi hỏi phát hiện sớm và điều trị triệt để nhằm phòng ngừa gánh nặng bệnh tật và biến chứng. Việc chẩn đoán bệnh sán lá gan còn nhiều thách thức. Hiện nay, xét nghiệm huyết thanh học ELISA được sử dụng rộng rãi để hỗ trợ chẩn đoán với độ nhạy cao hơn. Tuy nhiên phân biệt hai bệnh này trên lâm sàng có thể không rõ ràng nếu bệnh nhân đồng nhiễm cả sán lá gan lớn và nhỏ, điều này có thể gặp ở Việt Nam, đặc biệt tại các tỉnh Bắc Trung Bộ nơi có thể lưu hành cả hai loài.

Áp xe gan do sán lá gan lớn, nhỏ được điều trị thuốc đặc hiệu có hiệu quả tốt cho cả hai nhóm. Thuốc Triclabendazole (liều 10–12 mg/kg x 2 lần trong một ngày) được sử dụng cho sán lá gan lớn. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể cần dùng liều thứ hai sau vài tuần, nghiên cứu tại miền Bắc Việt Nam cho thấy khoảng 19% bệnh nhân fascioliasis vẫn còn dấu hiệu hoạt động sau liều đầu tiên và đã được chữa khỏi hoàn toàn sau khi uống thêm liều Triclabendazole thứ hai^{2,7}. Đối với sán lá gan nhỏ, điều trị Praziquantel, liều 75 mg/kg/ngày chia 3 lần, dùng 1–2 ngày. Praziquantel có hiệu lực cao, diệt sán trưởng thành với tỷ lệ cấp khỏi lâm sàng và ký sinh trùng có thể đạt 95–100% theo một số báo cáo⁸. Tuy nhiên, sau điều trị,

bệnh nhân vẫn cần được theo dõi tái xét nghiệm phân hoặc ELISA sau vài tháng, vì có nguy cơ tái nhiễm nếu còn thói quen ăn uống nguy cơ hoặc trường hợp hiếm là sán chưa được diệt hết. Một số trường hợp áp-xe gan lớn do sán có nguy cơ vỡ hoặc kích thước lớn thể cần can thiệp chọc hút hoặc dẫn lưu ổ áp-xe dưới hướng dẫn siêu âm để rút ngắn thời gian điều trị, hạn chế biến chứng vỡ và nhiễm trùng, mặc dù đa phần đáp ứng với điều trị nội khoa.

Trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của sán lá gan chưa được phân tích đánh giá đầy đủ. Do vậy, nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu đã nêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sán lá gan; và (2) đánh giá kết quả điều trị bệnh sán lá gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu. Chúng tôi thu thập dữ liệu của 103 bệnh nhân chẩn đoán xác định bệnh sán lá gan (bao gồm sán lá gan lớn và/hoặc sán lá gan nhỏ) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2025.

Bệnh nhân hòa mẫn điều kiện chẩn đoán ca bệnh mắc sán lá gan (sán lá gan lớn và/hoặc sán lá gan nhỏ) theo đường dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh giun sán bộ Y tế 2022⁴⁻⁶.

- + Trường hợp bệnh nghi ngờ
- Dịch tể: sống trong vùng giun sán lưu hành.
- Tiền sử ăn sống các loại rau thủy sinh và uống nước chưa hợp vệ sinh, ăn gỏi cá, ăn cá sống, cá chưa nấu chín hoặc sống trong vùng có thói quen ăn gỏi cá.
- Có dấu hiệu lâm sàng hướng tới bệnh nhiễm sán lá gan.
- + Trường hợp bệnh xác định là trường hợp bệnh nghi ngờ và có các xét nghiệm sau:
- Xét nghiệm phân hoặc dịch mật tìm thấy trứng sán lá gan.
- Xét nghiệm ELISA phát hiện có kháng thể kháng sán lá gan lớn, nhỏ trong huyết thanh (ngưỡng chẩn đoán OD dương tính ≥ 0.1 đối với sán lá gan lớn và ≥ 0.21 đối với sán lá gan nhỏ).
- Có hình ảnh tổn thương của giun sán trên thăm dò chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ)
- Bạch cầu ái toan tăng cao (>0.8 G/l và/hoặc tỉ lệ $>8\%$)

2.2. Xử lý và phân tích số liệu: Mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bao gồm các thông tin: mã hồ sơ, tên, tuổi, giới, tiền sử bệnh; yếu tố

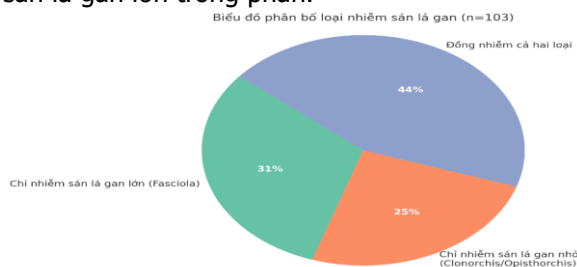
dịch tể; triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, phương pháp điều, đánh giá sau điều trị 1 tháng. Thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê mô tả trên phần mềm SPSS và kiểm định theo các thuật toán thống kê. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học bệnh viện, cam kết bảo mật thông tin bệnh nhân và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2025. Trong tổng số 103 bệnh nhân nghiên cứu, có 53 nam (51,5%) và 50 nữ (48,5%), tỷ lệ nam:nữ $\approx$ 1:1. Tuổi trung bình $47,3 \pm 13,5$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 41–60 tuổi (45%). Về dịch tể, đa số bệnh nhân đến từ các tỉnh đồng bằng Bắc Bộ và Bắc Trung. Hầu hết bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ ăn đồ sống (84%) và không tẩy giun sán định kỳ (99%)

Thời gian khởi phát triệu chứng: 11,7% trường hợp khởi phát cấp tính (<1 tuần), 39,8% khởi phát từ 1–4 tuần), và 35,9% có triệu chứng kéo dài trên 4 tuần mới đi khám. Đặc biệt, 13 bệnh nhân (12,6%) không có triệu chứng, bệnh được phát hiện do tình cờ khi khám sức khỏe

Xét nghiệm chẩn đoán: ELISA sán lá gan dương tính với 100% các trường hợp, trong đó 45 bệnh nhân (43,7%) dương tính cả hai, 32 bệnh nhân (31,1%) sán lá gan lớn, 26 bệnh nhân (25,2%) sán lá gan nhỏ. Xét nghiệm phân được thực hiện cho 99/103 bệnh nhân. Kết quả soi phân tìm trứng sán lá gan: chỉ có 10 trường hợp (9,7%) phát hiện trứng sán lá gan nhỏ trong mẫu phân, số còn lại 89 ca (89,9%) không tìm thấy trong phân. Không có ca nào tìm thấy trứng sán lá gan lớn trong phân.



Biểu đồ 1: Đặc điểm nhiễm sán lá gan của nghiên cứu (n=103)

Các thăm dò chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) phần lớn bệnh nhân sán lá gan trong nghiên cứu phát hiện tổn thương gan ở 91/103 bệnh nhân (86,4%), trong đó 81 bệnh nhân (78,6%) dưới dạng ổ áp-xe gan đơn độc hoặc nhiều ổ nhỏ rải rác. Kích thước trung bình khoảng 30–40 mm, lớn nhất 85

mm, chủ yếu thùy phải gan (70%), 15% ở thùy trái, 15% cả hai thùy. Trên phim cộng hưởng từ, ổ tổn thương thường ngấm thuốc kiểu viền mỏng, xung quanh có phù nề nhu mô gan và rối loạn tưới máu. Tổn thương viêm, giãn đường mật do sán lá gan nhỏ ghi nhận ở 10 bệnh nhân (9,7%). 3 ca (2,9%) có sỏi đường mật, 1 ca (0,97%) có ung thư đường mật kèm theo. Có 12 ca (11,6%) siêu âm không phát hiện bất thường, tổn thương gan trong trường hợp này là viêm gan. Sinh thiết được thực hiện ở 2 bệnh nhân cho thấy hình ảnh viêm gan mạn và xơ hóa, thâm nhiễm nhiều bạch cầu ái toan.

Về điều trị, có 77 bệnh nhân (74,8% nhóm nghiên cứu, 100% nhóm sán lá gan lớn) dùng Triclabendazole điều sán lá gan lớn. Phác đồ thường dùng là Triclabendazole 250 mg x 6 viên (1500 mg) uống 1 liều duy nhất, hoặc chia 2 liều trong ngày (tổng liều $\sim$ 10–12 mg/kg). Các bệnh nhân đồng nhiễm cả sán lá gan nhỏ các phác đồ ưu tiên dùng cả Triclabendazole (dùng ngày đầu), sau đó mới dùng praziquantel. Liều điều trị không có sự khác nhau giữa các kích thước tổn thương gan.

Có 71 bệnh nhân (68,9%) được dùng Praziquantel, chủ yếu là điều trị sán lá gan nhỏ. Liều dùng phổ biến: Praziquantel 600 mg x 3 viên/ngày, chia 3 lần, uống trong 2 ngày liên tiếp (tổng liều $\sim$ 75 mg/kg). Ngoài ra, có 77 bệnh nhân (74,8%) được dùng thêm Albendazole liều 400 mg x 2 lần/ngày, trong 7–14 ngày. Albendazole phổ rộng giúp điều trị các loại giun sán khác như Toxocara, giun lươn, sán dây... nếu có.

Có 6 trường hợp (5,8%) được chỉ định chọc hút ổ áp-xe gan qua siêu âm can thiệp, do ổ áp-xe quá lớn (>6 cm), bệnh nhân đau nhiều, tổn thương dịch hóa dưới bao gan. Dịch hút ra thường là mủ màu nâu không mùi. 1 trường hợp có ổ áp-xe đa ngăn ở thùy trái gan được đặt ống dẫn lưu trong 1 tuần do nguy cơ vỡ. Các trường hợp khác đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá bệnh sán lá gan trong thực tế thực hành lâm sàng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bệnh tập trung ở nhóm tuổi trung niên ($\sim$ 47 tuổi), không chênh lệch nhiều về giới. Hầu hết bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ ăn đồ sống (84%) và chưa từng tẩy giun sán định kỳ – điều này cho thấy nhận thức cộng đồng còn hạn chế. Việc tuyên truyền vệ sinh an toàn thực phẩm, khuyến cáo người dân nấu chín thức ăn và tẩy giun định kỳ là rất cần thiết để giảm gánh nặng bệnh sán lá gan⁴⁻⁶

Một vấn đề trong kết quả nghiên cứu là sự đồng nhiễm hoặc phản ứng chéo giữa các bệnh ký sinh trùng. Tỷ lệ dương tính ELISA đồng nhiễm sán lá gan lớn, sán lá gan nhỏ và hoặc với giun đũa chó mèo, giun lươn, một số loài khác trong mẫu rất cao (30–50%). Điều này đặt ra câu hỏi: bệnh nhân thực sự mắc nhiều bệnh hay do phản ứng dương tính giả. Có lẽ cả hai yếu tố đều góp phần. Việt Nam là nước nhiệt đới, việc một người phơi nhiễm nhiều loại giun sán trong đời là thường gặp. Mặt khác, độ đặc hiệu của test ELISA không tuyệt đối: các loài giun sán thể có kháng nguyên chung gây phản ứng chéo². Do đó, cách tiếp cận là ưu tiên chẩn đoán loại gây bệnh chính theo lâm sàng, đồng thời điều trị bao vây nếu an toàn (ví dụ dùng Albendazole phổ rộng để xử lý *Toxocara*/giun lươn), từ đó đặt ra giá trị của các xét nghiệm ELISA huyết thanh và cơ sở để điều trị, cần có các nghiên cứu thêm để đánh giá.

Các phương pháp hình ảnh bao gồm Siêu âm (US), Chụp cắt lớp vi tính (CT) và Chụp cộng hưởng từ (MRI) cho thấy những thay đổi đặc trưng, do đó hỗ trợ chẩn đoán bệnh sán lá gan. Trong các nghiên cứu đã được công bố, áp-xe gan do sán lá gan lớn có thể gặp ở >80% bệnh nhân vào viện giai đoạn mạn, kích thước 2–7 cm, đơn độc hoặc nhiều ổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kích thước trung bình ~3–4 cm, phù hợp. Trong số này, thủy phôi hay bị ảnh hưởng hơn (70%), có thể liên quan đặc điểm giải phẫu của tĩnh mạch cửa, điều này cũng tương ứng cơ chế bệnh. Với sán lá gan nhỏ, chỉ ~10% có giãn đường mật trên siêu âm, khi số lượng sán ít, đường mật có thể không phát hiện bất thường; cần nội soi mật tụy ngược dòng hoặc đánh giá trên cộng hưởng từ. Hiện nay, cộng hưởng từ phát hiện được các dấu hiệu sớm của viêm đường mật do sán (như giãn nhánh mật phân thùy, nhu mô gan có dải xơ). Đặc biệt vai trò trong đánh giá loại trừ các biến chứng ác tính của bệnh. Ngoài ra, 12 bệnh nhân siêu âm hoàn toàn bình thường. Điều này nhấn mạnh rằng chẩn đoán không nên chỉ dựa vào hình ảnh. Những ca này có thể ở giai đoạn ủ bệnh hoặc tổn thương quá nhỏ, vẫn nên điều trị nếu các yếu tố khác thuyết phục. Tránh bỏ sót bệnh khi hình ảnh âm tính nhưng vẫn thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh nhiễm sán lá gan theo Bộ Y tế với triệu chứng lâm sàng, yếu tố dịch tễ, bằng chứng bạch cầu ưa acid tăng và huyết thanh dương tính. Sau điều trị đặc hiệu bệnh nhân cải thiện về mặt triệu chứng và xét nghiệm.

Về điều trị, cho thấy hiệu quả cao của phác đồ dùng Triclabendazole cho sán lá gan lớn và

Praziquantel cho sán lá gan nhỏ. Hầu như tất cả bệnh nhân đều thuyên giảm rõ sau đợt điều trị đầu tiên. Tỷ lệ phải điều trị nhắc lại trong mẫu (~40%), bệnh nhân được “nhắc lại” nhằm tiêu diệt triệt để ký sinh trùng (đặc biệt sán lá gan lớn) dù triệu chứng đã đỡ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau liều nhắc hầu hết đều khỏi, không có ca nào kháng thuốc.

Hạn chế của nghiên cứu: Do thực hiện tại môi trường bệnh viện đa khoa, chọn mẫu thuận tiện có thể chưa phản ánh đầy đủ về bệnh (các ca nhẹ có thể không được đưa vào). Số liệu theo dõi 1 tháng và dài hơn còn thiếu, làm hạn chế phần nào việc đánh giá kết quả điều trị. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích sâu sự khác biệt giữa hai nhóm cũng như nhóm đồng nhiễm; một nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, tách bạch các nhóm cũng như thời gian dài hơn sẽ cung cấp nhiều thông tin hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về 103 trường hợp bệnh sán lá gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy: về lâm sàng, bệnh cảnh thường không đặc hiệu. Xét nghiệm nổi bật với bạch cầu ái toan tăng cao; chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào ELISA huyết thanh dương tính và hình ảnh tổn thương gan đặc trưng trên siêu âm/MRI (áp-xe gan do sán lá gan lớn hoặc viêm, giãn đường mật do sán lá gan nhỏ). Kết quả điều trị cho thấy hiệu quả: phác đồ Triclabendazole (cho sán lá gan lớn) và Praziquantel (cho sán lá gan nhỏ) giúp >96% bệnh nhân cải thiện rõ rệt triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zheng JX, Zhu HH, Xia S, et al. Natural variables separate the endemic areas of *Clonorchis sinensis* and *Opisthorchis viverrini* along a continuous, straight zone in Southeast Asia. *Infect Dis Poverty*. 2024;13(1):24. doi:10.1186/s40249-024-01191-7
2. Thu NK, Duong PKD, Tho TH, Van Duyet L. Clinical, laboratory features and treatment outcomes of patients infected with *Fasciola* in Northern Vietnam, 2019-2023. *Trop Dis Travel Med Vaccines*. 2025;11(1): 23. doi:10.1186/s40794-025-00261-4
3. Chang JI, Lee K, Kim D, et al. Clinical Characteristics of *Clonorchis sinensis*-Associated Cholangiocarcinoma: A Large-Scale, Single-Center Study. *Front Med*. 2021;8. doi:10.3389/fmed.2021.675207
4. Bộ Y tế. Quyết định 1172/QĐ-BYT 2022 Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán lá gan nhỏ.
5. Bộ Y tế. Quyết định 1203/QĐ-BYT 2022 Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh sán lá gan lớn.
6. Bộ Y tế. Quyết định 1744/QĐ-BYT 2021 giám sát phòng chống bệnh ký sinh trùng thường gặp tại Việt Nam. THƯ VIỆN PHÁP LUẬT.
7. Villegas F, Angles R, Barrientos R, et al.

Administration of Triclabendazole Is Safe and Effective in Controlling Fascioliasis in an Endemic Community of the Bolivian Altiplano. PLoS Negl Trop Dis. 2012;6(8): e1720. doi:10.1371/journal.pntd.0001720

8. Yangco BG, De Lerma C, Lyman GH, Price DL. Clinical study evaluating efficacy of praziquantel in clonorchiasis. Antimicrob Agents Chemother. 1987;31(2): 135-138. doi:10.1128/aac.31.2.135

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI BẰNG NẸP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phạm Quỳnh Anh Thư¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả, trên 32 bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp kết xương nẹp vis khóa được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến 03/2024. **Kết quả:** Thời điểm phẫu thuật: trung bình $6,88 \pm 3,98$ (2 – 18 ngày), từ 2 – 7 ngày chiếm 62,5%. Biến chứng: 100% bệnh nhân không ghi nhận. Vết mổ: liền kỳ đầu 100%. Kết quả nắn chỉnh xương: 56,3% hết di lệch, 37,5% còn di lệch ít. Thời gian hậu phẫu trung bình: $4,47 \pm 1,68$ (2 – 9 ngày). Thời gian nằm viện trung bình: $12,22 \pm 4,6$ (4 – 26 ngày). **Từ khóa:** kết quả phẫu thuật, gãy kín đầu dưới xương đùi.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CLOSED FRACTURES OF THE LOWER HEAD OF THE FEBULL WITH A BLOCKED PLATE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the early results of surgical treatment of closed distal femoral fractures with locking plates at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A descriptive retrospective study design was conducted on 32 patients with closed distal femoral fractures who were treated by surgery with a locking plate and screw fixation method at Can Tho Central General Hospital from March 2021 to March 2024. **Result:** Time of surgery: average 6.88 ± 3.98 (2 - 18 days), from 2 - 7 days accounted for 62.5%. Complications: 100% of patients did not record. Surgical wound: 100% initial healing. Bone correction results: 56.3% no displacement, 37.5% still had little displacement. Average postoperative time: 4.47 ± 1.68 (2 - 9 days). Average hospital stay: 12.22 ± 4.6 (4 - 26 days). **Keywords:** surgical outcome, closed distal femur fracture.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quỳnh Anh Thư

Email: 5732911516@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đùi ở đầu dưới bao gồm các loại gãy lồi cầu xương đùi ở trong, gãy lồi cầu ở ngoài, gãy trên hai lồi cầu đùi, gãy liên lồi cầu đùi, loại gãy này chiếm tỷ lệ khoảng 6 - 7% tổng số các gãy xương đùi. Riêng 2 loại gãy trên hai lồi cầu và gãy liên lồi cầu chiếm khoảng 70% [1], [2]. Gãy đầu dưới xương đùi có thể điều trị bằng phẫu thuật hay bảo tồn. phẫu thuật kết hợp xương có nhiều thuận lợi như: nắn chỉnh di lệch được tốt, khôi phục tốt diện khớp giữa mâm chày và lồi cầu, cố định xương vững, cho phép sớm tập vận động,... từ đó hạn chế được biến chứng [5]. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây cũng đã có những báo cáo đánh giá bước đầu về kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa tại các bệnh viện lớn như Bạch Mai, Việt Đức, Quân Y 108,... [3]. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương đùi được phẫu thuật điều trị bằng phương pháp kết xương nẹp vis khóa được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương từ tháng 03/2021 đến 03/2024 có đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân gãy đầu dưới xương đùi do chấn thương, tuổi ≥ 16 tuổi. Bệnh nhân được phẫu thuật kết xương với nẹp vis khóa. Đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án, có phim Xquang trước và sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy hở hoặc có tổn thương nặng nề hay nhiễm khuẩn gối. Bệnh nhân gãy xương đùi ở chi đã có các di chứng (bại liệt, cứng gối). Bệnh nhân đã thất bại với điều trị bằng một phương pháp kết xương khác. Bệnh nhân có bệnh xương khớp: hư khớp, thấp khớp, lao xương,... Gãy xương đùi bệnh lý. Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật vì có bệnh lý mạn tính