



TỔN THƯƠNG ĐẶC TRƯNG HỆ GAN MẬT DO SÁN LÁ GAN LỚN *FASCIOLA GIGANTICA* Ở NGƯỜI QUA CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

Huỳnh Hồng Quang¹, Lê Đình Vĩnh Phúc², Nguyễn Đức Chính¹, Nguyễn Văn Khá¹,
Hồ Văn Hoàng¹, Nguyễn Thị Thanh Quyên¹, Triệu Thị Phương Mai¹

Mục tiêu: Mô tả các hình ảnh thương tổn trên hệ gan mật của bệnh nhân sán lá gan lớn.

Đối tượng và phương pháp: Với thiết kế nghiên cứu ngang mô tả với tất cả các ca được chẩn đoán xác định bệnh sán lá gan lớn do *F. gigantica*, được làm siêu âm và/hoặc CT-scan, MRI khảo sát thương tổn trên gan mật.

Kết quả: Tổng số 1.020 bệnh nhân sán lá gan lớn, trong đó tỷ lệ ca tổn thương hệ gan mật là 97,25%, đa số tập trung ở nhu mô gan (88,4%), còn lại ở sát bao gan (1,41%), khối máu tụ dưới bao gan (3,53%) và hệ đường mật (7%); nhu mô gan (P) tổn thương (80,28%) hơn so với gan (T); ưu thế thuộc về hạ phân thùy V, VI, VII, VIII với 80,28%; số lượng ổ tổn thương thường 1 hoặc 2 ổ (86,32% và 12,09%); đường kính trung bình tổn thương 5 - < 7cm chiếm đa số (53,14%); tính chất hồi âm thường là nhu mô không đồng nhất (96,27%), giảm âm (83,12%) và echo hỗn hợp (59,86%). Trong giai đoạn mạn tính, hình ảnh không điển hình, hay gặp là dạng vệt tăng âm, di động hoặc thả nổi trong lòng túi mật hoặc đường mật (1,84%); dày vách túi mật hay đường mật (2,52% và 1,85%), tổn thương cả gan và mật là 1,18%. Trên CT-scan, hình ảnh giảm đậm độ, kết chùm thành hình tròn, hay hình ovan (78,57%), nốt giảm đậm độ nằm sát dưới bao gan (16,23%), dày thành bao Glisson (7,14%), giãn đường mật, vệt sán dính vào thành đường mật (5,84%), tổn thương xơ, calci (11,04%). Trên CT-scan, hình ảnh giảm đậm độ, kết chùm thành hình tròn, hay hình ovan (78,57%), nốt giảm đậm độ nằm sát dưới bao gan (16,23%), dày thành bao Glisson (7,14%), giãn đường mật, vệt sán dính vào thành đường mật (5,84%), tổn thương xơ (11,04%). Trên MRI, tăng tỷ trọng nhu mô, bao gan qua các mặt cắt thương tổn (20,93%), nhiều nhất là tăng đậm độ trên hình ảnh xung T2W (96,51%), sẹo xơ hóa sát bao gan (30,23%).

Kết luận: Siêu âm là một công cụ hữu ích để xác định các thương tổn hệ gan mật do sán lá gan lớn. CT-scan và MRI là các công cụ quan trọng chẩn đoán phân biệt các bệnh lý gan mật khác.

Từ khóa: *Fasciola gigantica*, hệ gan mật, siêu âm, CT-scan, MRI.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sán lá gan lớn (SLGL) là một bệnh lây truyền từ động vật truyền sang người, gây ra bởi sán lá *Fasciola* sp. gây thiệt hại tới sức khỏe con người và nền kinh tế chăn nuôi, đặc biệt có tỷ lệ gia tăng trong 10 năm qua. Bệnh lưu hành không những ở các quốc gia đang phát triển mà còn có mặt tại nhiều nước tiên tiến châu Âu. Tại Việt Nam, bệnh có mặt và lưu hành trên ít nhất 52/63 tỉnh thành, đặc biệt bao phủ 15 tỉnh miền Trung

- Tây Nguyên và là khu vực có số ca cao nhất so với cả nước¹. Về bệnh học, sau khi người tiêu hóa phải ấu trùng, metacercariae đi xuyên qua ruột, chu du trong cơ thể và di chuyển đến gan rồi cuối cùng lưu lại hệ đường mật, ở đó sán trưởng thành và có thể đẻ trứng². Các bệnh nhân được phân giai đoạn dựa vào triệu chứng lâm sàng và các tổn thương trên siêu âm. Giai đoạn cấp tính (< 4 tháng) có đau, sốt, tăng bạch cầu eosin, gan to và thời điểm này chính là sán xâm nhập vào gan; Giai đoạn mạn tính (≥ 4 tháng) biểu hiện các triệu chứng của con đau vùng gan, co thắt đường mật hoặc do tắc nghẽn, vàng da nhẹ từng đợt, viêm đường mật tái đi tái lại trùng với thời điểm sán trưởng thành đã di chuyển đến đường mật³.

Huyết thanh chẩn đoán có giá trị hữu ích vì độ nhạy, đặc hiệu cao cả giai đoạn mạn tính và cấp tính. Đôi khi, sự di chuyển của sán trong túi mật hoặc đường mật được phát hiện qua siêu âm và được xem như là một công cụ chẩn đoán tốt bệnh SLGL và có độ nhạy tương

⁽¹⁾ Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn

⁽²⁾ Trung tâm Chẩn đoán Y khoa Medic TP. Hồ Chí Minh

Ngày nhận bài: 03/6/2023

Ngày phản biện xong: 10/6/2023

Ngày duyệt đăng: 20/6/2023

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Huỳnh Hồng Quang, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn

Điện thoại: 0905103496

E-mail: huynhquangimpe@yahoo.com

đương CT scan hay MRI trong giai đoạn sán ở đường mật⁵; biểu hiện trên hình ảnh là dày thành ống mật chủ, hình thể sán đã chết nằm tại đó hoặc đang chuyển động bên trong đường mật hay túi mật. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm tổn thương trên hệ gan mật do sán *F. gigantica*.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Địa điểm và thời gian

- Địa điểm:
 - + Trung tâm Chẩn đoán Y khoa Hòa Hảo, TP. Hồ Chí Minh.
 - + Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn.
- Thời gian: Từ tháng 02/2007 đến tháng 02/2022.

Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả ca bệnh được chẩn đoán xác định SLGL.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định xác lá gan lớn theo định nghĩa ca bệnh trong Quyết định số 3420/QĐ-BYT ngày 13/9/2006 của Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2007):

- Yếu tố dịch tễ: Bệnh nhân sống trong vùng có bệnh lưu hành sán lá gan lớn.
- Dấu hiệu lâm sàng: Đau vùng thượng vị hoặc đau vùng hạ sườn lan ra sau lưng và/hoặc lên vai, mày đay, rối loạn tiêu hóa, sốt nhẹ, khó tiêu, buồn nôn, nôn.
- Huyết thanh chẩn đoán FascELISA phát hiện kháng thể kháng *F. gigantica* dương tính.
- Công thức máu có thể thấy tăng bạch cầu chung, bạch cầu ái toan trên 6%.
- Chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, hoặc chụp cộng hưởng từ tổng quát bụng thấy các ổ thương tổn hỗn hợp âm, giảm âm hình tổ ong/dày bao gan, tụ dịch dưới hay sát bao gan tương ứng với vị trí tổn thương.
- Xét nghiệm phân tìm trứng sán *Fasciola* spp. có thể có hoặc không.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý về gan - mật khác đơn thuần hay phối hợp với sán lá gan lớn.
- Khối thương tổn giả u, u lạnh tính hoặc ác tính, u mạch trong gan, polyp túi mật.

- Huyết thanh chẩn đoán FascELISA phát hiện kháng thể kháng *F. gigantica* âm tính.

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả loạt ca bệnh về đặc tính các loại tổn thương do SLGL trên hệ gan mật bằng thủ thuật siêu âm, CT-scanner và MRI.

- Kỹ thuật tiến hành:

+ Chuẩn bị bệnh nhân: Đối với siêu âm, không nhất thiết bắt bệnh nhân nhịn ăn trước đó, tuy nhiên với dạ dày xẹp, ít hơi, túi mật căng chứa nhiều dịch mật sẽ giúp cho siêu âm quan sát thấu đáo hơn. Đầu tiên bệnh nhân nằm ngửa, tiếp đó có thể nghiêng (P) hoặc (T) tùy thuộc yêu cầu quan sát vùng. Đối với chụp cắt lớp CT-scan cần nhịn đói trên 6 giờ, trước khi chụp 15 - 30 phút cho bệnh nhân uống 300 - 500 ml nước, ngay lúc chụp cho bệnh nhân uống 80 - 100 ml nước để tạo đối quang âm ở dạ dày và tá tràng, làm rõ hình dáng, đường bờ và các cấu trúc lân cận với cơ quan tiêu hóa, bệnh nhân có thể nín thở trong lúc chụp cắt lớp.

+ Máy siêu âm và đầu dò: Sử dụng máy siêu âm màu đa đầu dò khảo sát gan - mật. Nếu khối tổn thương nhỏ ở nông, hoặc thăm dò trên trẻ em, hoặc để đánh giá độ dày bao gan gần vùng tổn thương có thể sử dụng đầu dò Linear real-time 7MHz. Sử dụng tất cả mặt cắt bộc lộ rõ tổn thương.

+ Máy CT-scan: Chụp có tiêm thuốc cản quang để khảo sát đầy đủ tình trạng huyết động của khối u, tăng độ chênh lệch tỷ trọng thương tổn ở các thời điểm khác nhau, chụp cắt lớp toàn diện từ đỉnh vòm hoành đến hết mòm gan hoặc bờ trên khớp mu để tránh bỏ sót thương tổn, độ dày lát cắt trung bình là 5 - 8 mm. Đối với gan chụp thành 3 thì động mạch, tĩnh mạch và thì muộn. Đối với tụy thì đánh giá gồm thì động mạch và thì nhu mô, đối với đường mật khảo sát có giãn đường mật hoặc vệt sán dính vào thành đường mật.

+ Thời gian thực hiện: Siêu âm hoặc CT-scan được khảo sát đúng quy trình chuẩn, thời gian cho một bệnh nhân khoảng 15 - 30 phút. Trong trường hợp khó có thể dài hơn và hội chẩn.

+ Ghi kết quả: Đối với siêu âm, đánh giá chung về tổn thương qua siêu âm với nhu mô, số lượng ổ tổn thương, tính chất, đường kính, vị trí hạ phân thùy, bất thường ở bao gan, hệ đường mật, lách,



tụy,... rồi in kết quả lưu. Đối với CT-scan cần đánh giá tăng tỷ trọng, giảm tỷ trọng hay đồng tỷ trọng, đánh giá dịch trong kính, thoái hóa hay hoại tử.

Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương thông qua Hội đồng Khoa học và Đạo đức Y sinh Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn.

- Tất cả mọi thời điểm phải được sự đồng ý của bệnh nhân/người nhà, tình nguyện tham gia.

- Số liệu này chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và được chia sẻ trong nhóm nghiên cứu.

- Bệnh nhân được theo dõi trước, trong và sau khi tiêm thuốc cản quang (nếu có).

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên chương trình Excel 2018.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân SLGL

Tổng số 1.020 bệnh nhân chẩn đoán xác định mắc SLGL theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (2006) và Tổ chức Y tế Thế giới (2007), hiện đang sống ở khu vực miền Trung - Tây Nguyên (866 ca), miền Tây Nam Bộ (154 ca). Trong đó, nữ giới chiếm 83,04% cao gấp 5 lần so với nam giới (16,96%), tuổi trung bình 47, lớn nhất là 92 và nhỏ nhất là 2 tuổi.

Đặc điểm tổn thương hệ thống gan mật trên siêu âm

Vị trí tổn thương toàn bộ hệ thống gan mật

Bảng 1. Các vị trí tổn thương hệ thống gan mật trên siêu âm tổng quát (n = 1.020)

TT	Vị trí tổn thương theo giải phẫu	Số ca tổn thương		Ghi chú
		n	%	
1	Nhu mô gan	877	88,41	Có tổn thương 97,25%
2	Cạnh bao Glisson của gan	14	1,41	
3	Tụ máu, dịch dưới bao gan	35	3,53	
4	Trong túi mật (dày, khuyết)	6	0,60	
5	Các đường mật (cả ống mật chủ)	29	2,92	
6	Cả nhu mô gan và hệ đường mật	31	3,13	
7	Chưa rõ/không thấy tổn thương trên siêu âm	28	2,75	Không hoặc chưa thấy thương tổn trên siêu âm (2,75%)

Nhận xét: Hầu hết các tổn thương đều tập trung ở nhu mô gan (88,41%), số còn lại nằm ở bao gan và đường mật. Một số ca chưa phát hiện tổn thương (2,75%).

Vị trí tổn thương trong nhu mô gan phân chia theo hạ phân thùy và thùy gan

Bảng 2. Tổn thương nhu mô gan được phân chia theo hạ phân thùy (n = 1.020)

TT	Phân chia thùy theo phân bố TM cửa	Vị trí tổn thương theo từng HPT	Số ca	Tỷ lệ (%)	% Theo thùy
1	Thùy spigel	Hạ phân thùy I	12	1,37	1,37%
2	Thùy trái	Hạ phân thùy II	31	3,53	9%
		Hạ phân thùy III	48	5,47	
4	Thùy vuông	Hạ phân thùy IV	82	9,35	80,28%
4	Thùy phải	Hạ phân thùy V	104	11,86	
		Hạ phân thùy VI	221	25,20	
		Hạ phân thùy VII	255	29,08	
		Hạ phân thùy VIII	124	14,14	

Nhận xét: Trong tổn thương nhu mô, chủ yếu tập trung ở gan phải (80,28%) hơn gan trái (9%), các ổ tập trung ở hạ phân thùy IV (9,35%) và V, VI, VII và VIII là chính (80,28%).

Số lượng ổ tổn thương trong nhu mô gan
Bảng 3. Số lượng khối tổn thương trong nhu mô gan của bệnh nhân (n = 2.020)

TT	Số lượng ổ tổn thương	Số ca	Tỷ lệ (%)	Lưu ý
1	1 khối	757	86,32	Có thể có nhiều ổ áp xe nhỏ bên trong kèm theo vùng trống âm
2	2 khối	106	12,09	
3	3 khối	12	1,36	
4	≥ 4 khối	2	0,23	

Nhận xét: Trong nhu mô gan, phần lớn số tổn thương chỉ có đơn khối (86,32%), có hai ổ là 12,09% và ca bệnh có số lượng 3 hoặc 4 ổ chiếm tỷ lệ ít hơn.

Kích thước trung bình ổ tổn thương trong nhu mô gan
Bảng 4. Kích thước khối tổn thương gan trung bình trong nhu mô (n = 1.020)

TT	Đường kính trung bình ổ tổn thương	Số ca	Tỷ lệ (%)	Lưu ý
1	< 2 cm	45	5,13	- Đây là kích thước đo tương đối qua siêu âm - Kích thước này có thể thay đổi tùy theo mặt cắt tổn thương và điểm nút
2	≥ 3 - < 5 cm	135	15,39	
3	≥ 5 - < 7 cm	466	53,14	
4	≥ 7 - < 10 cm	207	23,60	
5	≥ 10 cm	24	2,74	

Nhận xét: Qua 877 ca tổn thương nhu mô, kích thước ổ trung bình từ ≥ 3 - < 10cm, trong đó ổ có đường kính (≥ 5 - < 7cm) chiếm đa số (53,14%).

Tính chất hồi âm của tổn thương trong nhu mô gan và hệ đường mật
Bảng 5. Đặc điểm và tính chất hồi âm của tổn thương gan mật (n = 1.020)

TT	Đặc điểm tổn thương và tính chất hồi âm trong tổn thương	Số	Tỷ lệ (%)	Lưu ý
1	Cấu trúc nhu mô gan không đồng nhất	982	96,27	- Vết tăng âm không có bóng lưng có thể Fasciolae - Vết hình liềm và cần phân biệt với sỏi đường mật
2	Dày vách túi mật	22	2,51	
3	Dày vách đường mật (± sán kẹt)	25	2,85	
4	Vết tăng âm không có bóng lưng	17	1,94	
5	Tăng âm (hyperecho)	46	5,25	
6	Giảm âm (hypoecho)	729	83,12	
7	Hỗn hợp âm (mixed echo)	525	59,86	
8	Trống âm xen kẽ	319	36,37	

Nhận xét: Đặc điểm tổn thương chủ yếu là nhu mô không đồng nhất (96,27%), tính chất ổ áp xe giảm âm (83,12%), echo hỗn hợp (59,86%) và khối tăng âm (5,25%). Đặc biệt có 36,37% số ca vừa có trống âm và giảm âm tạo nên các khối micro-abcès có dịch (36,37%).

Đặc điểm thương tổn hệ gan mật trên CT scan và MRI

Trong số 1020 ca SLGL đều được làm siêu âm, nhưng chỉ có 154 trường hợp làm CT-scan và 86 ca làm MRI nhằm chẩn đoán phân biệt với các loại thương tổn lành tính/ ác tính khác.

Bảng 6. Đặc điểm và tính chất tỷ trọng hay đậm độ tổn thương gan - mật

TT	Đặc điểm tổn thương qua CT-scan (n = 154)	Số ca (%)	Tỷ lệ (%)
1	Tổn thương giảm đậm độ, kết chùm tròn, ovan	121	78,57
2	Tổn thương dạng nốt giảm đậm độ sát dưới bao	25	16,23
3	Dày thành bao gan Glisson	11	7,14
4	Giãn đường mật, vết sán dính thành mật	9	5,84
5	Tổn thương calci hóa giai đoạn mạn tính	17	11,04
6	Tăng tỷ trọng nhu mô, bao gan qua các mặt cắt	18	20,93



TT	Đặc điểm tổn thương qua CT-scan (n = 154)	Số ca (%)	Tỷ lệ (%)
7	Tăng đậm độ trên hình ảnh xung T2W	83	96,51
8	Sẹo xơ hóa bao gan hay sát bao	26	30,23

Nhận xét: Đặc điểm tổn thương qua CT-scan chủ yếu là giảm đậm độ, kết chùm thành hình tròn, hay hình ovan 121 ca (78,57%), hay dạng nốt giảm đậm độ nằm sát dưới bao gan 25 ca (16,23%), một số hình ảnh khác có thể gặp dày thành bao gan Glisson 11 ca (7,14%), giãn đường mật, vết sán dính vào thành đường mật 9 ca (5,84%) và tổn thương xơ hóa calci 17 ca (11,04%).

Với công cụ MRI cho thấy tăng tỷ trọng nhu mô, bao gan qua các mặt cắt thương tổn là 18 ca (20,93%), nhiều nhất là tăng đậm độ trên hình ảnh xung T2W với 83 ca (96,51%) và sẹo xơ hóa bao gan hay sát bao gan là 26 ca (30,23%).

BÀN LUẬN

Khảo sát siêu âm bao gồm đánh giá bụng tổng quát, nhu mô gan, túi mật và hệ đường mật. Qua thăm dò, các hình ảnh bất thường liên quan đến nhu mô gan (giai đoạn sớm) là hay gặp nhất, kể đến tổn thương hệ đường mật, túi mật (giai đoạn muộn) với nhiều biểu hiện trên hình ảnh đa dạng, trong đó tổn thương tăng âm hình giống chiếc lá hay lưỡi liềm không kèm bóng cản (không có bóng lưng). Tổn thương nhu mô thường là vùng giảm âm phối hợp tăng âm, hoặc cả trống âm với giảm âm và tăng âm (khối hỗn hợp), trông giống như khối di căn, có bờ nhám nhờ không phân rõ giới hạn, tổn thương nằm cạnh tĩnh mạch cửa cũng chiếm số lượng không nhỏ.

Đặc điểm chung về bệnh nhân mắc sán lá gan lớn

Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới (83,04%) cao hơn gấp 5 lần so với nam (16,96%); tuổi mắc trung bình là 46 ± 3. Trong số trường hợp được xác định SLGL, đa số đều phát hiện có tổn thương (97,25%). Tuy nhiên, vẫn còn một số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng tương đối rõ, xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán FascELISA(+), bạch cầu ái toan tăng, nhưng chưa phát hiện được tổn thương (2,75%). Vì giai đoạn bệnh lý gây tổn thương cả hệ gan mật, nên đặc điểm tổn thương cũng sẽ đặc trưng cho hai giai đoạn.

Đặc điểm tổn thương giai đoạn cấp tính và mạn tính của bệnh

Trong giai đoạn cấp (thời gian mắc bệnh < 4 tháng)

Siêu âm gan mật có thể cho thấy ba loại tổn thương trong giai đoạn cấp tính. Loại tổn thương thứ nhất là hình ảnh nhu mô gan không đồng nhất, đôi khi chỉ một ổ tổn thương, chiếm chủ yếu với 86,32%, tiếp đến là hai khối nối liền hoặc nằm riêng lẻ (12,09%) hoặc đa ổ (hiếm gặp hơn) không đáng kể. Loại tổn thương thứ nhất là hầu hết có bờ hoặc viền không

rõ ranh giới giữa nhu mô lành và bệnh đi kèm tính chất tăng, giảm, hỗn hợp âm khác nhau: giảm âm chiếm chủ yếu (83,12%), tiếp đến là hỗn hợp âm (59,86%) và tăng âm (5,25%). Số liệu này phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước^{1,5,6}. Bên cạnh đó, khối echo hỗn hợp tăng - giảm âm kèm theo nhiều vùng trống âm (59,86%) tương tự nghiên cứu của Memik Teke (2014) và Orhan S và cộng sự (2004)^{6,7}. Điều này chứng tỏ các microabces này đã hoại tử, hoặc giai đoạn vừa hoại tử vừa tiến triển có xu hướng lan rộng hoặc tụ thành một khối dịch lớn. Đặc biệt, các tổn thương nhu mô gan thường có nhiều “mắt nhỏ”, dạng nốt, nếu là hình ảnh giảm âm hay xen kẽ trống âm ở giữa thì thường không/hoặc rất khó phân biệt với các dạng áp xe hay khối tân sinh ở gan (hepatic neoplasm) khi đã xuất hiện đặc điểm hoại tử trung tâm trong nhu mô gan như một số tác giả đã từng mô tả^{1,6}. Song song với các tổn thương trên, nghiên cứu này có thể nhìn thấy nhiều microabces nằm rải rác trong nhu mô, thậm chí sát bao gan, xen kẽ ổ áp xe là vùng trống âm.

Trong tổn thương nhu mô với tất cả thùy và hạ phân thùy (HPT) đều có khả năng bị ảnh hưởng, nhưng thực tế vị trí gặp ở gan phải (P) là nhiều hơn (80,28%) so với nhu mô gan trái (T) chỉ có 9%, điều này tương tự như các áp xe gan do amip *E. histolytica*. Trong một nghiên cứu của Zafer Koç và cộng sự (2009)⁸ cũng cho biết tỷ lệ tổn thương gan (P) và (T) lần lượt 92,02% và 6,3%. Giải thích lý do tại sao? có lẽ do cấu trúc giải phẫu và đường đi ranh giới giữa các HPT thuận lợi hoặc thể tích gan (P) lớn hơn rất nhiều so với gan (T) cho nên xác suất bị ảnh hưởng của phần gan (P) vì thế bị cao hơn.

Kích thước ổ tổn thương thay đổi từ < 3 cm đến >10 cm về đường kính chiếm đa số. Với cách phân chia kích thước trung bình, số liệu cho thấy đường kính tổn thương gặp nhiều nhất và chiếm tỷ lệ cao

nhất là từ 5 - 7 cm với 466 ca (53,14%), tiếp đến kích thước từ 7 - < 10 cm (23,6%) và 3 - < 5 cm là 15,39%. Các khối tổn thương có kích thước > 10 cm hoặc < 2 cm, chiếm tỷ lệ ít hơn (5,13% và 2,74%), đối với các bệnh nhân có đường kính < 2 cm này là họ đi kiểm tra sức khỏe định kỳ phát hiện hoặc họ đến sớm sau khi có triệu chứng sán lá gan ban đầu, còn kích thước lớn > 10 cm mặc dù đã phát hiện và chẩn đoán trên siêu âm rồi, song vì một lý do khách quan nào đó (phụ nữ đang mang thai, thời điểm thiếu thuốc đặc hiệu triclabendazo/(TCBZ), hoặc chẩn đoán nhầm bệnh lý khác trước khi phát hiện sán lá gan) nên họ trì hoãn quá trình điều trị đến sau sinh mới đi điều trị hoặc điều trị các phác đồ không đặc hiệu khiến cho khối tổn thương lan rộng, thậm chí nguy cơ đe dọa vỡ bao gan. Số liệu nghiên cứu này tương tự của tác giả trong nước hay nước ngoài^{1,2,8}. So với kết quả nghiên cứu của tác giả nước ngoài thì kích thước ổ tổn thương ở đây lớn hơn nhiều⁸, sởi dĩ trong nghiên cứu của họ kích thước chỉ dao động 1,2 - 6 cm không quá lớn như số liệu này bởi công trình nghiên cứu của họ được tiến hành trong các vụ dịch, số lượng bệnh nhân đông và được điều trị ngay bằng thuốc TCBZ đặc hiệu. Vì được điều trị kịp thời, mà số lượng ổ tổn thương trong một số báo cáo y văn chỉ là 1 ổ hoặc 2 ổ^{3,6}.

Gan là một tạng lớn nhất trong cơ thể, thù và các hạ HPT được phân chia dựa trên phân bố của tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch chủ, rãnh dây chằng tròn và rãnh Arantius. Như trên đã trình bày, tổn thương SLGL thường gặp ở gan (P) nhiều hơn gan (T), nếu chia theo vị trí từng HPT thì ở đây chủ yếu gặp ở HPT III (5,47%), IV (9,35%), V (11,86%), VI (25,29%), VII (29,08%) và hệ phân thù VIII (14,14%), hiếm gặp hơn ở HPT Spigel (1,37%) và II (3,53%). Như vậy, tổn thương nhu mô gan phần lớn tập trung ở các HPT V, VI, VII, VIII thuộc thù (P) gan với tỷ lệ 80,28%, so với thù (T) thì ít hơn rất nhiều (9%). Bên cạnh đó, tổn thương giai đoạn cấp tính chúng tôi còn thấy tổn thương nhu mô nhưng sát bao gan (1,41%), mặc dù kích thước các ổ này rất bé (chùng 1,2 - 1,5 cm) nhưng trên lâm sàng bệnh nhân đau rất dữ dội; ngược lại, cho dù kích thước ổ tổn thương có đường kính rất lớn, thậm chí đến gần 10 cm, song chúng lại nằm trong lòng nhu mô thì bệnh nhân lại ít đau hơn hoặc thậm chí không đau, và cần chú ý rằng do bệnh nhân không đau trong thời gian dài như thế khiến cho ổ tổn thương càng lớn hơn. Lý giải điều này, chúng tôi nghĩ rằng về mặt giải phẫu thì do trong nhu mô gan dường như không có dây thần kinh nên cảm giác đau lại ít hoặc rất mơ hồ và trái lại, vùng bao Glisson tiếp giáp

với nhu mô gan lại phong phú dây thần kinh cảm giác nên bệnh nhân rất nhạy cảm đau khi có tổn thương xâm lấn các vùng này.

Loại tổn thương thứ hai hay gặp trong thời gian đầu của cấp tính là các khoang trống như “khoang” hoặc có nhánh trông giống đường hầm, các dạng tổn thương này nhìn rõ nét hơn nếu so sánh và đối chiếu trên phim chụp CT Scanner hoặc MRI có bơm thuốc cản quang. Đây là những hình ảnh có ngoại vi ngoài ngoèo, khúc khuỷu do quá trình sán di chuyển trong nhu mô gan và trong y văn ký sinh trùng từng đề cập^{3,7}.

Loại tổn thương thứ ba là trong nhu mô/hoặc gần sát bao gan nhưng khi hoại tử đã vỡ ra bên ngoài được bao gan bọc lại (subcapsular mass), một số ổ này có nguy cơ đe dọa vỡ nếu không can thiệp kịp thời (3,53%), thường gọi là giả u mạch (pseudohematoma). Trong quá trình theo dõi, đã phát hiện có 2 ca đe dọa vỡ vào khoang phúc mạc nên đã chuyển can thiệp ngoại khoa cấp cứu do khối máu vượt quá khả năng hấp thụ của cơ thể. Đôi khi, trong quá trình thăm dò siêu âm, phát hiện một số hình ảnh ít điển hình hơn là dạng giả u hạt, hoại tử có tầng âm ngoại vi và một số khối dạng áp xe không điển hình hoặc hốc/khoang giả như u mạch thể hang (carvenous hemangioma), tuy không nhiều và phần lớn các khối này đều tiến triển tốt và trở về như nhu mô bình thường sau điều trị đặc hiệu, nhưng thời gian tái tạo nhu mô có dài hơn so với các dạng tổn thương khác³.

Một dạng tổn thương nữa rất khó phân biệt với một khối ác tính như ung thư tế bào gan (HCC-Hepatocellular Carcinoma). Vì trên thực tiễn lâm sàng và cận lâm sàng về bệnh này, phần lớn là các tổn thương giảm âm đơn thuần hoặc đi kèm với tăng âm và tăng âm, song cũng có ngoại lệ là bệnh nhân đến với những khối phẳng, không đồng nhất, tăng sáng, không rõ hình ảnh sùi súp lo^{1,3}. Những ca như thế, thường phải đề nghị làm thêm chất chỉ điểm alpha foetoproteine để củng cố chẩn đoán^{1,3,8}.

Đặc biệt, trong nghiên cứu này còn 28 ca (2,75%) chưa phát hiện tổn thương trên hệ gan mật mặc dù FascELISA (+) và BCAT tăng, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh, điều này có lẽ do: (1) Giai đoạn nhiễm quá sớm để sản tạo tổn thương trên gan mật, chúng chỉ mới tiết ra kháng nguyên, nên phản ứng FascELISA (+) và có vài biểu hiện trên lâm sàng ban đầu; (2) Hoặc vì triệu chứng lâm sàng bệnh SLGL thường không đặc hiệu và na ná với nhiều bệnh lý



tiêu hóa khác, đồng thời phản ứng FascELISA có một tỷ lệ nhất định cho dương tính vì có thể phản ứng chéo giữa nó với loài ký sinh trùng hay đơn bào khác như *E. histolytica*, sán lá phổi *P. westermani* hoặc sán máng *S. mansoni* là điều không thể loại trừ, nhất là nước ta ở trong vùng nhiệt đới, lưu hành nhiều bệnh ký sinh trùng và đơn bào; (3) Hoặc các tổn thương nằm ở những vị trí vượt ngoài khả năng kiểm soát của siêu âm, nên chưa phát hiện được. Do cấu trúc giải phẫu nhánh tĩnh mạch cửa đi xuyên qua phân thùy, còn tĩnh mạch trên gan lại đi giữa các phân thùy, do đó nếu có sự hoại tử thì tổn thương nhu mô sẽ lan rộng ra xung quanh và gây nhiễm trùng hệ tĩnh mạch cửa và HPT nhanh chóng, khiến cho tình trạng nhiễm trùng thêm trầm trọng.

Trong giai đoạn mạn tính

Trong giai đoạn này, hình ảnh trên siêu âm điển hình thường là đa ổ nhỏ, li ti có thể vừa gặp trong nhu mô gan vừa gặp trong đường mật (3,13%), bao gồm OMC; nhưng phần lớn là hình ảnh thả nổi (floating) hoặc vết (trace) tăng âm di động bên trong túi mật hoặc OMC mà không kèm bóng cản với tỷ lệ 1,84%, có thể là sán di chuyển hoặc xác sán chết dính lại. Một dấu hiệu nữa không đặc trưng cho giai đoạn mạn tính là hình ảnh giãn, phù nề và dày thành túi mật (2,52%), đường mật (2,85%) không đều các đoạn, các dấu hiệu này cũng thường gặp trong bệnh cảnh viêm xơ đường mật hoặc viêm đường mật lan tỏa trên cơ địa suy giảm miễn dịch HIV/AIDS⁴. Kết quả ở đây tương tự như nhận định của nhiều tác giả trên thế giới, đặc biệt nghiên cứu tại Cuba cũng cho một số hình ảnh tương tự gồm vết trắng tăng âm trong túi mật, giãn đường mật và nhất là giãn ống mật đi kèm với vết tăng âm bên trong lòng túi mật^{1,3,6}.

Nói chung, giai đoạn cấp tính thì tổn thương tập trung ở nhu mô, đặc biệt ở các HPT gan bên (P) và quanh tĩnh mạch cửa. Các đặc điểm liên quan đến hệ đường mật thay đổi khác nhau tùy vị trí và có hình ảnh đặc trưng thuộc giai đoạn mạn. Một số ca thấy có giãn đường mật, song tìm dấu vết của sán lại không có. Khả năng giãn ở đây là hậu quả của sán đã đi qua đường mật, đến khi được phát hiện thấy giãn chỉ là di chứng của vài ngày trước đó. Chúng tôi cũng đã phát hiện các vùng tăng âm nhỏ không có bóng lưng kèm với giãn đường mật có thể sán đang ở trong, điểm này có thể phân biệt được với sỏi hoặc vật thể khác của đường mật (có bóng lưng). Lẽ đương nhiên, một số ca sán dính chặt vào thành túi mật, khi đó việc

phân biệt sán hay polyp dạng tuyến (adenomatous polyps) thì rất khó vì đều có tính chất tăng âm và không bóng lưng. Nếu một vài con sán di động thì quá dễ dàng để phân biệt các tình huống trên.

Vấn đề nữa đặt ra là khi có ảnh hưởng đồng thời cả gan và mật thì chúng ta cần lưu ý một số hình ảnh trên siêu âm trông giống ổ tăng âm không kèm bóng lưng trong túi mật hoặc đường mật đi với hình vết, chiếc lá hoặc hình liềm thì có lợi cho chẩn đoán, nhất là trong vùng lưu hành bệnh như miền Trung - Tây Nguyên thì chẩn đoán xác định SLGL hoặc nghi đến SLGL là ấn tượng đầu tiên. Nếu là các liên quan tổn thương nhu mô các phân thùy gan (P) và quanh tĩnh mạch cửa thì cần chú ý đến, song cũng không nên vì thế mà bỏ qua các chẩn đoán có thể khác.

Đặc điểm tổn thương qua CT-scan chủ yếu là giảm đậm độ, kết chùm thành hình tròn, hay hình ovan 121 ca (78,57%), hay dạng nốt giảm đậm độ nằm sát dưới bao gan 25 ca (16,23%), một số hình ảnh khác có thể gặp dày thành bao gan Glisson 11 ca (7,14%), giãn đường mật, vết sán dính vào thành đường mật 9 ca (5,84%) và tổn thương xơ hóa calci 17 ca (11,04%). Các hình ảnh này tương tự như phân tích của tác giả Abdurrahim Dusak và cộng sự (2013) nhận định với chụp CT, trong pha nhu mô thì hình ảnh nhiều thương tổn giảm đậm độ tạo chùm, dạng ovan hay tròn, nhỏ li ti, tăng độ tương phản³. Các thương tổn dạng nốt giảm đậm độ tăng lên trong các vùng dưới bao gan trong giai đoạn đầu, thì thoáng gặp hình ảnh tiến triển như chùm thương tổn rắn bờ. Ngoài ra, CT-scan có thể phát hiện các vùng giảm âm, dưới bao với dạng dày thành do sau khi ký sinh trùng đi xuyên qua bao Glisson của gan. Ngược lại, trong pha đường mật, có sự thoái lui của các thương tổn nhu mô nhanh chóng và CT-scan cho hình ảnh giãn đường mật và có vết sán. Các vùng giảm âm tiến triển ở quanh tĩnh mạch cửa, khó chẩn đoán phân biệt với giãn đường mật. Một số trường hợp có phát hiện hình ảnh tổn thương nhu mô hóa calci trong giai đoạn mạn tính, hiếm khi nhìn thấy sán trong đường mật.

Nhiều ca bệnh do đến với cơ sở điều trị sau một thời gian dài điều trị không đặc hiệu hoặc sợ nhầm với một số thương tổn ác tính khác, nên đã dùng công cụ MRI chẩn đoán lại cho thấy tăng tỷ trọng nhu mô, bao gan qua các mặt cắt thương tổn là 18 ca (20,93%), nhiều nhất là tăng đậm độ trên hình ảnh xung T2W với 83 ca (96,51%) và sẹo xơ hóa bao gan hay sát bao gan là 26 ca (30,23%). Dữ liệu này cũng tương tự một nghiên cứu phân tích chuyên về hình ảnh tại

Thổ Nhĩ Kỳ do Abdurrahim Dusak và cộng sự (2013) tiến hành đã thấy trong pha thương tổn nhu mô gan, MRI có thể nhìn thấy rõ qua hình ảnh đối quang kép chuỗi xung (T2W), tăng tỷ trọng bao qua các mặt cắt và thấy các đường mà sán di chuyển xuyên qua. Đường di chuyển giai đoạn sớm của sán trên bệnh nhân là các đường tăng hay giảm đậm độ trong vùng dưới bao gan lần lượt trên hình ảnh chuỗi xung T1W và T2W³. Các thương tổn dạng chùm trong nhu mô thấy tăng đậm độ trên ảnh T2W và giảm đậm độ trên ảnh T1W với độ tương phản rõ nét. Trong pha đường mật, giãn nhẹ đường mật thì khó thấy trên MRI, nếu có nhìn thấy thì chỉ trên ảnh T2W như các vùng tăng đậm độ song song với đường giảm đậm độ. Các vết sẹo xơ hóa ở bao và dưới bao gan hình thành trong pha mật và là dấu bất thường trên MRI. Nếu có khiếm khuyết làm đầy tín hiệu là có thể nhìn thấy sán trong đường mật giãn trên MRI.

KẾT LUẬN

Trong số 1.020 ca xác định sán lá gan lớn *F. gigantica*, qua phân tích 1.020 ca bằng siêu âm, 154 ca chụp CT-scan và 86 ca chụp MRI, kết luận như sau:

- Trên siêu âm: Có 97,25% ca có tổn thương gan mật và 2,75% ca chưa phát hiện tổn thương. Giai

đoạn cấp, tổn thương chủ yếu ở nhu mô gan là không đồng nhất (96,27%), tổn thương tập trung nhu mô gan (88,41%), tụ máu, tụ dịch dưới bao (3,53%), đường mật (7%). Nhu mô gan (P) bị tổn thương (80,28%) cao hơn gan (T), tổn thương tập trung hạ phân thùy IV, V, VI, VII và VIII (80,28%). Số khối tổn thương thường là 1 hoặc 2 khối (86,32% và 12,09%). Đường kính ổ tổn thương từ 5 - < 7 cm chiếm cao nhất (53,14%). Tính chất hồi âm tổn thương chủ yếu giảm âm (83,12%) và hỗn hợp (59,86%).

- Trên CT-scan: Hình ảnh giảm đậm độ, kết chùm thành hình tròn, hay hình ovan (78,57%), nốt giảm đậm độ nằm sát dưới bao gan (16,23%), dày thành bao Glisson (7,14%), giãn đường mật, vết sán dính vào thành đường mật (5,84%), tổn thương xơ, calci (11,04%).

- Trên MRI: Tăng tỷ trọng nhu mô, bao gan qua các mặt cắt thương tổn (20,93%), nhiều nhất là tăng đậm độ trên hình ảnh xung T2W (96,51%), sẹo xơ hóa sát bao gan (30,23%).

Siêu âm là một công cụ hữu ích để xác định các thương tổn hệ gan mật do sán lá gan lớn. CT-scan và MRI là các công cụ quan trọng chẩn đoán phân biệt các bệnh lý gan mật khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Lang, Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Văn Khá (2008). Hình ảnh siêu âm của tổn thương hệ gan mật gây ra bởi *Fasciola* spp. Tạp chí Gan mật Việt Nam, Hội thảo Gan mật toàn quốc, Hội Nghiên cứu Gan mật Việt Nam (VASLD), số đặc biệt tháng 8/2008: 70-77.
2. Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Văn Khá, Đinh Trọng Sơn (2007). Hình ảnh siêu âm và CT-scan trong tổn thương gan mật do sán lá gan *Fasciolae* spp. Hội thảo Quốc gia về ứng dụng y sinh học phân tử trong ngành ký sinh trùng học, Hà Nội, Việt Nam: 54-61.
3. Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Ngọc Vinh, Nguyễn Duy Sơn và cộng sự (2008). Đánh giá đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh trên bệnh nhân sán lá gan lớn tại một số vùng lưu hành bệnh tại Việt Nam (2006 - 2008). Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Vol.12 - phụ bản số 4: 11-18.
4. Trần Văn Lang, Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Văn Khá (2008). Hình ảnh siêu âm của tổn thương hệ gan mật gây ra bởi *Fasciola* spp. Tạp chí Gan mật Việt Nam, Hội thảo Gan mật toàn quốc, Hội Nghiên cứu Gan mật Việt Nam (VASLD), số đặc biệt tháng 8/2008: 70-77.
5. Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Văn Khá (2008). Sán lá gan lớn trong nhi khoa: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu lực phác đồ triclabendazo (TCBZ) tại một số tỉnh miền Trung - Tây Nguyên, Việt Nam (2005 - 2007). Tạp chí Y Dược học Quân sự, ISSN 1859-0748, Vol.33, số 2: 59-66.
6. Nguyễn Ngọc Vinh, Nguyễn Văn Chương, Huỳnh Hồng Quang (2017). Đặc điểm siêu âm về tổn thương hệ gan mật trên bệnh nhân sán lá gan lớn do *Fasciola gigantica*. Tạp chí Phòng chống Bệnh sốt rét và Các bệnh ký sinh trùng, Số đặc biệt (96)/2017, ISSN 0868-3735, 140-146.
7. Lê Đình Vĩnh Phúc, Lê Hữu Lợi, Huỳnh Hồng Quang (2017). Báo cáo một trường hợp viêm giả u đại tràng do sán lá gan lớn tại Trung tâm Y khoa MEDIC thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Phòng chống Bệnh sốt rét và Các bệnh ký sinh trùng, Số đặc biệt (96)/2017, ISSN 0868-3735, 358-364.
8. Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Đức Chính, Lê Đình Vĩnh Phúc (2019). Tổn thương đặc trưng trên hệ gan mật do sán lá gan lớn *Fasciola gigantica* ở người qua chẩn đoán hình ảnh. Kỷ yếu công trình NCKH Hội nghị Ký sinh trùng học Toàn quốc lần thứ 46. Nhà xuất bản Học viện Nông nghiệp, 157-166.



9. A. Fica, J. Dabanch, C. Farias, M. Castro, M. I. Jercic (2012). Acute fascioliasis: Clinical and epidemiological features of four patients in Chile. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 91-96.
10. Dusak A, Onur MR, Cicek M, Firat U et al., (2012). Radiological imaging features of *Fasciola hepatica* infection: A pictorial review. *J Clin Imaging Sci* 2012;2:2.
11. Memik Teke, Hakan Önder, Mutalip Çiçek, Cihad Hamidi et al., (2014). Sonographic findings of hepatobiliary fascioliasis accompanied by extrahepatic expansion and ectopic lesions. *J. Ultrasound Med* 2014; 33:2105-11.
12. Orhan S, Engin A et al., (2004). Hepatobiliary fascioliasis: Clinical and radiologic features and endoscopic management". *Journal of clinical gastroenterology* 2004; 38: 285-291.
13. Zafer Koç, Şerife Uluhan, Naime Tokmak (2009). Hepatobiliary fascioliasis: Imaging characteristics with a new finding. *Diagn Interv Radiol*; 15:247-51.

SPECIFIC LESION ON HEPATO-BILIARY SYSTEM IN HUMAN DUE TO *FASCIOLA GIGANTICA* BY IMAGING DIAGNOSTICS

The aim of the study: To describe the sonographic findings of human hepatobiliary fascioliasis.

Subjects and methods: With cross-sectional study design, all diagnoses were confirmed cases, sonographic and/or CT-scan, MRI findings in the hepatobiliary system were defined.

Results: Total of 1.020 fascioliasis case, 97.25% hepatobiliary lesions. The most common hepatic lesions were subcapsular localized, confluent, multiple hypoechoic nodules with poorly defined borders (88.4%), subcapsular like-hematoma (3.53%) and the biliary tract (7%); the lesions of right liver (80.28%) were much more than left ones; predominantly in liver sublobe V, VI, VII, and VIII of 80.28%; number of lesion foci were 1 or 2 (86.32% and 12.09%); diameter of foci rounded 5 - < 7 cm (53.14%); characters and sound-back features of lesions were mainly heterogenous parenchyma (96.27%), hypoechoic lesions (83.12%) and mixed-echo lesions (59.86%). In the chronic phase, typical sonographic findings were multiple sites of floating or mobile echogenic trace in gallbladder or biliary duct without posterior shadow (1.84%). There were thick wall of gallbladder and biliary tract (2.52% and 2.85%), coincident abnormalities of both liver and biliary tracts (1.18%). On the CT-scan, hypointensive, clustered oval or round images (78.57%), hypointensive near liver capsule (16.23%), thickening Glisson capsular (7.14%), dilated bile duct with fasciola trace (5.84%), fibrosis scar (11.04%). On the MRI, parenchyma hyperintense via axial and temporal slice (20.93%), especially in hyperintense on T2W images (96.51%), fibrose scar under capsular (30.23%).

Conclusions: Ultrasonography is a useful tool to confirm hepatobiliary fascioliasis. CT-scan and MRI are important tools in differentiate diagnosis with other hepatobiliary systems' diseases.

Key words: *Fasciola gigantica*, hepatobiliary tract, ultrasound, CT scan, MRI.