

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ÁP XE GAN DO KÝ SINH TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thiện Hải[✉], Đào Hữu Nam, Nguyễn Văn Lâm

Bệnh viện Nhi Trung ương

Nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc áp xe gan do ký sinh trùng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh nhi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 đến tháng 7/2024. Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nam chiếm ưu thế (55,4%), phần lớn sống tại nông thôn (59,2%) và miền núi (26,5%). Các triệu chứng thường gặp gồm đau vùng gan (75,5%), gan to (63,3%) và sốt cao liên tục (36,7%), trong khi vàng da hiếm gặp (2,0%). Số lượng bạch cầu trung bình là $15,8 \pm 7,4$ G/L, không có trường hợp nào giảm bạch cầu. Tỷ lệ tăng GOT và GPT trên 40 mmol/L lần lượt là 36,7% và 28,6%; tỷ lệ Prothrombin giảm dưới 60% gặp ở 4,1% trường hợp. CT, MRI ổ bụng cho thấy 44,9% trẻ có một ổ tổn thương gan và 55,1% có từ hai ổ trở lên. Áp xe gan do ký sinh trùng thường gặp ở trẻ trên 6 tháng. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và tình trạng thay đổi chức năng gan chiếm tỷ lệ rất thấp.

Từ khóa: Áp xe gan, ký sinh trùng, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan do ký sinh trùng là tình trạng nhiễm trùng gây nên một hoặc thành nhiều ổ viêm rải rác, hoại tử do ký sinh trùng.¹ Bệnh phân bố rải rác trên toàn thế giới, thường gặp hơn ở các nước đang phát triển như Ấn Độ, Brazil, Đài Loan, tỷ lệ mắc hàng năm ngày càng tăng từ năm 1996 (11,15/100.000) đến năm 2004 (17,59/100.000).² Biểu hiện lâm sàng là nhiễm trùng mãn tính hoặc nặng hơn là tình trạng nhiễm trùng toàn thân, có thể có biến chứng nguy hiểm và thậm chí tử vong.² Việt Nam là nước đang phát triển, có điều kiện khí hậu nhiệt đới, một số khu vực có điều kiện vệ sinh chưa tốt, tập quán sinh hoạt chưa đảm bảo vệ sinh nên nguy cơ mắc bệnh do ký sinh trùng trong đó có áp xe gan gia tăng.³ Số liệu áp xe gan do ký sinh trùng ở trẻ em Việt Nam còn khá nghèo

nàn, chẩn đoán, điều trị đôi khi còn bị trì hoãn do khó phân biệt với nguyên nhân vi khuẩn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh áp xe gan do ký sinh trùng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhi tuổi từ 1 tháng - 15 tuổi, được chẩn đoán áp xe gan do ký sinh trùng, điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2018 đến 01/07/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các ca bệnh được chẩn đoán xác định áp xe gan do ký sinh trùng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ca bệnh được chẩn đoán áp xe gan do ký sinh trùng nhưng không có xét nghiệm ELISA dương tính với 1 tác nhân cụ thể hoặc không đáp ứng với điều trị thuốc diệt ký sinh trùng hoặc không có đủ thông tin cho phân tích số liệu.

Tác giả liên hệ: Đỗ Thiện Hải

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: dothienhai.vn@gmail.com

Ngày nhận: 26/06/2025

Ngày được chấp nhận: 27/07/2025

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định khi: trẻ có triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh khẳng định áp xe gan và điều trị kháng sinh diệt vi khuẩn không đáp ứng và điều trị thuốc ký sinh trùng theo kết quả ELISA (IgM) thì đáp ứng tốt.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế theo phương pháp mô tả, hồi cứu.

Nội dung nghiên cứu

- **Đặc điểm dịch tễ:** Phân bố bệnh nhi theo lứa tuổi, giới tính, địa dư, thời gian mắc bệnh trong năm, tiền sử có liên quan...

- **Đặc điểm lâm sàng:** sốt, da xanh tái, mệt mỏi, đau bụng, vàng da, gan to...

- **Đặc điểm cận lâm sàng:** Xét nghiệm công thức máu toàn bộ (Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, acid); Xét nghiệm sinh hóa máu (Men gan, urre, creatinin, tỷ lệ Prothrombin...); Xét nghiệm xác định tác nhân (nuôi cấy máu, dịch ổ áp xe, ELISA máu tìm tác nhân ký sinh trùng).

Xác định và thu thập số liệu

- Các triệu chứng được ít nhất 2 bác sỹ chuyên ngành nhi xác nhận.

- Các xét nghiệm được thực hiện tại phòng xét nghiệm Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Giá trị các xét nghiệm được nhận định bình

thường, tăng, giảm dựa trên khuyến cáo với từng xét nghiệm, theo từng lứa tuổi từ phòng xét nghiệm tại bệnh viện Nhi Trung ương và các hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Dữ liệu được nghiên cứu viên thu thập, kiểm tra sau khi kết thúc quá trình điều trị.

Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và nhập vào máy tính. Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 theo các thuật toán sử dụng cho thống kê mô tả.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi nào của bệnh nhi và gia đình. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương chấp nhận theo Giấy chứng nhận chấp thuận số 2154/BVNTW- HĐĐĐ. Ngày 10/08/2023.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 49 trẻ được xác định mắc áp xe gan do ký sinh trùng và tất cả đều được sử dụng thuốc diệt ký sinh trùng theo Hướng dẫn của Bộ Y tế, đồng thời ngừng sử dụng kháng sinh. Tất cả bệnh nhi đều có kết quả điều trị tốt, hồi phục hoàn toàn.

Sau khi thu thập và phân tích số liệu thì chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu (n = 49)

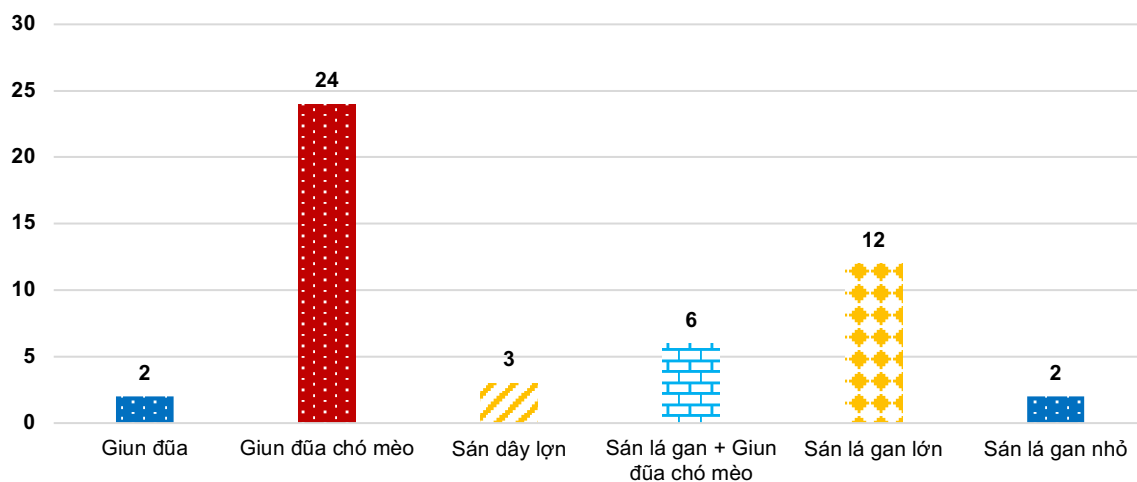
Chỉ số	n	(%)
Giới tính		
Nam	27	55,1
Nữ	22	44,9
Địa dư		
Thành thị	7	14,3
Nông thôn	29	59,2
Miền núi	13	26,5

Chỉ số	n	(%)
Tiền sử tiếp xúc vật nuôi chó, mèo		
Có	17	34,7
Không	32	65,3
Tiền sử dùng kháng sinh trước khi được chẩn đoán		
Có	7	14,2
Không	21	42,9
Không rõ	21	42,9
Phân bố bệnh nhi theo lứa tuổi (Năm)		
0 – 0,5	0	0,0
>0,5 – 2	9	18,4
>2 – 6	20	40,8
> 6	20	40,8

Tỷ lệ trẻ nam bị áp xe gan do ký sinh trùng nhiều hơn nữ (55,4%; và 44,9%). Phần lớn bệnh nhi đến từ nông thôn (59,2%) và miền núi (26,5%). Một số bệnh nhi đã dùng kháng sinh

trước khi đến bệnh viện (42,9%).

Tác nhân gây bệnh đã xác định được như sau:



Biểu đồ 1. Các tác nhân ký sinh trùng gây bệnh

Trong số các tác nhân gây bệnh thì giun đũa chó mèo chiếm số lượng cao nhất, sau đó là sán lá gan lớn.

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng của trẻ mắc bệnh (n = 49)

Triệu chứng	n	(%)
Sốt cao	18	36,7
Nôn	23	46,9
Vàng da	1	2,0
Đau vùng gan	37	75,5
Tiêu chảy	12	24,5
Gan to	31	63,3
Lách to	2	4,1
Viêm phổi	8	16,3

Triệu chứng sốt cao liên tục chiếm tỷ lệ 36,7%; đau vùng gan 75,5%; gan to 63,3%; vàng da chiếm tỷ lệ rất thấp (2,0%).

Bảng 3. Nồng độ huyết sắc tố trong máu ngoại vi (n = 49)

Chỉ số	n	%
Hb (g/L)		
Trung bình Hb ± SD	109,8 ± 16,3	
Mức độ thiếu máu		
Không thiếu máu	14	28,6
Nhẹ	22	44,8
Vừa	11	22,4
Nặng	2	4,2
Số lượng bạch cầu (BC) - (G/L)		
Trung bình ± SD	15,8 ± 7,4	
> 10	35	71,4
4 – 10	14	28,6
< 4	0	0,0
Tỷ lệ bạch cầu Acid (%)		
Trung bình ± SD	18,8 ± 11,6	
< 5	2	4,1
5 - 10	7	14,3
>10	40	81,6

Trung bình số lượng BC máu khá cao (15,8 $\pm$ 7,4 G/L). Không có trường hợp nào có BC giảm nặng. Trẻ có số lượng BC trên 10cG/L chiếm 71,4%. Tỷ lệ BC ưa acid > 10% chiếm tỷ lệ cao (81,6%).

Bảng 4. Định lượng GOT, GPT và tỷ lệ Prothrombin máu (n = 49)

Chỉ số (mmol/L)		n	%
AST (GOT), n = 49	Trung bình ± SD	62,2 ± 67,6 (14 – 311)	
	Tăng > 40	18	36,7
ALT (GPT), n = 49	Trung bình ± SD	57,3 ± 30,1 (7,2 – 487)	
	Tăng > 40	14	28,6
Tỷ lệ Prothrombin n = 49	Trung bình ± SD	80,9 ± 14,7 (47 – 110)	
	< 60	2	4,1
Protein (g/L), n = 48	Trung bình ± SD	74,1 ± 5,3 (64,0 – 90,0)	
	Giảm < 60	2	4,1
Albumin (g/L), n = 49	Trung bình ± SD	37,6 ± 5,1 (23 – 47,0)	
	Giảm < 28	3	6,1

Các chỉ số định lượng Protein, Albumin ở ngưỡng thấp hơn bình thường chiếm tỷ lệ rất thấp. Trung bình giá trị GOT là 57,3 ± 27,1; GOT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 36,7%; Trung bình giá trị GPT là 57,3 ± 30,1; GPT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 28,6%; giá trị Tỷ lệ Prothrombin giảm dưới 60% chiếm tỷ lệ 4,1%.

Bảng 5. Định lượng CRP, Na⁺, K⁺, Ure, Creatinin và glucose máu

Chỉ số (mmol/L)		n	%
CRP, n = 49			
Trung bình (X ± SD)		59,9 ± 48,7 (46 – 200)	
> 100		12	24,5
30 – 100		17	34,7
6 - <30		8	16,3
< 6		12	24,5
Na⁺ (mmol/L); n = 34			
Trung bình ± SD		136,9 ± 2,5 (131 – 141)	
Tăng > 145 hoặc < 130		0	0,0
Bình thường		49	100,0
K⁺ (mmol/L) n = 34			
Trung bình ± SD		5,0 ± 0,5 (2,8 – 5,0)	
Tăng > 6		0	0,0
Giảm < 3,0		4	8,2
Bình thường		30	82,0

Chỉ số (mmol/L)	n	%
Ure (mmol/L) n = 49		
Trung bình $\pm$ SD	5,9 $\pm$ 3,6 (1,2 – 9,5)	
Tăng > 7,7	2	4,1
Bình thường	47	95,9
Creatinin (μmol/L) n = 49		
Trung bình $\pm$ SD	39,8 $\pm$ 14,7 (2,9 – 87)	
Tăng > 38	29	59,2
Bình thường	20	40,8

Số trường hợp có chỉ số Kali máu giảm dưới 3 mmol/L chiếm tỷ lệ 8,2%; Số trường hợp có chỉ số Creatinin máu trên 38 chiếm tỷ lệ 59,2%; số trường hợp có chỉ số Ure tăng trên 7,7 chiếm 4,1%. Trung bình CRP của trẻ là 59,9 $\pm$ 48,7;

Bảng 6. Tổn thương trên phim chụp cắt lớp (CT, MRI) ổ bụng

Số ổ áp xe	n	(%)
1 ổ	22	44,9
Từ 2 ổ trở lên	27	55,1

Số trường hợp có 1 ổ tổn thương và từ 2 ổ trở lên chiếm tỷ lệ cao (44,9% và 55,1%).

IV. BÀN LUẬN

Lứa tuổi mắc bệnh khi phân tích số liệu từ 80 bệnh nhi chúng tôi thấy nhóm trẻ ở lứa tuổi từ trên 2 tuổi chiếm tỷ lệ 81,6% (40,8 và 40,8%) cao hơn nhóm dưới 2 tuổi (18,4% và 0%). Tỷ lệ trẻ nam là 55,1%, cao hơn so với nữ (44,9%). Trong một số báo cáo áp xe gan ở trẻ em trên thế giới cũng như một số bệnh nhiễm trùng khác thì cũng thường có tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ. Nghiên cứu của tác giả Yeh (2020) cho thấy bệnh nhi được chẩn đoán bệnh ở độ tuổi trung bình là 9,6 $\pm$ 6,2 tuổi và tỷ lệ nam/nữ là 1,92/1.⁴ Grossa phân tích hồi cứu 24 trường hợp trẻ em tại Bỉ từ 1996 - 2019 cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,4 và tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 3,2 tuổi.⁵ Nghiên cứu hồi cứu mô tả áp xe gan tại Bệnh viện Nhi đồng Albert-Royer Quốc gia Dakar (01/01/2010 đến 31/12/2014) thấy tất cả trẻ em từ 0-15 tuổi thì thấy nam giới chiếm đa

số (tỷ lệ nam/nữ là 1,36), độ tuổi trung bình của trẻ em là 7,2 tuổi.⁶ Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh không gặp ở nhóm trẻ dưới 6 tháng (0,5 tuổi) có thể do chế độ chăm sóc và cho ăn dặm khác so với lứa tuổi lớn hơn, chủ yếu bú mẹ và sữa công thức nên nguy cơ mắc bệnh sẽ không hoặc rất ít gặp.

Bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở cả 3 vùng địa lý gồm trẻ đến từ khu vực nông thôn và miền núi chiếm tỷ lệ cao (59,2% và 26,5%) so với trẻ từ khu vực thành thị. Một số đã công bố thì bệnh thường gặp ở các nước đang phát triển và giảm dần ở các nước phát triển. Phân tích yếu tố có thể ảnh hưởng đến số ca mắc bệnh thì thấy rằng điều kiện sinh hoạt thấp, vệ sinh an toàn thực phẩm, vệ sinh cá nhân và ý thức phòng bệnh có thể còn thấp ở những nơi có số ca mắc nhiều hơn. Nhưng

kể cả ở một số khu vực đô thị cũng có thể có điều kiện vệ sinh, kinh tế chưa tốt. Báo cáo tại khu vực Dakar thì hầu hết trẻ em đến từ các khu vực đô thị của thành phố nhưng với tình trạng kinh tế xã hội thấp và lối sống bấp bênh có thể là những yếu tố góp phần làm tăng số ca mắc bệnh, đặc biệt là do ký sinh trùng.⁶ Ở Việt Nam, người dân làm nông nghiệp chiếm tỷ lệ cao cùng với tập quán chăn nuôi gia súc quy mô nhỏ lẻ, thói quen ăn uống của người dân tại nhiều địa phương chưa hợp vệ sinh nên có nguy cơ mắc bệnh SLGL cao. Bệnh sán lá gan lớn ở người đã được phát hiện tại ít nhất 52 tỉnh, thành trong cả nước, đặc biệt ở 15 tỉnh khu vực miền Trung, Tây Nguyên và ven biển, có vùng tỷ lệ nhiễm lên đến trên 11%.³

Phân tích các triệu chứng lâm sàng chúng tôi thấy rằng có 3 triệu chứng chiếm tỷ lệ cao là: Sốt cao (36,7%); đau vùng gan (75,5%); gan to (63,3%); vàng da chiếm tỷ lệ rất thấp (2,0%). Trong một số báo cáo khác trên thế giới cũng cho thấy các biểu hiện lâm sàng tương tự kết quả của chúng tôi như tác giả Işsanu, M. I về một trường hợp bé gái 3 tuổi mắc áp xe gan do ký sinh trùng cũng được nhập viện vì đau bụng và sốt nhẹ.⁷ Nhìn chung, các triệu chứng của bệnh do ký sinh trùng thì thường không rõ ràng như bệnh lý do vi khuẩn. trẻ có thể hay có biểu hiện đau bụng và thiếu máu nhưng cũng không đặc hiệu cho một bệnh nhiễm trùng nào.

Có 1 số trường hợp áp xe gan có viêm phổi vì triệu chứng áp xe gan do ký sinh trùng thường không rõ ràng và chỉ được phát hiện tình cờ khi đi khám vì bệnh cấp tính khác trong đó có viêm phổi, hoặc có những trường hợp phát hiện bệnh khi tình cờ kiểm tra siêu âm bụng hoặc triệu chứng đau bụng mơ hồ.

Phân tích nồng độ Hb cho thấy có 14 trường hợp (28,6%) trẻ không thiếu máu. Số ca bệnh còn lại thiếu máu các mức độ khác nhau, Nhóm trẻ thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 44,8%; nhóm

thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 22,4%. Một số báo cáo cũng thấy có tình trạng thiếu máu các mức độ và tỷ lệ khác nhau ở trẻ mắc bệnh. Báo cáo của Bar (2016) cho thấy thiếu máu chiếm tỷ lệ 69,2%.⁶ Trong các trường hợp nhiễm trùng do ký sinh trùng hay vi khuẩn thì đều có thể giảm nồng độ huyết sắc tố các mức độ khác nhau.

Xem xét số lượng và tỷ lệ bạch cầu trong máu ngoại vi chúng tôi thấy rằng trung bình số lượng bạch cầu máu khá cao ($15,8 \pm 7,4$ G/L), chỉ số CRP trong máu là $59,9 \pm 48,7$ mmol/L. Trong số các thông số xét nghiệm ở một số báo cáo từ các vùng khác nhau, các thời kỳ khác nhau thì thấy tăng bạch cầu là phổ biến (70,3%).⁴ Báo cáo của Işsanu, M. I về ca bệnh áp xe gan do ký sinh trùng cho thấy thiếu máu vừa phải, các dấu hiệu viêm cao và chức năng gan bình thường.⁷ Chúng tôi nhận thấy rằng áp xe gan do ký sinh trùng cũng là tình trạng nhiễm trùng do vi sinh vật gây nên. Do vậy, sẽ có phản ứng đáp ứng viêm của cơ thể làm tăng các chỉ số bạch cầu, CRP...

Phân tích tỷ lệ BC ưa acid trong máu chúng tôi thấy tỷ lệ BC ưa acid > 10% chiếm tỷ lệ cao (81,6), điều này phù hợp với tình trạng nhiễm ký sinh trùng nói chung và áp xe gan do ký sinh trùng nói riêng. Do vậy, tỷ lệ bạch cầu ưa acid tăng cao trên 10% ở trẻ mắc áp xe gan có thể gợi ý nguyên nhân do ký sinh trùng, đặc biệt khi điều trị kháng sinh diệt vi khuẩn không đáp ứng.

Phân tích số liệu thu được chúng tôi thấy số trường hợp có chỉ số Kali máu giảm dưới 3 mmol/L chiếm tỷ lệ 8,2% và không có trường hợp nào tăng trên 6mmol/L; Số trường hợp có chỉ số Creatinin máu trên 38 chiếm tỷ lệ 59,2%; số trường hợp có chỉ số Ure tăng trên 7,7 chiếm tỷ lệ 4,1%. Các chỉ số định lượng Protein, Albumin, Prothrombin ở ngưỡng thấp hơn bình thường chiếm tỷ lệ rất thấp. Trung bình giá trị GOT là $62,2 \pm 37,6$; GOT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 36,7%; Trung bình giá trị

GPT là $57,3 \pm 30,1$; GPT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 28,6%; giá trị Tỷ lệ Prothrombin giảm dưới 60% chiếm tỷ lệ 4,1%. Trong báo cáo của Kolsler cho thấy CRP rất cao và ngay cả ở thời điểm xuất viện.⁸ Báo cáo của Yeh thì cho thấy nồng độ alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase, trong huyết thanh tăng lần lượt được tìm thấy ở 40,5, 48,6% các trường hợp và tất cả các bệnh nhân đều có nồng độ protein phản ứng C trong huyết thanh tăng cao.⁴ Tác giả Hsu thì thấy thường tăng mức protein phản ứng C (CRP) ($> 10 \text{ mg/dL}$).⁹ Qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng, trong các trường hợp áp xe gan do ký sinh trùng thì thường có chỉ số bạch cầu và CRP tăng cao, men gan tăng ít và chức năng gan ít bị suy giảm nặng. Đây có thể là điểm khác biệt giữa các bệnh lý có tổn thương gan.

Phân tích số ca mắc bệnh thì đều có tổn thương dạng ổ tại gan. Số trường hợp có 1 ổ tổn thương (44,9%) và từ 2 ổ trở lên chiếm tỷ lệ cao (55,1%). Hình ảnh chụp CLVT tổn thương gan rất đa dạng, có thể thấy cấu trúc giảm âm hay hỗn hợp có thể tập trung thành đám hình chùm nho hay đám kết hợp rải rác, có bờ không rõ.¹⁰ Báo cáo của Işşanu, M. I (2021) cũng cho thấy vai trò của siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính trong việc chẩn đoán áp xe gan.⁷

Trong số các tác nhân gây bệnh chúng tôi xác định được thì giun đũa chó mèo chiếm số lượng cao nhất (24/49), sau đó là sán lá gan lớn (12/49) và một số tác nhân ký sinh trùng khác. Tác giả Võ Ngọc Thủy Tiên báo cáo về áp xe gan ở trẻ em nhập bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/1/2009 đến 31/12/2014 thấy 19,6% do các loại ký sinh trùng (ngoại trừ Amip), trong đó *Fasciola hepatica* (5 ca), *Clonorchis sinensis* (2 ca), *Echinococcus* (2 ca).¹¹ Trong các tác nhân gây bệnh chúng tôi xác định được thì giun đũa và sán dây lợn gây áp xe gan khá hiếm gặp, ít được mô tả trong y văn. Chúng tôi chẩn đoán ca

bệnh dựa trên triệu chứng sốt, đau bụng, chụp cắt lớp ổ bụng thấy có ổ áp xe gan, chỉ định điều trị kháng sinh diệt vi khuẩn sinh mủ không đỡ và xét nghiệm máu thấy có IgM dương tính. Sau đó cho điều trị thuốc ký sinh trùng theo kết quả IgM thì bệnh nhân đáp ứng tốt. Thực tế lâm sàng trong bệnh viện chúng tôi đã ghi nhận một số trường hợp áp xe gan do giun đũa, thậm chí giun chui ra từ đường dẫn lưu ổ áp xe. Đây có thể là trường hợp áp xe gan do giun đũa đi lên từ đường mật. Áp xe gan do sán dây lợn rất hiếm gặp nhưng cũng đã được mô tả trong một số nơi như Ấn độ, Nepal hoặc được mô tả khi phẫu thuật ruột và vô tình phát hiện.^{12,13}

Kết quả này cho thấy số ca áp xe gan do ký sinh trùng vẫn là vấn đề cần được quan tâm, đặc biệt là khi có chẩn đoán do ký sinh trùng thì sẽ giảm thiểu tình trạng sử dụng kháng sinh không cần thiết gây tổn kém và không mang lại hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy áp xe gan do ký sinh trùng không gặp ở trẻ dưới 6 tháng tuổi, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ bệnh nhi đến từ khu vực thành thị ít hơn so với khu vực nông thôn, miền núi. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Các chỉ số CRP, Bạch cầu aid trong máu tăng cao. Tỷ lệ suy giảm chức năng gan thấp. Để giúp chẩn đoán sớm áp xe gan do ký sinh trùng thì cần kết hợp giữa lâm sàng, chụp CT, MRI ổ bụng và ELISA xác định tác nhân ký sinh trùng khi thấy tỷ lệ bạch cầu acid trong máu tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akhondi H, Sabih DE (2023). Liver Abscess. *StatPearls*. StatPearls Publishing. StatPearls Publishing LLC.; 2023.
2. Bộ Y Tế. Áp xe gan do vi khuẩn (2015). *Hướng dẫn sử dụng Kháng sinh*. Ban hành kèm

theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 2/3/2015 của Bộ Y tế. trang 152 - 154.

3. Nguyễn Văn Đề (2012). Thực trạng bệnh sán lá gan lớn Fascioliasis tại Việt Nam. *Tạp chí phòng chống sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*. 2012; 2:17-20.

4. Yeh PJ, Chen CC, Lai MW, et al (2020). Pediatric Liver Abscess: Trends in the Incidence, Etiology, and Outcomes Based on 20-Years of Experience at a Tertiary Center. *Front Pediatr*. 2020; 8:111. doi:10.3389/fped.2020.00111.

5. Grossar L, Hoffman I, et al (2022). Liver abscesses in the Western pediatric population. *Acta gastro-enterologica Belgica*. Jul-Sep 2022; 85(3): 439-445. doi:10.51821/85.3.10211.

6. Ba ID, Ba A, Faye PM, et al (2016). [Particularities of liver abscesses in children in Senegal: Description of a series of 26 cases]. *Archives de pediatrie : organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*. May 2016; 23(5): 491-6.

7. Ieşanu MI, Cliveti R, Anghel M, et al (2021). Parasite-Induced Th2 Polarization-An Unusual Cause of Paediatric Hepatic Abscess. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. Dec 2 2021; 57(12) doi:10.3390/medicina57121322.

8. de Kolster CE, Guerreiro N, et al (1990). [Hepatic abscess in children: analysis of 20 cases]. *Gen*. Jul-Sep 1990; 44(3): 221-6. Abscesos hepáticos en niños: análisis de 20

casos.

9. Hsu YL, Lin HC, Yen TY, et al (2015). Pyogenic liver abscess among children in a medical center in Central Taiwan. *Journal of microbiology, immunology, and infection, Wei mian yu gan ran za zhi*. Jun 2015; 48(3): 302-5. doi:10.1016/j.jmii.2013.08.009.

10. Lê Lệnh Lương (2015). Hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính 126 bệnh nhân tổn thương gan mật do sán lá gan lớn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 8/2011 đến tháng 10/2014. *Tạp chí Y học Thực hành*, 11 (985): 45-48.

11. Võ Ngọc Thủy Tiên. Đặc điểm bệnh áp xe gan ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 20 * Số 5 * 2016*.

12. Babu B, Jayant D, Behera A, Tandup C, Thakur V, Kothari A, et al. Isolated cysticercosis of the liver - A rare case report on diagnosis and management of an incidental finding during prepyloric perforation peritonitis repair. *Trop Parasitol* 2024; 14: 120-3.

13. Yu HJ, Ahn CS, Lim S, et al. Biliary Taeniasis with Cholecystitis: An Unusual Case of Taenia solium Infection with a Literature Review. *The American journal of tropical medicine and hygiene*. Jan 2019; 100(1): 135-139. doi:10.4269/ajtmh.18-0633.

Summary

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH LIVER ABSCESS CAUSED BY PARASITES

To describe the clinical and subclinical characteristics of children with parasitic liver abscesses, we conducted a retrospective descriptive study on pediatric patients treated at the Vietnam National Children's Hospital from January 2018 to July 2022. The results showed a predominance of male patients (55.4%), with the majority living in rural (59.2%) and mountainous areas (26.5%). Common symptoms included hepatic pain (75.5%), hepatomegaly (63.3%), and persistent high fever (36.7%), while jaundice was rare (2.0%). The mean white blood cell count was 15.8 ± 7.4 G/L, with no case of leukopenia. Elevated GOT and GPT levels above 40 mmol/L were found in 36.7% and 28.6% of cases, respectively; a reduced prothrombin ratio below 60% was observed in 4.1%. Abdominal CT and MRI revealed single liver lesions in 44.9% of patients and multiple lesions in 55.1%. Parasitic liver abscesses were commonly seen in children over 6 months of age. Clinical symptoms were non-specific, and liver function abnormalities were uncommon.

Keywords: Liver abscess, parasite, children.