



CASE TUẦN 118

BÌNH LUẬN VÀ CHIA SẺ

Báo cáo ca bệnh: SÁN LÁ PHỔI

Lời Vietnamfor:

Bệnh sán lá phổi (Lung Paragonimiasis) hiện nay hiếm gặp ở Việt Nam, mặc dù khoảng hai thập niên trước, đây là bệnh cũng khá thường gặp. Hiện tượng giảm dịch tể này là do người dân đã dần bỏ thói quen ăn sinh vật thủy sinh (như cua, ốc, tôm...) nước ngọt sống. Đặc điểm cơ bản trong thực hành bệnh này là khó chẩn đoán sớm trong giai đoạn đầu vì triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và rất dễ chẩn đoán nhầm với lao phổi. Trong ca bệnh tuần lần này, Vietnamfor xin trích dẫn một báo cáo ca lâm sàng từ tạp chí *Respirology Case Reports*, 2025; 13:e70131 của các tác giả Arun Kumar Mahato và cs (Nepal). Các bạn có thể tìm hiểu thêm về bệnh này từ bài “Bệnh do Ký sinh trùng”, trong: *Thực hành nội khoa bệnh phổi, Y học 2022*.

Ca bệnh:

Một nông dân 48 tuổi, không nghiện rượu, không hút thuốc, không có tiền sử bệnh lý đáng kể, đã đến khám với lý do ho kéo dài trên 3 tháng. Ban đầu ho khan trước khi chuyển sang ho lẫn máu. Bệnh nhân cũng có biểu hiện đau ngực, sốt tăng vào buổi tối, ớn lạnh và khó thở khi gắng sức.

Bệnh nhân đã khám với tình trạng bệnh tương tự lần đầu và các xét nghiệm ban đầu cho thấy số lượng bạch cầu ái toan tuyệt đối (AEC) tăng đáng kể lên $2.480/\text{mm}^3$ (31%: phạm vi bình thường là $<7\%$).

Chụp CT ngực cho thấy một vài thay đổi giãn phế quản dạng nang nhỏ, thành dày ở thùy trên và dưới của phổi phải và thùy dưới của phổi trái, tình trạng đông đặc quanh khoang, hình ảnh mờ kính mờ và một vài sợi xơ hóa ở phần đáy của thùy dưới phổi trái (Hình 1A, B bên dưới).

Sau những phát hiện này, bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi tăng bạch cầu ái toan do ký sinh trùng (hội chứng Loeffler), và các chẩn đoán phân biệt gồm: viêm phổi tăng bạch cầu ái toan do thuốc hoặc độc tố, tăng bạch cầu ái toan phổi nhiệt đới, u hạt dị ứng, hen/dị ứng, nấm (đặc biệt là *Aspergillus*, *Pneumocystis*) và lao.



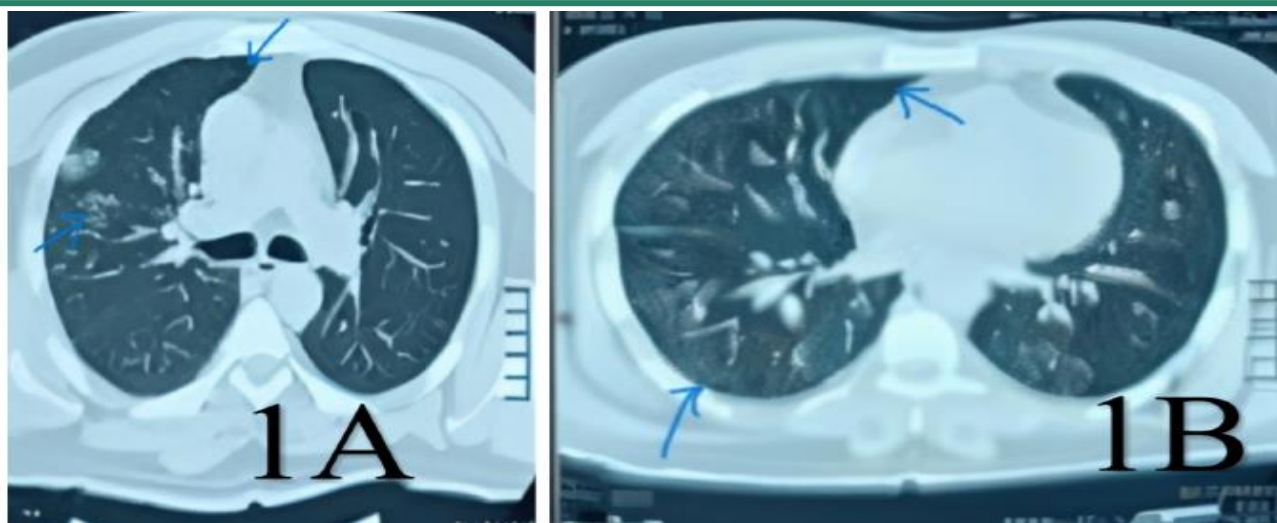
Bệnh nhân được kê đơn thuốc kháng histamin, steroid liều thấp, kháng sinh và thuốc ức chế bơm proton trong 2 tuần. Mặc dù đã được điều trị, bệnh nhân vẫn không khỏi hoàn toàn ho, khó thở và đau ngực.

Bệnh nhân đã đến khám lại sau vài ngày. Xét nghiệm máu cho thấy tốc độ lắng máu (ESR) tăng, bạch cầu (WBC) bình thường và số lượng bạch cầu ái toan bình thường. Sau đó, mẫu đờm của bệnh nhân đã được gửi đi xét nghiệm AFB và Gene Xpert tuy nhiên, kết quả xét nghiệm AFB và Gene Xpert đều âm tính.

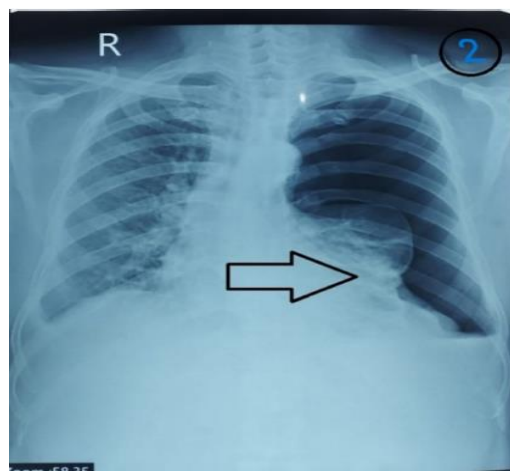
Sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân lại quay lại tái khám với các triệu chứng khó thở khi gắng sức và ho khan mạn tính. Trong lần khám này, bệnh nhân được phát hiện có tràn khí màng phổi trái (lâm sàng và Xquang ngực) (Hình 2). Do đó, bệnh nhân được nhập viện với tràn khí màng phổi trái kích thước lớn (Hình bên dưới 2). Khi tình trạng khó thở đã cải thiện đáng kể, chụp CT ngực xác nhận tràn khí màng phổi trái, loại trừ các chẩn đoán khác.

Khi được hỏi chi tiết về thói quen ăn uống của mình, bệnh nhân cho biết ăn ốc nước ngọt sống để điều trị đau khớp, một phương pháp phổ biến trong cộng đồng của ông để kiểm soát đau khớp. Chẩn đoán sán lá phổi đã được xem xét lại sau khi loại trừ bệnh lao, viêm đa mạch hạt, viêm phổi tăng bạch cầu ái toan do thuốc hoặc độc tố và bệnh nấm *Aspergillus*. Bệnh nhân đã được nội soi phế quản, kết quả cho thấy các cục máu đông trong phế quản thùy trên. Khi xét nghiệm soi tươi dưới kính hiển vi dịch rửa phế quản phế nang (BAL) cho thấy một hình ảnh hiếm gặp về trứng của loài *Paragonimus* (Hình 3A bên dưới) cùng với trực khuẩn Gram âm và cầu khuẩn Gram dương. Xét nghiệm đờm cũng cho thấy một cấu trúc hình trứng màu vàng nâu với nắp giống trứng *Paragonimus* (Hình 3B bên dưới). Bệnh nhân được chẩn đoán Paragonimiasis và được điều trị bằng praziquantel (25 mg/kg, ba lần mỗi ngày) trong 3 ngày.

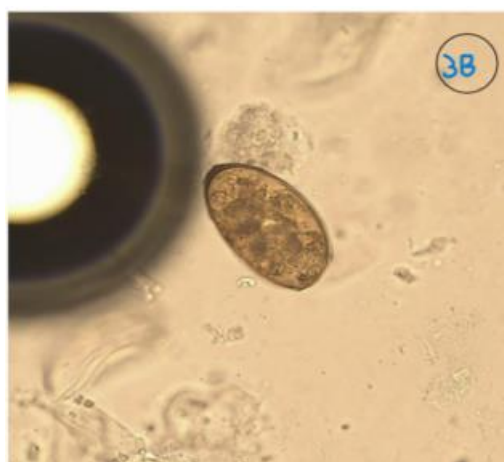
Các triệu chứng lâm sàng giảm dần và bệnh nhân được xuất viện sau 5 ngày với tư vấn về chế độ ăn uống và hướng dẫn theo dõi sau 1 tháng. Trong lần theo dõi cuối cùng, không có tái phát tràn khí màng phổi hoặc có bất thường phổi trên hình ảnh chụp và bệnh nhân hoàn toàn hết triệu chứng.



Hình 1. (A) và (B): Chụp CT ngực cho thấy hình ảnh mờ kính mờ ở phân thùy đáy của phổi trái, có thể là bệnh lý nhiễm trùng với một vài hình ảnh xơ hóa dạng lưới và một dải tràn khí màng phổi mỏng khoảng 3 mm dọc theo vùng đỉnh của thùy trên phổi trái.



Hình 2. Chụp X-quang ngực cho thấy tràn khí màng phổi trái (mũi tên).



Hình 3. (A) Mẫu soi tươi dịch BAL cho thấy trứng của *Paragonimus westermani*. (B) Phết đờm cũng cho thấy cùng một trứng với *Paragonimus westermani*.