

Khảo sát trên cộng hưởng từ kết hợp khám lâm sàng vị trí gây triệu chứng nhiều nhất là tầng L4-L5 chiếm 46.1%, thấp nhất là L3-L4 14.5%, tầng L5-S1 38,5%. Chẩn đoán trước can thiệp chủ yếu hẹp ống sống thắt lưng chiếm tỷ lệ 61,5%, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đơn thuần 38,5%.

Điểm VAS sau can thiệp 1 tuần của 13 BN trung bình là 4,3 ± 0,78 thấp hơn điểm VAS trước can thiệp trung bình là 7,3 ± 0,3. Tại thời điểm 3 tháng khảo sát, điểm VAS sau can thiệp trung bình là 3,2 ± 0,9 thấp hơn điểm VAS trước can thiệp trung bình là 7,3 ± 0,3. Mức độ đau sau can thiệp 4 tuần và 12 tuần giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p < 0,001).

Bảng 3.2. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm theo dõi

Thời điểm theo dõi	Trước can thiệp	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Điểm VAS trung bình	7,3	4,3	3,3	3,2

Điểm VAS (đau rễ thần kinh) trước can thiệp so sánh sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng (n = 13) giảm có ý nghĩa thống kê theo kiểm định T-test (p < 0,05).

Trong những năm gần đây, phong bế thần kinh giảm đau đã phát triển như một kỹ thuật điều hòa thần kinh đầy hứa hẹn để kiểm soát các hội chứng đau mãn tính khác nhau, như đau rễ thần kinh, đau dây thần kinh sinh ba, đau thần kinh chằm và đau khớp gối [6].

Theo tác giả Brian T. Boies, điều trị đau thần kinh thắt lưng mạn tính bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột ở BN thoát vị đĩa đệm và bệnh rễ thần kinh cho thấy hiệu quả giảm đau ở thời điểm 3, 6 và 12 tháng (mức độ bằng chứng vừa phải) và ở BN hẹp ống sống kèm đau cách hồi thần kinh (mức độ bằng chứng yếu) [7]

Một yếu tố quan trọng khác của hiệu quả điều trị là loại steroid, chúng tôi sử dụng dexamethasone kèm lidocain, một số nghiên cứu cho thấy BN đáp ứng tốt hơn so với triamcinolone, betamethasone, bupivacaine [7], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được thực hiện thủ thuật và theo dõi tại giường bệnh. Các biến chứng theo dõi gồm: Đau khu trú tại chỗ kéo dài trên 2 tuần, đau thần rễ nặng lên sau can thiệp 2 tuần, nhiễm trùng, yếu liệt tiến triển.

3.5. Tình trạng lâm sàng và biến chứng sau can thiệp. Chúng tôi có 16 BN thỏa điều kiện đưa vào can thiệp phong bế thần kinh, có 1 BN không cải thiện triệu chứng ở tháng thứ 2 và được phẫu thuật giải ép thần kinh, 2 BN mất dấu trong quá trình theo dõi.

Bảng 3.3. Biến chứng sau can thiệp

Biến chứng sau can thiệp	Số BN	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	0	0
Đau rễ nặng lên sau can thiệp	1	7,7%
Đau vị trí đâm kim kéo dài trên 2 tuần	0	0
Yếu liệt tiến triển	0	0

Trong 13 BN, chỉ có 1 BN gặp phải biến chứng đau nặng lên theo rễ và hồi phục sau 10 tiếng, các biến chứng như nhiễm trùng, đau khu trú vị trí đâm kim, đặc biệt yếu liệt chỉ dưới không xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp đau nặng lên theo rễ thần kinh (VAS 8 điểm) so với trước thủ thuật (VAS 6 điểm), được theo dõi nội viện và hồi phục hoàn toàn sau 10 giờ. BN được chụp cộng hưởng từ kiểm tra sau đó không ghi nhận nhồi máu tủy, máu tụ ngoài màng cứng... Một số tác giả báo cáo trường hợp lâm sàng ghi nhận biến chứng tương tự chúng tôi với thủ thuật phong bế thần kinh qua lỗ liên hợp [5]. Các nguyên nhân gây đau tăng theo rễ có thể có: tổn thương - huyết khối mạch máu, nhồi máu tủy, máu tụ màng tủy, tổn thương rễ thần kinh, chèn ép rễ thần kinh. Trong trường hợp này, chúng tôi nghĩ nhiều đến nguyên nhân chèn ép rễ thần kinh khi tiêm nhanh lượng nhiều 10ml hỗn hợp dung dịch dexamethasone + lidocain vùng cùng cột khi thuốc chưa tan có thể gây chèn ép thêm cho rễ thần kinh đã bị chèn ép trước đó tình trạng thoái hóa. Do đó chúng tôi đề nghị không nên bơm thuốc quá nhanh và chỉ nên bơm từ từ.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị đau thắt lưng mạn tính bằng phương pháp dùng steroid phong bế cùng cột tương đối an toàn, giảm đau hiệu quả và kéo dài, tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn. Đây là lựa chọn ít xâm lấn cho các BN đau thắt lưng mạn tính mà không đáp ứng với các điều trị nội khác. Tuy nhiên cần đánh giá theo dõi dài hơn, cũng như số lượng BN lớn hơn để đánh giá hiệu quả toàn diện và kết quả lâu dài của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kalichman L, Suri P, Guermazi A, et al** (2009). Facet orientation and tropism: Associations with facet joint osteoarthritis and degenerative spondylolisthesis. Spine (Phila Pa 1976):34(16): 579-585.
- Leclaire R, Fortin L, Lambert R, et al** (2001). Radiofrequency facet joint denervation in the treatment of low back pain: A placebo-controlled clinical trial to assess efficacy. Spine (Phila Pa 1976) 26(13): 1411-1416; discussion 1417.

- Martin WJ, Ashton-James CE, Skorpil NE, et al (2013). What constitutes a clinically important pain reduction in patients after third molar surgery? Pain Research & Management, 18(6): 319-322.
- Nath S, Nath CA, Pettersson K (2008). Percutaneous lumbar zygapophysial (Facet) joint neurotomy using radiofrequency current, in the management of chronic low back pain: A randomized double-blind trial. Spine (Phila Pa 1976) 33(12): 1291-1297.
- Ghaly RF, Zouki T, Pynadath A, et al (2018). Transforaminal epidural steroid injection can result in further neurological injury in a patient with severe foraminal stenosis and nerve impingement. Surg Neurol Int 9:159.
- Vanneste T, Van Lantschoot A, Van Boxem K, et al (2017). Pulsed radiofrequency in chronic pain. Current opinion in anaesthesiology 30(5): 577-582.
- Ameet S. Nagpal, To Nhu Vu, Benjamin Gill, et al (2022). Systematic review of the effectiveness of caudal epidural steroid injections in the treatment of chronic low back or radicular pain.
- Caraköse Çalışkan D, Akesen S, Türker YG, et al (2021). The effect of combined pulsed radiofrequency treatment to dorsal root ganglion with transforaminal epidural steroid injection on pain. Agri: Agri (Algoloji) Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology 33(4): 223-231.

TÌNH HÌNH NHIỄM KÝ SINH TRÙNG CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ Y TẾ TẠI TỈNH VINH LONG NĂM 2023

Nguyễn Quốc Phục¹, Đặng Phúc Vinh²,
Huỳnh Quế Thu², Nguyễn Trương Duy Tùng^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ký sinh trùng là bệnh có tỷ lệ mắc cao tại Việt Nam. Các triệu chứng thường kém đặc hiệu và diễn tiến âm thầm gây khó khăn trong công tác chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ mắc và tình hình phân bố các loại ký sinh trùng tại tỉnh Vinh Long năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi đã tiến hành khảo sát cắt ngang thông qua số liệu từ hệ thống giám sát bệnh ký sinh trùng tỉnh Vinh Long. Thu mẫu toàn bộ từ tất cả các cơ sở y tế công lập và tư nhân có thực hiện xét nghiệm chẩn đoán bệnh do ký sinh trùng. Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính các tỷ lệ. Các biến số được sử dụng bao gồm tuổi, giới, địa chỉ, số lượng ký sinh trùng nhiễm và đơn vị xét nghiệm. **Kết quả:** Có 1218 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm ít nhất 01 loại ký sinh trùng, tuổi trung bình $42 \pm 17,5$ tuổi. Nhóm tuổi từ 15-45 có tỷ lệ nhiễm cao nhất 48,0%, trên 45 tuổi chiếm 44,7% và từ dưới 15 tuổi chiếm 7,2%. Nam giới chiếm 42,8%. Tỷ lệ nhiễm Toxocara spp. 65,2%, Ascaris spp. và Schistosoma spp. có tỷ lệ nhiễm thấp hơn, chiếm lần lượt là 11,5% và 9,1%. Echinococcus spp. và Strongyloides spp. chiếm tỷ lệ lần lượt là 5,5% và 5,2%. Tỷ lệ đơn nhiễm chiếm 71,3%, nhiễm hai loại 21,6%, ba loại 4,9%, bốn loại 1,7% và năm loại 0,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng ghi nhận tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vinh Long cao, trong đó Toxocara spp. chiếm đến 65,2%, cần triển khai sớm các hoạt động phân vùng và kiểm soát nhóm đối tượng nguy cơ cao để giảm tỷ lệ nhiễm ký sinh

trùng trên người. **Từ khóa:** ký sinh trùng, Toxocara spp., Vinh Long.

SUMMARY

PARASITE INFECTION STATUS OF PATIENTS VISITING SOME MEDICAL FACILITIES IN VINH LONG PROVINCE IN 2023

Background: Parasites are a disease with a high incidence in Vietnam. Symptoms are often less specific and progress silently, making diagnosis and treatment difficult. **Objectives:** To determine the incidence and distribution of parasites in Vinh Long province in 2023. **Subjects and methods:** We conducted a cross-sectional survey through data from the parasitic disease monitoring system in Vinh Long province. Collect complete samples from all public and private medical facilities that perform diagnostic tests for parasitic diseases. The metrics after collection were processed using SPSS 20.0 software to calculate the ratios. Variables used included age, gender, address, number of infectious parasites and testing units. **Results:** There were 1218 patients diagnosed with at least 01 type of parasite, average age 42 ± 17.5 years old. The age group 15-45 years had the highest prevalence 48.0%, over 45 years 44.7% and under 15 years 7.2%. Men account for 42.8%. Prevalence of Toxocara spp. 65.2%, Ascaris spp. and Schistosoma spp. had lower prevalence, accounting for 11.5% and 9.1%, respectively. Echinococcus spp. and Strongyloides spp. accounted for 5.5% and 5.2%, respectively. Monoinfection accounted for 71.3%, two types 21.6%, three types 4.9%, four types 1.7% and five types 0.4%. **Conclusion:** The rate of parasitic infections recorded at medical facilities in Vinh Long province is high, of which Toxocara spp. accounting for 65.2%, it is necessary to soon deploy zoning activities and control high-risk groups to reduce the rate of parasitic infections in humans.

Keywords: parasites, Toxocara spp., Vinh Long.

¹Sở Y tế tỉnh Vinh Long

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Vinh Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trương Duy Tùng

Email: bsduytungvlg.syt@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 10.12.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ký sinh trùng đường ruột do động vật nguyên sinh và giun sán là những bệnh nhiễm trùng phổ biến nhất trong số các bệnh truyền nhiễm bị bỏ quên do các triệu chứng điển tiến âm thầm. Người ta ước tính có hơn 3500 triệu người, chủ yếu là trẻ em ở các nước đang phát triển, bị nhiễm ký sinh trùng đường ruột. Nhiễm ký sinh trùng có thể gây tiêu chảy và kém hấp thu ở ruột, trường hợp nặng nhất có thể ảnh hưởng đến sự tăng trưởng thể chất và phát triển trí tuệ của trẻ em cũng như năng suất lao động của người lớn. Theo báo cáo phân bố bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng tại 63 tỉnh thành của Bộ Y tế, tỉnh Vĩnh Long thường nhiễm 05 loại ký sinh trùng sau: Sán lá gan lớn, Sán dây/ấu trùng sán lợn, Giun lươn, Ấu trùng giun đũa chó mèo, Ấu trùng giun đầu gai. Số loại ký sinh trùng nhiễm bệnh của tỉnh Vĩnh Long bằng hoặc cao hơn 01 số tỉnh thành khu vực phía Nam. Theo kết quả điều tra của Viện Ký sinh trùng - Côn trùng TP. Hồ Chí Minh tháng 6 năm 2020 tại xã Trà Côn, huyện Trà Ôn, tỉnh Vĩnh Long: mẫu phân người nhiễm giun, sán, đơn bào 01/133 mẫu, chiếm 0,75%; ngoài ra còn thực hiện mẫu đất (21 mẫu) và nước (10 mẫu) đều âm tính, riêng mẫu rau người dân thường ăn sống nhiễm giun, sán, đơn bào 07/13 mẫu, chiếm tỷ lệ 53,8%.

Một cuộc khảo sát huyết thanh học đã được thực hiện bằng cách sử dụng ELISA để ước tính tỷ lệ nhiễm giun sán ở mô và trong lòng ruột ở những bệnh nhân nằm viện tại khu vực Hà Nội. Tỷ lệ huyết thanh dương tính chung của các loại giun sán ở mô và trong lòng ruột là 64,0% (95% CI 61,2–66,8) trong số 1.120 bệnh nhân thăm khám Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018. Tỷ lệ huyết thanh dương tính cao nhất được quan sát thấy đối với *Toxocara spp.* (59,0%), *Strongyloides stercoralis* (46,3%), *Gnathostoma spp.* (25,5%), *Cysticercus* (12,8%), *Angiostrongylus cantonensis* (10,5%), *Fasciola spp.* (11,1%) và *Clonorchis sinensis* (8,7%). Nhiễm trùng đơn loài (11,1%) thấp hơn nhiễm trùng nhiều loài (53,0%) ($P < 0,05$) [9]. Đời sống người dân ngày càng được nâng cao đặt ra vấn đề về chăm sóc sức khỏe toàn diện không chỉ điều trị các bệnh cấp tính mà đòi hỏi hệ thống y tế còn phải dự phòng các bệnh mạn tính, ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe. Do đó, để có một cái nhìn tổng quan về tình hình và tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng ở nhóm đối tượng bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế và điều trị hiệu quả bệnh do ký sinh trùng gây ra, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Xác định

tỷ lệ nhiễm, phân bố các loại ký sinh trùng của bệnh nhân khám tại một số cơ sở y tế tại tỉnh Vĩnh Long năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân có xét nghiệm xác định nhiễm các bệnh sinh trùng tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN sinh sống tại tỉnh Vĩnh Long.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN sinh sống ngoài tỉnh Vĩnh Long.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại tất cả các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long có thực hiện xét nghiệm ký sinh trùng trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành thu thập thông tin của 1.218 lượt bệnh nhân được xét nghiệm xác định nhiễm ký sinh trùng tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.6. Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp...),

- Loại ký sinh trùng hiện mắc.

- Tình trạng đồng nhiễm.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin: Các thông tin hành chính của bệnh nhân được thu thập khi thực hiện các thủ tục trước xét nghiệm, kết quả sẽ được trả từ phòng xét nghiệm sau đó bổ sung vào danh sách bệnh nhân.

2.8. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ kiểm tra tính đầy đủ, chính xác. Sau đó được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với phân phối chuẩn (hoặc trung vị, giá trị tối đa tối thiểu nếu phân phối không chuẩn). Các biến số định tính sẽ được thể hiện bằng tần số, tỉ lệ phần trăm. Kiểm định χ^2 được sử dụng để được sử dụng để tìm mối liên hệ giữa hai hay nhiều biến phân loại (hoặc kiểm định chính xác Fisher khi có các ô có tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5 trên 20%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính của ĐTNC (n=1.218)

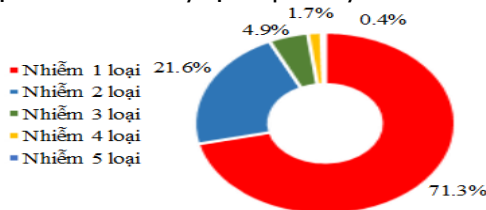
Đặc điểm	Giá trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 16 tuổi	88	7,2
	16 – 45 tuổi	585	48,0
	> 45 tuổi	545	44,8
	TB + SD: 42 ± 17,5		
Giới tính	Nam	524	44,1
	Nữ	694	56,9
Nghề nghiệp	Nông dân	956	78,5
	Khác	262	21,5
Nơi sinh sống	Thành thị	453	37,2
	Nông thôn	765	62,8

Nhận xét: Nhóm từ 16 tuổi trở lên mắc bệnh ký sinh trùng chiếm tỷ lệ 92,8%. Nữ giới đi xét nghiệm chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nữ giới.

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm từng loại ký sinh trùng (n=1.218)

Loại KST	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Toxocara spp.	794	65,2
Ascaris spp.	140	11,5
Schistosoma spp.	111	9,1
Echinococcus spp.	67	5,5
Strongyloides spp.	63	5,2
Fasciola spp.	30	2,5
Toxoplasma spp.	4	0,3
Taenia Solium	4	0,3
Trichinella spiralis	1	0,1
Gnathostoma spp.	1	0,1
Entamoeba histolytica	1	0,1
Enterobius vermicularis	1	0,1
Capillaria philippinensis	1	0,1
	1218	

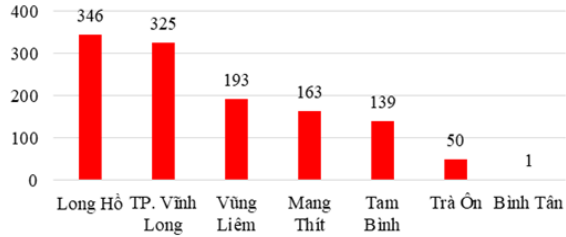
Nhận xét: Toxocara spp. là ký sinh trùng có tỷ lệ nhiễm cao nhất trong số bệnh nhân được xét nghiệm, chiếm đến 65,2% trong tổng số lượt bệnh nhân, Ascaris spp. và Schistosoma spp. có tỷ lệ nhiễm thấp hơn, chiếm lần lượt là 11,5% và 9,1%. Echinococcus spp. và Strongyloides spp. chiếm tỷ lệ lần lượt là 5,5% và 5,2%. Các loại ký sinh trùng khác cũng được ghi nhận, tuy nhiên tỷ lệ nhiễm chiếm tỷ lệ thấp chủ yếu dưới 1%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đơn nhiễm và đa nhiễm

Nhận xét: Bệnh nhân được ghi nhận nhiễm từ một đến năm loại ký sinh trùng. Trong đó, hầu hết chỉ nhiễm một loại, chiếm đến 71,3%;

nhiễm hai loại chiếm 21,6%; tỷ lệ nhiễm từ 3 loại trở lên chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 4,9%, 1,7% và 0,4%.



Biểu đồ 3. Phân bố số trường hợp nhiễm ký sinh trùng theo địa phương

Nhận xét: Các trường hợp nhiễm tập trung chủ yếu ở khu vực trung tâm tỉnh Vĩnh Long với số ca mắc cao ở các huyện Long Hồ, TP. Vĩnh Long, Vũng Liêm và Mang Thít.

Bảng 3. Môi tương quan giữa giới tính và loại ký sinh trùng nhiễm

Loại	Giới tính		OR (CI 95%)	P
	Nam (n,%)	Nữ (n,%)		
Toxocara spp.	332 (41,8)	462 (58,2)	1,12 (0,88-1,42)	0,35
Ascaris spp.	63 (45,0)	77 (55,0)	0,90 (0,63-1,28)	0,57
Schistosoma spp.	46 (41,4)	65 (58,6)	1,06 (0,71-1,57)	0,76

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm và giới tính.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 1218 lượt bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tại một số cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vĩnh Long, người dân chủ yếu sống tại vùng nông thôn với các hoạt động sản xuất nông nghiệp, thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như đi chân đất, nuôi nhiều chó, mèo và gia súc làm cho tỷ lệ bệnh lưu hành ở khi vực này tương đối cao.

Bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng có độ tuổi trung bình là 41 ± 17,5 tuổi. Chủ yếu là người lớn trên 15 tuổi chiếm trên 90%. Tỷ lệ nhóm dưới 15 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Sơn Thị Tiến (2022) chiếm 3,2%, nhóm tuổi có tỷ lệ nhiễm cao chủ yếu là người trên 16 tuổi chiếm trên 90% [1]. Nam giới có tỷ lệ nhiễm 43%, thấp hơn so với nữ giới chiếm 57%. Tỷ lệ giới tính tương đồng với nghiên cứu của Sơn Thị Tiến với tỷ lệ nữ giới chiếm 62,9% [1], nghiên cứu của Trịnh Tuyết Huệ (2023) tại Trà Vinh ghi nhận tỷ lệ nữ giới chiếm 62,5% [2].

Bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng thường không chủ động xét nghiệm tầm soát mà chỉ đi

khám bệnh khi có các triệu chứng, thường là ngứa. Trong số 1218 bệnh nhân, *Toxocara* spp. là ký sinh trùng có tỷ lệ nhiễm cao nhất trong số bệnh nhân được xét nghiệm, chiếm đến 65,2% trong tổng số lượt bệnh nhân, *Ascaris* spp. và *Schistosoma* spp. có tỷ lệ nhiễm thấp hơn, chiếm lần lượt là 11,5% và 9,1%. *Echinococcus* spp. và *Strongyloides* spp. chiếm tỷ lệ lần lượt là 5,5% và 5,2%. Các loại ký sinh trùng khác cũng được ghi nhận, tuy nhiên tỷ lệ nhiễm chiếm tỷ lệ thấp chủ yếu dưới 1%.

Toxocara spp. có tỷ lệ nhiễm cao nhất. Cao hơn so với nghiên cứu của Sơn Thị Tiến với tỷ lệ nhiễm chỉ chiếm 25,4%, tuy nhiên các loại ký sinh trùng khác ghi nhận cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với *Strongyloides* spp. 14,5%, *Gnathostoma* spp. 11,7%, *Cysticercus* spp. 15,6%, *Fasciola* spp. 12,1%, *Echinococcus* spp. 16,8% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa có tỷ lệ nhiễm *Toxocara* tương tự như của Sơn Thị Tiến nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nhiễm *Toxocara* spp. là 67,3%, *Strongyloides* spp. chiếm 14,23%. *Fasciola* spp. chiếm 5,38%; các loại *Ascaris* spp., *Gnathostoma* spp. và *Taenia* spp. chiếm tỷ lệ bằng nhau và bằng 0,77% [3].

Tỷ lệ nhiễm các loại ký sinh trùng trên thế giới cũng được ghi nhận tại các quốc gia khác, đặc biệt là các quốc gia nhiệt đới. Một nghiên cứu tổng quan của Chia-Mei Chou (2020) trong tất cả các nghiên cứu về ký sinh trùng cho thấy chỉ có 16 nghiên cứu dịch tễ học và 5 báo cáo trường hợp bệnh giun đũa chó lâm sàng ở 11 quốc gia Đông Nam Á và Đài Loan (SEAT) được tìm thấy bằng cách tìm kiếm dữ liệu từ PubMed trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 1992 đến tháng 8 năm 2019. Tỷ lệ lưu hành huyết thanh tổng thể ở SEAT dao động từ 3,9% đến 84,6% được phát hiện chủ yếu bằng ELISA dựa trên kháng nguyên của ấu trùng *T. canis* (TcES). Chơi với chó hoặc tiếp xúc với trứng từ đất hoặc rau bị ô nhiễm hoặc ăn thịt/nội tạng sống có chứa ấu trùng nang có thể là những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến bệnh giun đũa chó ở người ở SEAT. Tỷ lệ nhiễm *Ascaris* spp. trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,5%, gần với tỷ lệ nhiễm chung trên toàn thế giới theo nghiên cứu tổng quan của Celia Holland (2022), cho thấy tỷ lệ lưu hành chung là 11,01% (KTC 95%: 10,27–11,78%). Ước tính tỷ lệ lưu hành chung cao nhất là ở Trung & Nam Á 12,91%, Châu Mỹ Latinh và Caribe 12,75% và Châu Phi cận Sahara 11,66%, trong khi tỷ lệ lưu hành thấp nhất là từ Bắc Phi và Tây Á (2,04%). Ở Đông Nam Á là 18,83%, ở Trung Mỹ là 15,31%, Trung Phi tỷ lệ lưu hành

thấp nhất là 1,39%, Đông Á, 1,71%, Tây Á 4,01%. Các quốc gia có tỷ lệ lưu hành cao nhất là Chad (48,19%), Liberia (42,45%), Ecuador (39,58%), Madagascar (37,16%), Philippines (34,69%), Quần đảo Solomon (33,96%), Indonesia (32,02%), Rwanda (31,22%) và Sri Lanka (30,81%) [4].

Bệnh do *Schistosoma* spp. có tỷ lệ nhiễm cao thứ ba trong số các loại ký sinh trùng được ghi nhận, chiếm 9,1%. Trên thế giới, bệnh do *Schistosoma* spp. đứng thứ hai sau bệnh sốt rét về các bệnh ký sinh trùng về tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh. Trên toàn cầu ước tính có 800 triệu người có nguy cơ mắc bệnh và 252 triệu người bị nhiễm, chiếm khoảng 3,15% dân số. Tuy nhiên, những số liệu này có thể bị đánh giá thấp vì các phương pháp chẩn đoán hiện tại không phải lúc nào cũng đủ nhạy để phát hiện nhiễm trùng thực tế. Gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD) công bố năm 2010 ước tính mất 3,31 triệu DALY do nhiễm *Schistosoma* spp., trong đó 10% DALY là Số năm sống bị mất (YLL) do tử vong sớm và 90% là Số năm sống với tình trạng khuyết tật (YLD). Bệnh do *Schistosoma* spp. cũng có tác động tiêu cực đến tình trạng hoạt động và chất lượng cuộc sống của những người mắc bệnh mãn tính. Nhiễm *Schistosoma* spp. có liên quan đến tình trạng thiếu dinh dưỡng, mất nhiều năm đi học, chậm phát triển, suy giảm nhận thức, không dung nạp vận động hoặc mệt mỏi nói chung [5].

Echinococcus spp. có tỷ lệ nhiễm 5,5%, thấp hơn tỷ lệ nhiễm trung bình trên thế giới đạt mức cao nhất là 12% và tỷ lệ mắc hàng năm là 80/100.000 tại một số cộng đồng nhất định ở Tân Cương hoặc Thanh Hải (Trung Quốc), nơi có tới 99% số cừu bị nhiễm bệnh. Các khu vực lưu hành nhiều nhất là Nam Mỹ, Địa Trung Hải, Trung Đông Âu, đặc biệt là Romania và Bulgaria, phía bắc và phía đông châu Phi, Trung Đông, Trung Á, tất cả các quốc gia thuộc tiểu lục địa Ấn Độ, phía tây và đông bắc Trung Quốc và Úc. Trung bình các số liệu được báo cáo cho thấy tỷ lệ tử vong là 0,2/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 2,2/100 bệnh nhân mắc bệnh. *Echinococcus* spp. là một bệnh mãn tính và thường được coi là lành tính vì trong hầu hết các trường hợp. Tuy nhiên, phẫu thuật là một thủ thuật xâm lấn và tốn kém, không phải lúc nào cũng có cơ hội thành công và an toàn cao nhất ở nhiều quốc gia có lưu hành cao. Điều trị bằng thuốc không mang lại hiệu quả cao; so với các bệnh ký sinh trùng khác chỉ cần sử dụng các phương pháp điều trị ngắn hạn, việc điều trị *Echinococcus* spp. phải được thực hiện trong nhiều tháng và bắt buộc phải

theo dõi nghiêm ngặt [6].

Strongyloides spp. trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 5,2%, thấp hơn so với tỷ lệ nhiễm trung bình trên thế giới được ước tính khoảng 10–40% dân số ở các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, tương đương với khoảng 30–100 triệu trường hợp. Tỷ lệ lưu hành ước tính có sự khác nhau giữa các nghiên cứu dựa vào cộng đồng, bệnh viện, người tị nạn và người nhập cư. Asudai và cộng sự đã báo cáo một phân tích tổng hợp năm 2019 về các nghiên cứu liên quan đến người di cư trên toàn thế giới và chứng minh tỷ lệ nhiễm giun lươn tổng hợp trong huyết thanh là 12,2%: 17,3% từ Đông Á và Thái Bình Dương, 14,6% từ Châu Phi cận Sahara và 11,4% từ Châu Mỹ Latinh và Caribe. Brazil và Thái Lan là những điểm nóng lớn về bệnh giun lươn, với tỷ lệ lưu hành lần lượt là 10,8–17% và 23,7–34,7%. Nguy cơ phát triển bệnh giun lươn phức tạp rõ ràng hơn ở những bệnh nhân có khả năng miễn dịch qua trung gian tế bào bị tổn hại, đặc biệt ở những bệnh nhân từ các vùng lưu hành bệnh sau đó được điều trị ức chế miễn dịch. Cùng với các loại ký sinh trùng trên, các ký sinh trùng đường ruột khác mặc dù có tỷ lệ nhiễm thấp hơn nhưng cũng đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc đưa ra các quyết định điều trị và dự phòng. Bệnh ký sinh trùng ngày càng được công nhận là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng và phổ biến nhất trong các nhiễm ký sinh trùng đường ruột, gây ra nghiêm trọng nhất ở một tỷ người nghèo nhất thế giới (tức là <US\$1,25 mỗi ngày). Cho đến nay, khoảng một phần ba dân số thế giới bị nhiễm ít nhất một loài ký sinh trùng lây truyền qua đất, trong đó *A. lumbricoides* lây nhiễm cho 800 triệu người, *T. trichiura* 600 triệu, giun móc 600 triệu và gây ra tới 135.000 ca tử vong hàng năm. Bệnh amip do *Entamoeba histolytica* gây ra là một động vật nguyên sinh gây bệnh quan trọng khác ảnh hưởng đến khoảng 180 triệu người, trong đó 40.000 đến 110.000 người chết hàng năm ở các nước phát triển và cao gấp 3-4 lần ở các nước đang phát triển [8].

Tỷ lệ đa nhiễm trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,7%, thấp hơn so với nghiên cứu Sơn Thị Tiến là 45% [1]. Trong nghiên cứu của Nicholas (2020) cho thấy có 19,57% trẻ nhiễm ít nhất hai loại ký sinh trùng, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này có thể là do quần thể nghiên cứu khi chỉ thực hiện trên nhóm tuổi trẻ nhỏ thay vì tất cả các đối tượng như trong nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra nghiên cứu này cũng cho thấy trong số 4212 trẻ bị nhiễm ít nhất một loại ký sinh trùng (47,02%).

Đồng nhiễm là phổ biến, với 1753 trẻ bị nhiễm ít nhất hai loại ký sinh trùng (19,57%) và 123 trẻ có ít nhất ba loại ký sinh trùng (1,37%) [7]. Nhiễm nhiều hơn một loại ký sinh trùng giun sán là một vấn đề lớn ở hầu hết các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới trên thế giới. Các nghiên cứu sàng lọc cho thấy rất nhiều trường hợp ghi nhận bệnh nhân nhiễm cùng lúc nhiều loại ký sinh trùng, tuy nhiên các phác đồ thường bỏ qua dữ liệu đa biến này khi xây dựng phác đồ điều trị bệnh ký sinh trùng trên lâm sàng.

Chưa có các bằng chứng cho thấy tỷ lệ nhiễm khác nhau theo từng thời điểm trong năm vì hầu hết người nhiễm ký sinh trùng không rõ thời gian phơi nhiễm và chỉ được phát hiện khi có triệu chứng hoặc vô tình phát hiện trong các nghiên cứu tầm soát. Phân bố các trường hợp bệnh chủ yếu là người thuộc các địa phương lân cận xung quanh Thành phố Vinh Long vì khu vực này tập trung nhiều bệnh viện lớn trong khu vực, điều kiện giao thông thuận lợi là các nguyên nhân làm cho người dân ở các vùng lân cận đến thăm khám và xét nghiệm tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vinh Long nói chung và Thành phố Vinh Long nói riêng.

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập thông tin của bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh, do đó bỏ sót một số lượng đáng kể các bệnh nhân có địa chỉ tại tỉnh nhưng khám và điều trị tại các cơ sở y tế ngoài tỉnh như Thị xã Bình Minh và huyện Bình Tân, có vị trí địa lý giáp với Thành phố Cần Thơ, thời gian di chuyển ngắn và có trình độ chuyên môn cao hơn để xét nghiệm, khám và điều trị. Ngoài ra kết quả nghiên cứu là thụ động khi chỉ phát hiện ở những bệnh nhân đi khám khi có triệu chứng, do đó còn một số lượng lớn bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng không có triệu chứng. Vì vậy cần triển khai thêm các hoạt động phân vùng để khảo sát tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng ở cộng đồng để có biện pháp can thiệp, dự phòng phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng ghi nhận tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Vinh Long cao, trong đó *Toxocara* spp. chiếm đến 65,2%, cần triển khai sớm các hoạt động phân vùng và kiểm soát nhóm đối tượng nguy cơ cao để giảm tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng trên người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sơn Thị Tiến (2022).** Nghiên cứu tình hình nhiễm ký sinh trùng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. Số 55/2022 – Số