

Giang có số cơn co trung bình $1,94 \pm 0,77$ cơn/10 phút. Ngược lại, nghiên cứu của chúng tôi có số cơn co trung bình cao hơn, đạt $3,11 \pm 0,9$ cơn/10 phút, cho thấy mức độ chuyển dạ sinh non trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng tiến triển hơn, có thể ảnh hưởng đến hiệu quả trì hoãn thai kỳ khi sử dụng Atosiban.

4.3. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và các biến số. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa tần số cơn co tử cung và hiệu quả giảm gò của Atosiban. Cụ thể, nhóm thai phụ có tần số cơn co từ 2–3 cơn trong 10 phút đạt tỷ lệ thành công lên đến 91,4%, trong khi nhóm có hơn 3 cơn co/10 phút chỉ đạt 8,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Bích (2023) tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định, trong đó ghi nhận có mối liên quan giữa tần số cơn co tử cung và kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Ngoài ra, hiệu quả cắt cơn co của Atosiban cũng phụ thuộc vào cường độ cơn co tử cung. Khi cường độ cơn co < 60 mmHg, tỷ lệ thành công đạt 56,6%, cao hơn so với nhóm có cường độ > 60 mmHg (43,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy cần thận trọng trong việc đánh giá cường độ cơn co tử cung ở thai phụ, đặc biệt là phân biệt với cơn co Braxton Hicks, nhằm đưa ra hướng xử trí phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, Atosiban cho thấy hiệu quả trong việc trì hoãn chuyển dạ sinh non, với 76,1% trường hợp kéo dài ít nhất 48 giờ. Tuy nhiên, khả năng ức chế cơn co tử cung của Atosiban giảm dần khi tần suất và cường độ cơn co tăng lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Châu Quỳnh.** Hiệu quả cắt cơn co tử cung của Atosiban trong chuyển dạ sinh non tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vũ Anh. Luận án bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP.HCM; 2016.
2. **Lý Thanh Trường Giang.** Nghiên cứu hiệu quả Atosiban trong điều trị dọa sinh non. Tạp chí Phụ Sản. 2016;14(03).
3. **Nguyễn Hữu Tiến, Lê Lam Hương.** Hiệu quả của Atosiban trong điều trị dọa sinh non từ 28 đến 34 tuần. Tạp chí Phụ Sản. 2017;15(03).
4. **Phan Hà Minh Hạnh.** Hiệu quả của Atosiban trong trì hoãn chuyển dạ sinh non. Tạp chí Phụ Sản. 2015;14(04).
5. **Nguyễn Bích Hồng.** Hiệu quả điều trị dọa đẻ non bằng Atosiban tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;528(7):1.
6. **Cunningham F, Leveno K.** Multifetal Pregnancy. Williams Obstetrics 25th ed. McGraw-Hill Education; 2018: 1336-87.
7. **Gabbe SG, Niebyl JR.** Preterm Labor and Birth. In: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7th ed. Elsevier; 2017.
8. **Fuchs F, Senat MV.** Multiple gestations and preterm birth. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. 2016;21(2): 113-20. doi:10.1016/j.siny. 2015.12.010.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM GIUN LƯƠN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Thái Doãn Kỳ¹, Phạm Minh Ngọc Quang¹, Dương Thị Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân nhiễm giun lươn. Đánh giá kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 28 bệnh nhân có bằng chứng nhiễm giun lươn và được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2022 đến 10/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 6/1. Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tiền sử sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (53,6%). Triệu chứng tại cơ quan tiêu hóa thường gặp là ăn kém, rối loạn đại tiện, sút cân, nôn và đau bụng. Triệu chứng ngoài cơ quan tiêu hóa hay gặp nhất là

mẩn ngứa và mề đay (32,1%). Chẩn đoán giun lươn dựa vào kết quả soi phân (dương tính 57,1%), kháng thể kháng giun lươn trong máu (32,1%) và sinh thiết tá tràng phát hiện ký sinh trùng (42,9%). Điều trị bằng Ivermectin ở tất cả bệnh nhân. Đánh giá đỡ giảm/khỏi 25/28 bệnh nhân. **Kết luận:** Chẩn đoán giun lươn cần được lưu ý ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, đặc biệt ở bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch. Chẩn đoán sớm và điều trị ivermectin cho kết quả khả quan.

Từ khóa: giun lươn, hội chứng tăng nhiễm, suy giảm miễn dịch, ký sinh trùng.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY FEATURES, AND TREATMENT OUTCOMES OF

STRONGYLOIDIASIS STERCORALIS INFECTION AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and laboratory characteristics of Strongyloides stercoralis infection

¹Bệnh viện Trung ương quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Kỳ
Email: kythaitrung@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025
Ngày duyệt bài: 14.3.2025

and evaluate treatment outcomes in patients at 108 Military Central Hospital. **Methods:** A retrospective observational study was conducted on patients diagnosed with strongyloidiasis at 108 Military Central Hospital from January 2022 to October 2024. Data were collected on clinical presentation, laboratory findings, diagnostic methods, and treatment responses. **Results:** A total of 28 patients were included in the study. The male-to-female ratio was 6:1. The most common risk factor was the use of immunosuppressive drugs (53.6%). Gastrointestinal symptoms included poor appetite, bowel disorders, weight loss, vomiting, and abdominal pain. Extra-gastrointestinal manifestations, such as skin rash and urticaria, were observed in 32.1% of patients. Diagnostic methods included stool microscopy (57.1% positive), anti-Strongyloides antibody detection (32.1%), and duodenal biopsy (42.9%). All patients were treated with ivermectin, with 25 out of 28 showing significant clinical improvement or cure. **Conclusion:** Strongyloides stercoralis infection should be considered in high-risk individuals, especially those receiving immunosuppressive therapy. Early detection and appropriate treatment with ivermectin result in favorable clinical outcomes. **Keywords:** Strongyloides stercoralis, Hyperinfection syndrome, Immunosuppression, Parasite.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giun lươn (tên khoa học là Strongyloides stercoralis) là một ký sinh trùng lây truyền qua đất và phổ biến gần như trên toàn thế giới, nhất là vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Ước tính có khoảng 370 triệu người bị nhiễm giun lươn trên toàn thế giới¹, tuy nhiên con số thực tế có thể lớn hơn nhiều do sự thiếu hụt và độ nhạy thấp của các xét nghiệm chẩn đoán cũng như dữ liệu không chính xác từ các khu vực dịch lưu hành, dẫn đến gánh nặng toàn cầu của sự lây nhiễm ký sinh trùng này bị đánh giá thấp. Giun lươn có vòng đời phức tạp và khả năng tự nhiễm độc đáo, có thể dẫn đến nhiễm trùng mạn tính và kéo dài trong nhiều năm, thậm chí vài thập kỷ^{2,3}. Nhiễm trùng mạn tính có thể không biểu hiện triệu chứng hoặc triệu chứng không đặc hiệu ở cơ quan tiêu hóa, phổi, da. Tuy nhiên đối với các bệnh nhân suy giảm miễn dịch, có thể dẫn đến hội chứng tăng nhiễm giun lươn, là biểu hiện nghiêm trọng nhất của bệnh với tỷ lệ tử vong rất cao. Hội chứng này bắt nguồn từ quá trình tự nhiễm không kiểm soát và tăng tốc dẫn đến sự lan tỏa của ấu trùng đến các cơ quan như gan, não, phổi, tim...^{4,5}. Ở Việt Nam, đã có một số báo cáo về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm giun lươn tại một số cơ sở y tế, với cỡ mẫu nhỏ.

Nghiên cứu này nhằm khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị giun lươn tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

nhằm cung cấp thêm về cái nhìn tổng quan một trong những bệnh nhiễm trùng nhiệt đới phổ biến nhất nhưng thường bị bỏ quên này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có bất thường đường tiêu hóa nhập viện điều trị nội trú tại khoa Điều trị bệnh Ổng tiêu hóa, bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ 01/2022 đến 10/2024 và có bằng chứng nhiễm giun lươn (được xác định khi một trong các xét nghiệm sau cho kết quả dương tính: soi phân tìm ấu trùng, xét nghiệm kháng thể kháng giun lươn trong máu, sinh thiết niêm mạc tá tràng). Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin thu thập.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc mất theo dõi để đảm bảo độ tin cậy của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, quan sát, mô tả, không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: Có 28 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Các thăm dò cận lâm sàng và điều trị: - Bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú với các biểu hiện bất thường của đường tiêu hóa. Sau khi thăm khám và định hướng đến nguyên nhân do ký sinh trùng, bệnh nhân được làm các xét nghiệm tìm kiếm bằng chứng nhiễm giun lươn.

- Nội soi và sinh thiết tá tràng được tiến hành tại khoa điều trị Bệnh ồng tiêu hóa, Bệnh viện trung ương Quân đội 108.

- Xét nghiệm soi tươi phân tìm trứng và ấu trùng ký sinh trùng được thực hiện tại khoa Vi sinh, Bệnh viện TƯQĐ 108.

- Xét nghiệm tìm kháng thể kháng giun lươn trong máu bằng kỹ thuật ELISA bán tự động được thực hiện tại khoa Vi sinh, Bệnh viện TƯQĐ 108.

- Bệnh nhân được điều trị theo khuyến cáo của Bộ Y tế (Số 1384/QĐ-BYT)⁶. Bù dịch, dinh dưỡng, kháng sinh theo tình trạng toàn thân. Điều trị được đánh giá là đỡ/khỏi khi xét nghiệm soi phân âm tính 2 tuần liên sau điều trị (đối với bệnh nhân soi phân dương tính trước điều trị) và cải thiện về lâm sàng rõ rệt so với trước điều trị. Đánh giá là không đỡ nếu bệnh nhân có các biến chứng nặng không kiểm soát được, tình trạng lâm sàng quá nặng hoặc phải chuyển bệnh viện chuyên khoa sâu về truyền nhiễm và ký sinh trùng.

2.2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê áp dụng trong y sinh học. Sử dụng phần mềm SPSS 22.0

và Excel 365.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki năm 1975. Dữ liệu được thu thập hồi cứu trên những bệnh nhân được chấp hành nghiêm quy định về mã hoá và bảo mật dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 28 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí được đưa vào nghiên cứu. Kết quả cụ thể như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung (n = 28)

		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	24	85,7
	Nữ	4	14,3
Tuổi trung bình (năm): X±SD		63,5±13,73	
Yếu tố nguy cơ	Nghề nghiệp, nơi ở	12	42,9
	Sử dụng thuốc ức chế MD	15	53,6
	Thể trạng suy kiệt	6	21,4
	Chưa phát hiện yếu tố nguy cơ	15	53,6

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm đa số (85,7% so với 14,3%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63,5 ± 13,73.

Tỷ lệ bệnh nhân có yếu tố nguy cơ liên quan đến nghề nghiệp, nơi ở (làm ruộng, sống ở vùng nông thôn...) là 42,9%. Có 53,6% bệnh nhân đang sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch. 6/28 bệnh nhân có thể trạng suy kiệt. Có 15 bệnh nhân chưa phát hiện được các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm giun lươn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm nhập viện của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng (n = 28)

	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tại cơ quan tiêu hóa	Đau bụng	10	35,7
	Nôn	12	42,9
	Rối loạn đại tiện	13	46,4
	Tràn dịch ổ bụng	3	10,7
	Gầy sút cân, suy kiệt	11	39,3
	Xuất huyết tiêu hóa	3	10,7
Ngoài cơ quan tiêu hóa	Ăn kém	17	60,7
	Mẩn ngứa, nổi mề đay	9	32,1
	Sốt	4	14,3
	Rối loạn ý thức	3	10,7
	Tụt huyết áp	1	3,6
	Khó thở/Suy hô hấp	1	3,6
	Khác		

Triệu chứng tiêu hóa thường gặp nhất ở bệnh nhân là ăn kém (60,7%). Tiếp đến là các triệu chứng như rối loạn đại tiện (46,4%), nôn (42,9%), gầy sút cân (39,3%), đau bụng (35,7%). Các biểu hiện của tràn dịch ổ bụng và

xuất huyết tiêu hóa ít gặp hơn (10,7%).

Biểu hiện thường gặp nhất ngoài cơ quan tiêu hóa là mẩn ngứa và nổi mề đay (gặp ở 28,6% số bệnh nhân). Tiếp đó là triệu chứng sốt (14,3%), rối loạn ý thức (10,7%). Triệu chứng của tụt huyết áp và khó thở chỉ gặp ở 3,6% số bệnh nhân.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

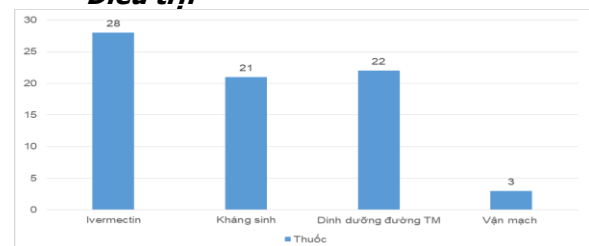
Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị (n = 28)

	Xét nghiệm	Số lượng	Tỷ lệ %
Bạch cầu ái toan máu ngoại vi	Tăng	8	28,6
	Bình thường	20	71,4
Soi tươi tìm trứng, ấu trùng	Dương tính	16	57,1
	Âm tính	12	42,9
Kháng thể kháng giun lươn	Dương tính	9	32,1
	Âm tính/Không làm	19	67,9
Sinh thiết tá tràng	Phát hiện ký sinh trùng	12	42,9
	Không phát hiện	16	57,1

Bạch cầu ái toan tăng (ngưỡng tuyệt đối > 0,5G/L) gặp ở 28,6% bệnh nhân. Xét nghiệm phân soi tươi tìm trứng, ấu trùng được thực hiện thường quy ở tất cả bệnh nhân và dương tính 57,1% bệnh nhân. Xét nghiệm máu tìm kháng thể kháng giun lươn dương tính ở 32,1% bệnh nhân. Nội soi sinh thiết tá tràng phát hiện ký sinh trùng ở 42,9% bệnh nhân.

3.4. Điều trị và đáp ứng điều trị

* Điều trị:



Biểu đồ 1: Thuốc điều trị

Về điều trị, 100% bệnh nhân có bằng chứng nhiễm giun lươn trong nghiên cứu được điều trị Ivermectin theo phác đồ của bộ Y tế. Có 21 bệnh nhân phải bổ sung kháng sinh để dự phòng và điều trị các nhiễm trùng cơ hội. 22 bệnh nhân cần bổ sung dinh dưỡng đường tĩnh mạch. Có 3 bệnh nhân cần sử dụng đến vận mạch.

* Đáp ứng điều trị:

Bảng 4: Đánh giá đáp ứng điều trị

		Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng	Đỡ giảm/Khỏi	25	89,3

ra viện	Không đỡ	3	10,7
Thời gian nằm viện TB (ngày) $\bar{X} \pm SD$		12,64 $\pm$ 5,84	

Tỷ lệ bệnh nhân đỡ giảm/khoi là 89,3%. Có 3 bệnh nhân bệnh tiến triển nặng và không đáp ứng với điều trị, sau đó 2 bệnh nhân xin về và 1 bệnh nhân phải chuyển tuyến điều trị.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là 12,64 $\pm$ 5,84 ngày. Bệnh nhân nằm điều trị lâu nhất lên đến 27 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Giun lươn là một trong những ký sinh trung nguy hiểm nhất ở đường tiêu hóa. Chúng có khả năng tự nhiễm, có thể tồn tại rất lâu trong cơ thể, gây ra các triệu chứng tiêu hóa mạn tính. Đa số những bệnh nhân nhiễm giun lươn không biểu hiện triệu chứng hoặc các triệu chứng không rõ ràng. Tuy nhiên, trên những người bệnh suy giảm miễn dịch, dùng thuốc corticoid hay thuốc ức chế miễn dịch kéo dài có thể bị hội chứng tăng nhiễm giun lươn hoặc nhiễm giun lươn lan tỏa, ấu trùng giun xâm nhập vào nhiều cơ quan như tim, gan, phổi, thận, não..., gây ra các rối loạn ở ngoài cơ quan tiêu hóa, kèm theo các biểu hiện nhiễm khuẩn nặng, đe dọa tính mạng và điều trị rất khó khăn, tốn kém.

Trong nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi, từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2024, có 28 bệnh nhân có bằng chứng nhiễm giun lươn vào điều trị tại khoa Điều trị bệnh Ổng tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 63,5 $\pm$ 13,73. Trong đó tỷ lệ nam/nữ có sự chênh lệch đáng kể (85,7% so với 14,3%). Giới tính không phải là một yếu tố nguy cơ trực tiếp của nhiễm giun lươn nhưng có thể liên quan đến khả năng phơi nhiễm nhiều hơn với các tác nhân gây bệnh thông qua nghề nghiệp, thói quen ăn uống, sinh hoạt.

Có 12/28 bệnh nhân được khai thác có các yếu tố nguy cơ của nhiễm giun lươn liên quan đến nghề nghiệp, nơi ở (như làm ruộng, sống ở vùng nông thôn,...). Có 53,6% số bệnh nhân (15 bệnh nhân) đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, trong đó có 13 bệnh nhân đang sử dụng corticoid để điều trị các bệnh về xương khớp (Gout, thoái hóa khớp), COPD, hội chứng thận hư, Crohn, viêm loét đại trực tràng chảy máu hay vảy nến. Có 6 bệnh nhân có thể trạng yếu, suy kiệt do mắc các bệnh lý mạn tính như đái tháo đường, suy tim, ung thư... Trên thực tế những bệnh nhân này có thể nhiễm giun lươn từ trước nhưng không biểu hiện triệu chứng. Khi miễn dịch bị suy giảm do thuốc (phổ biến nhất là corticoid) hoặc do thể trạng kém, các triệu

chứng trở nên rõ ràng và là lý do chính khiến bệnh nhân phát hiện ra bệnh⁷.

Các triệu chứng tại cơ quan tiêu hóa thường gặp nhất là ăn kém (60,7%), rối loạn đại tiện (46,4%, chủ yếu là đi lỏng), nôn (42,9%), gầy sút cân (39,3%; bệnh nhân sút cân nhiều nhất là 30kg/2 tháng) và đau bụng (35,7%). Các triệu chứng xuất huyết tiêu hóa và tràn dịch ổ bụng ít gặp hơn (10,7%). Triệu chứng ở ngoài cơ quan tiêu hóa hay gặp nhất đó là mẩn ngứa, nổi mề đay (chiếm 32,1%). Ngoài ra có thể gặp triệu chứng sốt nếu bệnh nhân có nhiễm trùng cơ hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân có biểu hiện sốt và cả 4 bệnh nhân này đều có viêm phổi kèm theo. Có 3 bệnh nhân có triệu chứng rối loạn ý thức, trong đó có 2 bệnh nhân được chẩn đoán là do rối loạn điện giải, và 1 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm màng não. Tại thời điểm vào viện, có 1 bệnh nhân có tụt huyết áp trong bệnh cảnh sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên sau đó chúng tôi có thêm 2 trường hợp xuất hiện tụt huyết áp sau vào viện vài ngày, 1 bệnh nhân do xuất huyết tiêu hóa nặng và 1 bệnh nhân do sốc nhiễm khuẩn. Các triệu chứng chúng tôi gặp ở nhóm nghiên cứu đều là các triệu chứng được mô tả trong các tài liệu tổng quan về giun lươn^{7,8}, có thể gặp ở bệnh nhân nhiễm trùng mạn tính, cấp tính hoặc hội chứng tăng nhiễm giun lươn.

Về đặc điểm cận lâm sàng, bạch cầu ái toan chỉ tăng ở 28,6% số bệnh nhân. Trong một số tài liệu, giá trị dự đoán dương tính của bạch cầu ái toan trong nhiễm ký sinh trùng kém, chỉ khoảng 15%⁹. Soi tươi phân tìm trứng, ấu trùng giun lươn là xét nghiệm được thực hiện thường quy và có tỷ lệ dương tính cao nhất (57,1%). Xét nghiệm phân có độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu cao. Để tăng độ nhạy cho xét nghiệm phân, có thể tiến hành xét nghiệm phân nhiều lần (tối thiểu 3 lần), hoặc sử dụng kỹ thuật nuôi cấy đĩa thạch, tuy nhiên tốn nhiều công sức và thời gian¹⁰. Xét nghiệm huyết thanh học mặc dù được đánh giá là có độ nhạy cao hơn xét nghiệm phân, nhưng không được tiến hành thường quy trong nghiên cứu của chúng tôi do sự không sẵn có về trang bị. Mô bệnh học cũng được ghi nhận là một công cụ chẩn đoán giun lươn hữu ích trong các trường hợp tác nhân gây bệnh đã xâm nhiễm ở tá tràng. Trong nghiên cứu này, có 12 bệnh nhân được sinh thiết tá tràng cho kết quả phát hiện ký sinh trùng trong mảnh sinh thiết.

Liên quan đến điều trị, Ivermectin là thuốc đầu tay và được sử dụng cho tất cả bệnh nhân theo khuyến cáo của Bộ Y tế⁶. Có 21/28 bệnh nhân được dùng kháng sinh để dự phòng hoặc

điều trị nhiễm trùng cơ hội, như viêm phổi, viêm đường tiết niệu. Hầu hết bệnh nhân có tình trạng kém hấp thu, triệu chứng nôn nổi trội, đều được bổ sung dinh dưỡng đường tĩnh mạch những ngày đầu. Có 3 bệnh nhân có biểu hiện của sốc cần sử dụng thuốc vận mạch.

25/28 bệnh nhân ra viện với tình trạng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Có 3 bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, diễn biến lâm sàng nặng lên và xin về sau đó. Đây là 3 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng tăng nhiễm giun lươn, có nhiễm trùng cơ hội (viêm phổi) và thể trạng suy kiệt. Thời gian nằm viện trung bình là $12,64 \pm 5,84$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm giun lươn là một chẩn đoán dễ bị bỏ sót mặc dù là một nhiễm ký sinh trùng thường gặp ở nước ta. Cần nghĩ đến việc chỉ định xét nghiệm chẩn đoán giun lươn đối với những bệnh nhân có các bất thường về tiêu hóa, kèm theo nổi ban ngứa ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, đặc biệt là có tiền sử sử dụng corticoid. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời với Ivermectin cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bisoffi Z, Buonfrate D, Montresor A, et al. Strongyloides stercoralis: A plea for action. PLoS Negl Trop Dis 2013;7:e2214.
2. Grove DI. Human Strongyloidiasis. Adv Parasitol 1996;38:281–309.

3. Page W, Judd JA, Bradbury RS. The Unique Life Cycle of Strongyloides stercoralis and Implications for Public Health Action. Trop Med Infect Dis. 2018 May 25;3
4. Mejia R, Nutman TB. Screening, prevention, and treatment for hyperinfection syndrome and disseminated infections caused by Strongyloides stercoralis. Curr Opin Infect Dis 2012;25:458–63.
5. Geri G, Rabbat A, Mayaux J, Zafrani L, Chalumeau-Lemoine L, Guidet B, Azoulay E, Pène F. Strongyloides stercoralis hyperinfection syndrome: a case series and a review of the literature. Infection. 2015 Dec;43(6):691-8.
6. "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh giun lươn", Quyết định số 2139/QĐ-BYT, 22/5/2020.
7. Krolewiecki A, Nutman TB. Strongyloidiasis: A Neglected Tropical Disease. Infectious Disease Clinics of North America. 2019;33(1):135-151. doi:10.1016/j.idc.2018.10.006
8. Yeh M Y, Aggarwal S, Carrig M, et al. Strongyloides stercoralis Infection in Humans: A Narrative Review of the Most Neglected Parasitic Disease. Cureus 15(10): e46908, 2023. DOI 10.7759/cureus.46908.
9. Baaten GG, Sonder GJ, van Gool T, Kint JA, van den Hoek A. Travel-related schistosomiasis, strongyloidiasis, filariasis, and toxocariasis: the risk of infection and the diagnostic relevance of blood eosinophilia. BMC Infect Dis. 2011;11:84. doi: 10.1186/1471-2334-11-84.
10. Sato Y, Kobayashi J, Toma H, Shiroma Y. Efficacy of stool examination for detection of Strongyloides infection. Am J Trop Med Hyg. 1995;53:248–250.

LIÊN QUAN GIỮA KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN CHẤN THƯƠNG LÁCH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Đặng Khải Toàn¹, Hoàng Xuân Song¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa kết quả chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT scan, chụp mạch) và kết quả điều trị bảo tồn chấn thương lách. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 91 bệnh nhân được điều trị bảo tồn chấn thương lách tại Bệnh viện Nhân dân 115 (2021–2023). Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT scan và chụp mạch được phân tích để đánh giá liên quan đến kết quả điều trị. **Kết quả:** Siêu âm: Phát hiện dịch ổ bụng ở 89.1% bệnh nhân, là công cụ chẩn đoán ban đầu hiệu quả. CT scan: Xác định các tổn thương độ II

(30.8%) và độ III (38.5%), là nhóm bệnh nhân chính được điều trị bảo tồn. Chụp mạch: Phát hiện tổn thương mạch máu (thoát chất cản quang hoặc giả phình) ở 94.1% bệnh nhân. Nút mạch thành công trong 82.4% trường hợp, hỗ trợ hiệu quả điều trị bảo tồn. Thành công điều trị bảo tồn: Đạt 96.7%, trong đó yếu tố tiên lượng bao gồm tổn thương nhẹ đến trung bình, không tổn thương mạch máu, và đáp ứng hồi sức ban đầu tốt. **Kết luận:** Chẩn đoán hình ảnh hiện đại (siêu âm, CT scan, chụp mạch) đóng vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ tổn thương và dự đoán thành công của điều trị bảo tồn chấn thương lách.

Từ khóa: Chấn thương lách, chấn thương bụng kín, điều trị bảo tồn, CT scan, chụp mạch, nút mạch.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN IMAGING FINDINGS AND NON-OPERATIVE MANAGEMENT OUTCOMES OF SPLENIC INJURIES AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy
Email: huyphat.vn115@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025
Ngày duyệt bài: 10.4.2025