cứu tại châu Âu, nặng hơn so với nghiên cứu chúng tôi.

Một số tác nhân gây sốt phát ban có thể ảnh hưởng tới chức năng gan như B19, CMV, EBV, sởi. Trong nghiên cứu, giá trị trung bình của men gan GOT 35,38± 12,50, giá trị cao nhất là 87,4; giá trị trung bình của men gan GPT 28,81 ± 18,01 giá trị cao nhất là 115. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu trước đây của tác giả Y Yoto khi nghiên cứu vai trò của B19 liên quan với tình trạng tổn thương gan ở bệnh nhân ban đỏ với 51/773 trường hợp có tăng men gan, đặc biệt trong đó có tăng hơn 800 IU/L ở bệnh nhân có liên quan đến B19[9]. Giải thích sự khác biệt này do cách thức chọn mẫu, tác giả Y Yoto tập trung vào chọn bệnh nhân có liên quan về gan nhiều hơn, trong khi đó trong nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu sốt phát ban nói chung.

Chụp XQ phổi ở bệnh nhi sốt phát ban cho thấy có 19,49% trường hợp có bất thường trên phim. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Surender Kashyap và cs nghiên cứu về tổn thương phổi tại vùng Tây Bắc Ấn Độ có 22% bệnh nhân có phát hiện tổn thương phổi[10]. Tuy nhiên trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có tràn dịch màng phổi như kết quả của tác giả Surender Kashyap. Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau về nhân chủng học, xã hội học nên kết quả khác nhau, cần có các nghiên cứu quy mô lớn, đa trung tâm để đánh giá vấn đề này

V. KẾT LUẬN

Sốt phát ban không do sởi và rubella có biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng đa dạng. Không có trường hợp bệnh nặng trong nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sujay Manoharan, K., K. Ramasamy, and P. Heinz,** Rash with fever in children: a clinical approach. Paediatrics and Child Health, 2017. 27(4): p. 196-201.
2. **Thakur, S., et al.,** Clinico-Aetiological Profile of Children with Fever and Rash with Special Reference to Dengue. 2022. 3(3): p. 219-223.
3. **Huy, B.V.,** Đặc điểm lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm (2009-2010). Tạp chí Y học Dự phòng, XXI, 3 (121), tr45-50., 2011.
4. **Anh, T.T.T.,** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, và căn nguyên sốt phát ban ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ Nhi Khoa- Đại học Y Hà Nội, 2018.
5. **Yadav, A., et al.,** A Study of Viral Causes of Fever with Rash in Children. 2023. 24(4): p. 268-272.
6. **Phượng, V.T.M.,** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội., 2015.
7. **Kohlmaier, B., et al.,** European study confirms the combination of fever and petechial rash as an important warning sign for childhood sepsis and meningitis. Acta Paediatrica, 2023. 112(5): p. 1058-1066.
8. **Bouafsoun, A., et al.,** [Seroprevalence of human parvovirus B19 in children with fever and rash in the North of Tunisia]. Bull Soc Pathol Exot, 2016. 109(3): p. 165-71.
9. **Yoto, Y., et al.,** Thrombocytopenia induced by human parvovirus B19 infections. Eur J Haematol, 1993. 50(5): p. 255-7.
10. **Kashyap, S., et al.,** Pulmonary Manifestations in Patients With Scrub Typhus Presenting to a Tertiary Care Hospital of Northwest Himalayan Region of India. CHEST, 2012. 142(4): p. 218A.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM GIUN LƯƠN Ở BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Dương Công Thành[1,2], Trần Ngọc Ánh[1,2]
Bùi Thị Ngọc Ánh[1], Phạm Ngọc Minh[1], Đậu Quang Liêu[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm giun lươn là một bệnh ký sinh trùng nhiệt đới bị lãng quên, ảnh hưởng đến một bộ phận dân số lớn trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Bệnh có thể gây ra các biến chứng nặng và tử vong nếu chẩn đoán muộn, do đó cần nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh để chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 40 bệnh nhân nhiễm giun lươn đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2023. Bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. **Kết quả:** bệnh chủ yếu gặp ở người lớn tuổi (trung bình 63,2 tuổi) và thường đi kèm bệnh lý nền hoặc suy giảm miễn dịch. Các triệu chứng phổ biến bao gồm đau bụng (65%), tiêu chảy (47,5%), buồn nôn/nôn (35%), trong khi xét nghiệm thường ghi

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Công Thành
Email: duongcongthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025
Ngày duyệt bài: 25.4.2025

nhận tăng bạch cầu ái toan (72,5%), giảm albumin huyết thanh (72,5%) và thiếu máu (67,5%). Chẩn đoán dựa trên xét nghiệm ELISA thử nghiệm (95% dương tính) và tìm thấy sự trùng lặp trong phân tích (37,5%). Điều trị bằng sơ đồ ivermectin và albendazol giúp cải thiện triệu chứng và chỉ số xét nghiệm mà không có tác dụng phụ gấy hại, với 100% bệnh nhân đáp ứng. ***Từ khóa:*** Giun lươn, ivermectin và albendazol, ký sinh trùng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT OUTCOMES OF STRONGYLOIDIASIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Strongyloidiasis is a neglected tropical parasitic disease that affects a significant portion of the global population, particularly in developing countries. The disease can lead to severe complications and mortality if diagnosed late; therefore, increasing awareness and understanding of the disease is essential for timely diagnosis and treatment. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study, combining retrospective and prospective analysis, was conducted on 40 patients with gastrointestinal strongyloidiasis at Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to September 2023. Patients were selected using a convenience sampling method, including all eligible patients diagnosed with strongyloidiasis during the study period. **Results:** The disease primarily affects older adults (mean age 63.2 years) and is often associated with underlying conditions or immunosuppression. Common symptoms included abdominal pain (65%), diarrhea (47.5%), and nausea/vomiting (35%). Laboratory findings frequently showed eosinophilia (72.5%), hypoalbuminemia (72.5%), and anemia (67.5%). Diagnosis was based on ELISA testing (95% positive) and the detection of larvae in stool samples (37.5%). Treatment with a regimen of ivermectin and albendazole effectively improved symptoms and laboratory markers without significant side effects, with a 100% patient response rate.

Keywords: Strongyloidiasis, ivermectin and albendazole, parasitic infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm giun lươn là một bệnh ký sinh trùng nhiệt đới bị lãng quên ảnh hưởng đến một bộ phận lớn dân số trên thế giới, đặc biệt là ở các nước thu nhập thấp. Ước tính có khoảng 30-100 triệu người bị nhiễm trên toàn thế giới. Nhiễm giun lươn là một bệnh nhiễm ký sinh trùng có thể biểu hiện rất đa dạng, từ không có triệu chứng đến các biến chứng nặng và tử vong, hầu hết các trường hợp biến chứng là do hậu quả của việc chẩn đoán chậm trễ, chủ yếu là do các bác sĩ không nghĩ đến nhiễm giun lươn và không tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán (1). Khả năng tự nhiễm của giun lươn cho phép chúng tồn tại trong vật chủ trong nhiều năm, thậm chí hàng thập kỷ sau khi nhiễm (2). Điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh, đặc biệt ở những bệnh nhân không có triệu chứng rõ ràng. Ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, giun lươn có thể gây ra hội chứng tăng nhiễm hoặc bệnh giun lươn lan tỏa, với tỷ lệ tử vong cao (3,4).

Chẩn đoán nhiễm giun lươn thường dựa vào xét nghiệm phân tìm ấu trùng, tuy nhiên phương pháp này có độ nhạy thấp và đòi hỏi phải lấy nhiều mẫu (2). Các phương pháp chẩn đoán khác như xét nghiệm huyết thanh học có thể hữu ích, nhưng cần được đánh giá thêm về độ chính xác (1,5). Điều trị nhiễm giun lươn không biến chứng bao gồm các thuốc như thiabendazole, ivermectin và albendazole (2). Tuy nhiên, ivermectin thường được ưu tiên hơn do khả năng dung nạp tốt hơn (2). Điều trị hội chứng tăng nhiễm hoặc bệnh lan tỏa đòi hỏi phải sử dụng phối hợp các thuốc và theo dõi chặt chẽ (2).

Tại Việt Nam, mặc dù có nhiều báo cáo về bệnh ký sinh trùng đường ruột tuy nhiên vẫn còn thiếu dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm giun lươn ở Việt Nam. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm này tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ đó cung cấp thêm thông tin cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm giun lươn điều trị ở khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm giun lươn theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (2022), thỏa mãn 2 tiêu chuẩn sau:

(1). Bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc trực tiếp với đất hoặc sống trong vùng có dịch lưu hành, có dấu hiệu lâm sàng hướng tới nhiễm giun lươn đường tiêu hóa:

- Rối loạn tiêu hóa: thường là tiêu chảy, có thể kéo dài trên 2 tuần và xen kẽ đợt táo bón
- Đau bụng: thường đau thượng vị, kèm theo buồn nôn, nôn
- Ngứa, mẩn đỏ, ban dát sẩn kèo dài trên da
- Có thể gặp triệu chứng khác như mệt mỏi, chán ăn, gầy sút cân, thiếu máu, viêm ruột, viêm loét tá tràng, đại tràng, xuất huyết tiêu hóa, viêm khớp, rối loạn nhịp tim, hội chứng thận hư và ho/ hen phế quản.

(2). Bệnh nhân có một trong các điều kiện sau:

- Xét nghiệm tìm thấy ấu trùng giun lươn trong phân hoặc dịch tá tràng hoặc mảnh sinh

thiết dạ dày, tá tràng.

• Xét nghiệm ELISA kháng thể kháng giun lươn dương tính.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân. Bệnh nhân có tiền sử hoặc được chẩn đoán xác định ung thư ống tiêu hóa.

Bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Đối tượng được chọn vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2023.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

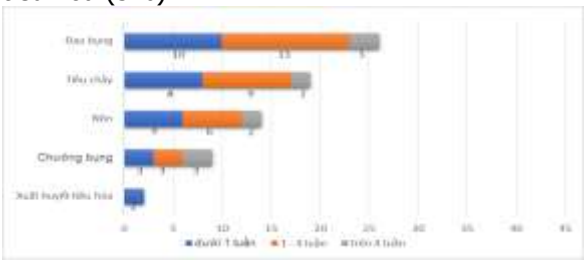
Nghiên cứu trên 40 bệnh nhân nhiễm giun lươn đường tiêu hóa điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2023

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 63,2 ± 13, chủ yếu trên 60 tuổi (62,5%) và có tỷ lệ nam/nữ là 1,5.

Bệnh nhân thường có các bệnh lý nền kèm theo như bệnh khớp (35%), đái tháo đường (17,5%), lạm dụng rượu (15%), xơ gan (12,5%), COPD (7,5%), hội chứng thận hư (5%), ung thư (2,5%). Tiền sử dùng thuốc ức chế miễn dịch ở 13 bệnh nhân (chiếm 32,5%). Thời gian khởi phát triệu chứng rất đa dạng, từ dưới 1 tuần đến trên 4 tuần.

Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tiền sử, bệnh lý nền (n=40)

Các triệu chứng thường gặp bao gồm đau bụng (65%), tiêu chảy (47,5%), buồn nôn/nôn (35%), đầy chướng bụng (22,5%), xuất huyết tiêu hóa (5%).



Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng tiêu hóa của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Các triệu chứng toàn thân như phù (45%), sốt (20%), sút cân (27,5%) và triệu chứng hô hấp (25%).

Bảng 1. Triệu chứng toàn thân ở đối tượng nghiên cứu (n=40)

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Sốt	8	20
Phù	18	45
Sút cân	11	27,5
Biểu hiện da	0	0

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Thường gặp tăng bạch cầu ái toan (72,5%), giảm albumin huyết thanh (72,5%), thiếu máu (67,5%), hạ natri máu (62,5%).

Bảng 2. Bất thường xét nghiệm huyết học ở đối tượng nghiên cứu (n=40)

Bất thường xét nghiệm máu			Phân loại	N	%
Thiếu máu	n (%)	27 (67,5%)	Hb 90 → 120 g/L	16	59,3
	X±SD (g/L)	93,9 ±18,1	Hb < 90 g/L	11	40,7
	Min – Max	37-118	HC nhỏ nhược sắc	6	22,2
			HC bình thường đẳng sắc	18	66,7
			HC to	3	11,1
Tăng BCAT	n (%)	29 (72,5%)	BCAT 0,5 → 1 G/L	11	38
	Median (IQR)	1,3 (0,9-2,8)	BCAT 1 → 1,5 G/L	5	17,2
	Min – Max	0,6+12,3	BCAT > 1,5 G/L	13	44,8

Bảng 3. Bất thường xét nghiệm sinh hóa ở đối tượng nghiên cứu (n=40)

Bất thường xét nghiệm máu			Phân loại	N	%
Hạ albumin máu	n (%)	29 (72,5%)	Alb 28 → 35 g/L	14	48,3
	X±SD(g/L)	26 ± 5,9	Alb <28 g/L	15	51,7
	Min – Max	12,9-34,9			
Hạ natri máu	n (%)	25 (62,5%)	Na 125 → 135 mmol/L	16	64
	X±SD(g/L)	126,6 ± 5,6	Na < 125 mmol/L	9	36
	Min – Max	113-134			

20 bệnh nhân (50%) có tổn thương phổi trên phim chụp X-quang.

• 11 trường hợp dày tổ chức kẽ phổi 2 bên

• 6 trường hợp có tổn thương kính mờ, đông đặc phổi

• 8 trường hợp có tràn dịch màng phổi. 26 bệnh nhân (65%) có bất thường trên siêu âm ổ bụng.

• 19 trường hợp biểu hiện viêm ruột với dày thành các đoạn ruột, thâm nhiễm xung quanh

• 3 trường hợp có thâm nhiễm phúc mạc, mạc nối, mạc treo ruột,

• 5 trường hợp có dịch tự do ổ bụng

24/40 bệnh nhân được nội soi dạ dày đều quan sát thấy tổn thương không đặc hiệu vùng hang môn vị gồm viêm xung huyết, phù nề, trợt, loét nông

• 8 trường hợp kèm theo viêm xung huyết, phù nề tá tràng

• 1 trường hợp viêm xung huyết, xuất tiết mạnh toàn bộ dạ dày,

• 1 trường hợp viêm teo toàn bộ niêm mạc dạ dày

• 2 trường hợp có loét chảy máu ở góc bờ cong nhỏ và hành tá tràng.

Tất cả 40 bệnh nhân được làm xét nghiệm ELISA giun lươn và xét nghiệm tìm ấu trùng giun lươn (ATGL) trong phân, kết quả 38 bệnh nhân có xét nghiệm ELISA dương tính (OD > 0,2), chiếm 95%, 15 bệnh nhân tìm thấy ATGL trong phân (chiếm 37,5%).

47,5% bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng, chủ yếu là viêm phổi - màng phổi (36,8%).

3.3. Kết quả điều trị. 100% bệnh nhân được điều trị ổn định bằng phác đồ kết hợp ivermectin 0,2 mg/kg/ngày trong 2 ngày và albendazol 400mg/ lần, 2 lần/ngày trong 7 ngày

Sau điều trị, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đều được cải thiện.

Bảng 4. Mức độ giảm triệu chứng lâm sàng sau điều trị

Triệu chứng	Số trường hợp khỏi, đỡ (%)
Đau bụng (n=27)	27 (100)
Tiêu chảy (n=21)	21 (100)
Nôn (n=14)	14 (100)
Chướng bụng (n=9)	9 (100)
Phù (n=18)	16 (88,9)

Sau điều trị, số lượng BCAT trong máu giảm đi so với trước điều trị, đồng thời nồng độ hemoglobin, albumin huyết thanh, natri máu đều tăng lên so với trước khi điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Nồng độ hemoglobin (g/L)	93,3 ± 18	100,5 ± 11,2	< 0,05*
Số lượng BCAT (G/L)	1,3 (0,9 – 2,5)	0,9 (0,5 – 1,8)	< 0,05**
Nồng độ albumin huyết thanh (g/L)	26,1 ± 5,8	28,1 ± 4,3	< 0,05*
Nồng độ natri máu (mmol/L)	126,9 ± 5,6	128,9 ± 6,5	< 0,05*

Trong số 15 bệnh nhân có ATGL trong phân, có 8 bệnh nhân được soi phân lại sau điều trị 4 – 7 ngày, đều cho kết quả âm tính.

Trong thời gian điều trị đặc hiệu bằng ivermectin và albendazol ở 40 bệnh nhân, chúng tôi không ghi nhận tác dụng phụ nào đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,2 ± 13, chủ yếu trên 60 tuổi (62,5%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó khi ghi nhận rằng nhiễm giun lươn thường gặp ở người lớn tuổi, đặc biệt ở những người có hệ miễn dịch suy yếu (6).

Tỷ lệ nam/nữ là 1,5, nam giới có thể nguy cơ cao hơn, có thể làm thói quen lao động và tiếp xúc với đất bị nhiễm trùng giun lươn (7).

Bệnh nhân thường có các yếu tố nguy cơ làm suy giảm miễn dịch là các bệnh lý nền gây suy giảm miễn dịch hoặc đòi hỏi dùng các thuốc ức chế miễn dịch làm tăng nguy cơ nhiễm giun lươn và tiến triển thành nhiễm giun lươn nặng (6).

Các triệu chứng lâm sàng đa dạng là do chu trình sống phức tạp của giun lươn. Khả năng tự nhiễm: ấu trùng giun lươn có thể xâm nhập trực tiếp vào niêm mạc ruột hoặc da vùng quanh hậu môn của cùng một vật chủ mà không cần phải ra ngoài môi trường. Điều này có thể dẫn đến nhiễm trùng kéo dài, dai dẳng và các triệu chứng tái phát (2). Di chuyển của ấu trùng: Ấu trùng giun lươn có thể di chuyển qua nhiều cơ quan trong cơ thể, bao gồm ruột, phổi và da. Sự di chuyển này có thể gây ra tổn thương và viêm nhiễm ở các cơ quan này, dẫn đến các triệu chứng khác nhau (2).

Biểu hiện trên da không có bệnh nhân nào trái ngược với các nghiên cứu khác cho thấy biểu hiện trên da là một triệu chứng phổ biến của nhiễm giun lươn. Các biểu hiện này có thể bao gồm mẩn ngứa, nổi mề đay, hoặc các tổn thương da khác (8). Có sự khác biệt này có thể do đặc điểm quần thể nghiên cứu, các tổn thương da thường xuất hiện ở giai đoạn nhiễm giun lươn cấp tính và trên đối tượng người trẻ trong khi đó quần thể nghiên cứu của chúng là những người lớn tuổi và có bệnh lý nền và có thể đã ở giai đoạn nhiễm mạn tính, khi các triệu chứng da đã biến mất (7).

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Tăng bạch cầu ái toan là một dấu hiệu thường gặp trong nhiễm giun lươn. Một nghiên cứu tổng hợp cho thấy 76,9% bệnh nhân nhiễm giun lươn có tăng bạch cầu ái toan khi chẩn đoán (8). Tăng bạch cầu ái toan được cho là có vai trò trong cơ chế bảo vệ chống lại nhiễm giun lươn. Bạch cầu ái

toan có thể hoạt động như các tế bào trình diện kháng nguyên để tạo ra các đáp ứng miễn dịch sơ cấp và thứ cấp đối với giun lươn. Bạch cầu ái toan và bạch cầu đa nhân trung tính cũng có thể phối hợp để tiêu diệt ấu trùng giun lươn (7). Tuy nhiên, cần lưu ý rằng không phải tất cả bệnh nhân nhiễm giun lươn đều có tăng bạch cầu ái toan, khoảng 20-45% bệnh nhân nhiễm giun lươn không tăng bạch cầu ái toan (3). Các nguyên nhân khiến cho bạch cầu ái toan không tăng có thể bao gồm: tình trạng suy giảm miễn dịch, nhiễm giun lươn mạn tính, tình trạng nhiễm trùng đi kèm, điều trị trước đó (3,6,7).

Giảm albumin huyết thanh là một dấu hiệu của suy dinh dưỡng do tình trạng tổn thương niêm mạc ruột gây mấy protein qua ruột (6)

Thiếu máu: giun lươn có thể gây mất máu mãn tính do ký sinh trùng bám vào niêm mạc ruột và hút máu. Ngoài ra, thiếu máu có thể là do suy dinh dưỡng, bệnh lý nền hoặc tác dụng phụ của thuốc điều trị. (6)

Xquang phổi: tổn thương phổi là một biểu hiện thường gặp của nhiễm giun lươn, đặc biệt là ở những bệnh nhân có triệu chứng hoặc nhiễm trùng nặng.

- Ấu trùng giun lươn có thể xâm nhập vào phổi qua đường máu hoặc đường bạch huyết, gây ra phản ứng viêm và tổn thương mô phổi (6).
- Đáp ứng miễn dịch của cơ thể, đặc biệt là sự hoạt hóa của bạch cầu ái toan và các cytokine gây viêm, có thể góp phần vào tổn thương phổi (1).
- Ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, khả năng kiểm soát sự di chuyển và sinh sản của giun lươn bị suy giảm, dẫn đến tổn thương phổi lan rộng (6).

Siêu âm ổ bụng là một công cụ hữu ích để đánh giá bệnh nhân nhiễm giun lươn

- Dày thành ruột là do phản ứng viêm, phù nề, hoặc xâm nhập của giun lươn vào thành ruột (7). Các vị trí khác nhau có thể phản ánh các giai đoạn khác nhau của nhiễm trùng hoặc các yếu tố cơ địa của bệnh nhân.
- Cổ trướng và quai ruột giãn là dấu hiệu của tắc ruột, viêm phúc mạc, giảm albumin máu hoặc các biến chứng nghiêm trọng khác của nhiễm giun lươn (3).

Nội soi dạ dày: các tổn thương này không đặc hiệu cho nhiễm giun lươn, nhưng có thể gợi ý tình trạng viêm và tổn thương niêm mạc do nhiễm trùng hoặc các yếu tố khác. Trong một số trường hợp, ấu trùng giun lươn có thể được tìm thấy trong các mẫu sinh thiết từ dạ dày hoặc tá tràng (3).

ELISA có độ nhạy cao trong chẩn đoán nhiễm giun lươn (5). Kết quả ELISA dương tính ở 95% bệnh nhân cho thấy xét nghiệm này có giá trị sàng lọc tốt.

Xét nghiệm tìm ATGL trong phân có độ nhạy thấp hơn so với ELISA (7). Điều này có thể là do số lượng ấu trùng trong phân thay đổi và kỹ thuật xét nghiệm có thể không đủ nhạy để phát hiện số lượng ấu trùng thấp. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với điều này. Cần lưu ý là cần xét nghiệm phân nhiều lần để tăng khả năng phát hiện ký sinh trùng (2).

Tình trạng nhiễm trùng: 47,5% bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng, chủ yếu là viêm phổi - màng phổi (36,8%). Tình trạng nhiễm trùng là do sự di chuyển của ấu trùng qua phổi hoặc do bội nhiễm vi khuẩn. Nhiễm trùng là một biến chứng thường gặp trong nhiễm giun lươn, đặc biệt là ở những bệnh nhân có ức chế miễn dịch. Viêm phổi - màng phổi do ấu trùng giun lươn di chuyển đến phổi và gây tổn thương, hoặc do vi khuẩn từ đường ruột xâm nhập vào phổi qua các ổ loét do giun lươn gây ra (7).

4.3. Kết quả điều trị. Phác đồ kết hợp ivermectin và albendazol phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về điều trị nhiễm giun lươn không biến chứng. Ivermectin là thuốc điều trị hiệu quả và dung nạp tốt. Albendazol được thêm vào để tăng cường hiệu quả điều trị, đặc biệt là ở những bệnh nhân có nhiễm giun lươn nặng hoặc có ức chế miễn dịch (7). Tỷ lệ đáp ứng về lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy phác đồ điều trị kết hợp ivermectin và albendazole rất hiệu quả và an toàn trong điều trị nhiễm giun lươn. Việc không ghi nhận tác dụng không mong muốn của thuốc cũng phù hợp với các nghiên cứu về độ an toàn của ivermectin và albendazol (7).

V. KẾT LUẬN

Giun giun lươn là một loại bệnh ký sinh ẩn tiềm ẩn, thường gặp ở người lớn và bệnh suy giảm miễn dịch, với các biểu hiện đa dạng lâm sàng hiện có, từ triệu chứng tiêu hóa đến chấn thương tinh tế và virus phổ biến. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào xét nghiệm huyết thanh ELISA, soi tìm ATGL trong phân. Điều trị bằng phác đồ phối hợp ivermectin và albendazol mang lại hiệu quả tốt, giúp cải thiện triệu chứng và thử nghiệm lâm sàng sẵn sàng mà không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng. Cần nâng cao nhận thức về nhiễm giun lươn để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh các biến chứng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barros N, Montes M. Infection and

Hyperinfection with Strongyloides stercoralis: Clinical Presentation, Etiology of Disease, and Treatment Options. Curr Trop Med Rep. 2014 Dec 1;1(4):223–8.
2. **Segarra-Newnham M.** Manifestations, Diagnosis, and Treatment of Strongyloides stercoralis Infection. Ann Pharmacother. 2007 Dec 1;41(12):1992–2001.
3. **Buonfrate D, Requena-Mendez A, Angheben A, Muñoz J, Gobbi F, Van Den Ende J, et al.** Severe strongyloidiasis: a systematic review of case reports. BMC Infect Dis. 2013 Feb 8;13(1):78.
4. **Page W, Judd JA, Bradbury RS.** The Unique Life Cycle of Strongyloides stercoralis and Implications for Public Health Action. Trop Med Infect Dis. 2018 Jun;3(2):53.
5. **Buonfrate D, Sequi M, Mejia R, Cimino RO, Krolewiecki AJ, Albonico M, et al.** Accuracy of Five Serologic Tests for the Follow up of Strongyloides stercoralis Infection. PLoS Negl Trop Dis. 2015 thg 2;9(2):e0003491.
6. **Keiser PB, Nutman TB.** Strongyloides stercoralis in the Immunocompromised Population. Clin Microbiol Rev. 2004 Jan;17(1): 208–17.
7. **Czeresnia JM, Weiss LM.** Strongyloides stercoralis. Lung. 2022 Apr 1;200(2):141–8.
8. **Buonfrate D, Fittipaldo A, Vlieghe E, Bottieau E.** Clinical and laboratory features of Strongyloides stercoralis infection at diagnosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2021 Nov 1;27(11):1621–8.
9. **Ericsson CD, Steffen R, Siddiqui AA, Berk SL.** Diagnosis of Strongyloides stercoralis Infection. Clin Infect Dis. 2001 Oct 1;33(7):1040–7.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRỨNG CÁ TRUNG BÌNH VÀ NẶNG BẰNG UỐNG ISOTRETINOIN KẾT HỢP BÔI AZELAIC ACID 20%

Phạm Thị Minh Phương[1], Lê Thanh Bình[2], Trần Thị Huyền[1,2]

TÓM TẮT

Trứng cá là một bệnh da phổ biến, thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên, bệnh ít gây ảnh hưởng tới sức khỏe nhưng ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị trứng cá trung bình và nặng bằng uống isotretinoin kết hợp bôi azelaic acid 20%. Các bệnh nhân tham gia điều trị được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm, mỗi nhóm có 30 bệnh nhân. Nhóm 1 được điều trị bằng uống isotretinoin 20 mg/ngày kết hợp bôi azelaic acid 20%; nhóm 2 được điều trị bằng uống isotretinoin 20 mg/ngày. Kết quả cho thấy, sau 12 tuần điều trị, số lượng tổn thương viêm ở nhóm 1 giảm tốt hơn so với nhóm 2 (0,77 so với 2,10; $p < 0,05$), điểm mức độ nặng của trứng cá (điểm GAGS) ở nhóm 1 (1,2) thấp hơn nhóm 2 (2,9; $p<0,05$). Sự bùng phát trứng cá (mức độ nhẹ) sau 4 tuần ở nhóm 1 thấp hơn nhóm 2 (20% so với 36,7%); sau 12 tuần điều trị, không gặp bùng phát ở cả hai nhóm. Điều trị trứng cá trung bình và nặng bằng uống isotretinoin kết hợp bôi azelaic acid 20% có hiệu quả giảm số lượng thương tổn, mức độ nặng. Tác dụng phụ chủ yếu là khô da, khô môi, nhưng giảm dần theo thời gian. ***Từ khóa:*** Trứng cá, isotretinoin uống, azelaic acid 20%

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF MODERATE AND SEVERE ACNE WITH ORAL ISOTRETINOIN COMBINED WITH TOPICAL AZELAIC ACID 20%

Acne is a common skin disease, often seen in adolescents, the disease has little impact on health but greatly affects aesthetics, psychology and quality of life. This clinical intervention study with a controlled group was conducted to evaluate the results of treating moderate and severe acne with oral isotretinoin combined with topical azelaic acid 20%. Patients participating in the treatment were randomly assigned to two groups, each group had 30 patients. Group 1 was treated with oral isotretinoin 20 mg/day combined with topical azelaic acid 20%; group 2 was treated with oral isotretinoin 20 mg/day. The results showed that after 12 weeks of treatment, the number of inflammatory lesions in group 1 decreased better than that in group 2 (0.77 vs. 2.10; $p < 0.05$), the acne severity score (Global Acne Grading System, GAGS) in group 1 (1.2) was lower than that in group 2 (2.9; $p < 0.05$). The rate of acne outbreak (mild level) after 4 weeks in group 1 was lower than that in group 2 (20% vs. 36.7%); after 12 weeks of treatment, there was no outbreak in either group. Treatment of moderate and severe acne with oral isotretinoin combined with topical azelaic acid 20% was effective in reducing the number of lesions and severity. The main side effects were dry skin and dry lips, but they gradually decreased over time. ***Keywords:*** Acne, oral isotretinoin, azelaic acid 20%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là một bệnh da mạn tính, rất phổ biến và thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Bệnh ít ảnh hưởng đến sức khỏe, nhưng ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống. Căn nguyên gây bệnh là sự tăng tiết

[1]*Bệnh viện Da liễu Trung ương*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền
Email: drhuyentran@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025
Ngày duyệt bài: 24.4.2025