

10-nhieu-noi-da-ghi-nhan-cac-bien-the-moi-cua-omicron-tiep-tuc-day-nhanh-tiem-vaccine-covid-19-169221015081508254.htm

5. **Lê Minh Giang, Đặng Thị Hương, Đỗ Nam Khánh, Hoàng Thị Hải Vân.** Thực trạng tham gia phòng chống dịch covid-19 của nhân viên y tế tại một số bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố năm 2021 - 2022. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 09/20 2023;169(8):310-318.  
doi:10.52852/tcncyh.v169i8.1857
6. **Khổng Văn Cường, Đỗ Nam Khánh, Trương Hoàng Anh, Lê Minh Giang.** Thực trạng nhân lực y tế tuyến xã tham gia phòng chống Covid-19 tại một số tỉnh trọng điểm trong năm 2021, 2022. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 04/27

2023;165(4):217-225.

doi:10.52852/tcncyh.v165i4.1534

7. **Đặng Thị Hương, Đỗ Nam Khánh, Hoàng Thị Hải Vân, Lê Minh Giang.** Tỷ lệ mắc/nghe mắc Covid-19 ở cán bộ y tế tham gia phòng chống dịch tại một số tỉnh/thành và trường đại học của Việt Nam năm 2021 - 2022 và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 04/27 2023;165(4):197-207.  
doi:10.52852/tcncyh.v165i4.1528
8. **Nguyễn Anh Khoa, Vũ Thị Quỳnh Hậu, Duyên ĐTP.** Tỷ lệ mắc bệnh COVID-19 của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan tại Đắk Lắk, năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/22 2022; 515(1) doi: 10.51298/vmj.v515i1.2676

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM Ở BỆNH NHÂN NHIỄM GIUN ĐƯỜNG TIÊU HOÁ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THUẬN AN, TỈNH BÌNH DƯƠNG

Phan Tấn An<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Chương<sup>1</sup>,  
Đoàn Thị Kiều Nga<sup>2</sup>, Phạm Thị Thanh Vân<sup>1</sup>, Tăng Tuấn Hải<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Thảo Vy<sup>4</sup>, Võ Trịnh Hà Nguyễn<sup>5</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhiễm giun đường tiêu hoá là một vấn đề sức khoẻ diễn tiến âm thầm nhưng dai dẳng trong cộng đồng. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và huyết học của bệnh nhân nhiễm giun đường tiêu hoá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 77 bệnh nhân nhiễm giun tại Trung tâm Y tế Thuận An, tỉnh Bình Dương (09/2019 – 04/2020). Bệnh nhân được xác định nhiễm giun bằng soi tươi phân trực tiếp, kỹ thuật Willis và nuôi cấy Sasa; định loài giun bằng quan sát hình thể ấu trùng. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 25. **Kết quả:** Trong 77 bệnh nhân, nhiễm giun lươn chiếm 64,9% (50/77 ca), trong khi nhiễm giun móc chiếm 29,9% (23/77 ca) và 4 trường hợp đồng nhiễm (5,2). Chỉ có 12 bệnh nhân có triệu chứng tiêu hoá (15,6%). Kết quả huyết học cho thấy thiếu máu xuất hiện ở 13 trường hợp (16,9%); không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thông số bạch cầu giữa nhiễm giun móc và giun lươn ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** nhiễm giun lươn chiếm tỉ lệ cao trong số các bệnh nhân nhiễm giun đường tiêu hoá và triệu chứng nhiễm giun khác biệt theo từng cá thể.

**Từ khóa:** huyết học, nhiễm giun đường tiêu hoá, tỉnh Bình Dương.

### SUMMARY

#### FEATURES OF PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL HELMINTHIASIS AT THUAN AN MEDICAL CENTER, BINH DUONG PROVINCE

**Objectives:** Gastrointestinal helminthiasis remains a silent but persistent health issue in the community. The study was conducted to evaluate the characteristics of patients with gastrointestinal helminthiasis. **Materials and method:** This was a cross-sectional study of 77 patients diagnosed with helminthiasis at Thuan An Medical Center, Binh Duong Province (from September 2019 to April 2020). Helminthiasis was confirmed by fecal direct microscopy, Willis method, and Sasa's modified culture method; pathogens were identified based on the morphology of the larva. Data was analysed using SPSS 25. **Results:** Among 77 patients, strongyloidiasis accounted for 64,9% of the total (50/77 cases), while the proportion of hookworm infection was 29,9% (23/77 cases) and only 4 cases of co-infection (5,2%); strongyloidiasis was statistically associated with hookworm infection ( $p$ -value  $< 0,05$ ). Only 12 patients presented with gastrointestinal symptoms (15,6%). Hematological results showed that anemia occurred in 13 cases (16,9%); there was no significant difference in leukocyte values between hookworm infection and strongyloidiasis ( $p$ -value  $> 0,05$ ). **Conclusion:** strongyloidiasis is more prevalent and helminthiasis symptoms vary between cases.

**Keywords:** hematological, gastrointestinal helminthiasis, Binh Duong Province.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm giun đường tiêu hoá là một thực trạng sức khoẻ dai dẳng và tiềm ẩn trong cộng đồng. Nhiễm giun đường tiêu hoá được Tổ chức

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Trưng Vương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>4</sup>Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>5</sup>Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tấn An

Email: phantan@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO) xếp vào nhóm “bệnh nhiệt đới bị quên lãng” (neglected tropical diseases); các loại giun gây bệnh bao gồm giun truyền qua đất (như giun đũa *Ascaris lumbricoides*, giun tóc *Trichuris trichiura* và giun móc/giun mỏ *Necator americanus/Ancylostoma duodenale*) và các giun đường ruột khác như giun lươn *Strongyloides stercoralis* và giun kim *Enterobius vermicularis* [1]. Cơ chế bệnh sinh của các loại giun này có thể là (1) cạnh tranh dưỡng chất trong ống tiêu hoá (như giun đũa, giun kim) hay (2) hút máu ký chủ (như giun móc, giun lươn, giun tóc), từ đó gây ra các biến chứng mạn tính làm tổn hại ký chủ.

Trong cộng đồng hiện tại, tỉ lệ nhiễm giun đũa, giun kim và giun tóc đã giảm rất nhiều nhờ vào biện pháp tẩy giun cộng đồng và cải thiện tình trạng vệ sinh công cộng. Tuy nhiên, nhiễm giun lươn và nhiễm giun móc vẫn chiếm tỉ lệ cao do tính đặc hiệu ký chủ rộng (ký sinh được trên ký chủ người và động vật) và số lượng cá thể suy giảm miễn dịch ngày càng tăng; kết quả nghiên cứu của Phùng Thị Thanh Thủy và cs. (2019) ghi nhận tỉ lệ nhiễm giun truyền qua đất là 24,5% tại các tỉnh khu vực Nam Bộ - Lâm Đồng, trong đó tỉ lệ nhiễm giun móc/giun mỏ cao nhất (86%) [2]. Tuy vậy, rất khó phát hiện được các bệnh nhân này, do rằng các triệu chứng thường biểu hiện không đặc hiệu và chồng lấp với các bệnh lý khác; đa số bệnh nhân nhiễm bệnh được phát hiện tình cờ hoặc qua các nghiên cứu cộng đồng. Tại tỉnh Bình Dương, theo thống kê của Bộ Y tế, các loại giun ký sinh đường tiêu hoá được báo cáo gồm giun móc/giun mỏ và giun lươn [3]. Như vậy, việc khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm giun đường tiêu hoá tại khu vực sẽ đóng góp kiến thức, hỗ trợ cho thăm khám lâm sàng và chẩn đoán bệnh của bác sĩ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm giun đường tiêu hoá tại Trung tâm Y tế Thuận An, tỉnh Bình Dương trong khoảng thời gian từ 09/2019 – 04/2020.

### **Tiêu chuẩn nhận vào**

- Bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc người giám hộ đồng ý cho bệnh nhân/bệnh nhi tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm giun đường tiêu hoá bằng xét nghiệm mẫu phân (soi phân trực tiếp, kỹ thuật Willis và nuôi cấy cải tiến Sasa).

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân đồng

nhiễm với ký sinh trùng khác gây biểu hiện ấu trùng di chuyển ngoài da (giun móc chó/mèo, giun đầu gai *Gnathostoma*)

- Bệnh nhân uống thuốc điều trị ký sinh trùng trong vòng 1 tháng gần đây.

- Bệnh nhân không cung cấp mẫu phân để xét nghiệm.

- Bệnh nhân có bệnh lý cấp tính phải nhập viện điều trị.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang phân tích.

**2.2.2. Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 09/2019 đến tháng 04/2020.

**Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế Thuận An, tỉnh Bình Dương.

**2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:** cỡ mẫu được tính toán dựa theo công thức ước lượng cỡ mẫu cho

một tỉ lệ: 
$$n \geq \frac{Z^2 \alpha(1-p)}{d^2}, \text{ trong đó:}$$

$\alpha = 0,05$  (sai lầm loại 1)

$p = 0,86$  là tỉ lệ nhiễm giun móc/mỏ trong tổng số bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm giun đường tiêu hoá theo kết quả của Phùng Thị Thanh Thủy và cs. (2019) [2].

$d = 0,08$  (sai số ước tính).

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 73 bệnh nhân nhiễm giun đường tiêu hoá.

**2.2.4. Quy trình nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành theo các bước sau:

Bước 1: cung cấp thông tin cho bệnh nhân/người giám hộ về nghiên cứu và mời bệnh nhân/người giám hộ ký đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Bước 2: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân/người giám hộ theo bảng câu hỏi cấu trúc đã soạn sẵn.

Kết quả xét nghiệm huyết học được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị; hệ thống máy phân tích huyết học là CELLDYN RUBY (hãng Abbott, Hoa Kỳ). Chẩn đoán thiếu máu (từng lứa tuổi) theo hướng dẫn của Bộ Y tế; tiêu chuẩn chẩn đoán tăng bạch cầu ái toan khi số lượng tuyệt đối của bạch cầu trên 500 tế bào/mm<sup>3</sup> (0,5 K/ $\mu$ L) [4].

Bước 3: lấy mẫu phân xét nghiệm bằng các kỹ thuật: soi phân trực tiếp, kỹ thuật Willis và nuôi cấy cải tiến Sasa.

- Mẫu dương tính: khi phát hiện thấy trứng hoặc ấu trùng (giun móc/mỏ, giun lươn).

- Mẫu âm tính: kết quả âm tính khi xét nghiệm 3 mẫu phân liên tiếp.

**2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu:** nhập liệu

bằng Excel và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25. Xác định mối liên quan giữa các biến định tính bằng kiểm định Chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher). Ý nghĩa thống kê được xác lập khi  $p < 0,05$ .

2.2.5. *Đạo đức trong nghiên cứu.* Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh với mã số: 463/ĐHYD-HĐĐĐ. Toàn bộ thông tin thu thập từ bệnh nhân sẽ được mã hoá và bảo mật danh tính, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và chỉ có thể truy cập bởi các bên có liên quan.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 10. Một số đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân**

N = 77		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	
<b>Đặc điểm bệnh lý nền</b>	Bệnh mạn tính	26	33,8	
	Bệnh suy giảm miễn dịch	Điều trị ARV	3	3,9
		Đái tháo đường type 2	18	23,4
		Bệnh khác	1	1,3
	Bệnh liên quan miễn dịch	0	0	
<b>Biểu hiện triệu chứng khi khám</b>	Triệu chứng tiêu hoá	12	15,6	
	Triệu chứng hô hấp cấp	31	40,3	
	Triệu chứng hô hấp mạn	1	1,3	

Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh nền suy giảm miễn dịch chiếm 28,6% (22/77 ca) bao gồm các bệnh: HIV đang điều trị ARV, đái tháo đường type 2 và bệnh khác (bệnh thận mạn). Triệu chứng bệnh hô hấp cấp tính chiếm tỉ lệ cao nhất (40,3%).

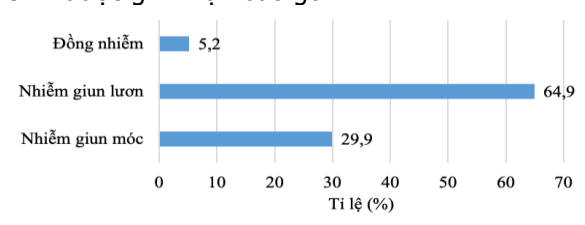
**Bảng 11. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và tác nhân gây bệnh**

N = 77		Tác nhân gây bệnh; n (%)			p
		Nhiễm giun móc	Nhiễm giun lươn	Đồng nhiễm	
Triệu chứng tiêu hoá	Có (12)	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0)	0,46**
	Không (65)	21 (32,3)	40 (61,5)	4 (6,2)	
Triệu chứng hô hấp	Không (45)	14 (31,1)	30 (66,7)	1 (2,2)	0,623**
	Triệu chứng cấp tính (31)	9 (29)	19 (61,3)	3 (9,7)	
	Triệu chứng mạn tính (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	

\*\* Kiểm định chính xác Fisher's exact test

Trong số các bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, nhiễm giun lươn luôn chiếm tỉ lệ cao nhất; tuy nhiên, nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tác nhân ký sinh với triệu chứng lâm sàng ( $p > 0,05$ ).

Qua kết quả xét nghiệm phân, tác nhân ký sinh được ghi nhận bao gồm:



**Biểu đồ 2. Tác nhân gây bệnh qua xét nghiệm phân**

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình 42,6 tuổi (độ lệch chuẩn 18,9 tuổi), trong đó bệnh nhi nhỏ tuổi nhất là 1 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 82 tuổi. Tỉ lệ nam giới và nữ giới xấp xỉ nhau (48,1% so với 51,9%); đa số bệnh nhân đều cư trú trong tỉnh Bình Dương (64,9%). Một số đặc điểm sinh hoạt khác của bệnh nhân bao gồm: 71,4% bệnh nhân thường xuyên rửa tay đúng cách, 57,1% bệnh nhân có công việc/thói quen sinh hoạt tiếp xúc trực tiếp với đất và 93,5% bệnh nhân thường ăn rau sống.

Tại thời điểm phỏng vấn bệnh nhân, 94,8% bệnh nhân đến khám bệnh vì bệnh lý. Một số đặc điểm bệnh của bệnh nhân được mô tả trong bảng sau:

Khi so sánh tỉ lệ nhiễm giun móc và nhiễm giun lươn, chúng tôi nhận thấy:

**Bảng 12. Mối liên quan giữa nhiễm giun lươn và nhiễm giun móc**

N = 77		Nhiễm giun móc; n (%)		p	OR KTC 95%
		Có	Không		
Nhiễm giun lươn	Có (54)	4 (7,4)	50 (92,6)	< 0,001*	13,5
	Không (23)	23 (100)	0 (0)		5,3 - 34,7

\* Kiểm định Chi bình phương

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm giun lươn và nhiễm giun móc ( $p < 0,001$ ).

Kết quả huyết học của bệnh nhân được ghi nhận trong bảng:

**Bảng 13. Đặc điểm huyết học của bệnh nhân nhiễm giun**

N = 77	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	Thấp nhất	Cao nhất
Số lượng hồng cầu (RBC)	4,6 (4,3 - 4,9)	3,22	6,23
Hemoglobin	13,3 (12,7 - 14,2)	6,6	16,6

(Hgb)			
Bạch cầu ái toan	0,77 (0,54 - 1,1)	0,2	4,8

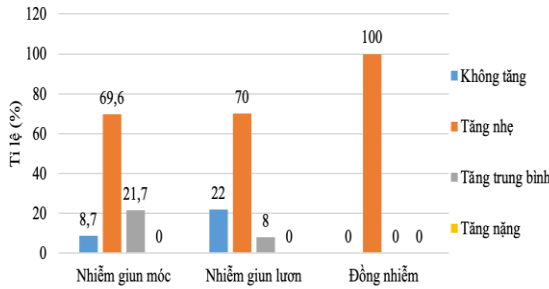
Tỉ lệ thiếu máu là 16,9% (13/77 ca) và tỉ lệ bệnh nhân tăng bạch cầu ái toan là 83,1% (64/77 ca); khi khảo sát sâu hơn giữa các tác nhân giun tròn:

**Bảng 14. Mối liên quan giữa triệu chứng huyết học với tác nhân gây bệnh**

N = 77	Tác nhân gây bệnh; n (%)			p
	Nhiễm giun móc	Nhiễm giun lươn	Đồng nhiễm	
Thiếu máu	Có (13)	5 (38,5)	7 (53,8)	0,485**
	Không (64)	18 (28,1)	43 (67,2)	
Tăng bạch cầu ái toan	Có (64)	21 (32,8)	39 (60,9)	0,297**
	Không (13)	2 (15,4)	11 (84,6)	

\*\* Kiểm định chính xác Fisher's exact test

Trong các bệnh nhân thiếu máu, nhiễm giun lươn chiếm tỉ lệ cao nhất (53,8%), kể đến là nhiễm giun móc (38,5%). Tương tự, ở bệnh nhân tăng bạch cầu ái toan, bệnh nhân nhiễm giun lươn có tỉ lệ là 60,9%, theo sau là nhiễm giun móc (32,8%). Tuy nhiên, tác nhân giun gây bệnh không liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng thiếu máu hay tăng bạch cầu ái toan ( $p > 0,05$ ). Mức độ tăng bạch cầu ái toan được khảo sát trên từng nhóm tác nhân:



**Biểu đồ 3. Mức độ tăng bạch cầu ái toan theo tác nhân gây bệnh**

Tỉ lệ tăng bạch cầu ái toan mức độ nhẹ chiếm đa số ở tất cả nhóm tác nhân. Ở nhóm bệnh nhân nhiễm giun lươn, tỉ lệ bệnh nhân không tăng bạch cầu ái toan cao hơn so với hai nhóm còn lại (22%).

**IV. BÀN LUẬN**

Trung tâm Y tế Thuận An, tỉnh Bình Dương là đơn vị y tế chăm sóc ban đầu cho người dân khu vực; độ tuổi trung bình là 42,6 tuổi (nghiêng về nhóm người trưởng thành) và có độ lệch chuẩn khá rộng (18,9 tuổi) do tiếp nhận cả bệnh nhi (bệnh nhi nhỏ tuổi nhất là 1 tuổi). Tỉ lệ nam nữ xấp xỉ nhau và đa số bệnh nhân sống tại tỉnh Bình Dương; kết quả này cho thấy cỡ mẫu có thể mang tính đại diện. Các đặc điểm như công việc tiếp xúc đất và thường xuyên ăn rau sống làm

tăng khả năng gây bệnh dựa theo chu trình phát triển của giun ký sinh, tuy nhiên, các câu hỏi đánh giá vẫn mang đặc điểm định tính nhiều hơn định lượng (chưa xác định được tần suất). Đây là hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi về mặt dịch tễ, nhưng đồng thời cũng là hạn chế của các nghiên cứu khác cùng chuyên ngành.

Ở các bệnh nhân đến khám bệnh, khoảng 1/3 trường hợp có bệnh mạn tính đang điều trị. Khi khảo sát sâu về các bệnh lý nền này, nghiên cứu ghi nhận 22/77 bệnh nhân có bệnh nền suy giảm miễn dịch: HIV đang điều trị ARV (3/22 ca), đái tháo đường type 2 (18/22 ca) và bệnh thận mạn (1/22 ca). Các bệnh lý này đều được y văn ghi nhận có liên quan đến nhiễm giun, đặc biệt là giun lươn [5]. Về biểu hiện lâm sàng, triệu chứng hô hấp cấp chiếm tỉ lệ cao nhất (40,3%), kể đến là triệu chứng tiêu hoá (15,6%). Nhiễm giun lươn và giun móc có thể gây biểu hiện ở phổi do trong chu trình phát triển, ấu trùng giun cần lột xác ở phế nang; một bài tổng quan hệ thống đã báo cáo các triệu chứng thường gặp trong nhiễm giun tiêu hoá, trong đó có triệu chứng hô hấp [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan giữa triệu chứng hô hấp với loài giun ký sinh ( $p > 0,05$ ; bảng 2), dù rằng tỉ lệ biểu hiện triệu chứng hô hấp cấp khá cao. Ngoài ra, triệu chứng tiêu hoá cũng chiếm tỉ lệ khá thấp và không ghi nhận mối liên quan với các loài giun ký sinh. Điều này có thể do triệu chứng tiêu hoá có liên quan đến mật độ giun ký sinh trên bệnh nhân, đồng thời các triệu chứng tiêu hoá do giun ký sinh gây ra có biểu hiện rất mờ nhạt và không đặc hiệu, dễ bị chồng lấp bởi các bệnh lý tiêu hoá thường gặp khác [5].

Kết quả xét nghiệm phân cho thấy, nhiễm giun lươn chiếm tỉ lệ cao nhất (64,9%), kể đến là nhiễm giun móc (29,9%). Giun lươn có điểm đặc biệt hơn so với giun móc, đó là chu trình sống tự

do và chu trình tự nhiễm cho phép giun lươn tồn tại kéo dài ở ngoại cảnh cũng như gây ra thể bệnh mạn tính; đây là điểm mấu chốt giải thích tỉ lệ nhiễm cao của giun lươn so với các loài giun còn lại [5]. Tỉ lệ đồng nhiễm giun móc – giun lươn (5,2%) cùng với mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm giun lươn và nhiễm giun móc ( $p < 0,001$ ; OR = 13,5; KTC 95% 5,3 – 34,7) có thể được giải thích bởi sự chồng lấp về sinh cảnh của hai loài giun này: P. E. Fleitas và cs. (2022) đã xây dựng mô hình sinh thái nhằm khảo sát phân bố của giun móc và giun lươn, qua đó ghi nhận sự chồng lấp về sinh cảnh của hai loài giun là 68% [6]. Như vậy, phát biểu một cách đơn giản, bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm giun lươn sẽ có nguy cơ nhiễm giun móc gấp 13,5 lần theo kết quả nghiên cứu này.

Giá trị hồng cầu trung vị và khoảng tứ phân vị của các bệnh nhân nhiễm giun nằm ở ngưỡng bình thường so với giá trị tham chiếu; điều này cho thấy bệnh nhân nhiễm giun có thể phục hồi được lượng hồng cầu do sự bù trừ từ tuỷ xương. Tuy nhiên các thông số hồng cầu cần thiết phải được khảo sát kết hợp với mật độ ký sinh trùng để có thể khẳng định hoặc phủ định mối liên quan. Một thông số đặc biệt quan trọng trong nhiễm giun chính là số lượng bạch cầu ái toan: chúng tôi ghi nhận giá trị trung vị của bạch cầu ái toan là 0,77 K/ $\mu$ L với khoảng tứ phân vị từ 0,54 K/ $\mu$ L đến 1,1 K/ $\mu$ L. Kết quả này cho thấy với ngưỡng chẩn đoán tăng bạch cầu ái toan là 0,5 K/ $\mu$ L thì có thể xác định được phần lớn bệnh nhân nhiễm giun trong mẫu nghiên cứu. D. Buonfrate và cs. (2021) đã phân tích hệ thống y văn và nhận thấy các nghiên cứu sử dụng điểm cắt bạch cầu ái toan khác nhau: có thể là ngưỡng 400, 440 hoặc 500, đôi khi sử dụng cả phần trăm bạch cầu ái toan (ngưỡng 5%) để chẩn đoán [5]. Như vậy, vấn đề đặt ra ở đây chính là: ngưỡng cắt bạch cầu ái toan 0,5 K/ $\mu$ L trong thực hành lâm sàng hiện tại có thể không phù hợp với thực trạng nhiễm giun của cộng đồng. Do đó, chúng tôi cho rằng cần thiết phải xác định lại ngưỡng cắt bạch cầu ái toan với giá trị chẩn đoán cao nhất cho người Việt Nam.

Khi khảo sát loài giun ký sinh với tình trạng thiếu máu và tăng bạch cầu ái toan, chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tuy số lượng máu từng cá thể giun tiêu thụ có thể khác nhau, nhưng sự khác biệt sẽ chủ yếu nằm ở mật độ giun ký sinh. Về số lượng bạch cầu ái toan, S. A. Sakyi và cs. (2022) ghi nhận số lượng bạch cầu ái toan có liên quan chủ yếu đến mật độ ký sinh chứ không

phải loài ký sinh trùng [8]. Các nhận định trên sẽ góp phần giải thích được sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm giun và đặc điểm huyết học mà chúng tôi đã ghi nhận được.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên các bệnh nhân nhiễm giun đường tiêu hoá, chúng tôi nhận thấy triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân đa dạng và rất khó sử dụng để gợi ý tình trạng nhiễm giun. Ngoài ra, kết quả bạch cầu ái toan cho thấy sự cần thiết của một nghiên cứu xây dựng ngưỡng cắt bạch cầu ái toan dùng để chẩn đoán nhiễm giun dành cho người Việt Nam.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn sự hỗ trợ của nhân viên y tế tại Trung tâm Y tế Thuận An, tỉnh Bình Dương đã giúp đỡ nghiên cứu hoàn thành tốt đẹp. Đặc biệt, chúng tôi xin tri ân những bệnh nhân đã đồng ý tham gia nghiên cứu; những kết quả thu được sẽ giúp ích rất nhiều cho sức khoẻ cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2021)**. "Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh ký sinh trùng thường gặp tại Việt Nam". Số 1744/QĐ-BYT; 38 trang.
2. **Phùng Thị Thanh Thủy, Lê Thành Đồng và cs. (2019)**. "Tỉ lệ nhiễm giun, sán ở khu vực Nam Bộ - Lâm Đồng và hiệu quả của các biện pháp phòng chống giun, sán dựa vào cộng đồng". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Tập 23 (số 5):106–114.
3. **Bộ Y tế (2021)**. Kế hoạch phòng chống bệnh ký sinh trùng thường gặp tại Việt Nam giai đoạn 2021 - 2025. Số 1745/QĐ-BYT; 39 trang.
4. **Kuang F. L. (2020)**. "Approach to the patient with eosinophilia". Med Clin North Am. 104(1):1–14. doi:10.1016/j.mcna.2019.08.005
5. **Buonfrate D., Fittipaldo A. và cs. (2021)**. "Clinical and laboratory features of Strongyloides stercoralis infection at diagnosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis". Clin Microbiol Infect.;27(11):1621–1628. doi:10.1016/j.cmi.2021.07.016
6. **Fleitas P. E., Kehi S. D. và cs. (2022)**. "Mapping the global distribution of Strongyloides stercoralis and hookworms by ecological niche modeling". Parasit Vectors. 15(1):197. doi:10.1186/s13071-022-05284-w
7. **Hu Z., Chen H. và cs. (2019)**. "Correlation between hematological parameters and ancylostomiasis: A retrospective study". J Clin Lab Anal. 33(3):e22705. doi:10.1002/jcla.22705
8. **Sakyi S. A., Amoani B. và cs. (2022)**. "Assessing the role of eosinophil-mediated immune response markers in detecting hookworm infection: A case-control study in Kintampo, Ghana". Health Science Reports. 5(4):e674. doi:10.1002/hsr2.674