

NHIỄM GIUN LƯƠN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI TỔNG QUÁT, BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC CỬ CHI, 2021

**Phạm Phú Ngọc Vũ¹, Hoàng Trường², Du Trọng Đức²,
rần Trinh Vương², Lê Đức Vinh²**

¹ Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Củ Chi; ² Trường Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch;

Tóm tắt

*Bệnh giun lươn ở người gây ra bởi nhiễm *Strongyloides stercoralis*, là một trong những bệnh ký sinh trùng bị lãng quên, nhưng lại là vấn đề sức khỏe quan trọng ở người có tổn thương hệ thống miễn dịch do tính chất đặc trưng về chu trình tự nhiễm và dẫn đến tăng nhiễm. Hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về giun lươn trên đối tượng bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện. Nghiên cứu mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân đang được điều trị nội trú tại bệnh viện. Mẫu phân được thu thập và xét nghiệm chẩn đoán nhiễm giun lươn bằng kỹ thuật soi trực tiếp và nuôi cấy Harada Mori cải tiến. Nghiên cứu 330 trường hợp bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội tổng quát bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi cho thấy tỷ lệ nhiễm giun lươn là 8,5%. Trong đó kết quả xét nghiệm soi giun chỉ phát hiện được 7,0%, thấp hơn kỹ thuật cấy. Đối tượng trên 60 tuổi, có sử dụng corticoides kéo dài, nghề nghiệp thuộc ngành nông nghiệp và thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với đất trong các sinh hoạt tăng nguy cơ nhiễm giun lươn lần lượt là 4,1; 3,0; 4,5 và 5,1 lần so với nhóm còn lại. Giới tính, trình độ học vấn, tình trạng sử dụng hố xí không hợp vệ sinh, tỷ lệ % bạch cầu ái toan không liên quan đến tình trạng nhiễm giun lươn.*

Từ khoá: Giun lươn, phương pháp cấy Harada – Mori, Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Củ Chi

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giun lươn là loại giun tròn ký sinh ở đường tiêu hóa, thường ở tá tràng, đầu ruột non. Đa số bệnh nhân nhiễm giun đều ít biểu hiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Bệnh phát triển âm thầm, đến khi cơ thể ký chủ suy giảm miễn dịch do một nguyên nhân nào đó, bệnh sẽ bùng lên trở thành bệnh cảnh lâm sàng nhiễm đa cơ quan, gây tử vong. Do bệnh nhiễm giun lươn phổ biến trên thế giới và có khả năng tồn tại suốt đời trong cơ thể, vì vậy việc tầm soát giun lươn trở nên cần thiết để đề phòng những trường hợp bùng phát gây tử vong do suy giảm miễn dịch [9].

Tại huyện Củ Chi và khu vực lân cận những khảo sát từ năm 2007 đến nay cho thấy tỷ lệ nhiễm giun lươn dao động từ 9,2% - 12,6%. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu gần đây được công bố về tình hình nhiễm giun lươn tại khu vực. Mặt khác, trong quá trình khám chữa bệnh tại Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi phát hiện nhiều trường hợp nhiễm giun lươn tại bệnh viện

Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu “Đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng nhiễm giun lươn ở nhóm bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội tổng quát bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Củ Chi” nhằm làm sáng tỏ hơn về thực trạng bệnh nhiễm giun lươn cũng như giúp các bác sĩ thực hành lâm sàng có thêm nhiều thông tin về tác nhân gây bệnh trên địa bàn.

2. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng Quát, bệnh viện Đa khoa Khu Vực Củ Chi.

2.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06 năm 2020 đến tháng 05 năm 2021

2.3 Địa điểm nghiên cứu:

Khoa Nội Tổng Quát, bệnh viện Đa khoa Khu Vực Củ Chi và Phòng thí nghiệm Ký sinh y học, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.

2.4 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

p: tỷ lệ nhiễm giun lươn dựa trên kết quả nghiên cứu của Phạm Đình Duy năm 2020 là 30,8%⁽¹⁾, nghiên cứu chọn p=0,308. Chọn khoảng tin cậy 95% với d = 0,05.

Áp dụng phần mềm tính cỡ mẫu WHO sampleSize 2.0. Chúng tôi ước tính sẽ chọn n=330.

Tiến hành chọn mẫu thuận tiện toàn bộ bệnh nhân tại địa điểm và trong thời gian nghiên cứu, không lặp lại mẫu đối với bệnh nhân tái nhập viện.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được điều trị nội trú tại khoa Nội tổng quát, bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi, có độ tuổi từ 16 tuổi trở lên.

Chưa uống thuốc tẩy giun trong 6 tuần tính đến ngày tham gia nghiên cứu.

Có mẫu phân đạt yêu cầu xét nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ: không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu hoặc tự ý ngừng tham gia.

2.5 Phương pháp chọn và thu thập mẫu

Bước 1: Bệnh nhân đến khám điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện ĐKKV Củ Chi từ ngày 01/06/2020 – 31/05/2021. Người bệnh sau khi nhập khoa được thăm khám, chẩn đoán và điều trị bệnh chính. Nghiên cứu viên tiến hành tiếp cận người bệnh, thông tin và lấy cam kết đồng thuận nghiên cứu

Bước 2 tiến hành phỏng vấn thông tin chung và các xét nghiệm khác của bệnh nhân đã thực hiện dựa trên thu thập thông tin từ HSBA. Tiến hành thu thập mẫu phân của người bệnh.

Bước 3: Mẫu phân sau khi được thu thập vận chuyển đến Phòng thí nghiệm Ký sinh y học trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch tiến hành xét nghiệm soi phân và cấy phân ở tất cả mẫu nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu

Thông tin liên quan đến nhân khẩu học, tiền căn, triệu chứng cơ năng

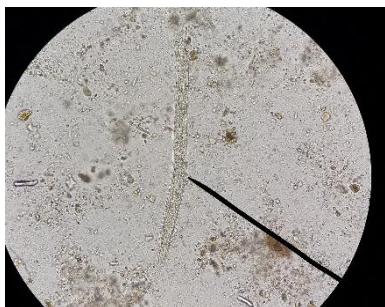
Thu thập các chỉ số cân nặng, chiều cao

Kết quả xét nghiệm máu, bạch cầu ái toan, kết quả xét nghiệm phân xác định nhiễm giun lươn

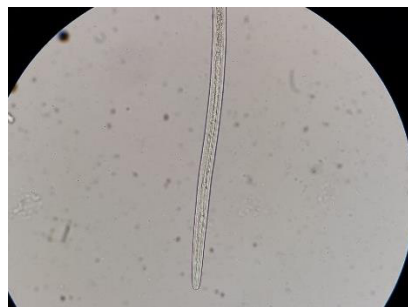
Xét nghiệm bệnh phẩm

Xét nghiệm chính trong nghiên cứu để phát hiện ấu trùng giun lươn là phương pháp soi tươi phân, cây Harada – Mori cải tiến. Kết quả xác định 1 trường hợp có nhiễm giun lươn khi:

- Tìm thấy ấu trùng giai đoạn 1 của giun lươn trong kỹ thuật soi trực tiếp hoặc cây
- Hoặc tìm thấy bất kỳ giai đoạn ấu trùng hay giun lươn trưởng thành trong kỹ thuật cây phân



Hình 1: ấu trùng giai đoạn 1 trong kỹ thuật soi trực tiếp (hình từ nghiên cứu)



Hình 2: ấu trùng giai đoạn 2 trong kỹ thuật cây Harada - mori (hình từ nghiên cứu)

2.6 Phân tích và xử lý số liệu

Phân tích số liệu Phần mềm SPSS 22.0 for windows.

Sử dụng tần số và tỷ lệ % để mô tả các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn. Để mô tả các biến định lượng, trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối lệch.

Sử dụng test khi bình phương, test t và chỉ số nguy cơ OR và OR hiệu chỉnh khi phân tích đa biến.

2.7 Ý đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được thông báo và nói rõ mục đích nghiên cứu. Đối tượng tham gia hoàn toàn tự nguyện và có quyền từ chối tham gia bất cứ lúc nào mà không cần phải giải thích lý do.

Người bệnh tham gia nghiên cứu không phải trả tiền xét nghiệm thuộc về nghiên cứu và được điều trị miễn phí theo phác đồ qui định của Bộ Y tế đã ban hành khi xác định có nhiễm bệnh.

Nghiên cứu được thông qua bởi Quyết định số: 295/HĐĐĐ-TĐHYKPNT ngày 1/7/2020 của Hội đồng đạo đức Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

3. KẾT QUẢ

3.1 Mẫu nghiên cứu

Tổng số mẫu: 330 trường hợp.

Trung bình: $54,28 \pm 17,9$; Cao nhất là 97 và thấp nhất là 16 tuổi

Bảng 1. Phân bố đối tượng tham gia nghiên cứu về hành chính (n= 330)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 60	181	54,8
≥ 60	149	45,2
Giới tính		
Nam	225	68,2
Nữ	105	31,8
Địa chỉ		
Huyện củ chi	178	53,9
Khác	152	46,1
Trình độ học vấn		
Mù chữ	15	4,5
Biết đọc, biết viết	110	33,3
Cấp 1,2	128	38,8
Cấp 3	74	22,4
> cấp 3	3	0,9
Nghề nghiệp		
Nông dân	148	44,8
Khác	182	55,2

Nhận xét: Độ tuổi trung bình khá cao $54,28 \pm 17,9$. Trong đó nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 45,2%, nam giới chiếm đa số 68,2%, và 53,9% đối tượng sống trên địa bàn huyện Củ Chi. Đối tượng làm nghề nông chiếm 44,8%, phần lớn có trình độ dưới cấp 3, trình độ > cấp 3 chỉ 0,9%.

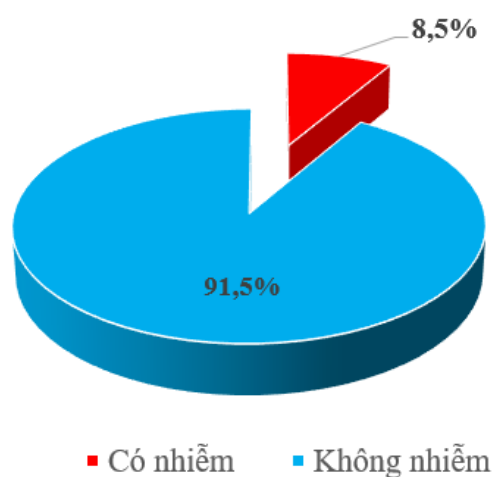
Bảng 2. Phân bố đối tượng tham gia nghiên cứu theo yếu tố liên quan tiếp xúc đất và tẩy giun định kỳ (n= 330)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hoạt động tiếp xúc trực tiếp với đất trong các sinh hoạt		
Có	237	71,8
Không	93	28,2
Thói quen đi chân đất		
Có	122	37,0

Không	208	63,0
Mang bao tay khi tiếp xúc trực tiếp với đất		
Có	68	20,6
Không	262	79,4
Loại hố xí		
Hố xí tự hoại	312	94,5
Hố xí ao cá /trực tiếp trên sông, kênh, rạch	3	0,9
Hố đào/trực tiếp trên đất, đồng ruộng	9	2,7
Khác	6	1,8
Xỏ giun định kỳ		
Có	58	17,6
Không	109	33,0
Không biết/không nhớ rõ	163	49,4

Nhận xét: Đối tượng có hoạt động tiếp xúc trực tiếp với đất trong các sinh hoạt chiếm 71,8% trong khi thói quen đi chân đất chiếm 37%. Thói quen sử dụng bao tay khi tiếp xúc trực tiếp với đất chiếm 20,6%. Loại hố xí được sử dụng phổ biến là hố xí tự hoại chiếm 94,5%, và chỉ có 17,6% đối tượng phỏng vấn có thực hiện xổ giun định kỳ.

3.2 Tỷ lệ nhiễm giun lươn



Hình 3. Tỷ lệ nhiễm giun lươn *S. stercoralis* (n = 330)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm giun lươn là 8,5% (28/330)

3. Các yếu tố liên quan đến nhiễm giun lươn

Bảng 3. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan với nhiễm giun lươn

Biến số	Số lượng	Số (+) n = 28	Giá trị p	OR (OR hiệu chỉnh); (95% CI)
Giới tính (nam/nữ)	225/105	16/12	> 0,05	1,7 (0,8 – 3,7)
Độ tuổi (≤ 60/ > 60)	181/149	20/8	< 0,01	3,4 (4,1); (1,6 – 10,3)
Địa chỉ (huyện củ chi/khác)	178/152	17/11	> 0,05	1,4 (0,6 – 2,9)
Trình độ học vấn (dưới THPT/THPT trở lên)	253/77	20/8	> 0,05	1,4 (0,6 – 3,2)
Nghề nghiệp (nghề nông nghiệp/ nghề khác)	148/182	19/9	< 0,05	2,8 (4,5); (1,9 – 13,1)
Hoạt động TX trực tiếp với đất trong sinh hoạt (có/không)	237/93	15/13	< 0,05	2,4 (5,1); (1,9 – 14,6)
Thói quen đi chân đất (có /không)	122/208	8/20	> 0,05	1,5 (0,6-3,6)
Mang bao tay khi tiếp xúc đất (có /không)	68/262	5/23	> 0,05	1,2 (0,4 – 3,3)
Sử dụng hố xí (tự hoại /khôngHVS)	312/18	27/1	> 0,05	0,6 (0,08 – 4,8)
Xổ giun định kỳ (có /không)	58/275	6/22	> 0,05	1,3 (0,5 – 3,4)
BMI				
- Bình thường	181	21	pref	pref
- Suy dinh dưỡng	26	2	0,79	1,3 (0,3 – 5,5)
- Thừa cân	95	5	0,14	2,1 (0,8 – 5,7)
Sử dụng corticoid kéo dài (có /không)	95/235	15/13	< 0,05	3,2 (3,0); (1,3 – 7,2)

Nhận xét: Nhiễm giun lươn có liên quan đến độ tuổi trên 60, người làm nghề nông nghiệp, hoạt động tiếp xúc đất và tiền sử có sử dụng corticoid kéo dài.

Không có sự khác biệt về tình trạng nhiễm giun lươn ở nhóm có trình độ học vấn trên và dưới trung học phổ thông, giới tính, địa chỉ cư ngụ và việc sử dụng hố xí không hợp vệ sinh.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm phân chẩn đoán giun lươn (n = 28)

Loại xét nghiệm	Số trường hợp (+)	Tỷ lệ %
Trực tiếp đơn thuần	21	75
Nuôi cấy Harada Mori cải tiến	28	100
Dương tính đồng thời soi trực tiếp và cấy	21	75
Phối hợp cả 2 kỹ thuật	28	100

Nhận xét: Phối hợp cả 2 kỹ thuật xét nghiệm phân tìm thấy 28 trường hợp nhiễm giun lươn nhưng xét nghiệm trực tiếp đơn thuần chỉ phát hiện được 75,0% số trường hợp, thấp hơn nhiều so với kỹ thuật nuôi cấy (100%).

Bảng 5. Liên quan % bạch cầu ái toan và nhiễm giun lươn

Biến số	Nhiễm giun	Giá trị trung bình ± SD Sai số chuẩn
Tỷ lệ % bạch cầu ái toan	Có nhiễm (28)	1,26 ± 0,36
	Không nhiễm (302)	1,76 ± 0,21
	Tổng (330)	1,71 ± 0,19
Test t = 1,54; p = 0,219		

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ % bạch cầu ái toan trong máu ở bệnh nhân nghiên cứu đối với việc nhiễm giun lươn.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về mẫu nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là 54,3 cho thấy bệnh nhân đến điều trị tại khoa nội của bệnh viện phần lớn là người già và có các bệnh lý khác nhau đi theo quá trình tích tuổi. Bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam giới tham gia trong nghiên cứu là 68,2% nhiều hơn đáng kể so với bệnh nhân nữ giới, yếu tố trình độ học vấn dưới mức trung học phổ thông chiếm đa số và từ trung học phổ thông trở lên chỉ chiếm 23,3%. Điều này khá phù hợp bởi các đối tượng già và hưu là nhóm đối tượng không có điều kiện đi học tương ứng với quá trình phát triển của giáo dục tại Việt Nam trước đây.

Bảng 1 cũng cho thấy nghề nông nghiệp phân bố trong mẫu nghiên cứu có tỷ lệ 44,8%, và có 53,9 % bệnh nhân cư ngụ tại huyện Củ Chi. Kết quả này bên cạnh việc tương ứng với thực trạng Củ Chi vốn là vùng đất nông nghiệp, mà còn cho thấy bệnh viện đa khoa Khu vực Củ Chi có tiếp nhận điều trị bệnh nhân của khu vực các huyện lân cận. Đây là điểm thuận lợi góp phần tạo nên tính đa dạng và bao phủ của quần thể mẫu nghiên cứu.

Bảng 2 biểu thị sự phân bố các đặc điểm về yếu tố liên quan đến hành vi của các đối tượng nghiên cứu bao gồm: hoạt động tiếp xúc trực tiếp với đất trong các sinh hoạt chiếm 71,8%, ưu thế so với nhóm đối tượng không có thói quen tiếp xúc trực tiếp trong khi thói quen đi chân đất chiếm 37% và thói quen sử dụng bao tay khi tiếp xúc trực tiếp với đất chiếm 20,6%. Loại hố xí được sử dụng phổ biến là hố xí tự hoại chiếm 94,5%, và chỉ có 17,6% đối tượng phỏng vấn có thực hiện xổ giun định kỳ.

4.2 Tỷ lệ nhiễm giun lươn

Hình 3 biểu thị tỷ lệ nhiễm giun lươn chung ở bệnh nhân đang điều trị nội trú tại bệnh viện ĐKKV Củ Chi trong thời gian nghiên cứu là 8,5%. Như vậy, theo phân loại của Stuarler thì mức độ bệnh lưu hành là nặng [9].

Tại Việt Nam và trên thế giới không có nhiều nghiên cứu về bệnh nhiễm giun lươn trên đối tượng bệnh nhân nội trú, bởi thường nhiễm giun có các triệu chứng nhẹ và thường được điều trị ngoại trú hoặc tại nhà. Tuy nhiên, trong thời gian gần đây, nhiều nghiên cứu chỉ ra bệnh giun lươn có liên quan đến sự suy giảm của hệ thống miễn dịch dưới hình thức báo cáo

ca bệnh hoặc ở đối tượng suy giảm miễn dịch vì các lý do khác nhau⁽³⁾. Trong năm 2020, tác giả Trần Thị Mỹ Duyên đã tìm thấy tỷ lệ nhiễm giun lươn là 4,5% ở đối tượng chọn lọc là bệnh nhân suy thận mạn tính tại BV Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả này thấp hơn khá nhiều so với tỷ lệ 8,5% trong nghiên cứu của chúng tôi [3].

Khi so sánh với nghiên cứu gần đây (2019) của tác giả Lê Đức Vinh nghiên cứu trên 1190 người dân sống tại huyện Đức Hòa, Long An tìm thấy tỷ lệ nhiễm giun lươn là 6,64%, thấp hơn không nhiều so với kết quả thu được của nghiên cứu này mặc dù địa điểm nghiên cứu huyện Đức Hòa kề bên với huyện Củ Chi. Điều này đặt ra giả thuyết quần thể mẫu nghiên cứu của chúng tôi được chọn lọc hơn trên đối tượng bệnh nhân có dấu hiệu bệnh lý và tiềm ẩn thêm yếu tố nguy cơ khác đã dẫn đến kết quả tỷ lệ nhiễm giun lươn cao hơn [6].

Tuy nhiên khi so sánh với 1 nghiên cứu khác của tác giả Lê Đức Vinh và cộng sự (2021) tại xã Đức Lập Hạ, huyện Đức Hòa, Long An, tác giả xác định tỷ lệ nhiễm giun lươn là 10,2%, cao hơn so với nghiên cứu này. Một điểm mạnh và chắc chắn ưu thế của nghiên cứu này là xác định ca bệnh nhiễm giun lươn dựa trên tiêu chuẩn chắc chắn (tiêu chuẩn vàng) vì tìm thấy được ấu trùng giun lươn, trong khi nghiên cứu tại xã Đức Lập Hạ vừa nêu, có bổ sung huyết thanh chẩn đoán. Đó có thể nguyên do dẫn đến tỷ lệ cao hơn so với của nghiên cứu này, bởi kết quả xét nghiệm dương tính huyết thanh học có nhược điểm là không phân biệt được hiện đang nhiễm bệnh hay do hiện tượng kháng thể tồn lưu sau khi khỏi bệnh [7].

Tác giả Myo Pa Pa (2018) nghiên cứu tại Myanma xác định kết quả tỷ lệ nhiễm giun lươn chung là 5,7%, thấp nhẹ so với kết quả của nghiên cứu này dù có điểm chung là sử dụng kỹ thuật nuôi cấy trong chẩn đoán ca nhiễm và điểm khác biệt là tác giả Myo Pa Pa điều tra tại cộng đồng. Các kết quả khá cao và gần giống nhau giữa 2 nghiên cứu tại 2 quốc gia khác nhau trong khu vực Đông Nam Á đã góp phần khẳng định đây là khu vực lưu hành của bệnh giun lươn như y văn mô tả [8].

Kết quả tìm thấy tỷ lệ nhiễm giun lươn 8,5% ở đối tượng bệnh nhân đang điều trị tại khoa nội của bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi không chỉ giúp ích cho việc điều trị bệnh nhân, mà còn góp phần cảnh báo cho các bác sĩ thực hành lâm sàng về thực trạng nhiễm giun lươn, từ đó các bác sĩ lâm sàng sẽ chỉ định xét nghiệm đặc hiệu nhằm không bỏ sót bệnh. Đặc biệt ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ, việc chẩn đoán và điều trị sớm sẽ hạn chế các bệnh cảnh nặng của giun lươn như hội chứng tăng nhiễm hoặc bệnh giun lươn lan tỏa [9], [12].⁹

4.3 Một số yếu tố liên quan đến nhiễm giun lươn

Bảng 3 cho thấy có mối liên quan giữa nhiễm giun lươn không có liên quan với giới tính nam ($p > 0,05$). Kết quả này không chỉ khác biệt với nghiên cứu của 2 tác giả L.Đ. Vinh và L.Q. Hùng trong năm 2019, các tác giả trên đồng cho thấy nguy cơ nhiễm giun lươn ở nam giới là cao gấp 3,26 và 2,86 lần so với nữ, mà còn khác biệt với kết quả của tác giả Trần Thị Mỹ Duyên nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh^(3, 6, 3). Tương tự như thế, kết quả còn khác biệt với nghiên cứu tại Thái Lan năm 2018 của Laoraksawong P. và CS và tại Campuchia (2014) xác định nam giới dễ mắc bệnh hơn nữ và có nguy cơ nhiễm giun lươn cao hơn 1,7 - 4 lần. Để lý giải cho sự khác biệt này, nghiên cứu ghi nhận phân phối mẫu theo giới tính tại bảng 1 có sự lệch đáng kể về số lượng nam giới tham gia nhiều hơn so với nữ

(68,2%/31,8%). Điểm hạn chế này cũng xuất phát từ việc thu mẫu thuận tiện, điều vốn khó tránh khỏi khi thực hiện các nghiên cứu cắt ngang tại khoa lâm sàng [10], [11].

Khi khảo sát có mối liên quan giữa nhiễm giun lươn và nhóm tuổi, bảng 3 cho thấy nhóm người lớn tuổi (> 60) có nguy cơ nhiễm giun lươn gấp 3,4 lần, và được hiệu chỉnh thành 4,1 lần so với các nhóm còn lại khi phân tích theo mô hình đa biến. Kết quả này tương đồng với 2 nghiên cứu của huyện Đức Hòa với nguy cơ nhiễm giun lươn tìm thấy là gấp 2,8 và 4,9 lần ở đối tượng trên 60 tuổi [5], [6].

Trình độ học vấn ở mức trên và từ cấp 2 trở xuống không liên quan đến tình trạng nhiễm giun lươn được biểu thị trong bảng 3. Kết quả này tương đồng hoàn toàn với các nghiên cứu cộng đồng tỉnh Long An, và tại Myanmar, lẫn Thái Lan. Tương tự thế, nghiên cứu cũng không tìm thấy sự khác biệt về nơi cư ngụ trong và ngoài huyện Củ Chi của đối tượng nghiên cứu về tình trạng nhiễm giun lươn ($p > 0,05$) [4], [6], [7], [11].

Bảng 3 cũng cho thấy có mối liên quan giữa nghề nông nghiệp với tình trạng nhiễm giun lươn ($p < 0,05$) và những người làm nghề nông nghiệp sẽ có nguy cơ nhiễm giun lươn cao hơn những người làm nghề khác là 2,8 lần, chỉ số nguy cơ này đã được gia tăng thành 4,5 lần khi đưa vào mô hình phân tích đa biến. Kết quả này tương đồng với tác giả L.Đ. Vinh (2019) với chỉ số nguy cơ là 2,07 lần tại Long An và với các nghiên cứu tại Lào (2017) và Campuchia, đều xác định nghề nông có nguy cơ nhiễm giun lươn cao hơn các nghề khác [6], [10], [13].

Khảo sát mối liên quan giữa hoạt động tiếp xúc đất trong sinh hoạt hàng ngày và tình trạng nhiễm giun lươn, bảng 3 cho thấy có sự liên quan chặt chẽ ($p < 0,05$), những người đi chân đất trong sinh hoạt có nguy cơ nhiễm giun lươn gấp 5,1 lần. Điều này cho thấy khi tiếp xúc trực tiếp với đất có ô nhiễm, mầm bệnh sẽ có thể xâm nhập và gây nhiễm cho người. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của tác giả V.T.L Bình nghiên cứu tại 2 xã Cáo Điền, tỉnh Phú Thọ và Dương Thành ở tỉnh Thái Nguyên năm 2014 [2]. Như vậy, khi người bệnh nhiễm giun lươn thải mầm bệnh ra môi trường, ấu trùng có thể phát triển nhiều thế hệ ở môi trường nhiễm bẩn này và lây nhiễm cho người khác. Đây là một yếu tố thực trạng quan trọng cảnh báo cho người dân nói chung và những bệnh nhân đang được điều trị tại khoa nội trong nghiên cứu.

Khi khảo sát sâu vào trong từng yếu tố chi tiết nhỏ của hoạt động tiếp xúc đất gồm thói quen đi chân trần và việc mang bao tay khi lao động tiếp xúc đất: nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan với việc nhiễm giun lươn $p > 0,05$. Điều này có thể giải thích do các thói quen đi chân đất (37%) cũng như thói quen mang găng tay khi tiếp xúc đất (20,6%) tại bảng 1, chưa thể hiện hết được nội dung của việc tiếp xúc đất thường xuyên trong sinh hoạt hàng ngày (71,8%). Vì lẽ đó, kết quả liên quan giữa hoạt động tiếp xúc đất trong sinh hoạt với tình trạng nhiễm giun lươn cảnh báo về nguồn lây nhiễm giun lươn hiện hữu có thể lây nhiễm cho người bằng rất nhiều hình thức tiếp xúc khác nhau trong sinh hoạt hàng ngày của người dân.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân sử dụng hố xí tại gia đình phần lớn đều hợp vệ sinh (94,5%), và kiểm định tại bảng 3 đã cho thấy không có mối liên quan với tình trạng nhiễm giun lươn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trên đối tượng suy thận mạn tại bệnh viên Chợ Rẫy (2019) và tại cộng đồng xã Đức Lập Hạ, Long An năm 2020. Kết quả không liên quan này được xác định từ nhiều nghiên cứu khác nhau đã cho thấy hố xí không hợp vệ

sinh không phải là yếu tố quan trọng ở nhóm đối tượng nghiên cứu vì điều kiện vệ sinh và điều kiện xã hội hiện tại đã được thay đổi tốt hơn [3], [7].

Một trong những yếu tố được xem xét với tình trạng nhiễm giun đó là việc tẩy giun định kỳ của đối tượng tham gia nghiên cứu. Bảng 3 chỉ ra không có sự liên quan có ý nghĩa của việc xổ giun định kỳ với nhiễm giun lươn $p > 0,05$. Bên cạnh đó, khi bệnh nhân nhập viện, chỉ số khối của cơ thể (BMI) luôn được ghi nhận và phân độ tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Bảng 3 cũng không tìm thấy mối liên quan về tình trạng nhiễm giun lươn ở các đối tượng bình thường, suy dinh dưỡng hoặc thừa cân. Đây sẽ là những yếu tố dịch tễ âm tính góp phần giải thích tính phức tạp của tình trạng nhiễm giun lươn so với các loài giun lây truyền qua đất khác.

Với biến số về tiền sử sử dụng corticoid kéo dài, bảng 3 biểu thị có sự liên quan chặt chẽ ($p < 0,05$), trong đó, đối tượng nghiên cứu có tiền sử sử dụng corticoid kéo dài có nguy cơ nhiễm giun lươn cao gấp 3 lần so với các đối tượng còn lại. Đây là điểm liên quan quan trọng phù hợp với y văn, nhưng không so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước được, bởi các báo cáo đã đăng tải trong nước và thế giới chỉ ở dạng báo cáo ca bệnh nhiễm giun lươn riêng lẻ, có tiền sử sử dụng corticoid [5], [14].

Ở góc độ cảnh báo cho thực hành lâm sàng, đối tượng bệnh nhân nội khoa có độ tuổi cao tại các khoa lâm sàng sẽ có sức đề kháng kém hơn, nhiều bệnh lý nền theo quá trình tích tuổi và lão hóa, việc sử dụng corticoid cũng sẽ phổ biến hơn các đối tượng khác. Khi đó, khả năng bùng phát thành dạng bệnh giun lươn nặng sẽ dễ xảy ra hơn nếu đối tượng có nhiễm giun lươn trước đó. Chỉ số nguy cơ ở nhóm bệnh nhân có sử dụng corticoid kéo dài sẽ là một minh chứng cảnh báo có giá trị cho việc điều trị trên lâm sàng.

Bảng 4 biểu thị việc phối hợp cả 2 kỹ thuật xét nghiệm phân tìm thấy 28 trường hợp nhiễm giun lươn nhưng xét nghiệm trực tiếp đơn thuần chỉ phát hiện được 75,0% số trường hợp, thấp hơn nhiều so với kỹ thuật nuôi cấy (100%). Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của L.Đ Vinh (2019) khi xác định khả năng phát hiện của soi trực tiếp là 58,2% trong khi cấy 92,7%, cho thấy khả năng phát hiện của kỹ thuật xét nghiệm trực tiếp trong chẩn đoán giun lươn là khá thấp và không được khuyến cáo là kỹ thuật chính để áp dụng cho các nghiên cứu về nhiễm giun lươn [6].

Dù kỹ thuật nuôi cấy Harada Mori áp dụng trong nghiên cứu đã được xác định có khả năng phát hiện nhiễm giun lươn cao hơn soi trực tiếp, thế nhưng kỹ thuật cấy vẫn có mặt hạn chế là chỉ có thể xác định được giun lươn hoặc giun móc, không chẩn đoán được nhiễm các loài giun hoặc ký sinh trùng khác. Do vậy, để đảm bảo vấn đề y đức, kỹ thuật soi trực tiếp vẫn được nhóm nghiên cứu áp dụng kèm theo, nhằm đảm bảo đồng thời cả 2 mục tiêu là hỗ trợ chẩn đoán nhiễm giun lươn phục vụ nghiên cứu và xác định nhiễm các ký sinh trùng khác kèm theo cho bệnh nhân nếu có.

Khi khảo sát về việc gia tăng bạch cầu ái toan trong ở các bệnh nhân nhiễm giun lươn, bảng 5 thể hiện sự khác biệt về tỷ lệ % bạch cầu ái toan giữa 2 nhóm có và không nhiễm giun lươn là không có ý nghĩa $p > 0,05$. Kết quả này khác biệt với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mỹ Duyên (2019) ở đối tượng suy thận mạn tại bệnh viện Chợ Rẫy. Có thể sự khác biệt về kết quả này đến từ nguyên nhân khác biệt ở quần thể chọn mẫu: nghiên cứu này chọn mẫu trên đối tượng bệnh nhân bệnh lý nội khoa đa dạng, đến từ địa chỉ huyện Củ Chi và vùng

lân cận, trong khi nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy có đối tượng phân bố khắp các tỉnh thành trong cả nước và có bệnh lý nền chung và thống nhất đó là suy thận mạn tính [3].

Trong thực tế lâm sàng, để chẩn đoán nhiễm giun sán, dấu hiệu tăng tỷ lệ % BCAT vẫn thường được sử dụng như giá trị gợi ý trước khi tiến hành các xét nghiệm có tính chất xác định. Chính vì thế, kết quả nghiên cứu này thu được sẽ chỉ ra một nhận định: nếu bác sĩ điều trị quá dựa vào việc tăng chỉ số tỷ lệ % BCAT mới tiến hành chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm giun sán thì nguy cơ bỏ sót bệnh nhiễm giun sán là rất lớn, bởi kết quả nghiên cứu đã xác định ở đối tượng điều trị nội trú tại khoa nội Bệnh viện Đa Khoa Khu vực Củ Chi, giá trị tỷ lệ % bạch cầu ái toan ở người có và không có nhiễm giun sán là như nhau và không có ý nghĩa khác biệt.

5.KẾT LUẬN

Nghiên cứu 330 trường hợp bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội tổng quát bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi từ tháng 6/2020 đến tháng 5/2021 cho thấy tỷ lệ nhiễm giun sán là 8,5%. Trong đó kết quả xét nghiệm soi trực tiếp giun chỉ phát hiện được 7,0%, thấp hơn kỹ thuật cấy. Đối tượng trên 60 tuổi, có sử dụng corticoides kéo dài, nghề nghiệp thuộc ngành nông nghiệp và thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với đất trong các sinh hoạt tăng nguy cơ nhiễm giun sán lần lượt là 4,1; 3,0; 4,5 và 5,1 lần so với nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Lâm Bình và các cộng sự. (2014), "Thực trạng nhiễm giun sán đường ruột tại xã Dương Thành, huyện Phú Bình, tỉnh Thái Nguyên và hiệu quả điều trị giun sán bằng Albendazole", *Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST.* 3, tr. 5-9.
2. Phạm Đình Duy (2020), "Đặc điểm viêm màng não mủ ở bệnh nhân nhiễm *Strongyloides stercoralis* tại bệnh viện bệnh Nhiệt Đới từ 2016 đến 2019", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 24(2), tr. 53 - 58.
3. Trần thị Mỹ Duyên và các cộng sự. (2020), "Thực trạng nhiễm giun sán *Strongyloides stercoralis* ở bệnh nhân suy thận mạn tại bệnh viện chợ rẫy thành phố Hồ chí Minh 3/2020 - 8/2020", *Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST.* 5(119), tr. 61-65.
4. Lê Quốc Hùng, Lê Đức Vinh và Huỳnh Hồng Quang (2019), "Đánh giá tỷ lệ nhiễm giun móc, giun sán và một số yếu tố liên quan ở người dân xã Hiệp Hòa, Huyện Đức Hòa, Long An", *Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST.* 5(113), tr. 19-33.
5. Trần Thị Khánh Tường (2007), "Một trường hợp nhiễm giun sán lan tỏa trên bệnh nhân sử dụng corticosteroid. ", *Tạp chí y học thực hành Tp.HCM.* tập 11(2), tr. 54 - 57.
6. Lê Đức Vinh và các cộng sự. (2019), "Thực trạng nhiễm giun sán đường ruột *Strongyloides stercoralis* tại Huyện Đức Hòa, tỉnh Long An 3/2017 - 12/2017", *Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST.* 4(112), tr. 35-41.
7. Lê Đức Vinh và các cộng sự. (2021), " tỷ lệ nhiễm giun sán *Strongyloides stercoralis* và một số yếu tố liên quan tại xã Đức Lập Hạ, Huyện Đức Hòa, tỉnh Long An năm 2020", *Tạp chí PC bệnh sốt rét và các bệnh KST.* 4(124), tr. 37-43.

8. Mppthh Aung và các cộng sự. (2018), "Prevalence and associated risk factors of *Strongyloides stercoralis* infection in Lower Myanmar", *Trop Med Health*. 46, tr. 43.
9. David I Grove (1989), *Strongyloidiasis: a major roundworm infection of man*, Taylor and Francis - London - Newyork - Philadenphia.
10. V. Khieu và các cộng sự. (2014), "Prevalence and risk factors of *Strongyloides stercoralis* in Takeo Province, Cambodia", *Parasit Vectors*. 7, tr. 221.
11. P. Laoraksawong và các cộng sự. (2018), "Current high prevalences of *Strongyloides stercoralis* and *Opisthorchis viverrini* infections in rural communities in northeast Thailand and associated risk factors", *BMC Public Health*. 18(1), tr. 940.
12. Douglas Mandell và Ann Bennett (2009), *Priciples and practice of infectious diseases*, Churchill Livingstone.
13. Senephansiri P. và các cộng sự. (2017), "Status and Risk Factors of *Strongyloides stercoralis* Infection in Rural Communities of Xayaburi Province, Lao PDR", *Korean J Parasitol*. 55(5), tr. 569-573.
14. W. Winnicki, Eder, M., Mazal, P., Mayer, F. J., Sengolge, G., và L. Wagner (2018), "Prevalence of *Strongyloides stercoralis* infection and hyperinfection syndrome among renal allograft recipients in Central Europe", *Sci Rep*. 8(1), tr. 15406.

Abstract**THE PREVALENCE OF *Strongyloides stercoralis* INFECTION AND RELATED FACTORS IN INPATIENTS AT THE GENERAL INTERNAL DEPARTMENT, CU CHI REGIONAL GENERAL HOSPITAL, 2021****Vu Pham Phu Ngoc¹, Truong Hoang², Duc Du Trong²,
Vuong Tran Trinh², Vinh Le Duc²**¹ *Cu Chi Regional General Hospital;*² *Pham Ngoc Thach University of Medicine*

*Human strongyloidiasis – the disease is caused by *Strongyloides stercoralis* infection, is one of the neglected parasitic diseases, but is an important health problem in immunodepression patients due to its autoinfection cycle and lead to hyperinfection. In currently, there were not many adequate studies on this major in patients who were treated inside hospital. A cross-sectional descriptive study and convenient sampling of all patients being treated as inpatients at the hospital. Stool samples were collected and tested for *Strongyloides stercoralis* infection by direct smear and modified Harada Mori culture. Study of 330 cases of inpatients treated at the general internal medicine department of Cu Chi general hospital showed that: the prevalence of *Strongyloides spp* infection was 8.5%. In which, direct smear technique only detected 7.0%, lower than the culture technique. Patients over 60 years old, prolonged use of corticosteroids, farmer and frequent contact with soil directly increased *Strongyloides spp* infection risk 4.1; 3.0; 4.5 and 5.1 times in order. Sex, education level, unhygienic latrines using, and the percentage of eosinophils were not related with *Strongyloides spp* infection.*

Keywords: *Strongyloides spp* infection, Harada - Mori technique, Cu Chi Regional General Hospital

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 18/04/2022

Ngày gửi phản biện: 21/04/2022

Ngày đăng bài: 05/05/2022