

BÁO CÁO CA BỆNH NHIỄM GIUN LƯƠN TĂNG NHIỄM ĐỒNG NHIỄM VỚI KHUẨN HUYẾT DO *E. COLI* TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Hoa^{1,✉}, Đoàn Thu Trà², Phạm Thị Thảo Hương²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu báo cáo về một trường hợp đồng thời nhiễm giun lươn nặng và nhiễm khuẩn huyết do *Escheria coli* (*E. coli*) ở bệnh nhân nhiều bệnh nền, được chẩn đoán, điều trị tại Viện Y học nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Đây là ca bệnh nặng, bệnh cảnh lâm sàng không điển hình. Bệnh nhân nam 79 tuổi tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, đang duy trì Medrol 16 mg/ngày. Bệnh nhân có tiền sử nhiều đợt ho máu, đi ngoài phân đen. Đợt này vào viện vì ho máu, các triệu chứng ban đầu không có đau bụng, tiêu chảy. Sau vào viện mới xuất hiện sốt, triệu chứng tiêu chảy, nôn. Kết quả soi dịch phân, soi phân dương tính với ấu trùng giun lươn. Huyết thanh chẩn đoán giun lươn dương tính. Xét nghiệm nuôi cấy máu tìm vi khuẩn dương tính nhiều mẫu với vi khuẩn *E. coli*. Bệnh nhân đã điều trị thành công với Ivermectin, kháng sinh đặc hiệu, hỗ trợ dinh dưỡng. Sau 2 tháng ra viện, lâm sàng bệnh nhân tiến triển tốt, không xuất hiện ho máu. Bệnh giun lươn nặng đồng nhiễm nhiễm khuẩn huyết là ca bệnh nặng, phức tạp, hiếm gặp và có tỉ lệ tử vong cao. Cần có nghiên cứu, tìm hiểu sâu hơn về trường hợp ca bệnh đặc biệt này.

Từ khóa: Giun lươn, Bệnh giun lươn, *Escheria coli* (*E. coli*), nhiễm khuẩn huyết.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giun lươn (*Strongyloidiasis*) là bệnh ký sinh trùng bị lãng quên, nhưng lại là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng.¹ Nhiễm giun lươn đường ruột *Strongyloides stercoralis* (*S. stercoralis*) là bệnh đứng thứ tư trong các bệnh nhiễm giun đường ruột quan trọng trên toàn thế giới. Bệnh giun lươn là nhiễm trùng đường ruột ảnh hưởng đến khoảng 600 triệu người, chủ yếu vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới.²

Bệnh giun lươn thường biểu hiện mạn tính, không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, nhiều trường hợp không có biểu hiện lâm sàng. Các triệu chứng chính của bệnh bao gồm đau bụng, tiêu chảy, phát ban, các biểu

hiện của phổi (ho, khò khè) và tăng bạch cầu ái toan. Việc chẩn đoán bệnh chính vẫn dựa vào xét nghiệm công thức máu có bạch cầu ái toan không đặc hiệu, kết hợp soi trực tiếp tìm ấu trùng giun lươn có độ nhạy thấp và xét nghiệm huyết thanh học. Theo nghiên cứu của Lê Đức Vinh, tỉ lệ bệnh giun lươn được chẩn đoán bằng kỹ thuật soi và nuôi cấy phân tìm ấu trùng giun lươn tại huyện Đức Hòa, tỉnh Long An năm 2017 - 2018 là 6,4%.³ Bệnh thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý ký sinh trùng đường ruột khác và phát hiện, điều trị bệnh muộn.

Khi tình trạng miễn dịch cơ thể bị suy giảm, ấu trùng giun lươn tăng lên về số lượng, tham gia vào chu trình “tự nhiễm” biểu hiện bởi hội chứng tăng nhiễm hay nhiễm lan tỏa gây ra bệnh cảnh lâm sàng nặng với triệu chứng nặng của tiêu hóa, hô hấp và tìm thấy số lượng lớn

Tác giả liên hệ: Lê Thị Hoa

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Lethihoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 28/07/2025

Ngày được chấp nhận: 18/08/2025

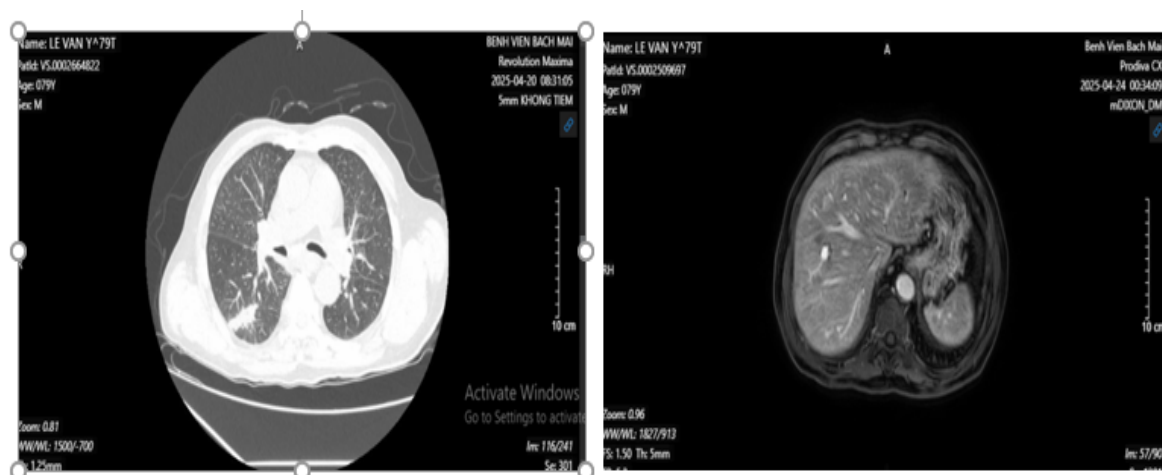
ấu trùng giun lươn trong phân và hoặc đờm. Trong nhiễm giun lươn nặng (gồm nhiễm giun lươn tăng nhiễm và nhiễm giun lươn lan tỏa), ấu trùng xâm nhập ồ ạt qua thành ruột, chúng mang theo vi khuẩn từ ruột vào hệ bạch huyết từ đó vào tĩnh mạch chủ gây bệnh cảnh biến chứng ở các cơ quan như trên hệ hô hấp (viêm phổi, áp xe phổi, suy hô hấp cấp...), hệ tiêu hóa (viêm ruột, thủng ruột, hoại tử ruột, hội chứng kích thích...), hệ thần kinh (viêm màng não, áp xe não, xuất huyết...), nhiễm khuẩn huyết với các căn nguyên vi khuẩn.¹

Hầu hết các ca tử vong đều được báo cáo ở thể bệnh nhân nặng nhất là bệnh giun lươn lan tỏa, đi theo sau hội chứng tăng thâm nhiễm. Bệnh nhân thường mắc các bệnh suy giảm miễn dịch bao gồm suy giảm miễn dịch tế bào, sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch, mắc các bệnh gây suy giảm miễn dịch cơ thể. Nghiên cứu hồi cứu 6 năm có 30 trường hợp được chẩn đoán nhiễm giun lươn nặng thấy 80% có mắc bệnh mạn tính (trong đó 46,6% dùng corticoid kéo dài), 50% nặng xin về.⁴ Một số nghiên cứu khác thấy tỉ lệ tử vong cao trên 60 - 80%.² Bệnh nhân nhiễm giun lươn lan tỏa không được can thiệp điều trị, tỉ lệ tử vong lên đến 90%.

Nhiễm giun lươn nặng là bệnh lý hiếm gặp trên lâm sàng, triệu chứng dễ nhầm bệnh lý khác và có tỉ lệ tử vong cao. Đã có một số báo cáo nhiễm giun lươn nặng đồng nhiễm nhiễm khuẩn huyết nhưng còn rất hạn chế.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 79 tuổi, tiền sử bệnh nền tăng huyết áp, đái tháo đường nhiều năm có uống thuốc đều. Hơn 2 tháng trước có ho máu, xuất huyết tiêu hóa, vào viện nhiều đợt và được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch. Bệnh nhân được dùng methylprednisolon 80 mg/ngày kết hợp HCQ 20mg x 1 viên/ngày và omeprazole 40 mg/ngày, sau chuyển duy trì liều 16 mg/ngày được 2 tháng nay. Người bệnh trước làm ruột, có tiếp xúc với đất ruộng. Trước vào viện 1 tuần có mệt mỏi nhiều, ăn kém, ho đờm vàng kèm theo dây máu, không tức ngực khó thở, không sốt, sút 3 kg trong 1 tháng, không có tổn thương ban, đại tiểu tiện bình thường. Bệnh nhân nhập viện vào Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Tại đây, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh chính là viêm phổi được dùng kháng sinh ceftazidime 4 gam/ngày. Các kết quả ban đầu gợi ý nhiều đến bệnh lý khô u ghi ung thư. MSCT động mạch phổi không có phình vỡ mạch. Cắt lớp vi tính phổi có hình ảnh đám đông đặc thùy dưới và nốt đặc thùy trên phổi phải cần loại trừ u, hạch trung thất, các tổn thương dạng nốt giảm tỉ trong lan tỏa hai bên. Soi phế quản có hình ảnh thâm nhiễm niêm mạc, mảng sắc tố đen lòng phế quản đỉnh hai phổi. Bệnh nhân được sinh thiết niêm mạc phế quản kết quả viêm mạn tính. Cắt lớp vi tính ổ bụng hình ảnh các nốt, khối ngấm thuốc kém nhu mô gan, giãn và dày thành ruột quai ruột non.



Hình 1. Hình ảnh tổn thương trên cắt lớp vi tính lồng ngực và MRI ổ bụng

Trong quá trình nằm viện tại đây, bệnh nhân xuất hiện sốt, sốt cao 39 độ, không rét run, kèm theo nôn, đi ngoài phân lỏng 5 - 6 lần, phân nhiều nước, không có nhầy máu, nhầy mũi, không có tổn thương ban, không có đau bụng. Bệnh nhân được hội chẩn chuyên khoa truyền nhiễm. Bệnh nhân được lấy phân làm xét nghiệm tìm ấu trùng giun lươn, trứng giun sán, nuôi cấy tìm vi khuẩn. Được cấy máu nhiều mẫu tìm vi khuẩn. Được dùng kháng sinh

ceftazidime 4 gam/ ngày kết hợp điều trị triệu chứng khác.

Các xét nghiệm cơ bản khi vào viện có tình trạng thiếu máu nhẹ, bạch cầu máu không tăng, bạch cầu ái toan không tăng, phản ứng viêm CRPhs tăng nhẹ hầu như không có gợi ý nhiều. Sau đó tăng dần bạch cầu ái toan, giảm albumin máu và natri máu, cortisol máu và ACTH bình thường. Diễn biến như bảng dưới đây.

Bảng 1. Xét nghiệm công thức máu và hoá sinh máu

Chi số xét nghiệm	Ngày				
	20/4	26/4	29/4	6/5	12/5
Hồng cầu (T/L)	3,64	3,24	3,39	3,48	3,28
Bạch cầu ái toan (%)	2,1	7,2	10,5	38,2	27,6
Hemoglobin (g/l)	113	96	99	107	100
Tiểu cầu (G/l)	265	201	219	207	218
Bạch cầu (G/l)	4,0	5,9	7,79	7,8	6,34
Creatinin (mmol)	59	66	54	52	77
ALT (UI/L)	63	28	27	34	
CRPhs (mg/L)	48,3	21,6	6,9	5,0	26,5
Albumin (g/l)		22,2		18,5	21,8
Natri (mmol)	126	138	138	134	136

Kết quả xét nghiệm dịch phế quản nuôi cấy tìm vi khuẩn, nấm âm tính, xét nghiệm lao (AFB, genexpert, cấy MGIT) âm tính. Nhưng soi dịch phế quản và xét nghiệm soi phân tìm ấu trùng giun lươn đều dương tính, cấy máu 2 mẫu ra

E. coli sinh beta-lactamase phổ rộng (ESBL). Bệnh nhân được hội chẩn và chuyển sang Y học Nhiệt đới, bệnh viện Bạch Mai sau 06 ngày điều trị (ngày 29/06/2025).



Hình 2. Hình ảnh ấu trùng giun lươn khi soi trực tiếp phân

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM VI SINH

Họ và tên: [REDACTED] Năm sinh: 1946 Giới tính: Nam
 Địa chỉ: [REDACTED]
 Khoa phòng: Phòng 1530-Trung Tâm Hô Hấp
 Bác sĩ điều trị: PHẠM THỊ PHƯƠNG ANH
 Đối tượng: BHYT
 Ngày vào viện:
 Chẩn đoán: Viêm phổi - ho ra máu - Tăng huyết áp - Đái tháo đường
 Người lấy mẫu:
 Loại mẫu: Máu
 Quy trình xét nghiệm: QTKT.VK.4.1
 Tình trạng mẫu: Đạt yêu cầu
 Thiết bị xét nghiệm: Phocmx M50
 Thời gian nhập dữ liệu: 21/04/2025 13:33
 Thiết bị xét nghiệm: Phocmx M50
KẾT QUẢ NUÔI CẤY: DƯƠNG TÍNH
 Chuẩn vi sinh: *Escherichia coli* :

Kháng sinh	Phản ứng	MIC (ng/mL)	Kháng sinh	Phản ứng	MIC (ng/mL)
Ampicillin	R		Imipenem	S	
Cefazidime/Avibactam	S		Meropenem	S	
Piperacillin/Tazobactam	S		Gentamicin	R	
Cefepime	R		Amikacin	S	
Ceftriaxone	R		Ciprofloxacin	R	
Cefuroxime	R		Levofloxacin	R	
Ceftazidime	R		Trimethoprim/Sulfamethoxazole	R	
Ertapenem	S				

Ghi chú: Phản ứng kết quả kháng sinh đối theo tiêu chuẩn CLSI, EUCAST (S: nhạy, R: không, I: trung gian, NS: không nhạy)
 SDD: nhạy cảm phụ thuộc liều; WT: Wild type; Non-WT: Non-Wild type

Hình 3. Kết quả kháng sinh đồ

Khi sang bệnh nhân vẫn sốt cao liên tục, thiếu máu rõ, ho nhiều, còn đi ngoài phân lỏng 5 - 6 lần/ngày, phù nhẹ 2 chân. Được điều trị theo hướng nhiễm giun lươn nặng có biểu hiện đường tiêu hóa, hô hấp kết hợp nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi do vi khuẩn *E. coli* đa kháng kết hợp điều chỉnh bệnh nền, truyền dinh dưỡng theo ý kiến bác sĩ dinh dưỡng lâm sàng và tạm ngừng methylprednisolon. Bệnh nhân được chuyển sang dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ bằng meropenem 1 gam mỗi 8 giờ kết hợp với Ivermectin 200 mcg/kg/ngày, uống 1 lần lúc đói. Bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ các triệu chứng lâm sàng (sốt, ho, rối loạn tiêu hóa, đau bụng, cân nặng, phù, tình trạng thiếu máu) kết hợp xét nghiệm theo dõi sự thay đổi bạch cầu ái toan, CRPhs và xquang phổi, siêu âm ổ bụng lại. Bệnh nhân đỡ hết sốt sau điều trị ngày thứ 3, tình trạng đi ngoài, nôn, ho đỡ sau đó 5 ngày và hết đi ngoài phân lỏng, hết nôn sau 8 ngày điều trị. Sau 10 ngày điều trị, bệnh nhân hết nôn, hết đi ngoài, hết sốt, ho húng hắng tình trạng thiếu máu giảm, CRPhs giảm, ấu trùng giun lươn 3 mẫu trong phân âm tính, đờm âm tính, X-quang phổi còn tổn thương nhưng đỡ hơn, cấy máu lại 2 mẫu âm tính. Bệnh nhân được chuyển kháng sinh uống ciprofloxacin và ngừng lộ trình Ivermectin sau 14 ngày điều trị.

Bệnh nhân được hội chẩn và chuyển sang trung tâm ung bướu và y học hạt nhân, bệnh viện Bạch Mai tiếp tục điều trị và chẩn đoán phân biệt ung thư. Kết quả sinh thiết niêm mạc phế quản là mô phế quản mạn tính. Sinh thiết tổn thương gan là viêm gan mạn tính, thoái hóa mỡ nhẹ, không thấy tế bào u. Xét nghiệm lại bạch cầu máu 6,34 G/L, bạch cầu ái toan tiếp tục giảm hơn còn 27,6%, lâm sàng tăng cân, không đau bụng, đại tiện ổn định và được ra viện sau 27 ngày điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Sau 01 tháng bệnh nhân khám lại lâm sàng tốt, hết ho và xét nghiệm bạch cầu ái toan

tiếp tục cải thiện, ăn uống được, tổn thương phổi hết. Chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi ngoại trú trường hợp này ở thời gian tiếp theo

III. BÀN LUẬN

Khu vực Đông Nam Á vẫn đang là vùng lưu hành nặng mầm bệnh giun lươn. Tác giả Senephansiri (2017), tỉ lệ nhiễm giun lươn bằng xét nghiệm huyết thanh cao nhất là 44,2% tại một vùng nông thôn của Huyện Kenethao, tỉnh Xayaburi, Lào. Tỉ lệ nhiễm giun lươn bằng xét nghiệm phân là 17,1%.⁵ Tác giả Myo Pa Pa (2018) nghiên cứu tại Myanmar xác định kết quả tỉ lệ nhiễm chung 5,7% bằng PP xét nghiệm phân.⁶ Tại Việt Nam, không có thống kê chính xác về tình trạng nhiễm giun lươn. Lê Đình Vinh và Cs (2019), nghiên cứu xét nghiệm 1190 mẫu phân của người dân ở huyện Đức Hòa- Long An bằng phương pháp soi và nuôi cấy giun lươn thì tỉ lệ dương tính là 6,64%.³ Bệnh giun lươn ngày càng được quan tâm trên thế giới và Việt nam. Năm 2022, Bộ Y tế Việt Nam đã ra hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh giun lươn. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh giun lươn dựa trên gợi ý dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán giun lươn và hoặc tìm thấy bằng chứng của ấu trùng giun lươn.⁷ Nhiễm giun lươn có 2 thể. Thể nhẹ gồm nhiễm giun lươn cấp và mạn tính thể thông thường; thể nặng và biến chứng gồm những bệnh nhân có tình trạng tăng thâm nhiễm, tình trạng nhiễm giun lươn lan tỏa dẫn đến những biến chứng nặng như viêm phổi, viêm phổi nặng, viêm màng não, nhiễm trùng huyết liên quan đến giun lươn, xuất huyết tiêu hóa...^{1,7}

Bệnh cảnh lâm sàng của giun lươn phụ thuộc vào sự tương tác của ký sinh trùng và tình trạng nhiễm dịch của người bị nhiễm. Bệnh giun lươn đa phần biểu hiện chính dạng mạn tính và có tới 50% không có triệu chứng lâm sàng.⁸ Triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn tiêu hóa như nôn, buồn nôn, tiêu chảy, đầy

bụng, sôi bụng. Biểu hiện ngoài da như nổi mề đay, phát ban, đường ấu trùng di chuyển. Ngoài ra, khi ấu trùng di chuyển qua phổi có thể gây ho, triệu chứng hen. Lê Đức Vinh (2019), đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất (73,5%), tiêu chảy (63,2%) phần lớn là phân lỏng không nhày máu với số lượng 4 - 6 lần/ngày.³ Dương Công Thành và cs (2025), triệu trứng đau bụng (65%), tiêu chảy (47,5%), buồn nôn, nôn (35%), đầy chướng bụng (22,5%) và xuất huyết tiêu hóa (5%), bệnh nhân có triệu chứng đường hô hấp (25%), sốt (20%), phù (45%), sút cân (27,5%).⁹ Tam chứng giun lươn (đau bụng, rối loạn tiêu hóa, phát ban) khi ở nhà và giai đoạn đầu nhập viện không có khiến cho các bác sĩ lâm sàng không nghĩ tới bệnh cảnh của giun lươn dù đã được nhập viện điều trị nhiều lần trước đó. Bệnh nhân này có sốt, phù nhẹ hai chân, sút 3 kg/1 tháng phù hợp với nhiễm giun lươn nặng (nhiễm giun lươn tăng thâm nhiễm hoặc nhiễm giun lươn lan tỏa). Hầu hết các bệnh nhân nhiễm giun lươn nặng đều có sốt. Sự xâm nhập số lượng lớn ấu trùng vào mô tạo ra đáp ứng viêm mạnh mẽ.

Bệnh nhân có biểu hiện chính khởi đầu ho máu nhiều đợt là triệu chứng gặp trong bệnh giun lươn nặng thể hô hấp. Di cư của ấu trùng qua phổi trong nhiễm giun lươn cấp hoặc qua trình tự nhiễm. Trong nhiễm giun lươn thể tăng thâm nhiễm, các ấu trùng di chuyển cư trú ở ạt tại phổi gây tình trạng tổn thương phổi nặng gây ra ho ra máu, khó thở, đau kiểu màng phổi, thở nhanh thậm chí tiến triển hội chứng suy hô hấp tiến triển có thể cần thở máy.¹⁰ Người ta đã tìm thấy ấu trùng filiform và rhabditiform, thậm chí cả trứng chứng tỏ ấu trùng không chỉ đi qua phổi mà còn phát triển thành giun trưởng thành tại phổi.¹⁰ Các hình ảnh trên phim xquang phổi hoặc cắt lớp vi tính ngực có hình ảnh thâm nhiễm khoảng kẽ 2 bên, tổn thương mờ cục bộ, hoặc mờ lan tỏa hình cánh bướm, tổn thương kính mờ đa ổ, dày vách liên

thùy, tràn dịch, tràn khí màng phổi.¹¹ Ở bệnh nhân này, cắt lớp vi tính phổi tổn thương viêm phổi dạng đồng đặc. Chính vì vậy, tổn thương phổi ban đầu các bác sĩ ít nghĩ đến do ấu trùng giun lươn. Chúng tôi phải sử dụng kỹ thuật soi phế quản lấy dịch phế quản làm xét nghiệm giun lươn và cho kết quả dương tính. Đây là kỹ thuật ít khi được làm chuyên sâu để chẩn đoán bệnh giun lươn.

Bệnh nhân này, chúng tôi cấy máu hai mẫu khi bệnh nhân sốt đều ra vi khuẩn *E. coli* và đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhiễm khuẩn huyết. Kết quả này phù hợp với các y văn trước đó. Nguyễn Trung Cấp (2019), có 30 bệnh nhân nhiễm giun lươn nặng, trong đó có 6 bệnh nhân cấy máu ra vi khuẩn, bao gồm 1 bệnh nhân mọc *E. coli*, 1 bệnh nhân mọc *E. faecalis*, 2 bệnh nhân mọc *K. pneumonia* và 2 bệnh nhân mọc *C. tropicalis*.⁴ Nghiên cứu Nabeya (2017), 16 bệnh nhân nhiễm giun lươn tăng nhiễm có 3 bệnh nhân cấy máu, bao gồm 1 bệnh nhân mọc *E. coli*, 1 bệnh nhân mọc *K. pneumoniae*, 1 bệnh nhân mọc *A. hydrophilia*.¹¹ Điều này phù hợp với y văn, khi ấu trùng giun lươn xâm nhập qua thành ruột, chúng có thể mang theo vi khuẩn, gây ra bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết.

Bệnh nhân này, ban đầu bạch cầu ái toan không tăng, sau đó tăng dần khi điều trị muộm và giảm sau điều trị Ivermectin. Điều này có sự khác biệt với các y văn xét nghiệm bạch cầu ái toan thường tăng trong nhiễm giun lươn. Tỷ lệ tăng thay đổi tùy từng nghiên cứu. Tuy nhiên, cũng phù hợp với các nghiên cứu khác thấy bạch cầu ái toan có thể không tăng do tình trạng miễn dịch và là yếu tố tiên lượng nặng. Bệnh nhân có albumin máu hạ phù hợp với y văn khác trong bệnh giun lươn albumin máu có thể gặp từ mức độ nhẹ đến nặng. Cơ chế gây giảm albumin máu được cho là niêm mạc ruột phản ứng viêm, phù nề tăng áp lực khoảng kẽ, tăng tính thấm nội mô gây mất albumin qua

đường ruột. Dương Công Thành và cs (2025), tỉ lệ tăng bạch cầu ái toan là 72,5%, giảm albumin huyết thanh (72,5%), thiếu máu (67,5%).⁹ Huyết thanh chẩn đoán giun lợn mặc dù là 1 tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh. Ở bệnh nhân này huyết thanh chẩn đoán dương tính nhưng được làm khi kết quả soi ấu trùng giun lợn dương tính. Điều này có thể do bệnh cảnh ban đầu lại là ho máu, viêm phổi, bạch cầu ái toan không tăng nên các bác sĩ đã không nghĩ tới và không làm xét nghiệm khi vào.

Bệnh nhân này có nhiều yếu tố nguy cơ tiến triển bệnh giun lợn nặng bao gồm bệnh nền đái tháo đường, bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (corticosteroids và HCQ), sau duy trì kéo dài Medrol 16 mg/ngày hơn 2 tháng nay. Trong số các thuốc ức chế miễn dịch, corticosteroids được sử dụng rộng rãi nhất và có liên quan trực tiếp đến nhiễm giun lợn. Nhiều nghiên cứu khác cũng khẳng định vai trò của corticosteroids đến sự bùng phát nhiễm giun lợn nặng với cả các liều cao khác nhau và đường dùng thuốc khác nhau. Ngoài vai trò ức chế miễn dịch, corticosteroids được cho là kích thích trực tiếp ấu trùng rhabditiform (không gây bệnh) chuyển dạng sang thành filariform (gây bệnh).¹²

Ở bệnh nhân này có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh giun lợn nặng có biểu hiện đường tiêu hóa, viêm phổi và đồng nhiễm với nhiễm khuẩn máu do *E. coli* ở người có nhiều bệnh nền và có lịch sử dùng corticosteroids kéo dài. Bệnh nhân sau khi được chẩn đoán đã tiến hành điều trị thuốc đặc hiệu Ivermectin liều 200 µg/kg/ngày và kháng sinh Meropenem 1 gam mỗi 8 giờ. Sau điều trị 10 ngày, sốt, nôn, đi ngoài hết, bệnh nhân chỉ còn ho nhẹ, tình trạng thiếu máu cải thiện, các xét nghiệm 3 mẫu phân đều âm tính với ấu trùng giun lợn, xét nghiệm đờm âm tính. Ivermectin được khẳng định là thuốc ưu tiên điều trị trong bệnh giun lợn đặc biệt là giun lợn nặng. Liều 200 µg/kg/ngày, uống

1 lần duy nhất trong ngày. Thời gian điều trị thể thông thường 2 ngày nhưng với thể nặng có thể kéo dài cho tới 2 tuần.⁷ Albendazol được dùng như một lựa chọn thay thế trong các trường hợp không có Ivermectin. Liều dùng người lớn thông thường là 400mg, đường uống, ngày uống 2 lần trong 7 ngày. Trẻ em trên 2 tuổi 400 mg/ngày, trẻ dưới 2 tuổi 200 mg/ngày trong 3 ngày liên tiếp.⁷ Liệu trình có thể kéo dài tùy thuộc vào thể bệnh và sự theo dõi của bác sĩ. Khi so sánh hiệu lực của Ivermectin liều duy nhất 200 µg/kg/ngày và albendazol 15 mg/kg trong 14 ngày, kết quả cho thấy ivermectin có hiệu quả 84,6% so với 53,3% của nhóm sử dụng albendazol.¹³

Ca bệnh có ho máu nhiều đợt, sút cân, thiếu máu sau đó mới có tình trạng sốt, nôn, tiêu chảy. Rất nhiều chẩn đoán được đưa ra từ viêm phổi do lao, nấm, bệnh lý ác tính, bệnh lý miễn dịch hoặc bệnh lý do các căn nguyên vi sinh vật khác. Bệnh nhân này cũng có một số gợi ý khi vào viện đợt này là sốt, tiêu chảy, nôn, tiền sử dùng corticosteroids để định hướng bệnh nhưng triệu chứng ho máu, viêm phổi nổi bật đã đánh lạc hướng của bác sĩ ban đầu. Chúng tôi may mắn đã phối hợp các chuyên khoa hô hấp, truyền nhiễm, ung bướu để làm chẩn đoán cho người bệnh này. Khi kết quả soi dịch phế quản, phân ra ấu trùng giun lợn, cấy máu ra *E. coli*, bệnh nhân mới thực sự được điều trị đúng đích. Chúng tôi đã sinh thiết cả niêm mạc phế quản qua soi phế quản, sinh thiết tổn thương gan dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính và theo dõi sau gần 2 tháng mới hoàn toàn loại trừ bệnh lý khối u. Đây là ca bệnh khó, đã nhiều lần vào viện nhưng chưa được chẩn đoán bệnh chính. Và cũng là ca bệnh, được thực hiện các kỹ thuật chuyên sâu để chẩn đoán và điều trị trên thực hành lâm sàng. Sau ca bệnh, chúng tôi các bác sĩ lâm sàng cũng rút ra bài học và có thêm nhiều kinh nghiệm quý báu trong thực hành bệnh giun lợn.

IV. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của bệnh giun lươn không đặc hiệu, trong đó nhiễm giun lươn nặng (thể tăng thâm nhiễm và thể lan tỏa) biểu hiện tổn thương nhiều cơ quan, dễ nhầm với bệnh lý nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, bệnh lao, bệnh ác tính, bệnh nhiễm trùng do căn nguyên khác, bệnh do các ký sinh trùng khác. Trong khi hầu hết các bệnh giun lươn thể thông thường thường nhẹ, không triệu chứng và có thể tự ổn định thì bệnh nhân nhiễm giun lươn nặng lại có thể đồng nhiễm với vi khuẩn gây bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi và các biến chứng khác khiến bệnh có tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm.

Do đó cần hiểu biết về dịch tễ, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán tốt nhất về bệnh giun lươn là cực kì quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng đặc biệt trong bối cảnh thay đổi về mô hình bệnh tật, ngày càng nhiều bệnh sử dụng corticosteroids. Đây là trường hợp ít gặp trên thực hành lâm sàng đồng nhiễm cả giun lươn hô hấp, tiêu hóa và nhiễm khuẩn máu ở bệnh nhân có nhiều bệnh nền và dùng corticosteroids. Thông qua ca bệnh giúp nhà lâm sàng có cách nhìn đa chiều hơn về những trường hợp ho máu, viêm phổi cũng như căn nguyên ít ngờ tới trong trường hợp này. Các ca bệnh có sử dụng corticosteroids, thuốc ức chế miễn dịch, bệnh mạn tính nên được sàng lọc bệnh giun lươn một cách thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Schad G, Grove D. Strongyloidiasis: a major roundworm infection of man: Philadelphia: Taylor & Francis; 1989.
- Bradbury RS, Pafčo B, Nosková E, Hasegawa H. Strongyloides genotyping: a review of methods and application in public health and population genetics. *International journal for parasitology*. 2021. 51(13-14): 1153-1166.
- Lê Đức Vinh, Cao Bá Lợi, Vũ Văn Du, Trần Thị Hồng. Thực trạng nhiễm giun lươn đường ruột *Strongyloides stercoralis* tại huyện Đức Hòa, tỉnh Long An từ tháng 3/2017 - 12/2017. *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*. 2019. 4(112): 35-42.
- Nguyễn Trung Cấp, Đặng Quốc Tuấn, Phạm Ngọc Thạch. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân nhiễm *strongyloides stercoralis* nặng ở Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện Bạch Mai (2/2013-9/2019). *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2020. 1(29): 49-53.
- Senephansiri P, Laummaunwai P, Laymanivong S, Boonmar T. Status and risk factors of *Strongyloides stercoralis* infection in rural communities of Xayaburi Province, Lao PDR. *The Korean journal of parasitology*. 2017. 55(5): 569.
- Laoraksawong P, Sanpool O, Rodpai R, et al. Current high prevalences of *Strongyloides stercoralis* and *Opisthorchis viverrini* infections in rural communities in northeast Thailand and associated risk factors. *BMC public health*. 2018. 18:1-11.
- Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh giun lươn, Ban hành kèm theo quyết định số 1384/QĐ -BYT2022.
- Buonfrate D, Fittipaldo A, Vlieghe E, et al. Clinical and laboratory features of *Strongyloides stercoralis* infection at diagnosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Microbiology and Infection*. 2021. 27(11): 1621-1628.
- Dương Công Thành, Trần Ngọc Ánh, Ánh BTN. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị nhiễm giun lươn ở bệnh viện đại học Y Hà Nội. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2025. 550(1): 74-79.
- Baruah M, Bora I, Khyriem AB, Lyngdoh

WV. Pulmonary Strongyloidiasis-A case report. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2017. 6(9): 1-4.

11. Nabeya D, Haranaga S, Parrott GL, et al. Pulmonary strongyloidiasis: assessment between manifestation and radiological findings in 16 severe strongyloidiasis cases. *BMC infectious diseases*. 2017. 17:1-9.

12. Albarqi MM, Stoltzfus JD, Pilgrim AA, et al. Regulation of life cycle checkpoints and

developmental activation of infective larvae in *Strongyloides stercoralis* by dafachronic acid. *PLoS pathogens*. 2016. 12(1):e1005358.

13. Henriquez-Camacho C, Gotuzzo E, Echevarria J, et al. Ivermectin versus albendazole or thiabendazole for *Strongyloides stercoralis* infection. *The Cochrane database of systematic reviews*. Jan 18 2016. 2016(1): Cd007745. doi:10.1002/14651858.CD007745.pub3.

Summary

STRONGYLOIDES STERORALIS HYPERINFECTION ASSOCIATED WITH E.COLI SEPSIS: A CASE REPORT FROM BACH MAI HOSPITAL

In this article, we report on a case of concurrent hyperinfection strongyloidiasis and *Escheria coli* (*E. coli*) septic in a polymorbid patient, diagnosed and treated at the Institute of Tropical Diseases, Bach Mai Hospital. This is a severe and uncommon presentation due to its atypical clinical course. A 79-year-old male patient with a history of diabetes mellitus, hypertension, and immune thrombocytopenic purpura (IPT), receiving Medrol 16 mg/day was admitted for hemoptysis. The patient's past medical history included multiple episodes of hemoptysis and melena but initial symptoms did not include abdominal pain or diarrhea. Subsequently, the patient developed fever, diarrhea, vomiting post admission. Bronchoscopy and stool test results were positive for strongyloides larvae. Serological testing for strongyloidiasis results was positive. Multiple blood cultures were positive for *E. coli*. He was successfully treated with Ivermectin, specific antibiotic and nutritional support. Two months following discharge, the patient's clinical condition improved significantly, with no recurrence of hemoptysis. Severe strongyloidiasis co-infected with septicemia is a severe, complex, rare case with a high mortality rate. Further research is needed on this particular case.

Keywords: Strongyloides, strongyloidiasis, *Escheria coli* (*E. coli*), Sepsis.