

## CASE REPORT: STRONGYLOIDES HYPERINFECTION SYNDROME IN A PATIENT WITH DRUG-INDUCED CUSHING'S SYNDROME DUE TO PROLONGED CORTICOSTEROID USE

Truong Ngoc Trung<sup>1\*</sup>, Ha Thi Hai Duong<sup>1</sup>, Le Thai Kim Thu<sup>2</sup>,  
Nguyen Thi Quynh Nga<sup>1</sup>, Phan Thi Thu Tam<sup>1</sup>, Duong Ngoc Lan<sup>1</sup>, Du Le Thanh Xuan<sup>1</sup>,  
Vo Thanh Lam<sup>1</sup>, Vo Thi Hong Nhi<sup>1</sup>, Nguyen Huynh Thanh Truc<sup>1</sup>, Luu Minh Khoa<sup>1</sup>,  
Nguyen Ha Hong Tien<sup>1</sup>, Vu Thi Hai Hau<sup>1</sup>, Pham Thi Nhu Y<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tropical Diseases Hospital - 764 Vo Van Kiet, Cho Quan Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

<sup>2</sup>Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 12/02/2026

Revised: 15/03/2026; Accepted: 25/03/2026

### ABSTRACT

**Background:** *Strongyloidiasis* is prevalent in tropical and subtropical regions. In immunocompromised individuals, infection with *Strongyloides stercoralis* can trigger Strongyloides hyperinfection syndrome (SHS), a severe condition that often carries a high mortality rate. We report a severe case of hyperinfection syndrome in an elderly patient with knee osteoarthritis whose prolonged use of anti-inflammatory corticosteroids led to drug-induced Cushing's syndrome and type 2 diabetes mellitus.

**Results:** A 74-year-old female patient from Long An province, with a history of long-term corticosteroid therapy for knee osteoarthritis, was admitted with progressive dyspnea and fatigue. Her respiratory distress worsened rapidly, requiring initial oxygen therapy via a reservoir mask, followed by endotracheal intubation and mechanical ventilation. Sputum and stool examinations revealed *S. stercoralis* larvae. Blood cultures were positive for *Enterococcus faecium* sensitive to vancomycin. Notably, the peripheral blood eosinophil count was within the normal range at the time of admission. During the clinical course, the patient developed severe pneumonia complicated by Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) and upper gastrointestinal bleeding suspected to be due to peptic ulcer disease. Treatment included Ivermectin, combined with Meropenem and Vancomycin. The patient was successfully weaned from the ventilator after 9 days and was discharged in stable condition after 16 days of treatment.

**Case presentation:** Strongyloides hyperinfection syndrome in patients on long-term corticosteroid therapy presents a poor prognosis, often manifesting as ARDS and secondary sepsis. The absence of eosinophilia poses a significant diagnostic challenge and can lead to missed diagnoses. Proactive parasite screening prior to initiating immunosuppressive therapy, along with early administration of high-dose Ivermectin and intensive care support, are crucial to improving clinical outcomes.

**Keywords:** Strongyloides hyperinfection syndrome, *Strongyloides stercoralis*, *Enterococcus faecium*, Pneumonia, ARDS.

---

\*Corresponding author

Email: [ltkthu@ump.edu.vn](mailto:ltkthu@ump.edu.vn) Phone: (+84) 908214877 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD4.4799

# BÁO CÁO CA BỆNH HỘI CHỨNG TĂNG NIỄM GIUN LƯƠN TRÊN BỆNH NHÂN CUSHING DO SỬ DỤNG THUỐC CORTICOID KÉO DÀI

Trương Ngọc Trung<sup>1\*</sup>, Hà Thị Hải Đường<sup>1</sup>, Lê Thái Kim Thu<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1</sup>, Phan Thị Thu Tâm<sup>1</sup>, Đường Ngọc Lan<sup>1</sup>, Dư Lê Thanh Xuân<sup>1</sup>,  
Võ Thanh Lâm<sup>1</sup>, Võ Thị Hồng Nhi<sup>1</sup>, Nguyễn Huỳnh Thanh Trúc<sup>1</sup>, Lưu Minh Khoa<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hà Hồng Tiến<sup>1</sup>, Vũ Thị Hải Hậu<sup>1</sup>, Phạm Thị Như Ý<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới - 764 Võ Văn Kiệt, P. Chợ Quán, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 12/02/2026

Ngày sửa: 15/03/2026; Ngày đăng: 25/03/2026

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh giun lươn thường gặp ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, khi nhiễm giun lươn có thể gây hội chứng tăng niễm giun lươn, bệnh thường diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong. Chúng tôi thông báo ca bệnh mắc hội chứng tăng niễm giun lươn ở bệnh nhân có hội chứng Cushing do sử dụng corticoid kéo dài kèm theo đái tháo đường típ 2 nhằm chia sẻ các thông tin giúp các nhà lâm sàng có thêm những dữ liệu cần thiết trong thực hành điều trị bệnh.

**Trình bày ca bệnh:** Bệnh nhân nữ 74 tuổi ngụ tại huyện Đức Huệ, tỉnh Long An, thoái hóa khớp gối nhiều năm đã được điều trị với thuốc kháng viêm corticosteroid. Bệnh nhân nhập viện vì khó thở, mệt. Triệu chứng đường hô hấp khó thở ngày càng tăng, được điều trị oxy mask có túi dự trữ sau đó được đặt nội khí quản thở máy. Xét nghiệm đàm và soi phân cho thấy ấu trùng giun lươn. Cấy máu dương tính *Enterococcus faecium* nhạy Vancomycin. Xét nghiệm Eosinophil máu bình thường tại thời điểm nhập viện. Trong quá trình điều trị bệnh nhân xuất hiện biến chứng viêm phổi nặng kèm hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS), xuất huyết tiêu hóa trên nghi do loét dạ dày tá tràng. Bệnh nhân được điều trị Ivermectin, phối hợp kháng sinh Meropenem và Vancomycin. Sau 9 ngày điều trị bệnh nhân cai được máy thở, sau 16 ngày điều trị bệnh nhân khỏi bệnh xuất viện.

**Kết luận:** Hội chứng tăng niễm giun lươn trên bệnh nhân sử dụng corticosteroid kéo dài có tiên lượng tử vong cao với bệnh cảnh suy hô hấp cấp (ARDS) và nhiễm trùng huyết thứ phát. Tình trạng bạch cầu ái toan trong giới hạn bình thường là một thách thức lớn, dễ gây bỏ sót chẩn đoán. Cần chủ động tầm soát kỹ sinh trùng trước khi điều trị ức chế miễn dịch và phối hợp sớm Ivermectin liều cao cùng hồi sức tích cực để cải thiện kết cục lâm sàng.

**Từ khóa:** Hội chứng tăng niễm giun lươn, *Strongyloides Stercoralis*, *Enterococcus faecium*, viêm phổi.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Strongyloides stercoralis* là một loại giun tròn ký sinh đường ruột phổ biến ở người, gây bệnh *Strongyloidiasis* (bệnh giun lươn). Ký sinh trùng này lưu hành rộng rãi trên toàn cầu, đặc biệt ở các vùng khí hậu nhiệt đới và cận nhiệt đới có điều kiện vệ sinh chưa đảm bảo, ước tính gây niễm cho hàng trăm triệu người trên thế giới[1]. Tại Việt Nam, một quốc gia nằm trong vùng dịch tễ lưu hành, bệnh giun lươn cũng được ghi nhận là một vấn đề y tế cần quan tâm, với các trường hợp niễm đã được báo cáo ở cả miền Bắc và miền Nam[2-4]. Điểm khác biệt quan trọng của *S. stercoralis* so với các giun tròn khác là khả năng hoàn thành vòng đời bằng hình thức tự niễm. Điều này cho phép niễm trùng tồn tại dai dẳng hàng chục năm, thường không gây triệu chứng hoặc chỉ có biểu hiện lâm sàng nhẹ, không đặc hiệu[5]. Tuy nhiên, tình trạng niễm trùng tiềm ẩn này có thể trở nên nguy hiểm khi hệ miễn dịch cơ thể bị suy giảm. Khi đó, chu trình tự niễm có thể tăng tốc một cách mất kiểm soát, dẫn đến sự gia tăng ồ ạt số lượng ấu trùng và sự lan tràn đến nhiều cơ quan ngoài đường tiêu hóa, gây ra hội chứng tăng niễm hoặc niễm giun lươn lan tỏa[5,6]. Yếu tố nguy cơ quan trọng và phổ biến nhất được xác định có khả năng kích hoạt hội chứng tăng niễm chính là việc sử dụng liệu pháp corticosteroid kéo dài hoặc liều cao[7]. Corticosteroid ức chế mạnh mẽ

đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào, đặc biệt là các tế bào lympho T và bạch cầu ái toan, đóng vai trò then chốt trong việc kiểm soát quần thể giun lươn trong cơ thể. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm niễm virus Human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1), các bệnh lý huyết học ác tính, tình trạng suy dinh dưỡng nặng và sau ghép tạng[5].

Hội chứng tăng niễm giun lươn là một tình trạng cấp cứu nội khoa với các biểu hiện lâm sàng đa dạng và nặng nề, bao gồm các triệu chứng tiêu hóa rầm rộ (đau bụng, tiêu chảy, nôn ói, liệt ruột, xuất huyết tiêu hóa), các biến chứng hô hấp nghiêm trọng (viêm phổi, xuất huyết phế nang, hội chứng suy hô hấp cấp - ARDS), niễm khuẩn huyết hoặc viêm màng não do vi khuẩn đường ruột bội niễm[5,6]. Tình trạng này có tỷ lệ tử vong rất cao, có thể lên đến trên 80% ngay cả khi được chẩn đoán và điều trị[8]. Tại Việt Nam, đã có ghi nhận một số báo cáo về hội chứng tăng niễm giun lươn. Theo đó, một số nghiên cứu ở phía Bắc ghi nhận trường hợp hội chứng tăng niễm giun lươn trên bệnh nhân phụ thuộc corticosteroid dẫn đến suy hô hấp và tràn dịch đa màng[9], hoặc đồng niễm khuẩn huyết nặng do *E. coli* sau khi sử dụng Medrol kéo dài[10]. Tại khu vực phía Nam, các ca lâm sàng cũng cho thấy biến chứng đa dạng từ hạ natri máu nặng do hội chứng SIADH

\*Corresponding author

Email: ltkthu@ump.edu.vn Phone: (+84) 908214877 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD4.4799

trên nền suy thượng thận[11], đến các biểu hiện đường tiêu hóa như đau bụng, nôn ói chiếm tỷ lệ cao[12]. Tuy nhiên, phần lớn các báo cáo hiện nay chủ yếu tập trung vào mô tả diễn tiến lâm sàng khi bệnh nhân đã vào tình trạng nguy kịch hoặc các biến chứng đơn lẻ. Vẫn còn thiếu các nghiên cứu phân tích về mối liên hệ giữa kiểu hình hội chứng Cushing do thuốc – một thực trạng lạm dụng thuốc phổ biến tại Việt Nam – với chiến lược tầm soát chủ động để ngăn ngừa biến chứng ARDS. Hầu hết y văn trong nước chưa nhấn mạnh việc nhận diện các dấu hiệu kiểu hình Cushing như một chỉ dấu bắt buộc để tầm soát giun lươn trước khi hệ miễn dịch suy giảm hoàn toàn. Bài viết này báo cáo một trường hợp lâm sàng điển hình về hội chứng tăng nhiễm giun lươn xảy ra trên bệnh nhân nữ lớn tuổi có hội chứng Cushing do sử dụng corticosteroid kéo dài để điều trị bệnh khớp mạn tính, nhằm mục đích minh họa cho bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, các thách thức trong chẩn đoán và điều trị, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức và tầm soát *S. stercoralis* ở những bệnh nhân có nguy cơ cao trước hoặc trong quá trình điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch.

**2. TRÌNH BÀY CA BỆNH**

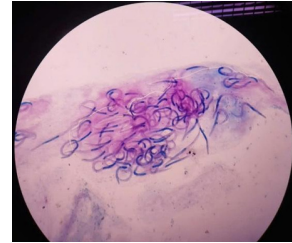
Bệnh nhân nữ, 74 tuổi, ngụ tại huyện Đức Huệ, tỉnh Long An, hưu trí (trước đây là nông dân), có tiền sử đái tháo đường típ 2 kiểm soát kém và thoái hóa khớp gối nhiều năm tự điều trị bằng corticosteroid kéo dài. Cách ngày nhập viện 7 ngày, bệnh nhân khởi phát sốt nhẹ, ho khan, khó thở tăng dần và mệt mỏi nhiều. Ghi nhận lúc nhập viện, bệnh nhân trong tình trạng suy hô hấp cấp diễn tiến nhanh với nhịp thở 36 lần/phút, thở co kéo, SpO<sub>2</sub> 96% với oxy mask 15 lít/phút, mạch nhanh 140 lần/phút và huyết áp 160/80 mmHg. Khám thực thể ghi nhận bệnh nhân tỉnh, bứt rứt, phổi thô ran nổ lan tỏa hai phế trường; đặc biệt bệnh nhân có kiểu hình Cushing rõ rệt và các sang thương hồng ban dạng vòng đặc trưng vùng bẹn đùi (phù hợp với bệnh cảnh nằm da trên nền suy giảm miễn dịch) (Hình 1). Hình ảnh X-quang ngực thẳng cho thấy tổn thương nhu mô lan tỏa hai bên kèm bóng tim to; siêu âm tại giường ghi nhận đông đặc đáy phổi phải, EF 66% và sỏi túi mật. Bệnh nhân được chẩn đoán sơ bộ là Viêm phổi nặng biến chứng suy hô hấp cấp, theo dõi lao phổi hoặc cúm bội nhiễm trên nền hội chứng Cushing do thuốc và đái tháo đường típ 2.



**Hình 1. Minh họa hình ảnh tổn thương da vùng bẹn đùi ở bệnh nhân**

Do tình trạng hô hấp nguy kịch, bệnh nhân được đặt nội khí quản và hỗ trợ thở máy xâm lấn ngay sau khi nhập viện, phối hợp điều trị kháng sinh Meropenem và Vancomycin. Ngay ngày đầu nhập viện khi xét nghiệm soi dịch hút nội khí quản và soi phân đều phát hiện

nhiều ấu trùng giun lươn (Hình 2, 3). Các xét nghiệm tìm vi khuẩn lao và PCR cúm A/B đều âm tính. Kết quả kiểm tra dịch não tủy ghi nhận: dịch trong, bạch cầu 8 TB/mm<sup>3</sup> (đơn nhân 62%, đa nhân 38%, Eosin 0%), hồng cầu 2000 TB/mm<sup>3</sup>, protein 0,219 g/L, glucose DNT/máu là 7,58/7,66 mmol/L và lactate 3,09 mmol/L; kết quả này giúp loại trừ tình trạng viêm màng não do ký sinh trùng di trú. Đáng chú ý, mặc dù tình trạng nhiễm trùng nặng, số lượng bạch cầu ái toan máu ngoại vi hoàn toàn trong giới hạn bình thường tại thời điểm nhập viện (Hình 4). Đến ngày thứ 3, kết quả cấy máu ghi nhận sự hiện diện của *Enterococcus faecium* chỉ còn nhạy cảm với Linezolid, Teicoplanin và Vancomycin. Chẩn đoán xác định là Hội chứng tăng nhiễm giun lươn lan tỏa biến chứng ARDS và nhiễm khuẩn huyết do *Enterococcus faecium*.

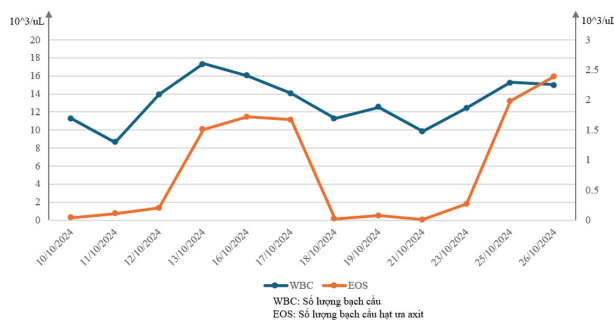


**Hình 2. Tiêu bản dịch hút nội khí quản nhuộm Ziehl-Neelsen quan sát dưới kính hiển vi quang học (độ phóng đại 10X), ghi nhận ấu trùng giun lươn dạng sợi dài**

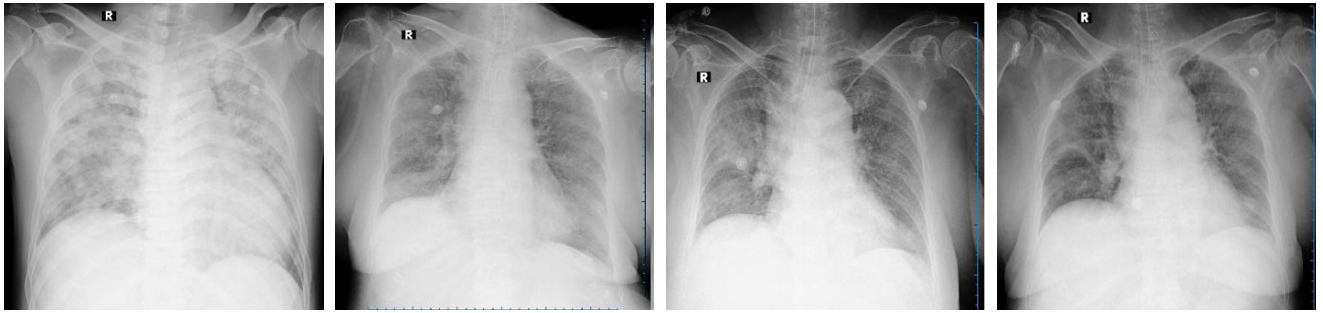


**Hình 3. Ấu trùng giun lươn trong dịch hút nội khí quản quan sát dưới kính hiển vi (độ phóng đại 10X). Vật thể có hình dạng sợi dài, kích thước ước tính phù hợp với ấu trùng giun lươn giai đoạn rhabditiform (chiều dài khoảng 250 µm)**

Bệnh nhân được điều trị tích cực bằng Ivermectin 200 µg/kg/ngày hợp với kháng sinh Meropenem và Vancomycin. Diễn tiến lâm sàng có sự thay đổi rõ rệt: đến ngày thứ 5, mặc dù bệnh nhân có giai đoạn hôn mê ngắn và vẫn còn tổn thương nhu mô phổi tiến triển trên X-quang, tuy nhiên xét nghiệm soi phân đã trở nên âm tính với ấu trùng giun lươn. Ngoài ra, tình trạng xuất huyết tiêu hóa trên nghi do loét dạ dày cũng được ghi nhận và xử trí ổn định. Đến ngày thứ 9, bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc tốt, được cai máy thở và rút nội khí quản thành công. X-quang phổi qua các ngày cho thấy sự cải thiện rõ rệt của các tổn thương nhu mô (Hình 5). Sau 16 ngày điều trị, bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, ăn uống khá, thở êm và được ngưng tất cả các loại kháng sinh (Meropenem, Vancomycin) cũng như thuốc đặc hiệu. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 17 trong tình trạng ổn định.



**Hình 4. Diễn tiến số lượng bạch cầu và bạch cầu ái toan ở bệnh nhân trong quá trình điều trị**



Hình 5a. Ngày nhập viện

Tổn thương dạng thâm nhiễm phế nang và mô kẽ lan tỏa rộng hai phế trường, tập trung nhiều ở vùng đáy phổi, kèm hình ảnh bóng tim to

Hình 5b. Sau 2 ngày điều trị

Tình trạng thâm nhiễm phế nang có dấu hiệu khu trú hơn, tuy nhiên vẫn còn tổn thương mô kẽ tiến triển tại 1/3 dưới phổi phải và đáy phổi trái

Hình 5c. Sau 5 ngày điều trị

Các đám mờ thâm nhiễm thuyên giảm đáng kể về diện tích và đậm độ, phổi bắt đầu sáng dần hai bên

Hình 5d. Sau 7 ngày điều trị

Tổn thương phổi cải thiện gần như hoàn toàn, các vùng thâm nhiễm biến mất, nhu mô phổi giãn nở tốt

Hình 5. Diễn tiến phim X quang của bệnh nhân trong quá trình điều trị

#### 4. BÀN LUẬN

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng về hội chứng tăng nhiễm giun lươn (*Strongyloides stercoralis*) xảy ra trên một bệnh nhân nữ 74 tuổi có bệnh nền thoái hóa khớp, đái tháo đường típ 2 và đặc biệt là tình trạng Cushing do thuốc sau khi sử dụng corticosteroid kéo dài. Ca bệnh này minh họa cho hậu quả nghiêm trọng của việc nhiễm giun lươn tiềm ẩn khi có yếu tố suy giảm miễn dịch do thuốc, đồng thời đặt ra vấn đề về chẩn đoán và xử trí kịp thời.

*Strongyloides stercoralis* là một loại giun tròn có khả năng đặc biệt là hoàn thành chu trình sống hoàn toàn trong cơ thể người thông qua cơ chế tự nhiễm, dẫn đến tình trạng nhiễm trùng kéo dài hàng thập kỷ[1]. Ước tính có khoảng 30–100 triệu người nhiễm trên toàn cầu, chủ yếu tại các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới[1,6]. Tại Việt Nam, nhiều ca bệnh nhiễm giun lươn đã được ghi nhận, đặc biệt trên các cơ địa suy giảm miễn dịch[4,13].

Hội chứng tăng nhiễm xảy ra khi số lượng lớn ấu trùng di trú đến phổi và các cơ quan ngoài đường tiêu hóa[5,14]. Tại Việt Nam, nhiều báo cáo ca bệnh tương tự đã được ghi nhận. Trà và cộng sự (2025) tại Bệnh viện Bạch Mai đã ghi nhận ca tăng nhiễm đồng nhiễm khuẩn huyết do *E. coli* trên bệnh nhân dùng Medrol[10]. Linh và cộng sự (2024) đã báo cáo tình trạng hạ natri máu nặng do giun lươn trên nền suy thượng thận[11]. Các nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương cũng cho thấy tỷ lệ cao biến chứng ARDS và nhiễm khuẩn huyết tiêu điểm đường ruột trên bệnh nhân lạm dụng corticosteroid, tương đồng với ca bệnh của chúng tôi[12,13]. Trên thế giới, Fardet (2007) nhấn mạnh rằng corticosteroid là yếu tố nguy cơ hàng đầu, chiếm tỷ lệ lớn trong các ca nhiễm giun lươn nặng[7]. Corticosteroid không chỉ ức chế miễn dịch tế bào Th2 (vốn đóng vai trò chủ chốt trong diệt ký sinh trùng) mà còn có cấu trúc phân tử tương tự ecdysteroid – một loại hormone kích thích sự lột xác và tăng sinh của giun[7,14,15]. Điều này giải thích tại sao bệnh nhân trong ca lâm sàng, với kiểu hình Cushing rõ rệt do dùng thuốc corticoid điều trị bệnh khớp kéo dài, lại khởi phát hội chứng tăng nhiễm rầm rộ.

Số lượng bạch cầu ái toan (Eosinophil) của bệnh nhân hoàn toàn bình thường khi nhập viện. Đây là một đặc điểm cần lưu tâm trong chẩn đoán, vì corticosteroid gây ức chế sản xuất và huy động bạch cầu ái toan vào máu ngoại vi[7,9]. Do đó, việc không tăng bạch cầu ái toan không được dùng để loại trừ giun lươn trên bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế miễn dịch[16].

Tình trạng suy hô hấp cấp (ARDS) diễn tiến nhanh ở bệnh nhân là hậu quả của việc hàng loạt ấu trùng xuyên qua vách phế nang gây xuất huyết, thâm nhiễm và phản ứng viêm tại chỗ[17,18]. Hình ảnh X-quang với tổn thương nhu

mô lan tỏa hai bên rất điển hình cho giai đoạn ấu trùng di trú qua phổi[17]. Bên cạnh đó, sự hiện diện của vi khuẩn *Enterococcus faecium* trong máu minh chứng cho hiện tượng ấu trùng vận chuyển vi khuẩn. Khi xuyên qua thành ruột, ấu trùng mang theo vi khuẩn đường ruột vào hệ tuần hoàn, gây nhiễm khuẩn huyết thứ phát[6,10,19]. Biểu chứng xuất huyết tiêu hóa cũng thường gặp do sự xâm lấn và gây loét niêm mạc tá tràng của lượng lớn giun cái trưởng thành[14,16]. Giun lươn cũng có thể cộng hưởng làm tác dụng phụ của corticoid lên dạ dày thêm trầm trọng dẫn tới xuất huyết tiêu hóa.

Ivermectin là lựa chọn hàng đầu nhờ hiệu quả diệt ấu trùng cao và ít tác dụng phụ hơn so với Albendazole hay Thiabendazole[8,20]. Với liều 200 mcg/kg/ngày, thuốc đã chứng minh có hiệu quả tốt trong việc loại trừ ấu trùng một cách nhanh chóng, thể hiện qua kết quả soi phân âm tính sau 5 ngày ở bệnh nhân này. Tuy nhiên, trong thể tăng nhiễm, việc phối hợp kháng sinh phổ rộng (Meropenem, Vancomycin) để kiểm soát vi khuẩn đường ruột là yếu tố sống còn[19,21]. Sự cải thiện lâm sàng rõ rệt sau 9 ngày và việc rút nội khí quản thành công khẳng định tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm và điều trị đa phương thức (diệt ký sinh trùng, kháng sinh phổ rộng và hồi sức hô hấp tích cực).

#### 5. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng cho thấy hội chứng suy hô hấp cấp diễn tiến nhanh phối hợp với nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn đường ruột là những biểu hiện lâm sàng đặc trưng cho tình trạng bùng phát hội chứng tăng nhiễm giun lươn trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Số lượng bạch cầu ái toan bình thường tại thời điểm nhập viện cần được lưu ý để loại trừ bệnh trên cơ địa đang sử dụng corticosteroid, do đó việc tầm soát chủ động bằng xét nghiệm trực tiếp tìm ấu trùng trong đờm và phân có ý nghĩa quyết định trong chẩn đoán. Chiến lược điều trị phối hợp sớm giữa kháng sinh phổ rộng cùng Ivermectin liều cao và hồi sức hô hấp tích cực được xác định là có hiệu quả rõ rệt giúp kiểm soát đồng thời sự nhân lên của ký sinh trùng và tình trạng bội nhiễm, từ đó cải thiện kết cục lâm sàng cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Puthiyakunnon S, Boddu S, Li Y, Zhou X, Wang C, Li J, et al. Strongyloidiasis—An Insight into Its Global Prevalence and Management. PLOS Neglected Tropical Diseases. 2014;8(8):e3018.
- [2] Quang HH, HV H. Hội chứng tăng nhiễm với ấu trùng giun lươn điển hình: Báo cáo ca bệnh và Tổng hợp y văn. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012;16(3):193.

- [3] Hương NT LN. Báo cáo ca bệnh tăng nhiễm giun lươn điều trị khỏi bằng Thiabendazole đường uống. Y học thực hành. 2013;879(9):75-8.
- [4] Vân TTH TP, Thủy VTT, Biên LHT, Yến HTH. Hội chứng tăng nhiễm giun lươn ở bệnh nhân sử dụng Corticosteroid Y Học TP Hồ Chí Minh. 2018;22.
- [5] Keiser PB, Nutman TB. Strongyloides stercoralis in the Immunocompromised Population. 2004;17(1):208-17.
- [6] Marcos LA, Terashima A, DuPont HL, Gotuzzo E. Strongyloides hyperinfection syndrome: an emerging global infectious disease. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2008;102(4):314-8.
- [7] Fardet L, Génereau T, Poirot J-L, Guidet B, Kettaneh A, Cabane J. Severe strongyloidiasis in corticosteroid-treated patients: Case series and literature review. Journal of Infection. 2007;54(1):18-27.
- [8] Buonfrate D, Salas-Coronas J, Muñoz J, Maruri BT, Rodari P, Castelli F, et al. Multiple-dose versus single-dose ivermectin for Strongyloides stercoralis infection (Strong Treat 1 to 4): a multicentre, open-label, phase 3, randomised controlled superiority trial. The Lancet Infectious Diseases. 2019;19(11):1181-90.
- [9] Tuyền HT, Dũng NV, Thảo ĐTP, Đức PV, Minh PLT. Hội chứng tăng nhiễm ấu trùng giun lươn trên bệnh nhân phụ thuộc corticoid. Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam. 2022;10(67).
- [10] Trà ĐT, Hương PTT. Báo cáo ca bệnh nhiễm giun lươn tăng nhiễm đồng nhiễm với khuẩn huyết do E. Coli tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;194(9):764-72.
- [11] Linh NT, Hương NTT. Báo cáo ca bệnh hạ natri máu do nhiễm giun lươn ở bệnh nhân suy thượng thận do thuốc. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2024;185(12):393-7.
- [12] Hoàng BH, Luân ĐM, Chương ND, Duy BK, Phamarcy. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân nhiễm giun lươn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Journal of 108-Clinical Medicine. 2024.
- [13] Nguyễn TC, Đặng QT, Phạm NT. 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.
- [14] Vadlamudi RS, Chi DS, Krishnaswamy GJC, Allergy M. Intestinal strongyloidiasis and hyperinfection syndrome. 2006;4:1-13.
- [15] Rodpai R, Sanpool O, Thanchomnang T, Laoraksawong P, Sadaow L, Boonroumkaew P, et al. Exposure to dexamethasone modifies transcriptomic responses of free-living stages of Strongyloides stercoralis. 2021;16(6):e0253701.
- [16] Segarra-Newnham MJ AoP. Manifestations, diagnosis, and treatment of Strongyloides stercoralis infection. 2007;41(12):1992-2001.
- [17] Woodring JH, Halfhill 2nd H, Reed JC. Pulmonary strongyloidiasis: clinical and imaging features. AJR American journal of roentgenology. 1994;162(3):537-42.
- [18] Hegde U, Patel H, Chakurkar V. Acute respiratory distress syndrome due to strongyloides stercoralis in Lupus nephritis.
- [19] SCOWDEN EB, SCHAFFNER W, STONE WJ JM. Overwhelming strongyloidiasis: an unappreciated opportunistic infection. 1978;57(6):527-44.
- [20] Henriquez-Camacho C, Gotuzzo E, Echevarria J, White Jr AC, Terashima A, Samalvides F, et al. Ivermectin versus albendazole or thiabendazole for Strongyloides stercoralis infection. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(1).
- [21] Mejia R, Nutman TB. Screening, prevention, and treatment for hyperinfection syndrome and disseminated infections caused by Strongyloides stercoralis. Current Opinion in Infectious Diseases. 2012;25(4).

