LIỆT RUỘT DO NHIỄM GIUN LƯƠN, MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

TRỊNH LÊ HUY, LÊ VĂN QUẢNG
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT:

Liệt ruột là một biểu hiện hiếm gặp của nhiễm giun lươn. Chúng tôi thông báo một trường hợp bệnh nhân nam 80 tuổi liệt ruột do giun lươn trên bệnh nhân ung thư đại tràng đã phẫu thuật và đang điều trị hóa chất bổ trợ tại bệnh viện đại học Y Hà nội. Biểu hiện này thường liên quan tới hội chứng tăng nhiễm giun lươn. Điều trị cần kéo dài, với hai nhóm thuốc: Azole và Ivermectin.

SUMMARY

Paralytic ileus is a rare complication of Strongyloides Stercoralis infection. We discribed one 80 year-old man with Strongyloides stercoralis caused paraylytic ileus. He had been done colectomy for colon cancer and was under adjuvant chemotherapy in Hanoi medical university hospital. This complication is often related to hyperinfection syndrome. The treatment needs to be prolonged with two drug classes: Azole or Ivermectin.

Keywords: *nhiễm giun lươn lan tỏa, hội chứng tăng nhiễm, liệt ruột, strongyloides stercoralis,*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Triệu chứng tiêu hóa thông thường của nhiễm giun lươn là đau bụng, táo bón và buồn nôn. Nhưng trên một số cơ địa suy giảm miễn dịch, có thể bị nhiễm giun lươn lan tỏa, hoặc có hội chứng tăng nhiễm gây ra một biểu hiện hiếm gặp là liệt ruột cơ năng. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân ung thư đại tràng đã được phẫu thuật và đang điều trị hóa chất bổ trợ tại bệnh viện đại học Y Hà nội, nhiễm giun lươn lan tỏa gây liệt ruột cơ năng.

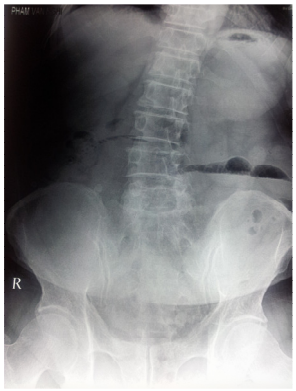
TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

Bệnh nhân nam, 80 tuổi nhập viện vì nôn và bí trung đại tiện. Trong tiền sử của bệnh nhân có: cắt bán phần dạ dày 40 năm trước do loét và ung thư đại tràng phải pT3N0M0, đã phẫu thuật cắt đại tràng phải được 1 tháng, đang điều trị hóa chất bổ trợ đường uống (Xeloda).

Thăm khám lâm sàng và hỏi bệnh chúng tôi nhận thấy:

1. Về lưu thông ruột:

Bệnh nhân nôn nhiều và táo bón. Khám bụng thấy chướng nhẹ. Phim chụp bụng không chuẩn bị chỉ thấy mức nước hơi. Vì bụng chỉ chướng nhẹ và bệnh nhân nôn nhiều, trên phim lại không có mức nước hơi nên bệnh nhân được soi dạ dày để loại trừ khả năng hẹp miệng nối vị tràng. Kết quả soi không thấy hẹp miệng nối nhưng lại phát hiện được nhiều tổn thương ở D1làm viêm phù nề lòng ruột, về đại thể là giống tổn thương do giun lươn gây ra. Lòng tá tràng giãn và chứa nhiều dịch. Tổn thương được sinh thiết. Bệnh nhân được lấy phân tìm ấu trùng và làm phản ứng huyết thanh tìm kháng thể kháng giun lươn. Mặc dù kết quả sinh thiết và soi phân tìm ấu trùng giun lươn âm tính, nhưng phản ứng huyết thanh bằng phương pháp ELISA dương tính 1/6400.



Phim chụp bụng không chuẩn bị của bệnh nhân

2. Tổn thương da:

Hai chi dưới bệnh nhân phù to, kèm theo tổn thương da dạng nứt nẻ và ửng đỏ, từ bàn chân lan tới tận đầu gối. Không thấy hình kí sinh trùng bò dưới da.

Tổn thương da trước khi điều trị

Tổn thương da sau khi điều trị

- Diễn biến trong quá trình nằm viện:

Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng giun Albendazole 800 mg/ngày, trong vòng 15 ngày. Lưu thông ruột trở lại bình thường, bệnh nhân đỡ nôn rồi hết hẳn nôn, đi ngoài đều đặn hàng ngày. Hai chân hết phù, da hết đỏ. Phản ứng huyết thanh làm lại sau 1 tháng điều trị vẫn còn dương tính ở hiệu giá 1/800. Vì bệnh nhân có nhiễm giun lươn nhiều nơi (da & nhiều vị trí trong đường ruột) nên tiếp tục được điều trị thuốc kháng giun trong 6 đợt, mỗi đợt 15 ngày, 800 mg/ngày, các đợt cách nhau 1 tháng

BÀN LUẬN:

- Giun lươn có tên khoa học là Strongyloides Stercoralis, là một loại giun hình ống có khả năng kí sinh trên người và gây ra bệnh Strongyloidiasis. Hàng năm trên thế giới có khoảng 100- 200 triệu người nhiễm giun lươn [7]. Theo Trần Thị Hồng và cs, tỷ lệ nhiễm giun lươn ở nước ta khá cao, ở Củ Chi phát hiện bằng phương pháp cấy Sasa là 12,6%, bằng phương pháp miễn dịch ELISA gần 28,7% [1].

- Người nhiễm giun lươn do tiếp xúc với đất bị ô nhiễm phân có ấu trùng giai đoạn 2 (Filariform larvae) sống tự do, xâm nhập qua da. Ấu trùng theo đường máu đến phổi, làm vỡ mao mạch phổi vào phế nang, sau đó di chuyển ngược đến phế quản, khí quản, thanh quản, lên miệng được nuốt vào ống tiêu hóa, phát triển thành giun cái trưởng thành, bám vào màng nhầy ruột non và đẻ trứng. Trứng nở ra ấu trùng giai đoạn 1 (Rhabditiform larvae) theo phân ra ngoài. Ấu trùng giai đoạn 1 sẽ phát triển thành ấu trùng giai đoạn 2 xâm nhập qua da người hay chuyển sang đời sống tự do trong đất thành con đực và con cái trưởng thành, chúng lại đẻ trứng, trứng lại nở ra ấu trùng. Ngoài ra, giun lươn còn có chu trình tự nhiễm (autoinfection), ấu trùng giai đoạn 1 trong ruột, một phần theo phân ra ngoài, một phần phát triển thành ấu trùng giai đoạn 2, xuyên qua ruột non, ruột già hay da quanh hậu môn vào máu và hoàn tất chu trình bên trong cơ thể. Chu trình này xảy ra thường xuyên, liên tục khiến cơ thể ký chủ lúc nào cũng có ấu trùng luân lưu, kéo dài nhiều năm mặc dù không bị tái nhiễm. Chính chu trình này là nguyên nhân gây nên hội chứng tăng nhiễm khi bị kích hoạt bởi thuốc ức chế miễn dịch hay khi bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch [3].

- **Triệu chứng lâm sàng của nhiễm giun lươn.**

+ Triệu chứng dạ dày ruột: nôn, táo bón, đau bụng, chán ăn.

+ Triệu chứng phổi: ho, cảm giác kích thích khí quản giống như viêm phế quản,

+ Triệu chứng ngoài da: nổi ban, mày đay, ngứa hậu môn.

+ Tăng bạch cầu ái toan

Tam chứng nhiễm giun lươn: Tiêu chảy + Đau bụng + Nổi mề đay.

- Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, có lẽ bệnh nhân là vật chủ mạn tính của ấu trùng giun lươn. Trong quá trình điều trị hóa chất, do sức đề kháng suy giảm đã khởi động quá trình tự nhiễm với sự xuất hiện dấu hiệu liệt ruột và ban rát ở cẳng chân.

- Bệnh nhân được soi phân nhưng không phát hiện ấu trùng. Điều này có thể giải thích bởi:

1. Bệnh nhân táo bón, vì vậy việc lấy bệnh phẩm (móc tay) khó khăn, không đủ số lượng.

2. Y văn đã nêu rõ, soi phân lần 1 thường không tìm thấy giun lươn trong hơn 70% các trường hợp. Phải soi ít nhất 3 lần trong 3 ngày khác nhau với các phương pháp tập trung [3].

- Huyết thanh chẩn đoán giun lươn có thể nhiễm chéo với Loa Loa, giun móc, giun đũa, do đó có độ đặc hiệu không cao, tuy nhiên với phương pháp ELISA thì độ nhạy và độ đặc hiệu đều trên 90% [2]. Nên làm huyết thanh chẩn đoán giun lươn khi nghi ngờ nhiễm giun lươn đặc biệt trên những BN suy giảm miễn dịch.

- Các nghiên cứu về tỉ lệ nhiễm giun lươn trên một bệnh nhân ung thư không có nhiều trong y văn. Phần lớn là các báo cáo nhỏ, riêng lẻ với số lượng bệnh nhân ít, chủ yếu của các nước đang phát triển.Tác giả Eleuza (Brazil) so sánh tỉ lệ nhiễm giun lươn ở những bệnh nhân ung thư tiêu hóa với những bệnh nhân ung thư các cơ quan khác. Ông nhận thấy rằng tỉ lệ nhiễm giun lươn, được xác định bằng hai loại phương pháp ký sinh trùng học và miễn dịch học, ở những bệnh nhân ung thư tiêu hóa cao hơn hẳn so với nhóm chứng. Tỉ lệ này là 9,1% bằng loại phương pháp ký sinh trùng học và 24,2% bằng loại phương pháp miễn dịch học, so với 2,3% và 4,5% của nhóm chứng [5]. Như vậy, các bệnh nhân ung thư ống tiêu hóa có nguy cơ nhiễm giun cao gấp 6,7 lần.Tác giả Eleuza cũng cho rằng có mối liên quan giữa nhiễm giun lươn và sự phát sinh ung thư ống tiêu hóa. Chính sự cư trú và những chất tiết ra của giun lươn có thể làm tăng nguy cơ hình thành các khối u đường ruột [5]

- Tăng bạch cầu ái toan là một dấu hiệu quan trọng trong nhiễm giun tròn. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân nhiễm giun lươn không có dấu hiệu này. Có lẽ, mức độ nhiễm giun lươn không đủ để kích thích hệ miễn dịch làm tăng số lượng bạch cầu ái toan hoặc cơ địa suy giảm miễn dịch không đủ khả năng phản ứng [5].

- Tắc tá tràng là một biểu hiện hiếm gặp của nhiễm giun lươn. Có hai cơ chế được nêu lên để giải thích hiện tượng này[5]. Một là, giun lươn làm phù nề niêm mạc tá tràng tới mức chít hẹp lòng ruột, như

trường hợp bệnh nhân này. Hai là, tá tràng bị chèn ép từ ngoài vào, nguyên nhân có thể do bó mạch thần kinh mạc treo tràng trên.

- Về điều trị, mục tiêu là cải thiện triệu chứng và phòng ngừa hội chứng tăng nhiễm. Tiêu chuẩn cần đạt được là đưa các xét nghiệm tìm ấu trùng trong phân và phản ứng huyết thanh về âm tính sau 1 tháng. Nguyên tắc điều trị giun lươn là chọn thuốc có tác dụng với nhiều loại giun, ít độc, dùng liều duy nhất vẫn đạt hiệu quả cao. Thuốc hay được chọn là nhóm thuốc Azole và Ivermectin.

+ Thiabendazole được sử dụng từ năm 1963, với liều 25 mg/kg, hai lần một ngày trong 3 ngày, hiệu quả cải thiện triệu chứng lâm sàng và làm âm tính phân ở các bệnh nhân nhiễm giun lươn mạn tính từ 67% tới 81% [6]. Tuy nhiên, thuốc gây ra chóng mặt, buồn nôn và nước tiểu có mùi khó chịu. Mebendazole được sử dụng để điều trị các trường hợp có hội chứng tăng nhiễm. Tuy nhiên, thuốc được hấp thu kém nên tác dụng chủ yếu ở đường tiêu hóa và hạn chế đối với các ấu trùng di cư. Albendazole với liều 400 mg, hai lần mỗi ngày trong 3 ngày, được chứng tỏ làm âm tính phân cho 38% tới 45% số trường hợp nhiễm giun lươn mạn tính và làm âm tính huyết thanh cho 75% số trường hợp nhiễm giun lươn mạn tính nhưng không tìm thấy ấu trùng giun lươn trong phân [6]. Thuốc được hấp thu vào máu tốt hơn và là một sự lựa chọn thay thế cho Ivermectin trong các trường hợp tăng nhiễm.

+ Ivermectin: so với nhóm Azole, thuốc được dung nạp tốt hơn và có hiệu quả làm âm tính phân tốt hơn Albendazole. Thuốc được sử dụng điều trị thành công hội chứng tăng nhiễm [4].

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Đức Vinh, Trần Thị Hồng (2005). Điều tra nhiễm *Strongyloides stercoralis* bằng các phương pháp xét nghiệm phân cải tiến tại xã Phú Mỹ Hưng huyện Củ Chi, TP.HCM từ tháng 6 /2003 đến tháng 7/2004. Tạp chí y học TP.HCM, tập 9, phụ bản số 4, tr. 101-105.

2. Trần Phủ Mạnh Siêu, Bùi Trọng Hợp, Nguyễn Thị Minh Tuyết và cs (2007). Vai trò của kỹ thuật ELISA trong chẩn đoán phân biệt bệnh nhiễm giun lươn với các bệnh lý đường tiêu hóa. Tạp chí y học TP.HCM, tập 11, số 1.

3. Trần Thị Khánh Tường (2007). Nhiễm giun lươn lan tỏa trên bệnh nhân sử dụng corticosteroid. Tạp chí y học TP.HCM, tập 11, số 2.

4. Datry A, Hilmarsdottir I, Mayorga-Sagastume R, Lyagoubi M, Gaxotte P, Biligui S, et al. Treatment of Strongyloides stercoralis infection with ivermectin compared with albendazole: results of an open study of 60 cases. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. May-Jun 1994;88(3):344-5.

5. Eleuza R. Machdo, Eliane M.Teixeira, Maria do Rosario F. Goncalves-Pires, Zaira M. Loureiro, Rogerio A. Araujo and Julia M. Costa-Cruz. Parasitological and immunological diagnosis of Strongyloides Stercoralis in patients with gastrointestinal cancer. Scandinavian Journal of Infectious Diseases 2008, 40: 154-8.

6. Marisel Segarra-Newnham. Manifestations, Diagnosis, and Treatment of *Strongyloides stercoralis* Infection. Ann Pharmacother, 2007, 41 (12): 1992-2001.

7. WHO. How to set up a deworming programme. Newsletter - Action against worms. January 2004.Issue 4. http://www.who.int/wormcontrol/newsletter/en.