

MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI DO GIUN LƯƠN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TRUYỀN NHIỄM BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Thanh Dương
Viện Sốt rét- Ký sinh trùng- Côn trùng Trung Ương
Đỗ Thiện Hải, Lê Thị Hồng Hạnh
Bệnh viện Nhi Trung Ương

Tóm tắt

Bệnh giun lươn là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm do ký sinh trùng gây ra, bệnh thường gặp ở các nước vùng nhiệt đới và ở nước ta tỷ lệ mắc khoảng 1%. Tháng 3 năm 2013 Bệnh viện Nhi trung ương đã ghi nhận một bệnh nhân nam, 11 tháng tuổi, với chẩn đoán viêm phổi/nghi ngờ do giun lươn. Bệnh sử bệnh nhân có 14 ngày sốt, ho, có ban xuất huyết trên da. Khi nhập viện phổi không có rales, bạch cầu trung tính cao hơn bình thường từ 11.4% - 27%. Bệnh nhân đã được điều trị bằng kháng sinh, nhưng sốt không giảm. Bệnh nhân đã được xét nghiệm tìm ký sinh trùng trong máu, nước tiểu và phân. Xét nghiệm bằng phương pháp Kato-Katz tại Viện Sốt rét- Ký sinh trùng- Côn trùng Trung Ương cho kết quả dương tính. Liệu trình điều trị bằng Albendazole đã được áp dụng và tình trạng bệnh được cải thiện rõ rệt, bệnh nhân ra viện sau 7 ngày điều trị.

Từ khoá: Bệnh giun lươn.

summary

The male patient 11 months old admitted National hospital of Pediatrics with first diagnosis was Pneumonia/ Suspecting of Strongyloides stercoralis. This patient has presented with a 14 day history of fever, cough and skin hemorrhage rash. On admission, lung examination has no rales. The eosinophil count in WBC was always higher than normal, and ranged from 11.4% to 27%. The patient was treated by antibiotics, but the high fever did not ameliorate. The patient was checked for a parasite in all samples of blood, urine and stool. Finally, he was diagnosed positive with Strongyloide stercoralis. He was then treated with Albendazole and his condition improved. The recommendation for parasitic disease when patients have an eosinophil count that is higher than

normal and show no improvement with antibiotics.

Keywords: strongyloides stercoralis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tràn dịch màng phổi do giun lươn là một bệnh lý hiếm gặp. Tuy nhiên nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh. Nhân một trường hợp bệnh nhân nam, 11 tháng tuổi, được chẩn đoán xác định và điều trị hiệu quả, chúng tôi xin thông báo về lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và điều trị trường hợp bệnh tràn dịch màng phổi do giun lươn.

TỔNG QUAN

Giun lươn có tên khoa học là Strongyloides Stercoralis gây bệnh, trên thế giới ghi nhận tại 70 quốc gia và khoảng 30 triệu người mắc bệnh. Tại Việt Nam, nhà khoa học Normand phát hiện lần đầu tiên vào năm 1876 ở một người lính viễn chinh Pháp tham chiến tại miền Nam Việt Nam. Giun lươn phân bố rộng rãi khắp thế giới nhưng có tỷ lệ nhiễm không cao, theo số liệu của Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, tỷ lệ nhiễm giun lươn ở miền bắc khoảng từ 0,2% đến 0,5%; ở miền nam khoảng 1,19%. Những thống kê điều tra cơ bản những năm gần đây của Bộ môn ký sinh trùng - Trường Đại học Y Hà Nội ghi nhận tỷ lệ nhiễm giun lươn tại nước ta thường dưới 1%.

Đặc điểm của bệnh: ca bệnh lâm sàng hầu hết không có triệu chứng lâm sàng điển hình. Một số ít bệnh nhân có biểu hiện đau bụng vùng thượng vị, ỉa chảy; viêm da tại chỗ khi ấu trùng xâm nhập vào cơ thể; thiếu máu nhẹ; bạch cầu ái toan tăng 10-25%. Cơ địa dị ứng có thể lên cơn hen khi bị nhiễm giun lươn. Giun lươn lạc chỗ có thể ký sinh ở phổi, thực quản, hạch bạch huyết v.v; ca bệnh xác định: có ấu trùng giun lươn trong phân. Chẩn đoán phân biệt với một số

bệnh tương tự: cần phân biệt với loét dạ dày tá tràng. Xét nghiệm phân bằng kỹ thuật Kato hoặc Kato-Katz, nếu có ấu trùng trong phân, cần phân biệt với ấu trùng giun móc/giun mỡ: ấu trùng giun lợn có ngay khi lấy bệnh phẩm, ấu trùng giun móc/giun mỡ thường xuất hiện muộn sau 24 - 48 giờ sau khi phân được bài tiết ra ngoài. Tác nhân gây bệnh, giun lợn sống ở ruột non nhưng cũng có thể sống ở ngoại cảnh. Miệng giun có 2 môi, vỏ thân có khía ngang, nông. Giun cái trưởng thành có đầu thon dài và đuôi nhọn, kích thước khoảng 2mm x 34mm, giun đực có kích thước khoảng 0,7mm x 36mm, đuôi hình móc và có 2 gai sinh dục. Trứng giun lợn hình bầu dục. ấu trùng phát triển rất nhanh thành ấu trùng có thực quản hình trụ trong trứng và thoát vỏ ngay trong ruột, theo phân ra ngoài nên rất ít khi thấy trứng giun lợn trong phân trừ trường hợp bệnh nhân bị ỉa chảy nhiều. ấu trùng tiếp tục phát triển ở ngoại cảnh thành ấu trùng có thực quản hình trụ có khả năng xâm nhập qua da người hoặc sống tự do ở ngoại cảnh. Khả năng tồn tại trong môi trường bên ngoài: điều kiện phù hợp cho ấu trùng giun lợn phát triển ngoại cảnh là khí hậu nóng ẩm. Tuy nhiên, giun lợn có thể phát triển ở vùng ôn đới hoặc lạnh.

Đặc điểm dịch tễ học: Giun lợn phân bố nhiều ở các nước có khí hậu nóng ẩm, ít hơn ở các nước có khí hậu ôn đới và lạnh; ổ chứa: người là ổ chứa chính của giun lợn. Giun lợn cũng có thể có ở một số động vật như chó, khỉ, vượn; Thời gian ủ bệnh: thời gian từ lúc ấu trùng xâm nhập qua da đến khi phát triển thành giun trưởng thành và đẻ trứng, trứng phát triển thành ấu trùng ra ngoại cảnh khoảng 2-4 tuần; Thời kỳ lây truyền: là khoảng thời gian sống của giun cái trưởng thành từ khi được thụ tinh và đẻ trứng, thậm chí đến 35 năm sau trong trường hợp tự nhiễm; Phương thức lây truyền; Qua đường da, niêm mạc: chu kỳ phát triển của giun lợn trong cơ thể người giống giun móc/giun mỡ. Tuy nhiên giun lợn còn có đường truyền nhiễm bất thường là chu kỳ ngược dòng: trong một số điều kiện nhất định, ấu trùng giun lợn dính lại quanh hậu môn phát triển thành ấu trùng có thực quản hình trụ và gây tự nhiễm lại cho bệnh nhân. Tính cảm nhiễm và miễn dịch: tất cả mọi người đều có thể nhiễm giun lợn.

MÔ TẢ DIỄN BIẾN QUÁ TRÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. **Hành chính:** trẻ nam, 11 tháng tuổi, quê tại tỉnh Nghệ An, nhập viện tháng 4 năm 2013.

2. **Lí do vào viện:** Sốt kéo dài.

3. **Bệnh sử:** bệnh diễn biến 14 ngày trước vào viện, trẻ xuất hiện phát ban trên da, kèm theo sốt nhẹ, ho húng hắng, không tiêu chảy, không nôn, không co giật. Trẻ được điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nghệ An 5 ngày với thuốc kháng sinh nhưng không đỡ. Trẻ ho nhiều, sốt cao → chuyển lên Bệnh viện Nhi trung ương.

4. **Tiền sử:** bệnh nhân là con thứ 2, đẻ thường, đủ tháng. Tiền sử phát triển tâm thần- vận động bình thường. Tiền sử gia đình chưa phát hiện gì đặc biệt.

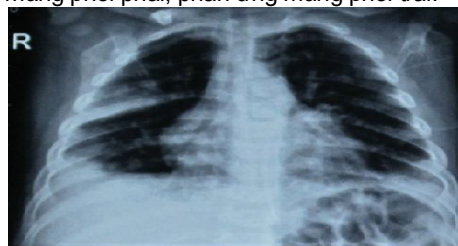
5. **Khám vào viện:** toàn thân trẻ tỉnh, tiếp xúc

được, cân nặng 12kg, sốt cao 39^oC; không có xuất huyết, phát ban trên da, không phù, hạch ngoại biên không sờ thấy. Bộ phận: hô hấp: trẻ ho nhiều, không khó thở, tự thở môi hồng, SpO₂: 98%, không thiếu O₂, phổi không rales, tim đều 110 nhịp/phút, không có tiếng thổi. Bụng mềm, gan lách không to, đại tiểu tiện bình thường. Các cơ quan khác chưa phát hiện gì đặc biệt.

6. Xét nghiệm:

Chỉ số	Lần 1	Lần 2	Lần 3
WBC(G/l)	19.14	15.0	8.3
Neut(%)	48.9	34.3	33
Lym(%)	25.8	25.3	45
Eos	13.2	27	11.4
Hb(g/l)	86	47	82
Plt(G/l)	439	498	374
MCv	68	71	65
Ure	2.7	Cre	29
CRP	175	Pr	67.5
Na	131	Al	
K	3.8	GOT	20.5
Cl	96	GPT	17.5

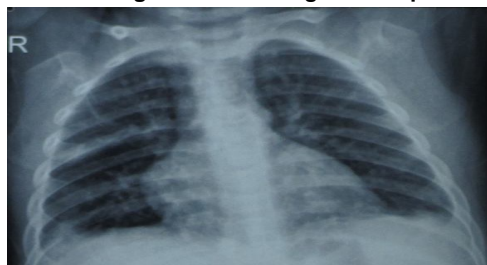
7. **Xquang phổi:** ngày 5/3, hình ảnh viêm phổi tràn dịch màng phổi phải, phản ứng màng phổi trái.



Xquang phổi ngày 25/3: đỡ viêm phổi, tràn dịch màng phổi phải

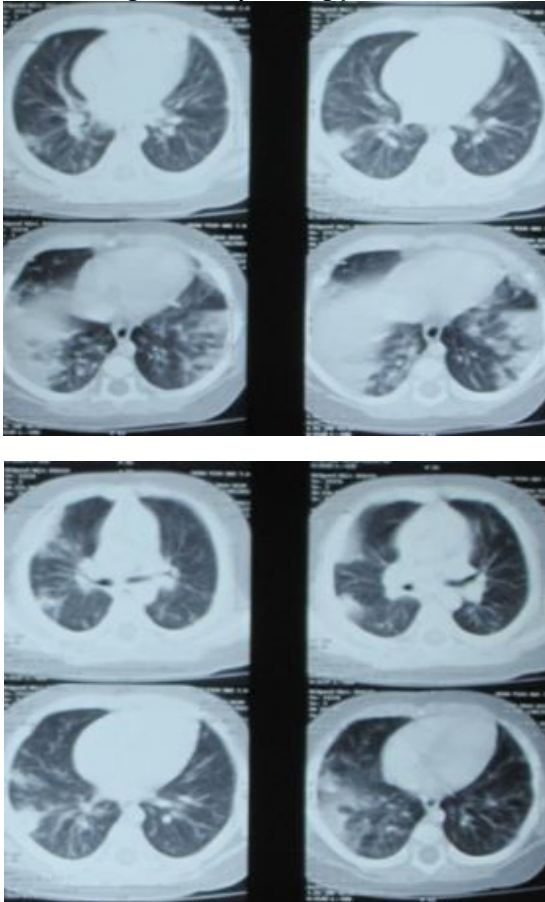


- Xquang phổi ngày 1/4: hình ảnh hết dịch màng phổi và không còn tồn thương nhu mô phổi



- Kết quả chụp CT lồng ngực: hình ảnh viêm phổi tập

trung và tràn dịch màng phổi hai bên



Huyết thanh chẩn đoán (máu): giun lợn = 1/800
Dương tính

8. Diễn biến điều trị:

- Bệnh nhân được chẩn đoán: Viêm phổi – nghi ngờ do Strongyloides stercoralis.
- Trẻ được điều trị bằng Albendazole từ ngày 22 tháng 3 năm 2013
- Sau điều trị bệnh nhân: tỉnh táo, hết sốt, ăn uống được, phổi thông khí 2 bên rõ, XQ hết dịch màng phổi 2 bên
- Sau 1 tuần điều trị bệnh nhân ra viện.

BÀN LUẬN

Những triệu chứng của nhiễm giun lợn thường gặp bao gồm: viêm da, xuất huyết nhẹ tại vùng da xâm nhập, ho, khô khè, rối loạn tiêu hóa, liệt ruột... Tuy nhiên những triệu chứng này không điển hình và thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác.

Việc sử dụng corticoid cho bệnh nhân nhiễm giun lợn có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh thậm chí dẫn đến tử vong.

Việc chẩn đoán không chính xác cũng làm ảnh hưởng

đến sức khỏe và gây tổn kém cho người bệnh. Nhân trường hợp này, chúng tôi nhằm thông báo một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng cho các thầy thuốc, giúp cho việc chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, mang lại kết quả tốt.

KẾT LUẬN

Những triệu chứng của nhiễm giun lợn thường gặp bao gồm: viêm da, xuất huyết nhẹ tại vùng da xâm nhập, ho, khô khè, rối loạn tiêu hóa, liệt ruột... Tuy nhiên những triệu chứng này không điển hình và thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác.

Khi điều trị kháng sinh đủ liều mà không hết sốt, bệnh không thuyên giảm cần phải xét nghiệm giun lợn tại cơ sở chuyên ký sinh trùng.

Việc sử dụng corticoid cho bệnh nhân nhiễm giun lợn có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh thậm chí dẫn đến tử vong. Sử dụng Albendazol điều trị bệnh giun lợn rất hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berk SL, Vergheze A, Alvarez S, Hall K, Smith B (1987). Clinical and epidemiologic features of strongyloidiasis. A prospective study in rural Tennessee. Arch Intern. Med.;147:1257-61.
2. Bộ môn ký sinh trùng, ĐHY Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2003), "Ký sinh trùng y học".
3. Bộ môn ký sinh trùng, ĐHY Hà Nội (2003), "Ký sinh trùng y học".
4. Fulmer HS, Huempfer HR (1965). Intestinal helminths in eastern Kentucky: a survey in three rural counties. Am J Trop Med Hyg.;14:269-75.
5. Genta RM (1989). Global prevalence of strongyloidiasis: critical review with epidemiologic insights into the prevention of disseminated disease. Rev Infect Dis;11:755-67.
6. Hubbard DW, Morgan PM, Yaeger RG, Unglaub WG, Hood MW, Willis RA (1974). Intestinal parasite survey of kindergarten children in New Orleans. Pediatr Res.;8:652-8.
7. Jorgensen T, Montresor A, Savioli L (1996). Effectively controlling strongyloidiasis [letter]. Parasitol Today;12:164.
8. Kitchen LW, Tu KK, Kerns FT (2000). Strongyloides-infected patients at Charleston area medical center, West Virginia, 1997-1998. Clin Infect Dis;31:E5-6.
9. Liu LX, Weller PF (1993). Strongyloidiasis and other intestinal nematode infections. Infect Dis Clin North Am;7:655-82.
10. Phillips SC, Mildvan D, William DC, Gelb AM, White MC (1981). Sexual transmission of enteric protozoa and helminths in a venereal-disease-clinic population. N Engl J Med.;305:603-6.