

TỔNG HỢP MỘT LOẠT CA BỆNH BAN TRƯỜN HOẶC HỘI CHỨNG ẤU TRÙNG DI CHUYỂN DƯỚI DA DO KÝ SINH TRÙNG TẠI HUYỆN ĐẢO LÝ SƠN, QUẢNG NGÃI, VIỆT NAM 2006 - 2010

Triệu Nguyên Trung; Huỳnh Hồng Quang
Viện Sốt rét KST - CT Quy Nhơn

TÓM TẮT

Hội chứng ấu trùng di chuyển (Cutaneous larva migrans CLM) là vấn đề bệnh lý da mắc phải thường gặp ở các vùng nhiệt đới, được mô tả cách đây 100 năm. CLM có đặc điểm là các đường vằn vèo, xoắn vặn, ban đỏ, ngứa, nổi mụn nước nếu có viêm dưới da. Hội chứng gây ra do ấu trùng một số loài giun tròn đi xuyên da hoặc đi trong da và làm hư hại cấu trúc bì. Về mặt sinh lý, CLM do ký sinh trùng có chu kỳ bắt đầu kể từ khi trứng ra khỏi phân của động vật đi vào vùng đất ẩm ướt, nơi đó ấu trùng sinh ra. Chúng ăn và trải qua thời gian lột xác để thành ấu trùng giai đoạn 3. Bằng cách sử dụng protease từ chúng, ấu trùng xuyên da qua các nang trên da, qua vết nứt kẽ da hoặc tiếp xúc với da vật chủ. Sau khi xuyên da, ấu trùng sinh ra lớp cuticle tự nhiên, thường chúng di chuyển trong vài ngày. Các ấu trùng có thể xuyên qua lớp bì và di chuyển thông qua hệ lympho và tĩnh mạch đến phổi, đến phế nang, đi lên khí quản - ở đó chúng được nuốt bởi vật chủ, đến ruột chúng trưởng thành và hoàn thành chu kỳ như ban đầu. Người chỉ là vật chủ tình cờ và ấu trùng nhờ enzyme collagenase cho xuyên màng đáy để xâm nhập vào lớp da. Do vậy, hội chứng CLM vẫn hạn hữu đối với da khi con người bị nhiễm, nghĩa là rất hiếm gặp.

SUMMARY

REVIEW OF SERIES OF PATIENTS WITH CREEPING ERUPTION OR CUTANEOUS LARVA MIGRANS SYNDROME BY PARASITES IN LY SON ISLAND, QUANG NGAI, VIETNAM, 2006 - 2010

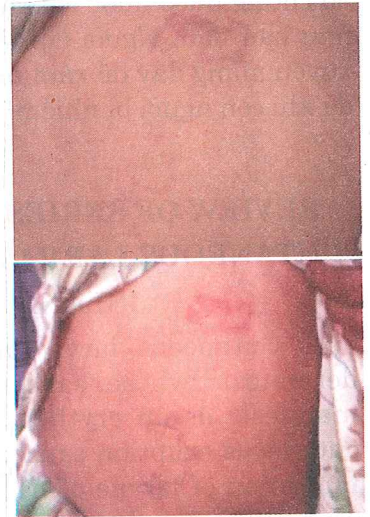
Cutaneous larva migrans (CLM) is the most common tropically acquired dermatosis whose earliest description dates back more than 100 years. CLM manifests as an erythematous, serpentine-like eruptions, tortuous path, pruritic, cutaneous eruption caused by accidental percutaneous penetration and subsequent migration of larvae of nematode parasites. Pathophysiology, in CLM, the life cycle of the parasites begins when eggs are passed from animal feces into warm, moist - where the larvae hatch. They initially feed on soil bacteria and molt twice before the infective third stage. By using their proteases, larvae penetrate through follicles, fissures, or intact skin of the new host. After penetrating the stratum corneum, the larvae shed their natural cuticle. Usually, CLM begin migration within a few days. The larvae of CLM are able to penetrate into the dermis and are transported via the lymphatic and venous systems to the lungs, into the alveoli and migrate to the trachea, where they are swallowed. In the intestine they mature sexually, and the cycle begins again as their eggs are excreted. Humans are accidental hosts, and by collagenase enzymes, larves penetrate the basement

membrane to invade the dermis. Therefore, CLM remains limited to the skin when humans are infected or rarely occurred.

1. GIỚI THIỆU

Khi da tiếp xúc với đất thì ấu trùng chưa phải là giai đoạn nhiễm. Ấu trùng ở trong đất sau khi trứng từ phân chó mèo thải ra ngoài môi trường. Những người có nguy cơ cao nhất gồm người đi du lịch, trẻ em, đi bơi lội, dân lao động có những hoạt động dễ phơi nhiễm da họ với đất bị ô nhiễm, ATDC trong da là nguyên nhân thường gặp của bệnh lý da ở người đi du lịch từ các quốc gia hoặc vùng lưu hành bệnh trở về. Trong một loạt người Anh đi du lịch họ thường nhiễm phải ở châu Phi, Đông Nam Á, vùng Caribe và ít hơn là ở Trung và Nam Mỹ. Tổn thương da là một lý do thường gặp trên các đối tượng đi du lịch trở về và phát hiện qua khám sức khỏe. Trong số 2.131 người du lịch trở về từ các vùng lưu hành đến khám tại khu vực bệnh nhân ngoại trú ở Đức trong đó tiêu chảy là nguyên nhân hay gặp nhất (71%), tiếp theo là bệnh lý da (15%); hoặc nghiên cứu điều tra trên người du lịch Thụy Sĩ, 2,9% trong số 772 bệnh nhân có vấn đề sức khỏe ban ở da liên quan đến du lịch. Trong số 17.353 người bệnh được đánh giá ở 1/30 điểm y tế nhiệt đới hoặc đặc biệt vùng địa lý tại 6 lục địa, rối loạn về da là vấn đề đứng thứ 3 (sau nguyên nhân tiêu chảy và sốt cấp). Trong một nghiên cứu khác theo dữ liệu mạng lưới GeoSentinel Network, chẩn đoán liên quan đến da được báo cáo trên 18% số bệnh nhân du lịch trở về. Các tổn thương da có thể hữu ích trong việc gợi ý các bệnh hệ thống hoặc tại chỗ. Các nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng tổn thương da trong một thời gian dài tại các vùng nhiệt đới trùng lặp với một số vấn đề khác nhưng thường phân biệt để loại trừ đối với các đối tượng du khách trong thời gian ngắn. Nguyên nhân và sự nhận ra cũng như chẩn đoán tổn thương da sẽ được tổng hợp qua loạt ca bệnh dưới đây mô tả một số ca bệnh ban trườn hay ATDC do ký sinh trùng (KST) gây nên. Hiện tượng ATDC dưới da điển hình gây ra bởi ấu trùng giai đoạn nhiễm (infective larvae) của giun móc chó/mèo *Ancylostoma braziliense* (ở nước ngoài), hoặc giun móc của động vật khác thuộc họ *Ancylostomidae*. KST đi xuyên qua và di chuyển trong da người, tạo ra các phản ứng viêm dọc theo đường đi, trong quá trình di chuyển có thể phổi sẽ bị liên đới và tạo ra một hội chứng mới gọi là hội chứng Löffler.

Đặc điểm trên da là các hình ảnh ban trườn vằn vèo thường gặp nhất ở vùng chi dưới. Trong một báo cáo: 98 người đi du lịch, các tổn thương hầu hết có liên quan đến chi dưới (73%), với hình ảnh tại vùng mông, vùng hậu môn sinh dục, vùng thân mình và chi trên liên quan lần lượt 13%, 7% và 7%. Các khám nghiệm tương tự được chú ý trên loạt ca bệnh ở Anh có tổn thương hay gặp nhất là trên bàn chân (39%), mông (18%), bụng (16%). Ban đỏ có ngứa nổi bóng nước khởi đầu ở vùng ấu trùng đầu tiên đi vào. Khi phơi nhiễm với đất nhiều lần và nặng, có thể xuất hiện hàng trăm nốt sần, mẩn đỏ với sự xuyên ấu trùng lan rộng. 2-3 ngày sau đó và tại thời điểm một tuần sau đó, vết ngứa nghiêm trọng hơn, tăng lên, dấu ngăn ngoèo, tổn thương màu nâu đỏ do ấu trùng di chuyển với tỷ lệ vài mm mỗi ngày. Các tổn thương này là đặc điểm



chính của hội chứng ấu trùng di chuyển (cutaneous larva migrans) dưới da. Các tổn thương cũng có thể chuyển thành các bóng nước có vỏ và có thể nhiễm trùng thứ phát. ấu trùng cuối cùng chết và tự hấp thu mà có thể không cần điều trị. Tại Viện Sốt rét KST-CT Quy Nhơn, thời gian từ năm 2004 - 2009, khoảng ít nhất 30 trường hợp điển hình có hội chứng ấu trùng di chuyển hoặc ký sinh trùng trưởng thành di chuyển dưới cấu trúc da niêm (cutaneous larva migrans) là một biểu hiện hay gặp ở da niêm trong các bệnh vùng nhiệt đới. Điểm đặc biệt khác ở đây là các bệnh nhân này không liên quan đến vấn đề du lịch vì bản thân họ đã từng sống và làm việc trong các vùng có lưu hành bệnh. Triệu chứng biểu hiện cũng tương tự như các ca bệnh đề cập ở trên: ban đỏ, hình dạng vằn vèo (serpiginous), ngứa, phát ban dưới da, liên quan đến giai đoạn ấu trùng đi xuyên qua cấu trúc da và một số loài ký sinh trùng (có thể giai đoạn trưởng thành) khác xuyên qua hoặc di chuyển dưới da. Thật khó phân biệt hội chứng ban trườn ('Creeping Eruption') và hội chứng ấu trùng di chuyển (Syndrome 'Cutaneous Larva Migrans')



Sau tắm nắng, biểu hiện ban đỏ, vệt rần rờ ở gót chân trái



ấu trùng di chuyển (CLM) ở ngón tay cái bên (P)



ấu trùng di chuyển (CLM) ở vùng đùi bên (T)

2. MÔ TẢ MỘT SỐ CA BỆNH ĐIỂN HÌNH CỦA HỘI CHỨNG BAN TRƯỜN/ẤU TRÙNG DI CHUYỂN TRONG DA

Ca bệnh thứ 1. Nhiễm ấu trùng giun móc chó *Ankylostoma caninum* biểu hiện ban trườn

Bệnh nhân là một phụ nữ, 53 tuổi, nghề nghiệp trồng hành và tỏi, biểu hiện ban ngứa trên thành bụng phía trước đã 2 tuần nay. Bệnh nhân có thói quen chăm sóc và cho chó ăn. Không có tiền sử sốt, ho, khó thở, hoặc bất cứ vấn đề nào về bụng và bàng quang. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh tiêm và thuốc kháng histamin, bệnh không thuyên giảm. Khám da niêm cho thấy có dạng ban vằn vèo, màu hồng, nổi lên mặt da kỳ lạ, ban phát lên giống như hình con rắn uốn lượn với hình dạng móc, rỗng rọc, hoặc đường xoắn vặn, khoảng 35cm trên bụng bệnh nhân, kéo dài từ vùng hạ vị bên phải và tiến dần về phía hạ sườn phải. Có cảm giác nóng ở cuối vùng tổn thương.

Xét nghiệm các thông số cơ bản đều cho kết quả bình thường. Sinh thiết không được thực hiện vì ít có giá trị trong trường hợp này. Chẩn đoán dựa vào chủ yếu vào bệnh sử và biểu hiện lâm sàng.

Điều trị bằng Ivermectin (200g/kg cân nặng) được chỉ định. Bệnh thuyên giảm triệu chứng sau 1 tuần. Hội chứng ấu trùng di chuyển được biết như là do các giun

truyền qua đất, hoặc còn gọi là viêm da do giun ban trườn (creeping verminous dermatitis), hoặc có tác giả gọi là hội chứng ban trườn chung chung, ngứa plumber's (plumber's itch). Nhiều loại ký sinh trùng có liên quan gồm giun móc chó *Ankylostoma caninum*, *A. ceylonicum* và *A. braziliense*, *Uncinaria stenocephala*, *Bubostomum phlebotomum*, giun đầu gai *Gnathostoma spp.*, giun chỉ ở mắt *Dirofilaria conjunctivae*, giun xoắn *Capillaria spp.*, *Anatrichostoma cutaneum*, giun lươn *Strongyloides stercoralis*, *Dirofilaria repens*, sán nhái *Spirometra spp.*, *Gastrophilus spp.*, *Hypoderma spp.*, ...

Thể thông thường nhất của hội chứng ATDC xảy ra khi ấu trùng của giun móc chó, mèo (*Ankylostoma caninum* và *A. braziliense*) tiếp giáp và xuyên da, qua lớp thượng bì. Vị trí hay gặp nhất là bàn chân, mặc dù các vị trí khác bao gồm vùng hông, lưng, đùi cũng có thể nhiễm và giun sán rất ưa ký sinh tại đó. Các vị trí liên quan không thường gặp do ATDC cũng đã được thông báo như thành trước bụng, niêm mạc miệng ở trẻ em. Do thiếu các enzym cần thiết để cho chúng xuyên qua. Do có thể sống sót ở sâu trong da, nên ấu trùng lang thang một đường vằn vèo với tốc độ 3 cm mỗi ngày. Về lâm sàng, tổn thương ban đầu có ngứa, ban đỏ, đường hầm vằn vèo dưới ban đỏ đó. Mặc dù ấu trùng có chết thường trong thời gian 2 - 8 tuần, nhưng theo một số y văn có thể sống sót đến 2 năm. Thời gian ủ bệnh từ 1 - 6 ngày. Ban trườn là một bệnh da có thể tự giới hạn, nhiễm khuẩn thứ phát và tổn thương gây chàm hóa là những biến chứng tiềm tàng. Các tổn thương hoặc triệu chứng liên quan có thể khô khè, ho khan và nổi mào ngứa. ấu trùng *A. caninum* có thể di chuyển đến ruột non và dẫn đến một bệnh lý khác gọi là viêm ruột tăng bạch cầu ái toan. Tăng bạch cầu ái toan thoáng qua cũng được mô tả, sinh thiết không có giá trị vì ấu trùng đã biểu hiện lâm sàng thấy rõ. Soi dưới kính hiển vi soi da phát quang là một phương pháp chẩn đoán không xâm nhập hiệu quả để phát hiện ấu trùng và xác định chẩn đoán. Tổn thương biến mất trong 2-8 tuần nhưng hiếm khi có thể tồn tại đến 2 năm. Liệu pháp áp lạnh có đường dẫn theo đường hầm là một biện pháp điều trị hiệu quả, điều này đôi khi xảy ra tổn thương phá hủy mô đáng kể. Ấu trùng có đầu dài 2cm, đào hầm có thể nhìn thấy được do đó nếu điều trị vùng không chính xác có thể dẫn đến thất bại.

Thuốc lựa chọn điều trị là Ivermectin (liều duy nhất 200g/kg). Thuốc Albendazol (400 mg mỗi ngày trong 3 ngày) cũng cho hiệu quả. Một phác đồ thay thế lựa chọn điều trị là dùng thoa ngoài bằng nhũ dịch thoa thiabendazol 10%, 4 lần mỗi ngày trong ít nhất 2 ngày sau khi có xuất hiện dấu hiệu đường hầm. Phương pháp này có hiệu quả, ít độc tính.

Ca bệnh thứ 2. Hội chứng ban trườn đặc biệt do sán lá gan lớn (*Fasciola gigantica*)

Bệnh nhân cũng là một phụ nữ 38 tuổi, sinh ra và lớn lên tại xã Bình Trung, huyện Bình Sơn, tỉnh Quảng Ngãi, hiện đang sống và làm việc tại thành phố Vũng Tàu nhiều năm nay, thỉnh thoảng có về thăm họ hàng tại Quảng Ngãi. Khoảng tuần nay cảm giác hơi nóng vùng bụng dưới và quanh rốn, không sốt, không ngứa, không rối loạn tiêu hóa, đi siêu âm và xét nghiệm một số thông số khác không thấy bất thường, qua một tuần không thấy biểu hiện gì lạ nên không để ý đến. Mãi sau 15 ngày kể từ ngày siêu âm về, trên cơ thể bụng bệnh nhân thấy xuất hiện một vết đỏ, nổi gờ lên, chiều tối nổi lên nhiều lần hơn buổi sáng và trưa, sau khi tắm

vào lau mình xong lại thấy ngứa nhiều hơn lúc chưa tắm và vết ghồ lên rõ hơn, kèm theo ngứa vùng mặt trong đùi, mạng sườn 2 bên (không ngứa tại vết thương tổn), ăn uống bình thường, bóp vết gờ lên không đau, mềm, sau 24 giờ bệnh nhân thấy rõ một vết dài khoảng 6 cm, rộng khoảng 1cm chạy từ trên xuống dưới, song song với rốn, xung quanh vết này da đều bình thường không nổi bóng nước, hoặc quầng đỏ gì cả. Bệnh nhân đi khám chuyên khoa da liễu (không rõ bệnh) chuyển đến Viện Sốt rét KST-CT Quy Nhơn. Sau khi tiếp nhận, khám và chẩn đoán sơ bộ là ký sinh trùng lạc chỗ và chẩn đoán phân biệt với hội chứng ban trườn hay hội chứng ấu trùng di chuyển.

Xét nghiệm CTM toàn phần có số bạch cầu chung tăng nhẹ, bạch cầu ái toan tăng > 12%, không thiếu máu. ELISA 5 loại giun sán (sán lá gan lớn, giun lươn, giun đầu gai, giun đũa chó/mèo, ấu trùng sán lợn) cho kết quả (-), ngoại trừ sán lá gan lớn n (+) 1/6400. Tiến hành siêu âm kiểm tra tổng quát không phát hiện tổn thương bất kỳ nơi nào, nhất là gan mật. Cho điều trị thuốc đặc hiệu Triclabendazol liều 12mg/kg liều duy nhất và thuốc chống viêm, kháng histamine. Sau 4 ngày điều trị vết di chuyển giảm dần nhưng chưa mất, đến ngày thứ 7 không còn nhìn thấy vết di chuyển và đường viêm trên vùng cơ thẳng bụng. Sau 3 tháng, kiểm tra tổng thể đều cho kết quả bình thường (Eosin 3% và ELISA: 1/1600), phản ứng viêm không còn, absces cơ thẳng bụng biến mất và không còn tính chất viêm (qua hình ảnh siêu âm và công thức máu).

Ca bệnh này đặc biệt ở chỗ là ca bệnh nhiễm sán lá gan lớn *Fasciola gigantica* (chứ không phải giun móc cũng không phải giun tròn thông thường), hiếm được báo cáo trên y văn, đến giờ này cũng khó phân định rằng đây là hội chứng di chuyển do KST hay tình trạng KST sán lá lạc chỗ (ectopic foci)? Vì định nghĩa áp dụng vào đều có thể giải thích cho ca bệnh ở đây.

Ca bệnh thứ 3. Ban trườn trên cánh tay (P) do ấu trùng giun lươn (*Strongyloides stercoralis*)

Bệnh nhân là sinh viên y khoa 20 tuổi, trú tại xã An Hải, huyện đảo Lý Sơn, tỉnh Quảng Ngãi xuất hiện ngứa từng đợt đã 5 tháng nay, kèm theo ngứa có rối loạn tiêu hóa (đi phân lúc đặc, lỏng, lúc sệt) diễn ra liên tục, đau và khó chịu tại vùng thượng vị, khó tiêu và cảm giác khó chịu khoảng 2 giờ/mỗi ngày và đặc biệt không đáp ứng với liệu pháp điều trị viêm đại tràng kích thích. Vị trí ngứa và biểu hiện các vết ngoằn ngoèo dài khoảng 6 - 8cm, các vết này màu đỏ, phản ứng viêm 2 bên của vết chạy, duy nhất chỉ xuất hiện trên canhs và cẳng tay bên phải. Mỗi khi trời chập tối hoặc sau khi tắm vào thì bệnh nhân xuất hiện ngứa và vết nổi rõ hơn trên bề mặt da. Nhiều lần đi khám da liễu dùng các thuốc điều trị (không rõ tên thuốc) nhưng không thấy đỡ.

Tiền sử xung quanh nhà có 2 người mắc bệnh tương tự. Khi bệnh nhân đến khám tại Viện Sốt rét KST-CT Quy Nhơn vào khoảng 10h30 sáng (ngày 24/05/2010) không thấy biểu hiện ban trườn hay hội chứng ấu trùng di chuyển, hoặc ngứa. Sau khi khai thác tiền sử và bệnh sử, chẩn đoán ban đầu sơ bộ là Hội chứng ban trườn nghi do ký sinh trùng. Chỉ định làm xét nghiệm máu tổng thể. Kết quả xét nghiệm có lúc 4 giờ 30 chiều cùng ngày cho thấy:

- CTM toàn phần: bạch cầu tăng nhẹ, bạch cầu ái toan trong giới hạn cho phép;
- Men gan, chức năng thận trong giới hạn

- Siêu âm tổng quát không phát hiện gì bất thường

- ELISA giun lươn (+): 1/1600, ELISA giun đầu gai, giun đũa chó, ấu trùng sán lợn (-)

Đến 19 giờ trên cánh tay và cẳng tay (P) xuất hiện 12 vết ban trườn rất rõ, có vết mờ, vết nhạt, ngứa dữ dội và khó chịu. Chỉ định thuốc điều trị bằng Ivermectin + Albendazol (liều thấp), cùng kháng histamin + chống viêm trong 3 ngày. Sau năm ngày kể từ ngày uống thuốc bệnh nhân chỉ còn xuất hiện vài vết ban trườn và khoảng cách thưa hơn, ngứa cũng giảm đi rất nhiều. Hiện bệnh nhân vẫn đang tiếp tục được theo dõi và tái khám theo lịch sau 1 tháng.

Đây có lẽ là ca bệnh khá đặc biệt vì bản thân giun lươn chứ không phải giun móc sinh ra hội chứng ban trườn như trên.

Ca bệnh thứ 4. Hội chứng ban trườn đặc biệt điển hình

Hội chứng ấu trùng di chuyển dưới da (Cutaneous larva migrans_LM) hoặc hội chứng ban trườn (Creeping eruption_CE) là một hình thái phát ban có viêm dưới cấu trúc da gây ra bởi giun móc hoặc giun tròn như giun móc chó *Ankylostoma brasiliensis*, *A. caninum*, *A. ceylonicum*, *Uncinaria stenocephala* và *Bubostomum phlebotomum*. Hiếm khi gây ra bởi giun lươn *Strongyloides stercoralis*, *Dirofilaria spp.*, *Spirometra spp.*, *Gnathostoma spp* và giun chỉ *Loa Loa*. Các giun tròn này thường không ký sinh trên da người. Tuy nhiên, các thể ấu trùng giai đoạn nhiễm của giun móc chó, mèo có thể nhiễm tình cơ qua vết vào của da và rồi lang thang trong vùng biểu bì. Hình ảnh lâm sàng của tình trạng tình cờ này hiếm được chú ý.

Bệnh nhân là một người đàn ông 38 tuổi có biểu hiện phát ban đỏ ngứa dữ dội trên cả 2 chân và trên tay trái trong 6 tháng qua. Anh ta là một ngư dân và thường trải qua nhiều giờ trên biển. Không có tiền sử tổn thương tại chỗ, sốt hoặc ho. Các thành viên khác trong gia đình không có ai biểu hiện bệnh như thế cả. Khám lâm sàng cho thấy phát ban trườn đỏ cả hai bên và đối xứng ở cả 2 chân. Có những vết đỏ ngoằn ngoèo, xoắn vặn như hình con rắn rất kỳ quái, kéo dài từ mặt trên của chân đến đầu gối cả 2 bên. Các đường tương tự cũng phát hiện ở tay trái. Các nốt sẩn dạng chàm rải rác và có hiện tượng bong da do vết xước trầy cũng được phát hiện. Xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản đều bình thường, ngoại trừ số bạch cầu ái toan tăng cao. Một chẩn đoán hội chứng ấu trùng di chuyển lan rộng được đưa ra dựa vào tiền sử và đặc điểm điển hình. Khi sinh thiết đường tổn thương trên da không biểu hiện giống như ấu trùng và khó có thể tìm thấy gì đặc trưng. Một liều Ivermectin 200g/kg các dấu hiệu lâm sàng cải thiện một phần sau đó 3 tháng.

Mặc dù thể ấu trùng của CE có tỷ lệ di chuyển từ vài mm đến 3cm mỗi ngày và bệnh có thể tự giới hạn và tự khỏi, song các liên quan khác có thể nhìn thấy song bị lãng quên giống như ca bệnh như thế này. Một số lượng lớn ấu trùng có thể hoạt động một lúc, hình thành nên một loạt các đường không thẳng hàng, vòng vèo. Các thể hay các dạng không hay gặp của LM đã được báo cáo bởi các tác giả Ấn Độ trước đây. Hình ảnh ban đỏ trườn đối xứng 2 bên trên chân là một hình ảnh thú vị trong ca bệnh này, có lẽ rất đặc biệt hiếm gặp trong y văn.

3. BÀN LUẬN

Về chẩn đoán và xử trí khi gặp các trường hợp ban trườn

Biểu hiện triệu chứng trong hội chứng ban trườn không phải lúc nào cũng giúp các thầy thuốc nhận định được ngay mà đôi khi cần chờ đến thời gian (tốt nhất các bệnh nhân như thế nên cho nhập viện tối thiểu) để theo dõi và phát hiện triệu chứng đặc trưng;

- Chẩn đoán nên dựa vào cả kết quả thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, nhất là công thức bạch cầu và huyết thanh chẩn đoán. Không phải lúc nào xét nghiệm huyết thanh cũng đúng, đôi khi kết quả trái chiều vẫn chỉ định điều trị thử, đôi khi cần thiết;
- Cần sàng lọc các tác nhân KST thường gặp và loại bỏ các tác nhân không có hay ít gặp trong vùng lưu hành. Thuật ngữ chẩn đoán có thể đồng nghĩa giữa 2 khái niệm;
- Nhiều thuật ngữ được sử dụng xem như đồng nghĩa là: ACLM (Ancylostoma cutan larva migran), ACLM (Ancylostomal cutaneous larva migrans), rối loạn dạng ACLM (Ancylostomal cutaneous larva migrans), CLM (Cutaneous larva migrans), ngứa cu li (coolie itch), ban trườn (Creeping eruption), ngứa ở người chần vịt (Duckhunter's itch), skin creeping eruption (dành cho giun móc), viêm có tiết túi dịch dưới da do giun móc (Hookworm cutaneous vesicle), Plumber's itch, ...
- Về thái độ xử trí: tương tự như các bệnh nhiễm ký sinh trùng ở da niêm (thuốc đặc hiệu, chống viêm, kháng histamin).

4. KẾT LUẬN

Với ảnh hưởng của biến đổi khí hậu toàn cầu và tập quán ăn uống cũng như nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm bệnh ký sinh trùng ngày càng tăng. Gần đây, số ca mắc hội chứng ATDC hoặc ban trườn gặp ngày càng nhiều tại các cơ sở điều trị da liễu và chuyên khoa. Chúng tôi với một số ca bệnh trình bày và tổng hợp y văn, đưa ra một số khuyến cáo:

Tiền sử và diễn tiến bệnh

- Triệu chứng lâm sàng gồm: cảm giác ngứa ran ở vị trí phơi nhiễm hoặc tiếp xúc trong vòng 30 phút ấu trùng xuyên qua (dù Archer mô tả một ca khởi bệnh muộn hơn ở thể CLM); ngứa dữ dội; ban đỏ vệt dài, thường tổn thương dạng đường vòng vèo chạy; thường liên quan đến tiền sử tắm nắng, đi chân đất trên biển hoặc hoạt động trong vùng nhiệt đới;
- Khuynh hướng dễ mắc các bệnh lý ấu trùng xuyên da, bao gồm: thói quen hoặc/và nghề nghiệp liên quan đến tiếp xúc với đất ẩm, cát sỏi; du lịch đến các vùng có thời tiết khí hậu nhiệt đới và cận nhiệt đới; tắm nắng/đi chân trần trên bờ biển; trẻ em chơi nghịch với các thùng hộp đựng cát; thợ mộc; thợ điện, thợ sửa ống nước, nông dân, người làm vườn, người làm việc liên quan đến tiêu hủy động vật.

Khám thực thể

- Dấu hiệu vùng da niêm của hội chứng CLM gồm: ngứa, ban đỏ, nốt sẩn bóng nước, bóng nước; dấu ngoằn ngoèo như con rắn, nhấp nhô nhẹ, đường hầm đỏ rộng khoảng 2-3mm và vết dài 3 - 4 cm từ vị trí xuyên da; viêm da không

đặc hiệu; túi/bọng nước với dịch huyết thanh; tạo chàm hóa thứ phát; vết đỏ kéo dài 1-2 cm/ngày

- Dấu chứng toàn thân, bao gồm: tăng bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi (hội chứng Loeffler), thâm nhiễm phổi do ấu trùng di chuyển và tăng immunoglobulin E (IgE) nhưng hiếm khi;
- Thương tổn điển hình phân bố ở phần chi xa, ở dưới, gồm bàn chân và khoảng giữa các ngón chân nhưng có thể xảy ra ở vùng hậu môn sinh dục, mông, tay và gối.

Nguyên nhân và tác nhân gây bệnh

- Các nguyên nhân hay gặp với hội chứng ký sinh trùng di chuyển là:
 - + *Ancylostoma braziliense* (giun móc trên các động vật hoang dại và vật nuôi như mèo, chó) là nguyên nhân hay gặp nhất. nó có thể phát hiện ở vùng nam của Mỹ, Trung Mỹ, Nam Mỹ và vùng Caribe.
 - + *Ancylostoma caninum* (giun móc của chó), hay gặp ở Australia.
 - + *Uncinaria stenocephala* (giun móc chó), thấy ở châu Âu;
 - + *Bunostomum phlebotomum* (giun móc gia súc)
- Các bệnh nguyên hiếm gặp hơn:
 - + *Ancylostoma ceylonicum*
 - + *Ancylostoma tubaeforme* (giun móc ở mèo)
 - + *Necator americanus* (giun móc ở người)
 - + *Strongyloides papillosus* (KST ở cừu, dê, gia súc)
 - + *Strongyloides westeri* (KST của ngựa)
 - + *Ancylostoma duodenale*
 - + *Pelodera* (Rhabditis)
 - + *strongyloides* [javascript:showcontent\('active','references'\);](#)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carol A. Turkington. Cutaneous Larva Migrans. <http://www.healthline.com/>(2009)
2. Cutaneous Larva Migrans. <http://www.fpnotebook.com/DER/Parasite/CtnsLrvMgrns.htm>(2009)
3. Cutaneous larva migrans. <http://dermnetnz.org/arthropods/larva-migrans.html> (2009)
4. Kartikeyan K et al. Cutaneous larva migrans of the penis. *Sex Transm Infect*; 79:500. (2003)
5. Lydia A Juzych et al.,. Cutaneous Larva Migrans. <http://emedicine.medscape.com/>(2009)
6. Mehta V, Sheno D. Extensive larva migrans. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*; 70: 373-4. (2004)
7. Padmavathy L et al.,. Cutaneous larva migrans: A case report. *Indian J Med Microbiol*; 23:135-6. (2005)
8. Differential Diagnosis For Creeping eruption syndrome. <http://en.diagnosispro.com/>