

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH BAN TRƯỜN (CREEPING ERUPTION) ĐƯỢC PHÁT HIỆN, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA DA LIỄU, BỆNH VIỆN 103

Nguyễn Từ Đệ; Nguyễn Trung Quân**

TÓM TẮT

Ban trườn là bệnh ngoài da do ấu trùng của một số giun sán ở động vật xâm nhập bất ngờ vào da và sống tạm thời ở người. Điều kiện mắc bệnh tiếp xúc trực tiếp với môi trường cát, bụi, sử dụng thực phẩm không an toàn (tiết canh, gỏi cá và thịt tái sống). Bệnh phân bố chủ yếu ở sa mạc châu Phi, vùng biển Trung Cận Đông, Địa Trung Hải. Ở Việt Nam, bệnh cũng tương đối hay gặp. Chúng tôi thông báo 6 trường hợp ban trườn được phát hiện, chẩn đoán và điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện 103 trong thời gian vừa qua.

* Từ khoá: Bệnh ban trườn; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

SOME REMARKS ABOUT CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF CREEPING ERUPTION WHICH WAS FOUND OUT, DIAGNOSED AND TREATED AT DERMATOLOGY DEPARTMENT OF 103 HOSPITAL

Nguyen Tu De ; Nguyen Trung Quan

SUMMARY

Creeping eruption is a dermatology disease caused by contaminating suddenly of some worm and taeniafuge's larva of animals and living temporarily. The circumstances of the disease cause by exposing directly to environment: sand, dust, eat unhygienic food (pudding blood, raw fish, raw meat). The disease locates mainly in Africa desert, Middle East Ocean, Mediterranean Sea. In Vietnam it isn't very rare. The authors reported 6 patients with creeping eruption who were found out, diagnosed, and treated at Dermatology Department of 103 Hospital.

* Key words: *Creeping eruption; Clinical, paraclinical characteristics.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các tác giả [1, 4, 5], ban đỏ trườn (creeping eruption) do ấu trùng (larva) của một số loài giun sán như: *Ankylostoma*

brasiliensis (một loài giun móc ở chó, mèo) hoặc *Gnathostoma* (một vài loài giun ở chó, hổ, báo và động vật sống ở nước ngọt như cá, ếch, nhái...) bò dưới da gây nên. Biểu

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS.TS. Nguyễn Văn Mùi

hiện lâm sàng rất đặc trưng bởi sự di chuyển của ấu trùng dưới da, vẽ nên những vết ngoằn ngoèo 3 - 4 mm chiều rộng, kéo dài ra vài cm mỗi ngày, chiều dài có thể tới nhiều mét, bao phủ cả một bề mặt rộng lớn kèm theo phản ứng dị ứng ngứa, đỏ, nổi mụn nước tại chỗ. Mô bệnh học với tính chất viêm không đặc hiệu, có xâm nhập bạch cầu ái toan. Tiến triển: phần lớn bệnh tự khỏi sau nhiều tuần, cá biệt kéo dài hàng năm. Tuy nhiên, nếu không được điều trị kịp thời có thể gặp biến chứng viêm da nhiễm khuẩn thứ phát, thậm chí eczema hóa. Bệnh rất phổ biến ở vùng sa mạc châu Phi, vùng biển Trung Cận Đông, Địa Trung Hải, ở trẻ em nghịch đất, người tiếp xúc với cát ẩm. Ở châu Âu bệnh thường gặp ở những người đi tắm biển về mùa hè nằm trực tiếp lên cát [2, 4].

Nước ta có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm, với hơn 3.000 km bờ biển, nhiều bãi tắm, khu vui chơi giải trí, sông, ao, hồ. Một bộ phận dân cư hàng ngày tiếp xúc với môi trường cát, bụi và nước. Ngoài ra, một số địa phương còn có thói quen ăn tiết canh, thịt tái sống, gỏi cá. Đây là môi trường thuận lợi để bệnh giun sán phát sinh, phát triển.

Chúng ta đã biết đến một vài bệnh da do giun sán gây nên như: u nang sán lợn dưới da (cysti cercosis), viêm da do ấu trùng sán vịt, bệnh viêm da do giun móc. Tuy nhiên, có nhiều lý do khác nhau nên bệnh ban trườn chưa được chú ý. Đến nay, chưa có bài báo hay công trình nào đề cập đến loại mặt bệnh này.

Chúng tôi xin thông báo đặc điểm lâm sàng ở 6 trường hợp ban trườn được phát hiện, chẩn đoán và điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện 103 trong thời gian qua.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

6 bệnh nhân (BN) (quân 2, đối tượng khác 4, điều trị nội trú 3, ngoại trú 3) bị bệnh ngoài da đến khám ở phòng khám da liễu với chẩn đoán nghi ngờ lâm sàng ban trườn, khám lâm sàng kỹ và làm các xét nghiệm. BN vào Khoa Da liễu điều trị nội trú hoặc ngoại trú và lập phiếu theo dõi.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

Các bước tiến hành:

+ Khai thác bệnh sử:

- Hoàn cảnh mắc bệnh: môi trường lao động, công tác, vui chơi, nghỉ mát, tắm biển.

- Thói quen ăn uống: tiết canh, thịt tái sống, gỏi cá.

+ Khám lâm sàng:

- Tổn thương ngoài da.

- Bệnh dị ứng (viêm da dị ứng, ngứa, mề đay, phù Quynh...).

- Bệnh nội khoa liên quan đến giun sán như: thiếu máu, viêm phế quản, đau bụng đi ngoài, rối loạn tiêu hoá.

+ Cận lâm sàng:

- Công thức máu: chú ý tế bào bạch cầu ái toan (eosinophil).

- Xét nghiệm phân tìm ký sinh trùng đường ruột.

- Giải phẫu bệnh lý.

- Bắt ấu trùng (kết hợp Khoa Ký sinh trùng, Học viện Quân y).

+ Điều trị: thuốc bôi và uống do Khoa Dược, Bệnh viện 103 cung cấp.

- Uống abendazol.

- Bôi permethrin, hỗn dịch abendazol.

+ Chụp ảnh: trước và sau điều trị, lập phiếu theo dõi.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi, giới, nghề nghiệp (môi trường tiếp xúc).

BN	TRẦN VĂN Đ.	VŨ VĂN G.	NG. VĂN TH.	HOÀNG NGỌC H.	DƯƠNG ĐỨC B.	BẠCH THỊ C.
Tuổi/giới	25/nam	38/nam	42/nam	36/nam	45/nam	75/nam
Nghề nghiệp	Bộ đội (lái xe)	Công nhân xây dựng	Nông nghiệp	Bộ đội (sỹ quan)	Nông nghiệp	Nông nghiệp
Tiếp xúc đất cát	+	+	+	+	+	+
Tắm biển	+	-	-	+	-	-
Nuôi cá nước ngọt	-	-	+	-	-	-

+ Nam 5, nữ 1; bộ đội 2, công nhân xây dựng 1, sản xuất nông nghiệp 3. Điều ở lứa tuổi lao động.

+ Môi trường tiếp xúc đất cát: 6/6 BN, tắm biển: 3/6 BN, nuôi cá: 1/6 BN.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng ban trườn (n = 6).

BN (n = 6)	TRẦN VĂN Đ.	VŨ VĂN G.	NG. VĂN TH.	HOÀNG NGỌC H.	DƯƠNG ĐẮC B.	BẠCH T. C
I. Tổn thương da:						
+ Vị trí :	Mặt sau 2 đùi	Cẳng tay	Lưng	Cẳng tay	Cẳng chân	Mu bàn tay
+ Tổn thương cơ bản:	+++	+++	+++	+++	+++	+++
- Ban giống đường hầm	++	++	++	++	++	++
- Đỏ, mụn nước	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑
+ Triệu chứng cơ năng: ngứa	-	-	-	-	-	-
+ Viêm da chàm hoá	-	-	-	-	-	-
+ Viêm da dị ứng/phù Quynh/ mề đay	-	-	-	-	-	-
+ Bệnh da khác	Zona	-	-	Tổ đũa	-	Viêm da thần kinh
II. Toàn thân:						
- Thiếu máu (da xanh)	-	-	-	-	-	-
- Đau bụng (rối loạn tiêu hóa)	-	-	-	-	-	-
- Viêm phế quản	-	-	-	-	-	-

- + Vị trí tổn thương: chủ yếu vùng hở (4/6), tiếp xúc trực tiếp với môi trường cát, bụi, nước.
- + Tổn thương da: ban giống đường hầm đỏ, nổi mụn nước và ngứa.
- + Triệu chứng cơ năng: 6/6 BN ngứa, là triệu chứng đầu tiên, nổi bật nhất.
- + Triệu chứng toàn thân: chưa có biểu hiện.
- + Bệnh da khác: zona: 1, tổ đũa: 1, viêm da thần kinh: 1.

Bảng 3: Kết quả cận lâm sàng.

BN (n = 6)	TRẦN VĂN Đ.	VŨ VĂN G.	NG. VĂN TH.	HOÀNG NGỌC H.	DƯƠNG ĐẮC B.	BẠCH THỊ C.
CẬN LÂM SÀNG						
+ Công thức máu: - Hồng cầu - Huyết sắc tố - Tế bào bạch cầu ái toan	↓ ↓ ↑	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↑	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↓	↓ ↓ ↑
+ Xét nghiệm phân: - Trứng giun đũa - Kết quả khác	++ -	- -	+ -	- -	+ -	+ -
Giải phẫu bệnh lý	Hình ảnh viêm da dị ứng, tăng tế bào bạch cầu ái toan	-	Không đặc hiệu	-	-	Hình ảnh viêm da dị ứng
Bắt ấu trùng	Không kết quả	Không kết quả	Không kết quả	Không kết quả	-	Không kết quả

* Kết quả xét nghiệm cho thấy:

- Máu thường qui: tế bào bạch cầu ái toan tăng nhẹ ở 3/6 BN.
- Xét nghiệm soi phân tươi: trứng giun đũa: 4/6 BN.
- Bắt ấu trùng: không kết quả.
- Giải phẫu bệnh lý: hình ảnh viêm da dị ứng và xâm nhập bạch cầu ái toan: 3/6 BN.

Bảng 4: Kết quả điều trị (n = 6).

BN (n = 6)	TRẦN VĂN Đ.	VŨ VĂN G.	NG. VĂN TH.	HOÀNG NGỌC H.	DƯƠNG ĐẮC B.	BẠCH THỊ C.
ĐIỀU TRỊ						
II. Toàn thân:						
+ Abendazol 400 mg x 3 ngày liên tiếp	+	+	+	+	+	+
+ Kháng histamin	+	+	+	+	+	+
+ Sinh tố B1, C	+	+	+	+	+	+

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
II. Tại chỗ:						
- Permethrin	+	+	-	+	-	+
- Kem abendazol	-	-	+	-	+	-
Kết quả khỏi	+	+	+	+	+	+
Không kết quả	-	-	-	-	-	-

6/6 BN đều khỏi, đáp ứng tốt phác đồ điều trị uống và bôi tại chỗ.

BÀN LUẬN

BN chủ yếu là nam giới (5 BN), đều ở tuổi lao động, có các đặc điểm giống nhau:

- Hoàn cảnh mắc bệnh: có tiếp xúc trực tiếp với môi trường cát, bụi, nước (lái xe vận chuyển cát, công nhân xây dựng, nuôi cá nước ngọt). Biểu hiện lâm sàng với tổn thương ngoài da rất đặc hiệu, ấu trùng di chuyển dưới da, tạo nên ban giống đường hầm ngoằn ngoèo, kèm theo phản ứng dị ứng tại chỗ, đỏ, nổi mụn nước và ngứa.

- Chưa có biểu hiện mối liên hệ tổn thương ở da và toàn thân như: đau bụng, rối loạn tiêu hoá, viêm phế quản, thiếu máu, hay dị ứng mề đay ngứa.

Có thể do chưa gặp BN nào nhiễm ấu trùng ở phủ tạng?

- Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào tổn thương đặc hiệu ở da (ban giống đường hầm, đỏ, nổi mụn nước và ngứa). Các xét nghiệm cận lâm sàng khác đều rất khó khăn và không có ý nghĩa (giải phẫu bệnh lý, tìm bắt ấu trùng).

- Điều trị bệnh hiệu quả với uống abendazol 400 mg x 3 ngày liên tiếp, kết hợp bôi tại chỗ permethrin hoặc hỗn dịch abendazol.

KẾT LUẬN

Ban trườn là bệnh ngoài da do ấu trùng của một số loài giun sán ở động vật xâm nhập bất ngờ vào da và sống tạm thời ở người gây nên. Hoàn cảnh mắc bệnh tiếp xúc trực tiếp với môi trường cát, bụi. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào tổn thương đặc hiệu ở da: ban giống đường hầm ngoằn ngoèo, đỏ, nổi mụn nước và ngứa. Điều trị bằng abendazol kết hợp bôi tại chỗ permethrin hoặc hỗn dịch abendazol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Đào. Creeping disease. Bài giảng cao học da liễu, 1995.
2. Nguyễn Thị Đào. Dermite à Gnathostome. Bài giảng cao học da liễu, 1996.
3. Andrew. Creeping eruption disease of the skin. Andrew's. pp. 503-504.
4. W. Mitchell Sams J. R, M.D. Cutaneous larva migrans in dermatology, p. 182.
5. Thomas P. Habif. Creeping eruption in clinical dermatology, 1996, p. 483.
6. Hautinfektionen durch Wurmer in dermatology und venerology. Lehrbuch und Atlas, 2000, p. 332.

