

VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOÀN DO ANGIOSTRONGYLUS CANTONENSIS: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ ĐỐI CHIẾU Y VĂN

Nguyễn Thị Diễm Chi¹, Tôn Nữ Văn Anh²,
Nguyễn Hữu Sơn¹, Nguyễn Thị Hồng Đức¹

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ gái Việt Nam 12 tuổi chẩn đoán viêm màng não tăng bạch cầu ái toan do *Angiostrongylus cantonensis*. Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và đoan chắc bằng các hiệu giá kháng thể của *Angiostrongylus cantonensis* trong huyết thanh và dịch não tủy.

Từ khóa: Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, *Angiostrongylus cantonensis*

ABSTRACT

EOSINOPHILIC MENINGITIS CAUSED BY ANGIOSTRONGYLUS CANTONENSIS:

A CASE STUDY AND OVERVIEW

Nguyen Thi Diem Chi¹, Ton Nu Van Anh²,
Nguyen Huu Son¹, Nguyen Thi Hong Duc¹

We report a case of a 12-year-old Vietnamese girl diagnosed with eosinophilic meningitis caused by *Angiostrongylus cantonensis*. Diagnosis is based on clinical symptoms and confirmed by *Angiostrongylus cantonensis* antibody titers of serum and cerebrospinal fluid samples.

Key words: eosinophilic meningitis, *Angiostrongylus cantonensis*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Angiostrongylus cantonensis (*A. cantonensis*) là một loại giun tròn thuộc bộ Strongylida, họ Metastrongylidae, là tác nhân phổ biến nhất gây bệnh ở hệ thần kinh trung ương, chủ yếu viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (BCAT) ở người. Người bị nhiễm ấu trùng giun lươn não do ăn phải ốc sên, tôm, cua có ấu trùng hoặc ăn rau sống dính chất nhờn của ốc có ấu trùng, uống nước lã có ấu trùng. Ấu trùng giun lươn vào cơ thể người qua

đường tiêu hóa, chúng xuyên qua thành ruột, theo đường máu đến não hoặc đến các phủ tạng khác.

Ở người, *A. cantonensis* chủ yếu ký sinh ở hệ thần kinh trung ương, có thể gây bệnh cảnh viêm não – màng não [1].

Bệnh đã được thông báo lưu hành ở vùng Viễn Đông, một số đảo ở Thái Bình Dương, Đông Nam Á, Đài Loan, Nhật Bản, Thái Lan. Riêng tại Việt Nam, từ năm 1960, các ca bệnh viêm não - màng

1. Bệnh viện TW Huế

2. Trường Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (Received): 19/9/2019; Ngày phản biện (Revised): 25/9/2019

- Ngày đăng bài (Accepted): 10/10/2019

- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Thị Diễm Chi

- Email: nguyendiemchi@gmail.com; ĐT: 0912 398 499

não do *A. cantonensis* đã được báo cáo, đặc biệt Trịnh Ngọc Phan và cộng sự (1974) đã tìm được bằng chứng loại giun này trên kết quả giải phẫu bệnh. Tuy nhiên bệnh viêm não – màng não do *A. cantonensis* mới chỉ được các thầy thuốc lưu tâm trong 10 năm qua, đến nay mỗi năm khoảng gần 70-100 trường hợp được phát hiện trên phạm vi toàn quốc [3].

Để góp phần tìm hiểu thêm về bệnh viêm não – màng não do *A. cantonensis*, chúng tôi thực hiện đề tài “Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan do *Angiostrongylus cantonensis*: báo cáo một trường hợp và đối chiếu y văn”.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

2.1. Phần hành chính

Họ và tên: Trịnh Ý N.

Tuổi: 12

Giới tính: Nữ

Địa chỉ: Thuận Hóa, Quảng Bình

Ngày vào viện: 23/03/2018

Ngày làm bệnh án: 11/04/2018

2.2. Bệnh sử

2.2.1. Lý do vào viện

Đau đầu nhiều và sốt.

2.2.2. Quá trình bệnh lý

Bệnh khởi phát cách nhập viện 3 ngày với đau đầu đột ngột vùng chẩm và trán nhiều, đau âm ỉ và lan ra đau toàn đầu, kèm sốt nhẹ, sau đó tự đỡ. Ngày tiếp theo trẻ đau đầu đột ngột lại với tính chất như trên kèm buồn nôn, nôn nhiều lần trong ngày, kèm sốt, khám tại Bệnh viện Quảng Bình, điều trị giảm đau, chống nôn và chụp CT sọ não với kết luận chưa phát hiện bất thường, sau đó 1 ngày chuyển vào Bệnh viện Trung ương Huế.

• Tiền sử:

Bản thân:

- Không có chấn thương té ngã gần đây
- Một năm nay trẻ chưa sổ giun, thích ăn đồ

nướng: hàu, cá, mực.

Ghi nhận lúc vào viện:

Mạch: 110 lần/phút, nhiệt: 39⁰ C, huyết áp: 90/50 mmHg, cân nặng: 32 kg.

Trẻ tỉnh táo, đau đầu vùng đỉnh trán, không co giật, dấu cứng cổ âm tính, trương lực cơ bình thường, không có dấu thần kinh khu trú, nôn, buồn nôn 3 lần, chẩn đoán: Đau đầu, theo dõi viêm màng não.

Lúc vào viện: CRP bình thường, điện giải đồ, chức năng thận, soi đáy mắt: bình thường.

Điều trị paracetamol và MgB6.

Từ 24/3-3/4, trẻ còn đau đầu, giảm nôn, buồn nôn khi thay đổi tư thế.

Chẩn đoán viêm màng não mủ, điều trị Vancomycine 60mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch (26/3-3/4) và Rocephin 100mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch (26-2/4), Meropenem 100mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch (3/4-4/4).

MRI sọ não bình thường, tốc độ lắng máu: sau 1h: 35 mm, sau 2h: 57 mm, không có hội chứng nhiễm trùng và hội chứng màng não.

Chẩn đoán viêm não màng não không nhiễm trùng, tìm nguyên nhân do ký sinh trùng (KST) và viêm não tự miễn, chẩn đoán viêm màng não virus. Test nhanh HIV âm tính, xét nghiệm phân chưa tìm thấy KST; ELISA huyết thanh: *Entamoeba histolytica*, *cysticercose*, *schistosoma* sp, *Toxocara*, *Echinococcus* sp, *Fasciola* sp, *S. stercoralis*, *Gnathostoma* sp, *Ancylostoma canium*, *Toxoplasma gondii*, *Paragonimus* sp, *Trichinella spiralis*, *helicobacter pylori* âm tính. ELISA dịch não tủy (DNT): *Entamoeba histolytica*, *cysticercose*, *schistosoma* sp, *Toxocara*, *Echinococcus* sp, *Fasciola* sp, *S. stercoralis*, *Gnathostoma* sp, *Ancylostoma canium*, *Toxoplasma gondii*, *Paragonimus* sp, *Trichinella spiralis*, *helicobacter pylori* âm tính.

		23/3	26/3	31/3	3/4	5/4	6/4	9/4 Bệnh viện Nhiệt đới (BVND)	8/5 BVND	9/5 BVND
DNT	Số bạch cầu /mm ³		468		750	730		361	5	
	Đa nhân (%)		65		10	5		62	40	
	Lympho (%)		35		90	10			60	
	BCAT (%)					nhiều		15	0	
	Lactate (mmol/l)					2,1				
	Protein (g/l)		0,63		0,75	0,73				
	Glucose (mmol/l)				2,2					
	Hiệu giá A. cantonensis							1230		0,631
Hiệu giá huyết thanh	A. cantonensis							1665		1540
Bạch cầu máu ngoại vi	Bạch cầu (k/uL)	5,45		10,84	8,84					
	BCAT (%)	5,1		6,3	8,5					
	Đa nhân (%)	55,5		39	34,6					
	Lympho (%)	29,6		44,2	42,9					
Huyết đồ	BCAT (%)						12%			

Chẩn đoán viêm màng não tăng BCAT do ký sinh trùng A. cantonensis. Điều trị với Albendazol 400mg x 2 lần/ngày uống trong 2-3 tuần, Prednisolone 600mg/ngày trong 2 tuần, dẫn tới thoái lui hoàn toàn các triệu chứng.

III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán viêm màng não tăng BCAT nên luôn được xem xét ở một bệnh nhân có viêm màng não bán cấp, đặc biệt khi có tăng BCAT trong DNT. Viêm màng não tăng BCAT được định nghĩa là khi số lượng BCAT trong DNT trên 10% tổng lượng tế bào, hoặc số lượng BCAT trong DNT > 10/ mm³[5], [8]. Các nguyên nhân chính của viêm màng não tăng BCAT đa số là do nhiễm KST trong DNT (trong số đó nhiễm A. cantonensis và Gnathostoma spp. thường gặp nhất), các rối loạn huyết học hay ung

thư, các phản ứng phụ của thuốc và viêm màng não tăng BCAT tiên phát [8]. A. cantonensis là nguyên nhân chính gây viêm màng não mũ tăng BCAT trên khắp thế giới, nhưng thường gặp nhất ở người sống ở Đông Nam Á và xuyên suốt vịnh Thái Bình Dương [7]. Trường hợp viêm não – màng não do A. cantonensis ở người đầu tiên được phát hiện ở một bé trai tại Đài Loan (Nomura và Lin., 1945), khi đó có 6 con giun trong DNT của bệnh nhân này. Tính đến năm 2000, tổng số hơn 3500 trường hợp viêm màng não tăng BCAT do KST này được báo cáo tại

trên 30 quốc gia trên thế giới [4].

Trẻ này sống ở vùng dịch tễ (Đông Nam Á).

Các tác giả như Bùi Vũ Huy [3], Tseng Y.T. [9] và cộng sự ghi nhận bệnh chủ yếu gặp ở người trưởng thành, người có thói quen ăn rau sống, hiếm gặp ở trẻ nhũ nhi, trẻ dưới 15 tuổi chiếm tỷ lệ 10-24%.

Bệnh nhân của chúng tôi mới 12 tuổi, thích ăn đồ hải sản nướng, có thể chưa được nấu chín kỹ, chưa đủ đảm bảo chất ấu trùng giai đoạn nhiễm.

Bệnh do *A. cantonensis* có thời gian ủ bệnh từ 1-5 tuần hoặc 15-17 ngày (Tsai và cs., 2004) hoặc chỉ 11-13 ngày (Trevor và cs., 2005).

Các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều ghi nhận ở các bệnh nhân viêm não – màng não do *A. cantonensis* các dấu hiệu: sốt với nhiệt độ thất thường và thường dưới 38°C, đau đầu (100%), nôn (85,7%)[3].

Các triệu chứng lâm sàng ở người thường xuất hiện ở người 2-35 ngày sau khi nuốt ấu trùng [7].

Punayagupta và cộng sự xem xét 484 ca viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* được chẩn đoán về lâm sàng ở Thái Lan từ 1965-1968. Đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất, và sốt được ghi nhận trong ít hơn một nửa các bệnh nhân. Kuberski và Wallace xem lại 34 ca được chẩn đoán về lâm sàng viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* xảy ra ở Hawaii từ 1959 đến 1976. Đau đầu vùng trán hay thái dương trầm trọng mà triệu chứng mà đa số bệnh nhân đi khám. Cứng cổ và nôn được quan sát ở 56% bệnh nhân trong các chùm ca bệnh. Sốt (nhiệt độ > 38°C) được ghi nhận ở 41% bệnh nhân [7].

Ở bệnh nhân của chúng tôi có sốt nhẹ, tự đỡ, sau đó sốt trở lại, rồi tự hết, các triệu chứng thần kinh (đau đầu, buồn nôn, nôn) tồn tại dai dẳng.

Đáng chú ý nhất là sự hiện diện của BCAT tăng trong máu ngoại vi và trong DNT. Đây là dấu hiệu đáng lưu ý nhất trong viêm não – màng não do *A. cantonensis* mà các y văn cũng như các nghiên cứu đã đề cập [3]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, trong máu ngoại vi, tỷ lệ BCAT dao động từ 5,1-12%, tỷ lệ

BCAT trong DNT là 15%.

Chẩn đoán xét nghiệm KST *A. cantonensis* dựa vào sự có mặt loại BCAT trong DNT tăng cao, có kèm hay không kèm lympho bào (500-5000 tế bào/mm³, với 20-90% là eosin), nhất là những trường hợp viêm màng não đến muộn, tăng protein và giảm nhẹ glucose trong DNT. Hai yếu tố đóng góp rất quan trọng trong chẩn đoán viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* là tiền sử có ăn các loại vật chủ trung gian nhiễm bệnh chính trong vùng và bằng chứng về kháng nguyên hoặc kháng thể trong huyết thanh và DNT [4].

Chẩn đoán xác định viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* là một thử thách lớn. Nhiễm *A. cantonensis* thường là một chẩn đoán lâm sàng. Bệnh nhân có bệnh sử thường là ở hoặc đến vùng dịch tễ, một bệnh cảnh lâm sàng tương hợp, và tăng BCAT trong DNT nên được xem xét đối với chẩn đoán. Tăng BCAT trong DNT một cách đặc hiệu vượt quá 10% trong hơn 95% trường hợp và thường trong khoảng 20-70%. Ở bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ BCAT trong DNT là 15%. Các tế bào lympho là thành phần tế bào chiếm ưu thế khác, đặc biệt trong giai đoạn hồi phục, như được thấy ở bệnh nhân của chúng tôi. Nồng độ protein DNT thường tăng nhẹ, và nồng độ glucose DNT thường bình thường. Tăng BCAT trong máu ngoại vi đi kèm (>3%) được tìm thấy trong ít nhất 2/3 số bệnh nhân [7]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, trong máu ngoại vi, tỷ lệ BCAT dao động từ 5,1-12%.

Việc không có tổn thương khu trú trên CT hay MRI sọ não giúp phân biệt viêm màng não *A. cantonensis* với các nhiễm giun hệ thần kinh trung ương khác [7]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, MRI sọ não không thấy có tổn thương khu trú.

Chẩn đoán xác định khi chứng tỏ được có giun trong DNT hay các mô khác. Ấu trùng không thường thấy trong mẫu DNT. Vì phát hiện ra giun là không thường gặp, các kỹ thuật miễn dịch đã được phát triển để đoan chắc một chẩn đoán giả định. Một số test huyết thanh dựa trên ELISA đã được sử dụng,

đòi hỏi kháng nguyên chuẩn bị từ ấu trùng hay giun non. Việc phát hiện kháng thể trong huyết thanh được thấy nhạy hơn phát hiện kháng thể trong DNT. Phân tích Western blott cũng được sử dụng để phát hiện kháng thể đối với *A. cantonensis* [7].

Hiệu giá kháng thể huyết thanh của các trường hợp nhiễm *A. cantonensis* bằng phương pháp ELISA được ghi nhận từ 1/400 – 1/6400 tùy thuộc vào từng kit ELISA của các hãng khác nhau [4]. Xét nghiệm ELISA phát hiện được kháng thể kháng *A. cantonensis* trong huyết thanh và/ hoặc DNT với hiệu giá > 1/400 [3].

Trong trường hợp này, trẻ được lấy huyết thanh và DNT chẩn đoán KST, chẩn đoán nhiễm *A. cantonensis* được đoan chắc bằng xét nghiệm ELISA trong DNT và huyết thanh. Ở bệnh nhân của chúng tôi, hiệu giá huyết thanh là 1665, hiệu giá DNT là 1230.

Trẻ được chẩn đoán viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis*.

Về điều trị, Bùi Vũ Huy và cộng sự ghi nhận 14 bệnh nhân viêm não – màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* nghiên cứu đều đáp ứng với điều trị bằng albendazol và/ hoặc Ivermectin kết hợp với methylprednisolone, trong đó 92,9% được điều trị khỏi và 7,1% để lại di chứng, không có bệnh nhân tử vong [3].

Tác giả Trần Mỹ Duyên ghi nhận nếu kết quả ELISA huyết thanh dương tính từ 1/400 trở lên, điều trị bằng albendazole 15 mg/kg/ngày x 10 ngày [2].

Đến thời điểm này, chưa có loại thuốc điều trị nào tỏ ra có hiệu quả chữa khỏi hoàn toàn bệnh viêm màng não do giun *A. cantonensis*, ngay cả các thuốc chống giun sán thông thường cũng không được khuyến cáo là chắc chắn. Một số phác đồ điều trị tỏ ra có hiệu quả phần nào, đặc biệt chú ý di chứng thần kinh sau điều trị vẫn còn đến khi đã xuất viện. Do vậy, quản lý và giám sát điều trị ca bệnh đặc biệt về mặt chăm sóc theo chuyên khoa thần kinh, chú ý tránh các biến chứng nhiễm trùng.

Phác đồ điều trị bằng albendazole, thời gian

trung bình là 14-21 ngày, có hoặc không kèm theo dùng corticoid, nếu có thì rút ngắn thời gian điều trị còn 1 tuần. Kết quả điều trị khoảng chừng 30-45%, song vẫn còn một số dấu chứng thần kinh định vị, rối loạn tri giác, nhức đầu..., có thể thêm thuốc giảm đau, chống phù não... Phác đồ albendazole và prednisolone trong 2 tuần cũng cho hiệu quả và an toàn cao (trên 35 bệnh nhân bị viêm màng não tăng BCAT) [4].

Theo Yu- Ting Tseng và cộng sự (Đài Bắc, Đài Loan), vai trò của điều trị bằng các thuốc trị giun sán và corticoid vẫn còn tranh cãi. Trong nghiên cứu của tác giả này, việc sử dụng một mình corticoid hay cùng với các thuốc trị giun sán không làm giảm thời gian của bệnh. Người ta tin rằng liệu pháp corticoid có thể làm giảm thời gian của đau đầu trong các nghiên cứu đối chứng mù đôi ngẫu nhiên ở Thái Lan [9].

Trong một nghiên cứu khác, Sawanyawisuth và cộng sự và các tác giả khác cho thấy một liệu trình ngắn hơn (1 tuần) corticoid có cùng tác dụng có lợi trong việc làm giảm đau đầu như là liệu trình 2 tuần. Các tác nhân trị giun sán không được khuyến cáo vì khả năng làm nặng thêm triệu chứng do các phản ứng viêm vì ấu trùng chết trong các nghiên cứu biệt lập hay các nghiên cứu nhiễm trùng thực nghiệm. Mặt khác, một thử nghiệm ngẫu nhiên mới đây cho thấy albendazole một mình có thể giảm thời gian đau đầu. Một nghiên cứu lâm sàng quan sát ở Đài loan cũng cho thấy kết quả tốt với albendazole và levamisole trong điều trị trẻ viêm màng não tăng BCAT. Viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn, ví dụ như chọc DNT nhiều lần hay thuốc giảm đau, ở đa số bệnh nhân [9].

Không có liệu pháp đặc hiệu nào được chứng minh cho nhiễm *Angiostrongylus* ở người. Điều trị bao gồm chủ yếu là các biện pháp hỗ trợ nhằm giảm đau đầu và phòng giảm thể tích. Có vài báo cáo trong đó chọc tủy sống lặp lại làm giảm triệu chứng ở các bệnh nhân bị đau đầu dai dẳng do tăng

áp lực nội sọ. Punyagupta và cộng sự so sánh việc sử dụng giảm đau, prednisone (30-60 mg/ngày trong 5 ngày), và kháng sinh (penicillin tĩnh mạch, 2.4-3.6 triệu đơn vị/ngày, hay tetracycline, 2g/ngày) trong điều trị nhiễm *A. cantonensis* cấp. Không có điều trị nào trong số này được thấy có hiệu quả về mặt lâm sàng, dù corticoid không được tiếp tục ngoài giai đoạn nghiên cứu 5 ngày đầu. Trong các trường hợp nhiễm mạn, Pien và Pien khuyến cáo 40-60 mg prednisone/ngày, giảm theo bậc thang trong nhiều tuần đến nhiều tháng, làm giảm các triệu chứng tăng ALNS và giảm phản ứng dị ứng với nhiễm ấu trùng. Không có tác nhân trị giun sán nào đã được đánh giá chính thức về hiệu quả trong điều trị nhiễm giun mạch. Thiabendazole, albendazole, mebendazole, và ivermectin đã không chứng tỏ được có lợi về lâm sàng, và nhiều bệnh nhân xấu hơn trong khi được điều trị với các liệu pháp này vì phản ứng viêm với các kháng nguyên được giải phóng bởi giun chết. Đa số bệnh nhân bị viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* có tiến trình bệnh tự giới hạn và hồi phục hoàn toàn. Ấu trùng di chuyển cuối cùng chết trong DNT, và viêm đi kèm giảm. Một cách đặc trưng có cải thiện tiến triển trong giai đoạn 3-6 tuần, và duy nhất một nhóm nhỏ bệnh nhân có các biểu hiện tồn tại qua nhiều tháng. Trong các ca hiếm gặp, dị cảm, yếu, và các khiếm khuyết nhận thức có thể có, biểu hiện thể mạn của bệnh này. Tử vong ít gặp [7].

Sikawat Thanaviratananich và cộng sự xem lại nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng corticoid so với giả được đối với viêm màng não tăng BCAT, trên 129 bệnh nhân, 63 trong nhóm điều trị, prednisolone 60 mg/ngày, chia làm 3 lần trong 2 tuần và 66 trong nhóm chứng, giả được) ghi nhận corticoid giúp giảm có ý nghĩa đau đầu ở các bệnh nhân bị viêm màng não tăng BCAT, có một chỉ số đau là 4 hay hơn trên một thang điểm tương tự đánh giá bằng mắt [6].

Bệnh nhân của chúng tôi được điều trị với Albendazol 400mg x 2 lần/ngày uống trong 2-3 tuần, Prednisolone 600mg/ngày trong 2 tuần, đáp

ứng với phác đồ điều trị (theo Cochrane 2015) dẫn tới thoái lui hoàn toàn các triệu chứng. Xét nghiệm DNT sau khi kết thúc điều trị cho thấy không còn BCAT và hiệu giá kháng thể âm tính.

Tóm lại, viêm màng não tăng BCAT do *A. cantonensis* là một bệnh tự giới hạn và đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn. Viêm màng não tăng BCAT không thể được loại trừ dù không có sự khởi đầu của tăng bất thường số lượng BCAT trong DNT. Hỏi bệnh sử chi tiết việc tiêu thụ thức ăn, các xét nghiệm, chọc DNT lần 2 là quan trọng để thiết lập một chẩn đoán chính xác [9].

Viêm màng não tăng BCAT chủ yếu xảy ra ở Đông Nam Á và xuyên suốt vùng vịnh Thái Bình dương. Dân ở các vùng này hoặc khách du lịch ăn thức ăn địa phương không nấu chín có nguy cơ mắc bệnh này. Theo các nghiên cứu ở Thái Lan, có khoảng 1000 ca mới mỗi năm, đa số trong lứa tuổi lao động. Thời gian ủ bệnh thay đổi từ 6 đến 31 ngày sau khi ăn. Đau đầu trầm trọng là phần nản chính. Mặc dù đau đầu tự giới hạn, đây là triệu chứng mệt mỏi đối với bệnh nhân. Các dấu hiệu và triệu chứng khác bao gồm cứng và đau cổ, rối loạn thị lực, buồn nôn, nôn, dị cảm (rần rần như kiến bò), và tăng cảm giác (Slom 2003, Tsai 2004). Các dấu hiệu và triệu chứng khác cũng tự giới hạn, dị cảm có thể dai dẳng hàng tuần nhưng giải quyết theo thời gian. Liệt cơ mặt và vận nhãn được báo cáo nhưng nói chung tự giải quyết (Kuberski 1979, Podwall 2004) [6].

Viêm màng não tăng BCAT chủ yếu được điều trị hỗ trợ bằng giảm đau, an thần và chọc DNT để giảm áp lực DNT cao. Các can thiệp này có thể dẫn đến các cải thiện lâm sàng ngoạn mục. Một số báo cáo ghi nhận các tác dụng có lợi với corticoid đối với viêm màng não tăng BCAT (Koo 1988, Reid 1984), trong khi một số nghiên cứu ở Thái Lan cho thấy không có lợi như thế (Chotmongkol 2002, Punyagupta 1975). Mới đây, một thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng ở Thái Lan cho thấy sự hiệu quả và an toàn của corticoid đối với viêm màng não tăng BCAT (Chotmongkol 2004) [6].

Thuốc diệt giun sán là một nhóm thuốc chống ký sinh trùng. Vì các KST chính đối với viêm màng não tăng BCAT là các giun tròn hay nematodes, như mebendazole, albendazole và thiabendazole. Điều trị kháng giun đặc hiệu đơn độc vẫn còn tranh cãi. Một nghiên cứu cho thấy các lợi ích của kết hợp albendazole và corticoid (Chotmongkol 2000). Tuy nhiên, kết quả tương tự với điều trị với một mình corticoid (Chotmongkol 2009). Corticoid hoạt động bằng cách tạo ra một đáp ứng kháng viêm trong cơ thể. Chúng thường được sử dụng để điều trị bệnh viêm như viêm khớp, viêm đại tràng, viêm da và

viêm màng não vi khuẩn. Ấu trùng chết gây ra phản ứng viêm và làm nặng lên các triệu chứng, vì vậy corticoid có thể được sử dụng để điều hòa đáp ứng tự nhiên này. Tuy nhiên, việc sử dụng corticoid có thể gây các tác dụng phụ như tổn thương da, tăng cân, hội chứng Cushing, đục thủy tinh thể, loãng xương, tăng đường máu, xuất huyết tiêu hóa, chậm liền vết thương và tâm thần, ức chế miễn dịch. Đa số các tác dụng phụ là phụ thuộc liều và thời gian sử dụng. Lợi ích của corticoid trong điều trị viêm màng não tăng BCAT vẫn chưa rõ ràng, dù chúng thỉnh thoảng được sử dụng trong thực hành lâm sàng [6].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thanh Dương và cộng sự, *Viện sốt rét ký sinh trùng côn trùng trung ương* (2014), Viêm màng não do giun và biện pháp phòng chống tại cộng đồng.
2. Trần Mỹ Duyên, *Viện sốt rét – ký sinh trùng- côn trùng thành phố Hồ Chí Minh* (2015), Giun lươn.
3. Bùi Vũ Huy và cộng sự (2015), “Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bệnh viêm não – màng não do *Angiostrongylus Cantonensis*”, *Tạp chí nghiên cứu y học* 96(4).
4. Huỳnh Hồng Quang, *Viện sốt rét ký sinh trùng côn trùng Quy Nhơn* (2008), *Angiostrongylus cantonensis* ký sinh và gây bệnh trong hệ thần kinh trung ương.
5. Alessandra Loureiro Morassutti et al. (2014), Eosinophilic meningitis caused by *Angiostrongylus cantonensis*: an emergent disease in Brazil, *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro 109(4): 399-407.
6. Sikawat Thanaviratananich và cs (2015), Corticosteroids for parasitic eosinophilic meningitis, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2.
7. Vincent Lo Re III and Stephen J. Gluckman (2001), Eosinophilic Meningitis due to *Angiostrongylus cantonensis* in a returned traveler: case report and review of the literature, *Clinical Infectious Diseases* 33: e112-5.
8. Yann Nguyen et al. (2017), Autochthonous case of eosinophilic meningitis caused by *Angiostrongylus cantonensis*, France, 2016, *Emerging Infectious Diseases* 23(6), 1045-1046.
9. Yu-Ting Tseng và cộng sự (2011), “Clinical manifestations of eosinophilic meningitis caused by *Angiostrongylus cantonensis*: 18 year’s experience in a medical center in southern Taiwan”, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 44, 382-389.