

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 1574/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 17 tháng 06 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng
bệnh ấu trùng giun đầu gai**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20/6/2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung hướng dẫn chẩn đoán, điều trị một số bệnh ký sinh trùng được thành lập theo Quyết định số 5244/QĐ-BYT ngày 11/11/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh- Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh ấu trùng giun đầu gai thay thế “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh ấu trùng giun đầu gai” ban hành kèm theo Quyết định số 2157/QĐ-BYT ngày 25/5/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh ấu trùng giun đầu gai áp dụng cho tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh Nhà nước và tư nhân trên cả nước.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các Ông/Bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Viện trưởng các Viện: Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Trung ương, Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Quy Nhơn, Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Tp Hồ Chí Minh; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /.

Nơi nhận:

- Như điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT; KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH ẬU TRÙNG GIUN ĐẦU GAI

*(Ban hành theo quyết định số: 1574 /QĐ-BYT ngày 17 tháng 06 năm 2022
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh giun đầu gai ở người gây ra bởi nhiều loài giun tròn ký sinh giống *Gnathostoma* thuộc lớp giun tròn nhưng đầu có gai nên gọi là “giun đầu gai”. Bệnh phát hiện chủ yếu tại vùng Đông Nam châu Á, ngoài ra bệnh cũng có thể tìm thấy ở các vùng khác của châu Á, Trung và Nam Mỹ, một số vùng ở châu Phi. Người bị bệnh do ăn sống hoặc chưa được nấu chín cá nước ngọt, lươn, ếch, chim và bò sát... *Cyclops* có chứa ấu trùng.

Triệu chứng hay gặp ở người là vết sưng phồng ngoài da di chuyển từng đợt và tăng bạch cầu ái toan trong máu. Ở một số ít trường hợp khác, ký sinh trùng có thể chui vào các cơ quan như gan, mắt, não, tủy sống và gây ra các triệu chứng liên quan như giảm thị lực, mù, đau dây thần kinh, liệt, hôn mê và có thể dẫn đến tử vong.

1.1. Tác nhân

Hiện có ít nhất 5 loài *Gnathostoma* spp. được chứng minh gây bệnh cho người gồm *G. spinigerum*, *G. hispidum*, *G. doloresi*, *G. nipponicum* và *G. binucleatum*. Ở Việt Nam, phần lớn các trường hợp bệnh được phát hiện là do *Gnathostoma spinigerum*.

1.2. Nguồn bệnh

Nguồn bệnh chính là các loại chó, mèo nhiễm giun *Gnathostoma spinigerum*. Ngoài ra, một số động vật khác như lươn, cá nước ngọt, ếch nhái, chim, rắn có thể mang ấu trùng của loài giun này.

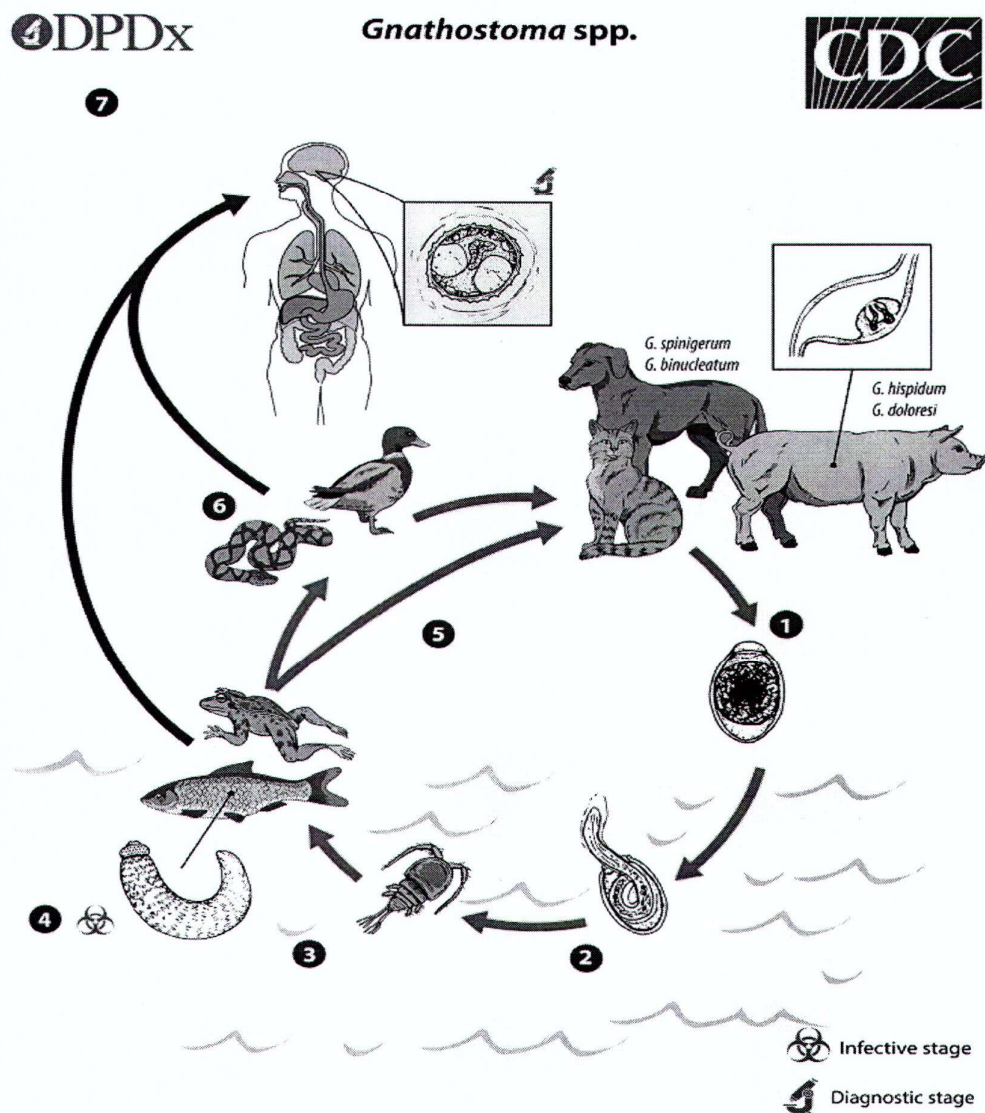
1.3. Tính cảm nhiễm và miễn dịch

Tất cả mọi người, cả hai giới đều có khả năng nhiễm ấu trùng này và dễ bị tái nhiễm nếu sống trong vùng dịch tễ có bệnh lưu hành.

1.4. Phương thức lây truyền

Người mắc bệnh do ăn phải *Cyclops*, cá, lươn, ếch, rắn.. hay thịt chưa nấu chín của các loài động vật chứa ấu trùng.

1.5. Chu kỳ phát triển của giun *Gnathostoma spinigerum*



Hình 1. Chu kỳ phát triển giun *Gnathostoma* spp. (Nguồn US-CDC, 2019)

- (1). Ở vật chủ chính, giun trưởng thành sống ở thành dạ dày, đẻ trứng và trứng ra ngoài theo phân.
- (2). Trứng hình thành phôi và giải phóng ấu trùng giai đoạn 1 (L1) trong môi trường nước.
- (3). Bị nuốt bởi loài giáp xác Cyclops (vật chủ trung gian thứ 1), ấu trùng phát triển từ L1 thành giai đoạn 3 sớm (EL3).
- (4). Khi loài giáp xác bị nuốt bởi cá, ếch, rắn (vật chủ trung gian thứ 2), ấu trùng EL3 di chuyển đến mô cơ và phát triển thành giai đoạn 3 hoàn chỉnh (AL3).

(5). Vật chủ trung gian thứ 2 bị vật chủ chính nuốt, ấu trùng AL3 phát triển thành giun trưởng thành ở dạ dày.

(6). Ở một số vật chủ mang, ấu trùng giữ nguyên trạng thái AL3 và tính lây nhiễm.

(7). Người bị bệnh khi ăn phải thịt chưa chín kỹ của các động vật có chứa ấu trùng giai đoạn 3 (AL3).

2. LÂM SÀNG

Sau 2-4 tuần kể từ khi nhiễm ấu trùng *Gnathostoma* spp., người bệnh có thể xuất hiện các triệu chứng như sốt, mệt mỏi, ăn kém, buồn nôn và nôn, tiêu chảy, đau bụng không rõ ràng. Sau đó ấu trùng di chuyển và gây ra các thể lâm sàng tương ứng.

2.1. Thể ở da và mô mềm

- Tổn thương da có thể gặp ở dạng một nốt, mụn nhỏ, một khối phù nề giới hạn không rõ; có sưng, nóng, đỏ, đau.

- Phù cục bộ: Tại vị trí tổn thương, có tính di chuyển dưới da, từng đợt do chuyển động của ấu trùng.

- Ngứa, mề đay: Tính chất mạn tính, chủ yếu tại vị trí tổn thương.

- Ấu trùng di chuyển có thể gặp khắp nơi trong cơ thể bệnh nhân gồm chi trên, vùng thắt lưng, chi dưới, mặt vai cổ, vùng bụng và ngực, lưng và mông.

2.2. Thể thần kinh

Tùy vào số lượng ấu trùng và vị trí gây tổn thương, thể thần kinh gồm các mức độ tổn thương như viêm tủy rễ thần kinh, viêm não-tủy rễ thần kinh, viêm não- màng não; các hội chứng thường gặp như sau:

- Hội chứng màng não: Cứng gáy, sợ ánh sáng, tăng áp lực nội sọ.

- Hội chứng viêm não: Rối loạn tri giác, yếu/liệt nửa người.

- Có trường hợp gây hôn mê kéo dài.

2.3. Thể nội tạng và cơ quan khác hiếm gặp

Khi ấu trùng di chuyển vào các nội tạng như gan, phổi gây các biểu hiện lâm sàng tương ứng:

- Thể tiêu hóa: Khi ấu trùng di chuyển đến thành dạ dày- ruột thì bệnh nhân có thể có cảm giác khó chịu, sốt, nổi mề đay, chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau thượng vị hay hạ sườn phải nếu ấu trùng di chuyển đến gan;

- Thể phổi: Bệnh nhân có biểu hiện ho, đau ngực do viêm màng phổi, khó thở, tràn khí màng phổi, tràn dịch-tràn khí màng phổi, ho ra máu, ho ra ấu trùng;

- Thể tiết niệu, sinh dục: Tiểu ra máu, đôi khi ấu trùng chui vào tử cung;

- Ở mắt: Ấu trùng chui vào mắt rất hiếm, *Gnathostoma* spp. có thể xâm nhập trực tiếp vào mắt gây viêm màng bồ đào, viêm mống mắt, teo mống mắt, xuất huyết,

tăng áp lực nhãn cầu, sẹo võng mạc, rối loạn thị giác, giảm thị lực, đau, sợ ánh sáng và mù;

- Ở tai: Do ấu trùng *Gnathostoma* spp. di chuyển chui vào hốc tai, hốc mũi, có thể gây tổn thương cơ quan tiền đình-ốc tai làm đau tai, giảm thính lực hoặc ù tai.

3. CẬN LÂM SÀNG

3.1. Xét nghiệm

- ELISA: phát hiện có kháng thể IgG trong huyết thanh người bệnh kháng với kháng nguyên của *Gnathostoma* spp.

- Công thức máu: thường thấy bạch cầu toàn phần tăng, tỷ lệ bạch cầu ái toan trong máu tăng cao (có thể > 50%).

- Xét nghiệm IgE toàn phần trong máu thường tăng.

- Xét nghiệm phân: tìm các ký sinh trùng khác để chẩn đoán loại trừ.

- Sinh thiết tổ chức: xác định mô bệnh học của tổn thương do ấu trùng giun đầu gai gây ra.

- Soi trực tiếp: xác định được ấu trùng giun đầu gai bằng định loại hình thái.

- Các kỹ thuật sinh học phân tử như PCR, RFLP, giải trình tự gen để định loài.

3.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp Xquang phổi: có hình ảnh tổn thương nhu mô phổi, các vết thâm nhiễm phổi.

- Chụp CT Scanner: có hình ảnh thay đổi tỷ trọng tương ứng với vùng tổn thương.

- Chụp MRI các cơ quan nghi tổn thương: phát hiện thay đổi tín hiệu tương ứng các vùng tổn thương.

- Siêu âm ổ bụng, siêu âm đầu dò nông: phát hiện tổn thương các tạng trong ổ bụng hoặc phần mềm dưới da.

- Soi đáy mắt: phát hiện hình ảnh viêm hắc mạc, xuất huyết võng mạc, nốt ở mống mắt màu xám nhạt, thậm chí hình ảnh ấu trùng trong tiền phòng kèm chảy máu.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

Bệnh nhân sống trong vùng dịch tễ có bệnh ấu trùng giun đầu gai lưu hành, ăn các món ăn có nguy cơ nhiễm ấu trùng và có các bệnh cảnh lâm sàng.

4.2. Trường hợp bệnh xác định

Là trường hợp bệnh nghi ngờ và có kèm theo các xét nghiệm sau:

- Soi trực tiếp tìm thấy ấu trùng *Gnathostoma* spp. ở các vị trí tổn thương, hoặc

- Xét nghiệm ELISA phát hiện kháng thể IgM/IgG kháng ấu trùng *Gnathostoma* spp. dương tính, hoặc/và:

+ Bạch cầu ái toan tăng cao và/hoặc chỉ số IgE toàn phần tăng.

+ Chẩn đoán hình ảnh: phát hiện các hình ảnh tổn thương ở nội tạng, mô tương ứng gợi ý thương tổn do ấu trùng.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh giun lươn *S. stercoralis*, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan do giun *A. cantonensis*, ký sinh trùng ở hệ thần kinh trung ương.

- Ấu trùng giun đũa chó/mèo.

- Viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc.

- Sán lá gan lớn, ấu trùng sán dây lợn.

- Nhiễm các loại giun đường ruột khác.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị thuốc đặc hiệu phối hợp với điều trị triệu chứng.

5.2. Điều trị đặc hiệu

Sử dụng một trong các thuốc theo thứ tự ưu tiên như sau:

5.2.1. Phác đồ 1: albendazole (viên nén 200mg và 400mg)

a) Liều dùng

- Người lớn: 800mg/ngày, chia 2 lần/ngày x 21 ngày.

- Trẻ em > 1 tuổi: 10–15mg/kg/ngày (tối đa 800mg/ngày), chia 2 lần/ngày x 21 ngày.

b) Điều trị theo thể bệnh

- Đối với bệnh giun đầu gai thể mắt và thần kinh khuyến cáo không nên điều trị bằng albendazole, lí do vì có thể làm tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tăng nặng. Điều trị triệu chứng và cân nhắc sử dụng corticosteroid.

c) Chống chỉ định của albendazole

- Người có tiền sử quá mẫn với benzimidazole.

- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

- Trẻ em < 1 tuổi.

- Người có tiền sử nhiễm độc tủy xương.

d) Lưu ý

- Thận trọng khi dùng albendazole với người suy gan, suy thận.

- Các tác dụng không mong muốn của albendazole, trong đó có giảm bạch cầu hạt, mất bạch cầu hạt, giảm các loại huyết cầu và ảnh hưởng chức năng gan khi dùng kéo dài. Do đó, cần làm xét nghiệm công thức máu và chức năng gan (các transaminase) khi bắt đầu mỗi chu kỳ điều trị và ít nhất 2 tuần một lần trong khi điều trị. Nếu enzyme gan tăng nhiều, nên ngừng dùng albendazol. Sau đó có thể tiếp tục điều trị nếu enzyme gan trở về mức trước khi điều trị, nhưng cần xét nghiệm thường xuyên hơn khi tái điều trị.

5.2.2. **Phác đồ 2:** ivermectin (viên nén 6mg)

a) Liều dùng

- Người lớn và trẻ em ≥ 5 tuổi: 0,2mg/kg x 01 liều/ ngày x 2 ngày

b) Điều trị theo thể bệnh

- Đối với bệnh giun đầu gai thể mắt và thần kinh khuyến cáo không nên điều trị ivermectin, lí do vì có thể làm tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tăng nặng. Điều trị triệu chứng và cân nhắc sử dụng corticosteroid.

c) Chống chỉ định của ivermectin

- Bệnh nhân mẫn cảm với bất cứ thành phần nào của thuốc.
- Bệnh nhân mắc các bệnh có kèm rối loạn hàng rào máu não.
- Trẻ em < 5 tuổi.
- Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu.

d) Thận trọng: khi dùng cho người lái xe hoặc vận hành máy móc.

5.2.3. **Phác đồ 3:** thiabendazole (viên nén 500 mg)

a) Liều dùng: 2 lần/ngày x 7 ngày, theo cân nặng bệnh nhân (xem bảng)

b) Điều trị theo thể bệnh: áp dụng với thể nội tạng và thể thông thường.

Cân nặng (kg)	Liều dùng		Một số lưu ý
	Giờ 0	Giờ thứ 12	
13.60 - < 22.6	250mg	250mg	- Không điều trị quá 7 ngày. - Không dùng vượt 3000mg/ ngày.
22.6 - < 34.0	500mg	500mg	
34.0 - < 45.0	750mg	750mg	
45.0 - < 56.0	1.000mg	1.000mg	
56.0 - < 68.0	1.250mg	1.250mg	
≥ 68.0	1.500mg	1.500mg	

c) Chống chỉ định: quá mẫn với các thành phần của thuốc.

d) Thận trọng

- Người bị suy gan, suy thận;
- Phụ nữ có thai 3 tháng đầu và đang cho con bú;
- Không dùng thuốc khi vận hành máy móc, lái tàu, xe;
- Trẻ em dưới 12 tháng tuổi hoặc trọng lượng cơ thể dưới 13,6 kg.

5.3. Điều trị triệu chứng

Tùy theo triệu chứng lâm sàng để chỉ định các thuốc điều trị phù hợp:

- Ngứa, mề đay: sử dụng thuốc kháng histamin cho đến khi hết triệu chứng.
- Sốt: khi bệnh nhân sốt, phối hợp biện pháp hạ sốt cơ học và thuốc hạ sốt.
- Thuốc hỗ trợ: men tiêu hóa, vitamin tổng hợp, bổ gan.
- Thở mất và thể thần kinh: cho bệnh nhân đi khám chuyên khoa phù hợp để có hướng điều trị phối hợp. Cân nhắc sử dụng corticoid.

5.4. Điều trị ngoại khoa

Trong trường hợp bệnh ấu trùng di chuyển dưới da, mô mềm sát ngoài da, ở mắt có thể có chỉ định ngoại khoa tùy theo từng ca bệnh.

5.5. Theo dõi sau điều trị

Bệnh nhân cần được theo dõi, tái khám trong vòng 6 tháng tại các thời điểm 1 – 3 – 6 tháng sau lần điều trị đầu tiên, để phòng hiện tượng tái phát.

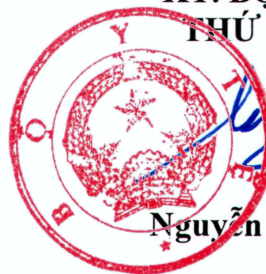
6. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH

- Các triệu chứng lâm sàng giảm hoặc hết sau điều trị.
- Xét nghiệm ELISA có hiệu giá kháng thể giảm hoặc trở về âm tính.
- Tỷ lệ bạch cầu ái toan, IgE toàn phần giảm hoặc trở về giá trị bình thường.

7. PHÒNG BỆNH

Tuyên truyền, giáo dục, cảnh báo trong nhân dân về các món ăn có nguy cơ nhiễm bệnh, không ăn các thức ăn thủy hải sản tái/chưa chín (cá, ếch, nhái, tôm), sử dụng nguồn nước hợp vệ sinh, không uống nước lã dễ có *Cyclops*.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Trường Sơn