

BÁO CÁO CA BỆNH HẠ NATRI MÁU DO NHIỄM GIUN LƯƠN Ở BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN DO THUỐC

Nông Thùy Linh[✉], Nguyễn Thị Thanh Hương

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Hạ Natri máu do hội chứng tiết hormon chống bài niệu không phù hợp (SIADH) liên quan đến nhiễm giun lươn là trường hợp hiếm gặp. Cơ chế gây bệnh chưa rõ ràng. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 51 tuổi vào viện vì buồn nôn, mệt mỏi. Qua khám lâm sàng, xét nghiệm, chúng tôi phát hiện bệnh nhân hạ natri máu nặng do hội chứng SIADH. Tìm các nguyên nhân gây bệnh, xét nghiệm phân và máu cho kết quả bệnh nhân nhiễm giun lươn. Điều trị giun lươn giúp cải thiện tình trạng hạ natri máu.

Từ khóa: Giun lươn, hạ natri máu, SIADH.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ natri máu là rối loạn điện giải hay gặp trên lâm sàng, phức tạp trong chẩn đoán nguyên nhân và điều trị. Căn nguyên gây hạ natri máu rất phong phú tuy nhiên hội chứng tiết hormon chống bài niệu không thích hợp (SIADH) là một nguyên nhân rất hay gặp và giun lươn là một trong các tác nhân hiếm gặp gây ra hội chứng này.

Bệnh giun lươn là bệnh nhiễm kí sinh trùng mạn tính do *Strongyloides stercoralis*. Trên thế giới có khoảng 30 - 100 triệu người bị nhiễm bệnh chủ yếu ở các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Nguy cơ nhiễm trùng liên quan đến vấn đề vệ sinh, thông qua tiếp xúc trực tiếp với đất bị ô nhiễm trong các hoạt động nông nghiệp, gia đình và vui chơi. Nhiễm trùng có thể trở nên nghiêm trọng và đe dọa tính mạng nếu bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nhiễm giun lươn và suy thượng thận do thuốc liên quan đến hội chứng tiết hormon chống bài niệu không phù hợp (SIADH).

Tác giả liên hệ: Nông Thùy Linh

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: thuylinhcb300394@gmail.com

Ngày nhận: 20/09/2024

Ngày được chấp nhận: 17/10/2024

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 51 tuổi, tiền sử gút tự điều trị thuốc tại nhà không rõ loại. Cách vào viện 3 tuần, bệnh nhân xuất hiện mệt mỏi, ăn kém, ho khan về đêm, không đau ngực, không sốt, không nôn. Bệnh nhân đã đến phòng khám hô hấp, tiêu hoá, nội tiết của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chụp cắt lớp vi tính ngực có hình ảnh vôi rải xơ thùy giữa hai phổi, nội soi dạ dày kết quả viêm cấp dạ dày, hành tá tràng, xét nghiệm cortisol 37,5 nmol/l, ACTH < 1,5 pg/mL, Natri máu 126 mmol/l, HbA1c: 7,6%, Bạch cầu: 12,09 G/L, bạch cầu ưa acid trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm thanh quản cấp- Viêm dạ dày, hành tá tràng - Đái tháo đường typ 2 - Hạ natri máu nhẹ theo dõi do chế độ ăn, kê đơn thuốc ngoại trú. Sau 1 tuần, bệnh nhân vẫn mệt mỏi, ăn kém, nôn thức ăn, đau bụng thượng vị, không tiêu chảy, nhập viện Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam chẩn đoán lồng ruột, đã được tiến hành tháo lồng, bệnh nhân đỡ đau bụng, ra viện, tái khám Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sau 2 tuần trong tình trạng vẫn mệt nhiều, buồn nôn, không nôn, ăn kém, xét nghiệm Natri máu 118 mmol/l, được chỉ định nhập viện điều trị tuy nhiên cortisol tại thời điểm nhập viện là 448, ACTH là 20,1, kiểu hình Cushing không rõ, phù nhẹ 2 chân. Vì vậy chúng tôi đã điều

trị theo hướng suy thượng thận do thuốc bằng Hydrocortison tiêm tĩnh mạch và truyền NaCl 0,9%, tuy nhiên sau 6h Natri máu có xu hướng giảm xuống 112, bệnh nhân vẫn mệt và ăn uống kém, không nôn. Chúng tôi quyết định truyền NaCl 3% và giảm liều Hydrocortison, natri máu có xu hướng tăng lên 127. Tuy nhiên, triệu chứng bệnh nhân không cải thiện và khi dừng NaCl 3%, natri máu bệnh nhân giảm rất nhanh xuống 112.

Bên cạnh đó, kết quả xét nghiệm về albumin chỉ có 20,6 g/L, protein 38,4 g/L, áp lực thẩm thấu máu giảm 251 mOsmol/kg, áp lực thẩm thấu niệu: 417 mOsmol/kg. Tuy bệnh nhân có

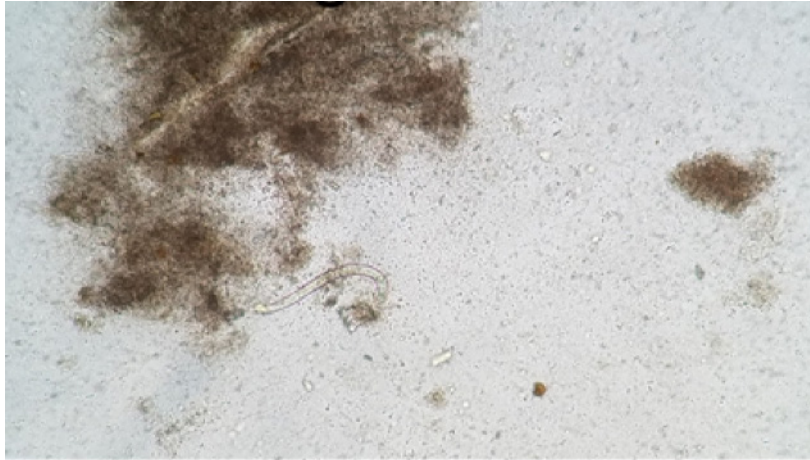
biểu hiện phù nhẹ 2 chi dưới nhưng các thăm dò không hướng đến suy gan và suy tim hay hội chứng thận hư, xét nghiệm chức năng tuyến giáp bình thường. Chúng tôi đã tích cực điều trị bệnh nhân theo hướng suy thượng thận do thuốc tuy nhiên natri máu bệnh nhân không cải thiện. Loại trừ các nguyên nhân gây hạ natri máu phổ biến trên, chúng tôi hướng đến SIADH. Vì vậy, bệnh nhân được dặn hạn chế dịch vào, theo dõi dịch vào ra hàng ngày. Tuy nhiên, bệnh nhân không tuân thủ, dịch vào luôn nhiều hơn dịch ra, chúng tôi vẫn duy trì truyền NaCl 3% cho bệnh nhân. Vấn đề các bác sĩ phải tìm đó là nguyên nhân gây SIADH.

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm của bệnh nhân

Xét nghiệm	Kết quả	Giá trị tham chiếu	Đơn vị
Natri máu	118	136 – 145	mmol/L
Natri niệu	37	26,6 – 146,6	mmol/L
Glucose	8,8	4,1 – 5,8	mmol/L
HbA1c	7,6	4,8 – 5,9	%
Cortisol	448	133 – 537	nmol/L
ACTH	20,1	7,2 – 63,3	pg/mL
FT4	14,8	12 – 22	pmol/L
TSH	1,04	0,27 – 4,2	mIU/ml
Albumin	20,6	35 – 52	g/L
Protein	38,4	64 – 83	g/L
Calci toàn phần	1,7	2,15 – 2,5	mmol/L
25OH Vitamin D3	10,5	30 – 50	ng/mL
Áp lực thẩm thấu máu	251	280 – 296	mOsmol/kgH2O
Áp lực thẩm thấu niệu	417	300 – 900	mOsmol/kgH2O

Nhận thấy các triệu chứng tiêu hóa của bệnh nhân khá rõ ràng trên tiền sử dụng thuốc giảm đau không rõ loại khả năng có chứa thành phần corticoid, chúng tôi đã xét nghiệm tìm

giun lươn, kết quả kháng thể kháng giun lươn dương tính và phân có hình ảnh giun lươn số lượng nhiều.



Hình 1. Hình ảnh giun lươn dưới kính hiển vi trong bệnh phẩm phân

Chúng tôi đã hội chẩn các bác sĩ truyền nhiễm và tiến hành điều trị giun lươn ngay bằng Ivermectin 12mg, kết hợp điều trị hậu quả của nhiễm giun lươn như giảm albumin, giảm calci và thiếu vitamin D. Sau 8 ngày điều trị, natri máu đã tăng lên 134 mmol/l mặc dù không truyền NaCl 3%, bệnh nhân đỡ mệt, không buồn nôn, ăn uống được, đỡ phù, xét nghiệm phân giun lươn âm tính và xuất viện, duy trì thêm Ivermectin 2 tuần. Sau đó, bệnh nhân đã tái khám ngoại trú: các triệu chứng lâm sàng cải thiện rất tốt, bệnh nhân ăn uống được, không buồn nôn, không đau bụng, hết phù 2 chân, Natri máu là 142 mmol/l, soi giun lươn trong phân âm tính.

III. BÀN LUẬN

Hạ natri máu là một rối loạn cân bằng nước phổ biến thường gây thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Arginine vasopressin (hormone chống bài niệu) đóng vai trò trung tâm trong quá trình sinh bệnh của hạ natri máu. SIADH là hội chứng tiết hormone chống bài niệu không thích hợp phát hiện bởi William Schwartz và Frederic Bartter vào năm 1967, khi đó bài tiết nước bị suy yếu dẫn đến hạ natri máu với tăng thể tích máu hoặc bình thể tích máu, là nguyên nhân thường gặp

gây hạ natri máu tuy nhiên là một chẩn đoán loại trừ. Nguyên nhân gây hội chứng này rất phong phú như các rối loạn hệ thần kinh trung ương (đột quy, xuất huyết, nhiễm trùng, chấn thương, loạn thần), bệnh ác tính (ung thư phổi tế bào nhỏ, ung thư đầu, cổ), phẫu thuật, viêm phổi, suy giáp, suy thận, nhiễm HIV, do thuốc. Bệnh nhân của chúng tôi không có biểu hiện đột quy, không có u phổi, không có tình trạng nhiễm trùng khi xét nghiệm CRPhs chỉ có giá trị 1,36 mg/dL, xét nghiệm TSH, FT4 bình thường, HIV âm tính và các loại thuốc trước khi bệnh nhân có sử dụng trước khi đến gặp chúng tôi là không rõ ràng.

Ở bệnh nhân này, nguyên nhân gây SIADH có thể do nhiễm giun lươn. SIADH có liên quan đến bệnh giun lươn toàn thân, cơ chế chưa rõ ràng, có thể do thâm nhiễm kẽ phổi làm các mô phổi giải phóng ADH hoặc chất giống ADH hoặc do chán ăn, do nhiễm trùng mạn tính.^{1,2} Bệnh nhân của chúng tôi có thể có thâm nhiễm phổi và chán ăn, ăn kém khi đi khám cách 2 tuần vì ho khan, chụp cắt lớp chỉ thấy hình ảnh vài dải xơ hai phổi.

Chẩn đoán xác định bệnh giun lươn thường được thực hiện khi quan sát trực tiếp ấu trùng trong phân hoặc trong các mẫu bệnh phẩm như dịch hút tá tràng hoặc hồng tràng

và/hoặc sinh thiết lấy qua nội soi. Chẩn đoán cũng có thể được thực hiện bằng xét nghiệm huyết thanh. Trong bệnh giun lươn lan tỏa, ấu trùng dạng sợi cũng có thể được tìm thấy trong đờm, dịch màng phổi và phúc mạc, và dịch rửa phế nang phế quản.³⁻⁵ Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán giun lươn bằng xét nghiệm phân và xét nghiệm huyết thanh đều dương tính.

Hiện nay các thuốc thường được sử dụng điều trị bệnh giun lươn gồm: Ivermectin 150 - 200 µg/kg/ngày, albendazol 10 - 15 mg/kg/ngày và thiabendazol 50 mg/kg/ngày. Uống cho đến khi xét nghiệm phân và hoặc đờm không còn thấy ấu trùng giun lươn, có thể điều trị trong vòng 2 tuần. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, các bác sĩ đã lựa chọn điều trị bằng Ivermectin 12 mg/ngày. Điều này đã mang lại hiệu quả khi sau 5 ngày điều trị, bệnh nhân đỡ mệt, ăn uống tốt hơn, không đau bụng, chỉ số AST, ALT tăng nhẹ và xét nghiệm giun lươn trong phân 3 mẫu trong 3 ngày liên tiếp đã âm tính. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng kết hợp điều trị hậu quả do chán ăn, ăn kém mà giun lươn gây nên như truyền albumin, bù calci và vitamin D đường uống.

Bệnh nhân làm nghề lái xe chở vật liệu xây dựng và sinh sống tại vùng nông thôn, tỉnh Hà Nam. Không rõ cơ chế giun lươn xâm nhập nhưng khả năng do tiếp xúc với đất và cát khi làm việc. Nhiễm giun lươn trên bệnh nhân này đã tiến triển nặng và gây biến chứng có thể do cơ địa suy giảm miễn dịch vì mắc đái tháo đường và sử dụng corticoid.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh giun lươn hay gặp ở vùng khí hậu nhiệt đới tuy nhiên bệnh đang dần bị lãng quên. Thách thức trong chẩn đoán và điều trị do bệnh cảnh lâm sàng phong phú và triệu chứng không đặc hiệu. Các bác sĩ nên nghi ngờ ca bệnh nếu bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa, hô hấp không rõ ràng khi mà các nguyên nhân phổ biến khác gây hạn natri máu đã được loại trừ trên nền bệnh nhân có nguy cơ suy giảm miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reddy TS, Myers JW. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone and nonpalpable purpura in a woman with *Strongyloides stercoralis* hyperinfection. *Am J Med Sci.* 2003; 325: 288–91.
2. Hayashi E, Ohta N, Yamamoto H. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with strongyloidiasis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2007; 38: 239-46.
3. Eveland LK, Kenney M, Yermakov V. Laboratory diagnosis of autoinfection in strongyloidiasis. *Am J Clin Pathol.* 1975; 63: 421..
4. Schainberg L, Scheinberg MA. Recovery of *Strongyloides stercoralis* by bronchoalveolar lavage in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med.* 1989;87:486.
5. Smith B, Verghese A, Guiterrez C, Dralle W, Berk SL. Pulmonary strongyloidiasis. Diagnosis by sputum gram stain. *Am J Med.* 1985; 79: 663.

Summary

CASE REPORT OF HYPONATREMIA DUE TO *STRONGYLOIDES STERCORALIS* INFECTION IN A PATIENT WITH DRUG-INDUCED ADRENALINE FAILURE

Hyponatremia due to syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) associated with Strongyloidiasis is a rare condition. The pathogenesis is unclear. In this article, we report the case of a 51-year-old male patient admitted to the hospital with nausea and fatigue. Through clinical examination and laboratory tests, we found that the patient had severe hyponatremia due to SIADH. To investigate the origin of the disease, stool and blood were tested and results showed that the patient was infected with Strongyloidiasis. Treatment of Strongyloidiasis improves hyponatremia.

Keywords: Strongyloidiasis, hyponatremia, SIADH.