

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
HỌC VIỆN QUÂN Y**

BỘ QUỐC PHÒNG

NGUYỄN KHẮC LỰC

**NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHIỄM SÁN
LÁ GAN LỚN (*FASCIOLA* SPP) VÀ HIỆU QUẢ BIỆN PHÁP
CAN THIỆP TẠI HUYỆN ĐẠI LỘC – QUẢNG NAM**

Chuyên ngành : Kí sinh trùng

Mã số: 62 72 65 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội - 2010

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y

Người hướng dẫn khoa học :

1. PGS.TS Lê Khánh Thuận
2. TS. Nguyễn Ngọc San

Phản biện 1: GS.TSKH Nguyễn Thị Lê

Phản biện 2: PGS.TS Nguyễn Xuân Thao

Phản biện 3: PGS.TS Phạm Văn Thân

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án tiến sĩ cấp Nhà nước tại Học viện Quân y

Vào hồi 8 giờ 30 ngày 06 tháng 6 năm 2010.

Có thể tìm luận án tại :

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Học viện Quân y

DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

- 1. Nguyễn Khắc Lực, Đặng Thị Cẩm Thạch, Tô Mười và CS (2008).** “Nhiễm sán lá gan lớn ở Huyện Đại Lộc – Quảng Nam và hiệu quả biện pháp truyền thông trong phòng chống bệnh tại cộng đồng (2006-2007)”. *Tạp chí y dược học quân sự*, (2), tr. 71-74.
- 2. Nguyễn Khắc Lực, Nguyễn Văn Văn (2008).** “Một số đặc điểm dịch tễ , lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân sán lá gan lớn tại bệnh viện đa khoa khu vực miền núi phía Bắc tỉnh Quảng Nam giai đoạn 2004- 2008”. *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, (3), tr. 81 – 85.
- 3. Nguyễn Khắc Lực, Hoàng Vũ Hùng, Nguyễn Ngọc San (2009).** “Theo dõi một số chỉ số xét nghiệm trong điều trị bệnh sán lá gan lớn bằng Triclabendazole ở hai liều điều trị 10mg/kg và 20mg/kg cân nặng, tại bệnh viện đa khoa khu vực miền núi phía Bắc Quảng Nam”. *Tạp chí y dược học quân sự*, (9), tr. 56 - 62.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sán lá gan lớn (SLGL) là ký sinh trùng thường gây bệnh ở gan của các động vật ăn cỏ như trâu, bò, dê, cừu... và ở người.

Bệnh SLGL là bệnh ký sinh trùng (KST) truyền qua đường thức ăn. Người mắc bệnh do ăn phải các cây thủy sinh có chứa nang ấu trùng SLGL. Vì vậy, bệnh có liên quan chặt chẽ đến phong tục tập quán, thói quen ăn sống, chưa nấu chín những loài rau thủy sinh.

Năm 2004, bệnh SLGL ở người đã được tổ chức y tế thế giới (WHO) đánh giá là một trong những bệnh KST cần được quan tâm vì có diễn biến phức tạp và nguy hiểm.

Việc phát hiện ngày càng nhiều bệnh nhân và nhiều ổ dịch SLGL ở Việt Nam tạo nên mối quan tâm lo lắng của cộng đồng và đặt ra trách nhiệm cho ngành y tế cần phải giải quyết.

Trên thực tế, bệnh SLGL đã và đang lưu hành, phát triển rộng trên phạm vi toàn quốc. Biểu hiện lâm sàng của bệnh không rõ ràng mà âm ỉ, kéo dài khiến người bệnh mệt mỏi, giảm khả năng lao động, ảnh hưởng không tốt đến việc chăm sóc sức khoẻ cho cộng đồng.

Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi đã tiến hành đề tài “**Nghiên cứu một số đặc điểm nhiễm sán lá gan lớn (*Fasciola spp.*) và hiệu quả biện pháp can thiệp tại huyện Đại Lộc – Quảng Nam**” với các mục tiêu sau:

1. Mô tả tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn và yếu tố liên quan đến nhiễm ở người, trâu bò, ốc, rau, tại huyện Đại Lộc, tỉnh Quảng Nam.
2. Đánh giá hiệu quả phác đồ điều trị bệnh SLGL bằng tricloabendazole ở hai liều 10 mg/kg và 20mg/kg thể trọng.
3. Đánh giá hiệu quả biện pháp truyền thông thay đổi nhận thức, thái độ và hành vi của người dân huyện Đại Lộc về phòng chống bệnh SLGL.

Những đóng góp mới của luận án:

- Nghiên cứu đã chỉ ra được tình trạng nhiễm SLGL ở các đối tượng trong khu vực nghiên cứu: người, trâu bò, ốc *Lymnaea*, rau thủy sinh. Các yếu tố điều kiện tự nhiên, xã hội ảnh hưởng đến nhiễm SLGL. Đây là một nghiên cứu tương đối hệ thống ở Việt Nam về bệnh học, dịch tễ học, chẩn đoán và điều trị tại cộng đồng, can thiệp phòng chống bệnh do sán lá gan lớn tại một địa bàn được thực hiện có kết quả.

- Nghiên cứu đã so sánh hiệu quả của tricloabendazole trong điều trị bệnh SLGL. Kết quả bước đầu cho thấy, sự khác biệt chưa có có ý nghĩa thống kê giữa hai liều điều trị. Đây là khuyến cáo cho các bác sĩ nên cân nhắc khi tăng liều điều trị từ 10mg lên 20mg/kg thể trọng.

- Nghiên cứu đã áp dụng điều trị bệnh SLGL tại cộng đồng mà người bệnh không cần phải vào bệnh viện điều trị, với tricloabendazole liều 10mg/kg thể trọng, vẫn an toàn, có hiệu quả cao.

- Nghiên cứu đã đánh giá được hiệu quả cao trong công tác giáo dục, truyền thông và điều trị trong việc phòng chống bệnh SLGL tại cộng đồng.

Cấu trúc của luận án:

Luận án dày 163 trang, bao gồm các phần sau:

Đặt vấn đề: 2 trang; Chương 1: Tổng quan: 37 trang; Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 28 trang; Chương 3: Kết quả nghiên cứu: 35 trang; Chương 4: Bàn luận: 34 trang; Kết luận: 2 trang; Kiến nghị: 1 trang. Danh mục công trình nghiên cứu: 01 trang. Có 167 tài liệu tham khảo, trong đó có 70 tài liệu tiếng Việt, 97 tài liệu nước ngoài; 39 bảng, 9 biểu đồ, 12 hình, 2 phụ lục.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Thế giới: SLGL phân bố rộng khắp các châu lục trên toàn thế giới. Ở châu Âu người ta đã xác định được SLGL gây bệnh ở người cách đây 5000 – 5100 năm (Bouchet, 1997; Aspöck và CTV, 1999; Dittmar và Teegen, 2003). Điều đặc biệt là người ta đã phát hiện ra SLGL ở trong các xác ướp Ai Cập từ thời các Pharaon. Mãi sau một thời gian dài (1379) có một người Pháp tên là Jehan de Brie nghiên cứu đến vấn đề này đã phát hiện SLGL lần đầu tiên không phải trên người mà là trên cừu. Đến những năm cuối thế kỷ 19, chu kỳ của SLGL mới được làm sáng tỏ và vai trò của gây bệnh của nó đã được công nhận. Kể từ đó, bệnh SLGL trở thành một bệnh giun sán được quan tâm trong lĩnh vực y tế cộng đồng.

Việt Nam: trước kia, bệnh do SLGL trên người ít được nói đến ở Việt Nam, chỉ lẻ tẻ một vài trường hợp được báo cáo. Năm 1928, Codvelle và cộng sự thông báo đã phát hiện được SLGL trên người lần đầu tiên ở Việt Nam. Gần 100 năm qua, hầu như bệnh ít được nói đến, chỉ có những thông báo một số ca bệnh rải rác trong toàn quốc. Tuy nhiên, trong 10 năm trở lại đây, bệnh có chiều hướng tăng nhanh. Hiện nay, bệnh đã được thông báo tại 47/63 tỉnh thành trong toàn quốc, tập trung nhiều ở khu vực miền Trung, Tây Nguyên, nơi có điều kiện tự nhiên và xã hội thuận lợi cho SLGL tồn tại và phát triển.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người dân, bệnh nhân, trâu bò, sán lá gan lớn, ốc *Lymnaea*, rau thủy sinh.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Huyện Đại Lộc, tỉnh Quảng Nam.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 2006 đến 2009.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp hồi cứu, tiến cứu, mô tả cắt ngang; nghiên cứu hiệu quả của phác đồ điều trị bằng thuốc, can thiệp cộng đồng bằng thuốc điều trị đặc hiệu và biện pháp truyền thông.

2.4.2. Nội dung nghiên cứu

2.4.2.1. Nghiên cứu đặc điểm nhiễm sán lá gan lớn tại Đại Lộc

- Nghiên cứu một số yếu tố tự nhiên, xã hội ảnh hưởng đến nhiễm SLGL.

- Xác định một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người dân nhiễm bệnh SLGL ở cộng đồng.

- Xác định tỷ lệ nhiễm SLGL ở người tại cộng đồng.
- Xác định tỷ lệ nhiễm, cường độ nhiễm SLGL ở trâu bò.
- Xác định tỷ lệ ốc *Lymnaea* nhiễm ấu trùng SLGL.
- Xác định tỷ lệ rau thủy sinh nhiễm nang ấu trùng SLGL.

2.4.2.2. Nghiên cứu về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sán lá gan lớn và hiệu quả điều trị thử nghiệm lâm sàng tại bệnh viện

- Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân SLGL.
- Nghiên cứu hiệu quả các phác đồ điều trị bằng thuốc triclabendazole ở 2 liều điều trị 10 mg và 20 mg/kg thể trọng.

2.4.2.3. Nghiên cứu can thiệp về bệnh sán lá gan lớn trong cộng đồng

- Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) của người dân về bệnh SLGL.
- Truyền thông giáo dục trong việc phòng chống bệnh SLGL.
- Điều trị BN SLGL trong cộng đồng bằng triclabendazole liều 10 mg/kg thể trọng.

2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

2.5.1. Kỹ thuật điều tra xã hội học: sử dụng các thông tin của sở y tế, trung tâm y tế dự phòng huyện, trạm y tế xã, niên giám thống kê của UBND huyện Đại Lộc năm 2006.

2.5.2. Kỹ thuật điều tra kiến thức, thái độ thực hành: phỏng vấn trực tiếp và quan sát theo nội dung của nghiên cứu.

2.5.3. Can thiệp bằng thuốc điều trị: thuốc điều trị bệnh SLGL là triclabendazole, ở hai liều điều trị 10mg và 20mg/kg thể trọng (tại bệnh viện) và 10mg/kg thể trọng (tại cộng đồng).

2.5.4. Can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh sán lá gan lớn

- Phương thức tiến hành:

- Truyền thông trực tiếp: thông qua các buổi làm việc của cán bộ y tế xã, thôn xuống từng hộ gia đình. Các cán bộ y tế đã được tập huấn về phương pháp truyền thông, giáo dục phòng chống bệnh SLGL.

- Truyền thông gián tiếp: thông qua phát tờ rơi, pano, áp phích và các buổi phát thanh trên đài truyền thanh của xã, huyện hoặc trên sóng đài truyền hình địa phương với nội dung về phòng chống bệnh SLGL cho cá nhân và cộng đồng.

- Phương pháp đánh giá hiệu quả can thiệp:

- Nội dung đánh giá thông qua phỏng vấn: về kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SLGL.

- Đánh giá hiệu quả nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SLGL được đánh giá theo mô hình trước - sau. Phỏng vấn lại lần 2 cùng với bộ câu hỏi như lần phỏng vấn 1 (cách nhau 2 năm).

• Đánh giá hiệu quả can thiệp cộng đồng thông qua tỷ lệ nhiễm SLGL trong cộng đồng trước và sau can thiệp.

2.5.5. Kỹ thuật tìm trứng sán lá gan lớn ở người: xét nghiệm phân theo phương pháp Kato.

2.5.6. Kỹ thuật thu thập sán lá gan lớn trưởng thành ở gan trâu, bò: theo phương pháp mổ khám phi toàn diện của viện sĩ K.I. Skrjabin.

2.5.7. Kỹ thuật định loại *Fasciola spp.*: theo khóa định loại của Phan Thế Việt, Nguyễn Thị Kỳ, Nguyễn Thị Lê.

2.5.8. Kỹ thuật xét nghiệm phân trâu, bò tìm trứng sán: bằng phương pháp gạn rửa lắng cặn. Định loại trứng *Fasciola spp.* theo khóa định loại của Mönnig.

2.5.9. Kỹ thuật định loại ốc: áp dụng phương pháp định loại hình thái, sử dụng khoá định loại của Đặng Ngọc Thanh, 1980.

2.5.10. Kỹ thuật định loại ấu trùng (*cercaria*) thu được ở ốc: Định loại dựa trên hình thái học của các nhóm *cercaria*, theo khoá định loại Gi-nhe-xin-xkaia, 1996.

2.5.11. Kỹ thuật xét nghiệm rau tìm nang ấu trùng sán lá gan lớn: bằng phương pháp nạo vết bề mặt thân và cọng rau (phần tiếp xúc với nước), ly tâm tìm nang ấu trùng sán lá gan lớn (SLGL).

2.5.12. Kỹ thuật ELISA phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn: Bộ thử nghiệm hoạt động dựa trên nguyên tắc của phản ứng ELISA gián tiếp phát hiện kháng thể kháng SLGL.

2.5.13. Kỹ thuật siêu âm: xác định tổn thương gan do SLGL (thông qua hình ảnh siêu âm gan) là một khối giảm âm hỗn hợp, giới hạn không rõ, không có thành.

2.5.14. Kỹ thuật xét nghiệm máu tìm bạch cầu và bạch cầu ái toan, máu lắng.

2.6. Các biến số/chỉ số/nghiên cứu: được thu thập và lập bảng số liệu cho mỗi kỹ thuật.

2.6.1. Các biến số nghiên cứu

2.6.1.1. Biến độc lập

Tên biến	Định nghĩa phân loại	Loại biến số	Kỹ thuật thu thập
Tuổi	Tính theo năm dương lịch	Liên tục	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Giới	Nam hoặc nữ	Nhị phân	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Dân tộc	Kinh hoặc thiểu số	Định danh	Phỏng vấn theo bộ câu

			hỏi
Trình độ học vấn	Trình độ học vấn cao nhất của đối tượng	Định danh	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Nghề nghiệp	Hiện tại của đối tượng	Định danh	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Ăn sống rau thủy sinh	Thực hành của đối tượng nghiên cứu	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Uống nước lã	Thực hành của đối tượng nghiên cứu	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Dùng phân tươi bón cây, nuôi cá.	Thực hành của đối tượng	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Sử dụng hố xí	Thực hành của đối tượng	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi

2.6.1.2. *Biến phụ thuộc*

Nhiễm SLGL	Có/ không	Định danh	Xét nghiệm phân, BCAT, ELISA, Siêu âm.
Nhiễm trứng SLGL	Có/ không	Định danh	Phương pháp làm lắng
Hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh SLGL	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Hiểu biết về đường lây truyền	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Hiểu biết về tác hại của SLGL	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Hiểu biết về phòng chống nhiễm SLGL	Thực hành của đối tượng nghiên cứu	Phân loại	Phỏng vấn theo bộ câu hỏi
Giá trị OD	Dương tính/ âm tính	Định lượng	Máy đọc ELISA
Tình trạng gan mật	Tổn thương/ không tổn thương	Siêu âm.	Máy siêu âm.
Tình trạng gan mật vàng da	Bệnh/không bệnh	Định tính	Khám thực thể
Các biểu hiện lâm sàng chung	Bệnh/không bệnh	Định tính	Hỏi, Ghi chép

2.6.2. *Các chỉ số nghiên cứu*

- Các chỉ số thông qua xét nghiệm phân
- Các chỉ số thông qua xét nghiệm máu
- Các chỉ số thông qua xét nghiệm miễn dịch(ELISA)
- Các chỉ số thông qua siêu âm đánh giá tổn thương gan
- Các chỉ số về yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm SLGL
- Các chỉ số đánh giá về truyền thông giáo dục sức khỏe trong cộng đồng dân cư
- Các chỉ số về kết quả điều trị bằng thuốc triclabendazole

2.7. Sai số và cách khắc phục

- Tỷ lệ người có trứng SLGL trong phân ít và số lượng trứng trong phân cũng ít, việc phát hiện có thể sai sót vì vậy nghiên cứu sử dụng sự giúp đỡ của các kỹ thuật viên có kinh nghiệm.

- Đối tượng được phỏng vấn có nhiều trình độ khác nhau, có thể có người không hiểu hoặc không muốn trả lời các câu hỏi cho nên trước khi phỏng vấn cán bộ điều tra đã được tập huấn và tiến hành phỏng vấn thử.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0, tại Bộ môn Sốt rét -KST và Côn trùng – Học viện Quân y.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được hỏi ý kiến, được sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thuốc điều trị được cấp miễn phí. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ sức khỏe cho người tham gia nghiên cứu nói riêng và phục vụ sức khỏe cho cộng đồng nói chung.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm nhiễm và tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn ở cộng đồng

3.1.1. Nhiễm sán lá gan lớn ở người

3.1.1.1. Thông tin chung về cá nhân của đối tượng nghiên cứu điều tra cắt ngang

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu ($n = 600$).

STT	Đặc trưng cá nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Tuổi		
	< 10 tuổi	80	13,3
	10 - 19	99	16,5
	20 – 29	104	17,3
	30 – 39	101	16,8
	40 – 49	94	15,7
	50 – 59	67	11,2
	≥ 60 tuổi	55	9,2
2	Giới		
	Nam	268	44,7
	Nữ	332	55,3
3	Trình độ học vấn		
	Còn nhỏ chưa đi học	35	5,8
	Mù chữ	18	3,0
	Tiểu học	69	11,5
	THCS	270	45,0
	THPT	106	17,7
	Đại học trở lên	102	17,0
4	Nghề nghiệp		
	Nội trợ	38	6,3

Nông dân	262	43,7
Công nhân	67	11,2
Viên chức	179	29,8
Doanh nhân	54	9,0

Tổng số có 600 đối tượng tham gia NC. Tuổi trung bình là 40,5 tuổi, người ít tuổi nhất là 4 tuổi và người nhiều tuổi nhất là 86 tuổi. Nam giới thấp hơn nữ giới (44,7% và 55,3%). Số có trình độ THCS chiếm tỷ lệ cao nhất (45,0%). Nông dân tham gia NC chiếm tỷ lệ cao nhất (43,7%), thấp nhất là nội trợ (6,3%).

3.1.1.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng và lâm sàng bệnh sán lá gan lớn trong cộng đồng.

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm chẩn đoán bệnh sán lá gan lớn tại cộng đồng

Chỉ tiêu	Kết quả		
	Số xét nghiệm	Dương tính	Tỷ lệ % (+)
Trứng sán trong phân	600	3	0,5
ELISA kháng thể trong máu	600	30	5,0
Bạch cầu ái toan tăng	600	39	6,5
Siêu âm phát hiện tổn thương gan	600	13	2,2

Tỷ lệ trứng trong phân thấp (chiếm 0,5%), ELISA có 30 trường hợp dương tính với SLGL (chiếm 5,0%), Tổn thương gan chiếm 2,2%). BCAT chiếm 6,5%.

Dựa vào kết quả xét nghiệm bằng ELISA, có 30 người nhiễm SLGL (chiếm tỷ lệ 5,0%).

Bảng 3.3. Kết quả một số triệu chứng cơ năng (n = 30).

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ %
Mệt mỏi	21	70,0
Chán ăn	17	56,7
Àm ạch, đầy bụng khó tiêu	20	66,7
Mẩn, ngứa	1	3,3
Đau bụng: Vị trí đau:	3	10,0
Thượng vị	11	36,6
Hạ	16	53,4
sườn phải	2	6,6
	12	40,0
Không đau	0	0,0
Đặc điểm đau: Âm ỉ		
liên tục		
Âm ỉ		
từng cơn		
Đau		
dữ dội		

Tính chất phân: rắn xen kẽ thường	Khuôn	7	23,3
		1	3,3
	Lỏng	0	0
	Táo, lỏng	22	73,3
	Bình		

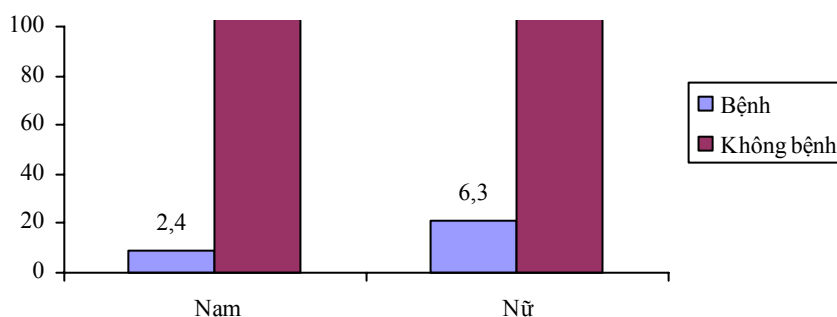
Tỷ lệ người bệnh có biểu hiện mệt mỏi chiếm tỷ lệ khá cao (70,0%), rối loạn tiêu hóa như chán ăn chiếm 56,7%, ậm ạch đầy bụng khó tiêu 66,7%. Có 14 trường hợp đau bụng (chiếm 46,6%), trong đó đau vùng hạ sườn phải là chủ yếu (36,6%). Tuy nhiên, các triệu chứng này mơ hồ, không mang tính đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh khác.

Bảng 3.4: Kết quả một số triệu chứng thực thể (n = 30).

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt	1	3,3
Vàng da	0	0,0
Gầy sút cân	3	10,0
Ban, sẩn ...	1	3,3
Gan to	4	13,3
Điểm đau khu trú		
Thượng vị	2	6,7
Hạ sườn phải	10	30,0

Các triệu chứng thực thể rất nghèo nàn, chiếm tỷ lệ thấp. Các biểu hiện như sốt, ban dát sẩn chiếm tỷ lệ rất thấp (3,3%), không có trường hợp nào vàng da. Khám điểm đau có 2 trường hợp đau thượng vị (6,7%). Đau hạ sườn phải chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 30,0%).

3.1.1.3. Một số đặc điểm nhiễm sán lá gan lớn trong cộng đồng theo giới, tuổi, trình độ học vấn và nghề nghiệp (n = 600).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn theo giới

Tỷ lệ nhiễm SLGL trong cộng đồng ở nữ cao hơn nam (6,3% so với 2,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	TS	Số nhiễm	%	P
< 10 tuổi (a)	80	1	1,3	a & b; p > 0,05
10 – 19 (b)	99	2	2,1	a & (c,d,e,f); p < 0,05
20 – 29 (c)	104	7	6,7	a & g; p > 0,05
30 – 39 (d)	101	8	7,9	b & (c,d,e,f); p < 0,05
40 – 49 (e)	94	7	7,4	b & g; p > 0,05
50 – 59 (f)	67	4	6,0	(c,d,e,f) & g; p > 0,05
≥ 60 tuổi (g)	55	1	1,8	
Tổng số	600	30	5,0	

Tỷ lệ nhiễm SLGL trong cộng đồng cao nhất ở độ tuổi thanh niên và trung niên (từ 20 tuổi đến dưới 60 tuổi); từ 6,0% đến 7,4%. Tỷ lệ nhiễm SLGL thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 20 tuổi và trên 60 tuổi (1,3 %; 2,1 và 1,8 %). Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa nhiễm SLGL ở các nhóm tuổi dưới 20 tuổi và trên 60 tuổi so với các nhóm khác với (p < 0,05).

Bảng 3.6. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn ở cộng đồng theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Số XN	Dương tính	Tỷ lệ %	p
Còn nhỏ, chưa đi học (a).	35	1	2,9	a & b < 0,001
Mù chữ (b).	18	4	22,2	b & c
Tiểu học (c).	69	8	11,5	< 0,05;
THCS (d).	106	7	6,6	b & d,e,f < 0,001
THPT (e).	270	8	2,9	
Cao đẳng/ĐH trở lên (f).	102	2	2,0	c & d < 0,05;
Tổng số	600	30	5,0	c & a,e,f < 0,05
				d & a,e,f < 0,05

Những người có trình độ học vấn càng thấp thì tỷ lệ nhiễm càng cao. Người nhiễm bệnh SLGL có trình độ từ THCS trở xuống là chủ yếu. Trong đó, đối tượng mù chữ chiếm tỷ lệ cao nhất (22,2%), THCS chiếm 6,6%, cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,0%). So sánh giữa các nhóm trên có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ đến $p < 0,001$.

Bảng 3.7. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn ở cộng đồng theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tổng số	Số ca mắc		p
		+	%	
Nội trợ (a)	38	1	2,6	a&b,c < 0,05 a&d,e > 0,05 b,c&d,e < 0,05
Nông dân (b)	262	18	6,9	
Công nhân (c)	67	4	6,0	
Viên chức (d)	179	5	2,8	
Doanh nhân (e)	54	2	3,7	
Tổng	600	30	5,0	

Nông dân và công nhân có tỷ lệ nhiễm cao nhất (6,9 % và 6,0%). Ở hai đối tượng này có tỷ lệ nhiễm cao hơn các nhóm người làm nghề khác (viên chức, doanh nhân, nội trợ). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.2. Nhiễm sán lá gan lớn ở trâu bò

Bảng 3.8. Tỷ lệ nhiễm và cường độ nhiễm sán lá gan lớn theo tuổi của trâu, bò qua phương pháp mổ khám (n = 67).

Loài gia súc	TS	+	Tỷ lệ nhiễm (%)	Cường độ nhiễm
Trâu	32	15	46,9	8 - 30
Bò	35	13	37,1	7 - 25
Tổng số trâu, bò	67	28	41,8	-

Tỷ lệ nhiễm chung SLGL trưởng thành ở cả trâu và bò là 41,8%. Tỷ lệ nhiễm ở trâu cao hơn bò (46,9% so với 37,1%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Cường độ nhiễm ở trâu cũng cao hơn ở bò (8 – 30) sán trưởng thành/ trâu và (7 – 25) sán trưởng thành/ bò. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.9: Tỷ lệ nhiễm và cường độ nhiễm sán lá gan lớn ở trâu, bò, qua xét nghiệm phân

Loài gia súc	Tuổi gia súc	Tổng số xn	Số nhiễm (con)	Tỷ lệ nhiễm (%)	Cường độ nhiễm tb/g phân (trứng)
Trâu	1-3	43	16	37,2	268
	4-8	42	18	42,9	354
	>8	40	20	50,0	412
	Tổng số trâu	125	54	43,2	342
Bò	1-3	40	12	30,0	195
	4-8	36	14	38,9	318
	>8	44	20	45,5	350
	Tổng số bò	120	46	38,3	256
Tổng số trâu, bò		245	100	40,8	321

Tỷ lệ nhiễm trứng SLGL ở cả trâu và bò là 40,8%. Tỷ lệ nhiễm trứng SLGL ở trâu cao hơn ở bò (43,2% so với 38,3%). Sự khác biệt không có nghĩa thống kê. Trâu, bò tuổi càng cao thì tỷ lệ nhiễm càng cao: từ 37,2% đến 50,0% (trâu) và từ 30,0 đến 45,5% (bò). Cường độ nhiễm trứng SLGL ở trâu cũng cao hơn ở bò 342 trứng/gam phân (trâu) và 256 trứng/gam phân (bò).

3.1.3. Nhiễm sán lá gan lớn ở ốc *Lymnaea*

Bảng 3.10: Tỷ lệ ấu trùng sán lá gan lớn có ở trong ốc *Lymnaea*

Địa điểm	Số lượng ốc	Dương tính	Tỷ lệ %
Đại Minh	700	3	0,42
Ái nghĩa	800	4	0,50
Tổng số	1500	7	0,46

Kết quả thu thập ốc giống *Lymnaea* ở hai điểm cho thấy, tỷ lệ ốc nhiễm ấu trùng chung là 0,46%, trong đó ở xã Ái Nghĩa số ấu trùng cao hơn (0,50%) so với Xã Đại Minh (0,42%). Sự khác biệt không có nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.1.4. Nhiễm SLGL ở rau thủy sinh

Bảng 3.11: Tỷ lệ nang ấu trùng sán lá gan lớn ở một số loài rau thủy sinh:

Địa điểm	Loài rau	Khối lượng rau (kg).	Tổng số nang AT	Số lượng nang AT (tb/kg)
----------	----------	----------------------	-----------------	--------------------------

				rau)
Ái nghĩa	Ngô	5	3	0,6
	Muống	5	2	0,4
	Rau cần	5	0	0
	Rau cải xoong	5	0	0
	Rau diếp cá	5	0	0
Đại Minh	Ngô	5	2	0,4
	Muống	5	2	0,4
	Rau cần	5	0	0
	Rau cải xoong	5	0	0
	Rau diếp cá	5	0	0
Nhiễm chun g	Ngô	10	5	0,5
	Muống	10	4	0,4

Kết quả xét nghiệm cho thấy, có 2 trong 5 loại rau xét nghiệm có chứa nang ấu trùng. Tỷ lệ nhiễm chung ở 2 điểm là 0,5 nang ấu trùng/ kg rau ngô và 0,4 nang ấu trùng/kg rau muống. Cả 2 điểm nghiên cứu đều tìm thấy nang ấu trùng, nhưng với tỷ lệ nhiễm thấp. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Một số đặc điểm về bệnh sán lá gan lớn ở bệnh viện (2006 – 2009)

3.2.2. Số ca bệnh sán lá gan lớn điều trị trong bệnh viện

theo nhóm tuổi

Bảng 3.12: Kết quả số ca bệnh sán lá gan lớn theo nhóm tuổi

STT	Tuổi	Tổng số	Tỷ lệ %	p
1	< 10 tuổi (a)	3	0,6	c, d & a, b, e, f, g < 0,01
2	10 – 19 (b)	9	1,9	
3	20 – 29 (c)	171	35,6	
4	30 – 39 (d)	194	40,4	
5	40 – 49 (e)	39	8,1	
6	50 – 59 (f)	38	7,9	
7	≥ 60 tuổi (g)	26	5,4	
Tổng số		480	100,0	

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 38,4 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 87 tuổi. Nhóm tuổi có người nhiễm thấp nhất là nhóm dưới 10 tuổi và trên 60 tuổi. Nhóm tuổi có nhiều người nhiễm nhiều nhất là từ (20 – 29) và (30 – 39), chiếm 35,6% và 40,4%. Sự khác biệt của hai nhóm này với các nhóm khác có nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

3.2.3. Số ca bệnh sán lá gan lớn vào điều trị trong bệnh viện theo giới

Bảng 3.13: Kết quả số ca bệnh sán lá gan lớn theo giới

Năm	TS	Nam		Nữ	
		SL	%	SL	%
2006	292	136	46,6	156	53,4
2007	119	52	43,7	67	56,3
2008	69	31	44,9	38	55,1
Tổng	480	219	45,6	261	54,4
p > 0,05					

Cả 3 năm liền, số nữ bị bệnh cao hơn nam 54,4 % so với 45,6%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4. Số ca bệnh sản lá gan lớn điều trị trong bệnh viện theo mùa

Bảng 3.14: Phân bố bệnh sản lá gan lớn theo mùa trong năm.

Năm	Mùa Xuân		Mùa Hè		Mùa Thu		Mùa Đông		Cả năm	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
2006	20	7,7	104	39,8	89	34,1	48	18,4	261	54,4
2007	46	39,7	41	35,3	18	15,5	11	9,5	116	24,2
2008	16	15,5	53	51,5	31	30,1	3	2,9	103	21,4
Tổng	82	17,1	198	41,3	138	28,7	62	12,9	480	100

Kết quả trên cho thấy số ca bệnh SLGL hiện diện quanh năm, cao điểm vào mùa hè (41,3%) và mùa thu (28,7%). Mùa đông và mùa xuân số nhiễm giảm hơn hẳn (12,9% và 17,1%). Sự khác biệt giữa các nhóm này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

3.3. Hiệu quả điều trị bệnh sán lá gan lớn bằng hai phác đồ Triclabendazole 10mg/kg và 20mg/kg thể trọng ở bệnh viện

3.3.1. Theo dõi kết quả điều trị bệnh sán lá gan lớn ở 2 phác đồ về lâm sàng

Bảng 3.15. Kết quả điều trị bệnh sán lá gan lớn ở 2 phác đồ về lâm sàng

Tình trạng khi ra viện	Liều 10 mg/kg		Liều 20 mg/kg		p
	SL	%	SL	%	
Hết các triệu chứng lâm sàng	77	96,3	79	98,8	>0,05
Không hết các triệu chứng lâm sàng	3	3,8	1	1,2	

Kết quả trên cho thấy phần lớn bệnh nhân SLGL đều khỏi hết các triệu chứng lâm sàng khi được điều trị bằng liều 10 và 20 mg/kg cân nặng (96,3% và 98,8%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị trên lâm sàng của 2 liều 10 mg và 20 mg/kg thể trọng.

3.3.2. Theo dõi kết quả điều trị ở 2 phác đồ theo liều điều trị về cận lâm sàng

Bảng 3.16. Kết quả theo dõi xét nghiệm bạch cầu chung

Bạch cầu chung tăng	10 mg/kg cân nặng		20 mg/kg cân nặng		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
1 tháng sau điều trị	12	15,0	8	10,0	>0,05
3 tháng sau điều trị	3	3,8	3	3,8	>0,05
6 tháng sau điều trị	0	0	0	0	-
12 tháng sau điều trị	0	0	0	0	-

Xu hướng giảm bạch cầu chung về bình thường sau 3 tháng điều trị ở 2 nhóm bệnh nhân được điều trị là rõ rệt, chỉ còn 3,8% là BC còn tăng ở cả 2 liều điều trị. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

3.3.2.2. Theo dõi sự biến động về bạch cầu và bạch cầu ái toan ở 2 phác đồ theo liều điều trị và thời gian

Bảng 3.17: Kết quả theo dõi xét nghiệm bạch cầu ái toan

Bạch cầu ái toan tăng	10 mg		20 mg		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
1 tháng sau điều trị	35	44,3	22	27,5	<0,05
3 tháng sau điều trị	17	21,2	9	11,2	<0,05

6 tháng sau điều trị	7	8,8	2	2,5	>0,05
12 tháng sau điều trị	6	7,5	2	2,5	>0,05

Bạch cầu ái toan (BCAT) có xu hướng giảm ngay từ những tháng đầu ở cả hai liều điều trị. Đặc biệt, sau 6 và 12 tháng điều trị của 2 nhóm bệnh nhân này, nhóm bệnh nhân được điều trị ở liều 20 mg/kg cân nặng có BCAT trở về bình thường nhiều hơn (97,5% so với 92,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không mang ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.18: Kết quả theo dõi sự biến động của máu lắng lần 1

Máu lắng lần 1 tăng	10 mg		20 mg		P
	SL	%	SL	%	
1 tháng sau điều trị	52	64,4	32	40,0	>0,05
3 tháng sau điều trị	24	30,4	11	14,3	>0,05
6 tháng sau điều trị	0	0	0	0	-
12 tháng sau điều trị	0	0	0	0	-

Máu lắng 1 trở về bình thường ở tất cả bệnh nhân được điều trị sau 6 tháng ở cả hai nhóm bệnh nhân được điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.19: Kết quả theo dõi sự biến động của máu lắng lần 2 theo liều điều trị

Máu lắng lần 2 tăng	10 mg/kg cân nặng		20 mg/kg cân nặng		p
	SL	%	SL	%	
1 tháng sau điều trị	49	61,3	22	27,5	<0,05
3 tháng sau điều trị	19	23,7	11	13,8	>0,05
6 tháng sau điều trị	0	0	0	0	-
12 tháng sau điều trị	0	0	0	0	-

Nhìn chung máu lắng 2 có xu hướng trở về bình thường theo thời gian sau khi được điều trị. Máu lắng 2 trở về bình thường ở tất cả bệnh nhân được điều trị sau 6 tháng ở cả hai nhóm bệnh nhân được điều trị. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 3.20: Kết quả theo dõi bệnh nhân có kháng thể kháng sản lá gan lớn theo liều điều trị

Hiệu giá kháng thể tăng	10 mg		20 mg		p
	SL	%	SL	%	
1 tháng sau điều trị	69	86,2	79	98,8	<0,05
3 tháng sau điều trị	68	85,0	75	93,8	>0,05
6 tháng sau điều trị	7	8,8	0	0	-
12 tháng sau điều trị	2	2,5	0	0	-

Kháng thể kháng SLGL trở về bình thường ở tất cả bệnh nhân được điều trị sau 6 tháng ở nhóm bệnh nhân được điều trị với liều 20 mg/kg cân nặng. Sau 12 tháng điều trị vẫn còn 2,5% bệnh nhân được điều trị bằng liều 10mg/kg cân nặng có kháng thể $\geq 1/6200$.

Bảng 3.21: Kết quả theo dõi bệnh nhân có tổn thương gan theo liều điều trị

Kết quả còn tổn thương gan trong siêu âm	10 mg/kg cân nặng		20 mg/kg cân nặng		p
	SL	%	SL	%	
1 tháng sau điều trị	80	100,0	79	98,8	-
3 tháng sau điều trị	71	88,8	59	73,8	>0,05
6 tháng sau điều trị	12	15,0	6	7,5	<0,05
12 tháng sau điều trị	4	5,0	1	1,2	>0,05

Sau 12 tháng điều trị chỉ còn 5,0% bệnh nhân ở nhóm được điều trị bằng liều 10 mg/kg cân nặng và 1,2% bệnh nhân ở nhóm được điều trị bằng liều 20 mg/kg cân nặng là còn tổn thương gan trên siêu âm.

3.3.4. Theo dõi tác dụng không mong muốn của thuốc:

Qua nghiên cứu theo dõi điều trị 160 bệnh nhân ở trong trong bệnh viện, chúng tôi theo dõi trong vòng 7 ngày sau uống thuốc điều trị, thấy có một số biểu hiện tác dụng không mong muốn của thuốc tricalabendazole ở cả 2 liều điều trị. Tuy nhiên, những biểu hiện này với tỷ lệ rất thấp, thoáng qua và tự hết, không cần can thiệp gì đặc biệt. Sự khác biệt giữa 2 liều điều trị về tác dụng không mong muốn này cũng không có ý nghĩa thống kê.

3.4. Hiệu quả can thiệp tại cộng đồng

3.4.1. Hiệu quả điều trị bằng thuốc đặc hiệu tricalabendazole liều 10mg/kg cân nặng

Quan sát 30 bệnh nhân sau uống thuốc liều 10mg/kg, theo dõi tại trạm y tế xã trong 8 giờ liền không thấy các triệu chứng xảy ra do tác dụng phụ của thuốc. Sau 1 tuần đến khám lại về lâm sàng cho thấy: có 28 bệnh nhân (93,3%) khỏi hết các triệu chứng lâm sàng, còn 02 bệnh nhân vẫn còn đau tức nhẹ vùng hạ sườn phải. Sau 1 tháng 100% số bệnh nhân đều không còn biểu hiện gì về lâm sàng.

Hẹn bệnh nhân sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng vào bệnh viện để kiểm tra, theo dõi giống như các bệnh nhân điều trị nội trú cũng được theo dõi sau khi ra viện.

3.4.2. Hiệu quả can thiệp bằng truyền thông tại cộng đồng

3.4.2.1. Kiến thức về bệnh sán lá gan lớn (n=730)

Bảng 3.22: Kiến thức, hiểu biết về đường lây truyền của bệnh sán lá gan lớn

Kết quả trả lời	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Hiểu đúng	332	45,47	628	86,0	47,1	< 0,05
Hiểu không đúng	398	54,5	102	14,0	74,3	< 0,01

Hiểu đúng và hiểu không đúng về đường lây truyền có sự khác biệt rõ rệt. Hiểu không đúng trước can thiệp (54,5%), sau can thiệp giảm xuống còn 14,0%) và chỉ số hiệu quả (CSHQ) giảm được 74,3%, sự khác biệt có nghĩa với $p < 0,01$.

Bảng 3.23: Kiến thức, hiểu biết về tác hại của bệnh sán lá gan lớn

Kết quả trả lời	Trước can thiệp		Sau ca thiệp		CSHQ	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Hiểu đúng	458	62,7	671	91,9	31,7	< 0,05
Hiểu không đúng	272	37,3	59	8,1	78,3	< 0,01

Hiểu không đúng 37,3% (trước can thiệp) giảm xuống còn 8,1% (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 78,3%%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.24: Kiến thức về cách phòng chống bệnh sán lá gan lớn

Kết quả trả lời	Trước can thiệp		Sau can thiệp		CSHQ	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		

Hiểu đúng	282	38,6	682	93,4	58,6	< 0,01
Hiểu không đúng	448	61,4	48	6,6	89,3	< 0,01

Hiểu đúng 38,63% (trước can thiệp) tăng lên 93,42% (sau can thiệp), CSHQ tăng lên 58,6%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.25: Kiến thức, hiểu biết về nguồn cung cấp thông tin bệnh sán lá gan lớn

Kiến thức về nguồn cung cấp thông tin	Trước truyền thông		Sau truyền thông		CSHQ	p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
- Cán bộ y tế	121	16,6	179	24,5	32,2	< 0,05
- Người thân, bạn bè	98	13,4	109	14,9	-	> 0,05
- Ti vi, đài, báo	130	17,8	141	19,3	-	> 0,05
- Hội thảo, tờ rơi	31	4,3	285	39,0	88,9	< 0,01
- Không có thông tin	350	47,9	16	2,2	95,4	< 0,01

Trước truyền thông, người dân không có thông tin về bệnh SLGL chiếm tỷ lệ cao (47,9 %); sau truyền thông, chỉ còn 2,2% số dân không có thông tin về bệnh SLGL và CSHQ giảm được 95,4%. Cán bộ y làm công tác truyền thông tăng từ 16,6% (trước truyền thông) lên 24,5% (sau truyền thông) và CSHQ tăng được 32,2%. Hội thảo, tờ rơi: trước truyền thông tăng từ 4,3% (trước truyền thông) tăng lên 39,0 % (sau truyền thông) và CSHQ tăng được 88,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.4.2.2. Thái độ của người dân về phòng chống bệnh sán lá gan lớn

Bảng 3.26: Thái độ của người dân về vệ sinh môi trường và vệ sinh cá nhân.

Thái độ của			CSHQ	p
	Trước	Sau		

người dân	truyền thông		truyền thông			
	+	%	+	%		
Sử dụng phân người tươi bón cây, nuôi cá?	154	21,1	6	0,8	96,2	< 0,01
Sử dụng phân trâu bò tươi bón cây, nuôi cá	287	39,3	24	3,3	91,6	< 0,01
Nên sử dụng hố xí hợp vệ sinh.	497	68,1	718	98,4	30,8	< 0,05
Không nên ăn sống rau thủy sinh	168	23,0	586	80,3	71,4	< 0,01
Không nên uống nước lã	384	52,6	688	94,2	44,2	< 0,05

Số người có ý định sử dụng phân người và phân trâu bò tươi giảm rõ rệt: 21,1 % và 39,3% (trước can thiệp), sau can thiệp chỉ còn 0,8% và 3,3% có ý định sử dụng phân tươi người và phân trâu bò. CSHQ giảm được 96,2% và 91,6%, sự khác biệt với $p < 0,01$. Thái độ việc sử dụng hố xí hợp vệ sinh, không ăn sống rau thủy sinh và không uống nước lã cũng có hiệu quả tương tự như các nội dung trên, với $p < 0,05$ đến 0,01.

Bảng 3.27: Thái độ xử lý khi bị mắc bệnh sán lá gan lớn (n = 730).

Thái độ khi bị mắc bệnh	Trước truyền thông		Sau truyền thông		CSHQ	p
	+	%	+	%		
Không cần điều trị gì, tự khỏi	9	1,2	1	0,1	-	< 0,01
Nên mua thuốc về nhà điều trị	87	11,9	8	1,1	90,8	< 0,01
Nên đến bác sĩ tư điều trị	198	27,1	88	12,1	55,4	< 0,05
Nên đến cơ sở y tế điều trị	436	59,7	63	8,6	27,1	< 0,05

Trước can thiệp có 1,2% số người cho rằng khi bị bệnh không cần điều trị gì cũng tự khỏi, 11,9% tự mua thuốc về nhà điều trị, 27,1% đến bác sĩ tư và 59,7% đến

cơ sở y tế. Sau can thiệp, còn 01 người cho rằng không cần điều trị gì cũng tự khỏi (chiếm 0,1%), số tự mua thuốc về nhà điều trị giảm còn 1,1%, số đến bác sĩ tư giảm còn 12,1%, đến cơ sở y tế tăng lên 86,8%. Sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4.2.3. Thực hành của người dân về phòng chống bệnh sán lá gan lớn

Bảng 3.28. Thực hành của người dân về vệ sinh ăn uống phòng chống bệnh sán lá gan lớn

Thực hành vệ sinh ăn uống	Trước truyền thông		Sau truyền thông		CSH Q	p
	SL	%	SL	%		
Có uống nước lã	210	28,8	19	2,6	90,9	< 0,05
Không rửa tay trước khi ăn	583	79,9	154	21,1	73,6	<0,01
Ăn gan trâu bò chưa chín	129	17,7	16	2,2	87,6	< 0,05

Tỷ lệ người dân có uống nước lã giảm từ 28,8 % (trước can thiệp) xuống còn 2,6 % (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 90,9%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ người dân có tiền sử ăn gan trâu bò tái, chưa chín ăn chiếm 17,7 % (trước can thiệp) giảm xuống còn 2,2% (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 87,6%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.29. Thực hành về việc đảm bảo vệ sinh môi trường

Thực hành về việc đảm bảo vệ sinh môi trường	Trước truyền thông		Sau truyền thông		CSHQ	p
	SL	%	SL	%		
Sử dụng nguồn nước ăn không đảm bảo vệ sinh	446	61,1	118	16,2	73,5	< 0,01
Sử dụng hố xí không hợp vệ sinh	439	60,1	164	22,5	62,6	<0,05
Có dùng phân tươi trâu, bò (270 hộ nuôi trâu, bò)	174	64,4	39	14,4	77,6	<0,05

Nguồn nước không đảm bảo vệ sinh trước can thiệp giảm từ 61,1%, xuống còn 16,2% (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 73,5%, với $p < 0,001$.

Hồ xí không hợp vệ sinh cũng giảm từ 60,1 % (trước can thiệp) xuống còn 22,5 % (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 62,6%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Việc sử dụng phân tươi trâu bò trong thói quen dùng phân bón cho cây trồng, nuôi cá cũng giảm từ 64,4% (trước can thiệp) xuống còn 14,4% (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 77,6%, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.30. Thực hành về việc ăn sống rau thủy sinh (n= 730)

Thực hành về việc ăn sống rau thủy sinh	Trước truyền thông		Sau truyền thông		CSHQ	p
	SL	%	SL	%		
Có ăn sống rau ngổ	443	60,7	68	9,3	84,7	<0,01
Có ăn sống rau muống	432	59,2	154	21,1	64,4	<0,05
Có ăn sống rau cần	407	69,5	162	22,2	68,1	<0,05
Có ăn sống rau cải xoong	452	61,9	122	16,7	73,0	<0,05
Có ăn sống rau diếp cá	548	75,1	264	36,2	51,8	<0,05

Tỷ lệ người dân ăn sống các loại rau thủy sinh trước và sau can thiệp truyền thông đã giảm đi rõ rệt. Đặc biệt, hai loại rau có nguy cơ nhiễm cao nhất, rau ngổ và rau muống nước giảm từ 60,7% và 59,2% (trước can thiệp) xuống còn 9,3% và 21,1% (sau can thiệp) và CSHQ giảm được 84,7% và 64,4%. Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$, ba loại rau còn lại trên cũng có hiệu quả tương tự như vậy.

3.4.3. Hiệu quả can thiệp (điều trị và truyền thông) sau 3 năm nghiên cứu

Sau khi truyền thông và điều trị cho những bệnh nhân SLGL phát hiện được ở cộng đồng bằng triclabendazole, đánh giá hiệu quả công tác can thiệp sau 3 năm. Chúng tôi tiến hành điều tra cắt ngang, tìm hiểu tỷ lệ nhiễm SLGL trong cộng đồng sau can thiệp và so sánh với kết quả điều tra trước can thiệp chúng tôi có kết quả như sau:

Bảng 3.31: So sánh tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn trong cộng đồng trước và sau can thiệp

Kỹ thuật	Kết quả	
	Trước can thiệp	Sau can thiệp

	Tổng số	Dương tính	Tỷ lệ %	Tổng số	Dương tính	Tỷ lệ %
Xét nghiệm phân	600	3	0,5	600	1	0,2
P	> 0,05					
ELISA	600	30	5,0	600	11	1,8
P	<0,002					

Kết quả trên cho thấy: tỷ lệ tìm thấy trứng sán trong phân đã giảm từ 0,5% xuống còn 0,2 %. Tương tự, kết quả ELISA cho thấy, số dương tính cũng giảm từ 5,0% xuống còn 1,8 %. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,002$.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm và yếu tố liên quan đến nhiễm sán lá gan lớn ở huyện Đại Lộc, tỉnh Quảng Nam.

1.1. Tỷ lệ nhiễm và cường độ nhiễm

- Tỷ lệ nhiễm SLGL ở người trong cộng đồng dân cư huyện Đại Lộc, tỉnh Quảng Nam là 5,0%.

- Tỷ lệ nhiễm chung SLGL trưởng thành ở cả trâu và bò là 42,7% (quan phương pháp mổ khám) và 40,8% (qua xét nghiệm phân). Sự khác biệt giữa hai loài này không có ý nghĩa thống kê.

- Cường độ nhiễm SLGL trưởng thành ở trâu cao hơn ở bò (8-30) sán trưởng thành/trâu và (7-25) sán trưởng thành/bò. Cường độ nhiễm trứng SLGL ở trâu cao hơn ở bò: 342 trứng/gam phân (trâu) và 256 trứng/gam phân (bò).

- Tỷ lệ ấu trùng ấu trùng SLGL là 0,46%. Sự khác biệt giữa 2 điểm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ nhiễm nang ấu trùng SLGL ở rau trung bình là 0,5 nang ấu trùng/ kg rau ngổ và 0,4 nang ấu trùng/ kg rau muống.

1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm sán lá gan lớn

- Điều kiện tự nhiên thuận lợi cho sự phát triển của SLGL: nhiệt độ trung bình trong năm: 25,8°C; lượng mưa trung bình năm: 2015mm; độ ẩm không khí trung bình là 82%.

- Phong tục tập quán ăn rau thủy sinh sống, chưa nấu chín chiếm tỷ lệ cao: 60,7% (rau ngổ); 59,2% (rau muống nước); 69,5% (rau cần) và 61,9% (rau cải xoong) và 75,1% (rau diếp cá).

- 64,4% hộ dân nuôi trâu bò có sử dụng phân trâu bò tươi trong nông nghiệp, số người dân không có thói quen sử lý, ủ phân trâu bò trước khi bón cây còn cao (64,4%).

- Có sự liên quan về yếu tố tuổi, giới, trình độ học vấn và nghề nghiệp với nhiễm SLGL:

- Tỷ lệ nhiễm cao nhất ở độ tuổi trung niên (30 - 49): chiếm 7,4%. Tỷ lệ nhiễm thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 10 tuổi và trên 60 tuổi (1,3% và 1,8%). Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới (6,3% so với 3,4%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Người có trình độ học vấn càng thấp thì tỷ lệ mắc bệnh SLGL càng cao và ngược lại. Phần lớn là đối tượng có trình độ từ PTCS trở xuống (6,6%). Đối tượng mù chữ chiếm tỷ lệ cao nhất (8,3%), đối tượng từ đại học trở lên chiếm tỷ lệ thấp (2,0%).

- Nghề nghiệp: nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (6,9%), viên chức chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

- Trâu, bò tại nơi nghiên cứu có tỷ lệ nhiễm SLGL cao (46,5% và 39,6%). Sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm giữa trâu và bò không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Đã tìm thấy ấu trùng SLGL có trong ốc *Lymnaea* tại điểm nghiên cứu với tỷ lệ nhiễm thấp (0,46%).

- Có 2 trong 5 loài rau nghiên cứu chứa ấu trùng SLGL. Tuy nhiên, mật độ ấu trùng thấp (trung bình 0,5 ấu trùng/kg rau).

2. Hiệu quả của hai phác đồ điều trị sán lá gan lớn bằng triclabendazole 10 mg và 20mg/kg thể trọng tại bệnh viện

- Liều 20mg/kg cân nặng có hiệu quả cao hơn liều 10mg/ kg về một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Có một vài tác dụng không mong muốn của triclabendazole ở cả hai phác đồ, nhưng tự khỏi, không cần phải xử lý gì.

3. Hiệu quả của biện pháp điều trị, truyền thông thay đổi KAP ở cộng đồng

- Truyền thông phòng chống bệnh SLGL tại cộng đồng có hiệu quả tốt trong việc thay đổi nhận thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh SLGL của người dân về vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống và tập quán sử dụng phân tươi trong nông nghiệp.

- Sau 2 năm can thiệp bằng truyền thông và điều trị bệnh SLGL tại cộng đồng, tỷ lệ tìm thấy trứng SLGL trong phân đã giảm từ 0,5% xuống còn 0,2 %. Tương tự, kết quả ELISA cho thấy, số dương tính cũng giảm từ 5,0% xuống còn 1,8 %. Hiệu quả sau can thiệp tăng lên rõ rệt./.