

NGHIÊN CỨU PHÁT HIỆN NHIỄM SÁN LÁ GAN LỚN BẰNG KỸ THUẬT MIỄN DỊCH GẮN ENZYM (ELISA)

*Đặng Văn Phú, Trần Thăng, Nguyễn Chí Thanh, Trần Thị Phương Nhi,
Nguyễn Việt Duy, Lê Thị Nhân, Thái Thị Thúy Vân, Nguyễn Thị Tú Anh
Bệnh viện Trung ương Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Sán lá gan lớn là một bệnh nhiễm trùng thường gặp ở động vật, đặc biệt là cừu và gia súc, phổ biến rộng rãi trên toàn thế giới. Bệnh có thể lây truyền qua thực phẩm cho con người, Cơ quan nó ảnh hưởng nhiều nhất là gan. Nó còn được gọi tên chung là “nhiễm sán lá gan”. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 326 người được lâm sàng nghi ngờ nhiễm sán lá gan và được chỉ định làm xét nghiệm huyết thanh sán lá gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4 năm 2012 đến tháng 6 năm 2013. Sử dụng kỹ thuật miễn dịch gắn Enzym (ELISA). **Kết quả:** Tỷ lệ kháng thể kháng sán lá gan lớn dương tính chiếm 31,3%, nam 24,4%, nữ 38,3%, nông thôn chiếm 36,8%, nhóm nông dân 36,2%. Liên quan giữa tỷ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) với nhóm ăn rau sống thường xuyên là 88,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm sán lá gan với các bệnh nhân có triệu chứng gợi ý trên lâm sàng là 31,3%. Nguồn lây nhiễm chính do người dân ăn các loại thực vật thủy sinh.

Từ khóa: bệnh sán lá gan lớn, ELISA.

Abstract

RESEARCH FINDINGS INFECTION FASCIOLIASIS BY TECHNICAL ENZYMES LINKED IMMUNOSORBENT (ELISA)

*Dang Van Phu, Tran Thang, Nguyen Chi Thanh, Tran Thi Phuong Nhi,
Nguyen Viet Duy, Le Thi Nhan, Thai Thi Thuy Van, Nguyen Thi Tu Anh
Hue Central Hospital*

Introduce: Fascioliasis is an infection common in animals, particularly sheep and cattle, and is widespread around the world. The disease can be transmitted through food to Humans where it affects the liver. It is also known as “common liver fluke infection”. **Material and method:** Include 326 person with suspected infection of fascioliasis, and received ELISA from 4/2012 to 6/2013 at Hue Central Hospital. **Result:** The rate of ELISA positive liver for 31.3%, men 24.4%, women 38.3%, rural areas accounted for 36.8%, Farmer group 36.2%. **Conclusion:** Prevalence of Fascioliasis with symptoms suggestive in clinically is 31.3%. Main source of contamination due to people eating aquatic plants.

Key words: Fascioliasis, ELISA

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sán lá gan lớn ở người (Fascioliasis) là bệnh ký sinh trùng, lây truyền qua thực phẩm, do loài sán lá gan lớn *Fasciola hepatica* và *Fasciola gigantica* gây nên. Bệnh được Pallas phát hiện lần đầu tiên năm 1960 cho đến những năm đầu thập niên 80 vẫn được xem là bệnh hiếm gặp.

Bệnh gan do nhiễm sán lá gan lớn biểu hiện triệu chứng rất giống với nhiều bệnh lý tiêu hóa-gan mật nên dễ chẩn đoán nhầm và điều trị muộn có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Do vậy những nghiên cứu phát hiện và điều trị sớm bệnh này ở Việt Nam là rất cần thiết [38].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm “**Xác định tỷ lệ nhiễm bệnh sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA)**”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 326 người được lâm sàng nghi ngờ nhiễm sán lá gan và được chỉ định làm xét nghiệm huyết thanh sán lá gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4 năm 2012 đến tháng 6 năm 2013. Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân có các triệu chứng sau trên lâm sàng: Mệt mỏi, biếng ăn, gầy sút, sốt, thiếu máu, đau bụng, rối loạn tiêu hóa.

- Địa chỉ liên hệ: Đặng Văn Phú, email: thanhxuan82vn@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2013.5.7

- Ngày nhận bài: 22/9/2013 * Ngày đồng ý đăng: 2/10/2013 * Ngày xuất bản: 30/10/2013

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nguyên tắc: ELISA (*kỹ thuật miễn dịch gắn men*) là quá trình phát hiện phức hợp kháng nguyên, kháng thể được tiến hành: kháng thể trong huyết thanh bệnh nhân cần được phát hiện cho kết hợp với kháng nguyên gắn trên giá nhựa, sau đó loại bỏ những thành phần không gắn ra khỏi liên kết đặc hiệu KN-KT và phát hiện phức hợp này bằng phản ứng tạo màu giữa enzym và cơ chất.

Nguyên lý của kỹ thuật: Dựa vào đặc tính hấp thụ tự nhiên của Protein trên một số chất, nhất là chất dẻo, để gắn kháng nguyên *Fasciola* spp. lên trên bề mặt chất dẻo đó (chất mang) rồi ủ với huyết thanh nghi có kháng thể kháng *Fasciola* spp. Sau đó cho kháng thể thú kháng globulin người đã đánh dấu bằng men peroxylase. Men peroxylase sẽ gắn vào phức hợp KN – KT vừa thành hình giá nhựa (chất mang). Quá trình kết hợp này được phát hiện do làm đổi màu của một cơ chất sinh màu trong dung dịch đệm sẽ hiện màu. Có thể đọc bằng mắt thường hoặc định lượng độ đo quang học của cơ chất đã chuyển màu [4], [8].

Kỹ thuật tiến hành:

Thẻ tích dưới đây đủ dùng cho một thanh 8 giếng (6 bệnh nhân)

- Huyết thanh chứng dương P6a, chứng âm P6b:

Mỗi huyết thanh pha loãng 1/20 trong nước muối sinh lý: 5μl + 95μl.

- Huyết thanh bệnh nhân: 50μl (huyết thanh) + 950μl (nước muối sinh lý).

- P2 pha loãng 20 lần trong nước cất: Cần dùng khoảng 50ml: 2,5ml + 47,5ml.

- P3 pha loãng 10 lần trong nước cất: Cần dùng khoảng 2ml: 0,2ml + 1,8ml.

- P4 : 10μl/1000μl P3 đã pha loãng.

o Thực hiện

- Rửa P1 bằng P2 đã chuẩn bị ở trên. Rửa 5 lần.

Đập thanh nhựa vào giấy thấm cho ráo nước rồi cho chất kế tiếp, tránh để khô.

- Cho vào các giếng 90μl P3 đã pha loãng:

- Cho vào giếng 1: 10μl huyết thanh chứng dương,

Giếng 2: 10μl huyết thanh chứng âm

Giếng 3: 10μl huyết thanh bệnh nhân đã chuẩn bị ở trên.

Trộn đều, cuối cùng thì cả 3 giếng đều chứa 100μl dung dịch. Các huyết thanh sau khi pha như trên sẽ có độ pha loãng là 1/200.

- Ủ ở 37°C - 40°C trong 1 giờ.

- Rửa 5 lần như trên.

Đập thanh nhựa vào giấy thấm cho ráo nước rồi cho chất kế tiếp, tránh để khô.

- Cho vào mỗi giếng 100μl dung dịch P4 đã chuẩn bị.

- Ủ 1 giờ ở nhiệt độ trên.

- Rửa 5 lần như trên.

Đập thanh nhựa vào giấy thấm cho ráo nước rồi cho chất kế tiếp, tránh để khô.

- Hiện màu: 800μl P5a + 80μl P5b, không pha trước dung dịch này, khi pha xong cho ngay vào giếng. Cho vào mỗi giếng 100μl. Đọc kết quả sau 5 - 20 phút.

- Ngưng phản ứng bằng 100μl P5c mỗi giếng nếu cần.

o Đọc kết quả: ngưỡng chẩn đoán OD với hiệu giá kháng thể là 1/3200.

Chứng dương: màu xanh da trời (tùy vào hệ màu sử dụng mà màu sắc sẽ thay đổi, có khi là xanh dương, vàng...)

Chứng âm: không màu hay màu rất nhạt.

Bệnh phẩm: so sánh với màu của chứng:

Trong bệnh do sán lá lớn ở gan *Fasciola* sp, nếu màu của giếng chứa bệnh phẩm bằng màu giếng chứng dương thì cho hiệu giá dương tính là 1/12800; nếu màu bằng chứng âm thì âm tính; nếu nhạt hơn màu chứng dương một chút: hiệu giá là 1/6400, nhạt nữa sẽ là 1/3200.

Lưu ý:

Bộ sinh phẩm cần bảo quản ở 40°C, riêng P2 và P5c để ở nhiệt độ phòng thí nghiệm.

Tất cả số liệu thu được xử lý trên máy vi tính theo chương trình thống kê y học Medcal 12.2. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm (%). Các trị số được trình bày với dạng trung bình, kiểm định thống kê. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỉ lệ phát hiện nhiễm kháng thể kháng sán lá gan lớn

Bảng 3.1. Tỉ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn

Kháng thể kháng SLG	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Âm tính	224	68,7
Dương tính	102	31,3
Tổng cộng	326	100

Tỉ lệ dương tính phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) chiếm 31,3%.

3.2. Phân bố tỷ lệ theo giới

Bảng 3.2. Tỷ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn theo giới tính

Giới tính	Dương tính		Âm tính		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Nam	40	24,4	124	75,6	164	100
Nữ	62	38,3	100	61,7	162	100
Chung	102	31,3	224	68,7	326	100
P	p < 0,05					

Tỷ lệ kháng thể kháng sán lá gan lớn dương tính ở nam chiếm 24,4%, nữ chiếm 38,3%. Như vậy, nữ có tỷ lệ kháng thể dương tính cao hơn ở nam, sự khác biệt về tỷ lệ kháng thể sán lá gan lớn dương tính giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Phân bố tỷ lệ theo độ tuổi

Bảng 3.3. Tỷ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn theo độ tuổi

Độ tuổi	Dương tính		Âm tính		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
≤16	3	23,1	10	76,9	13	100
17- ≤30	25	36,8	43	63,2	68	100
31 - ≤60	62	33	126	67	188	100
> 60	7	12,3	50	87,7	57	100
Tổng cộng	102	31,3	224	68,7	326	100
P	p < 0,05					

Tỷ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) cao nhất ở độ tuổi 17 - ≤30 chiếm 36,8%.

3.4. Phân bố tỷ lệ theo địa dư

Bảng 3.4. Tỷ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan với địa dư

Địa dư	Dương tính		Âm tính		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Thành thị	27	22,7	92	77,3	119	100
Nông thôn	74	36,8	127	63,2	201	100
Miền núi	1	16,7	5	83,3	6	100
Chung	102	31,3	224	68,7	326	100
P	p < 0,05					

Tỷ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) cao ở nông thôn chiếm 36,8%.

3.5. Phân bố tỷ lệ theo nghề nghiệp

Bảng 3.5. Tỷ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan lớn theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Dương tính		Âm tính		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Nông dân	64	36,2	113	63,8	177	100
Buôn bán	20	25,3	59	74,7	79	100
Cán bộ	13	29,5	31	70,5	44	100
HS-SV	5	19,2	21	80,8	26	100
Tổng cộng	102	31,3	224	68,7	326	100
P	p < 0,05					

Tỷ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) theo nghề nghiệp, ở nhóm nông dân chiếm tới 36,2%, nhóm buôn bán chiếm 25,3%, nhóm cán bộ chiếm 29,5%, nhóm học sinh - sinh viên chiếm thấp nhất 19,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.6. Liên quan giữa tỷ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan lớn với thói quen ăn rau thủy sinh

Bảng 3.6. Liên quan tỷ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan lớn với thói quen ăn rau thủy sinh

Ăn rau thủy sinh	Dương tính		Âm tính		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
Thỉnh thoảng	57	20,7	218	79,3	275	100
Thường xuyên (tuần nào cũng ăn)	45	88,2	6	11,8	51	100
Tổng cộng	102	31,3	224	68,7	326	100
P	p < 0,05					

Liên quan giữa tỷ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) với thói quen ăn rau thủy sinh, tỷ lệ mắc bệnh của nhóm ăn thường xuyên là 88,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ kháng thể kháng sán lá gan lớn chung qua nghiên cứu xét nghiệm 326 bệnh nhân bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA), có 102 bệnh nhân có phản ứng dương tính chiếm tỷ lệ 31,3%. Theo nghiên cứu của Đào Trịnh Khánh Ly kết quả nhiễm sán lá gan lớn trong cộng đồng như sau: Tỉnh Bình Định, chiếm 27,9%; tiếp đến là tỉnh Quảng Ngãi, chiếm 21,1%, Phú Yên: 19,7%, Gia Lai 19%, thấp nhất là tỉnh Ninh Thuận, Quảng Bình: 1,4% [8]. Nghiên cứu của Trần Vinh Hiền và cộng sự (2001) gồm 393 bệnh nhân thì chủ yếu tập trung ở miền Trung Khánh Hòa (97), Bình

Định (87), Quảng Ngãi (77), Phú Yên (54), Đà Nẵng (33), Lâm Đồng (25), Đắk Lak (10) và các tỉnh phía nam (10). Đặng Thị Cẩm Thạch (2008): Cả nước có 2196 ca bệnh Sán lá gan lớn tập trung chủ yếu cao nhất là các tỉnh Bình Định (428), Quảng Ngãi (284), Phú Yên (151) [5]. Các kết quả đều cho thấy tỷ lệ nhiễm SLG lớn tập trung ở các tỉnh đồng bằng miền Trung, nguyên nhân của sự gia tăng bệnh có thể là do phát triển nghề chăn nuôi và trồng trọt, nhất là chăn nuôi bò lấy sữa nhiều vùng, bằng chứng là tỷ lệ nhiễm SLG lớn ở các tỉnh miền Trung rất cao, sự đào thải trứng SLG lớn trước đây chủ yếu ở động vật ăn cỏ, nay cộng thêm trứng SLG lớn ở người bài xuất ra đã làm cho điều kiện nhiễm bệnh ngày càng thuận lợi hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân đến khám cũng chủ yếu từ các tỉnh miền Trung và đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số là những người có yếu tố nguy cơ cao, có nghĩa là có biểu hiện bệnh lý, được lâm sàng theo dõi nhiễm sán lá gan lớn và cho làm xét nghiệm tìm kháng thể kháng sán lá gan lớn điều này giải thích được tỉ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn của chúng tôi cao hơn các tác giả khác [1], [2].

Tỉ lệ phát hiện kháng thể kháng sán lá gan lớn bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) theo giới tính ở nam chiếm 24,4%, nữ chiếm 38,3%. Như vậy, nữ có tỉ lệ phát hiện nhiễm sán lá gan bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzym (ELISA) cao hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi ($p < 0,05$).

Theo các tác giả, nữ giới mắc bệnh SLGL nhiều hơn nam đến hơn hai lần. Điều này có lẽ nữ giới có thói quen ăn rau sống và các loại rau thủy sinh nhiều hơn nam giới. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Vinh Hiền (2002) gồm 191 bệnh nhân: tỷ lệ mắc nữ chiếm 71,2%, nam chiếm 28,8% [6]; Võ Hưng (2001) trên 57 bệnh nhân, nữ chiếm 69,1%, nam chiếm 27,9% [26], Huỳnh Hồng Quang (2006) trên 350 bệnh nhân: nữ chiếm 84%, nam 16% [45]; Đặng Thị Cẩm Thạch (2008): với 1446 bệnh nhân nữ chiếm 62,6 %, nam 37,4% [37]. Theo nghiên cứu này nữ nhiễm sán lá gan cao gấp hai lần ở nam. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan ở nữ là 12,4% và nam là 6,7%. Nữ có nguy cơ nhiễm sán lá gan lớn cao hơn nam giới [5], [7], [10].

Những kết quả nghiên cứu về phát hiện sán lá gan bằng kỹ thuật miễn dịch gắn enzyme của Louis Marcos (2005) tại Peru gồm những người

trên 19 tuổi: tỷ lệ nam/nữ là 32/29 [12], [13], [14]; nghiên cứu hồi cứu của Roberto Nera Y Sierra và cộng sự (2011) tại Argentina tỷ lệ mắc bệnh ở nữ chiếm 55,06%, nam 44,94%. Sự khác biệt giữa nam và nữ có thể được giải thích do sự bất tương đồng trong chế độ ăn uống giữa hai nhóm [12], [14].

Trong kết quả này, chúng ta nhận thấy rằng độ tuổi lao động chiếm tỉ lệ cao nhiễm bệnh, điều này ảnh hưởng rất lớn đến nguồn lao động, ảnh hưởng xấu đến sự phát triển kinh tế xã hội. Do đó việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời các trường hợp nhiễm sán lá gan lớn là cấp bách và cần thiết. Kết quả này cũng tương tự như kết quả điều tra của Trần Vinh Hiền (1998) gồm 125 bệnh tuổi từ 21 – 40 chiếm 60%; Trần Vinh Hiền (2001) gồm 393 bệnh có 85% từ 21 đến 50 tuổi [5]; Nguyễn Văn Đề và cộng sự (2009): tuổi trung bình là $34,2 \pm 15,5$ trong đó nhóm 31 – 45 tuổi chiếm cao nhất 35,3%; Nguyễn Khắc Lực và cộng sự (2009): tuổi trung bình $38,43 \pm 17,74$ trong đó nhóm 20 – 49 tuổi chiếm cao nhất 36,6% [3]. Và tác giả Đào Trịnh Khánh Ly trong nghiên cứu của mình đã kết luận rằng: “Tỉ lệ nhiễm sán lá gan lớn trong độ tuổi lao động, cho thấy bệnh SLG lớn ảnh hưởng không nhỏ đến tình hình sức khỏe của người dân, ảnh hưởng nhiều đến nền kinh tế mà đặc biệt là nhân dân sống trong vùng dịch tễ lưu hành. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện nghiên cứu, gặp rất nhiều trẻ em nhiễm SLG lớn. Có trường hợp tổn thương gan rất lớn”. Theo các tác giả người nhiễm SLGL có ở các nhóm tuổi khác nhau độ tuổi. Theo tác giả Nguyễn Văn Đề (2006) nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 20-49 tuổi (69,5%), còn Đặng Thị Cẩm Thạch (2008, 2010) cho rằng TL mắc của nhóm tuổi này còn lên đến 80%, nghiên cứu tại Gia Lai là 95,1%, tại Quảng Nam là 89,1%. Còn nhóm tuổi từ 6-15 tuổi trong cộng đồng nhiễm 0,9%, trong nhóm nhiễm sán lá gan lớn thì nhóm tuổi này chiếm cao hơn với 17,5%. Theo Đặng Thị Cẩm Thạch nghiên cứu hồi cứu trên bệnh án cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sán lá gan lớn tuổi dưới 10 chiếm 0,5% và trong cộng đồng 0,7%. Nguyễn Khắc Lực, 2010 thì tỷ lệ này là 0,6% theo ca bệnh và 1,3% trong cộng đồng. Theo Trần Vinh Hiền, tỷ lệ nhiễm này là 14,1% [3], [4]. Tỷ lệ nhiễm sán lá gan lớn ở nhóm tuổi này tuy thấp ở hầu hết các nghiên cứu nhưng đây là dấu hiệu chứng tỏ nguy cơ phơi nhiễm trong cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có gặp các trường hợp nhiễm sán lá gan lớn ở trẻ em

chiếm 23,1%. Đây là một tỷ lệ không nhỏ trong cộng đồng. Do đó, các trường hợp trẻ em nhiễm sán lá gan lớn cũng cần phải được phát hiện, điều trị kịp thời và theo dõi lâu dài nhằm tránh tái nhiễm và dự phòng các biến chứng do sán lá gan lớn gây ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi người dân ở nông thôn chiếm tỉ lệ cao nhất với 36,8%, thành phố chiếm 22,7% và miền núi chiếm 16,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kháng thể kháng sán lá gan lớn được phát hiện phần lớn ở nông thôn, nguyên nhân của sự gia tăng bệnh có thể là do phát triển nghề chăn nuôi và trồng trọt, nhất là chăn nuôi bò lấy sữa nhiều vùng, sự đào thải trứng SLG lớn trước đây chủ yếu ở động vật ăn cỏ, nay cộng thêm trứng SLG lớn ở người bài xuất ra đã làm cho điều kiện nhiễm bệnh ngày càng thuận lợi hơn. Hơn nữa ở nông thôn tình trạng ăn rau sống, uống nước lã cũng xảy ra thường xuyên nên tỉ lệ này hoàn toàn hợp lí. Ở miền núi tỉ lệ nhiễm sán lá gan lớn thấp nhất chỉ có 16,7%, Nông dân nhiễm cao nhất do tính chất công việc phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ như tăng khả năng tiếp xúc nguồn nước ô nhiễm, không an toàn, điều kiện vệ sinh kém, chăn nuôi gia súc [8], [16].

Tỉ lệ lây nhiễm sán lá gan lớn của nhóm thỉnh thoảng ăn rau thủy sinh rất thấp chiếm 20,7%. Trong khi đó tỉ lệ lây nhiễm của nhóm thường xuyên ăn rau sống lên đến 88,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Theo nghiên cứu của Đào Trịnh Khánh Ly trong số 147 bệnh nhân nhiễm SLG lớn của nghiên cứu thì có đến 144 người chiếm 98% có thói quen ăn sống các loại rau dưới nước (rau thủy sinh). Các rau thường ăn là: rau ngổ, rau muống, ngó sen, rau răm, rau cải soong... tiếp đến là những người có nuôi trâu bò chiếm 61,9%, người dùng phân bón gia súc để bón chiếm 55,8%, uống nước lã chiếm 8,8%, gia đình có người nhiễm SLG chiếm 5,5%.

Bệnh nhân của nhóm nghiên cứu chúng tôi thuộc các tỉnh miền Trung, sống chủ yếu bằng nghề nông và chăn nuôi trâu, bò. Tại miền Trung,

trong những năm gần đây, nghề nuôi bò sữa phát triển, số lượng đàn bò được chăn thả gia tăng. Trong trồng trọt có nhiều vùng trồng rau phục vụ cho nhu cầu thực phẩm hàng ngày như rau ngổ, rau cải xoong, rau muống, rau răm, rau đắng...và đặc biệt người dân trong vùng có thói quen ăn sống các loại rau thủy sinh này. Khảo sát phong tục tập quán của người dân trong vùng có thói quen ăn sống các loại rau thủy sinh này, thậm chí có nơi còn dùng rau ngổ sống giã vắt lấy nước uống để chữa bệnh. Thói quen này là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh SLG lớn gia tăng cho người dân [8], [12], [13].

Đây cũng chính là phương thức lây nhiễm chính ở nước ta. Đồng thời, độ nhiễm nang SLG lớn ở các loại rau thủy sinh của miền Trung cao hơn ở các nơi khác trong cả nước. Thêm vào đó, thói quen sử dụng phân chuồng chưa ủ đã đem bón ruộng rau và lúa, trâu bò phóng uế bừa bãi trên các cánh đồng sẽ cảnh báo sự lan truyền nhanh chóng căn bệnh này nếu không kịp thời phát hiện và điều trị triệt để các trường hợp bệnh SLG lớn tại cộng đồng [7].

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Hồng Quang (2006) trên 350 bệnh nhân: tập quán ăn rau, ốc, nước lã chiếm 97,71%, sử dụng phân trâu bò tươi tiêu chiếm 54%, ăn/sử dụng gan trâu, bò, cừu chiếm 0,57%; Nguyễn Văn Chương và CS (2009) thói quen ăn rau sống thủy sinh chiếm 77,5%. Kết quả nghiên cứu của Louis Marcos (2005) tại Peru gồm những người >19 tuổi: ăn rau sống có liên quan đến bệnh SLG lớn ở cả phân tích đơn biến và hồi qui tuyến tính [9], [10].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm sán lá gan với các bệnh nhân có triệu chứng gợi ý trên lâm sàng là 31,3%. Nguồn lây nhiễm chính do người dân ăn các loại thực vật thủy sinh.

Bệnh xảy ra chủ yếu ở người nông dân trong độ tuổi lao động, ở nữ gặp nhiều hơn ở nam. Do đó cần có một thái độ dự phòng hợp lý cho các đối tượng có nguy cơ cao này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Văn Khá, Bùi Văn Tuấn, Trần Minh Quý (2011), “Xây dựng mô hình phòng chống bệnh sán lá gan lớn ở 2 xã của huyện Phù Cát, tỉnh Bình Định, Việt Nam”, *Công trình khoa học báo cáo tại hội nghị kỷ sinh trùng lần thứ 38*, 2, NXB Y học, tr.118-126.
2. Nguyễn Văn Chương, Triệu Quang Trung, Nguyễn Văn Khá, Bùi Văn Tuấn (2006), “Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học của bệnh sán lá gan lớn ở một số điểm của hai tỉnh miền Trung”, *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001-2006*, NXB Y học, tr.410-416.

3. Nguyễn Văn Đề, Lê Thanh Hòa, Nguyễn Thị Hoa (2008), “Tình hình nhiễm sán lá gan ở người và thành phần loài sán lá gan ở Việt Nam”, *Y học thực hành*, 5, tr.113-117.
4. Trần Thị Kim Dung, Phan Anh Tuấn, Trần Vinh Hiền (1994), “Chẩn đoán bệnh sán lá ở gan Fasciola sp bằng phương pháp huyết thanh miễn dịch E.L.I.S.A và huỳnh quang”, *Công trình nghiên cứu khoa học*, NXB Y học, tr.201-204.
5. Trần Vinh Hiền, Trần Thị Kim Dung, Nguyễn Hữu Chí, Phan Hữu Danh, Phạm Thị Hạnh (2001), “Bệnh do sán lá lớn ở gan Fasciola sp trên người tại Việt Nam”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 5(1), tr.75-78.
6. Trịnh Thị Xuân Hòa (2009), *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*, luận án tóm tắt, Học viện quân y, tr.1-23.
7. Nguyễn Khắc Lực, Nguyễn Văn Văn (2009), “Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân sán lá gan lớn tại bệnh viện đa khoa khu vực miền núi phía Bắc tỉnh Quảng Nam (2004-2008)”, *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, 3, tr.81-86.
8. Đào Trịnh Khánh Ly (2012), “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của Triclabendazole ở bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn” *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Trường Đại Học Y Dược Huế.
9. Huỳnh Hồng Quang, Nguyễn Ngọc Vinh, Nguyễn Duy Sơn (2008), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân nhiễm sán lá gan lớn Fasciola spp. tại khu vực miền Trung-Tây Nguyên, Việt Nam, 2006-2008”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), tr.11-18.
10. Đặng Thị Cẩm Thạch, Đỗ Trung Dũng, Lê Ngọc Loan (2008), “Tình hình nhiễm sán lá gan lớn ở Việt Nam năm 2007 và đề xuất biện pháp phòng chống”, *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, 4, tr.31-37.
11. Alatoon A., Cavuoti D., Southern P., Gander R. (2008), Fasciola hepatica infection in the United States, *LabMedicine*, 39(7), pp.425-428.
12. Gulsen M.K., Savas M.C., Koruk M., Kadayifci A., Demirci F. (2006), Fascioliasis, *The Netherland Journal of Medicine*, 64(1), pp.17-19.
13. Keiser J., Utzinger J. (2009), food-bore trematodiasis, *clinical Microbiology Reviews*, 22(3), pp.466-483.
14. Marcos L. A., Maco V., Terashima a., Samalvide F., Espinoza J.R., Gotuzzo E. (2005), Fascioliasis in relatives of patients with Fasciola hepatica infection in Peru, *Rev. Inst. Med. Trop.S. Paulo*, 47(4), pp.219-222.
15. Tolan Robert W. (2011), Fascioliasis due to Fasciola hepatica and Fasciola gigantica infection: an update on this neglected Neglected tropical disease, *labMedicine*, 42, pp.107-116.
16. WHO (2010), First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases, pp.vii-ix.