

ĐẶC ĐIỂM TÀN TẬT CỦA BỆNH NHÂN PHONG ĐANG QUẢN LÝ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH GIA LAI ĐẾN THÁNG 6 NĂM 2023

Lê Thanh Nhân¹, Nguyễn Đức Hải², Đinh Nguyễn Thu Hằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tàn tật của bệnh nhân phong đang được quản lý trên địa bàn tỉnh Gia Lai đến tháng 6 năm 2023.

Đối tượng: 422 bệnh nhân phong đang quản lý, điều trị tại tỉnh Gia Lai.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang,

Kết quả: Tỷ lệ tàn tật của bệnh nhân phong là 88,9%. Phần lớn bệnh nhân phong có tàn tật độ II (chiếm 87,2%). Phần lớn bệnh nhân phong có tàn tật trước điều trị, chiếm 71,4% ở bệnh nhân tàn tật độ I và 82,9% ở bệnh nhân tàn tật độ II. Tỷ lệ tàn tật ở mắt, bàn tay, bàn chân và phối hợp lần lượt là 26,5%, 69,7%, 66,4% và 57,8%.

Tàn tật phổ biến ở bàn tay là da lòng bàn tay khô (23,7%) và mất cảm giác đơn thuần (17,5%). Các tàn tật khác ở bàn tay là mất cảm giác kèm lở loét/ thương tích (2,8%), bàn tay ngứa (2,1%) và bàn tay rủ (4,3%). Phân bố các tàn tật bàn tay trên ở nhóm MB và PB khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). Tàn tật phổ biến ở ngón tay cái là cò cứng (26,1%) và cụt rụt nhẹ (19,2%).

Tàn tật phổ biến ở bàn chân là da lòng bàn chân khô (22,3%) và cụt rụt nhẹ ngón chân (23,9%). Tỷ lệ bệnh nhân có loét lỗ đáo trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,8%.

Tỷ lệ tàn tật vùng mắt thường gặp nhất là không đếm được các ngón tay khi cách xa 6m (10,9%), nhân mắt đục (10,7%), mắt đỏ (9,5%), mắt không nhắm được (9,2%) và rụng lông mày (9%).

Tỷ lệ tàn tật độ II ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nhóm già không lao động,

¹ Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Gia Lai, ² Học viện Quân y, ³ Sở Y tế tỉnh Gia Lai

Người phản hồi (Corresponding): Lê Thanh Nhân (drduchaick2@gmail.com)

Ngày nhận bài: 08/9/2023, ngày phản biện: 28/9/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/9/2023

nhóm mù chữ và nhóm có thời gian mắc bệnh > 10 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ tàn tật ở bệnh nhân phong tại Gia Lai đến tháng 6 năm 2023 cao, phần lớn bệnh nhân có tàn tật phối hợp. Tàn tật thường gặp là da lòng bàn tay, bàn chân khô, mất cảm giác và cò ngón, nhân mắt đục. Tỷ lệ tàn tật độ II ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nhóm già không lao động, nhóm mù chữ và nhóm có thời gian mắc bệnh > 10 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Từ khóa: Tàn tật, bệnh phong, Gia Lai.

THE DISABILITY CHARACTERISTICS OF LEPROSY PATIENTS MANAGED IN GIA LAI PROVINCE UNTIL JUNE 2023

ABSTRACT

Objectives: To describe of disability of leprosy patients managed in Gia Lai province until June 2023.

Subjects: 422 leprosy patients managed and treated in Gia Lai province.

Methods: Retrospective, cross-sectional study,

Result: The disability rate of leprosy patients is 88.9%. Most leprosy patients have grade II disability (87.2%). The majority of leprosy patients had pre-treatment disability, accounting for 71.4% in grade I disabled patients and 82.9% in grade II disabled patients. The disability rate in the face, hands, feet and coordination was 26.5%, 69.7%, 66.4% and 57.8%, respectively.

Common hand disability is dry palm skin (23.7%) and simple loss of sensation (17.5%). Other hand disabilities were loss of sensation with sores/injury (2.8%), supine hand (2.1%) and drooping hand (4.3%). The distribution of upper hand disabilities in the MB and PB groups was not statistically significant (with $p > 0.05$). Common disabilities in the thumb are stiff trigger (26.1%) and slight amputation (19.2%).

Common foot disabilities are dry soles (22.3%) and slight toe amputation (23.9%). The rate of patients with cavernous ulcers in our study was 16.8%.

The most common rate of facial disability is the inability to count the fingers when 6m away (10.9%), cloudy eyes (10.7%), red eyes (9.5%), eyes unable to close (9.2%) and eyebrow loss (9%).

The rate of grade II disability in the group of patients over 60 years old, the elderly group without working, the illiterate group and the group with disease duration > 10 years. The difference was statistically significant (with $p < 0.05$).

Conclusion: The disability rate in leprosy patients in Gia Lai until June 2023 is high, most of the patients have combined disability. Common disability is dry skin on palms and feet, loss of sensation and trigger finger, cloudy eyes. The rate of grade II disability in the group of patients over 60 years old, the elderly group without working, the illiterate group and the group with disease duration > 10 years. The difference was statistically significant (with $p < 0.05$).

Keywords: Disabled, leprosy, Gia Lai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là bệnh nhiễm trùng mạn tính gây ra bởi vi khuẩn *Mycobacterium Leprae* (M *Leprae*) [1]. Bệnh phong xuất hiện ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, không phân biệt độ tuổi, giới tính, dân tộc. Bệnh chủ yếu gây thương tổn ở da, các dây thần kinh ngoại biên và có thể để lại những dị hình, tàn tật vĩnh viễn ở cơ thể nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Ở Việt Nam, bệnh phong đã ảnh hưởng đến không chỉ người bệnh mà còn tới cả cộng đồng [2]. Những dị hình, tàn tật của người mắc bệnh phong biểu hiện rất đa dạng: bộ mặt xù xì, mắt thô, bàn tay, chân co quắp, cùi cụt... làm cho những người mắc bệnh phong bị kì thị, xa lánh gây ảnh hưởng nặng nề về tinh thần đối với người bệnh [3].

Gia Lai là một tỉnh miền núi nằm ở phía bắc Tây Nguyên với thời tiết khắc nghiệt, đời sống kinh tế của nhân dân còn nhiều khó khăn, phần lớn là dân tộc thiểu số với trình độ dân trí thấp nên ảnh hưởng đến công tác phòng chống bệnh phong. Tỷ lệ mắc bệnh phong tại Gia Lai cao so với cả nước và tỷ lệ tàn tật còn cao. Tuy nhiên, tỉnh Gia Lai còn có ít nghiên cứu về thực

trạng tàn tật, các loại hình tàn tật trên bệnh nhân phong đang quản lý. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đặc điểm tàn tật của bệnh nhân phong đang quản lý trên địa bàn tỉnh Gia Lai đến tháng 6 năm 2023” nhằm mục tiêu:

Mô tả tàn tật của bệnh nhân phong đang được quản lý trên địa bàn tỉnh Gia Lai đến tháng 6 năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 422 bệnh nhân phong được quản lý trên địa bàn tỉnh Gia Lai đến tháng 6 năm 2023.

+ *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phong.

- Bệnh nhân phong đang quản lý có hồ sơ đầy đủ: Có theo dõi trong sổ quản lý bệnh nhân phong tuyến tỉnh, huyện, xã.

- Bệnh nhân hoặc thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân phong hồ sơ quản lý

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

không đầy đủ.

- Bệnh nhân phong có hồ sơ quản lý đầy đủ nhưng không có mặt tại địa phương trong lúc điều tra nghiên cứu.

- Bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

+ Đặc điểm dịch tễ: Tuổi, giới, học vấn, dân tộc, địa lý, thời gian mắc bệnh, thời gian phát hiện bệnh, nhóm bệnh.

+ Đặc điểm tàn tật: tỷ lệ, độ tàn

tật, vị trí và thời gian tàn tật.

+ Loại hình tàn tật ở tay, chân và mặt.

+ Mối liên quan giữa độ tàn tật và một số đặc điểm dịch tễ.

- *Xử lý số liệu:* số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Tính tần số, tỷ lệ % với biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến định lượng. So sánh 2 tỷ lệ bằng điểm định khi bình phương. So sánh 2 giá trị trung bình bằng kiểm định T – test. So sánh 3 giá trị trung bình bằng phương pháp kiểm định ANOVA. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân phong (n = 422)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 15	3	0,7
	15 – 60	208	49,3
	> 60	211	50
	X ± SD	59,20 ± 16,48	
Giới	Nam	245	58,1
	Nữ	177	41,9
Dân tộc	Jorai	281	66,6
	Ba Na	134	31,7
	Kinh	5	1,2
	Tày	2	0,5
Học vấn	Mù chữ	312	73,9
	Tiểu học	95	22,5
	Trung học	15	3,6
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	287	68
	Già, không lao động	117	27,7
	Khác	18	4,3

Thời gian mắc bệnh	≤ 15 năm	104	24,6
	>15 năm	338	80,1
Thời gian phát hiện bệnh	<1 năm	280	66,4
	1 – 5 năm	136	32,2
	>5 năm	6	1,4
Nhóm bệnh	MB	399	94,5
	PB	23	5,5

Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi từ 15 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,20 \pm 16,48$. Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ lần lượt là 58,1 % và 41,9%. Đây là độ tuổi phải lao động để nuôi sống bản thân và gia đình.

Bệnh nhân phong phần lớn thuộc dân tộc Jorai (66,6%) và Ba Na (31,7%). Gia Lai là một tỉnh miền núi thuộc vùng Tây Nguyên, đa số là dân tộc ít người. Đời sống kinh tế vùng dân tộc còn nhiều khó khăn, nghèo nàn, trình độ văn hóa thấp kém, giao thông đi lại khó khăn nên đồng bào dân tộc khó tiếp xúc với các dịch vụ y tế. Vì vậy, người dân tộc thiểu số dễ mắc bệnh hơn và dễ bị tàn tật hơn khi mắc bệnh.

Bệnh nhân phong có tỷ lệ mù chữ rất cao, chiếm 73,9%. Phần lớn bệnh nhân lao động chân tay (chiếm 68%) và già,

không lao động (chiếm 27,7%). Vì vậy, nhận thức và hiểu biết của người dân về bệnh phong và tàn tật còn hạn chế, dẫn đến còn nhiều ca mắc mới phát hiện muộn và tỷ lệ tàn tật cao.

Bệnh nhân phong có thời gian mắc bệnh trên 15 năm chiếm 80,1%, trong đó 66,4% bệnh nhân phát hiện bệnh trong vòng 1 năm. Kết quả này cũng phù hợp với thực tế bệnh nhân mắc bệnh phong phần lớn là trước năm 1975. Số lượng bệnh nhân mắc bệnh phong từ năm 2005 đến nay ít phản ánh một phần hiệu quả của chương trình chống phong quốc gia.

Bệnh nhân phong thuộc nhóm MB chiếm 94,5%. Tỷ lệ thể MB chiếm ưu thế, cho thấy thực sự nguồn lây vẫn còn. Gia Lai vẫn nằm trong vùng dịch tễ bệnh phong lưu hành.

Bảng 3.2. Đặc điểm tàn tật của bệnh nhân phong (n = 422)

Đặc điểm		n	%
Tỷ lệ tàn tật	Độ 0	47	11,1
	Độ I	7	1,7
	Độ II	368	87,2

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Thời điểm tàn tật	Trước điều trị	310	82,7
	Trong điều trị	35	9,3
	Sau điều trị	30	8,0
Vị trí tàn tật	Mặt	112	29,9
	Tay	294	78,4
	Chân	280	74,7
	Phối hợp	244	65,1

Tỷ lệ tàn tật của bệnh nhân phong là 88,9%. Bệnh nhân phong có tàn tật độ II chiếm 87,2%. Phần lớn bệnh nhân phong có tàn tật trước điều trị, chiếm 71,4% ở bệnh nhân tàn tật độ I và 82,9% ở bệnh nhân tàn tật độ II. Tỷ lệ tàn tật ở mặt, bàn tay, bàn chân và phối hợp lần lượt là 26,5%, 69,7%, 66,4% và 57,8%.

Có một số nghiên cứu trước đây đã được tiến hành trên bệnh nhân phong ở một số huyện thuộc tỉnh Gia Lai. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân (2001) được tiến hành trên các bệnh nhân phong tại Gia Lai năm 1997 - 1999, có 40% bệnh nhân phong bị tàn tật, trong đó có 3% tàn tật độ I và 37% tàn tật độ II [4]. Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Ngọc Dũng được tiến hành trên 293 bệnh nhân phong đang quản lý tại 2 huyện AyunPa và Chư Sê năm 2006 tại tỉnh Gia Lai, tỷ lệ bệnh nhân phong bị tàn tật là 61,1%, trong đó 1,7% bệnh nhân tàn tật độ I và 59,4% bệnh nhân tàn tật độ II [5]. Ở các địa bàn khác, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Dương và cộng sự (2015) được tiến hành trên các bệnh nhân mắc bệnh phong

tại 3 tỉnh Bắc Trung Bộ, có 68,1% tàn tật độ II, 26% tàn tật độ I và 5,9% tàn tật độ 0 [6].

Như vậy, tỷ lệ tàn tật của bệnh nhân phong tại Gia Lai đến năm 2023 cao hơn so với giai đoạn 1997 – 1999 và cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả ở các địa bàn khác. Nguyên nhân có thể do công tác phòng chống phong tại đây gặp nhiều khó khăn do trình độ dân trí thấp, các bệnh nhân được phát hiện và điều trị muộn... Tàn tật độ II có tỷ lệ cao là hậu quả của việc phát hiện và điều trị muộn trong giai đoạn mà chương trình chống phong ở nước ta chưa đi vào hoạt động hiệu quả, bệnh nhân phong chưa được điều trị bằng đa hóa trị liệu sớm. Bệnh phong là bệnh có thời gian ủ bệnh khá lâu. Trước đây, chương trình phòng chống phong còn nhiều hạn chế, cùng với sự kỳ thị của xã hội đối với những người mắc bệnh phong. Vì vậy, bệnh nhân phong được phát hiện và điều trị muộn, khi đó đã xuất hiện tàn tật.

Bảng 3. Đặc điểm tàn tật ở tay của bệnh nhân phong (n = 422)

Tình trạng bàn tay	Nhóm MB		Nhóm PB		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mất cảm giác đơn thuần	70	17,5	4	17,4	74	17,5	>0,05
Da lòng bàn tay khô	93	23,3	7	30,4	100	23,7	>0,05
Bàn tay mất cảm giác có lở loét/thương tích	12	2,8	0	0	12	2,8	>0,05
Bàn tay ngứa	8	2	1	4,3	9	2,1	>0,05
Bàn tay rũ	18	4,5	0	0	18	4,3	>0,05
Ngón tay cái	Cò mềm				49	11,6	
	Cò cứng				110	26,1	
	Cụt rụt nhẹ (chưa quá khớp bàn đốt)				81	19,2	
	Cụt rụt nặng (quá khớp bàn đốt)				44	10,4	
	Teo khâu độ ngón cái < 35 độ				11	2,6	
	Liệt dạng đối ngón cái				12	2,8	
	Teo (mặt lưng ô mô cái)				11	2,6	
Tổn thương thần kinh	Tổn thương thần kinh trụ đơn thuần				14	3,3	
	Tổn thương thần kinh giữa đơn thuần				5	1,2	
	Tổn thương thần kinh trụ + giữa thấp				7	1,7	
	Tổn thương thần kinh trụ + giữa cao				5	1,2	
	Tổn thương thần kinh trụ + giữa + quay				32	7,6	
	Tổn thương thần kinh quay đơn thuần				1	0,2	

Tàn tật phổ biến ở bàn tay là da lòng bàn tay khô (23,7%) và mất cảm giác đơn thuần (17,5%). Các tàn tật khác ở bàn tay là mất cảm giác kèm lở loét/ thương tích (2,8%), bàn tay ngứa (2,1%) và bàn tay rũ (4,3%). Phân bố các tàn tật bàn tay trên ở nhóm MB và PB khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). Tàn tật

phổ biến ở ngón tay cái là cò cứng (26,1%) và cụt rụt nhẹ (19,2%).

Mất cảm giác đơn thuần hoặc mất cảm giác kèm tổn thương vận động là loại hình tàn tật bàn tay gặp trong nhiều nghiên cứu. Theo tác giả Phạm Văn Hiền, tỷ lệ mất cảm giác kèm theo tổn thương vận động ở cộng đồng và khu điều trị lần lượt là 94,15% và 95,21% [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ mất cảm giác đơn thuần và mất cảm giác đơn thuần kèm theo tổn thương vận động trong các nghiên cứu khác nhau do địa điểm, thời gian và đối tượng nghiên cứu. Đối với những nghiên cứu trên các đối tượng bệnh nhân mắc bệnh tại thời điểm chương trình chống phong quốc gia chưa phát triển, bệnh nhân được phát hiện và điều trị muộn, chủ yếu là điều trị bằng đơn trị liệu dẫn đến tàn tật xuất hiện sớm và nặng. Các nghiên cứu được tiến hành trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi, tàn tật xuất hiện lâu ngày, kết hợp chăm sóc kém dẫn đến các thương tích, gây ra các tổn thương vận động.

Tổn thương ngón cái có thể do tổn

thương dây thần kinh trụ, thần kinh giữa hoặc phối hợp giữa thần kinh trụ và thần kinh giữa. Tổn thương ngón cái ảnh hưởng nhiều đến khả năng cầm nắm của người bệnh, vì ngón cái có tầm hoạt động nhiều nhất, có nhiều chức năng bao gồm đối, dạng, khép giúp bàn tay cầm nắm. Vì vậy, cần đánh giá tàn tật ở ngón cái để tìm ra các biện pháp phòng tránh tàn tật và các biện pháp phục hồi.

Tổn thương phối hợp 3 dây thần kinh trụ, quay, giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (7,6%). Tỷ lệ tổn thương thần kinh trụ đơn thuần là 3,3%, trụ + giữa thấp (1,7%), trụ + giữa cao (1,2%), giữa đơn thuần (1,2%). Tổn thương thần kinh quay đơn thuần chiếm 0,2%. Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Ngọc Dũng (2006), tổn thương thần kinh bao gồm: thần kinh trụ + thần kinh giữa thấp (56,9%), thần kinh trụ đơn thuần (41,8%), thần kinh giữa đơn thuần (16,4%), tổn thương thần kinh trụ + giữa + quay (1,9%), thần kinh trụ + giữa cao (0,6%) [5]. Như vậy, tổn thương thần kinh thường gặp ở tay là trụ và giữa, tổn thương thần kinh quay ít gặp.

Bảng 4. Đặc điểm tàn tật ở chân của bệnh nhân phong (n = 422)

Tình trạng bàn chân	Nhóm MB		Nhóm PB		Tổng		p
	n	%	n	%	N	%	
Mất cảm giác đơn thuần	79	17,8	5	21,7	84	19,9	>0,05
Da lòng bàn chân khô	87	21,8	7	30,4	94	22,3	>0,05
Cò mềm ngón chân	54	13,5	5	21,7	59	14	>0,05
Trật khớp bàn đốt chân	17	4,3	3	13	20	4,7	>0,05
Trật - cứng khớp bàn đốt	21	5,3	1	4,3	22	5,2	>0,05

Cụt rụt nhẹ (chưa quá khớp bàn đốt)	97	24,3	4	17,4	101	23,9	>0,05
Cụt rụt nặng (quá khớp bàn đốt)	77	19,3	2	8,7	79	18,7	>0,05
Chân cật cần	39	9,8	3	13	42	10	>0,05
Viêm tắc tĩnh mạch, bạch mạch	0	0	0	0	0	0	>0,05
Loét lỗ đáo	69	17,3	2	8,7	71	16,8	>0,05
Viêm sùi cổ chân	9	2,3	1	4,3	10	2,4	>0,05
Bàn chân lật	0	0	0	0	0	0	>0,05
Cụt quá khớp cổ chân	26	6,5	1	4,3	27	6,4	>0,05
Tổn thương thần kinh	Tổn thương thần kinh chày sau đơn thuần vị trí thấp				13	3,1	
	Tổn thương thần kinh hông kheo ngoài đơn thuần				12	2,8	
	Tổn thương thần kinh chày sau vị trí thấp + hông kheo ngoài				25	5,9	

Tỷ lệ mất cảm giác bàn chân đơn thuần trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,9%. Tỷ lệ này tương tự trong nghiên cứu của tác giả Bùi Ngọc Dũng (16,9%) [5] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân (3,5%) [4] và Nguyễn Lê Thanh Hải (2,2%) [7]. Bàn chân mất cảm giác dẫn đến nguy cơ bỏng, thương tích, vết loét, nhiễm khuẩn... Mất cảm giác bàn chân là vấn đề cần chú ý cho người thầy thuốc làm công tác phục hồi chức năng trong việc chọn dép cho những bệnh nhân có bàn chân mất cảm giác và các thầy thuốc chuyên khoa trong hướng dẫn bệnh nhân cách tự chăm sóc bàn chân và xử lý các thương tích ở bàn chân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tàn tật phổ biến ở bàn chân là da lòng bàn

chân khô (22,3%) và cụt rụt nhẹ ngón chân (23,9%). Tình trạng ngón chân khi bị rối loạn dinh dưỡng kèm theo viêm nhiễm, tiêu xương dẫn đến cụt rụt ngón chân. Mặt khác, ngón chân là bộ phận tiếp xúc với mặt đất khi đi lại hàng ngày và chịu trọng lượng của cơ thể, người bệnh ít coi trọng chăm sóc, gìn giữ bàn chân nên tổn thương ngón chân thường bị nhiều nhất.

Tỷ lệ bệnh nhân có loét lỗ đáo trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,8%. Một số nguyên nhân gây ra loét lỗ đáo, thường gặp trên bàn chân mất cảm giác là bệnh nhân đi chân đất trong sinh hoạt, lao động, đi giày dép không phù hợp, bệnh nhân không có ý thức tự chăm sóc bàn chân.

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 5. Đặc điểm tàn tật ở mắt của bệnh nhân phong (n = 422)

Tình trạng vùng mắt	MB		PB		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
Rụng lông mày	36	9,0	2	8,7	38	9	>0,05
Mắt không nhắm được	38	9,5	1	4,3	39	9,2	>0,05
Không đếm được các ngón tay khi cách xa 6m	44	11	2	8,7	46	10,9	>0,05
Mù mắt	10	2,5	1	4,3	11	2,6	>0,05
Mắt đỏ	35	8,8	5	21,7	40	9,5	>0,05
Nhân mắt đục	39	9,8	6	26,1	45	10,7	<0,05
Liệt mắt	4	1,0	1	4,3	5	1,2	>0,05
Sụp cầu mũi	8	2,0	0	0	8	1,9	>0,05

Tỷ lệ tàn tật vùng mắt thường gặp nhất là không đếm được các ngón tay khi cách xa 6m (10,9%), nhân mắt đục (10,7%), mắt đỏ (9,5%), mắt không nhắm được (9,2%) và rụng lông mày (9%). Các tàn tật khác ít gặp hơn là mù mắt (2,6%), liệt mắt (1,2%) và sụp cầu mũi (1,9%). Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Ngọc Dũng (2006), tàn tật ở vùng mắt chiếm tỷ lệ cao hơn, bao gồm: mắt thờ (83,3%), mắt đỏ (75%), giảm thị lực (66,7%), nhân mắt đục (58,3%), mù mắt (16,7%), sụp cầu mũi (16,7%), rụng lông mày (16,7%) và liệt mắt (25%) [5]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Thanh Hải (2014), tàn tật ở mắt thường gặp là giảm thị lực (67,4%). Có 4,3% bệnh nhân mù và không có bệnh nhân nào đục nhân mắt [7].

Tàn tật ở vùng mắt gây ra hậu quả nặng nề, nhất là tàn tật ở mắt. Bệnh nhân

có thể ảnh hưởng thị lực nặng và mù mắt khi có viêm giác mạc, viêm mống mắt thể mi. Nếu tái phát nhiều lần có thể gây tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể. Tổn thương dây thần kinh số VII hoặc nhánh mặt dây V có thể gây hở mi, khô giác mạc, mất cảm giác giác mạc, viêm nhiễm hoặc thủng giác mạc. Trước đây, các thầy thuốc cũng như bệnh nhân chưa coi trọng tàn tật ở mắt nên nhiều bệnh nhân giảm thị lực, mù mắt. Những hậu quả này có thể ngăn ngừa nếu bệnh nhân được khám, phát hiện và điều trị kịp thời. Đối với thầy thuốc, khi phát hiện tổn thương ở mắt, cần giúp bệnh nhân hiểu và hướng dẫn cách chăm sóc, giữ gìn đôi mắt, tránh hậu quả nặng nề về sau. Các tàn tật như rụng lông mày, sụp cầu mũi... tuy không ảnh hưởng đến chức năng lao động nhưng ảnh hưởng thẩm mỹ, là nguyên nhân gây mặc cảm cho bệnh nhân.

Bảng 5. Mối liên quan giữa độ tàn tật và một số yếu tố (n = 422)

Yếu tố		Độ I	Độ II	Độ III	p
Tuổi	< 60	40 (19%)	6 (2,8%)	165 (78,2%)	<0,05
	> 60	7 (3,3%)	1 (0,5%)	203 (96,2%)	
	Tuổi trung bình	39,60 ± 16,64	47,29 ± 18,10	61,93 ± 14,56	<0,05
Giới	Nam	20 (11,3%)	1 (0,6%)	156 (88,1%)	>0,05
	Nữ	27 (11%)	6 (2,4%)	212 (86,6%)	
Học vấn	Mù chữ	21 (6,8%)	3 (1,0%)	285 (92,2%)	<0,05
	Tiểu học	18 (18,9%)	4 (4,2%)	73 (76,8%)	
	Trung học	5 (33,3%)	0 (0%)	10 (66,7%)	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	44 (15,3%)	7 (2,4%)	236 (82,2%)	<0,05
	Già, không lao động	1 (0,9%)	0 (0%)	116 (99,1%)	
	Khác	2 (11,1%)	0 (0%)	16 (88,9%)	
Thời gian mắc bệnh	<5	33 (70,2)	2 (4,3)	12 (25,5)	<0,05
	5 - 10	12 (63,2)	1 (5,3)	6 (31,6)	
	>10	2 (0,6)	4 (1,1)	350 (98,3)	
	Trung bình	5,15 ± 4,81	15,00 ± 9,62	26,18 ± 6,89	<0,05
Nhóm bệnh	MB	42 (10,5)	7 (1,8)	350 (87,7)	>0,05
	PB	5 (21,7)	0 (0)	18 (78,3)	

Tỷ lệ tàn tật độ II ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nhóm già không lao động, nhóm mù chữ và nhóm có thời gian mắc bệnh > 10 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân (2001), tỷ lệ tàn tật ở trẻ em là 23%, trong khi tỷ lệ tàn tật ở người lớn là 42,5% và tỷ lệ tàn tật ở nhóm phát hiện bệnh trên 3 năm là 63,9%, cao hơn so với nhóm phát hiện bệnh 2- 3 năm (59%) và nhóm phát hiện dưới 2 năm (9,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05) [4]. Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Ngọc Dũng, tỷ lệ tàn

tật cao nhất ở nhóm bệnh nhân từ 15 -60 tuổi (chiếm 73,5%), tỷ lệ tàn tật ở nhóm > 60 tuổi là 49,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05) [5]. Theo lý thuyết bệnh phong, thời gian phát hiện bệnh càng muộn thì nguy cơ tàn tật càng cao, và ngược lại nếu được phát hiện, quản lý và điều trị sớm, nguy cơ tàn tật sẽ thấp hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tàn tật độ II ở nhóm MB là 87,7%, cao hơn so với nhóm PB (78,3%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với p > 0,05). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Bùi Ngọc Dũng (2006), tỷ lệ tàn tật ở nhóm MB là 68,3%,

cao hơn so với nhóm PB là 38,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Thanh Hải (2014), tỷ lệ tàn tật độ II ở nhóm MB cao hơn so với nhóm PB, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) [7].

4. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tàn tật ở bệnh nhân phong tại Gia Lai đến tháng 6 năm 2023 cao, phần lớn bệnh nhân có tàn tật phối hợp, tàn tật trước điều trị. Tàn tật thường gặp là da lòng bàn tay, bàn chân khô, mất cảm giác và cò ngón, nhân mắt đục. Tỷ lệ tàn tật độ II ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nhóm già không lao động, nhóm mù chữ và nhóm có thời gian mắc bệnh > 10 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Kiến nghị:

UBND tỉnh Gia Lai, Sở Y tế Gia Lai:

- Duy trì nguồn kinh phí địa phương, Chương trình MTYTDS để triển khai tốt hoạt động phòng chống phong theo kế hoạch đề ra.

- Quan tâm chỉ đạo các cấp Ủy Đảng, Ban ngành, Đoàn thể tại địa phương tạo điều kiện thuận lợi, hỗ trợ kinh phí để triển khai các hoạt động phòng chống phong tại cộng đồng tiến tới hoàn thiện việc loại trừ bệnh phong quy mô cấp huyện trên phạm vi toàn tỉnh đến năm 2030.

Bệnh viện Da Liễu TW, Bệnh viện Phong - Da liễu TW Quy Hòa: Tiếp tục hỗ trợ chuyên môn cũng như vật tư, thuốc,

hóa chất để duy trì các hoạt động phòng chống phong mà quan trọng nhất là công tác phát hiện bệnh nhân phong mới và chăm sóc tàn tật tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lastoria, J.C. and M.A. Abreu (2014), Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - part 1. An Bras Dermatol, 89(2): p. 205-18.

2. Phạm Văn Hiền (2001), Điều tra dịch tễ tàn tật trong bệnh phong tại Việt Nam và đề xuất các biện pháp phòng và điều trị phục hồi.

3. Phạm Văn Hiền (2001), Đánh giá hoạt động phòng chống phong 1996-2000. Hội nghị hoạt động phòng chống phong 1996-2000,

4. Nguyễn Thị Xuân (2001), Nghiên cứu biện pháp cải thiện tình hình tàn tật trên bệnh nhân phong mới phát hiện ở tỉnh Gia Lai trong 3 năm 1997 - 1999. 2001, Đại học Y Hà Nội

5. Bùi Ngọc Dũng (2007), Khảo sát tình hình tàn tật và đề xuất biện pháp điều trị phục hồi cho bệnh nhân phong tại một số huyện tỉnh Gia Lai năm 2006.

6. Nguyễn Việt Dương (2015), Thực trạng dị hình tàn tật ở người mắc bệnh phong tại 3 tỉnh Bắc Trung Bộ.

7. Lê Thanh Hải (2014), Nghiên cứu các tổn thương xương trong bệnh phong tại bệnh viện Phong - Da liễu Bắc Ninh, Đại học Y Hà Nội.