

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG LỖ ĐÁO BỆNH NHÂN PHONG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TP. HỒ CHÍ MINH VÀ KHU ĐIỀU TRỊ PHONG BẾN SẮN

NGÔ MINH VINH

Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính xuất hiện từ rất lâu. Bệnh gây ra nhiều khiếm khuyết mà quan trọng là tổn thương thần kinh ngoại biên gây lỗ đáo, cò ngón, cụt ngón, rụt ngón, rụng ngón tay và chân,... Ngoài ra những tổn thương da nghiêm trọng làm mặt bệnh nhân bị biến dạng (mặt sư tử) hay những cục u nổi khắp người bệnh nhân. Chính từ những biến dạng trông rất đáng sợ ấy và mất cả khả năng vận động nên cuộc sống bệnh nhân phần lớn là khó khăn và vẫn còn gặp phải sự kì thị của mọi người xung quanh.

Tàn tật do bệnh phong để lại vấn đề mà ngành y tế tiếp tục chăm sóc. Theo nghiên cứu của BS Phan Hồng Hải, PGĐ BV Da Liễu TPHCM: Lỗ đáo tái phát ở khu điều trị phong Bến Sắn - Bình Dương đều có thời gian mắc phải rất lâu, tái đi tái lại nhiều lần tập trung ở lứa tuổi lớn (51-60), trình độ học vấn thấp, lao động nặng nhọc, hoàn cảnh kinh tế lại khó khăn. Lỗ đáo nếu không được điều trị sớm sẽ dẫn đến viêm xương, hậu quả là phải nạo xương dẫn đến cụt, rụt ngón hay đoạn chi dẫn đến mất sức lao động, kinh tế sẽ khó khăn và có thể dẫn đến tử vong do nhiễm trùng huyết. Do đó chăm sóc, phục hồi và phòng ngừa tái phát lỗ đáo là việc làm cần thiết và thực tế giúp bệnh nhân phong cải thiện chất lượng cuộc sống. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm dịch tễ và lâm sàng lỗ đáo trên bệnh nhân phong tại bệnh viện Da Liễu TPHCM và khu điều trị phong Bến Sắn - tỉnh Bình Dương từ 10/2008 đến 03/2009 với các mục tiêu sau đây.

1. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ của lỗ đáo
2. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của lỗ đáo
3. Mô tả một số yếu tố khởi phát lỗ đáo
4. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ gây ra lỗ đáo viêm xương

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu tiền cứu các trường hợp bệnh (cases series), đa trung tâm.

### 2. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân phong có lỗ đáo tại Bệnh viện Da Liễu TPHCM, khu điều trị phong Bến Sắn - tỉnh Bình Dương từ 10/2008 đến 03/2009.

**3. Cỡ mẫu:** Chúng tôi thu thập được 61 mẫu (n=61).

### 4. Phương pháp chọn mẫu:

Tiêu chuẩn nhận vào:

Bệnh nhân phong có lỗ đáo.

Người có khả năng nghe hiểu, trả lời

Người được khám vào thời gian khảo sát.

Tiêu chuẩn loại ra:

Người không hiểu tiếng Việt hoặc không có khả năng nghe hiểu.

Người từ chối phỏng vấn.

Người không hoàn tất bảng câu hỏi.

Người không có sổ theo dõi tàn tật và bệnh án.

Người đã được chẩn đoán bệnh: tổn thương bàn chân đái tháo đường, viêm tĩnh mạch chi dưới.

## 5. Phương pháp thu thập số liệu (định nghĩa các thuật ngữ chuyên môn):

Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân bằng bảng câu hỏi.

Bảng kiểm khám, đánh giá bệnh nhân

Ghi nhận dữ liệu từ sổ theo dõi tàn tật và bệnh án.

Chụp hình.

## 6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Nhập số liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 11.5, khoảng tin cậy 95%.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm dịch tễ:

Tuổi: Trung bình:  $56.70 \pm 14.198$  tuổi, tuổi thấp nhất : 26 tuổi, và cao nhất là 85 tuổi. Trong độ tuổi lao động chiếm 55,7% và người >60 tuổi chiếm 44,3%.

Giới: Nam (57,4%) nhiều hơn nữ, phần lớn là người Kinh (70,5%) và cư ngụ ở các tỉnh, TP khác (68,9%).

Nghề nghiệp: Tỷ lệ không việc làm (59%), trình độ học vấn thấp (mù chữ, biết đọc và cấp 1 chiếm 67,3%).

Việc làm: Tỷ lệ thất nghiệp là 41,18 %.

Phần lớn là nhà cấp 4 và ổ chuột ( 85,2 %), thu nhập cá nhân bình quân hàng tháng thấp (< 300 ngàn chiếm 68,9%).

### Đặc điểm lâm sàng của lỗ đáo:

Bảng 1: Tình trạng lỗ đáo

	Số trường hợp (n=61)	Tỷ lệ %
Nguyên phát	10	16,4
Tái phát	51	83,6

Nhận xét: Đa số là lỗ đáo tái phát (83,6%).

Bảng 2: Phân loại lỗ đáo theo lâm sàng

	Số trường hợp (n=61)	Tỷ lệ %
Lỗ đáo đơn giản	24	39,3
Lỗ đáo phức tạp	8	13,2
Lỗ đáo viêm xương	29	47,5

Nhận xét: có 47,5% là lỗ đáo có viêm xương, 39,3% là lỗ đáo đơn giản.

Bảng 3: Số lượng lỗ đáo.

	Số trường hợp (n=61)	Tỷ lệ %
1	50	82,0
2	7	11,5
3	4	6,5

Nhận xét: Hiện tại BN chỉ có 1 lỗ đáo chiếm 82%, 1 số ít có nhiều lỗ đáo 18%.

Bảng 4: Vị trí lỗ đáo

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ
Ngón chân	22	27,2%
Lòng bàn chân	47	58 %
Gót chân	12	14,8 %
Tổng	81	100 %

Nhận xét: Lỗ đáo thường gặp nhất ở vị trí lòng bàn chân (58%), tiếp theo là ngón chân (27,2%) rồi đến gót chân (14,8%).

Bảng 5: Diện tích lỗ đáo

Diện tích lỗ đáo	Số lượng	Tỷ lệ
<2 cm <sup>2</sup>	25	30,9 %
2-4 cm <sup>2</sup>	18	22,2 %
4-6 cm <sup>2</sup>	12	14,8 %
> 6 cm <sup>2</sup>	26	32,1 %
Tổng	81	100 %

Nhỏ nhất 0,01. Lớn nhất 40.0. Trung vị 4.72

Nhận xét: Chênh lệch giữa các diện tích quá khác nhau, nhỏ nhất là 0,01 cm<sup>2</sup> và lớn nhất là 40 cm<sup>2</sup>.

#### Yếu tố khởi phát lỗ đáo

Bảng 6: Yếu tố thúc đẩy chung

	Số trường hợp (n=61)	Tỷ lệ %
Vết thương	24	39,3
Bỏng	6	9,8
Tì đè	52	85,2

Nhận xét : Phần lớn lỗ đáo là do tì đè gây ra (85,2%).

Bảng 7: Yếu tố thúc đẩy : các dạng tì đè

	Số trường hợp (n=61)	Tỷ lệ %
Đứng, ngồi lâu	3	4,9
Giầy, dép không phù hợp	23	37,7
Vết chai cứng, nứt chân	38	62,3
Đi chân đất	11	18
Đi lại nhiều	30	49,2
Bóng nước, vết bầm	15	24,5

Nhận xét: Phần lớn là do vết chai cứng, nứt da (62,3%) và đi lại nhiều (49,2%).

#### Mối tương quan giữa một số yếu tố nguy cơ và lỗ đáo viêm xương:

Bảng 8: Mối tương quan giữa các yếu tố tì đè và lỗ đáo viêm xương

Đặc điểm	Viêm xương		P value	OR	KTC 95%
	Có	Không			
Giầy, dép không phù hợp	Có	13	0,275		0,628-5,088
	Không	16			
Vết chai cứng, nứt da	Có	20	0,306		0,604-1,949
	Không	9			
Đi chân đất	Có	9	0,012	6,75	1,318-34,565
	Không	20			
Đi lại nhiều	Có	18	0,055		0,967-7,691
	Không	11			

Nhận xét: Nguy cơ bị lỗ đáo viêm xương ở người đi chân đất cao gấp 7 lần so với người không đi chân đất (p = 0,012 và OR= 6,75, KTC 95% = 1,318-34,565).

Bảng 9: Mối tương quan giữa các yếu tố chăm sóc bàn chân không đúng và viêm xương

Đặc điểm	Viêm xương		P value	OR	KTC 95%
	Có	Không			
Không kiểm tra chân hàng ngày	Có	17	0,032	3,117	1,09-8,916
	Không	12			
Không ngâm chân hàng ngày	Có	14	0,548		0,495-3,76
	Không	15			
Không mang giầy bảo vệ	Có	23	0,009	4,344	1,396-13,4
	Không	6			
Không dùng chất làm mềm da	Có	25	0,172		0,66-9,036
	Không	4			
Không mài các vết chai	Có	20	0,133		0,779-6,34
	Không	9			
	Không	18			

Nhận xét: Nguy cơ bị lỗ đáo viêm xương ở người không kiểm tra chân hàng ngày cao gấp 3 lần so với người có kiểm tra chân hàng ngày (p = 0,032 và OR= 3,117, KTC 95% =1,09-8,916). Nguy cơ bị lỗ đáo viêm xương ở người không mang giầy bảo vệ cao gấp 4 lần so với người có mang giầy bảo vệ (p = 0,009 và OR= 4,344, KTC 95% =1,396-13,423).

#### BÀN LUẬN

##### 1. Đặc điểm dịch tễ.

Giới: Nam nhiều nữ, tỷ lệ nam/nữ là 36/25. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả K Karthikeyan (3) tỷ lệ nam/ nữ là 4/1, Heinke Kunst (2) tỷ lệ nam/ nữ là 40/15, Nguyễn Tấn Trí (1) tỷ lệ nam/ nữ là 70/30. Như vậy, lỗ đáo thường gặp ở BN nam hơn nữ.

Tuổi: lớn hơn 60 tuổi, chiếm tỷ lệ 44,3%, nhưng người trong độ tuổi lao động 21-60 tuổi bị biến chứng lổ đáo vẫn chiếm đa số 55,7%. Trong khi những nghiên cứu của của Heinke Kunst (2) tuổi bị lổ đáo nhiều nhất từ 40-59 tuổi, Young Pio Kim (5) từ 51- 60 tuổi.

Trình độ học vấn: Theo nghiên cứu của chúng tôi BN có trình độ học vấn thấp 13 ca mù chữ (21,3%), 14 ca biết đọc (23%), 14 ca học hết cấp 1 (23%), 16 ca học hết cấp 2 (26,2%). 4 nhóm trên chiếm hết 93,4% số ca. Chỉ có 4 ca có trình độ từ cấp 3 trở lên.

Trình độ học vấn của các bệnh nhân trong nghiên cứu lần này cao hơn so với những bệnh nhân ở Cà Mau theo nghiên cứu của Bs Nguyễn Tấn Trí (1) : 96% BN mù chữ và học cấp 1, 4% BN học hết cấp 2.

Phân bố theo nghề nghiệp: . Trong đó, 36 ca không còn khả năng làm việc chiếm 59%, 12 ca làm nghề nông chiếm 19,7%, 2 nhóm trên chiếm 78,7% các trường hợp bị lổ đáo . Kết quả này gần giống với kết quả nghiên cứu của P.D Mitchell ( 4 ) :78% nông dân , công nhân và 22% nhân viên văn phòng hay buôn bán.

Thu nhập cá nhân: nhóm kinh tế khó khăn (thu nhập  $\leq$ 300 ngàn Đ/ tháng): chiếm trên 2/3 số trường hợp , chiếm tỷ lệ 68,9%, gồm những bệnh nhân không có thu nhập gì thêm ngoài trợ cấp của Nhà nước về ăn ở 180.000 Đ/ tháng cùng hỗ trợ của các ân nhân –đối với các bệnh nhân ở khu điều trị Bến Sắn hoặc bệnh nhân ở ngoài khu điều trị nhưng chỉ còn có thể làm những việc nhẹ. Tỷ lệ này cũng khá phổ biến ở các nơi khác như Cần Thơ 85%, Tiền Giang 80%, Cà Mau 56%....(5)

## 2. Đặc điểm lâm sàng của lổ đáo.

Thời gian mắc lổ đáo: Chiếm nhiều nhất là các lổ đáo mới mắc  $<6$  tháng (45,9%). Ngoài ra lổ đáo còn tái phát nhiều lần, có 37,3% BN có lổ đáo tái phát trên 6 lần. Trong khi thời gian trung bình lành lổ đáo bị rất lâu 6,42 tháng và 47,1% lổ đáo tái phát trong vòng 6 tháng. Tái phát ở vị trí cũ chiếm đa số (70,6%) và 47,5% trường hợp bị viêm xương, 57,4% bệnh nhân này đã từng bị viêm xương trước đây.

Số lượng lổ đáo:Đa số Bn khi khám chỉ thấy 1 lổ đáo (82,0%); 11,5% BN có 2 lổ đáo và 6,5% có 3 lổ đáo . Kết quả này gần giống nghiên cứu của BS Trí (4): 77% một lổ đáo,19% hai lổ đáo và 4% nhiều lổ đáo.

Vị trí lổ đáo: Theo NC của chúng tôi: lổ đáo thường gặp nhất ở vị trí lòng bàn chân (88 %), tiếp theo là ngón chân (27,2 % ) rồi đến gót chân (14,8%).Theo NC của Young Pio Kim (5): lổ đáo thường gặp nhất ở vị trí lòng bàn chân (42,3%), tiếp theo là ngón chân (37,1%) rồi đến gót chân (20,6%).

Diện tích lổ đáo: Diện tích lổ đáo đa số vừa phải  $\#4$  cm<sup>2</sup> chiếm tỷ lệ 51,3% các lổ đáo. Diện tích lổ đáo cũng thay đổi đáng kể từ 0,01 cm<sup>2</sup> đến 40 cm<sup>2</sup> chiếm gần hết lòng bàn chân, điều trị chăm sóc rất khó khăn và lâu dài.

## 3. Các yếu tố khởi phát lổ đáo.

### Tàn phế nguyên phát:

Mất cảm giác bàn chân chiếm 82%. .Liệt cơ: cò ngón chân 39,3 %,bàn chân lết 24.6% ,bàn chân dẹt 18,0% .Tổn thương TKTV: mất tiết mồ hôi như da khô, vảy cá và thiếu máu nuôi như da thâm đen cùng chiếm 60,7% phù hợp với NC của Young Pio Kim (5) trên 2049 BN phong, có 185 BN bị lổ đáo:Trên Bn lổ đáo, mất cảm giác bàn chân chiếm có 56,9%; rối loạn chức năng thần kinh thực vật chiếm 30,3%.

### Yếu tố thúc đẩy

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong các yếu tố thúc đẩy lổ đáo, yếu tố gây ra lổ đáo nhiều nhất do tì đề chiếm 85,2% trường hợp. Sự khác biệt này do nghề nghiệp của 2 nhóm BN nghiên cứu khác nhau, nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi đa số: không còn khả năng lao động (59%) và nông dân (19,7%) trong khi nhóm BN trong nghiên cứu của BS Trí (13) nông dân (59%). Từ đó ta nhận thấy nguyên nhân khởi phát có liên quan đến nghề nghiệp phù hợp với NC của Young Pio Kim (5):vết thương chiếm 30,3%; tì đề chiếm 53,2%. Đa số lổ đáo bắt đầu bằng vết chai ở chân

### Yếu tố thúc đẩy gây viêm xương

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 4 yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng viêm xương ở BN phong có lổ đáo:

Theo bảng 5.23 xét mối liên quan của một số yếu tố dịch tễ và lâm sàng gây lổ đáo viêm xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi bệnh nhân có thời gian mắc bệnh phong  $\geq 20$  năm (  $p = 0,011$  ). Với OR = 4,041 chứng tỏ những BN bị bệnh phong  $\geq 20$  năm có nguy cơ bị viêm xương cao gấp 4 lần so với những BN bị bệnh phong  $< 20$  năm (  $p = 0,011$ , KTC 95% =1,34-12,146).

Yếu tố tì đề chiếm tỉ lệ cao nhất (85,25%) trong số những yếu tố thúc đẩy gây ra lổ đáo ở BN phong (bảng 5.21). Trong số những yếu tố tì đề ở bảng 5.24 , yếu tố đi chân đất khác biệt có ý nghĩa thống kê (  $p = 0,012$  ,  $< 0,05$ ) với OR = 6,75 chứng tỏ những BN phong đi chân đất có nguy cơ bị lổ đáo viêm xương gấp 6,75 lần so với BN không đi chân đất.

Ngoài ra, ở những bệnh nhân phong có lổ đáo 82% trường hợp đã bị mất cảm giác ở chân (bảng 5.18) và có nhiều vết chai cứng ở lòng bàn chân (73,07%) nên việc chăm sóc bàn chân hàng ngày và đúng cách là việc làm rất cần thiết. Sau khi khảo sát mối tương quan, chúng tôi ghi nhận yếu tố chăm sóc bàn chân không đúng cũng liên quan đến nguy cơ viêm xương ở những BN phong, cụ thể là yếu tố không kiểm tra chân hàng ngày (  $p = 0,032$ ) và yếu tố không mang giày bảo vệ (  $p = 0,009$  ) . Do đó, không kiểm tra chân hàng ngày là yếu tố nguy cơ gây viêm xương với OR= 3,117 chứng tỏ những BN phong không kiểm tra chân hàng ngày có nguy cơ bị viêm xương cao hơn 3 lần so với BN kiểm tra chân hàng ngày. Đối với yếu tố nguy cơ không mang giày bảo

vệ, với OR=4,344, BN phong không mang giày bảo vệ có nguy cơ bị viêm xương gấp 4,3 lần so với những bệnh nhân mang giày bảo vệ.

### KẾT LUẬN

Qua khảo sát 61 trường hợp lở loét trên BN phong, với 51 trường hợp lở loét tái phát, từ 10/2008 đến 03/2009 chúng tôi đưa ra một số nhận xét như sau:

**Dịch tễ:** Gần 1/2 đối tượng nghiên cứu trên 60 tuổi, nam chiếm nhiều hơn nữ. Trình độ học vấn thấp (67,3% mù chữ, biết đọc và cấp 1), 41% không có việc làm và đa số có hoàn cảnh kinh tế khó khăn (68,9%).

### Lâm sàng:

Lở loét tái phát chiếm đa số (83,6%), thường xảy ra ở vị trí cũ (70,6%), thời gian lành lâu (>6 tháng: 54,1%), thời gian tái phát trung bình: 2,5 tháng, xấp xỉ # trường hợp lở loét tái phát > 6 lần.

Lở loét viêm xương chiếm tỉ lệ cao nhất (47,5%). Đa số BN đang bị 1 lở loét (82%), vị trí: ở lòng bàn chân (61,8%), ở ngón chân (27,6%), ít nhất ở gót chân (10,6%). Diện tích lở loét trung bình: 5 cm<sup>2</sup>.

### Các yếu tố khởi phát lở loét:

Hai nguyên nhân gây tàn tật nguyên phát thường gặp nhất: mất cảm giác bàn chân (82%) và tổn thương thần kinh thực vật (60,7%).

Tì đề liên tục trong thời gian dài là nguyên nhân thúc đẩy đến lở loét thường gặp nhất: 85,2% trường hợp. Trong đó, nhiều nhất là vết chai cứng nứt chân (62,3%), kế đến là việc đi lại nhiều (49,2%).

BN đi chân đất có nguy cơ bị lở loét viêm xương cao gấp 7 lần so với không đi chân đất.

BN không kiểm tra chân hàng ngày có nguy cơ bị viêm xương cao gấp 3 lần so có kiểm tra.

BN không mang giày bảo vệ có nguy cơ bị viêm xương cao gấp 4 lần so với mang giày bảo vệ.

### ĐỀ XUẤT

Hướng dẫn chăm sóc tàn tật và phòng ngừa lở loét bằng trực quan sinh động dựa trên sách hướng dẫn của ILEP như mô hình tổ chức "Nhóm tự chăm sóc" ở Bến Sắn.

Kế hoạch phân loại và điều trị lở loét: tích cực điều trị khi lở loét mới hình thành mang giày latex, băng bột cố định, cắt lọc, nạo xương viêm tránh BN cụt, rụt, đoạn chi, tháo khớp.

Không đi lại bằng chân đất, mang giày bảo vệ thích hợp, thường xuyên kiểm tra bàn chân hàng ngày để phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt quan tâm đối với những BN bị bệnh phong lâu năm những BN bị phong ≥ 20 năm, góp phần ngăn ngừa lở loét và biến chứng viêm xương.

Tổ chức mô hình "tự chăm sóc" lở loét đơn giản.

Phẫu thuật tạo hình bàn chân biến dạng.

### SUMMARY

**Objectives:** Explore demographic profile, symptoms and signs of plantar ulcer leprosy.

**Methods:** Case Series all patients admitted with plantar ulcer leprosy at Ho Chi Minh Hospital of Dermato-Venereology and Ben San Leprosy Centre from September 2008 to March 2009.

### Results:

1. Epidemiology: The greatest prevalence was found in lepromatous male patients upper 60 years of age (44,3%), Kinh people (70.5%), Urban area (68.9%); no job

(41.18%), low education (67.3%); very bad life situation (85.2%), low income (68.9 %).

2. Clinical features: The greatest prevalence was found in MB (82%).

Almost of them had leprosy very long time ago and in stage of caring disabilities. The first sign of leprosy was nerve damage. Almost of them had recurrent ulcers (83.6%) in many times, in old site. 47.5% of ulcers were osteitis; 39.3% were simple ulcers. The greatest prevalence of ulcer located in sole of foot, the lowest located in heel of foot, the other located in toe.

3. Cause factors: the most factor was the loss of sensation (82%). Almost of ulcers was caused by the pressure on foot and callosity, cracks were commonly seen in pre-ulcerative lesions.

4. No timely inspection, walking with no suitable shoes, were relationship with the rate of osteitis ulcers.

### Conclusion:

We considered that ulcers recurred very easily, the rate of osteitis was very high, the common causes were the lost of sensation and serve deformity in foot and the good care in foot could prevent osteitis ulcers.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Trí (2003). *Chiến dịch loại trừ lở loét tại Cà Mau, BV Da Liễu TPCHM, phòng chỉ đạo chuyên khoa Cà Mau*. Handicap International Vietnam, 2003.

2. Heinke Kunst (2000). *Predisposing factors for recurrent skin ulcers in leprosy*. Lepr Rev 2000, 71, 363-368.

3. K Karthikeyan, D M Thappa. *Squamous cell carcinoma in plantar* (10)

4. P.D Mitchell & T.N. Mitchell (2000), *The age-dependent deterioration in light touch sensation on the plantar aspect of the foot in a rural community in India: implications when screening for sensory impairment*, Lepr Rev 2000, 71, 169-178.

5. Sajid Husain<sup>1</sup>, Birjendra Mishra<sup>2</sup>. *Decompression of peripheral nerve trunks in leprosy to prevent the development and progression of deformities*. Lepr Rev, 1994, 65: 58-65