

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ GÂY CHẬM TRỄ TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH PHONG MỚI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2004

NGÔ MINH VINH, HUỖNH THỊ XUÂN TÂM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhờ có Đa Hoá Trị Liệu (ĐHTL) mà tỷ lệ lưu hành bệnh phong trên toàn cầu nói chung và tại Việt Nam nói riêng giảm rất rõ rệt (dưới 1/10 000 dân số). Trong giai đoạn hiện nay mục tiêu loại trừ bệnh phong và đề ra chiến lược phòng chống bệnh phong được dựa vào phân suất phát hiện bệnh phong mới hàng năm. Theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới (TCYTTG) tầm quan trọng phát hiện bệnh phong sớm và trị liệu hiệu quả như là chìa khoá cắt đứt chuỗi lây truyền bệnh⁽³⁾ và để đạt được mục tiêu loại trừ bệnh phong. Phát hiện sớm và ĐHTL kịp thời ngăn ngừa được các tổn hại chức năng thần kinh dẫn đến tàn tật^[4]. Tàn tật làm cho bệnh nhân mất khả năng hoạt động trong đời sống hàng ngày, tác động xấu đến cuộc sống người bệnh và tạo ra nhiều thành kiến. Vì vậy phòng ngừa tàn tật là ưu tiên hàng đầu trong chương trình kiểm soát bệnh phong (CTKSBP).

Theo thống kê của TCYTTG năm 2000 có khoảng 4% bệnh nhân phong mới phát hiện trên toàn cầu bị tàn tật độ 2 (tỷ lệ này ở Đông Nam Á là 3 – 9%, châu Phi 11% và châu Mỹ là 5%). Người ta ước tính trên toàn thế giới hiện nay có khoảng 3 triệu người bị khiếm khuyết, thiếu năng và tàn tật do bệnh phong.⁽⁷⁾

Tại Thành Phố Hồ Chí Minh tàn tật độ 2 trong bệnh nhân mới phát hiện hàng năm còn cao (năm 2001 là 20.3%, 2003 là 19.15%, năm 2004 là 16.1%)⁽¹⁾, tỷ lệ tàn tật này cao hơn tỷ lệ tàn tật độ 2 ở bệnh nhân phong mới phát hiện trên toàn thế giới, và cao hơn tiêu chuẩn “loại trừ bệnh phong” của Việt Nam là dưới 15%.

Các yếu tố gây chậm trễ trong chẩn đoán bệnh nhân phong mới đã được một số các tác giả nước ngoài nghiên cứu, như ở Nepal người ta thấy rằng bệnh nhân càng ở xa và khó tiếp cận với dịch vụ y tế càng dễ chẩn đoán trễ, nghiên cứu ở Ethiopia cho thấy rằng chẩn đoán không đúng bệnh phong là yếu tố gây chậm trễ, nghiên cứu tại Ấn Độ thì chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị có liên quan đến tuổi, dấu hiệu khởi đầu của bệnh và số lần sử dụng các dịch vụ y tế⁽²⁾.

Từ thực tế trên, chúng tôi thiết nghĩ rằng nên tìm ra các yếu tố gây chậm trễ trong phát hiện bệnh phong mới hàng năm tại Thành Phố Hồ Chí Minh với các mục tiêu sau:

Xác định thời gian chẩn đoán chậm trễ (TGCĐCT) do bệnh nhân, do dịch vụ y tế và TGCĐCT toàn bộ.

Khảo sát mối liên quan giữa TGCĐCT và độ tàn tật

Khảo sát các yếu tố gây ra TGCĐCT trong phát hiện bệnh.

Khảo sát các yếu tố gây chậm trễ do DVYT.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: phân tích cắt ngang.

Dân số đích: bệnh nhân phong tại thành phố Hồ Chí Minh.

Dân số nghiên cứu: bệnh nhân phong mới được phát hiện trong năm 2004.

Cỡ mẫu: chọn tất cả bệnh nhân phong phát hiện trong năm 2004 tại Tp. HCM.

Phương pháp chọn mẫu:

Tiêu chuẩn chọn: tất cả bệnh nhân mới được phát hiện tại Tp. HCM năm 2004.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân trả lời không đầy đủ bảng câu hỏi phỏng vấn.

Cách thu thập số liệu:

Tra cứu hồ sơ bệnh án.

Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân dựa vào bảng câu hỏi có sẵn

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: nhập và xử lý số liệu theo phần mềm Epi-info 2000. Sử dụng test Khi bình phương và Krustal-Wallis H nhằm kiểm định mức ý nghĩa thống kê của mối liên quan giữa các biến.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mô tả mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ%
Nơi cư ngụ	Nội thành	35	43.2
	Ngoại thành	46	56.8
Giới	Nam	47	58.0
	Nữ	34	42.0
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	49	60.5
	35 +	32	39.5
Nghề nghiệp	Chân tay	56	69.1
	Trí óc	25	30.9
Học vấn	Mù chữ	6	7.4
	Cấp 1	30	37.0
	Cấp 2 +	45	55.6
Dân tộc	Kinh	71	88.9
	Khác	10	11.1

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh phái Nam (58%) cao hơn so với phái Nữ (42%). Tuổi tập trung nhiều nhất là dưới 35 tuổi (60.5%). Lao động chân tay chiếm đa số trường hợp (69.1%). Tỷ lệ không biết chữ vẫn còn chiếm tỷ lệ tương đối cao (7.4%). Dân tộc kinh chiếm đa số trường hợp (88.9%).

Xác định TGCĐCT do bệnh nhân, do dịch vụ y tế (DVYT) và TGCĐCT toàn bộ

Bảng 2: Xác định TGÇĐCT của từng DVYT

	Chậm trễ do BN	Chậm trễ do DVYT	Chậm trễ toàn bộ
Trung vị (tháng)	5.0	1.0	8.0
Trung bình (tháng)	8.4	4.6	13.1
Biến thiên (tháng)	0 – 72	0 – 58	0 – 84

Nhận xét: TGÇĐCT là do cả bệnh nhân và DVYT. Trong đó chủ yếu là do bệnh nhân với 50% phân bố số liệu là 5 tháng (trung bình 8.4 tháng), tuy nhiên DVYT cũng góp phần làm tăng TGÇĐCT bệnh phong mới, với trung vị của thời gian chậm toàn bộ là 8 tháng (trung bình 13.1 tháng).

Khảo sát các yếu tố gây nên chậm trễ trong chẩn đoán bệnh phong mới

Mối liên hệ giữa tuổi, giới và thời gian chẩn đoán chậm trễ.

Bảng 3: Mối liên hệ tuổi, giới và thời gian chẩn đoán chậm trễ

	Số bệnh nhân	Trung bình (tháng)	Trung vị (tháng)	Kruskal-Wallis
≥ 35 tuổi	32	17.84	9.5	p _{value} < 0.05
< 35 tuổi	49	9.85	6.0	
Nam	47	11.41	8.0	NS
Nữ	34	15.20	5.5	

Nhận xét: ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi trung vị TGÇĐCT 9.5 tháng là chậm trễ hơn so với nhóm tuổi < 35 (6.0 tháng), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm tuổi này với p < 0.05. Thời gian chẩn đoán chậm trễ ở Nam và Nữ tương đương nhau và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0.05.

Khảo sát các yếu tố gây chậm trễ trong chẩn đoán bệnh phong trên 12 tháng

Bảng 4: Mối liên quan của các yếu tố gây chậm trễ trong chẩn đoán bệnh trên 12 tháng

	OR	P	95% độ tin cậy
Yếu tố dịch tễ			
Nam	0.84	NS	0.30 – 2.37
> 35 tuổi	3.21	< 0.05	1.15 – 9.15
Mù chữ	10.63	<0.05(F)	1.09 – 254
Cấp 1	2.2	NS	0.79 – 6.22
Lao động chân tay	2.79	NS	0.82 – 9.96
Thu nhập < 500 000 đồng/tháng	1.79	NS	0.62 – 5.25
Do bệnh phong			
Tổn thương CNTK	3.21	< 0.05	1.19 – 9.40
Thể BL hoặc LL	2.42	NS	0.70 – 8.47
MB	0.57	NS	0.20 – 1.65
Tàn tật độ 1	10.72	< 0.05	0.67–18.25
Tàn tật độ 2	7.13	< 0.05	3.75–13.55
Kiến thức về bệnh phong			
Bệnh lây			
Do vi khuẩn	0.71	NS	0.26 – 1.97
Đốm da giảm hoặc mất cảm giác	0.51	NS	0.16 – 1.50
3.74	< 0.05	1.16–12.53	
Thành kiến xã hội			
Bị thành kiến	1.31	NS	0.28 – 5.96

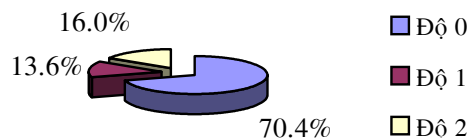
Nhận xét: Nhóm bệnh nhân > 35 tuổi có nguy cơ bị chậm trễ cao hơn nhóm tuổi < 35 với p < 0.05. Nhóm bệnh nhân không biết chữ có nguy cơ chậm trễ cao hơn nhóm học vấn khác với phép kiểm chính xác của Fisher, p < 0.05.

Đấu hiệu đầu tiên của bệnh phong là tổn thương chức năng thần kinh thì có nguy cơ bị chậm trễ cao hơn nhóm có thương tổn ở da đơn thuần với p < 0.05. Bệnh nhân phong chẩn đoán muộn trên 12 tháng thì có nguy cơ tàn tật độ 1 và độ 2 cao hơn so với nhóm bệnh nhân chậm trễ dưới 12 tháng với p < 0.05.

Bệnh nhân không biết dấu hiệu sớm của bệnh phong như là đốm da mất cảm giác thì nguy cơ chậm trễ cao hơn, với p < 0.05.

Bệnh nhân phong bị thành kiến không ảnh hưởng đến TGÇĐCT, tuy nhiên gần phân nửa trường hợp là bệnh nhân giấu bệnh.

Khảo sát mối liên hệ giữa thời gian chậm trễ trong chẩn đoán bệnh và độ tàn tật:



Biểu đồ 1: Tỷ lệ độ tàn tật ở bệnh nhân phong mới

Nhận xét: tỷ lệ tàn tật (độ 1 và 2) 29.6%, trong đó tỷ lệ tàn tật độ 2 là 16%.

Bảng 5: Mối liên hệ giữa thời gian chẩn đoán chậm trễ và độ tàn tật

	Độ 0	Độ 1	Độ 2
Số bệnh nhân	57	11	13
Trung bình (tháng)	6.67	18.54	36.15
Trung vị (tháng)	4	17	26

Nhận xét: Bệnh nhân phong chẩn đoán càng chậm trễ thì càng dễ bị tàn tật và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm Kruskal-Wallis H với p = 0.000 (<0.05).

Khảo sát các yếu tố gây chậm trễ trong chẩn đoán do DVYT

Bảng 6: Mối liên quan giữa lần chẩn đoán và thời gian chậm trễ:

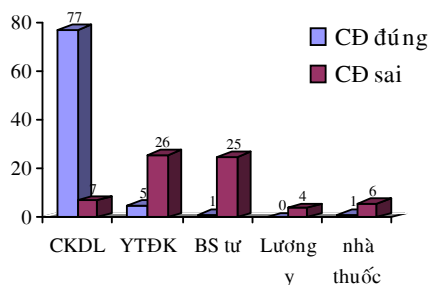
	Lần đầu	Lần thứ 2	Lần thứ 3	Lần thứ 4 +
Số bệnh nhân chẩn đoán	38	23	15	5
Trung bình (tháng)	6.4	11.0	23.0	42.8
Trung vị (tháng)	4	9	23	37

Nhận xét: bệnh nhân phong được chẩn đoán đúng ngay lần khám bệnh đầu tiên thì thời gian chậm trễ thấp (trung vị 4 tháng, trung bình là 6.4 tháng), bệnh nhân đi khám nhiều lần mới được chẩn đoán thì làm tăng TGÇĐCT.

Bảng 7: Số lần chẩn đoán đúng – sai của DVYT công và DVYT tư

	Chẩn đoán đúng	Chẩn đoán sai	Tổng
DVYT công	79	33	112
DVYT tư	2	35	37
Tổng	81	68	149

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán đúng bệnh phong của DVYT công cao hơn DVYT tư và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ và $OR = 41$.



Biểu đồ 1: Tần suất chẩn đoán bệnh phong đúng hoặc sai của từng loại hình y tế

Nhận xét: Tần suất chẩn đoán bệnh phong cao nhất là ở chuyên khoa Da Liễu (CKDL), kế đến là y tế Đa Khoa (YTĐK), bác sĩ tư chẩn đoán đúng bệnh phong rất thấp, Lương Y không chẩn đoán được trường hợp bệnh phong nào.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.

Tỷ lệ bệnh phong nam/nữ là 3/2. Tuổi tập trung nhiều nhất là dưới 35 tuổi chiếm khoảng 3/2 trường hợp. Nghề nghiệp lao động chân tay là chủ yếu chiếm 3/4 trường hợp. Tỷ lệ không biết chữ vẫn còn chiếm tỷ lệ tương đối cao (7.4%). Dân tộc Kinh chiếm đa số.

Xác định TGCĐCT do bệnh nhân, do dịch vụ y tế và TGCĐCT chậm trễ toàn bộ

TGCĐCT do bệnh nhân là thời khoảng từ khi bệnh nhân có biểu hiện dấu hiệu đầu tiên của bệnh đến khi họ đi khám bệnh lần đầu có trung vị 5 tháng, trung bình là 8.4 tháng (bảng 2). Phù hợp TGCĐCT bệnh phong mới tại các tỉnh phía Nam năm 2003 trung vị 5 tháng⁽²⁾.

TGCĐCT do DVYT là thời khoảng từ khi bệnh nhân đi khám bệnh lần đầu đến khi họ được chẩn đoán là bệnh phong có trung vị là 1 tháng, trung bình là 4.6 tháng (bảng 2). Kết quả này phù hợp với trung vị thời gian chậm trễ do DVYT tại các tỉnh phía Nam năm 2003 là 1 tháng.⁽²⁾

TGCĐCT toàn bộ là thời khoảng từ khi bệnh nhân có dấu hiệu đầu tiên của bệnh đến khi họ được chẩn đoán là bệnh phong có trung vị là 8 tháng, trung bình 13.1 tháng. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với trung vị TGCĐCT toàn bộ tại các tỉnh phía Nam năm 2003 là 8 tháng⁽²⁾.

Khảo sát các yếu tố gây nên TGCĐCT bệnh phong mới

Mối liên hệ giữa tuổi, giới và thời gian chẩn đoán chậm trễ.

Ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi trung vị TGCĐCT 9.5 tháng cao hơn so với nhóm tuổi < 35 (6.0 tháng) (bảng 3), trung vị TGCĐCT theo tuổi nhỏ hơn so với nghiên cứu của P.G. Nicholls lần lượt là 18 và 12 tháng⁽³⁾. TGCĐCT ở Nam và Nữ tương đương nhau và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$, phù hợp với nghiên cứu của P.G. Nicholls tại ấn Độ⁽³⁾ và của X.S. Chen tại Trung Quốc⁽¹⁴⁾.

2. Khảo sát các yếu tố gây TGCĐCT trên 12 tháng.

YẾU TỐ DỊCH TỄ

Bệnh nhân trên 35 tuổi thì có nguy cơ chậm trễ trên 12 tháng cao hơn so với nhóm tuổi dưới 35 với $OR = 3.21$, $p < 0.05$ (bảng 4), kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với một nghiên cứu ở ấn Độ là bệnh nhân trên 35 tuổi có nguy cơ chậm trễ trên 12 tháng là 1.79 lần⁽³⁾.

Bệnh nhân mù chữ thì nguy cơ có TGCĐCT cao với $OR = 10.63$, $p < 0.05$ (bảng 4), phù hợp với nghiên cứu của X.S. Chen là nhóm bệnh nhân phong có học vấn thấp thì có nguy cơ bị chẩn đoán chậm trễ cao⁽⁶⁾.

Giới, nghề nghiệp và thu nhập của bệnh nhân trong nghiên cứu này không có liên quan đến TGCĐCT.

YẾU TỐ THUỘC VỀ BỆNH PHONG

Biểu hiện đầu tiên của bệnh là dấu hiệu của tổn thương thần kinh thì có nguy cơ chẩn đoán chậm trễ cao hơn so với chỉ tổn thương ở da đơn thuần với $OR = 3.21$, $p < 0.05$ (bảng 4), kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với báo cáo của TCYTTC về tàn tật ở bệnh nhân phong. Như vậy tổn thương chức năng thần kinh là yếu tố dẫn đến tàn tật nếu bệnh nhân không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Chậm trễ trên 12 tháng có nguy cơ tàn tật cao với $p < 0.05$ (bảng 4), phù hợp với nghiên cứu của Richardus là bệnh nhân được chẩn đoán sớm thì làm giảm được nguy cơ bị tàn tật⁽⁷⁾. Do vậy cần tăng cường hoạt động phát hiện bệnh nhân phong sớm để phòng ngừa được tàn tật.

HIỂU BIẾT VỀ BỆNH PHONG

Bệnh nhân không biết dấu hiệu sớm của bệnh phong (đốm thương tổn ở da giảm hoặc mất cảm giác) thì có nguy cơ chẩn đoán chậm trễ với $OR = 3.74$, $p < 0.05$ (bảng 4), kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Wehib là bệnh nhân thiếu kiến thức về bệnh phong thì họ bị phát hiện muộn màng. Có lẽ người bệnh phong biết được dấu hiệu sớm của bệnh họ sẽ đi khám đúng chuyên khoa và được chẩn đoán và điều trị ngay vì vậy họ ít bị chậm trễ trong chẩn đoán bệnh.

Hiểu biết của bệnh nhân về nguyên nhân và lý do mắc bệnh thì không có ảnh hưởng đến chậm trễ trong chẩn đoán bệnh phong.

THÀNH KIẾN XÃ HỘI VỀ BỆNH PHONG

Trong nghiên cứu này thành kiến của xã hội về bệnh phong không có ảnh hưởng đến TGCĐCT bệnh

phong (bảng 4), kết quả nghiên cứu này không phù hợp với nghiên cứu của Vivivan De Rojas là thành kiến xã hội có tác động gây chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị bệnh phong⁽⁵⁾. Có lẽ trong nghiên cứu này có gần phân nửa trường hợp giấu bệnh vì sợ thành kiến, nếu họ không giấu bệnh thì liệu họ có bị cộng đồng xa lánh hay không? Vì vậy có thể do bệnh nhân giấu bệnh mà ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu này.

Khảo sát mối liên hệ giữa thời gian chậm trễ trong chẩn đoán và độ tàn tật:

Tỷ lệ tàn tật: tỷ lệ tàn tật (độ 1 và 2) 29.6%, trong đó tỷ lệ tàn tật độ 2 là 16% (biểu đồ 1), tỷ lệ tàn tật độ 2 giảm hơn so với năm 2003 về trước là tỷ lệ này > 19%⁽¹⁾, và tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trên toàn cầu vào năm 2000 là 4%⁽¹⁶⁾ và cao hơn tiêu chuẩn loại trừ bệnh phong Việt Nam là < 15%. Tỷ lệ tàn tật độ 2 cao phản ánh là bệnh nhân phong được phát hiện muộn màng⁽⁴⁾, ảnh hưởng đến hoạt động và sinh hoạt hàng ngày của họ, làm cho họ mặc cảm khó hoà nhập và làm tăng thêm thành kiến xã hội với bệnh phong⁽⁵⁾. Tỷ lệ tàn tật trên bệnh nhân mới phát hiện cao ảnh hưởng đến hiệu quả của hoạt động CTKSBP.

Mối liên hệ giữa TGCĐCT và độ tàn tật:

Tàn tật độ 0 trung vị 4 tháng, trung bình 6.67 tháng. Độ 1 trung vị 17 tháng, trung bình 18.54 tháng. Độ 2 có trung vị 26 tháng và trung bình 36.15 tháng (bảng 5). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu tại các tỉnh phía Nam⁽¹⁾, và cũng phù hợp với nghiên cứu tại Ethiopia có trung vị của tàn tật độ 0 là 12 tháng và độ 2 là 26 tháng. Bệnh nhân phong phát hiện càng muộn thì càng dễ bị tàn tật và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Richardus là phát hiện bệnh nhân phong mới càng sớm thì ngăn ngừa được tàn tật⁽⁷⁾.

Khảo sát các yếu tố gây chậm trễ trong chẩn đoán do DVYT

Mối liên quan giữa số lần chẩn đoán và thời gian chậm trễ: Trung vị TGCĐCT lần đầu là 4 tháng, lần 2 là 9 tháng, lần 3 là 23 tháng, lần thứ 4 trở đi là 37 tháng (bảng 6), kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với P.G. Nicholls bệnh nhân càng đi khám bệnh nhiều lần thì thời gian chậm trễ càng tăng⁽³⁾. Bệnh nhân đi khám nhiều lần do những lần đi khám bệnh trước không được chẩn đoán bệnh phong, điều trị không đúng dẫn đến kéo dài thời gian mắc bệnh đến khi họ được chẩn đoán là bệnh phong thì TGCĐCT tăng lên. Đây là nguyên do gây chậm trễ của DVYT.

Số lần chẩn đoán đúng – sai của DVYT công và DVYT tư: tần suất chẩn đoán đúng bệnh phong của DVYT công là 79/112 cao hơn nhiều so với DVYT tư là 2/37 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $OR = 41$, $p < 0.05$ (bảng 7), kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu tại các tỉnh phía Nam⁽¹⁾. Như vậy kiến thức và kỹ năng chẩn đoán mắc bệnh phong với DVYT tư còn rất thấp.

Tần suất chẩn đoán bệnh phong đúng hoặc sai của từng loại hình y tế: chuyên khoa Da Liễu có tỷ lệ

chẩn đoán đúng bệnh cao nhất, tuy nhiên vẫn còn sai sót 7/81 trường hợp, có lẽ do tổn thương ban đầu của bệnh chưa có điển hình (nhất là thể I dễ gây nhầm lẫn với bệnh da khác) hoặc do thầy thuốc không nghĩ đến bệnh phong mà không dùng phương pháp đặc biệt để thử cảm giác. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của y tế Đa Khoa còn thấp 5/31 trường hợp, bác sĩ tư chỉ chẩn đoán đúng có 1/26 trường hợp, Lương Y không chẩn đoán được trường hợp bệnh phong nào (bảng 7). Như vậy công tác tập huấn về bệnh phong hàng năm cho y tế Đa Khoa và y tế tư chưa có hiệu quả vì vậy các loại hình y tế này kỹ năng chẩn đoán đúng bệnh phong còn rất thấp, dẫn đến người bệnh phong phải đi khám bệnh nhiều lần mới được chẩn đoán đúng và như vậy là làm tăng chậm trễ trong chẩn đoán cho bệnh phong mới phát hiện hàng năm.

KẾT LUẬN VÀ ĐỀ NGHỊ

Qua nghiên cứu 81 trường hợp bệnh phong mới phát hiện tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2004, chúng tôi nhận thấy rằng:

TGCĐCT do bệnh nhân có trung vị 5 tháng, trung bình 8.4 tháng. TGCĐCT do DVYT có trung vị 1 tháng, trung bình 4.6 tháng. TGCĐCT toàn bộ có trung vị 8 tháng và trung bình 13.1 tháng.

Các yếu tố nguy cơ gây TGCĐCT trên 12 tháng:

Các yếu tố dịch tễ: bệnh nhân trên 35 tuổi ($OR = 3.21$), bệnh nhân không biết chữ ($OR = 10.63$)

Các yếu tố thuộc về bệnh phong: dấu hiệu đầu tiên của bệnh là tổn thương chức năng thần kinh ($OR = 21$), bệnh phong chẩn đoán chậm trễ sau 12 tháng thì tăng nguy cơ tàn tật độ 1 và độ 2.

Thiếu hoặc không có kiến thức về dấu hiệu sớm của bệnh phong làm tăng nguy cơ chậm trễ ($OR=3.37$)

Thành kiến không có liên hệ với TGCĐCT trên 12 tháng, tuy nhiên phân nửa trường hợp giấu bệnh.

Tỷ lệ tàn tật chung là 29.6%, trong đó tàn tật độ 2 là 16%.

TGCĐCT của tàn tật độ 0 có trung vị 4 tháng, trung bình 6.67 tháng. Độ 1 có trung vị 17 tháng và trung bình là 18.54 tháng. Độ 2 có trung bình 26 tháng, trung vị 36.1 tháng. Bệnh nhân phong phát hiện càng muộn thì càng dễ bị tàn tật nặng.

Bệnh nhân phải đi khám nhiều lần mới chẩn đoán đúng bệnh, vì vậy làm tăng TGCĐCT. DVYT công chẩn đoán đúng bệnh phong cao hơn so với DVYT tư với $OR = 41$. TGCĐCT do DVYT tư thì nhà thuốc tư và phòng mạch tư có tỷ lệ chẩn đoán bệnh phong rất thấp, Lương Y không chẩn đoán được trường hợp nào.

Từ kết luận trên, chúng tôi xin đưa ra một số đề nghị sau:

Giáo dục sức khỏe để cung cấp kiến thức cơ bản về bệnh phong (đặc biệt là nhận ra dấu hiệu sớm của bệnh) cho cộng đồng dân cư tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Tăng cường tập huấn về kiến thức và kỹ năng chẩn đoán bệnh phong cho DVYT tư (phòng mạch tư, nhà thuốc tư và y học cổ truyền).

SUMMARY

Title: To study the delay in detecting new cases of Leprosy in the Ho Chi Minh City in 2004.

General objective: to survey the factors affecting the delayed diagnosis of new cases of Leprosy in the Ho Chi Minh City in 2004.

Method: Comparative cross-sectional study.

Result: the number of individuals providing information: 81/87 the new cases of Leprosy. The delay due to patients has been median 5 months, mean 8.4 months. The delay of diagnosis due to Health service has been median 1 month, mean 4.6 months. The general delay of diagnosis has been median 8 months and mean 13.1 months.

Factors affecting the delayed diagnosis of leprosy in excess of 12 months: the new cases of patients over 35 years, Illiterate. The first symptom was damaged function of nerve trunk. The patients lacking or wrong in early symptoms of leprosy.

The delay of the zero-degree disabled groups has been median 4 months, mean 6.67 months; of the first-degree disabled groups has been median 17 months, mean 18.54 months; and of the second-degree group has been median 26 months, mean 36.1 months. In case of the leprosy patients, the later their diagnosis, the higher their handicap rate would be.

In half the patients were diagnosed leprosy after the first. However, 5 patients had to make up to 4 – 5 visits to have their leprosy definitely diagnosed, so the high their general delay of diagnosis risk would be. The correct diagnosis rate of the public health service was 41 times higher than that of the private health service. The traditional physicians could not make the correct diagnosis of any case leprosy. The private doctor and the drug vendors unable to suspect and diagnose the leprosy patients with high performance.

Conclusion: the relationship between the delayed diagnosis of leprosy and the patients over 35 years, Illiterate. The first symptom that was damaged function of nerve trunk, lacking or wrong in early symptom of leprosy were associated with increased delay. In case of the leprosy patients, the later diagnosis, the higher handicap rate would be. The leproic diagnosis in the private Health services was not yet good, making more delay in the diagnosis of the disease.

Keywords: new cases of Leprosy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da liễu (2004), *Báo cáo tổng kết Bệnh viện năm 2004*, trang 10 – 16.
2. Ngô Minh Vinh (2003), *Sự chậm trễ trong phát hiện bệnh phong tại các tỉnh phía Nam, Việt Nam năm 2003*. Sinh hoạt khoa học kỹ thuật khu vực phía Nam; quý II – năm 2004, trang 1 – 19.
3. P. G. Nicholls et al (2001), *Factors contributing to delay in diagnosis and start of treatment of leprosy: analysis of help-seeking narratives in northern Bangladesh and in West Bengal, India*, *Leprosy review* Vol 76 (1) 2005, pp. 35 – 47.
4. Richardus JH, Finlay KM, Croft RP, Smith WC (2000), Nerve function impairment in leprosy at diagnosis and at completion of MDT: a retrospective cohort study of 786 patients in Bangladesh. *Leprosy Review*, 2000: 71: 285 – 308.
5. Vivianne De Rojas et al (1994), *Some factors influencing delay in leprosy diagnosis*. *Bulletin of PAHO* 28(2), pp. 156-162.
6. Wehib Brkri et al (1998), *Delay in presentation and start of treatment in leprosy patients: a case-control study of disabled and non-disabled patients in three different settings in Ethiopia*, *International journal of Leprosy*, Vol 66 (1), pp. 1-9.
7. WHO (2002), *Weekly Epidemiological Record* N^o1. 4 January 2002.