

hạch dương tính (35% so với 72% ở nhóm hạch âm tính). Tình trạng di căn hạch vùng, dù ở giai đoạn sớm, vẫn là yếu tố tiên lượng bất lợi. Gần đây, sự thay đổi giai đoạn bệnh trước và sau phẫu thuật ung thư phổi do các phát hiện hạch N2+ cũng là một trong các vấn đề được quan tâm và báo cáo. Do đó, chuyển giai đoạn ung thư nặng hơn sau phẫu cần được quan tâm khi quyết định chiến lược theo dõi hoặc điều trị bổ sung. Phát hiện nhóm nguy cơ cao như hạch bạch huyết N2+, mô học biệt hóa kém, CCI ≥ 3 có ý nghĩa đặc biệt trong dân số cao tuổi, nơi mà dung nạp điều trị bổ sung thường hạn chế. Do đó, đánh giá hạch kỹ lưỡng trong và sau phẫu và mô bệnh học rất cần thiết, nhằm xác định giai đoạn và cá thể hóa theo dõi, điều trị sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thay đổi sinh học theo tuổi (phản ánh qua CCI, ASA) có giá trị hơn tuổi theo con số qua các phép kiểm định giá trong xác định nguy cơ biến chứng và sống còn. Nghiên cứu này có phần hạn chế về cỡ mẫu do tính chất bệnh ít gặp và không mô tả chi tiết tình trạng liên quan người cao tuổi như dinh dưỡng, tâm lý, nghề nghiệp trong xu hướng điều trị cá thể hóa hiện nay ở người cao tuổi đang được ủng hộ, đặc biệt trong các khuyến cáo mới của NCCN (2024) và Hội Lồng ngực châu Âu (ESTS 2023), trong đó đề xuất sử dụng chỉ số lâm sàng tổng hợp thay cho giới hạn tuổi tuyệt đối khi chỉ định mổ [1].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật triệt để ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm ở người cao tuổi cho kết quả sống còn khả quan khi được chọn lọc kỹ. Các yếu tố tiên lượng bất lợi bao gồm hạch N dương tính sau phẫu thuật, phân độ mô học cao và chỉ số bệnh nền (theo Charson,CCI) ≥ 3 . Kết

quả này triển vọng góp phần định hướng điều trị cá thể hóa và tiên lượng điều trị giai đoạn còn phẫu thuật ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gregory J Riely, Douglas E Wood, David S Ettinger, et al.** Non-Small Cell Lung Cancer, Version 4.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2024 May;22(4):249-274
2. **Okami J, et al.** Surgical outcomes of VATS lobectomy in elderly NSCLC patients: a multicenter analysis. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2020;68(12):1442-1449.
3. **Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al.** The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol. 2016;11(1):39-51.
4. **Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, et al.** The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. J Thorac Oncol. 2015;10(9):1243-1260.
5. **Nakamura H, et al.** Comorbidity index and surgical outcomes in elderly patients with early-stage NSCLC. J Thorac Dis. 2020;12(6):3148-3156.
6. **Lee JH, et al.** Influence of comorbidities on survival after lung cancer surgery in elderly. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2021;54(4):243-250.
7. **Gossot D, et al.** Minimally invasive surgery for lung cancer in the elderly. Eur J Cardiothorac Surg. 2021;59(1):48-54.
8. **Kim HK, et al.** Comparative outcomes of VATS vs. open lobectomy in elderly NSCLC patients. Ann Thorac Surg. 2022;113(3):752-760.
9. **Zhang J, et al.** Lymph node status and survival in resected stage I-II NSCLC: a SEER analysis. Lung Cancer. 2021;160:1-9.
10. **Tsutani Y, et al.** Prognostic impact of nodal metastasis in elderly patients with early-stage NSCLC. J Thorac Oncol. 2020;15(9):1462-1470.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN PHONG TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH GIA LAI ĐẾN THÁNG 6 NĂM 2023

Lê Thanh Nhân¹, Văn Thế Trung², Nguyễn Lê Trà Mi²

TÓM TẮT

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Gia Lai

²Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng tàn tật ở bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai đến tháng 6 năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 422 bệnh nhân phong, thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các phân tích thống kê mô tả, kiểm định Chi-square, hồi quy logistic đơn biến và đa biến. **Kết quả:** Bệnh nhân phong thể MB chiếm đa số (94,5%), tổn thương thường gặp ở da (96,9%) và thần kinh ngoại biên (89,8%). Tỷ lệ tàn tật chung là

88,9%, trong đó độ II chiếm đến 87,2%. Vị trí tàn tật phổ biến là tay (78,4%), chân (74,7%) và mặt (29,9%), trong đó 65,1% có tàn tật phối hợp nhiều vị trí. Các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng tàn tật gồm tuổi ≥ 60 (OR=2,42), thời gian mắc bệnh >10 năm (OR=1,96) và mất sức lao động (OR=4,21). Trong số này thì thời gian mắc bệnh > 10 năm là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa với mức độ tàn tật nặng (độ II) ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ tàn tật, đặc biệt là độ II, ở bệnh nhân phong tại Gia Lai rất cao. Tuổi cao, thời gian mắc bệnh dài, mất sức lao động và trình độ học vấn thấp là những yếu tố nguy cơ cần được lưu ý trong chiến lược phát hiện, can thiệp sớm và phục hồi chức năng cho người bệnh. **Từ khóa:** Bệnh phong, tàn tật, yếu tố nguy cơ, Gia Lai

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG LEPROSY PATIENTS UNDER MANAGEMENT IN GIA LAI PROVINCE AS OF JUNE 2023

Objective: To describe the epidemiological and clinical characteristics and analyze factors associated with disability in leprosy patients under management in Gia Lai Province as of June 2023. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 422 leprosy patients, with data collected from medical records and direct interviews. Data were processed using SPSS 22.0, with descriptive statistics, Chi-square tests, and univariate and multivariate logistic regression analyses. **Results:** Multibacillary (MB) leprosy accounted for the majority (94.5%), with common sites of involvement being the skin (96.9%) and peripheral nerves (89.8%). The overall disability rate was 88.9%, of which grade II disability accounted for 87.2%. Common sites of disability were hands (78.4%), feet (74.7%), and face (29.9%), with 65.1% presenting with combined disabilities at multiple sites. Independent factors associated with disability included age ≥ 60 years (OR=2.42), disease duration >10 years (OR=1.96), and loss of working ability (OR=4.21). Among these, only disease duration >10 years was significantly associated with severe disability (grade II) ($p < 0.05$). **Conclusion:** The rate of disability, especially grade II, among leprosy patients in Gia Lai is alarmingly high. Older age, long disease duration, loss of working ability, and low educational level are risk factors that should be considered in early detection, timely intervention, and rehabilitation strategies. **Keywords:** Leprosy, disability, risk factors, Gia Lai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mạn tính do vi khuẩn *Mycobacterium leprae* (M. leprae) gây ra, được nhà khoa học Armauer Hansen phát hiện năm 1873, nên còn gọi là trực khuẩn Hansen [6]. Bệnh chủ yếu gây tổn thương da và các dây thần kinh ngoại biên, dẫn đến các biến dạng và tàn tật vĩnh viễn. Những di chứng này không chỉ ảnh hưởng đến chức năng vận động mà còn gây ra kỳ thị, mặc cảm và suy giảm

chất lượng sống của người bệnh [5].

Tại Việt Nam, bệnh phong vẫn là một vấn đề y tế cộng đồng đáng quan tâm với khoảng 18.000 bệnh nhân bị tàn tật do phong. Gia Lai là một tỉnh miền núi thuộc khu vực Tây Nguyên, có địa hình phức tạp, dân cư phân bố rải rác, đa dạng về dân tộc và điều kiện kinh tế còn khó khăn. Tỷ lệ bệnh phong tại Gia Lai vẫn còn cao, phân bố tại 15/17 huyện, thị xã, thành phố. Trong số bệnh nhân phong đang được quản lý, tỷ lệ tàn tật còn ở mức đáng kể do nhiều yếu tố như chẩn đoán muộn, thời gian mắc bệnh kéo dài và điều kiện tiếp cận y tế còn hạn chế. Chương trình phòng chống bệnh phong tại tỉnh đã được triển khai từ năm 1991, với mạng lưới được xây dựng và duy trì tại cộng đồng. Tuy nhiên, việc đánh giá thực trạng đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân phong đang quản lý là cần thiết nhằm cung cấp dữ liệu phục vụ cho việc cải thiện chương trình phòng chống phong một cách hiệu quả và bền vững.

Xuất phát từ nhu cầu đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai tính đến tháng 6 năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai tính đến tháng 6 năm 2023, bao gồm các đối tượng đang điều trị, giám sát sau điều trị và chăm sóc tàn tật sau giám sát.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân được chẩn đoán phong, có theo dõi trong sổ quản lý bệnh nhân phong tại tuyến tỉnh, huyện hoặc xã, có hồ sơ đầy đủ, và bệnh nhân hoặc thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có hồ sơ quản lý không đầy đủ, vắng mặt tại địa phương trong thời điểm điều tra hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023, tại tỉnh Gia Lai.

Cỡ mẫu: Toàn bộ 422 bệnh nhân phong đang được quản lý, điều trị, giám sát và chăm sóc sau tàn tật tại tỉnh Gia Lai tính đến tháng 6 năm 2023: Dữ liệu được thu thập trực tiếp thông qua phỏng vấn bệnh nhân và khai thác thông tin lưu trữ trong hồ sơ bệnh án. Các hồ sơ bệnh nhân phong đang được quản lý, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, được sử dụng để thu thập các

thông tin hành chính và biến số nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án, sổ theo dõi và chăm sóc tàn tật.

Nhân viên y tế thuộc mạng lưới phòng chống phong của tỉnh, đã được tập huấn, trực tiếp thu thập số liệu: giải thích cho bệnh nhân hoặc thân nhân về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và xin chữ ký đồng thuận tham gia. Sau đó, tiến hành khám trực tiếp và ghi thông tin vào phiếu thu thập số liệu

Biến số nghiên cứu: Các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng được khảo sát bao gồm: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, dân tộc, nhóm bệnh ít khuẩn (PB= Paucibacillary)/ nhiều khuẩn (MB = Multibacillary), thời gian mắc bệnh. Đặc điểm tàn tật được ghi nhận theo: mức độ tàn tật (độ 0, I, II theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới – WHO) [6], thời điểm xuất hiện tàn tật (trước, trong hoặc sau điều trị), và vị trí tàn tật (tay, chân, mắt...). Các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng được khảo sát bao gồm: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, dân tộc, nhóm bệnh (PB/MB), thời gian mắc bệnh.

Xử lý số liệu: Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn; hoặc bằng trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn. Kiểm định mối liên quan giữa các biến định tính được thực hiện bằng phép Chi bình phương (χ^2) hoặc kiểm Fisher. Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP.HCM, mã số 885/HĐĐĐ-ĐHYD V/v chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH ngày 18/11/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 422 bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai tính đến tháng 6 năm 2023, tỷ lệ tàn tật chung là 88,9%, trong đó tàn tật độ II chiếm đến 87,2%. Tình trạng tàn tật được phát hiện chủ yếu trước khi điều trị (82,7%), trong khi trong và sau điều trị lần lượt là 9,3% và 8,0%. Vị trí tàn tật thường gặp gồm bàn tay, bàn chân và mắt. Các phân tích mối liên quan cho thấy tỷ lệ tàn tật độ II cao hơn rõ rệt ở nhóm ≥ 60 tuổi, thời gian mắc bệnh > 10 năm, nhóm mù chữ và không còn khả năng lao động ($p < 0,05$). Chi tiết được thể hiện trong các bảng sau:

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của mẫu nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai

(n=422)

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	245	58,1
	Nữ	177	41,9
Nhóm tuổi	< 15 tuổi	3	0,7
	15 – 60 tuổi	208	49,3
	≥ 60 tuổi	211	50,0
Dân tộc	Jrai	281	66,6
	Bahnar	134	31,8
	Kinh	5	1,2
	Tày	2	0,5
Trình độ học vấn	Mù chữ	312	73,9
	Tiểu học	95	22,5
	Trung học	15	3,6
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	287	68,0
	Lớn tuổi, mất sức lao động	117	27,7
	Trẻ em, học sinh	18	4,3
Đôi tượng quản lý	Đang điều trị đa hóa trị liệu	13	3,1
	Giám sát sau điều trị	44	10,4
	Chăm sóc tàn tật sau giám sát	365	86,5
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	47	11,1
	5 – 10 năm	19	4,5
	> 10 năm	356	84,4

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới chiếm 58,1%, nhóm tuổi ≥ 15 chiếm 99,3%. Bệnh nhân chủ yếu là người Jrai (66,5%) và Bahnar (31,8%), với tỷ lệ mù chữ cao (73,9%). Đa số thuộc nhóm đã chăm sóc tàn tật sau giám sát (86,5%) và có thời gian mắc bệnh trên 10 năm (84,4%). Thể phong chủ yếu là đa khuẩn (94,5%).

Tỷ lệ tàn tật của bệnh nhân phong

Bảng 2. Đặc điểm tàn tật của bệnh nhân phong (n=422)

Phân loại	Biến số	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ tàn tật (n=422)	Độ 0	47	11,1
	Độ I	7	1,7
	Độ II	368	87,2
Thời điểm ghi nhận tàn tật (n=375)	Trước điều trị	310	82,7
	Trong điều trị	35	9,3
	Sau điều trị	30	8,0
Vị trí tàn tật (n=375)	Mặt	112	29,9
	Bàn tay	294	78,4
	Bàn chân	280	74,7
	Phối hợp nhiều vị trí	244	65,1

Nhận xét: Tỷ lệ tàn tật độ II rất cao (87,2%), chủ yếu được ghi nhận trước điều trị (82,7%). Vị trí tàn tật thường gặp là bàn tay (78,4%), bàn chân (74,7%), phối hợp nhiều vị trí (65,1%) và vùng mặt (29,9%). Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân phát hiện muộn, có tổn

thương tàn tật nặng, ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ

Bảng 3. Các dạng tàn tật thường gặp theo vị trí tổn thương (n=375)

Vị trí tổn thương	Dạng tàn tật	Số BN	Tỷ lệ (%)
Mặt (n=112)	Không đếm được ngón tay cách xa 6m	46	41,1
	Nhân mắt đục	45	40,2
	Mắt đỏ	40	35,7
	Mắt không nhắm được	39	34,8
	Rụng lông mày	38	33,9
	Mù mắt	11	9,8
	Sụp cầu mũi	8	7,1
	Liệt mắt	5	4,5
	Bàn tay (n=294)	Dị tật ngón tay (cò cứng, cò mềm, cụt rụt...)	237
Da lòng bàn tay khô		100	34,0
Mất cảm giác đơn thuần		74	25,2
Bàn tay rủ		18	6,1
Mất cảm giác có lở loét		12	4,1
Bàn tay ngứa		9	3,1
Bàn	Cụt rụt nhẹ (chưa quá	101	38,1

chân (n=280)	khớp bàn - đốt)		
	Da lòng bàn chân khô	94	35,5
	Mất cảm giác đơn thuần	84	31,7
	Cụt rụt nặng (quá khớp bàn - đốt)	79	29,8
	Loét lộ đáo	71	26,8
	Cò mềm ngón chân	59	22,3
	Chân cật cần	42	15,8
	Cụt quá khớp cổ chân	27	10,2
	Trật - cứng khớp bàn đốt	22	8,3
	Trật khớp bàn đốt chân	20	7,5

Nhận xét: Tàn tật thường gặp nhất ở bàn tay là biến dạng ngón tay (80,6%) và khô da (34,0%), trong khi ở bàn chân là cụt rụt nhẹ (38,1%), khô da (35,5%) và mất cảm giác (31,7%). Tổn thương vùng mặt chủ yếu là các dạng tàn tật liên quan đến thị giác như không đếm được ngón tay xa 6m (41,1%), nhân mắt đục (40,2%) và mắt đỏ (35,7%). Các dạng tàn tật này ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng và chất lượng sống của người bệnh.

Mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, lâm sàng với nguy cơ tàn tật ở bệnh nhân phong

Bảng 4. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tàn tật ở bệnh nhân phong (n=422)

Biến số	Phân nhóm	Không tàn tật n=47 (%)	Tàn tật (độ I, II) n=375 (%)	p
Giới tính	Nam	27 (11,0)	218 (89,0)	0,928 ^a
	Nữ	20 (11,3)	157 (88,7)	
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	40 (19,0)	171 (81,0)	0,000 ^a
	≥ 60 tuổi	7 (3,3)	204 (96,7)	
Dân tộc	Jrai	34 (12,1)	247 (87,9)	0,132 ^b
	Bahnar	11 (8,2)	123 (91,8)	
	Kinh+Tày	2 (28,6)	5 (71,4)	
Trình độ học vấn	Mù chữ	24 (7,7)	288 (92,3)	0,000 ^a
	Không mù chữ	23 (20,9)	87 (79,1)	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	44 (15,3)	243 (84,7)	0,000 ^a
	Già/trẻ em/học sinh	3 (2,2)	132 (97,8)	
Đôi tượng quản lý	Đang điều trị ĐHTL	9 (69,2)	4 (30,8)	0,000 ^b
	Giám sát/Sau giám sát	38 (9,3)	371 (90,7)	
Thời gian bệnh	≤ 10 năm	45 (68,2)	21 (31,8)	0,000 ^a
	> 10 năm	2 (0,6)	354 (99,4)	
Nhóm bệnh	MB	42 (10,5)	357 (89,5)	0,16 ^b
	PB	5 (21,7)	18 (78,3)	

^a: Kiểm định Chi bình phương (Chi-square test); ^b: Kiểm định Fisher's Exact (Fisher's Exact test)

Nhận xét: Tỷ lệ tàn tật cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các nhóm: ≥ 60 tuổi, mù chữ, không còn khả năng lao động, đang điều trị ĐHTL và thời gian mắc bệnh > 10 năm (p < 0,001). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa theo giới tính, dân tộc và nhóm bệnh MB/PB.

Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan độ lặp đến tàn tật ở bệnh nhân phong (n=422)

Biến số	Phân nhóm	OR [95%CI]	P
Nhóm tuổi	≥ 60 tuổi	6,82 [2,98-15,61]	0,000
	< 60 tuổi		
Trình độ học vấn	Mù chữ	3,18 [1,71-5,9]	0,000

	Không mù chữ		
Nghề nghiệp	Mất sức lao động	7,98 [2,43-26,15]	0,001
	Lao động chân tay và trẻ em, học sinh		
Đối tượng quản lý	Đang điều trị ĐHTL	21,97 [6,46-74,72]	0,000
	Giám sát/Sau giám sát		
Thời gian bệnh	> 10 năm	379,29 [86,06-1671,52]	0,000
	≤ 10 năm		

OR; odds ratio (tỷ số chênh), CI: confidence interval (khoảng tin cậy)

Nhận xét: Các yếu tố liên quan độc lập đến tàn tật bao gồm: tuổi ≥ 60, mù chữ, mất sức lao động, đang điều trị ĐHTL và thời gian mắc bệnh > 10 năm. Trong đó, thời gian mắc bệnh kéo dài là yếu tố nguy cơ mạnh nhất.

Bảng 6. So sánh các yếu tố liên quan giữa tàn tật độ I và tàn tật độ II ở bệnh nhân phong (n=375)

Biến số	Phân nhóm	Tàn tật độ I n=7 (%)	Tàn tật độ II n=368 (%)	p*
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	6 (3,5)	165 (96,5)	0,050
	≥ 60 tuổi	1 (0,5)	203 (99,5)	
Trình độ học vấn	Mù chữ	3 (1,0)	285 (99,0)	0,053
	Biết chữ	4 (4,6)	83 (95,4)	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	7 (2,9)	236 (97,1)	0,102
	Già/trẻ em/học sinh	0 (0)	132 (100)	
Đối tượng quản lý	Đang điều trị ĐHTL	1 (25,0)	3 (75,0)	0,073
	Giám sát/sau giám sát	6 (1,6)	365 (98,4)	
Thời gian bệnh	≤ 10 năm	3 (14,3)	18 (85,7)	0,005
	> 10 năm	4 (1,1)	350 (98,9)	

Nhận xét: Tỷ lệ tàn tật độ II chiếm ưu thế rõ rệt so với độ I ở tất cả các nhóm biến. Trong đó, thời gian mắc bệnh > 10 năm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tàn tật độ II (p = 0,005), cho thấy đây là yếu tố quan trọng góp phần làm gia tăng mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu trên 422 bệnh nhân phong đang được quản lý tại tỉnh Gia Lai tính đến tháng 6 năm 2023 cho thấy bệnh nhân nam chiếm ưu thế (58,1%), phần lớn bệnh nhân phong có độ tuổi từ 15 tuổi trở lên (99,3%), trong đó bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 50%. Bệnh nhân phong phần lớn thuộc dân tộc Jrai (66,6%) và Bahnar (31,7%). Về thành phần dân tộc, bệnh nhân chủ yếu là người Jrai (66,6%) và Bahnar (31,7%), phù hợp với cơ cấu dân số của tỉnh Gia Lai và cũng phản ánh tính đặc thù về phân bố bệnh phong ở khu vực Tây Nguyên. Các kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng (2003) khi ghi nhận bệnh nhân dân tộc thiểu số là chủ yếu [2]. Một điểm đáng chú ý là trình độ học vấn của bệnh nhân rất thấp, với 73,9% mù chữ. Bên cạnh đó, 68% người bệnh làm nghề lao động phổ thông và 27,7% đã mất sức lao động. Những yếu tố này không chỉ là rào cản trong tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế mà còn có thể góp phần vào sự chậm trễ trong phát hiện và điều trị bệnh, dẫn

đến các biến chứng và di chứng tàn tật nặng nề.

Về mặt quản lý, phần lớn bệnh nhân (86,5%) đang được chăm sóc tàn tật sau giám sát, 10,4% bệnh nhân giám sát sau điều trị và 3,1% bệnh nhân đang được điều trị. Tỷ lệ lưu hành phong tại thời điểm nghiên cứu là 0,08/10.000 dân, cho thấy Gia Lai đã duy trì ngưỡng thanh toán bệnh phong theo tiêu chuẩn của WHO (<1/10.000 dân), giảm so với những giai đoạn trước, từ 0,46 (vào năm 2005) xuống còn 0,10 (vào năm 2014). Điều này phản ánh hiệu quả của chương trình phòng chống phong quốc gia. Tuy nhiên, tỷ lệ này phản ánh nguồn lây còn hiện hữu trong cộng đồng. Vì vậy, cần cảnh giác, phát hiện sớm, điều trị tích cực kiểm soát nguồn lây trong cộng đồng. Bệnh nhân phong có thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm 84,4%. Có 11,1% bệnh nhân mắc bệnh dưới 5 năm, chỉ 1,9% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Hùng (2020) khi ghi nhận 93,8% người mắc bệnh trên 20 năm, 6,2% người mắc bệnh từ 10 đến 20 năm [4]. Kết quả này cũng phù hợp với thực tế bệnh nhân mắc bệnh phong phần lớn là trước năm 1975.

Ngoài ra, trong nghiên cứu này, thể phong MB chiếm tỷ lệ áp đảo (94,5%), cao hơn so với một số nghiên cứu trước như của Lê Thanh Hải (2014) – 84,8% và Nguyễn Việt Dương (2015) –

70,9% [1, 3]. Sự gia tăng tỷ lệ MB phản ánh đặc điểm dịch tễ tại khu vực nghiên cứu, cho thấy nguồn lây trong cộng đồng vẫn còn hiện diện, đặc biệt nếu các trường hợp MB chưa được phát hiện và điều trị triệt để. Bệnh phong thể MB có khả năng lây nhiễm cao hơn do mật độ vi khuẩn lớn và thời gian ủ bệnh kéo dài. Do đó, tỷ lệ MB cao là dấu hiệu cảnh báo cần tăng cường các biện pháp giám sát dịch tễ chủ động, phát hiện ca bệnh sớm và ngăn ngừa lây lan trong cộng đồng.

4.2. Tình trạng tàn tật của bệnh nhân phong. Trong nghiên cứu, tỷ lệ tàn tật chung rất cao (88,9%), trong đó tàn tật độ II chiếm đến 87,2%, phản ánh mức độ di chứng nặng nề mà bệnh phong để lại nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. So với một số nghiên cứu trong nước trước đây, kết quả này cho thấy một thực trạng đáng lo ngại về tình hình tàn tật ở bệnh nhân phong đang được quản lý tại cộng đồng. Đặc biệt, tỷ lệ tàn tật ghi nhận trước điều trị là 82,7%, trong khi trong điều trị là 9,3% và sau điều trị là 8,0%. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân được phát hiện muộn, khi đã có tổn thương dây thần kinh và biểu hiện lâm sàng rõ rệt, đồng thời phản ánh hiệu quả chưa cao của công tác phát hiện sớm trong cộng đồng. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Lê Thanh Hải (2014), trong đó phần lớn tàn tật cũng xảy ra trước điều trị. Điều này cho thấy phát hiện sớm và quản lý phản ứng phong kịp thời là yếu tố then chốt trong phòng ngừa tàn tật, và cần được chú trọng hơn nữa trong chiến lược kiểm soát bệnh phong hiện nay [3].

Về vị trí tổn thương, kết quả nghiên cứu cho thấy tàn tật ở bệnh nhân phong thường gặp nhất ở bàn tay (78,4%), tiếp theo là bàn chân (74,7%) và mắt (29,9%), trong đó có đến 65,1% bệnh nhân có tàn tật phối hợp nhiều vị trí. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Dương và cộng sự (2015), ghi nhận tỷ lệ tàn tật ở tay là 90,6%, chân 82,7%, mắt 55,4% [1]. Các vị trí này là nơi dễ bị ảnh hưởng bởi tổn thương các dây thần kinh ngoại biên như trụ, giữa, quay, mác chung và dây VII, vốn thường bị vi khuẩn phong tấn công. Tổn thương tại đây dẫn đến mất cảm giác, biến dạng chi, khó cử động, loét dai dẳng và giảm thị lực, làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng sống và khả năng lao động của bệnh nhân. Đặc biệt, tỷ lệ tàn tật phối hợp nhiều vị trí phù hợp đến thể lâm sàng MB, vốn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu (94,5%).

4.3. Mỗi liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, lâm sàng với nguy cơ tàn tật ở bệnh nhân phong. Phân tích đơn biến (Bảng 4), đa

biến (Bảng 5) và theo mức độ tàn tật (Bảng 6) cho thấy nhiều yếu tố dịch tễ và lâm sàng có liên quan đến nguy cơ và mức độ tàn tật ở bệnh nhân phong. Cụ thể, tuổi ≥ 60 được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ tàn tật (OR = 6,82; KTC 95%: 2,98–15,61; $p < 0,001$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Việt Dương (2017) khi ghi nhận tỷ lệ tàn tật độ II ở người lớn là 37,7%, cao hơn nhiều so với 10,2% ở trẻ em [1]. Tuổi cao thường đi kèm thời gian mắc bệnh dài, dẫn đến tổn thương thần kinh tích lũy và tàn tật thứ phát. Bảng 6 cũng cho thấy thời gian mắc bệnh > 10 năm là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê với tàn tật độ II ($p = 0,005$), củng cố mối liên hệ giữa thời gian mắc bệnh kéo dài và mức độ nặng của tàn tật. Nghiên cứu của Srinivas (2019) tại Ấn Độ cũng cho thấy chậm trễ chẩn đoán là yếu tố chính làm tăng tàn tật ở người bệnh [8].

Trình độ học vấn thấp (mù chữ) liên quan rõ rệt đến tàn tật ($p < 0,001$), với OR = 3,18 (KTC 95%: 1,71–5,9) trong phân tích đa biến. Học vấn thấp ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận thông tin y tế, tuân thủ điều trị và chăm sóc bản thân, từ đó làm tăng nguy cơ tàn tật thứ phát. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đồng (2003) tại Gia Lai [2].

Nghề nghiệp cũng có mối liên quan rõ rệt: bệnh nhân mất sức lao động có nguy cơ tàn tật cao (OR = 7,98; KTC 95%: 2,43–26,15; $p = 0,001$). Đây là nhóm có thể trạng yếu, bệnh kéo dài và tổn thương thần kinh nặng nề hơn. Mất khả năng lao động vừa là hậu quả vừa phản ánh mức độ trầm trọng của tàn tật.

Thời gian mắc bệnh > 10 năm là yếu tố nguy cơ tàn tật mạnh nhất trong nghiên cứu, với OR = 379,29 (KTC 95%: 86,06–1671,52; $p < 0,001$). Kết quả này càng nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm và điều trị kịp thời để ngăn ngừa tàn tật tiến triển.

Về thể lâm sàng, tỷ lệ tàn tật ở nhóm MB cao hơn nhóm PB (89,5% so với 78,3%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,16$). Có thể do cỡ mẫu nhóm PB còn nhỏ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy thể MB thường có tải vi khuẩn cao, viêm dây thần kinh lan tỏa, dễ dẫn đến tàn tật nếu không điều trị sớm và đúng cách [7].

Giới tính và dân tộc không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ tàn tật. Tuy nhiên, nhóm dân tộc thiểu số như Jrai, Bahnar có tỷ lệ tàn tật cao hơn, trong khi nhóm Kinh và Tày có số lượng ít, khó đánh giá chính xác. Kết quả này gợi ý sự chênh lệch trong tiếp cận y tế giữa các nhóm dân cư, đòi hỏi các chương trình

phòng chống phong cần chú trọng hơn đến các vùng dân tộc thiểu số thông qua truyền thông sức khỏe phù hợp về ngôn ngữ và văn hóa.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tàn tật, đặc biệt độ II, ở bệnh nhân phong tại Gia Lai còn rất cao. Các yếu tố nguy cơ chính gồm tuổi ≥ 60 , mù chữ, mất sức lao động và thời gian mắc bệnh >10 năm. Cần tăng cường phát hiện sớm, điều trị kịp thời và phục hồi chức năng phù hợp với điều kiện địa phương, nhất là ở vùng dân tộc thiểu số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương NV.** Thực trạng dị hình tàn tật ở người mắc bệnh phong tại 3 tỉnh Bắc Trung Bộ năm 2015. Tạp chí Y học dự phòng. 2015;Tập 27(Số 9).
2. **Đồng NV.** Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến tàn tật ở bệnh nhân phong mới tại tỉnh Gia Lai 1998 – 2002; Đại học Y Hà Nội; 2003.
3. **Hài NLT.** Nghiên cứu các tổn thương xương trong bệnh phong tại bệnh viện Phong – Da liễu Bắc Ninh; Đại học Y Hà Nội; 2014.
4. **Phạm VH, Trương HS, Ninh TN, Phạm TKC.** Đặc điểm khẩu phần của người bệnh phong tàn tật được nuôi dưỡng tại Bệnh Viện Da Liễu Thái Bình năm 2020. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2022;17(6):61-7
5. **Geani S, Rahmadewi, Astindari, et al.** Risk factors for disability in leprosy patients: a cross-sectional study. Bali Medical Journal. 2022;11:197-201.
6. **Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion.** Wkly Epidemiol Rec. 2015;91(35):405-20.
7. **Lastória JC, Abreu MA.** Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - part 1. An Bras Dermatol. 2014;89(2):205-18.
8. **Srinivas G, Muthuvel T, Lal V, et al.** Risk of disability among adult leprosy cases and determinants of delay in diagnosis in five states of India: A case-control study. PLoS Negl Trop Dis. 2019;13(6):e0007495.

ĐẶC ĐIỂM CỦA CHỈ SỐ THỞ NHANH NÔNG Ở BỆNH NHÂN CAI THỞ MÁY

Đậu Việt Hùng¹, Nguyễn Thị Mỹ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định ngưỡng giá trị chỉ số thở nhanh nông (RSBI) có khả năng dự báo thành công cai thở máy, đồng thời phân tích mối liên quan giữa chỉ số này với các yếu tố như tuổi, bệnh nền và nguyên nhân suy hô hấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiến cứu, bệnh nhân nhi tuổi từ 30 ngày tới 15 tuổi tại khoa Điều trị tích cực Nội khoa - Bệnh viện Nhi Trung ương, thở máy xâm nhập ≥ 24 giờ, đủ tiêu chuẩn để tiến hành thử nghiệm thở tự nhiên (Spontaneous Breathing Trial - SBT) và thành công sau 2 giờ SBT. Các biến được thu thập gồm: tuổi, giới, tiền sử đẻ non, tiền sử mắc bệnh nền, chẩn đoán, cai thở máy thành công, cai thở máy thất bại. Chỉ số thở nhanh nông (RSBI) được ghi nhận tại 2 thời điểm: RSBI₀ tại thời điểm bắt đầu SBT và sau 30 phút thực hiện SBT (RSBI₃₀). Giá trị RSBI đo lường bằng máy thở Newport E360 hoặc theo công thức tính tỷ lệ giữa tần số và thông khí phút (f/Vt) (đơn vị: nhịp thở/phút/ml/kg). Các biến trên được đưa phân tích theo phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả nghiên cứu:** Trong thời gian từ tháng 9/2022 đến tháng 3/2023, có 106 bệnh nhân đáp ứng được tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó có 98 bệnh nhân cai thở máy thành công, 8 bệnh nhân cai thở máy thất bại. Chỉ số RSBI₀ và

RSBI₃₀ ở nhóm cai thở máy thành công lần lượt là $4,62 \pm 1,53$ và $6,08 \pm 1,26$ nhịp/phút/ml/kg, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cai thở máy thất bại là $5,79 \pm 0,70$ và $6,97 \pm 0,72$ nhịp/phút/ml/kg ($p < 0,05$). Trong nhóm bệnh nhân thất bại khi cai máy, giá trị trung bình RSBI₀ và RSBI₃₀ ở trẻ có tiền sử đẻ non ($5,6 \pm 1,1$ và $6,7 \pm 1,2$ nhịp/phút/ml/kg), có bệnh nền ($5,6 \pm 0,0$ và $6,1 \pm 0,1$ nhịp/phút/ml/kg), hoặc có bệnh lý hô hấp ($5,6 \pm 0,8$ và $6,7 \pm 0,7$ nhịp/phút/ml/kg) đều thấp hơn so với nhóm không có các yếu tố nguy cơ tương ứng: không đẻ non ($5,9 \pm 0,4$ và $7,3 \pm 0,4$ nhịp/phút/ml/kg), không bệnh nền ($5,9 \pm 0,4$ và $7,3 \pm 0,4$ nhịp/phút/ml/kg), không bệnh lý hô hấp ($5,9 \pm 0,2$ và $7,4 \pm 0,1$ nhịp/phút/ml/kg), với $p < 0,05$. **Kết luận:** Nhóm cai thở máy thành công có chỉ số RSBI₀ và RSBI₃₀ thấp hơn nhóm cai thở máy thất bại. Đối với nhóm cai thở máy thất bại thì trẻ có tiền sử đẻ non, bệnh nền, bệnh lý hô hấp có chỉ số RSBI₀ và RSBI₃₀ thấp hơn ở trẻ không có tiền sử đẻ non, không có bệnh nền, bệnh lý không phải hô hấp.

Từ khóa: Cai thở máy, chỉ số thở nhanh nông

SUMMARY

RAPID SHALLOW BREATHING INDEX CHARACTERISTICS IN PEDIATRIC VENTILATOR WEANING

Objective: Our objective was to determine the predictive threshold values of the Rapid Shallow Breathing Index (RSBI) for successful weaning from mechanical ventilation based on factors such as age, underlying diseases, and causes of respiratory failure. **Methods:** This was a prospective descriptive study conducted on pediatric patients aged 30 days to 15 years at the Department of Medical Intensive Care –

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc – Phúc Trường Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Việt Hùng

Email: bsdauhung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025