

2. **Teughels W, Durukan A, Ozcelik O, Pauwels M, Quirynen M, Haytac MCJJoCP.** Clinical and microbiological effects of *Lactobacillus reuteri* probiotics in the treatment of chronic periodontitis: a randomized placebo-controlled study. 2013;40(11):1025-1035.
3. **Laleman I, Pauwels M, Quirynen M, Teughels WJJoCP.** A dual-strain *Lactobacilli reuteri* probiotic improves the treatment of residual pockets: A randomized controlled clinical trial. 2020;47(1):43-53.
4. **Ausenda F, Barbera E, Cotti E, Romeo E, Natto ZS, Valente NAJJDSR.** Clinical, microbiological and immunological short, medium and long-term effects of different strains of probiotics as an adjunct to non-surgical periodontal therapy in patients with periodontitis. Systematic review with meta-analysis. 2023; 59:62-103.
5. **Nguyen T, Brody H, Radaic A, Kapila YJP.** Probiotics for periodontal health—Current molecular findings. 2021;87(1):254-267.
6. **Ochôa C, Castro F, Bulhosa JF, Manso C, Fernandes JCH, Fernandes GVOJM.** Influence of the Probiotic *L. reuteri* on Periodontal Clinical Parameters after Nonsurgical Treatment: A Systematic Review. 2023;11(6):1449.
7. **Belstrøm D, Grande MA, Sembler-Møller ML, et al.** Influence of periodontal treatment on subgingival and salivary microbiotas. 2018;89(5):531-539.
8. **Pelekos G, Acharya A, Eiji N, Hong G, Leung WK, McGrath CJJoCP.** Effects of adjunctive probiotic *L. reuteri* lozenges on S/RSD outcomes at molar sites with deep pockets. 2020;47(9):1098-1107.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CƠN PHẢN ỨNG PHONG THEO TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Đăng Trọng Tường¹, Nguyễn Hồng Hà², Văn Thế Trung³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phản ứng phong là một trong những nguyên nhân chính gây suy giảm chức năng vận động, cảm giác và cả rối loạn thần kinh thực vật. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị cơn phản ứng phong theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTG) tại Tp Hồ Chí Minh từ 30/06/2006 đến 30/06/2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hàng loạt ca trên những bệnh nhân có cơn phản ứng phong được quản lý tại Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên trắc nghiệm cơ cảm giác, có đến 38,3% bệnh nhân không đáp ứng, 10,5% đáp ứng hoàn toàn và 48,8% là bình thường. Đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên đánh độ tàn tật có đến 32,6% bệnh nhân không đáp ứng, 8,1% đáp ứng không hoàn toàn, 10,5% đáp ứng hoàn toàn và 48,8% bình thường. Chỉ có duy nhất đặc điểm số tuần điều trị trung bình được ghi nhận sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với kết quả đánh giá dựa trên độ tàn tật. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng khi điều trị theo phác đồ TCYTG khá cao, cần phải có những nghiên cứu mở rộng với số lượng bệnh nhân nhiều hơn để làm rõ những kết quả của nghiên cứu này. **Từ khóa:** Bệnh phong, cơn phản ứng phong, phản ứng đảo nghịch, hồng ban nút.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF

¹Bệnh viện Da Liễu thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: vanthetruongdhyd@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION STANDARD TREATMENT PROTOCOL FOR LEPROSY REACTIONS IN HO CHI MINH CITY

Background: Leprosy reactions is one of the main causes of impaired motor function, sensory disturbances, and autonomic nervous system disorders. **Objectives:** assess the effectiveness of the WHO standard treatment protocol for reactional leprosy in Ho Chi Minh City over the period from 30/06/2006 to 30/06/2016. **Materials and Methods:** A series of cases were studied among patients with leprosy reactions managed in Ho Chi Minh City. **Results:** Treatment response evaluation based on the sensory test showed that 38.3% of patients did not respond to treatment, 10.5% had a complete response, and 48.8% were classified as normal. Evaluation of treatment response based on disability grading revealed that 32.6% of patients did not respond to treatment, 8.1% had an incomplete response, 10.5% had a complete response, and 48.8% were considered normal. Only the average number of treatment weeks showed a statistically significant difference in response evaluation based on disability grading. **Conclusions:** The proportion of patients who did not respond to treatment according to the WHO standard protocol was relatively high. Further expanded research with a larger number of patients is needed to clarify the findings of this study.

Keywords: Leprosy, leprosy reactions, reversal reaction, erythema nodosum leprosum

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phong là bệnh lý nhiễm trùng mạn tính do *Mycobacterium leprae* và một trong những nguyên nhân chính dẫn đến suy giảm chức năng vận động, cảm giác và cả rối loạn thần kinh thực

vật là do xảy ra cơn phản ứng [1], [2]. Để kiểm soát cơn phản ứng phong, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra các hướng dẫn điều trị. Phác đồ này đơn giản, thống nhất nên dễ dàng áp dụng trên thực địa. Cụ thể, bệnh nhân vẫn được tiếp tục đa hóa trị liệu kèm giảm đau, hạ sốt bằng aspirin hay paracetamol. Điều trị cơn phản ứng phong chủ yếu bằng prednisone với liều cũng theo khuyến cáo của TCYTGG [3]. Trong trường hợp bệnh nhân bị phản ứng hồng ban nút nặng, dùng prednisolone với liều không quá 1 mg/kg/ngày trong 12 tuần như hướng dẫn, kèm Lamprene® (clofazimine) 100 mg x 3 lần/ngày trong 12 tuần đầu, 100 mg x 2 lần/ngày trong 12 tuần kế tiếp và 100 mg x 1 lần/ngày trong 12 tuần sau cùng [4]. Tuy nhiên, theo một số báo cáo việc điều trị vẫn chưa thật sự hiệu quả với nhiều đợt tái phát hay phải điều trị kéo dài hơn thời gian khuyến cáo hoặc cần phối hợp thêm một số loại thuốc khác. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Khảo sát việc áp dụng thực tế và hiệu quả của phác đồ điều trị cơn phản ứng phong theo Tổ chức Y tế Thế giới tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) từ 30/06/2006 đến 30/06/2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân phong có hồ sơ quản lý tại 24 quận, huyện trực thuộc TPHCM

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân phong có hồ sơ quản lý tại 24 quận, huyện trực thuộc TPHCM và thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán cơn phản ứng đảo nghịch (Reversal Reaction-RR) hoặc hồng ban nút (Erythema Nodosum Leprosum-ENL) theo hướng dẫn của TCYTGG.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán hay nghi ngờ có bệnh phong tái phát: chỉ số vi trùng học tăng thêm ít nhất 2+ so với trước đó tại bất kỳ vùng da nào và thường đi kèm thương tổn da mới (mảng, nốt) và/hoặc tổn thương mới dây thần kinh.

Bệnh nhân bị dị ứng do thuốc điều trị bệnh phong hay thuốc dùng kèm.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không rõ ràng hoặc thiếu thông tin cần thu thập.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hàng loạt ca

Cỡ mẫu: tất cả bệnh nhân thỏa điều kiện nghiên cứu và có hồ sơ quản lý tại 24 quận, huyện trên địa bàn TPHCM trong khoảng thời gian khảo sát. Và có tổng 86 trường hợp có hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn bao gồm 70 bệnh nhân (81,4%) có phản ứng đảo nghịch và 16

bệnh nhân (28,6%) bị hồng ban nút phong.

Nội dung nghiên cứu: - Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính; nghề nghiệp; thời gian xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên; số đợt xảy ra cơn phản ứng phong; thời gian điều trị cơn phản ứng phong.

- Đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị: việc theo dõi cơn phản ứng phong và đánh giá hiệu quả dựa trên trắc nghiệm cơ cảm giác và độ tàn tật của bệnh nhân.

+ Trắc nghiệm cơ cảm giác: có 3 mức là bình thường, đáp ứng và không đáp ứng theo hướng dẫn của WHO.

+ Độ tàn tật theo phân độ của TCYTGG [3]: có 4 mức là bình thường, đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng không hoàn toàn và không đáp ứng.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** số liệu được thu thập từ kết quả hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng. Phân tích số liệu dựa trên phần mềm thống kê R với giá trị $p < 0.05$ là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: có 60 bệnh nhân là nam giới, 26 trường hợp là nữ giới.

Nghề nghiệp: lao động chân tay (79%), lao động trí óc (6%), học sinh, sinh viên (5%), già, hưu trí (10%).

Thời gian xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên. Ngay lúc đầu chẩn đoán bệnh phong (41 trường hợp), dưới 6 tháng (23), từ 6 – dưới 12 tháng (0), từ 12 tháng trở lên (13). Thời gian trung bình xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên: $7 \pm 13,69$ (tháng). Bệnh nhân xuất hiện đợt phản ứng đầu tiên cách thời điểm được chẩn đoán bệnh phong lâu nhất lần lượt là 76 tháng (phản ứng đảo nghịch) và 39 tháng (hồng ban nút)

Số đợt xảy ra cơn phản ứng phong: Bệnh nhân bị 1 đợt phản ứng phong (57 trường hợp), 2 đợt (19), 3 đợt (5), 4 đợt (3), 5 đợt (2). Tỷ lệ tái phát hồng ban nút cao hơn phản ứng đảo nghịch, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tính chung, toàn bộ 70 bệnh nhân phản ứng đảo nghịch xảy ra 102 đợt phản ứng và 16 bệnh nhân hồng ban nút xảy ra 30 đợt phản ứng.

Thời gian điều trị cơn phản ứng phong:

Bảng 1: Thời gian điều trị trung bình cơn phản ứng phong (tuần)

Thời gian điều trị	RR	ENL	p
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	

Tính chung	31,5 ± 31,3	71,6 ± 59,3	<0,001
Số tuần đợt 1	21,0 ± 14,0	43,9 ± 36,9	<0,001
Số tuần đợt 2	21,5 ± 14,9	37,5 ± 32,0	0,045
Số tuần đợt 3	16,9 ± 12,2	15,7 ± 3,2	0,875
Số tuần đợt 4	23,8 ± 16,5	22,0 ± 0,0	-
Số tuần đợt 5	56,5 ± 2,1	0,0 ± 0,0	-

Nhận xét: Phản ứng đảo nghịch có thời gian điều trị lâu nhất là 71 tuần (khoảng 17 tháng) ở lần điều trị đợt đầu tiên. Thời gian điều

trị hồng ban nút cao hơn phản ứng đảo nghịch một cách có ý nghĩa thống kê ở đợt 1, đợt 2 và tính chung cho tất cả các đợt.

3.2. Đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị

3.2.1. Đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên trắc nghiệm cơ cảm giác

- Kết quả đánh giá trắc nghiệm cơ cảm giác theo một số đặc điểm

Bảng 2: Kết quả đánh giá trắc nghiệm cơ cảm giác theo giới tính, nghề nghiệp và loại phản ứng

Biến số	Bình thường		Đáp ứng		Không đáp ứng		Giá trị p
	Tần số	TL (%)	Tần số	TL (%)	Tần số	TL (%)	
Tổng (n=86)	20	23,4	33	38,3	33	38,3	-
Giới tính							
Nữ	9	45,0	8	24,2	9	27,3	0,251
Nam	11	55,0	25	75,8	24	72,7	
Nghề nghiệp							
Lao động chân tay	16	80,0	26	78,8	26	78,8	0,295
Lao động trí óc	1	5,0	4	12,1	0	0,0	
Học sinh/sinh viên	1	5,0	0	0,0	3	9,1	
Già, hưu trí	2	10,0	3	9,1	4	12,1	
Loại phản ứng							
RR	15	75,0	30	90,9	25	75,8	0,201
ENL	5	25,0	3	9,1	8	24,2	

Nhận xét: Đánh giá trắc nghiệm cơ cảm giác, có đến 38,3% bệnh nhân không đáp ứng. Chưa ghi nhận sự khác biệt về sự phân bố về giới tính, nghề nghiệp, loại phản ứng ở cả 3 nhóm bệnh nhân đáp ứng, không đáp ứng và bệnh nhân không có biểu hiện tổn thương (bình thường).

- Ảnh hưởng của tổng liều thuốc đến đáp ứng điều trị theo trắc nghiệm cơ cảm giác

Bảng 3: Ảnh hưởng của tổng liều thuốc đến đáp ứng điều trị theo trắc nghiệm cơ cảm giác

Biến số	Bình thường	Đáp ứng	Không đáp ứng	p (Anova T)
	Mean ± SD*	Mean ± SD	Mean ± SD	
Số đợt điều trị	1,70 ± 1,13	1,39 ± 0,61	1,58 ± 1,06	0,489
Số tuần điều trị trung bình**	48,6 ± 48,4	32 ± 25,7	39 ± 47,6	0,564
Tổng liều prednisolone	724,3 ± 594,1	610,30 ± 477,97	689,2 ± 632,6	0,986
Tổng liều lamprene	15.975,0±3.539,7	14.782,14±5.033,6	17.173,1±4.163,1	0,2
Tổng liều paracetamol	86.250,0±11.844,0	9.666,6±7.897,2	52.460,0±94.749,7	0,867

(*) Trung bình ± Độ lệch chuẩn; (**) Số tuần điều trị trung bình cho một đợt điều trị

Tổng liều tính bằng mg

Nhận xét: Tổng liều thuốc sử dụng (cả prednisolone, lamprene, paracetamol) không

khác biệt giữa 3 nhóm đáp ứng điều trị dựa trên đánh giá trắc nghiệm cơ cảm giác.

3.2.2. Đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên đánh giá độ tàn tật

- Kết quả đánh giá độ tàn tật theo một số đặc điểm

Bảng 4. Kết quả đánh giá độ tàn tật theo giới tính, nghề nghiệp và loại phản ứng

Biến số	Bình thường		Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng không hoàn toàn		Không đáp ứng		Giá trị p
	Tần số	TL (%)	Tần số	TL (%)	Tần số	TL (%)	Tần số	TL (%)	
Tổng (n= 86)	42	48,8	9	10,5	7	8,1	28	32,6	-
Giới tính									
Nữ	14	33,3	1	11,1	1	14,3	10	35,7	0,392
Nam	28	66,7	8	88,9	6	85,7	18	64,3	

Nghề nghiệp									
Lao động chân tay	37	88,1	6	66,7	5	71,4	20	71,4	0,277
Lao động trí óc	1	2,3	2	22,2	1	14,3	1	3,6	
Học sinh/sinh viên	2	4,8	0	0,0	0	0,0	2	7,1	
Già, hưu trí	2	4,8	1	11,1	1	14,3	5	17,9	
Loại phản ứng									
RR	32	76,2	9	100,0	6	85,7	23	82,1	0,406
ENL	10	23,8	0	0,0	1	14,3	5	17,9	

Nhận xét: Đánh giá độ tàn tật, có đến 32,6% bệnh nhân không đáp ứng. Chưa ghi nhận sự khác biệt về sự phân bố về giới tính, nghề nghiệp, loại phản ứng ở cả 4 nhóm bệnh nhân bình thường, đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng không hoàn toàn và không đáp ứng.

- Ảnh hưởng của tổng liều thuốc đến việc đáp ứng điều trị dựa trên độ tàn tật

Bảng 5. Ảnh hưởng của tổng liều thuốc đến việc đáp ứng điều trị dựa trên độ tàn tật

Biến số	Bình thường	Đáp ứng hoàn toàn	Đáp ứng không hoàn toàn	Không đáp ứng	p (Anova)
	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	Mean ± SD	
Số đợt điều trị	1,71 ± 1,09	1,44 ± 0,73	1,57 ± 0,79	1,29 (0,71)	0,302
Số tuần điều trị trung bình	50,4 ± 51,9	26,0 ± 16,8	43,6 ± 28,3	24,8 ± 20,4	0,049
Tổng liều prednisolone	801,7 ± 675,9	477,2 ± 298,0	824,3 ± 521,2	487,0 ± 373,8	0,075
Tổng liều lamprene	16.495,3 ± 4.539,2	14.018,8 ± 5.790,6	14.250 ± 4.987	16.140,9 ± 3.979,0	0,564
Tổng liều paracetamol	46.888,8 ± 85.230,8	0,0 ± 0,0	19.000 ± 7.071	16.400,0 ± 15.414,0	0,613

Nhận xét: tổng liều thuốc sử dụng (cả prednisolone, lamprene, paracetamol) không khác biệt giữa 3 nhóm đáp ứng điều trị dựa trên đánh giá độ tàn tật. Tuy nhiên, số tuần điều trị có ảnh hưởng đến việc đáp ứng của bệnh nhân dựa trên đánh giá độ tàn tật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 86 bệnh nhân tham gia nghiên cứu về giới tính có 60/86 bệnh nhân là nam giới, 26 trường hợp là nữ giới. Đa số các đối tượng lao động chân tay (79%), già, hưu trí chiếm 10%, lao động trí óc là 6%, học sinh, sinh viên là 5%.

Bilik L và cộng sự, 2019 [4], cũng mô tả cụ thể thời gian xuất hiện, số đợt xuất hiện cơn phản ứng phong cũng như thời gian điều trị. Trong nghiên cứu này, thời gian xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên: nghiên cứu ghi nhận có 41 trường hợp được chẩn đoán ngay lúc đầu, 23 trường hợp được chẩn đoán ở thời điểm dưới 6 tháng; 09 trường hợp chẩn đoán tại thời điểm từ 6 – dưới 12 tháng và 13 trường hợp được chẩn đoán từ 12 tháng trở lên. Thời gian trung bình xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên: 7 ± 13,69 (tháng). Bệnh nhân xuất hiện đợt phản ứng đầu tiên cách thời điểm được chẩn đoán bệnh phong lâu nhất lần lượt là 76 tháng (phản ứng đảo nghịch) và 39 tháng (hồng ban nút).

Số đợt xảy ra cơn phản ứng phong: 57 trường hợp bệnh nhân bị 1 đợt phản ứng phong, 19 trường hợp bị 2 đợt, 5 trường hợp bị 3 đợt, 03 trường hợp bị 4 đợt và 2 trường hợp bị 5 đợt. Tỷ lệ tái phát hồng ban nút cao hơn phản ứng đảo nghịch, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tính chung, toàn bộ 70 bệnh nhân phản ứng đảo nghịch xảy ra 102 đợt phản ứng và 16 bệnh nhân hồng ban nút xảy ra 30 đợt phản ứng.

Thời gian điều trị cơn phản ứng phong: phản ứng đảo nghịch có thời gian điều trị lâu nhất là 71 tuần (khoảng 17 tháng) ở lần điều trị đợt đầu tiên. Đa số bệnh nhân chỉ cần một đợt điều trị chuẩn là 12 tuần với tỷ lệ 41,2% (42/102) hoặc trong 24 tuần chiếm 31,4% (32/102). Phản ứng hồng ban nút có thời gian điều trị lâu nhất là 138 tuần (khoảng 34 tháng) cũng ở đợt điều trị đầu tiên. Phần lớn bệnh nhân cần một đợt điều trị chuẩn 12 tuần với tỷ lệ 30,0% (9/30) hoặc trong 24 tuần chiếm 23,3% (7/30). Thời gian điều trị hồng ban nút cao hơn phản ứng đảo nghịch một cách có ý nghĩa thống kê ở đợt 1, đợt 2 và tính chung cho tất cả các đợt (Bảng 1).

4.2. Đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị

Đáp ứng điều trị dựa trên đánh giá trực nghiệm cơ cảm giác: Trong nghiên cứu này có đến 33/86 (38,3%) bệnh nhân không đáp ứng điều trị hay nói cách khác, những trường hợp này không cải thiện bất cứ chỉ số trực nghiệm cơ

cảm giác nào. Nhóm này tập trung nhiều trên bệnh nhân nam (24 bệnh nhân), nghề nghiệp lao động chân tay (26 bệnh nhân) và đối tượng bị phản ứng đảo nghịch (25 bệnh nhân). Ngược lại, cũng gần ¼ trường hợp bệnh nhân có các chỉ số trắc nghiệm cơ cảm giác trước và sau điều trị đều bình thường. Nhóm bệnh nhân này chủ yếu có biểu hiện phản ứng phong ngoài da mà không bị tổn thương chức năng thần kinh (Bảng 3). Ngoài ra, nghiên cứu cũng chưa ghi nhận sự khác biệt về sự phân bố về giới tính, nghề nghiệp, loại phản ứng ở cả 3 nhóm bệnh nhân đáp ứng, không đáp ứng và bệnh nhân không có biểu hiện tổn thương (bình thường). Khảo sát ảnh hưởng của các đặc điểm: số đợt điều trị, số tuần điều trị trung bình, tổng liều prednisolone, tổng liều lamipren và tổng liều paracetamol đến đáp ứng điều trị theo trắc nghiệm cơ, kết quả bảng 3 cho thấy giá trị trung bình trong 3 nhóm bệnh nhân bình thường, đáp ứng, không đáp ứng là khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đáp ứng điều trị dựa trên đánh độ tàn tật: Theo khuyến cáo TCYTGG khi đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên đánh độ tàn tật kết quả ghi nhận có 28/86 (32,6%) bệnh nhân không đáp ứng. Khi phân tích mối tương quan cho thấy, cả giới tính, nghề nghiệp, loại phản ứng đều không liên quan mang ý nghĩa thống kê với việc đáp ứng điều trị. Trong đó, nhóm Không đáp ứng chiếm tỉ lệ 32,6% (28/86) hay gần 1/3 tổng số các trường hợp. Nhóm có đáp ứng (hoàn toàn hay không hoàn toàn) chiếm tỉ lệ thấp nhất với 18,6% (16/86) và nhiều nhất là nhóm không có tàn tật ở cả trước, lẫn sau điều trị cơ phản ứng phong với tỉ lệ 48,8% (42/86). Mặc dù không có ý nghĩa thống kê, nhưng các số liệu thống kê cho thấy nhóm bệnh nhân bị phản ứng đảo nghịch không đáp ứng có tỉ lệ cao hơn hẳn những trường hợp hồng ban nút không đáp ứng. Tình trạng cũng tương tự như nhóm có đáp ứng (hoàn toàn hay không hoàn toàn) với tỉ lệ bệnh nhân phản ứng đảo nghịch cao hơn hẳn. Điều này có thể đặt ra khả năng phác đồ điều trị hiện nay ít ảnh hưởng đến việc đáp ứng hay không đáp ứng trên bệnh nhân hồng ban nút phong. Ngoài ra, khi khảo sát, tổng liều thuốc sử dụng (cả prednisolone, lamiprene, paracetamol) cũng không khác biệt giữa 3 nhóm đáp ứng điều trị dựa trên đánh giá độ tàn tật. Tuy nhiên, số tuần điều trị có ảnh hưởng đến việc đáp ứng của bệnh nhân dựa trên đánh giá độ tàn tật (Bảng 4).

Tóm lại, đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên trắc nghiệm cơ cảm giác hay theo độ tàn tật, thì tỷ lệ bệnh nhân không đáp ứng khá cao (>30%). Kết quả này khá tương đồng với một số báo cáo quốc tế [5], [6], [7] và cũng đồng quan điểm với các nghiên cứu quốc tế này, chúng tôi cũng cho rằng những trở ngại trong phát hiện và điều trị sớm bao gồm thách thức chẩn đoán, sự thiếu hiểu biết của bệnh nhân và quan điểm của bệnh nhân về sức khỏe cũng ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên trắc nghiệm cơ cảm giác, có đến 38,3% bệnh nhân không đáp ứng. Đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên đánh độ tàn tật có đến 32,6% bệnh nhân không đáp ứng. Tuy nhiên, cần phải có những nghiên cứu mở rộng với số lượng bệnh nhân nhiều hơn để làm rõ những kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lambert, SM; (2014) Assessing Ciclosporin in the Treatment of Leprosy Reactions: Evidence from a Randomized Controlled Trial and Other Studies. PhD thesis, London School of Hygiene & Tropical Medicine. DOI: <https://doi.org/10.17037/PUBS.02021053>
2. Naafs B (2006) Treatment of Leprosy: science or politics? Trop Med Int Health 11: 268–278 doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01561.x.
3. WHO (2020), "Leprosy/Hansen Disease: Management of reactions and prevention of disabilities". Technical guidance.
4. Bilik L, Demir B and Cicek D (2019) Leprosy Reactions. Hansen's Disease - The Forgotten and Neglected Disease. IntechOpen. DOI: 10.5772/intechopen.72481.
5. Raffe SF, Thapa M, Khadge S, Tamang K, Hagge D, Lockwood DN. Diagnosis and treatment of leprosy reactions in integrated services--the patients' perspective in Nepal. PLoS Negl Trop Dis. 2013;7(3):e2089. doi: 10.1371/journal.pntd.0002089.
6. Lambert SM, Nigusse SD, Alembo DT, Walker SL, Nicholls PG, Idriss MH, Yamuah LK, Lockwood DN. Comparison of Efficacy and Safety of Ciclosporin to Prednisolone in the Treatment of Erythema Nodosum Leprosi: Two Randomised, Double Blind, Controlled Pilot Studies in Ethiopia. PLoS Negl Trop Dis. 2016 Feb 26;10(2):e0004149. doi: 10.1371/journal.pntd.0004149.
7. Mittal A, Singh Dhanota DP, Saggur K, Ahluwalia A. Brachial plexopathy with ulnar nerve abscess in leprosy: A case showing importance of magnetic resonance neurography with clinical, imaging and histopathological correlation. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2022;88:385-8.