

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH PHONG VÀ CƠN PHẢN ỨNG PHONG Ở BỆNH NHÂN PHONG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Đăng Trọng Tường¹, Nguyễn Hồng Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phong là bệnh nhiễm trùng mạn tính do Mycobacterium leprae, tác động chủ yếu trên da, thần kinh ngoại biên, niêm mạc và mắt. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm tổn thương bệnh phong và cơn phản ứng phong tại Thành phố 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:** 86 trường hợp có hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn gồm 70 bệnh nhân (81,4%) phản ứng đảo nghịch và 16 bệnh nhân (28,6%) hồng ban nút phong. Khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ khi chẩn đoán bệnh phong theo Ridley-Jopling nhưng không có ý nghĩa thống kê khi chẩn đoán theo Tổ chức Y tế Thế giới. **Kết luận:** Tất cả bệnh nhân đều có những biểu hiện lâm sàng đặc trưng cho bệnh phong. Để chẩn đoán và phân loại bệnh phong theo Tổ chức Y tế Thế giới, vẫn cần xét nghiệm chỉ số vi trùng học tại da tai và thương tổn da. Giải phẫu bệnh đặc biệt có giá trị khi nghi ngờ bệnh phong nhưng chỉ số vi trùng học âm tính hoặc cần phân loại theo Ridley-Jopling.

Từ khóa: Bệnh phong, cơn phản ứng phong, phản ứng đảo nghịch, hồng ban nút.

SUMMARY

SURVEY OF SOME CHARACTERISTICS OF LEPHAS AND LEPHY REACTIONS IN LEPHY PATIENTS IN HO CHI MINH CITY

Background: Leprosy is a chronic infectious disease caused by Mycobacterium leprae, mainly affecting the skin, peripheral nerves, mucous membranes and eyes. **Objectives:** Survey the characteristics of leprosy lesions, leprosy reactions lesions in Ho Chi Minh City from June 30, 2006 to June 30, 2016. **Materials and methods:** Study a series of cases on patients with leprosy reactions managed in Ho Chi Minh City. **Results:** 86 cases had medical records that met the criteria including 70 patients (81.4%) with reversal reactions and 16 patients (28.6%) with erythema nodosum leprosy. The difference between the two groups was statistically significant with $p < 0.05$ when diagnosing leprosy according to Ridley-Jopling but not statistically significant when diagnosing according to the World Health Organization. **Conclusion:** All patients had clinical manifestations typical of leprosy. To diagnose

and classify leprosy according to the World Health Organization, it is still necessary to test the microbiological index of the earlobe and skin lesions. Pathology is especially valuable in cases where leprosy is suspected but bacteriological indicators are negative, or a Ridley-Jopling classification is needed.

Keywords: Leprosy, leprosy reaction, reversal reaction, erythema nodosum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phong là bệnh nhiễm trùng mạn tính do Mycobacterium leprae và là một trong những nguyên nhân chính gây suy giảm chức năng vận động, cảm giác và rối loạn thần kinh thực vật do cơn phản ứng [1], [2]. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu gây thương tổn da, thần kinh dẫn đến mất cảm giác, liệt cơ, loạn dưỡng và tàn tật đặc trưng cho bệnh phong. Mặc dù bệnh phong đã được thanh toán nhưng vấn đề liên quan vẫn còn ảnh hưởng nặng nề đến bệnh nhân, đặc biệt là cơn phản ứng phong với phản ứng gây tổn thương thần kinh là phản ứng phong tuýp I qua trung gian tế bào (đảo nghịch) và phản ứng phong tuýp II (hồng ban nút) do phức hợp miễn dịch. Phản ứng phong có thể xảy ra cùng lúc hoặc rất nhiều năm sau khi kết thúc đa hóa trị. Do vậy, việc theo dõi định kỳ nhằm phát hiện kịp thời và điều trị trong giai đoạn sớm giúp kiểm soát tốt cơn phản ứng phong và hạn chế tối đa các tàn tật thêm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân phong có hồ sơ quản lý tại 24 quận, huyện trực thuộc TP. Hồ Chí Minh (TPHCM)

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân phong có hồ sơ quản lý tại 24 quận, huyện trực thuộc TPHCM thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán cơn phản ứng đảo nghịch (Reversal Reaction-RR) hoặc hồng ban nút (Erythema Nodosum Leprosum-ENL) theo hướng dẫn Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) [9].

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

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

¹Bệnh viện Da Liễu thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhha@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023

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 thời gian khảo sát. 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.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh phong: tổn thương da; tổn thương thần kinh; tổn thương các cơ quan; chỉ số vi trùng học; giải phẫu bệnh.

- Đặc điểm cơn phản ứng phong: phản ứng đảo nghịch (RR); phản ứng hồng ban nút (ENL); thời gian tái phát cơn phản ứng phong.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được thu thập từ 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: 60 bệnh nhân nam giới và 26 bệnh nhân 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 (**Error! Reference source not found.**), từ 12 tháng trở lên (13). Thời gian trung bình xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên là $7 \pm 13,69$ (tháng). Bệnh nhân xuất hiện đợt phản ứng đầu tiên cách thời điểm được chẩn đoán lâu nhất 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 phản ứng hồng ban nút cao hơn phản ứng đảo nghịch nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tính chung, 70 bệnh nhân có phản ứng đảo nghịch xảy ra 102 đợt phản

ứng và 16 bệnh nhân hồng ban nút xảy ra 30 đợt phản ứng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh phong

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh phong

Tổn thương da. Số lượng tổn thương da: Đa số có trên 5 thương tổn da (72,09%).

Rối loạn cảm giác: 97,67% bệnh nhân bị giảm hay mất cảm giác. Riêng hai trường hợp có cảm giác bình thường đi kèm rối loạn dinh dưỡng và bài tiết của da. Hai bệnh nhân này đều là thể phong nhiều khuẩn với xét nghiệm BI (+).

Rối loạn bài tiết và dinh dưỡng: Khoảng 2/3 trường hợp có rối loạn bài tiết của da như da bóng mỡ, khô ráp, giảm tiết hay mất mồ hôi. 1/5 trường hợp bệnh nhân có các biểu hiện tổn thương thần kinh thực vật gây thưa lông, rụng lông mày, nút nẻ, lở loét, teo cơ, bầm máu dưới da, bong nước.

Tổn thương thần kinh. 20 bệnh nhân không có tổn thương dây thần kinh. Hầu hết bệnh nhân chỉ tổn thương 1 hoặc 2 dây thần kinh (47,67%).

Tổn thương cơ quan. Đa số đều bị một di chứng tàn tật ở tay hoặc chân. Chỉ một trường hợp vừa bị cò mềm và lở loét. Gần 90% bệnh nhân không bị tàn tật tay hay chân như cụt, rụt, bàn tay rủ, bàn tay ngứa.

Gần 5% bệnh nhân có thương tổn mắt khi mắc bệnh phong. Không ghi nhận thêm các thương tổn mới ở mắt trong quá trình theo dõi.

01 bệnh nhân bị sổ mũi, chảy máu cam, nghẹt mũi và 01 bệnh nhân chỉ bị nghẹt mũi. Tuy nhiên, cả 02 bệnh nhân đều không có những biến chứng về sau liên quan đến mũi.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh phong

Chỉ số vi trùng học: Hơn 99% trường hợp (85/86 bệnh nhân) đều được xét nghiệm chỉ số vi trùng học tại daί tai và/hoặc thương tổn da. Một trường hợp còn lại làm chỉ số vi trùng học ở nước mũi cho kết quả âm tính.

07 trường hợp xét nghiệm nước mũi (-) thì 05 trường hợp (-) khi xét nghiệm daί tai và thương tổn da; 01 trường hợp không thực hiện xét nghiệm daί tai và thương tổn da; 01 trường hợp không xét nghiệm ở daί tai, nhưng kết quả 4(+) khi kiểm tra thương tổn da.

34 xét nghiệm có chỉ số vi trùng học ở daί tai (-) thì 07 trường hợp (+) khi kiểm tra tại thương tổn da. Đặc biệt, 6/7 trường hợp trên có kết quả từ 3(+) trở lên.

32 xét nghiệm có chỉ số vi trùng ở thương tổn da (-) thì 04 trường hợp (+) từ 1(+) đến

3(+)) khi kiểm tra daï tai; 01 trường hợp không làm xét nghiệm thêm tại daï tai.

Giải phẫu bệnh: Tiến hành xét nghiệm giải phẫu bệnh trên 18 bệnh nhân (20,93%).

Trong 18 bệnh nhân được xét nghiệm giải phẫu bệnh, 17 trường hợp chẩn đoán thể phong theo Ridley-Jopling và phù hợp bệnh cảnh lâm sàng; 01 trường hợp chẩn đoán là viêm bì không đặc hiệu.

3.2.3. Chẩn đoán bệnh phong

Bảng 1. Chẩn đoán bệnh phong theo Ridley-Jopling

	Phản ứng RR		Phản ứng ENL	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thể bất định (Thể I)	1	1,43	0	0,00
Thể củ (Thể TT)	2	2,86	0	0,00
Thể trung gian gần củ (Thể BT)	14	20,00	0	0,00
Thể trung gian (Thể BB)	14	20,00	1	6,25
Thể trung gian gần u (Thể BL)	30	42,86	5	31,25
Thể u (Thể LL)	8	11,43	9	56,25
Không phân loại	1	1,43	1	6,25
Tổng cộng	70	100,00	16	100,00
p*	0,00248322			

Nhận xét: Khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phản ứng đảo nghịch tập trung nhiều trên thể BT, BB, BL với tỉ lệ 67,44%. Phản ứng hồng ban nút chỉ xảy ra trên thể BB, BL, LL và tất cả trường hợp này đều là phong nhiều khuẩn MB.

Bảng 2. Chẩn đoán bệnh phong theo Tổ chức Y tế Thế giới

	Phản ứng RR		Phản ứng ENL	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Ít khuẩn (PB)	10	14,29	0	0,00
Nhiều khuẩn (MB)	60	85,71	16	100,00
Tổng cộng	70	100,00	16	100,00
p*	0,107780566			

Nhận xét: Khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Thể bệnh theo phân loại TCYTGG không ảnh hưởng nguy cơ xảy ra loại cơn phản ứng phong. Hơn 88% bệnh nhân bị phản ứng là thể nhiều khuẩn. Trong đó, trường hợp phản ứng hồng ban nút đều thuộc nhóm phong nhiều khuẩn. Hơn 81% bệnh nhân bị phản ứng đảo nghịch.

Bảng 3. Thời gian trì hoãn chẩn đoán bệnh phong

Thời gian trì hoãn	Phản ứng RR		Phản ứng ENL	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
<6 tháng	13	18,57	2	12,50
6- <12 tháng	15	21,43	3	18,75
12- <18 tháng	6	8,57	1	6,25
18- <24 tháng	2	2,86	1	6,25
≥24 tháng	8	11,43	4	25,00
Không xác định	26	37,14	5	31,25
Tổng cộng	70	100,00	16	100,00
p (Chisquare test)	0,74911			

Nhận xét: Khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Thời gian trì hoãn chẩn đoán bệnh phong trung bình là $12 \pm 21,33$ (tháng).

3.3. Đặc điểm cơn phản ứng phong

Đặc điểm lâm sàng phản ứng đảo nghịch (RR). 83/102 trường hợp phản ứng đảo nghịch biểu hiện qua các thương tổn hiện có và/hoặc thương tổn mới trở nên viêm, đỏ và phù; 61,76% có một hay nhiều dây thần kinh trở nên nhạy cảm và có thể phù; 50,98% gần đây mất cảm giác bàn tay, bàn chân hay vừa mới có dấu hiệu thương tổn thần kinh (không tiết mồ hôi, mất cảm giác, yếu cơ) trên một vùng thần kinh chi phối; 16,67% xuất hiện nhiều thương tổn mới không đau; 6,86% đột ngột phù mắt và tứ chi.

Đặc điểm lâm sàng phản ứng hồng ban nút (ENL). Tất cả trường hợp đều biểu hiện đột ngột phát ban sẩn, nốt hay mảng viêm đỏ, nhạy cảm, có thể dẫn đến loét. Hầu hết có triệu chứng tổng quát là sốt, mệt mỏi (80%) và viêm thần kinh (46,67%).

Thời gian tái phát cơn phản ứng phong. Thời gian tái phát lần đầu tiên của hồng ban nút lâu hơn phản ứng đảo nghịch một cách có ý nghĩa thống kê. Thời gian tái phát trung bình của phản ứng đảo nghịch là $94 \pm 36,78$ (tuần) và hồng ban nút là $89 \pm 51,25$ (tuần).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 86 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 60 bệnh nhân nam giới và đa số lao động chân tay (79%). Thời gian trung bình xuất hiện đợt phản ứng phong đầu tiên là $7 \pm 13,69$ (tháng), số đợt xảy ra cơn phản ứng phong là 57 trường hợp bị 1 đợt, 19 trường hợp bị 2 đợt và 10 trường hợp bị hơn 3 đợt. Tỉ lệ tái phát hồng ban nút cao hơn phản ứng đảo nghịch, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh phong. Thương tổn da là mất cảm giác do tổn thương thần kinh, hầu hết bệnh nhân bị cơn phản ứng phong đều có trên 5 thương tổn da (72%). Chỉ hai trường hợp cảm giác thương tổn bình thường nhưng phát hiện có rối loạn bài tiết và dinh dưỡng. Theo Saunderson (2000) [5], 55% bệnh nhân thương tổn thần kinh trụ nhiều mức độ khác nhau tại thời điểm chẩn đoán bệnh và chày sau là thần kinh ngoại biên bị tác động nhiều nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 76,74% bệnh nhân suy giảm chức năng thần kinh và đa số chỉ bị 1 hoặc 2 dây thần kinh (47,67%), nhiều nhất là dây thần kinh trụ trái 34,88% và trụ phải 27,91%.

Trong nghiên cứu INFIR tại Ấn Độ [8], 40,9% bệnh nhân tổn thương các mức độ khác nhau nhưng chưa gây biến dạng và 9,6% tàn tật có thể nhìn thấy được. Nghiên cứu tại TPHCM tại thời điểm được chẩn đoán có 48,8% không có tàn tật, 37,2% có ít nhất một cơ quan bị tàn tật độ 1 và 14,0% có ít nhất một cơ quan bị tàn tật độ 2.

Số bệnh nhân xét nghiệm chỉ số vi trùng học dương tính chiếm 60,98% ở thương tổn, 56,96% ở dái tai và 12,50% ở nước mũi. Nếu chỉ 1 trong 3 vị trí trên dương tính, tỉ lệ được chẩn đoán phong nhiều khuẩn là 66,28%. Trong 29 trường hợp kết quả chỉ số vi trùng học ở cả 3 vị trí đều âm tính hoặc không làm xét nghiệm này, có 8 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phong bằng giải phẫu bệnh. Nói cách khác, 24,42% trường hợp hoàn toàn được chẩn đoán bệnh phong chỉ dựa vào đặc điểm lâm sàng.

Mô bệnh học thương tổn da là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán bệnh phong. Kết quả phân tích giải phẫu bệnh cũng làm thay đổi phân loại trong 20,2% trường hợp trong nghiên cứu ở Brazil (Santos et al., 2013) [4]. Ở nghiên cứu này, 18 bệnh nhân làm xét nghiệm giải phẫu bệnh có 7/18 trường hợp kèm kết quả chỉ số vi trùng học âm tính khi kiểm tra dái tai và thương tổn da.

Phân loại Ridley-Jopling dựa trên mối liên hệ lâm sàng và mô bệnh học. Có 19,77% thực hiện sinh thiết và kết quả được áp dụng trong chẩn đoán thể bệnh. Như vậy, thể bệnh theo phân loại Ridley-Jopling có ảnh hưởng đến nguy cơ xảy ra phản ứng đảo nghịch và hồng ban nút một cách có ý nghĩa. Phong thể BB thường xảy ra phản ứng đảo nghịch, còn phong thể LL thường xảy ra phản ứng hồng ban nút.

Nghiên cứu tại Ethiopia, 70% trong 594 bệnh nhân phong bị mất cảm giác (Saunderson & Groenen, 2000) [6]. Nghiên cứu tại quận Karonga ở Malawi, 48,5% thương tổn bệnh

phong được chẩn đoán bằng mô học có biểu hiện mất cảm giác (Ponnighaus & Fine, 1988) [3]. Nghiên cứu chúng tôi, 84/86 trường hợp giảm hoặc mất một hay nhiều loại cảm giác sờ mó, đau, nóng, lạnh.

Nghiên cứu tại TPHCM hơn 17% chẩn đoán xác định bệnh phong trong vòng 6 tháng từ thời điểm xuất hiện triệu chứng đầu tiên, 31/86 trường hợp không xác định thời gian trì hoãn chẩn đoán với 28/31 bệnh nhân thể nhiều khuẩn.

4.3. Đặc điểm cơn phản ứng phong. Nghiên cứu tại TPHCM cho kết quả khả tương đồng với ba nhóm triệu chứng nổi bật trong phản ứng đảo nghịch là các thương tổn hiện có và/hoặc mới trở nên viêm, đỏ và phù; một hay nhiều dây thần kinh trở nên nhạy cảm và có thể phù; gần đây mất cảm giác bàn tay, bàn chân hay vừa mới có dấu hiệu thương tổn thần kinh (không tiết mồ hôi, mất cảm giác, yếu cơ) trên một vùng thần kinh chi phối.

Nghiên cứu hồi cứu tại Ấn Độ trên 25 bệnh nhân, phản ứng hồng ban nút biểu hiện nốt sần (92%), sẩn loét (8%), viêm thần kinh (40%), viêm màng xương (8%), viêm mống mắt (4%) (Sharma et al., 2004) [7]. Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả khác biệt với biểu hiện đột ngột phát ban sần, nốt hay mảng viêm đỏ, nhạy cảm, có thể dẫn đến loét chiếm 100%; sốt nhẹ, mệt mỏi (80%); dây thần kinh to ra, nhạy cảm (46,67%); mất cảm giác nhiều hơn hay giảm sức cơ nhiều hơn (16,67%); phù các chi hay mặt (6,67%); viêm khớp (3,33%).

Nghiên cứu chúng tôi chỉ xác định thời gian chẩn đoán cơn phản ứng so với lúc được xác định mắc bệnh phong. Theo đó, 80% trường hợp bị phản ứng đảo nghịch phát hiện trong vòng 6 tháng đầu tiên sau khi chẩn đoán bệnh phong. Gần 49% được điều trị đồng thời với đa hóa ngay ban đầu; 50% trường hợp hồng ban nút xuất hiện trong vòng 6 tháng và hơn 37% có dấu hiệu sau 12 tháng chẩn đoán bệnh phong. Phân tích thống kê cho thấy thời gian xuất hiện cơn phản ứng giữa hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bệnh nhân hồng ban nút có khoảng thời gian tái phát cơn phản ứng phong lâu hơn nhiều và khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian tái phát giữa hai đợt thay đổi rất nhiều gây khó xác định thời gian cụ thể để khuyến cáo cho bệnh nhân. Tuy vậy, thời gian tái phát ngắn nhất là 18 tuần, nên hẹn bệnh nhân tái khám trong vòng 6 tháng ở giai đoạn giám sát sau điều trị. Phản ứng đảo nghịch có thể xuất hiện sau hơn 6 năm và hơn 3 năm với hồng ban nút.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 86 bệnh nhân ghi nhận tất cả đều có những biểu hiện lâm sàng đặc trưng bệnh phong. Để chẩn đoán và phân loại theo TCYTTC, vẫn cần xét nghiệm chỉ số vi trùng học tại dải tai và thương tổn da. Giải phẫu bệnh đặc biệt có giá trị trong trường hợp nghi ngờ bệnh phong nhưng chỉ số vi trùng học âm tính hoặc cần phân loại theo Ridley-Jopling.

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.
2. **Naafs B (2006)** Treatment of Leprosy: science or politics? Trop Med Int Health 11: 268–278.
3. **Ponnighaus, J. M., and P. E. M. Fine.** "Sensitivity and specificity of the diagnosis and the search for risk factors for leprosy." Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 82.6(1988): 803-809.
4. **Santos, Victor Santana, et al.** "Evaluation of agreement between clinical and histopathological data for classifying leprosy." International Journal of Infectious Diseases 17.3 (2013): e189-e192.
5. **Saunderson, P.** "The epidemiology of reactions and nerve damage." Lepr rev 71.Suppl (2000): S106-10.
6. **Saunderson, Paul, and Guido Groenen.** "Qué signos físicos son más útiles para el diagnóstico de la lepra? Propuesta basada en la experiencia del proyecto AMFES, Alert Etiopía." Fontilles, Rev. leprol (2000): 383-395.
7. **Sharma, Neelu, et al.** "A study of leprosy reactions in a tertiary hospital in Delhi". The Journal of dermatology 31.11 (2004): 898-903.
8. **Van Brakel, Wim H., et al.** "The INFIR Cohort Study: investigating prediction, detection and pathogenesis of neuropathy and reactions in leprosy. Methods and baseline results of a cohort of multibacillary leprosy patients in north India." Leprosy review 76.1 (2005): 14-34.
9. **WHO (2020),** "Leprosy/Hansen Disease: Management of reactions and prevention of disabilities". Technical guidance.

HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP CAN THIỆP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thúy Hà¹, Đàm Khải Hoàn², Đặng Thị Minh Nguyệt³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) ở học sinh Trung học phổ thông thành phố Thái Nguyên năm 2019. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng trên học sinh và phụ huynh học sinh của Trường THPT Lương Ngọc Quyến (trường can thiệp) và THPT Gang Thép (trường đối chứng), thành phố Thái Nguyên. **Kết quả:** Sau 18 tháng can thiệp, kiến thức mức độ tốt về CSSKSS VTN của học sinh ở trường can thiệp tăng từ 15,3% lên 78,9% ($p < 0,05$); thái độ mức độ tốt ở trường can thiệp tăng từ 9,2% lên 81,0% ($p < 0,05$); thực hành mức độ đạt ở trường can thiệp tăng từ 25,9% lên 67,7% ($p < 0,05$). Sau 18 tháng can thiệp, kiến thức mức độ tốt về SKSS VTN của phụ huynh ở trường can thiệp tăng từ 58,2% lên 81,0% ($p < 0,05$); thái độ mức độ tốt ở trường can thiệp tăng từ 52,7% lên 85,0% ($p < 0,05$); thực hành

mức độ đạt ở trường can thiệp tăng từ 50,7% lên 70,7% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Giải pháp can thiệp nâng cao chất lượng CSSKSS ở học sinh THPT thành phố Thái Nguyên đạt hiệu quả cao.

Từ khóa: can thiệp, chăm sóc sức khỏe sinh sản, học sinh, trung học phổ thông.

SUMMARY

EFFECTIVE INTERVENTION SOLUTIONS TO IMPROVE THE QUALITY OF REPRODUCTIVE HEALTH CARE OF HIGH SCHOOL STUDENTS IN THAI NGUYEN CITY

Objective: To evaluate the effectiveness of intervention solutions to improve the quality of reproductive health care of high school students in Thai Nguyen city in 2019. **Method:** An interventional study with control group was conducted on students and parents of Luong Ngoc Quyen high school (intervention school) and Gang Thép high school (control school), Thai Nguyen city. **Results:** After 18 months of intervention, good knowledge of adolescent about reproductive health care at intervention schools increased from 15.3% to 78.9% ($p < 0.05$); good attitudes at intervention schools increased from 9.2% to 81.0% ($p < 0.05$); practice achievement level at intervention schools increased from 25.9% to 67.7% ($p < 0.05$). After 18 months of intervention, good knowledge of parents about adolescent reproductive

¹Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Hà

Email: drnguyenhasan@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023