

Causing Urinary Tract Infections. Comb Chem High Throughput Screen. 2022;25(7):1219-1229. doi:10.2174/1386207324666210622161325

7. **Lưu Thị Nga và cộng sự.** Phát hiện gen mã hóa carbapenemase ở những chủng *Pseudomonas aeruginosa* không có kiểu hình đề kháng. Accessed December 3, 2024. <https://tapchihoc>

vietnam.vn/index.php/vmj/article/view/9721/8559

8. **Quế Anh Trâm.** Nghiên cứu đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gram dương gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập được tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An (1/2021 – 12/2021). Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;517(1). doi:10.51298/vmj.v517i1.3187

NGHIÊN CỨU BỆNH THẦN KINH NGOẠI BIÊN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG THANG ĐIỂM MICHIGAN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Lưu Ngọc Trân¹, Thái Bình An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thần kinh ngoại biên (BTKNB) do đái tháo đường (ĐTĐ) chiếm khoảng 50% bệnh nhân ĐTĐ trên toàn thế giới. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh có thể cao hơn do chưa được tầm soát và chẩn đoán sớm, kiểm soát đường huyết kém cùng các yếu tố thúc đẩy khác. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ BTKNB chi dưới do ĐTĐ bằng thang điểm Michigan và các yếu tố liên quan giữa ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích ở bệnh nhân đã hoặc mới chẩn đoán ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $64,45 \pm 10,77$, nữ có tỉ lệ cao hơn nam (71,5% và 28,5%). Tỉ lệ BTKNB theo bảng điểm câu hỏi sàng lọc là 33,3%, bảng điểm khám lâm sàng là 71,5% và đạt cả 2 tiêu chí là 30,9%. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ, chỉ số ABI, hút thuốc lá, albumin niệu vi thể và đại thể, xơ vữa động mạch chi dưới là các yếu tố liên quan với BTKNB. Trong đó, thời gian mắc bệnh ĐTĐ kéo dài và hút thuốc lá yếu tố nguy cơ độc lập với BTKNB chi dưới do ĐTĐ. **Kết luận:** BTKNB chi dưới do ĐTĐ là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân có thời gian bệnh ĐTĐ kéo dài, hút thuốc lá, albumin niệu và xơ vữa động mạch. **Từ khóa:** Đái tháo đường (ĐTĐ), bệnh thần kinh ngoại biên (BTKNB)

SUMMARY

USING THE MICHIGAN NEUROPATHY SCREENING INSTRUMENT TO STUDY DIABETIC PERIPHERAL NEUROPATHY AND RELATED FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Peripheral neuropathy (PTN) due to diabetes mellitus (DM) accounts for about 50% of

diabetic patients worldwide. In Vietnam, the incidence of the disease may be higher due to lack of screening and early diagnosis, poor glycemic control and other promoting factors. **Objectives:** Determine the rate of PTN of lower limbs due to diabetes using the Michigan scale and related factors in patients with type 2 diabetes at Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis in patients with or newly diagnosed with type 2 diabetes at Can Tho General Hospital. **Results:** The average age was 64.45 ± 10.77 , with a higher rate of women than men (71.5% and 28.5%). The rate of BTKNB according to the screening questionnaire score was 33.3%, the clinical examination score was 71.5% and meeting both criteria was 30.9%. Duration of diabetes, ABI index, smoking, microalbuminuria and macroalbuminuria, lower limb atherosclerosis were factors associated with BTKNB. Of which, long duration of diabetes and smoking were independent risk factors for lower limb BTKNB due to diabetes. **Conclusion:** Lower limb BTKNB due to diabetes is a common complication in patients with long duration of diabetes, smoking, albuminuria and atherosclerosis.

Keywords: type 2 diabetes, diabetic peripheral neuropathy, Michigan Neuropathy Screening Instrument

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BTKNB do ĐTĐ là biến chứng thường gặp với tỉ lệ khoảng 10,4 - 53,6% [1]. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh cao hơn do chưa được tầm soát, chẩn đoán sớm, kiểm soát đường huyết kém cùng các yếu tố thúc đẩy khác [2]. BTKNB làm suy giảm và hạn chế một số chức năng chi dưới, loét bàn chân và nặng hơn là cắt cụt chi, làm tăng nguy cơ té ngã, không thể làm việc do hạn chế về thể chất và phải thường xuyên nhập viện. Điều trị BTKNB do ĐTĐ chủ yếu là phòng ngừa, kiểm soát tốt đường huyết cũng như giảm đau, giảm các triệu chứng dị cảm, tê bì. BTKNB do ĐTĐ là một biến chứng cần quan tâm, tầm soát và chẩn đoán sớm để dự phòng và điều trị sớm. Vì vậy, chúng tôi thực hiện "Nghiên cứu bệnh

¹Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email: luungoctran76@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

thần kinh ngoại biên do đái tháo đường bằng thang điểm Michigan và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024" với mục tiêu: *Xác định tỉ lệ BTKNB do ĐTĐ bằng thang điểm Michigan và một số yếu tố liên quan BTKNB ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2024 - 9/2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân đã hoặc mới được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chí chẩn đoán và phân loại ĐTĐ của Hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2023 [3].

Đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L) hoặc

Bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết hoặc của cơn tăng đường huyết cấp kèm mức đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã đoạn chi dưới hoặc có nhiễm trùng bàn chân.

Bệnh tuyến giáp hoặc điều trị thyroxine, bệnh tự miễn bệnh Addison, suy buồng trứng nguyên phát, suy cận giáp, bệnh ác tính, HIV, bệnh thận mạn giai đoạn 4, 5.

BTKNB do nguyên nhân khác. Bệnh nhân thiếu vitamin B nặng biểu hiện toàn thân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ. Trong thời gian nghiên cứu, có 165 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 thỏa các tiêu chuẩn.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: giới, tuổi, thời gian phát hiện ĐTĐ, hút thuốc lá, hoạt động thể lực, uống rượu bia

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: BMI, huyết áp, đường huyết lúc đói, HbA1c, bilan lipid máu, albumin niệu, đo chỉ số ABI

+ Đánh giá BTKNB do ĐTĐ theo thang điểm Michigan và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2

- Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n, %)	Trung bình $\pm$ ĐLC
Giới tính	Nam	47 (28,5%)	
	Nữ	118 (71,5%)	
Tuổi			64,45 $\pm$ 10,77
Nhóm tuổi	≤ 40	4 (2,5%)	
	41 - ≤ 60	57 (34,5%)	
	> 60	104 (63,0%)	
Thời gian mắc bệnh ĐTĐ (năm)	≤ 5	24 (14,5%)	12,81 $\pm$ 6,50
	5 - < 10	38 (23,0%)	
	≥ 10	103 (62,4%)	
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu		147,82 $\pm$ 19,35
	Tâm trương		82,01 $\pm$ 11,20
Phân độ tăng huyết áp	Bình thường	6 (3,6%)	
	Tiền tăng huyết áp	27 (16,4%)	
	Giai đoạn 1	85 (51,5%)	
	Giai đoạn 2	47 (28,5%)	
Rối loạn lipid máu	Có	104 (63,0%)	
	Không	61 (37,0%)	
Nghiện rượu	Có	8 (4,8%)	
	Không	157 (95,2%)	
Hút thuốc lá	Có	31 (18,8%)	
	Không	134 (81,2%)	
Hoạt động thể lực	Có	98 (59,4%)	
	Không	67 (40,6%)	
Chiều cao (m)			1,57 $\pm$ 0,07
Cân nặng (Kg)			55,46 $\pm$ 8,24
BMI (Kg/m ²)	Thiếu cân	10 (6,1%)	
	Bình thường	101 (61,2%)	
	Thừa cân	30 (18,2%)	
	Béo phì	24 (14,5%)	

Nhận xét: Nữ giới chiếm 71,5%, cao hơn gấp hai lần so với nam. Tuổi trung bình là 64,45 $\pm$ 10,77, bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất. Có 62,4% bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ ≥ 10 năm, 80% bệnh nhân có tăng huyết áp và 63% bệnh nhân có rối loạn lipid máu. Tỉ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá là 18,8%, bệnh nhân nghiện rượu chiếm 4,8%. Bệnh nhân hoạt động thể lực thường xuyên là 59,4%. Bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường là 61,2% và tỉ lệ thừa cân và béo phì gần tương đương nhau.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Xét nghiệm	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất, lớn nhất
Đường huyết (mg/dL)	9,12 $\pm$ 3,74	4,8 – 29,0
HbA1c (%)	10,96 $\pm$ 2,91	6,1 – 19,6

Creatinin máu (μ/L)	87,50 ± 25,81	40 – 180
Triglycerid (mmol/L)	2,57 ± 2,37	0,20 – 17,1
LDL-c (mmol/L)	2,71 ± 1,19	0,42 – 6,8
Albumin/creatin niệu (mg/g)	36,95 ± 159,94	0 – 1612,95
ABI chân trái	1,06 ± 0,11	0,72 – 1,3
ABI chân phải	1,06 ± 0,12	0,79 – 1,39

Nhận xét: Đường huyết lúc đói và HbA1c trung bình đều ở mức cao, kiểm soát không tốt. Giá trị trung bình LDL-c, Triglycerid cũng như tỉ số Albumin/creatin niệu đều ở mức cao.

3.2. Tỉ lệ và một số yếu tố liên quan BTKNB do ĐTĐ

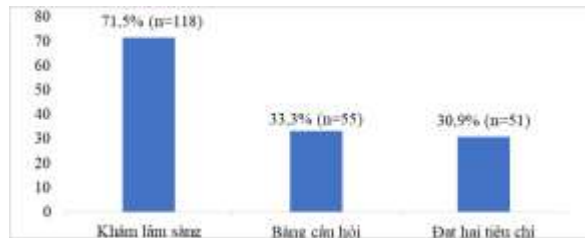
Bảng 3. Một số yếu tố liên quan BTKNB do ĐTĐ ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2

Yếu tố		Có BTKNB	Không BTKNB	OR (KTC 95%)	p
Thời gian ĐTĐ (năm)		15,33 ± 6,49	11,68 ± 6,16	0,9 (0,81 - 0,98)	0,012
Nhóm thời gian mắc bệnh ĐTĐ (năm)	≤5	1 (4,2%)	23 (95,8%)	1,8 (0,53 - 6,06)	0,35
	5 - <10	12 (31,6%)	26 (68,4%)		
	≥10	38 (36,9%)	65 (63,1%)		
Chỉ số ABI	Chân trái	1,016 ± 0,105	1,076 ± 0,110	3,98 (0,47-336,2)	0,09
	Chân phải	1,022 ± 0,113	1,070 ± 0,121	2,84 (0,46-174,5)	0,74
Hút thuốc lá	Có	15 (48,4%)	16 (51,6%)	2,9 (1,07-6,18)	0,016
	Không	36 (26,9%)	98 (73,1%)		
Albumin niệu	Bình thường	24 (24,7%)	73 (75,3%)	1,7 (0,83 - 3,6)	0,15
	Có tiểu đạm	27 (39,7%)	41 (60,3%)		
Xơ vữa động mạch	Có	49 (34,0%)	95 (66,0%)	1,8 (0,38 - 11,41)	0,49
	Không	2 (9,5%)	19 (90,5%)		

Nhận xét: Phân tích đơn biến nhóm thời gian mắc bệnh ĐTĐ, chỉ số ABI, albumin niệu, xơ vữa động mạch chỉ dưới có liên quan với BTKNB do ĐTĐ ($p < 0,05$). Sau phân tích đa biến chỉ có thời gian mắc bệnh ĐTĐ và hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ độc lập với BTKNB do ĐTĐ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 165 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có 118 nữ và 47 nam, nữ nhiều hơn nam. Tỉ lệ nữ theo nghiên cứu của các tác giả Trần Thế Trung là 72%, Nguyễn Thị Thu Vân là 58,6%, Nguyễn Thị Trinh là 59,6% và Abu Bashar là 58% [2], [4], [5], [6]. Trong nghiên cứu của tác giả Daba Abdissa ở các bệnh nhân BTKNB do ĐTĐ, nam chiếm 55,5% [1]. Giữa các nghiên cứu có tỉ lệ giới tính khác nhau do đặc điểm của thiết kế nghiên cứu và địa dư khác nhau. Tuổi trung bình của nghiên cứu là $64,45 \pm 10,77$. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Vân có độ tuổi trung bình thấp hơn chúng tôi là $59,51 \pm 10,42$ [2]. Một nghiên cứu cắt ngang đa trung tâm tại Ethiopia về BTKNB và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cũng ghi nhận tuổi trung bình là $46,61 \pm 14,6$ và trong đó 2/3 là bệnh nhân >50 tuổi [7]. Các bệnh nhân ≤40 tuổi



Biểu đồ 1. Tỉ lệ BTKNB do ĐTĐ

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có BTKNB do ĐTĐ qua khám lâm sàng là cao nhất với 71,5%, qua bảng câu hỏi là 33,3% và thấp nhất là 30,9% đạt cả hai tiêu chí.

chiếm 2,4%, từ 41 - <60 tuổi là 34,5% và >60 tuổi là 63%, trong đó nhóm từ 41 - 60 tuổi có tỉ lệ BTKNB cao nhất là 35,1% và 29,8% với nhóm >60 tuổi. Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Vân, tỉ lệ BTKNB trong nghiên cứu tăng dần theo nhóm tuổi với 24,4% ở nhóm 41 - 50 tuổi, 50,5% nhóm từ 51 - 60 tuổi, 64,2% nhóm từ 61 - 70 tuổi và 72,9% nhóm >70 tuổi [2]. Nghiên cứu của Aline Lobato, 152 bệnh nhân có BTKNB và tỉ lệ bệnh tăng dần theo nhóm tuổi với nhóm 30 - 40 tuổi là 2,6%, nhóm 41 - 50 tuổi là 12,5%, nhóm 51 - 60 tuổi có 27,6% và nhóm >60 tuổi là 57,2% [8]. Thời gian phát hiện ĐTĐ trong nghiên cứu là $12,81 \pm 6,50$ năm, bệnh nhân có thời gian phát hiện ĐTĐ >10 năm với tỉ lệ 62,4% và tỉ lệ BTKNB cao nhất với 36,9%. Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Vân, bệnh nhân có tiền căn ĐTĐ từ 10 - 15 năm có nguy cơ BTKNB tăng gấp 3,91 lần, bệnh nhân ĐTĐ >20 năm có nguy cơ BTKNB tăng 4,58 lần [2]. Nghiên cứu tần suất và các yếu tố nguy cơ BTKNB ghi nhận bệnh nhân ĐTĐ >10 năm có tỉ lệ BTKNB là 59,5% [9].

Tăng huyết áp (THA) là bệnh đồng mắc với ĐTĐ típ 2 có thể có trước, sau hoặc cùng thời điểm chẩn đoán ĐTĐ. Nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân tiền THA là 16,4% và 80% bệnh

nhân có THA giai đoạn 1 và 2. Nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về THA ở bệnh nhân có và không có BTKNB. Kết quả của chúng tôi khác với tác giả Nguyễn Thị Thu Vân, bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có THA có nguy cơ BTKNB cao 2,19 lần so với bệnh nhân không có THA [2]. Nghiên cứu của Ahmed Salme, bệnh nhân THA có BTKNB cao hơn bệnh nhân không THA với tỉ lệ là 57,1% [9]. Rối loạn lipid máu thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là tăng triglycerid và LDL-c. LDL-c trung bình $2,72 \pm 1,19$ mmol/L và triglycerid là $2,57 \pm 2,37$ mmol/L. Một số nghiên cứu cho kết quả LDL-c và Triglycerid máu thấp hơn nghiên cứu chúng tôi vì đối tượng nghiên cứu khác nhau, bệnh nhân của chúng tôi đang điều trị nội trú nên phần lớn các chỉ số chuyển hoá chưa ổn định [2].

Hút thuốc lá, nghiện rượu và ít hoạt động thể lực cũng là các yếu tố nguy cơ với biến chứng mạch máu, thần kinh ở bệnh nhân ĐTĐ. Nghiên cứu chúng tôi có 18,8% bệnh nhân hút thuốc lá, 4,8% bệnh nhân nghiện rượu và 59,4% có hoạt động thể lực thường xuyên. Mặc dù tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá và nghiện rượu không cao nhưng cũng ảnh hưởng đến tình trạng bệnh cũng như tỉ lệ tập thể dục thường xuyên chỉ đạt gần 60% cũng liên quan đến việc kiểm soát đường huyết. Kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Vân, tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá là 40%, tác giả Abu Bashir có tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá và nghiện rượu cao hơn lần lượt là 36% và 28% nhưng tỉ lệ bệnh nhân có hoạt động thể lực thấp hơn chúng tôi là 27% [2], [6]. Do đó hút thuốc lá, uống rượu bia và ít hoạt động thể lực góp phần gia tăng biến chứng mạn bệnh ĐTĐ. Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ của tim mạch, chuyển hoá, trong đó có ĐTĐ típ 2. Kết quả BMI trung bình là $22,51 \pm 3,14$ (Kg/m²), BMI bình thường chiếm 61,2%, thừa cân và béo phì lần lượt 18,2% và 14,5%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Vân với tỉ lệ thừa cân béo phì là 69,8% [2]. Nghiên cứu trên thế giới có BMI cao hơn như Alkaabi là 29 ± 5 (Kg/m²) ở nam và 32 ± 6 (Kg/m²) ở nữ [10]. Nghiên cứu tại Ấn Độ, BMI trung bình là $26,56 \pm 2,17$ (Kg/m²) và tỉ lệ thừa cân béo phì là 77,9%. Kết quả BMI trong nghiên cứu chúng tôi thấp do đặc điểm địa dư và thói quen ăn uống khác nhau, dân số ở nông thôn nhiều, chế độ ăn nhiều chất xơ hơn, ít chất béo và đa số làm công việc chân tay.

4.2. Tỉ lệ và một số yếu tố liên quan BTKNB do ĐTĐ. Tỉ lệ BTKNB do ĐTĐ qua các nghiên cứu thay đổi theo các công cụ để chẩn đoán hay các thang điểm được áp dụng. Nghiên

cứu của chúng tôi chẩn đoán BTKNB theo thang điểm Michigan ghi nhận có 30,9% bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có BTKNB, theo bảng câu hỏi và khám lâm sàng chi dưới thì tỉ lệ nhóm theo bảng câu hỏi thấp hơn nhiều so với nhóm khám thực thể lần lượt là 33,3% và 71,5%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Vân đánh giá tỉ lệ BTKNB do ĐTĐ theo thang điểm của Vương quốc Anh có kết quả là 54,1%, của tác giả Nguyễn Thị Trinh ghi nhận 46,8% bệnh nhân tổn thương đa dây thần kinh mức độ trung bình, mức độ nhẹ chiếm 34,7% và mức độ nặng là 18,55 [2], [5]. Theo tác giả Alkaabi, tỉ lệ mắc BTKNB do ĐTĐ theo thang điểm Michigan ở bảng câu hỏi (≥ 7 điểm) là 10,4%, nhóm khám lâm sàng chi dưới ($\geq 2,5$ điểm) có 25,6%, các kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [10]. Thực hiện tầm soát sớm BTKNB do ĐTĐ cần có các phương pháp tiếp cận đơn giản, dễ sử dụng gồm test sàng lọc Vương Quốc Anh, thang điểm sàng lọc Michigan, tiêu chí Toronto, tiêu chí đồng thuận San Antonio... Các triệu chứng cơ năng về BTKNB là cảm giác chủ quan của bệnh nhân, do đó một nhóm các triệu chứng thường đáng tin cậy hơn một triệu chứng duy nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 33,3% bệnh nhân có triệu chứng bất thường (≥ 7 điểm). Ở những bệnh nhân ĐTĐ típ 2 việc mang dép hàng ngày dẫn đến da khô hơn, dễ hình thành vết chai và nứt gót chân, điều này dẫn đến việc tăng điểm khi khám bàn chân ($\geq 2,5$ điểm). Kết quả của chúng tôi, chẩn đoán BTKNB do ĐTĐ khi khám chi dưới có tỉ lệ 71,5%. Do đó cần có thêm các nghiên cứu trong tương lai để đánh giá điểm cắt ở bảng câu hỏi triệu chứng và khám thực thể phù hợp để xác định BTKNB do ĐTĐ trong dân số tại Việt Nam.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có năm yếu tố nguy cơ liên quan đến sự phát triển BTKNB bao gồm thời gian mắc bệnh ĐTĐ, hút thuốc lá, albumin niệu và xơ vữa động mạch. Sau phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh ĐTĐ và hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ độc lập có ý nghĩa tiên lượng BTKNB. Nghiên cứu của Mathiyalagen, sau hồi quy đa biến thấy thất nghiệp, hút thuốc lá, thời gian bệnh ĐTĐ > 5 năm, BMI > 25 Kg/m², đường huyết > 200 mg/dL là các yếu tố tiên lượng độc lập với BTKNB. Theo Alkaabi, kết quả hồi quy có HbA1c và hoạt động thể lực là yếu tố tiên lượng cho thang điểm Michigan về bảng câu hỏi. Tuổi, thời gian bệnh ĐTĐ, chiều cao, huyết áp tâm thu giúp tiên lượng thang điểm Michigan về khám chi dưới [10]. Các yếu tố nguy cơ độc lập khác nhau đã cho thấy tầm quan trọng việc triển khai chương trình giáo dục bệnh nhân ĐTĐ về sự tiến

triển và phòng ngừa biến chứng mạn ĐTĐ, đặc biệt là BTKNB.

V. KẾT LUẬN

BTKNB do ĐTĐ là biến chứng thường gặp. Ở các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 nên tầm soát sớm ngay khi mới phát hiện bệnh ĐTĐ với các phương tiện sẵn hoặc theo khuyến cáo của các hiệp hội nhằm có kế hoạch kiểm soát đường huyết cũng như đa yếu tố để phòng ngừa và làm chậm diễn tiến biến chứng của bệnh ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daba Abdissa, et al** (2020), "Prevalence and Determinants of Peripheral Neuropathy among Type 2 Adult Diabetes Patients Attending Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia, 2019, an Institutional-Based Cross-Sectional Study", *Journal of Diabetes Research*, 2020 9562920.
2. **Nguyễn Thị Thu Vân** (2017), Đánh giá tỉ lệ bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trưng Vương, Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. **American Diabetes Association Professional Practice Committee** (2023), "2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes 2024", *Diabetes Care*, 47 (Supplement 1), S20-S42.
4. **Nguyễn Thị Khuê, Trần Thế Trung** (2001), "Khảo sát biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh

nhân đái tháo đường bằng monofilament", *Y học TP Hồ Chí Minh*, 4 (5).

5. **Nguyễn Thị Trinh, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đức Thuận** (2024), "Một số yếu tố liên quan đến mức độ tổn thương đa dây thần kinh ở người bệnh đái tháo đường", *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 19(2).
6. **MD Abu Bashar, Madhur Verma** (2020), "Prevalence and Determinants of Diabetic Peripheral Neuropathy/Foot Syndrome in the Rural Population of North India", *Iberoamerican Journal of Medicine*, (3(1)), 8–25.
7. **Mohammed Hassen Salih, et al** (2024), "Peripheral neuropathy and associated factors among type 2 diabetic patients attending referral hospitals in the Amhara region, a multi-center cross-sectional study in Ethiopia", *Scientific Reports*, 14 (1), 19662.
8. **Aline L. Farias, et al** (2023), "Prevalence, Risk Factors and Self-Care Perception Associated with Diabetic Peripheral Neuropathy in Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study", *Healthcare*.
9. **Ahmed Salem Basebaa, Nabeel Salem Musiaan, Amel Haj Mahross** (2024), "Prevalence and Risk Factors of Diabetic Peripheral Neuropathy: A cross-sectional study from Yemen", *J Ain Shams Medical Journal*, 75 (1), 201-213.
10. **Juma Alkaabi, et al** (2014), "Prevalence and Determinants of Peripheral Neuropathy in Patients with Type 2 Diabetes Attending a Tertiary Care Center in the United Arab Emirates", 5 1-7.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG - MÔ BỆNH HỌC 135 BỆNH NHÂN UNG THƯ HẮC TỔ DA TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2016 - 2024

Vũ Thanh Phương¹, Đỗ Anh Tú¹,
Nguyễn Văn Chữ¹, Bùi Phương Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của 135 bệnh nhân ung thư hắc tố da tại Bệnh viện K. **Phương pháp:** Bệnh nhân ung thư hắc tố da, có u nguyên phát, được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K. Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Bệnh hay gặp 40 đến 60 tuổi, nữ/nam = 1,01, làm ruộng chiếm đa số 56,4%, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng 66,2%, ung thư phát triển trên nền nốt ruồi 34,1%. Vị trí u chi dưới 49,6%, trong đó u ở gan bàn chân 35,5%, ung thư phát triển trên nền da sừng hóa 43,0%, đau chói tại u 43,7%, đen loang lỗ 65,9%. Thể lan tràn nông

52,6%, Clark V 46,7%, giai đoạn thẳng đứng 72,6%. Tỷ lệ nhân chia > 6 nhân chia/1 mm² 38,5%. Nhân vệ tinh 34,8%, loét u 48,1%, tế bào lympho xâm nhập thưa 46,7%, u xâm nhập mạch 77,8%. Di căn hạch khu vực 48,1%, di căn hạch trung gian 5,9%, xếp pT3 là 41,5% và pT4 là 54,8%, xếp pN0 51,9%, giai đoạn II, III là 51,9% và 48,1%. **Kết luận:** Nữ/nam = 1,01. Đặc điểm lâm sàng hay gặp: khoảng tuổi từ 40 đến 60, nông dân làm ruộng, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng, trên nền da là nốt ruồi và da sừng hóa, ở chi dưới đặc biệt ở gan bàn chân, đau chói tại u, màu sắc đen loang lỗ, di căn hạch khu vực. Mô bệnh học hay gặp: thể lan tràn nông, độ dày u cao, mức độ xâm lấn Clark cao, giai đoạn phát triển thẳng đứng, tỷ lệ phân bào cao, u xâm nhập mạch và loét u. **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, ung thư hắc tố da

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES 135 CUTANEOUS MELANOMA PATIENTS AT K HOSPITAL PERIOD 2016 - 2024

Objective: Study clinical and histopathological

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Phương

Email: vuthanhphuonghm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025