

điều trị đúng hẹn.

***Đánh giá chung.** Tuân thủ là cốt lõi để đạt được mục đích là đem lại hiệu quả của điều trị. Đối với trẻ nhiễm HIV/AIDS, việc chỉ định dùng thuốc kéo dài suốt cả cuộc đời nên chỉ có tuân thủ tốt mới có thể ngăn chặn được virus, phòng tránh hiện tượng kháng thuốc và duy trì một cách toàn diện sức khỏe cho trẻ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các tiêu chí đánh giá tuân thủ điều trị gồm không quên uống thuốc, uống thuốc đúng giờ, đúng liều, khám và xét nghiệm đúng hẹn đạt tỷ lệ 91,1% số bệnh nhi, có 23 bệnh nhi không tuân thủ điều trị, chiếm 8,9%. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Văn Đình Hoà (2015) trong đó đa số bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức > 90% (64,6%) [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 257 cặp trẻ nhiễm HIV/AIDS và người chăm sóc chính của trẻ đang điều trị tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Bệnh Nhiệt đới - Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 1/12/2020 đến 30/6/2021, chúng tôi đã thu được các kết quả sau: Tỷ lệ tuân thủ điều trị cao 91,1%, Có 8,9 trẻ không tuân thủ điều trị với lý do: quên thuốc, uống thuốc không đúng giờ, không đi khám và xét nghiệm theo hẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn điều trị và chăm sóc

- HIV/AIDS. ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019 của Bộ Y tế.
- Đoàn Thị Thuý Linh (2011). Đánh giá tuân thủ điều trị ARV và tái khám đúng hẹn ở bệnh nhân HIV/AIDS trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
 - Nguyễn Văn Lâm (2015). Nghiên cứu tác nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em nhiễm HIV. Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Nguyễn Văn Lâm, Phạm Nhật An (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu và Thực hành Nhi khoa, **1(1)**, 68-73.
 - Phạm Trung Kiên, Hoàng Thị Phương Dung, Lương Minh Tuấn, Đàm Thị Nga (2011). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhi HIV/AIDS tại bệnh viện A Thái Nguyên. Y học thực hành, **781**, 155-8.
 - Trương Hữu Khanh, Mai Đào Ái Như, Đoàn Thị Ngọc Diệp (2008). Đánh giá tình hình tuân thủ thuốc kháng Retrovirus ở bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi đồng 1. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, **Số 13**, tr. 212-218.
 - Văn Đình Hòa, Lê Minh Giang, Nguyễn Thu Trang, Nguyễn Minh Sơn (2015). Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS tại một số phòng khám ngoại trú ở Hà Nội năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng.
 - Dusingize J.C., Hoover D.R., Shi Q. et al. (2015). Association of Abnormal Liver Function Parameters with HIV Serostatus and CD4 Count in Antiretroviral-Naive Rwandan Women. AIDS Res Hum Retroviruses, **31(7)**, 723-730.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Đỗ Đình Tùng^{1,2}, Nguyễn Thị Hạnh¹, Nguyễn Minh Núi¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu làm rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương thần kinh ngoại vi (TTTKNV) ở 61 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 để có chiến lược phát hiện sớm, can thiệp điều trị kịp thời, chúng tôi nhận thấy: Triệu chứng TTTKNV hay gặp nhất là tê bì, tê cứng (54,1%), giảm xúc giác thô sơ (52,56%). Đa số các bệnh nhân chưa có rối loạn vận động (95,08%) và chưa giảm sâu (93,44%). Tỷ lệ các biểu hiện TTTKNV trên lâm sàng gồm: cảm giác bông buốt, giảm xúc

giác thô sơ, rối loạn vận động liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh ĐTĐ (với $p < 0,05$). Tỷ lệ BN có biểu hiện lâm sàng TTTKNV chủ yếu tập trung ở nhóm BN có thời gian mắc bệnh từ 5 -10 năm và trên 10 năm. Trong đó tỉ lệ BN có cảm giác bông buốt, giảm xúc giác thô sơ và rối loạn vận động cao hơn ở nhóm mắc 5 -10 năm và trên 10 năm với $p < 0,05$. Các biểu hiện thường gặp của TTTKNV là tê bì, giảm cảm giác, bông buốt, rối loạn vận động. TTTKNV ngoại vi liên quan đến thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường.

Từ khóa: Đái tháo đường; biến chứng mạn tính; Bệnh lý thần kinh ngoại vi

SUMMARY

INVESTIGATING CLINICAL, PARACLINICAL AND PERIPHERAL NEUROPATHY OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN VIETNAM

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 3.3.2022

Studying to clarify the clinical characteristics of peripheral neuropathy of 61 patients with type 2 diabetes in order to have a overall strategy for early detection and timely intervention, we found that: The most common symptoms of peripheral neuropathy were numbness and tingling (54.1%), rudimentary reduction of touch (52.56%). The majority of patients did not have dyskinesia (95.08%) and depth sensation was normal (93.44%). The rate of clinical manifestations of peripheral neuropathy including: burning sensation, rudimentary hypo-taxia, dyskinesia was statistically significantly associated with the duration of diabetes (with $p < 0.05$). The rate of patients with clinical manifestations of peripheral neuropathy is mainly concentrated in the group of patients with disease duration from 5 to 10 years and more than 10 years. In which, the percentage of patients with burning sensation, rudimentary reduction of touch and movement disorders was higher in the group with duration of diabetes 5 -10 years and over 10 years with statistical significance ($p < 0.05$). Common manifestations of peripheral neuropathy are numbness, decreased sensation, burning pain, movement disorders. Peripheral peripheral neuropathy was related to diabetes duration.

Keywords: Diabetes; chronic complications; Peripheral neuropathy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý thần kinh đái tháo đường (ĐTĐ) đặc trưng bằng sự suy giảm chức năng dẫn truyền sợi thần kinh gây nên các triệu chứng như đau, cảm giác kim châm, tê bì... hoặc không triệu chứng (sau khi đã được loại trừ các nguyên nhân khác). Bệnh không đồng nhất với các biểu hiện lâm sàng đa dạng. Tổn thương thần kinh có thể khu trú hoặc lan tỏa và đôi khi không tương xứng với triệu chứng lâm sàng. Bệnh lý thần kinh làm giảm trầm trọng chất lượng cuộc sống bệnh nhân (BN) ĐTĐ. Không những gây khó chịu cho BN, bệnh còn tạo thuận lợi cho sự xuất hiện của những biến chứng khác như ngã, bệnh lý bàn chân, rối loạn nhịp tim, tắc ruột... những biến chứng này thường nguy hiểm, có thể dẫn đến gãy xương, cắt cụt chi thậm chí đe dọa tính mạng BN.

Bệnh lý thần kinh là một trong những biến chứng phổ biến nhất của bệnh ĐTĐ. Nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới cho thấy 47% BN ĐTĐ có biến chứng thần kinh, trong đó 7,5% được phát hiện ngay tại thời điểm chẩn đoán ĐTĐ, và con số này tăng lên 45% sau 25 năm. Nhằm làm rõ các đặc điểm lâm sàng của biến chứng thần kinh ngoại vi để có chiến lược phát hiện sớm, can thiệp kịp thời, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đến khám tại Bệnh viện 103.*

2. *Xác định đặc điểm lâm sàng của tình trạng tổn thương thần kinh ngoại vi và mối liên quan đến các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với phân tích.

- Đối tượng nghiên cứu là 61 BN ĐTĐ típ 2, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA (2019) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Quân Y 103; độ tuổi ≥ 18 tuổi bao gồm cả nam và nữ.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân ĐTĐ típ 1, ĐTĐ do bệnh lý tuyến yên hoặc ĐTĐ thứ phát khác. Hôn mê, tiền hôn mê, hạ đường huyết, cơn tăng huyết áp kịch phát. Bệnh nhân có tổn thương thần kinh ngoại vi do bệnh lý cột sống hoặc do nguyên nhân khác được chẩn đoán trước khi chẩn đoán đái tháo đường. BN bị lao hoặc mắc các bệnh cấp tính khác.

- Cách thức thu thập số liệu:

+ Khám lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ; triệu chứng lâm sàng bệnh ĐTĐ; đo chiều cao (cm), cân nặng (kg), đo huyết áp; khám cơ quan để phát hiện bệnh kèm theo và loại trừ.

+ Khám thần kinh:

o Khám cảm giác chủ quan: dị cảm (tê bì, kim châm, kiến bò), đau, bông buốt.

o Cảm giác khách quan: Cảm giác nông: khám xúc giác (dùng bông), cảm giác đau (kim nhọn), khám cảm giác sờ (áp lực) bằng monofilament. Cảm giác sâu: khám cảm giác tư thể, vị trí; mất cảm giác tư thể, vị trí (người bệnh không biết tư thể, vị trí ngón chân mình hoặc không làm được như vậy ở bên đối diện), khám cảm giác rung (âm thoa).

+ Cận lâm sàng: Chỉ số sinh hóa máu cơ bản: Glucose máu (lúc đói); HbA1C (%), creatinin, SGOT, SGPT, Cholesterol TP, Triglyceride...

- Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu: Chẩn đoán tiền ĐTĐ theo WHO-IDF năm 2010; đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng eo theo tiêu chuẩn của WHO 2000 áp dụng cho người trưởng thành Châu Á; Phân độ tăng huyết áp theo Hội Tim Mạch Việt Nam 2018.

- Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Quân Y 103.

- Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. **Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**
Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối

tượng nghiên cứu

Tuổi	Giới		p		
	Nam	Nữ	n	%	
37 – 40	2	5,13	0	0	> 0,05
41 - 50	5	12,82	2	9,09	> 0,05
51 – 60	12	30,77	2	9,09	< 0,05
> 60	20	51,28	18	81,82	> 0,05
Tổng	39	63,93	22	36,07	< 0,05
Trung bình	61,81 ± 11,89		69,00 ± 9,72		< 0,05

Nhận xét: Tuổi thấp nhất của nhóm nghiên cứu là 37 tuổi, cao nhất là 87 tuổi, tỷ lệ nam (63,9%) nhiều hơn nữ (36,07%). Trong đó tỷ lệ nhóm trên 60 tuổi chiếm cao nhất, 51,28% ở nam và 81,82% ở nữ. Nhóm dưới 41 tuổi chiếm tỷ lệ ít nhất với 5,13% ở nam, không có nữ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về giới tính ở nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh**

Chỉ số	Giới	Chung	Nam	Nữ	p
Glucose (mmol/l)		14,22 ± 4,96	14,84 ± 4,89	13,11 ± 4,99	> 0,05
HbA1c (%)		10,23 ± 2,84	10,8 ± 2,9	9,21 ± 2,36	< 0,05
TG (mmol/l)		4,06 ± 4,55	4,69 ± 5,4	2,95 ± 2,07	> 0,05
TC (mmol/l)		5,79 ± 2,79	6,18 ± 3,33	5,08 ± 1,15	> 0,05
Creatinin (μ mol/l)		87,78 ± 19,43	94,56 ± 20,43	75,75 ± 9,31	> 0,05
GOT (U/L)		30,24 ± 22,9	30 ± 24,58	30,68 ± 20,32	> 0,05
GPT (U/L)		39,11 ± 44,19	36,64 ± 45,38	39,95 ± 43,04	> 0,05

Nhận xét: Trung bình các chỉ số Glucose, HbA1c, TG, TC cao hơn giá trị bình thường. HbA1c trung bình của nam (10,8%) cao hơn của nữ (9,21%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các chỉ số cận lâm sàng còn lại giữa giới nam và giới nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các chỉ số cận lâm sàng bất thường ở nhóm bệnh

Chỉ số	Bình thường		Bất thường		p
	SL	TL	SL	TL	
HbA1c	3	4,92	58	95,08	< 0,05
Triglycerid	22	36,07	39	63,93	< 0,05
Cholesterol	28	45,90	33	54,10	> 0,05
Creatinin	55	90,16	6	9,84	< 0,05
GOT	52	85,25	9	14,75	< 0,05
GPT	49	80,33	12	19,67	< 0,05

Nhận xét: Trong 61 bệnh nhân, tỷ lệ các bệnh nhân có chỉ số HbA1c, Triglycerid bất thường cao hơn nhóm bình thường. Tỷ lệ BN có chỉ số Creatinin, GOT, GPT bình thường cao hơn nhóm bất thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đặc điểm các tổn thương lâm sàng thần kinh ngoại vi và môi liên quan đến thời gian mắc bệnh**Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng tổn thương thần kinh ngoại vi**

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dị cảm	Không triệu chứng	14	23,00
	Tê bì tê cứng	33	54,10
	Cảm giác bỏng buốt	5	8,20
	Cảm giác kiến bò	28	45,90

Bảng 3.2. Thời gian mắc bệnh, BMI, tiền sử THA đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	27	44,26
	5 – 10 năm	11	18,03
	> 10 năm	23	37,71
BMI	< 18,5	3	4,92
	18,5 – 22,9	31	50,82
	≥ 23	27	44,26
THA	Có	30	49,18
	Không	31	50,82

Nhận xét: Trong 61 bệnh nhân, thời gian mắc bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (44,3%), nhóm có thời gian mắc bệnh từ 5 – 10 năm chiếm tỷ lệ ít nhất (18%). Đa số các bệnh nhân có BMI từ 18,5 – 22,9 với tỷ lệ (50,82%). Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân với BMI ≥ 23 chiếm tỷ lệ 44,26%, tỷ lệ bệnh nhân có THA là 49,18%.

	Mất cảm giác	2	3,30
Xúc giác thô sơ	Bình thường	29	47,54
	Giảm	32	52,56
	Mất	0	0
Cảm giác sâu	Bình thường	57	93,44
	Giảm	4	6,56
	Mất	0	0
Rối loạn vận động	Bình thường	58	95,08
	Yếu	3	4,92

Nhận xét: Trong các biểu hiện lâm sàng của TTTKNV, triệu chứng hay gặp nhiều nhất là tê bì tê cứng (54,1%), giảm xúc giác thô sơ (52,56%). Đa số các bệnh nhân chưa có rối loạn vận động (95,08%) và cảm giác sâu bình thường (93,44%).

Bảng 3.6. Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và thời gian mắc bệnh

TCLS	TG	< 5 năm		5 – 10 năm		> 10 năm		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Dị cảm	Không triệu chứng	13	21,31	1	1,63	0	0,0	< 0,05
	Tê bì tê cứng	6	9,83	15	24,59	12	19,67	> 0,05
	CG bông buốt	0	0,0	0	0,0	5	8,19	< 0,05
	CG kiến bò	9	14,75	11	18,03	8	13,11	> 0,05
	Mất cảm giác	1	1,63	0	0,0	1	1,63	> 0,05
Xúc giác thô sơ	Bình thường	22	36,06	7	11,47	0	0,0	< 0,05
	Giảm	5	8,19	14	22,95	13	21,31	< 0,05
	Mất	0	0,0	0	0,0	0	0,0	> 0,05
Cảm giác sâu	Bình thường	26	42,62	21	34,42	10	16,39	< 0,05
	Giảm	1	1,63	0	0,0	3	4,91	> 0,05
	Mất	0	0,0	0	0,0	0	0,0	> 0,05
RL vận động	Bình thường	27	44,26	20	32,78	11	18,03	< 0,05
	Yếu	0	0,0	1	1,63	2	3,27	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ BN có biểu hiện lâm sàng TTTK chủ yếu tập trung ở nhóm BN có thời gian mắc bệnh từ 5 -10 năm và trên 10 năm. Trong đó tỉ lệ BN có CG bông buốt, giảm xúc giác thô sơ và rối loạn vận động cao hơn ở nhóm mắc 5 -10 năm và trên 10 năm một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. **Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên 61 bệnh nhân đái tháo đường, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA (2019) đang được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103 cho thấy.

Tuổi thấp nhất của nhóm nghiên cứu là 37 tuổi, cao nhất là 87 tuổi, tỷ lệ nam (63,9%) nhiều hơn nữ (36,07%). Trong đó tỷ lệ nhóm trên 60 tuổi chiếm cao nhất, 51,28% ở nam và 81,82% ở nữ; nhóm 51 – 60 tuổi với 30,77% ở nam và 9,09% ở nữ, nhóm 41 – 50 tuổi chiếm 12,82% ở nam và 9,09% ở nữ. Nhóm dưới 41 tuổi chiếm tỷ lệ ít nhất với 5,13% ở nam, không có nữ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về giới tính ở nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

Qua bảng 3.2 chúng tôi thấy rằng thời gian mắc bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (44,3%), nhóm mắc bệnh từ 5 – 10 năm chiếm tỷ lệ ít nhất (18%). Đa số các bệnh nhân có BMI từ 18,5 – 22,9 với tỷ lệ 50,82%, nhóm thừa cân BMI ≥ 23 chiếm 44,26%. Tỷ lệ bệnh nhân BMI < 18,5 chiếm ít nhất (4,92%). Tỷ lệ bệnh nhân

mắc kèm theo THA là 49,18%.

2. **Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.** Bảng 3.3 cho thấy đường máu trung bình của nhóm bệnh là $14,22 \pm 4,96$ mmol/l, HbA1c trung bình là $10,23 \pm 2,84$ %, Triglycerid là $4,06 \pm 4,55$ mmol/l, Cholesterol là $5,79 \pm 2,79$. Ở nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh là những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường típ 2 đang được điều trị nên có chỉ số glucose; chỉ số HbA1c và các chỉ số đánh giá rối loạn lipid máu khá cao.

So sánh với đề tài của Lương Thanh Điền nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và một số bất thường điện sinh lý thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 với 194 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tham gia vào nghiên cứu với chỉ số đường máu $8,12 \pm 2,26$ mmol/l và chỉ số HbA1c $7,56 \pm 1,22$ % đều thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.4 cho ta thấy trong số các chỉ số tỷ lệ BN có HbA1c bất thường chiếm tỷ lệ cao nhất 95,08%, sau đó đến Triglycerid 63,93%. Trong 61 BN, tỷ lệ có GOT, GPT bất thường chiếm

14,75% và 19,67%, tỷ lệ Creatinin bất thường ít nhất 9,84%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ BN có chỉ số Cholesterol bất thường là 54,1%, bình thường là 45,9%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3. Đặc điểm các tổn thương lâm sàng thần kinh ngoại vi và mối liên quan

Trong các biểu hiện lâm sàng của TTTKNV, triệu chứng hay gặp nhiều nhất là tê bì, tê cứng (54,1%), giảm xúc giác thô sơ (52,5%). Đa số các bệnh nhân chưa có rối loạn vận động (95,1%) và cảm giác sâu bình thường (93,4%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nhạn sử dụng test sàng lọc Vương Quốc Anh để đánh giá bệnh lý thần kinh ngoại vi ở 224 bệnh nhân ĐTĐ cho tỉ lệ TTTKNV là 52,2% theo điểm triệu chứng cơ năng và 48,2% theo điểm khám thực thể (xúc giác thô sơ). So với Nguyễn Thị Nhạn thì nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn cả cơ năng và thực thể. Điều này có thể do giữa chúng tôi và Nguyễn Thị Nhạn sử dụng phương tiện đánh giá bệnh lý thần kinh có khác nhau nên tỉ lệ khác nhau, tuy nhiên sự chênh lệch này không đáng kể.

Kết quả ở Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ BN có biểu hiện lâm sàng TTTK chủ yếu tập trung ở nhóm BN có thời gian mắc bệnh từ 5 -10 năm và trên 10 năm. Trong đó tỉ lệ BN có cảm giác bông buốt cao nhất là 8,19% nằm ở nhóm mắc bệnh trên 10 năm, giảm xúc giác thô sơ chiếm 22,95% ở nhóm mắc bệnh 5 – 10 năm và 21,31% ở nhóm mắc trên 10 năm. Tỉ lệ rối loạn vận động là 1,63% ở nhóm mắc bệnh 5 -10 năm và 3,27% ở nhóm mắc bệnh trên 10 năm. Như vậy biểu hiện lâm sàng của TTTK ngoại vi có liên quan đến thời gian mắc bệnh ĐTĐ một cách có ý nghĩa thống kê.

Pirart (1978) qua nghiên cứu 4.400 bệnh nhân đái tháo đường cho thấy triệu chứng lâm sàng của tổn thương đa dây thần kinh phát hiện được ngay ở thời điểm chẩn đoán đái tháo đường là 7,5%, tỷ lệ này tăng lên 40% sau 20 năm và 50% sau 25 năm bị bệnh. Theo Venik (1987) thì bệnh lý thần kinh do đái tháo đường chiếm tới 90%. Biểu chứng này thường phát hiện rõ nhất sau một năm chẩn đoán đái tháo đường với biểu hiện lâm sàng giảm dẫn truyền xung động thần kinh - cơ bàn chân (Terkidsen 1971).

Tác giả Nguyễn Thị Nhạn và Thái Bá Sỹ qua nghiên cứu trên 120 bệnh nhân ĐTĐ, tỷ lệ bệnh thần kinh xa gốc đối xứng tăng theo thời gian mắc bệnh, từ 10 năm trở lên gần như 100% bệnh nhân ĐTĐ đều có biểu chứng bệnh thần kinh xa gốc đối xứng.

Tác giả Lê Văn Chi và cs qua nghiên cứu 100 bệnh nhân ĐTĐ, nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện dưới 5 năm có tỷ lệ biến chứng thần kinh xa gốc đối xứng là 43,46% còn nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm thì tỷ lệ này là 89,65%.

V. KẾT LUẬN

2. Trong các biểu hiện lâm sàng của TTTKNV, triệu chứng hay gặp nhiều nhất là tê bì tê cứng (54,1%), giảm xúc giác thô sơ (52,56%). Đa số các bệnh nhân chưa có rối loạn vận động (95,08%) và cảm giác sâu bình thường (93,44%). Tỉ lệ các biểu hiện TTTK trên lâm sàng: cảm giác bông buốt, giảm xúc giác thô sơ, rối loạn vận động liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh ĐTĐ (với $p < 0,05$).

3. Tỷ lệ BN có biểu hiện lâm sàng TTTK chủ yếu tập trung ở nhóm BN có thời gian mắc bệnh từ 5 -10 năm và trên 10 năm. Trong đó tỉ lệ BN có cảm giác bông buốt, giảm xúc giác thô sơ và rối loạn vận động cao hơn ở nhóm mắc 5 -10 năm và trên 10 năm một cách có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. R. Whiting, et al.** (2011), "IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030", *Diabetes Res Clin Pract*, 94 (3), 311-321.
2. **Juster Switly K, Smith A.G** (2016), "Updates in diabetic peripheral neuropathy", *F1000Research*, 5.
3. **Tạ Văn Bình** (2003), "Dịch tễ học bệnh đái tháo đường - Các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn".
4. **Jaiswal M, Divers J, et al** (2017), "Prevalence of and risk factors for diabetic peripheral neuropathy in youth with type 1 and type 2 diabetes: search for diabetes in youth study", *Diabetes care*, 40, 1226 -1332.
5. **Nguyễn Hữu Công** (2013), "Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng", Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia TP Hồ Chí Minh.
6. **Rajbhandati S.M** (2005), "A brief review on the pathogenesis of human diabetic neuropathy: observations and postulations", *Int J Diabetes & Metabolism*, 13, 135 - 138.
7. **Tôn Thất Kha, Nguyễn Trọng Hưng** (2012), "Nghiên cứu tổn thương nhiều dây thần kinh ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 bằng thăm dò điện sinh lý thần kinh ngoại vi", *Tạp chí nội tiết và đái tháo đường*, 6, 90 – 99.
8. **Phạm Công Trường, Hoàng Trung Vinh** (2016), "Liên quan giữa triệu chứng lâm sàng tổn thương thần kinh ngoại biên, chỉ số điện thần kinh cơ với thời gian phát hiện bệnh và HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2", *Tạp chí Nội tiết – đái tháo đường*, 21, 224 – 231.
9. **Nguyễn Thị Nhạn** (2005), "Bệnh thần kinh ngoại biên đái tháo đường: Từ lâm sàng đến điều trị", *Tạp chí Y học thực hành*, 98 - 107.