

dậy tính tích cực, tự giác sáng tạo của bệnh nhân và người nhà trong chăm sóc sức khỏe<sup>[13]</sup>.

#### KẾT LUẬN

Kiến thức và kỹ năng GDSK của điều dưỡng cần được tiếp tục đào tạo cơ bản và có hệ thống để hình thành kỹ năng, văn hóa trong GDSK bệnh nhân. Cần tập trung vào những hoạt động còn chưa thực hiện tốt, các nguyên nhân chưa hài lòng của bệnh nhân để cải thiện chất lượng GDSK. Bên cạnh đó cần có nghiên cứu can thiệp tiếp theo trên phạm vi rộng hơn để đánh giá các biện pháp cải thiện chất lượng GDSK bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thế Mỹ, Lý Thị Bạch Như** (1996). "Tình hình khối u buồng trứng tại Viện Bảo vệ Bà mẹ Trẻ sơ sinh", Tạp chí Thông tin Y Dược, tr. 50-54.
2. **Đỗ Ngọc Lan** (2003). "Nghiên cứu áp dụng phẫu thuật nội soi cắt u nang buồng trứng lành tính tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh", Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Thị Phương Mai** (2005). "Ung thư buồng trứng và vòi Fallopian", Bệnh học ung thư phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 81-101.
4. Bộ Y tế (2011). "Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện", Ban hành kèm Thông tư 07/2011/TT-BYT
5. **K. Heikkinen** and et al. (2011). "Ambulatory orthopaedic surgery patient education and cost of care", Orthop Nurs. 30(1), tr. 20 - 8.

6. Bộ Y tế, Cục Quản lý khám chữa bệnh (2014), "Tài liệu đào tạo liên tục chăm sóc sức khỏe người bệnh toàn diện", Dự án tăng cường chất lượng nguồn nhân lực trong khám chữa bệnh.

7. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2013). "Quy trình giáo dục sức khỏe cho người bệnh-thân nhân người bệnh".

8. **Trần Thị Hằng Nga** và CS (2018). "Đánh giá hoạt động giáo dục sức khỏe của điều dưỡng bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Trị và một số yếu tố liên quan năm 2018", Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tr. 28 - 34.

9. **A. B. Zakrisson** và **D. Hägglund** (2010). "The asthma/COPD nurses' experience of educating patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care", Scand J Caring Sci. 24(1), tr. 147 - 55.

10. **Modupe Oyetunde** and **Atinuke Akinmeyer** (2015). "Factors Influencing Practice of Patient Education among Nurses at the University College Hospital, Ibadan", Open Journal of Nursing. 05, tr. 500-507.

11. **Đàm Khải Hoàn** (2007). "Phương tiện và phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe", Giáo dục nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, tr. 71 - 84.

12. **Jackie A. Smith** và **Helen Zsohar** (2013). "Patient-education tips for new nurses". 43(10), tr. 1-3.

13. **Đàm Khải Hoàn** (2007). "Nguyên tắc truyền thông và giáo dục sức khỏe", Giáo dục nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, tr. 40 - 42.

## KHẢO SÁT BIẾN CHỨNG ĐA DÂY THẦN KINH NGOẠI VI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

**NGÔ THỊ LỰA<sup>1</sup>, ĐỖ TRUNG QUÂN<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định tỉ lệ biến chứng đa dây thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình trên 350 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường typ2 theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2017 tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 49,1% bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường typ2. 90,7% bệnh nhân có cảm nhận nhiệt bình thường, còn lại là nhóm bệnh nhân mất/giảm cảm giác nhiệt 2 chân chiếm 8,7% và nhóm bệnh nhân mất/giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm 0,6%. 90,7% bệnh nhân có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament; còn lại là nhóm bệnh nhân mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament chiếm 8,7% và nhóm bệnh nhân mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament chiếm 0,6%. 86,0% bệnh nhân có cảm nhận rung bình thường còn lại là nhóm bệnh nhân có cảm nhận mất, giảm 2

Chịu trách nhiệm: Ngô Thị Lựa  
Email: ngothilua86@gmail.com  
Ngày nhận: 01/7/2021  
Ngày phân biện: 02/8/2021  
Ngày duyệt bài: 10/8/2021

bên chân và mắt chiếm 9,9%, giảm 1 bên chân chiếm 4,1%. 47,7% bệnh nhân có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên, tiếp theo là nhóm bệnh nhân có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm bệnh nhân có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

**Từ khóa:** Biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường, đái tháo đường.

#### SUMMARY

The study was carried out with the objective of determining the rate of peripheral polyneuropathy in type 2 diabetes mellitus outpatients at Ninh Binh Provincial General Hospital on 350 patients were diagnosed with type 2 diabetes according to the criteria of the Ministry of Health of Vietnam in 2017 at the examination department of Ninh Binh General Hospital from January 2020 to June 2021. The study results showed that 49.1% of patients had diabetic peripheral neuropathy. 90.7% of patients had normal heat sensation, the rest was the group of patients with loss/decreased heat sensation in both legs accounting for 8.7% and the group of patients with loss/decreased heat sensation in one leg accounted for 0.6%. 90.7% of patients had normal sensation on monofilament examination; The remaining group of patients with loss of sensation in both legs when examined with monofilament accounted for 8.7% and the group of patients with loss of sensation in one leg when examined with monofilament accounted for 0.6%. 86.0% of patients had normal vibration perception, the rest were patients with loss sensation, loss of both legs and loss accounted for 9.9%, loss of one leg accounted for 4.1%. 47.7% of patients had symptoms of bilateral loss or reduction, followed by a group of patients with normal Achilles tendon reflexes accounting for 42.4%; the group of patients with symptoms of loss or reduction of one side accounted for the lowest rate of 9.9%.  
**Keywords:** peripheral nerves. diabetes.

**Keywords:** Diabetic peripheral neuropathy, DPN, diabetes

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thần kinh ngoại vi do đái tháo đường (ĐTĐ) là một biến chứng thường gặp và xuất hiện khá sớm, trong đó bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ thường gặp nhất chiếm khoảng 20-30% số bệnh nhân<sup>[1]</sup>. Bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ làm tăng nguy cơ loét bàn chân dẫn đến cắt cụt chi dưới gây tổn hại nhiều về chất lượng cuộc sống và kinh tế cho người bệnh và xã hội<sup>[2]</sup>. Trên thế giới đã có rất nhiều đề tài đề cập bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ<sup>[3], [4]</sup> nhưng tại Việt Nam có lẽ chưa được quan tâm nhiều, đặc biệt tại các tuyến y tế cơ sở. Những thông tin về bệnh lý đa dây thần kinh do ĐTĐ giúp nâng cao chất lượng

công tác khám chữa bệnh, tạo cơ sở cho các nhà quản lý đề ra các chính sách phòng ngừa biến chứng ĐTĐ. Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình là đơn vị đầu ngành về y tế của tỉnh Ninh Bình thực hiện công tác khám chữa bệnh cho nhân dân trong tỉnh. Tính đến thời điểm 2021, bệnh viện đang quản lý và điều trị ngoại trú hơn 4000 bệnh nhân ĐTĐ và chưa có đề tài nghiên cứu về bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu “Xác định tỉ lệ biến chứng đa dây thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình”

#### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021

##### 2. Đối tượng nghiên cứu

a. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ2 theo tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2 của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2017<sup>[5]</sup>.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường:

+ Glucose huyết tương lúc đói (nhịn ăn trong vòng ít nhất 8h trước khi làm xét nghiệm)  $\geq 7.0$  mmol/L hoặc

+ Glucose huyết tương bất kỳ  $\geq 11.1$ mmol/L kèm theo triệu chứng cổ điển của tăng glucose máu (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút).

+ Glucose huyết tương sau 2 giờ uống 75g glucose (nghiệm pháp tăng đường máu)  $\geq 11.1$  mmol/l.

+ HbA1C  $\geq 6.5\%$  . Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ typ 2:

+ Xuất hiện ở tuổi trưởng thành

+ Khởi phát chậm, thường không rõ triệu chứng

+ Đặc điểm lâm sàng: Bệnh tiến triển âm ỉ, ít triệu chứng, thể trạng béo phì, thừa cân, tiền sử gia đình có người mắc ĐTĐ typ 2, có gai đen, hội chứng buồng trứng đa nang

+ Không có chiều hướng nhiễm toan ceton

+ Glucose máu kiểm soát được khi áp dụng chế độ ăn hợp lý, vận động thể lực đều đặn hoặc kết hợp với các thuốc hạ glucose máu hoặc insulin liều thấp.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

b. Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ những bệnh nhân không đồng ý phối hợp để tham gia nghiên cứu

Chẩn đoán xác định ĐTĐ typ2 nhưng mắc

các bệnh sau:

+ Yếu tố gia đình: loại trừ các bệnh thần kinh di truyền

+ Bệnh thận: loại trừ suy thận gây tổn thương thần kinh

+ Tiền sử nghiện rượu: loại trừ bệnh đa dây thần kinh do rượu

+ Chế độ dinh dưỡng: loại trừ quá thiếu thốn gây suy dinh dưỡng

+ Biểu hiện thiếu vitamin nhóm B: tê phù, sa sút trí tuệ, tiền sử cắt dạ dày gây bệnh Biemer, ỉa chảy, bệnh ngoài da.

+ Phụ nữ có thai

+ Tiền sử dùng thuốc gây độc thần kinh ngoại biên: INH, vincristin, metronidazol

+ Các bệnh lý ác tính kèm theo: bệnh máu, ung thư, nhiễm khuẩn.

+ Bệnh nhân không khám được bằng dụng cụ.

c. Tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại biên của bộ sàng lọc từ Vương Quốc Anh năm 2001 bao gồm:

Cho điểm triệu chứng cơ năng và cho điểm khám lâm sàng

Sàng lọc giữa hai điểm triệu chứng cơ năng và lâm sàng để có chẩn đoán BCTKNV

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**a. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**b. Cỡ mẫu**

Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ. Tổng cỡ mẫu là 350 bệnh nhân.

**c. Phương pháp chọn mẫu**

Nghiên cứu được tiến hành chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Các bước tiến hành cụ thể như sau:

Bước 1: Lập danh sách tất cả bệnh nhân đại tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám Tiểu đường theo thứ tự A, B, C .... (danh sách lấy từ phòng khám tiểu đường)

Bước 2: Chọn đối tượng nghiên cứu

Tính khoảng cách mẫu bằng cách lấy tổng số bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 chia cho mẫu nghiên cứu,  $k = N/n$  (trong đó N là tổng số bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 = 2000 BN, n là cỡ mẫu cần nghiên cứu 350 BN). Vậy  $k = 2000/350 = 5,7$ . Vậy khoảng cách chọn mẫu là 5. Chọn một số ngẫu nhiên bất kỳ trong khoảng từ 1-5, số ngẫu nhiên đó tương ứng với bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 đầu tiên được chọn sau đó cộng với khoảng cách mẫu và chọn cho đến khi đủ 350 BN ĐTĐ tuýp 2 thì dừng chọn. Trong trường hợp đối tượng từ chối trả lời hoặc không có khả năng trả lời thì sẽ chọn đối tượng liền kề tiếp theo trong danh sách

BN khám tại ngày hôm đó.

### 4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

### 5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.2. Tỷ lệ biến chứng TKNV theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Thần Kinh Anh 2001

TT	Biến chứng TKNV	n=350	%
1	Có biến chứng	172	49,1
2	Không biến chứng	178	50,9

Nhận xét: Kết quả trong nhóm nghiên cứu cho thấy BN có biến chứng TKNV do ĐTĐ tuýp 2 chiếm tỷ lệ 49,1% và BN không có biến chứng TKNV chiếm tỷ lệ 50,9%.

Bảng 2. Tỷ lệ cảm nhận nhiệt đánh giá ở nhóm có biến chứng

TT	Mức độ rối loạn cảm giác nhiệt	n = 172	%
1	Bình thường	156	90,7
2	Mất, giảm 1 chân	1	0,6
3	Mất, giảm 2 chân	15	8,7

Nhận xét: Đa số là nhóm BN có cảm nhận nhiệt bình thường chiếm tỷ lệ 90,7%, còn lại là nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 2 chân và nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,7% và 0,6%.

Bảng 3. Tỷ lệ cảm nhận đau khi khám bằng monofilament đánh giá ở nhóm có biến chứng

TT	Cảm nhận đau khi khám bằng Monofilament	Số lượng (n = 172)	Tỷ lệ %
1	Cảm nhận bình thường	156	90,7
2	Mất cảm nhận ở 1 chân	1	0,6
3	Mất cảm nhận ở 2 chân	15	8,7

Nhận xét: Nhóm BN có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament chiếm tỷ lệ 90,7%; còn lại là nhóm BN mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament và nhóm BN mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,7% và 0,6%.

Bảng 4. Tỷ lệ cảm nhận rung âm thoa đánh giá ở nhóm có biến chứng

TT	Mức độ rối loạn cảm nhận rung âm thoa	Số lượng (n = 172)	Tỷ lệ %
1	Bình thường	148	86,0
2	Mất, giảm 1 bên chân	7	4,1
3	Mất, giảm 2 bên chân	17	9,9

Nhận xét: Nhóm BN có cảm nhận rung bình thường chiếm tỷ lệ 86,0%; còn lại là nhóm BN có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất, giảm 1 bên chân chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,9% và

4,1%.

Bảng 5. Tỷ lệ phản xạ gân Achille 2 bên chân của nhóm bệnh TKNV

TT	Phản xạ gân Achille	Số lượng (n = 172)	Tỷ lệ %
1	Mất hoặc giảm một bên	17	9,9
2	Mất hoặc giảm hai bên	82	47,7
3	Bình thường	73	42,4

Nhận xét: Nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,7%; tiếp theo là nhóm BN có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

## BÀN LUẬN

### 1. Tỷ lệ BCTKNV theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh

Sau khi đã đánh giá kết hợp giữa hỏi bệnh và khám bệnh theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh, chúng tôi phát hiện thấy BN có biến chứng thần kinh ngoại vi do ĐĐT typ2 chiếm tỷ lệ 49,1% và BN không có biến chứng TKNV chiếm tỷ lệ 50,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Lê Quang Cường 84% do tác giả chỉ đánh giá tổn thương ở ít nhất một triệu chứng lâm sàng còn chúng tôi đưa tỉ lệ này ra khi đã sàng lọc các triệu chứng lâm sàng cả về hỏi bệnh và khám bệnh khi đã đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TKNV [7].

Kết quả từ nghiên cứu trên 3867 bệnh nhân ĐĐT mới phát hiện, chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại vi dựa vào mất phản xạ gân gối/gân gót và đánh giá ngưỡng cảm giác rung với máy đo độ rung cho thấy có tới 11,6% bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi [8].

Nghiên cứu quốc gia về ĐĐT tại Sri Lanka ở 597 bệnh nhân ĐĐT tít 2 mới phát hiện. Chẩn đoán BCTKNV dựa vào bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh và máy đo độ rung cho tỷ lệ BCTKNV là 25,2% [9].

Như vậy, tại các nước đang phát triển ở Châu Á, biến chứng thần kinh ngoại vi đều có tỷ lệ khá cao khi có cùng tiêu chuẩn chẩn đoán.

### 2. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo rối loạn cảm giác về nhiệt

Bảng 3.2. cho thấy nhóm BN có cảm nhận nhiệt bình thường chiếm tỷ lệ 90,7%, còn lại là nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 2 chân (8,7%) và nhóm BN mất, giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm 0,6%.

Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác về nhiệt độ chiếm tỷ lệ thấp (9,3%). Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Nhật năm 2010 tỉ lệ bệnh nhân bình thường về cảm nhận nhiệt là

57,1%, mất cảm nhận nhiệt ở 2 bên chân là 36,4%, mất cảm nhận nhiệt ở 1 bên chân là 6,5% [6]. Vậy rối loạn cảm nhận nhiệt chủ yếu gặp đối xứng 2 bên.

### 3. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo Monofilament

Nhóm BN có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament chiếm tỷ lệ 90,7%; còn lại là nhóm BN mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament là 8,7% và nhóm BN mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament là 0,6% (bảng 3).

Thật vậy, Monofilament 10g là test thường dùng để đánh giá cảm giác bảo vệ của bàn chân và có liên quan chặt chẽ tới nguy cơ loét chân. Việc phát hiện tỷ lệ biến chứng thần kinh ở mức độ thấp phản ánh một thực tế rằng Monofilament 5,07 thích hợp trong đánh giá lâm sàng nguy cơ loét bàn chân hơn là phát hiện BCTKNV [10, 11].

### 4. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo âm thoa 128HZ

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá cảm giác rung bằng âm thoa 128 HZ theo phương pháp tính thời gian do phương pháp này độ nhạy cao hơn (80% vs 53%) và độ đặc hiệu tương tự (98% vs 99%) phương pháp có/không [11].

Trong 172 BN có biến chứng TKNV thì đa phần là nhóm BN có cảm nhận rung bình thường chiếm tỷ lệ 86,0%; còn lại là nhóm BN có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất, giảm 1 bên chân chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,9% và 4,1%.

### 5. Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi theo giảm/mất phản xạ gân Achille

Tổn thương thần kinh trong bệnh ĐĐT làm mất hoặc gián đoạn bao Myelin của sợi thần kinh, làm cho dẫn truyền TK bị chậm hoặc mất biểu hiện trên lâm sàng là giảm/mất phản xạ gân xương. Trong đó giảm/mất phản xạ gân Achille xuất hiện sớm và gặp với tỷ lệ nhiều hơn.

Bảng 5 cho thấy trong 172 BN có biến chứng thần kinh ngoại vi thì nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,7%; tiếp theo là nhóm BN có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Nhật năm 2010 35,7% BN có phản xạ gân Achille bình thường, 63,66% BN mất hoặc giảm phản xạ gân Achille 2 bên, và 0,64% BN mất hoặc giảm phản xạ gân Achille 1 bên [6].

Như vậy, giảm/mất phản xạ gân Achille là dấu hiệu lâm sàng hay gặp, gợi ý tới tổn thương thần kinh ở người ĐTĐ. Nhận xét này cũng phù hợp ý kiến với nhiều tác giả [12, 13].

#### KẾT LUẬN

49,1% BN có biến chứng TKNV do ĐTĐ typ2.

90,7% BN có cảm nhận nhiệt bình thường, còn lại là nhóm BN mất/giảm cảm giác nhiệt 2 chân chiếm 8,7% và nhóm BN mất/ giảm cảm giác nhiệt 1 chân chiếm 0,6%.

90,7% BN có cảm nhận bình thường khi khám bằng monofilament; còn lại là nhóm BN mất cảm nhận ở 2 chân khi khám bằng monofilament chiếm 8,7% và nhóm BN mất cảm nhận ở 1 chân khi khám bằng monofilament chiếm 0,6%.

86,0% BN có cảm nhận rung bình thường còn lại là nhóm BN có cảm nhận mất, giảm 2 bên chân và mất chiếm 9,9%, giảm 1 bên chân chiếm 4,1%.

47,7% BN có triệu chứng mất hoặc giảm hai bên, tiếp theo là nhóm BN có phản xạ gân Achille bình thường chiếm tỷ lệ 42,4%; nhóm BN có triệu chứng mất hoặc giảm một bên chiếm tỷ lệ thấp nhất 9,9%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gill H K, Yadav S B and Ramesh V (2014), "A prospective study of prevalence and association of peripheral neuropathy in Indian patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus", *J Postgrad Med*, **60(3)**, 270-5.

2. Laura Mayeda, Ronit Katz, Iram Ahmad et al. (2020), "Glucose time in range and peripheral neuropathy in type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease", *BMJ open diabetes research & care*, **8(1)**, 991.

3. Anne-Caroline Jeannin, Joe-Elie Salem, Ziad Massy et al. (2020), "Inactive matrix gla protein plasma levels are associated with peripheral neuropathy in Type 2 diabetes", *PLoS one*, **15(2)**, 145.

4. Jamie Burgess, Bernhard Frank, Andrew Marshall et al. (2021), "Early Detection of Diabetic Peripheral Neuropathy: A Focus on Small Nerve Fibres", *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, **11(2)**, 165.

5. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2.

6. Trần Thị Nhật (2010), "Nghiên cứu tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân ĐTĐ tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

7. Lê Quang Cường (1999), "Nghiên cứu tổn thương thần kinh ngoại vi do đái tháo đường bằng cách ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh", Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. UK Prospective Diabetes Study Group (1998), "Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group", *Lancet*, **352(9131)**, 837-53.

9. Weerasuriya N, Siribaddana S and Dissanayake A (1998), "Long-term complications in newly diagnosed Sri Lankan patients with type 2 diabetes mellitus", *QJM*, **91(6)**, 439-43.

10. Kamei N, Yamane K and Nakanishi S et al (2005), "Effectiveness of Semmes-Weinstein monofilament examination for diabetic peripheral neuropathy screening", *J Diabetes Complications*, **19(1)**, 47-53.

11. Perkins Bruce A, Olaleye David, Zinman Bernard and et al. (2001), "Simple Screening Tests for Peripheral Neuropathy in the Diabetes Clinic", *Diabetes Care*, **24(2)**, 250-256.

12. Boulton A J (2009), *Diagnosis of diabetic peripheral neuropathy- clinical practice and research. Diabetic neuropathy*, Oxford university press.

13. Dương Thị Thu Phương (2012), *Bước đầu ứng dụng bộ dụng cụ Milgamma trong chẩn đoán và phân loại biến chứng viêm đa dây TKNB trên bệnh nhân ĐTĐ*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.

## NGHIÊN CỨU THỜI GIAN VÀ CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ NĂM 2018

TRẦN THỊ THANH NHÀN,  
TRẦN THỊ DIỆU TRINH, ĐẶNG THỊ THANH NHẢ  
*Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Thanh Nhân  
Email: ttnhan@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận: 22/6/2021  
Ngày phân biên: 23/7/2021  
Ngày duyệt bài: 11/8/2021