

NGHIÊN CỨU BIỂU HIỆN TỔN THƯƠNG ĐA DÂY THẦN KINH Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

NGUYỄN DUY MẠNH - Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

PHẠM VĂN MẠNH - Trường Đại học Y Hải Phòng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) thường gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm, đặc biệt là ĐTĐ typ 2 do loại này thường được phát hiện muộn. Một trong số đó là biến chứng thần kinh ngoại vi (TKNV). Trong đó, tổn thương đa dây thần kinh thường gặp nhất.

Hiện nay, tổn thương TKNV nói chung và ở người ĐTĐ nói riêng được phát hiện chủ yếu bằng thăm khám lâm sàng và phương pháp thăm dò điện sinh lý hệ TKNV thông qua hai kỹ thuật chính là ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh.

Tại Việt nam, từ những năm 90 thế kỷ trước đã có một số tác giả bước đầu đề cập đến biểu hiện lâm sàng và thăm dò điện sinh lý của tổn thương thần kinh bằng kỹ thuật đo tốc độ dẫn truyền thần kinh và ghi điện cơ để chẩn đoán tổn thương TKNV ở người ĐTĐ. Bên cạnh đó, mức độ tổn thương TKNV mà nhất là tổn thương đa dây thần kinh trên điện sinh lý lại chịu ảnh hưởng rất nhiều bởi đường huyết có được kiểm soát tốt hay không

Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: Mô tả triệu chứng lâm sàng và điện sinh

lý của tổn thương đa dây thần kinh ở người đái tháo đường typ 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội tiết - ĐTĐ, Viện Lão khoa Quốc gia. Kiểm tra điện sinh lý tại khoa Thăm dò chức năng - Viện Lão Khoa Quốc gia. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 năm 2009 đến tháng 8 năm 2009.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ theo tiêu chuẩn của WHO năm 1999 [9]:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo một số tiêu chuẩn của tổ chức Y tế Thế giới và vận dụng phù hợp với điều kiện Việt Nam [2], [3].

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

* Những bệnh nhân không phải ĐTĐ typ 2 như: ĐTĐ typ 1, ĐTĐ thai kỳ...

* Bệnh nhân nghiên cứu không có các nguyên nhân khác gây bệnh đa dây thần kinh

* Bệnh nhân từ chối tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2. Tính cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cho nghiên cứu cắt ngang mô tả:

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p \times (1-p)}{(p \times e)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% = 1,96 ≈ 2

p = 84 %: Tỷ lệ hiện mắc ước tính ở các nghiên cứu trước đây.

e = 0,1: Độ chính xác tương đối.

* Theo công thức cỡ mẫu là 73 người. Số bệnh nhân được chọn là 80 người.

3. Quy trình nghiên cứu.

Các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm, thăm dò điện sinh lý theo mẫu bệnh án thống nhất.

3.1. Hỏi bệnh

Để phù hợp với mục tiêu đề tài, chúng tôi tập trung đi sâu vào việc khai thác các dữ kiện sau: - Các câu hỏi khẳng định chẩn đoán có đại tháo đường typ 2

- Về các nguyên nhân gây tổn thương đa dây thần kinh

3.2. Khám lâm sàng

Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng nội khoa và thần kinh trước khi thăm dò điện sinh lý TKNV: Khám Nội khoa và Khám Thần kinh

3.3. Làm các xét nghiệm sinh hoá.

Xét nghiệm sinh hoá máu làm tại khoa Hoá sinh - Viện Lão khoa Quốc gia.

3.4. Phương pháp thăm dò điện sinh lý TKNV

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được ghi điện cơ và đo TĐDT thần kinh trên cùng máy ghi điện cơ NihoKoden (Nhật bản) tại phòng Thăm dò chức năng, Viện lão khoa Quốc Gia. Các phương pháp ghi điện sinh lý dựa theo kỹ thuật của Delisa [6].

4. Xử lý và phân tích số liệu thống kê.

Bằng phần mềm thống kê EPI-info 2000 và SPSS 10.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu.

1.1. Đặc điểm tuổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong số 80 bệnh nhân nghiên cứu, ít tuổi nhất là 50, già nhất là 89 tuổi, tuổi trung bình là 68,19 ± 8,46.

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu.

Nhóm tuổi	n = 80	p (%)
50 - 59	11	13,75
60 - 69	36	45
≥ 70	33	41,25

Nhận xét: Bệnh nhân ở độ tuổi trên 60 gặp nhiều nhất (86,25%).

1.2. Đặc điểm giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong 80 bệnh nhân ĐĐT typ 2 nghiên cứu, có 53 người là nữ (66%), 27 người là nam (34%).

Tỷ lệ giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhân nữ giới chiếm 66% trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nhiều hơn bệnh nhân nam giới (34%).

2. Triệu chứng lâm sàng tổn thương đa dây thần kinh.

2.1. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng.

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng (n=80)

Nhóm triệu chứng	n	p
Giảm phản xạ gân xương	57	71,25%
Rối loạn cảm giác nông	54	67,5%
Yếu cơ	27	33,75%
Teo cơ	26	32,5%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân giảm phản xạ gân xương gặp nhiều nhất (71,25%), tiếp đến rối loạn cảm giác nông (67,5%), yếu cơ và teo cơ ít gặp hơn.

2.2. Đặc điểm rối loạn cảm giác.

Bảng 3. Rối loạn cảm giác (n=54)

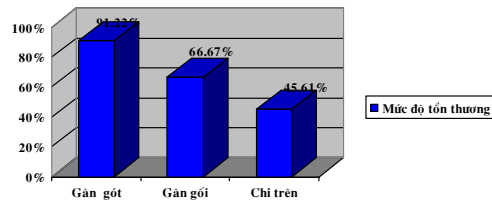
Triệu chứng cảm giác		n = 54	p (%)
Rối loạn cảm giác chủ quan	Tê bì kiến bò	45	83,33%
	Châm kim	29	36,25%
	Bàn chân rát bỏng	8	14,81%
	Cóng buốt	5	9,26%
Rối loạn cảm giác khách quan	Rung với âm thoa	32	59,26%
	Sờ thô sơ	7	12,96%
	Nóng lạnh	2	3,7%
	Đau	1	1,85%

Nhận xét: Rối loạn cảm giác chủ quan là dấu hiệu thường gặp, xuất hiện trong cả 54/54 trường hợp (100%). Trong đó tê bì như kiến bò gặp nhiều nhất (83,33%), tiếp đến là cảm giác bị châm kim chiếm 29 trường hợp (36,25%). Cảm giác rát bỏng và cóng buốt gặp ít hơn. Với rối loạn cảm giác khách quan, có 35/54 trường hợp (64,8%). Trong đó, thường gặp nhất là giảm cảm giác rung với âm thoa, có 32 trường hợp (59,26%), tiếp theo là cảm giác sờ thô sơ (12,96%).

2.3. Đặc điểm bất thường vận động.

Không có bệnh nhân nào có triệu chứng bất thường vận động đơn thuần, cả 27 trường hợp yếu cơ đã có những rối loạn về cảm giác và/hoặc phản xạ gân xương.

2.4. Đặc điểm giảm phản xạ gân xương



Biểu đồ 1: Đặc điểm giảm phản xạ gân xương

Nhận xét: Giảm và hoặc mất phản xạ gân gót có tỷ lệ cao nhất 91,22% (p<0,05), gân gối 66,67%, tổn thương đối xứng ở hai bên, bất thường ở chi dưới cao hơn chi trên.

2.5. Mức độ tổn thương trên lâm sàng.

Tỷ lệ bệnh nhân có bất thường lâm sàng: Trong 80 bệnh nhân nghiên cứu, có 63 bệnh nhân có biểu hiện tổn thương đa dây TK trên lâm sàng (78,75%), nhiều

hơn hẳn số không có tổn thương là 17 bệnh nhân (21,25%).

Bảng 4. Tỷ lệ tổn thương TKNV trên lâm sàng theo mức độ (n=63)

Nhóm triệu chứng	n = 63	p
Nhóm 1 triệu chứng	3	4,76%
Nhóm 2 triệu chứng	8	12,7%
Nhóm 3 triệu chứng	15	23,8%
Nhóm 4 triệu chứng	18	28,58%
Nhóm 5 triệu chứng	19	30,16%

Nhận xét: Nhóm có từ 4 triệu chứng trở lên chiếm tỷ lệ cao (58,74%), nhiều hơn hẳn các nhóm khác ($p < 0,05$). Điều này nói lên đa số các tổn thương thần kinh của những bệnh nhân này đã ở giai đoạn lan toả.

Bảng 5. Tỷ lệ giảm tốc độ dẫn truyền các dây thần kinh nghiên cứu

Dấu hiệu điện sinh lý	Số dây	(%)
Giảm tốc độ dẫn truyền vận động thần kinh hông khoeo trong vận động	97/160	60,6
Giảm tốc độ dẫn truyền vận động thần kinh hông khoeo ngoài	83/160	51,9
Giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh trụ	35/160	21,9
Giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh giữa	38/160	23,8

Nhận xét: Thần kinh hông khoeo trong vận động có tỷ lệ giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh cao nhất, các dây thần kinh chi trên có tỷ lệ bất thường nhỏ hơn các dây thần kinh chi dưới.

Bảng 6. Tỷ lệ giảm biên độ đáp ứng một số dây thần kinh nghiên cứu

Dấu hiệu điện sinh lý	Số dây	(%)
Giảm biên độ đáp ứng thần kinh hông khoeo trong vận động	116/160	72,5
Giảm biên độ đáp ứng thần kinh hông khoeo ngoài	102/160	63,75
Giảm biên độ đáp ứng thần kinh trụ cảm giác	42/160	26,25
Giảm biên độ đáp ứng thần kinh giữa cảm giác	51/160	31,9

Nhận xét: Giảm biên độ đáp ứng của dây thần kinh hông khoeo trong vận động có tỷ lệ cao nhất (72,5%), tương tự giảm tốc độ dẫn truyền, các dây thần kinh chi trên giảm biên độ đáp ứng với tỷ lệ thấp hơn các dây thần kinh chi dưới.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tuổi, giới.

Trong 80 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có tuổi từ 50 đến trên 70 (tuổi trung bình là 68,19±8,46). Gặp nhiều nhất ở nhóm từ 60 tuổi trở lên, nhiều hơn hẳn so với những bệnh nhân dưới 60 tuổi ($p < 0,05$) (bảng 1). Điều này càng làm cho chúng ta thấy rõ hơn hầu hết ĐTĐ typ 2 thường gặp ở người cao tuổi và ngược lại ĐTĐ ở người cao tuổi thường là ĐTĐ typ 2. Kết quả và nhận định trên cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng như quốc tế [2], [5].

So sánh tần xuất mắc bệnh giữa 2 giới (biểu 1), chúng tôi nhận thấy nữ giới có xu hướng nhiều hơn nam giới. Nhiều nghiên cứu cho rằng không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ mắc ĐTĐ.

2. Các triệu chứng lâm sàng thần kinh.

Cho đến nay, đã có rất nhiều tác giả trong nước cũng như thế giới mô tả bệnh cảnh lâm sàng của tổn thương thần kinh ở người ĐTĐ [1]. Trong phạm vi đề tài này, chúng tôi chỉ mô tả các biểu hiện tổn thương đa dây thần kinh ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Biểu hiện lâm sàng tổn thương đa dây thần kinh trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi rất đa dạng, những rối loạn về vận động, cảm giác, phản xạ gân xương. Trong đó giảm phản xạ gân xương (71,25%) và rối loạn cảm giác (67,5%) là nhóm triệu chứng thường gặp nhất, ít gặp hơn là yếu cơ (33,75%), teo cơ (32,5%) (bảng 3).

Đặc điểm chung của những rối loạn này là đối xứng hai bên, ưu thế ngọn chi hơn gốc chi, ưu thế chi dưới hơn chi trên. Kết quả này không khác biệt nhiều so với các tác giả trong nước và quốc tế.

2.1. Giảm phản xạ gân gót

Như trên đã nêu, đây là dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Thomas [7] và Zochodne [8], mất phản xạ gân xương, đặc biệt là phản xạ gân gót có thể được gọi là dấu hiệu sớm của biến chứng thần kinh do ĐTĐ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đây là dấu hiệu hay gặp nhất trong nhóm các triệu chứng lâm sàng, giảm và mất phản xạ gân gót luôn thấy cả 2 bên (biểu đồ 2). Điều này nói lên cung phản xạ này có tính chất đối xứng, giúp hướng đến một tổn thương đa dây thần kinh ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Nhận xét này cũng phù hợp với nhiều tác giả như Lê Quang Cường.

2.2. Đặc điểm rối loạn cảm giác.

Rối loạn cảm giác là nhóm triệu chứng thường gặp nhiều thứ hai sau giảm phản xạ gân gót, chiếm 54/80 trường hợp (67,5%) (bảng 3). Trong nhóm bệnh nhân ĐTĐ, chúng tôi gặp hai thể rối loạn cảm giác: rối loạn cảm giác chủ quan và rối loạn cảm giác khách quan.

Rối loạn cảm giác chủ quan

Rối loạn cảm giác chủ quan là dấu hiệu thường gặp nhất, xuất hiện trong cả 54/54 trường hợp (100%). Kết quả này cũng trùng hợp với nghiên cứu của các tác giả Lê Quang Cường [1], và Vũ Anh Nhị [4]. Các triệu chứng rối loạn cảm giác chủ quan trên bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu bao gồm: tê bì kiến bò, châm kim, rát bỏng bàn chân, cồng buốt bàn chân.

+ Tê bì kiến bò: là triệu chứng phổ biến nhất của rối loạn cảm giác chủ quan, chiếm 83,33%. Bệnh nhân cảm giác như có kiến bò ở cẳng, bàn chân, cẳng tay, ở thân mình làm bệnh nhân có cảm giác khó chịu. Tuy nhiên, triệu chứng thường gặp ở phần ngọn chi và chi dưới nhiều hơn.

+ Kim châm: đây cũng là triệu chứng khá phổ biến của rối loạn cảm giác chủ quan, chiếm 36,25%. Bệnh nhân có cảm giác như bị châm kim ở ngoài da, đặc biệt ở đầu chi và thường tăng lên về đêm. Nhận xét này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Quang Cường khi tác giả nhận thấy có 16/52 trường hợp (30,77%) có triệu chứng châm kim ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

+ Cảm giác rất bỏng bàn chân: trong nhóm rối loạn cảm giác chủ quan, chúng tôi gặp 8/54 bệnh nhân (14,81%) có cảm giác rất bỏng bàn chân. Bệnh nhân mô tả lòng bàn chân, phần ngọn chi của hai chân nóng rất như có lửa đốt khiến cho bệnh nhân muốn ngâm chân vào nước mát và không dám đi chân trần trên mặt đất mà phải đeo găng hoặc đi tất.

Một số nghiên cứu gần đây cho thấy đường huyết ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng nhận cảm đau. Ở người bình thường, khi đường huyết tăng, ngưỡng nhận cảm đau giảm xuống. Các tác giả cho rằng đường huyết có thể ảnh hưởng đến sự điều hoà các cảm thụ quan morphine của cơ thể. Như vậy, đường huyết tăng sẽ làm giảm tác dụng chống đau của morphine dẫn đến cường độ đau tăng lên.

Nhìn chung, cảm giác rất bỏng ở những bệnh nhân chúng tôi gặp không tồn tại độc lập mà thường đi cùng với các triệu chứng lâm sàng khác hoặc có bất thường trên điện sinh lý. Nhận định này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Quang Cường [1] khi tác giả cho rằng triệu chứng rất bỏng là dấu hiệu lâm sàng muộn của tổn thương cảm giác ở người ĐTĐ.

+ Cồng buốt: trong nghiên cứu này, dấu hiệu cồng buốt gặp 5/54 trường hợp (9,26%) thuộc nhóm rối loạn cảm giác chủ quan. Người bệnh cảm giác cồng buốt hai bàn tay và hai bàn chân. Đôi khi, bệnh nhân có cảm giác như chân tay đang nhúng vào nước đá nên buộc phải đi tất hoặc đeo găng. Tuy nhiên, các triệu chứng này xảy ra không thường xuyên.

Rối loạn cảm giác khách quan

Trong nhóm rối loạn cảm giác thì có 35 trường hợp rối loạn cảm giác khách quan (64,8%). Tỷ lệ này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Cường (57,69%), nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Anh Nhị (81,4%) [4]. Chúng tôi thấy rằng, sở dĩ có sự khác nhau này là do cách chọn đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Lê Quang Cường đều được chọn ngẫu nhiên các bệnh nhân ĐTĐ. Trong khi đó, tác giả Vũ Anh Nhị chọn các đối tượng đã có sẵn tổn thương thần kinh trên lâm sàng. Các thể rối loạn cảm giác khách quan chúng tôi gặp bao gồm:

+ Giảm và mất cảm giác rung với âm thoa: đây là dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất trong nhóm rối loạn cảm giác khách quan, 32/54 trường hợp (59,26%). Cũng như các rối loạn cảm giác khác, khi có biểu hiện giảm cảm giác rung thì triệu chứng này thường xuất hiện cả hai bên và ưu thế ở chi dưới. Nhận định này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của các tác giả trong nước, [4].

Theo nhiều tác giả trên thế giới, giảm và mất cảm giác rung là dấu hiệu lâm sàng quan trọng giúp phát hiện sớm biến chứng thần kinh do ĐTĐ. Tuy nhiên, Thomson và cộng sự lại cho rằng các cảm giác nông là cơ sở thuận lợi để nghiên cứu tổn thương TKNV do ĐTĐ, còn cảm giác rung rất hạn chế nếu bệnh nhân là người cao tuổi.

+ Rối loạn cảm giác nông: triệu chứng thường gặp là giảm cảm giác sờ thô sơ chiếm 7/54 trường hợp (12,96%) và giảm cảm giác nóng lạnh 2/54 trường hợp (3,7%). Giảm cảm giác đau hiếm gặp, chỉ có 1/54 trường hợp (1,85%). Cũng như dấu hiệu giảm cảm giác rung với âm thoa, giảm cảm giác nông xuất hiện đối xứng hai bên, gặp ở chi dưới nhiều hơn chi trên, ngọn chi nhiều hơn gốc chi.

2.3. Yếu cơ.

Đây là dấu hiệu lâm sàng đứng hàng thứ ba trong nghiên cứu của chúng tôi (sau giảm phản xạ gân gót và các rối loạn cảm giác) chiếm 37,75% các bệnh nhân ĐTĐ. Yếu hay gặp ở các cơ gốc chi, đặc biệt ở hai chi dưới làm người bệnh rất mỏi, phải nghỉ nhiều lần khi đi lên cầu thang. Nhìn chung, hình thái lâm sàng của yếu cơ chúng tôi gặp cũng tương tự với các nghiên cứu khác cả trong nước và thế giới [4].

2.4. Teo cơ.

Đây là dấu hiệu lâm sàng gặp ít nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26/80 trường hợp (32,5%). Teo cơ gian cốt 1, các cơ ô mô cái và mô út bàn tay là các dấu hiệu hay gặp ở chi trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi lại gặp chủ yếu các teo cơ vùng cẳng - bàn chân và cân xứng hai bên, gặp 20/26 trường hợp, chiếm 73,92%.

Nhận xét này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Quang Cường khi tác giả cũng nhận thấy 82,93% có teo cơ bàn chân, nhiều hơn hẳn các loại teo cơ khác.

Nhóm cơ cẳng-bàn chân nằm tại một vị trí khá tách biệt giữa một nền da mỏng ở trên và xương bàn chân ở dưới, nên việc đánh giá tình trạng khối cơ này khá dễ dàng. Hơn nữa, do tính chất của tổn thương thần kinh trong ĐTĐ là ưu thế ngọn chi nên theo chúng tôi đây có thể là một trong những nhóm cơ dễ bị tác động sớm và là một dấu hiệu lâm sàng có giá trị cho việc phát hiện teo cơ ở người ĐTĐ typ 2.

So sánh tần số xuất hiện các triệu chứng rối loạn cảm giác, chúng tôi thấy: dấu hiệu tê bì như kiến bò là dấu hiệu rối loạn cảm giác chủ quan có giá trị vì nó thường gặp hơn các triệu chứng rối loạn cảm giác chủ quan khác ($p < 0,05$). Mặc dù là dấu hiệu chủ quan nhưng do tần số chiếm ưu thế hơn hẳn các triệu chứng khách quan ($p < 0,05$) nên các triệu chứng rối loạn cảm giác chủ quan rất có giá trị trong phát hiện các tổn thương đa dây thần kinh ở người ĐTĐ typ 2.

2.5. Các biến chứng lâm sàng khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị loét do thần kinh hoặc khớp charcot. Điều này được lý giải do tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều đang được theo dõi và điều trị ngoại trú. Trong khi đó, loét gan bàn chân hoặc các biến dạng về khớp cần phải được điều trị tích cực tại bệnh phòng.

3. Đặc điểm điện sinh lý dẫn truyền thần kinh của bệnh nhân nghiên cứu.

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, ở tất cả các dây thần kinh nghiên cứu có bất thường đều có hiện tượng giảm cả tốc độ dẫn truyền thần kinh và biên độ

đáp ứng với p có ý nghĩa. Đồng thời trên các dây thần kinh đó, hầu hết thời gian tiềm tàng đều tăng hơn nhóm chứng với $p < 0,05$, chỉ có riêng thời gian tiềm tàng của dây trụ cảm giác có tăng hơn nhóm chứng nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nhìn một cách tổng quát hơn, chúng tôi thấy về mức độ giảm tốc độ dẫn truyền: thần kinh hông khoeo trong vận động có tỷ lệ giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh cao nhất (60,6%), tiếp đến là giảm tốc độ dẫn truyền vận động thần kinh hông khoeo ngoài (51,9%), sau đến là giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh giữa (23,8%) và thần kinh trụ (21,9%). Như vậy, tỷ lệ giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh ở chi dưới cao hơn chi trên.

Về mức độ giảm biên độ đáp ứng chúng tôi thấy: giảm biên độ đáp ứng thần kinh hông khoeo trong vận động có tỷ lệ cao nhất (72,5%), tiếp đến là giảm biên độ đáp ứng thần kinh hông khoeo ngoài (63,75%), sau đến là giảm biên độ đáp ứng thần kinh giữa cảm giác (31,9%) và thần kinh trụ cảm giác (26,25%). Cũng tương tự như mức độ giảm tốc độ dẫn truyền, mức độ giảm biên độ đáp ứng ở chi dưới cũng cao hơn chi trên.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trên 80 bệnh nhân đái tháo đường typ 2, điều trị ngoại trú tại khoa Nội Tiết-ĐTĐ, Viện Lão Khoa Quốc Gia, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau đây:

1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Tỷ lệ tổn thương trên lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 63/80 bệnh nhân chiếm 78,75%.

- Nhóm triệu chứng giảm phản xạ gân xương chiếm tỷ lệ cao nhất: 71,25%. Trong đó giảm và mất phản xạ gân gót gặp nhiều nhất: 91,22%, chi dưới bị nhiều hơn chi trên, đối xứng hai bên.

- Đứng thứ hai là biểu hiện rối loạn cảm giác nông: 67,5%. Cảm giác chủ quan gặp nhiều hơn cảm giác khách quan (tê bì như kiến bò và giảm cảm giác rung là hai dấu hiệu nổi trội).

- Yếu cơ gặp 33,75% và ưu thế chi dưới, teo cơ là dấu hiệu gặp ít nhất: 32,5%, chủ yếu là khối cơ cẳng bàn chân.

2. Đặc điểm điện sinh lý nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- 80/80 bệnh nhân (100%) có bất thường trên điện sinh lý, tỷ lệ này cao hơn bất thường trên lâm sàng (78,75%).

- Về đặc điểm giảm biên độ đáp ứng của các dây thần kinh: giảm biên độ đáp ứng của dây hông khoeo trong vận động có tỷ lệ cao nhất (72,5%), tiếp theo là giảm biên độ đáp ứng dây hông khoeo ngoài (63,75%). Tỷ lệ bất thường các dây thần kinh chi dưới cao hơn ở chi trên.

- Về đặc điểm giảm tốc độ dẫn truyền của các dây thần kinh:

+ Giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh hông khoeo trong vận động có tỷ lệ cao nhất (60,6%), tiếp theo là giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh hông khoeo ngoài với tỷ lệ là 51,9%. Tỷ lệ bất thường các dây thần kinh chi dưới cao hơn các dây thần kinh chi trên.

+ Tỷ lệ giảm biên độ đáp ứng cao hơn tỷ lệ giảm tốc độ dẫn truyền ở các dây thần kinh nghiên cứu.

SUMMARY

Diabetes mellitus often cause dangerous complications of chronic, especially type 2 diabetes is often detected late. One of them is the peripheral nerve complications. In particular, hurt the most common nerve. Currently, peripheral nerve damage in general and in particular diabetes is detected mainly by clinical examination and electrophysiological exploration methods peripheral nervous system through two main techniques are recorded electric motor and measure the speed of nerve conduction. We conducted a study on 80 diabetic patients type 2.

Results: Achilles tendon reflex loss (91.22%), burning sensation disorders (67.5%), muscle weakness (33.75%), 80/80 patients (100%) with abnormal electrical physiological.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường (1999), "Nghiên cứu biểu hiện thần kinh ngoại vi ở người trưởng thành đái tháo đường bằng kỹ thuật ghi điện cơ và đo tốc độ dẫn truyền thần kinh", Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà nội.

2. Tạ Văn Bình (2006), "Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam – Các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng", NXB Y học.

3. Trần Đức Thọ (2007). "Bệnh học Nội khoa tập 1: Bệnh đái tháo đường", NXB Y học: tr.301 – 316.

4. Vũ Anh Nhị (1996). "Nghiên cứu bệnh lý thần kinh ngoại biên do đái tháo đường bằng phương pháp chẩn đoán điện", Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược- TP Hồ Chí Minh. tr.97-8.

5. Ali Tamer et al (2006), "The Prevalence of Neuropathy and Relationship with Risk Factors in Diabetic Patients: A Single-Center Experience", Med Princ Pract 2006;15: pp.190-194

6. Delisa JA, Lee HJ (2004), "Manual of nerve conduction and surface anatomy for needle electromyography", Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins:pp.1–301.

7. Thomas PK (2003), "Classification of the diabetic neuropathies", In: Gries FA, Cameron NA, Low P, Ziegler D, editors. Textbook of diabetic neuropathy. Stuttgart: Thieme; pp. 175–177.

8. Zochodne DW (2007), "Diabetes mellitus and the peripheral nervous system: manifestations and mechanisms", Muscle Nerve; 36: pp.144–166.

9. WHO (1999) "Definition; Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications", Report of a WHO consultation.