

ĐÁNH GIÁ ĐIỂM THƯƠNG TẬT THẦN KINH Ở BÀN CHÂN CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Đỗ Thị Quốc Trinh¹, Bùi Thị Xuân Vũ¹,
Trần Thị Ngọc Liên¹, Châu Hữu Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định điểm thương tật thần kinh (ĐTТТК) ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 để có hướng điều trị phù hợp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang trên 202 bệnh nhân mắc ĐTĐ típ 2 ngoại trú đến tái khám và nằm viện tại bệnh viện Nhật Tân trong 3 tháng từ 10/05/2022 đến 09/08/2022; tại Bệnh viện Nhật Tân, thành phố Châu Đốc, tỉnh An Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ người có ĐTТТК do ĐTĐ típ 2 là 20.8%. Bệnh nhân mắc ĐTĐ típ 2 càng lâu càng có nhiều nguy cơ ĐTТТК, OR=1.12 (KTC95%, 1.06-1.18, p<0.001); chiều cao cũng góp phần tăng ĐTТТК bàn chân, OR=1.12 (KTC95%, 1.05-1.19; p <0.001); đường huyết tăng gây stress oxy hóa gây hại cho tế bào thần kinh, OR=1.00 (KTC95% từ 1.00-1.01, p <0.05); người càng nhẹ cân càng có ĐTТТК thấp hơn OR=0.91 (KTC95%, 0.87-0.96, p<0.001) và HDL-Cholesterol góp phần làm giảm ĐTТТК, OR=0.249 (KTC95%, 0.09-0.63, p<0.05). **Kết luận:** Đường huyết cao mạn có thể dẫn đến rối loạn hệ thống tuần hoàn, thần kinh và miễn dịch. Cần nhận biết sớm các ĐTТТК để có biện pháp điều trị nhằm giảm nhẹ các biến chứng thần kinh có thể gây tàn tật cho bệnh nhân.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ2), điểm thương tật thần kinh (ĐTТТК)

SUMMARY

EVALUATION OF NERVE INJURY SCORES IN THE FEET OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND RISK FACTORS

Objective: Determine the Neuropathy Disability Score (NDS) in patients with type 2 diabetes to have appropriate treatment. **Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional study on 202 outpatients with type 2 diabetes who came for follow-up visits and hospitalized patients for 3 months from May 10 to September 9, 2022 at Nhat Tan hospital, Chau Doc city, An Giang province. **Results:** The proportion of people with NDS due to type 2 diabetes (T2DM) was 20.8%. Patients with chronic T2DM had a higher risk of NDS with OR=1.12 (95% CI, 1.06-1.18, p<0.001); the height contributed to increase NDS with OR=1.12 (CI 95%, 1.05-1.19; p <0.001); Hyperglycemia causes oxidative stress to damage neurons with OR=1.00 (KTC95%, 1.00-1.01, p < 0.05); The lower the weight, the lower the NDS was OR=0.91 (95% CI, 0.87 to

0.96, p<0.001); and HDL-Cholesterol contributed to the reduction in the NDS with OR=0.249 (95% CI, 0.09 to 0.63, p). <0.05). **Conclusion:** Chronic hyperglycemia can lead to circulatory, nervous and immune system disorders. It is necessary to recognize the NDSs early so that treatment can be taken to alleviate severe neurological complications that can cause disability to the patient.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM), Neuropathy Disability Score (NDS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo công bố của Liên đoàn Đái Tháo Đường (ĐTĐ) Thế Giới vào năm 2021, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ toàn cầu ở lứa tuổi 20–79 ước tính là 10,5% (536,6 triệu người), tăng lên 12,2% (783,2 triệu người) vào năm 2045. Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ tương tự ở nam và nữ và cao nhất ở nhóm 75–79 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh được ước tính là cao hơn ở thành thị (12,1%) so với nông thôn (8,3%) và ở các nước có thu nhập cao (11,1%) so với các nước có thu nhập thấp (5,5%). Đến năm 2045, dự kiến sẽ xảy ra ở các nước có thu nhập trung bình (21,1%) so với các nước có thu nhập cao (12,2%) và thấp (11,9%) [1]

Trong một khảo sát tại Mỹ vào năm 2020, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ được chẩn đoán là khoảng 10,5% người trưởng thành. Tại Trung Quốc, quốc gia đông dân nhất trên thế giới, ước tính có khoảng 13% dân số trưởng thành mắc bệnh ĐTĐ, với khoảng một nửa không được chẩn đoán [2]. Tại Việt Nam, theo Công thông tin điện tử Bộ Y tế, ngày 20/10/2017, Việt Nam có 3,5 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ, tương đương 6% dân số và dự kiến đến năm 2040 sẽ có 6,1 triệu người trưởng thành có thể mắc ĐTĐ. Trong đó, 70% người mắc ĐTĐ tại Việt Nam chưa được chẩn đoán.

Chẩn đoán ĐTĐ cần đến một số xét nghiệm: đường huyết lúc đói, đường huyết 2 giờ sau ăn và Hemoglobin A1c (HbA1c). Bệnh ĐTĐ típ 2 có một số các biến chứng cấp và mãn tính có thể ảnh hưởng đến các cơ quan khác nhau và gây ra bệnh tật và tỷ lệ tử vong. Các biến chứng mãn tính được phân loại thành các bệnh mạch máu và các bệnh không do mạch máu. Các biến chứng vi mạch có thể gây bệnh thần kinh, bệnh thận và võng mạc, trong khi biến chứng ở các mạch máu lớn xảy ra ở não, mạch vành bệnh và động mạch ngoại vi.[3]

¹Bệnh viện Nhật Tân

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Quốc Trinh

Email: dothiquoctrinhbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

Bệnh lý thần kinh do ĐTĐ ảnh hưởng đến 50% số người mắc ĐTĐ cả típ 1 và típ 2 và có thể ở dạng bệnh đa dây thần kinh, bệnh đơn dây thần kinh hoặc bệnh thần kinh tự trị. Sự xuất hiện của bệnh lý thần kinh có liên quan đến thời gian mắc ĐTĐ và lượng glucose trong máu. Loại bệnh lý thần kinh hay gặp nhất là viêm đa dây thần kinh và các triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn cảm giác như tăng cảm giác và dị cảm. Để xác định các biến chứng của bệnh lý thần kinh trong bệnh ĐTĐ, cần phải sàng lọc và sau đó phân tầng theo mức độ của bệnh lý thần kinh. Việc sàng lọc bệnh lý thần kinh được tiến hành thông qua một loạt các câu hỏi đặt ra cho bệnh nhân. Một số tác giả dùng bảng Điểm Thương tật Bệnh thần kinh (ĐTTTK) để xác định mức độ của bệnh thần kinh để giúp dự phòng các biến chứng. ĐTTTK bao gồm kiểm tra đâm kim, phản xạ Achilles, nhiệt độ và cảm nhận rung động ở bệnh nhân. Kiểm tra ĐTTTK được thực hiện ở cả 2 bên và điểm ≥ 6 điểm được coi là bất thường. [3]

Nghiên cứu này nhằm xác định điểm thương tật thần kinh (ĐTTTK) của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và khi xác định được ĐTTTK, chúng ta có thể hiểu được mức độ tổn thương thần kinh thực thể ở bệnh nhân đó và có hướng điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng điểm thương tật thần kinh (NDS, Neuropathy Disability Score) [4]

Thử nghiệm	Cho điểm	Phải	Trái
Ngưỡng nhận cảm rung. Âm thoa 128-Hz đặt ở đỉnh ngón chân cái: bình thường=có thể phân biệt rung với không rung	Bình thường = 0 Bất thường = 1		
Nhận cảm nhiệt. Trên lưng bàn chân bằng cách dùng âm thoa với cốc đá lạnh/nước ấm			
Đâm kim (pinprick). Áp kim gần móng ngón chân cái vừa đủ để làm biến dạng da; Vạch đôi =nhọn, tù; bình thường = có thể phân biệt nhọn hoặc không			
Phản xạ Achilles	Có = 0; Có khi gia cố = 1; Không = 2		
Cộng cả 2 bên, nếu điểm ≥ 6: bất thường	Tổng điểm = 10		

Tham khảo thêm phân loại IWGDF (nhóm công tác quốc tế bàn chân ĐTĐ) [5]

- **Nhóm 0** - Không có bằng chứng về bệnh thần kinh
- **Nhóm 1** - Có bệnh thần kinh, không dị dạng bàn chân hoặc bệnh mạch máu ngoại vi
- **Nhóm 2** - Bệnh thần kinh có bằng chứng về dị dạng hoặc bệnh mạch máu ngoại vi
- **Nhóm 3** - Tiền sử loét bàn chân hoặc cắt chi dưới

Dụng cụ đánh giá chức năng thần kinh: Ngoài đánh giá tình trạng da và cơ xương khớp bằng cách nhìn, đâm kim, phản xạ gân Achilles...

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ típ 2 nằm viện tại bệnh viện Nhật Tân. Một số ít là bệnh nhân đến khám ngoại trú đồng ý tham gia nghiên cứu. **Đối tượng loại trừ:** Những người không đồng thuận tham gia nghiên cứu, các phiếu thu thập không đủ số liệu nghiên cứu.

Thời gian & Địa điểm: 3 tháng, từ 10/05/2022 cho đến 09/08/2022; tại Bệnh viện Nhật Tân, thành phố Châu Đốc, tỉnh An Giang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu chỉ có 1 nhóm đối tượng.

$$= \frac{1.96^2 \sigma^2}{E^2}$$

N Trong đó độ tin cậy 95%; σ , độ lệch chuẩn chúng tôi cho là 5 mmHg; E, tỷ lệ sai sót là 1. N sẽ là 96. Số lượng người bệnh nghiên cứu của chúng tôi là 202.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Biểu mẫu và dụng cụ đánh giá thần kinh:

Biểu mẫu thu thập số liệu: Phần hành chánh, nhân trắc (cao, cân nặng, eo, hông), thói quen (rượu, thuốc lá), thời gian mắc ĐTĐ, đo huyết áp, xét nghiệm (HbA1c, glucose, Total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglyceride), urê, creatinine, eGFR), các loại thuốc ĐTĐ, liều lượng và số lần uống, các bệnh đi kèm. Các bảng đánh giá sau đây:

Ngoài ra, còn phải đánh giá:

- Nhận cảm rung động và nhận cảm nhiệt bằng âm thoa 128-Hz
- Nhận cảm giác bằng thử nghiệm monofilament trên 10 điểm ở bàn chân theo sơ đồ

2.3. Cách tiến hành:

• **Tại buồng khám BS:** Bệnh nhân được chọn là bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 tái khám theo lịch hẹn tại phòng khám và có đủ các xét nghiệm theo yêu cầu (HbA1c, glucose, Total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglyceride, urê, creatinine, eGFR). Bệnh nhân sẽ được lấy các chỉ số chiều cao, cân nặng, vòng

eo, vòng mỏng và đo huyết áp và trả lời theo bảng câu hỏi về thói quen (rượu, thuốc lá), thời gian mắc ĐTĐ, các loại thuốc ĐTĐ, liều lượng và số lần uống và các bệnh đi kèm. Sau đó bệnh nhân được thăm khám bàn chân và thực hiện các test kiểm tra (đâm kim (pinprick), cảm giác nhiệt, cảm giác rung âm thoa, phản xạ gân gót và thử nghiệm monofilament), bắt mạch động mạch chày trước và động mạch chày sau thực hiện cả hai bàn chân.

• **Tại khoa nội trú:** Cũng tương tự bệnh nhân khám ngoại trú, trong đó bệnh nhân được chọn bao gồm những bệnh nhân đã bị ĐTĐ

trước đó và mới phát hiện.

2.4. Xử lý số liệu: Tất cả dữ liệu đã được nhập vào và phân tích trong SPSS (phiên bản 20). Dùng crosstabs để kiểm định các biến định tính. Dùng One-way ANOVA để so sánh 2 số trung bình. Dùng hồi qui logistic khi chọn ĐTTTK là biến nhị phân để phân tích các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến NDS. Số trung bình ± Độ lệch chuẩn (SD). Trị số p<0.05 được xem có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng được thông báo chi tiết về nội dung, mục tiêu nghiên cứu và lấy ý kiến đồng thuận. Mọi thông tin cá nhân đều được bảo vệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Chia ĐTTTK 2 thành 2 nhóm nguy cơ với nguy cơ cao ≥6 phân tích bằng ANOVA cho các biến định tính

Các chỉ số	Nguy cơ	Nguy cơ cao			Nguy cơ thấp			F	t
		Trung bình	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	Tối thiểu	Tối đa		
Tuổi (năm)		63.5 ± 11.1	42	90	61.2 ± 9.9	36	93	1.68	0.196
Chiều cao (cm)		158.1 ± 9.2	143	183	155.5 ± 7.0	142	175	4.05	0.045
Cân nặng (kg)		57.2 ± 10.1	40.1	80.3	61.7 ± 11.0	39.6	105	5.74	0.017
Eo (cm)		84.1 ± 8.9	60	103	87.5 ± 9.0	64	113	4.60	0.033
WHR		0.53 ± 0.06	0.35	0.70	0.56 ± 0.58	0.42	0.73	8.49	0.004
Vòng mỏng (cm)		91.1 ± 7.8	79	120	94.2 ± 8.3	70	120	4.70	0.031
Tỷ lệ eo-mỏng		0.92 ± 0.6	0.73	1.02	0.93 ± 0.7	77	1.12	0.27	0.601
BMI		22.9 ± 3.5	15.0	30.0	25.5 ± 3.8	16.9	34.7	16.1	0.000
Số năm mắc ĐTĐ		11.9 ± 8.7	0	36	6.6 ± 6.1	0	30	20.3	0.000
HA tâm thu mmHg		137 ± 16.3	112	184	134 ± 25.9	50	210	0.48	0.488
HA tâm trương mmHg		82.3 ± 10.4	67	115	82.5 ± 10.6	54	120	0.01	0.933
HbA1c		9.5 ± 2.4	6.6	14.0	9.1 ± 2.5	5.0	16.5	0.8	0.37
Glucose		205 ± 108	40	524	173 ± 100	9.8	866	3.28	0.071
Total Cholesterol		4.65 ± 1.32	2.50	7.50	4.77 ± 3.33	2.20	42.8	0.17	0.678
LDL-Cholesterol		2.61 ± 1.14	0.17	5.20	2.51 ± 1.16	0.20	3.30	0.26	0.609
HDL-Cholesterol		1.14 ± 0.38	0.50	2.10	1.37 ± 0.53	0.50	3.30	6.69	0.010
Triglyceride		2.70 ± 1.27	0.80	7.50	3.30 ± 11.9	0.70	151	0.10	0.746
Urê		4.89 ± 4.29	5.00	19.0	4.22 ± 6.02	10.0	66.0	0.45	0.503
Creatinine		92.5 ± 64.7	34	366	77,6 ± 28.5	37	247	4.90	0.028
eGFR		84.8 ± 43.3	4.9	237	88.3 ± 31.6	17.6	281	0.35	0.553
Tổng số bệnh kèm		1.60 ± 1.08	0	4	1.80 ± 1.10	0	5	1.27	0.261

Bảng 2. Dùng hồi qui logistic để phân tích các yếu tố nguy cơ

Yếu tố	B	SE	Wald	Sig.	Exp (B)	95% CI for Exp (B)	
						Lower	Upper
Năm mắc ĐTĐ	0.114	0.028	16.029	0.000	1.121	1.060	1.185
Chiều cao	0.111	0.031	12.482	0.000	1.118	1.051	1.189
Đường huyết	0.004	0.002	5.196	0.023	1.004	1.001	1.008
Cân nặng	-0.086	0.025	12.136	0.000	0.918	0.875	0.963
HDL-Cholesterol	-1.392	0.474	8.631	0.003	0.249	0.098	0.629

Bảng 3. Kết quả phân tích hồi qui logistic có 5 yếu tố có ý nghĩa thống kê

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị p
Năm mắc ĐTĐ	1.12	1.06-1.18	0.001

Chiều cao	1.12	1.05-1.19	0.001
Đường huyết	1.00	1.00-1.01	0.023
Cân nặng	0.91	0.87-0.96	0.001
HDL-C	0.249	0.09-0.63	0.003

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu về đánh giá tình trạng thương tật bàn chân ở người bệnh ĐTĐ típ 2, có 5 yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng này. Đó là chiều cao, cân nặng, năm mắc ĐTĐ, đường huyết và HDL-Cholesterol. Đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Về tỷ lệ mắc bệnh dây thần kinh ở bệnh ĐTĐ típ 2: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người có ĐTTTK do ĐTĐ típ 2 là 20.8%. Các nghiên cứu về tỷ lệ này có kết quả rất khác nhau, dao động từ 15 đến 50%. Sự khác biệt rộng rãi được cho là do sự khác biệt về mẫu bệnh nhân, phương pháp chẩn đoán và tiêu chí được áp dụng để chẩn đoán. Trong Nghiên cứu ĐTĐ Thung lũng San Luis, dựa trên tiền sử và khám, tỷ lệ chung là 28%. Một nghiên cứu ở một bệnh viện ở Tây Ban Nha, tỷ lệ mắc có ĐTTTK ở bệnh tiểu đường loại 2 là 26.7%, chỉ đánh giá các triệu chứng và dấu hiệu để chẩn đoán ĐTTTK dựa trên số điểm đã xác định. Trong một nghiên cứu tại bệnh viện châu Á, phân tích các biến chứng lâu dài của bệnh ĐTĐ típ 2 mới được chẩn đoán, tỷ lệ theo ĐTTTK là 25.2%. Nghiên cứu của Mythili cao nhất, lên đến 71% vì lấy các nghiên cứu về dẫn truyền thần kinh làm tiêu chuẩn vàng. [6]

Về thời gian mắc bệnh ĐTĐ: Càng mắc bệnh ĐTĐ càng lâu, càng có nhiều ĐTTTK trong nghiên cứu của chúng tôi với $OR=1.12$ (KTC95%, 1.06-1.18, $p < 0.001$). Nghiên cứu của Kiani tại Iran cũng có $OR=1.072$ (KTC95%, 1.056-1.087). [7]

Về chiều cao: Theo nghiên cứu của chúng tôi chiều cao cũng góp phần tăng tình trạng thương tật bàn chân với $OR=1.12$ (KTC95%, 1.05-1.19; $p < 0.001$). Phát hiện này cũng đã được ghi nhận trong một nghiên cứu ở Ấn Độ vào năm 2019, Sujjay và cs nhân thấy tỷ lệ mắc bệnh thần kinh vô cảm ngoại biên là 3.2% khi khảo sát 760 bệnh nhân đến khám bệnh trên 30 tuổi. Tỷ lệ này thấp do chọn tất cả bệnh nhân đến khám bệnh, gồm cả người ĐTĐ và tiêu chuẩn khám có phần khác với điểm thương tật thần kinh ở bệnh nhân ĐTĐ. Khi chiều cao tăng lên, tỷ lệ bệnh thần kinh vô cảm ngoại biên tăng lên, bất kể các yếu tố nguy cơ độc lập khác như bệnh ĐTĐ, tăng huyết áp, v.v... Chiều cao cơ thể là một yếu tố nguy cơ đáng kể và độc lập đối với bệnh thần kinh vô cảm ngoại biên, bất kể bệnh đồng mắc. Bệnh ĐTĐ và tăng huyết áp cũng được coi là các yếu tố rủi ro độc lập quan trọng [8]. Chiều cao như một hướng dẫn, giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xác định những

người có nguy cơ mắc bệnh thần kinh vô cảm ngoại biên.

Về đường huyết: Tăng đường huyết gây ra stress oxy hóa trong tế bào thần kinh của bệnh nhân ĐTĐ và dẫn đến kích hoạt nhiều con đường sinh hóa. Sự kích hoạt này là nguồn gây tổn thương chính và là mục tiêu điều trị tiềm năng trong bệnh thần kinh do ĐTĐ. Tuy nhiên nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ giữa HbA1c và glucose với ĐTTTK, nhưng nghiên cứu của chúng tôi thì HbA1c không có ý nghĩa thống kê, nhưng glucose máu có ý nghĩa nhưng yếu với $OR=1.00$ (KTC95%, 1.00-1.01, $p < 0.05$).

Về thể trọng người bệnh: Về thể trọng, người càng nhẹ cân, càng có ĐTTTK thấp hơn với $OR=0.91$ (KTC95% từ 0.87 đến 0.96, $p < 0.001$). Nghiên cứu của Kiani tại Iran cũng có kết quả tương tự nhưng càng nặng cân càng có ĐTTTK cao hơn với $OR=4.06$ (KTC95%, 1.00-1.03, $p=0.0044$) [7]

Về HDL-Cholesterol: Nghiên cứu của chúng tôi HDL-Cholesterol có ý nghĩa thống kê, người có HDL-Cholesterol càng cao, càng có ĐTTTK thấp hơn với $OR=0.249$ (KTC95% từ 0.09 đến 0.63, $p < 0.05$). Nghiên cứu của Cai và cộng sự ở Trung Quốc nhận thấy rằng nồng độ HDL huyết thanh cao làm giảm nguy cơ ĐTTTK ($OR = 0.85$, KTC 95%: 0.75–0.96, trong khi nồng độ TC không có sự khác biệt đáng kể với nguy cơ DN ($OR = 1.02$, KTC 95%: 1.00–1.04) [9]. Phân tích tổng hợp này chỉ ra rằng sự thay đổi thành phần lipid huyết thanh là một trong những đặc điểm sinh học của DN qua đó sẽ giúp bác sĩ lâm sàng lựa chọn liệu pháp thích hợp để tối ưu hóa việc điều trị.

V. KẾT LUẬN

Lượng đường huyết cao mạn tính có thể dẫn đến rối loạn hệ thống tuần hoàn, thần kinh và miễn dịch. Cần nhận biết sớm các ĐTTTK để có biện pháp điều trị nhằm giảm nhẹ các biến chứng thần kinh nặng nề có thể gây tàn tật cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes research and clinical practice 183 (2022) 109-119
2. Robertson RP, Nathan DM, Mulder JE. Type 2 diabetes mellitus: Prevalence and risk factors. UpToDate. Jan 25, 2022.
3. Hunaifi I, Agustriadi IGNO, Asmara IGY, Budyono C. The Correlation Between HbA1c and Neuropathy Disability Score in Type 2 Diabetes. Acta Med Indones - Indones J Intern Med • Vol 53

- Number 2 • April 2021
4. **Boulton AJM.** Management of Diabetic Peripheral Neuropathy. *Clinical Diabetes* • Volume 23, Number 1, 2005
 5. **Wexler DJ, Nathan DM, Mulder JE.** Evaluation of the diabetic foot. *UpToDate*, Jan 2021
 6. **Mythili A, Kumar KD, Subrahmanyam KAV, Venkateswarlu K, Butchi RG.** A Comparative study of examination scores and quantitative sensory testing in diagnosis of diabetic polyneuropathy. *Int J Diabetes Dev Ctries.* 2010 Jan-Mar; 30(1): 43–48.
 7. **Kiani J, Moghimbeigi A, Azizkhani H, Kosarifard S.** The prevalence and associated risk factors of peripheral diabetic neuropathy in Hamedan, Iran. 2013 Jan;16(1):17-9.
 8. **Sujjay J, Green SR, Kasim K.** Height is a risk factor for development of peripheral insensate neuropathy. *Medicine Int J Adv Med.* 2019 Jun;6(3):860-866.
 9. **Cai Z, Yang Y, Zhang J.** A systematic review and meta-analysis of the serum lipid profile in prediction of diabetic neuropathy. *Scientific Reports* | (2021) 11:499.

TRẦM CẢM, LO ÂU, STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bùi Thị Nhi^{1,2}, Lương Quốc Tuấn³,
Trần Văn Đô³, Huỳnh Giao¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá tỷ lệ và mức độ trầm cảm, lo âu, stress và các yếu tố liên quan của NVYT quận Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện từ tháng 8/2021 đến 6/2022, chọn mẫu toàn bộ tất cả NVYT trong địa bàn quận Tân Phú, sử dụng thang đo DASS-21 (thang đo trầm cảm, lo âu, stress) đã được chuẩn hóa tiếng Việt và có độ tin cậy cao để đánh giá trầm cảm, lo âu và stress, Tổng số 569 NVYT đã tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress ghi nhận lần lượt là 26,7%, 36,7% và 19,9%, các yếu tố liên quan đến trầm cảm gồm: tình trạng hôn nhân, số ngày tham gia chống dịch, có vấn đề áp lực từ thủ tục hành chính, sự hỗ trợ của cấp trên và sự hỗ trợ của gia đình; trong khi các yếu tố liên quan đến lo âu gồm: tình trạng nhà ở, thu nhập bản thân, áp lực thủ tục hành chính, sự hỗ trợ của gia đình; và yếu tố liên quan đến stress gồm: nhóm tuổi, trình độ học vấn khác, áp lực thủ tục hành chính, hỗ trợ của gia đình, hỗ trợ của cấp trên và tham gia đội hậu cần ($p < 0,05$). Sức khỏe tâm thần của NVYT là một vấn đề cần được quan tâm, đặc biệt sau tác động của đại dịch COVID-19. Các nhà quản lý cần xây dựng những chính sách hỗ trợ giúp NVYT có thể đối phó với các vấn đề trầm cảm, lo âu và stress tại cơ sở y tế.

Từ khóa: Lo âu, Trầm cảm, căng thẳng, Nhân viên y tế, quận Tân Phú

SUMMARY

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS, AND

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²BV Quận Tân Phú

³Trung tâm Y tế quận Tân Phú

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Nhi

Email: buinh93@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

RELATED FACTORS OF HEALTHCARE WORKERS IN HO CHI MINH CITY

The study aims to assess the prevalence and severity of depression, anxiety, stress, and related factors among health workers in Tan Phu district in 2021 in Ho Chi Minh City. A cross-sectional study was performed between August 2021 to June 2022 on all healthcare workers in Tan Phu district, using the DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) for assessing depression, anxiety, and stress. A total of 569 health workers completed the questionnaire. The rates of depression, anxiety, and stress were 26.71%, 36.73%, and 19.86%, respectively. Factors related to depression included marital status, group of anti-epidemic days, administrative pressure, support from authorities, and the support of the family; while the concerns related to housing status, personal income, administrative pressure, and family support; Stress-related factors included age group, educational level, administrative pressure, family support, superior's support, and logistics team participation. The mental health of HCWs is an issue that needs to be paid full attention to, especially after the impact of the epidemic. Managers should develop policies to deal with depression, anxiety, and stress issues in healthcare settings.

Keywords: Anxiety, depression, stress, health workers, Tan Phu district

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe tâm thần là nền tảng cho sự khỏe mạnh và hoạt động hiệu quả của các cá nhân, là trạng thái không có rối loạn tâm thần, mà còn bao gồm khả năng suy nghĩ, học hỏi và hiểu được cảm xúc của một người và phản ứng của người khác và là một trạng thái cân bằng, cả bên trong cơ thể và với môi trường. Các yếu tố thể chất, tâm lý, xã hội, văn hóa, tinh thần và các yếu tố liên quan khác đều tham gia vào việc tạo ra sự cân bằng này, có mối liên hệ không thể