HIỆU QUẢ HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CỦA ĐIỆN CHÂM VÀ XOA BÓP BẤM HUYỆT THEO THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nguyễn Thanh Thủy và Nguyễn Thị Thanh Tú✉

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 của điện châm và xoa bóp bấm huyệt theo thể bệnh Y học cổ truyền và khảo một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước sau, có đối chứng. 62 bệnh nhân chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 chia thành hai nhóm đảm bảo tương đồng về nồng độ đường huyết lúc đói, mức độ tổn thương thần kinh ngoại biên. Nhóm nghiên cứu được kiểm soát đường huyết và dùng 2 viên Neurotin Cap 300mg/ngày kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trong 15 ngày; nhóm chứng được kiểm soát đường huyết và dùng 2 viên Neurotin Cap 300mg/ngày trong 15 ngày. Kết quả cho thấy bệnh nhân thể Khí huyết lưỡng hư ở nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Các yếu tố về độ tuổi, thời gian mắc bệnh, tổn thương L5 - S1 và mức độ HbA1C < 7% ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Biến chứng thần kinh ngoại vi, đái tháo đường type 2, điện châm, xoa bóp bấm huyệt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng tổn thương thần kinh ngoại vi là biến chứng phổ biến trên bệnh nhân đái tháo đường, tỷ lệ hiện mắc là 26 - 47%.[1] Biến chứng này thường ít gây tử vong nhưng đó là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế, bắt buộc cắt cụt chi. Tại Anh, tỷ lệ bệnh nhân bị biến chứng thần kinh do đái tháo đường là 28,5%.[2] Tại Mỹ, tỷ lệ biến chứng này chiếm tới 30 - 50% tổng số bệnh nhân đái tháo đường và chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe ước tính từ 5 đến 14 tỷ đô la mỗi năm.[3,4] Nguy cơ cắt cụt chi ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng thần kinh ngoại vi cao gấp 16,24 lần và 87% bệnh nhân bị nhiễm trùng chi dưới trong vòng 1 năm. Trong vòng 2 năm có 2,2% bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng thần kinh bị ngã và chấn thương liên quan tới ngã.[5]

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Tú
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: thanhtu@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 18/07/2022
Ngày được chấp nhận: 23/08/2022

Y học hiện đại đã có nhiều bước tiến mới trong chẩn đoán sớm và điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường. Phương pháp điều trị chủ yếu là kiểm soát tốt đường huyết kết hợp điều trị triệu chứng bằng các thuốc giảm đau, tăng dẫn truyền thần kinh, chống trầm cảm, kháng động kinh.[3,6] Tuy nhiên, việc điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường vẫn còn nhiều hạn chế do các tác dụng không mong muốn của thuốc và việc không tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

Y học cổ truyền đã áp dụng các phương pháp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh lý thần kinh ngoại vi.[7,8] Kết quả nghiên cứu về tác dụng của châm cứu trên bệnh thần kinh ngoại vi do thiếu Vitamin nhóm B, liệt Bell hay trên bệnh nhân HIV đều cho thấy cải thiện tốt các triệu chứng thần kinh ngoại vi từ 4 tuần đến 3 tháng.[9] Trên lâm sàng, phương pháp châm cứu kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong hỗ trợ điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường theo các thể bệnh y học cổ truyền bước đầu cho thấy có kết quả khả quan. Để

đánh giá một cách khách quan và khoa học về phương pháp điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 bằng điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên hai thể bệnh y học cổ truyền bằng thang điểm triệu chứng cơ năng và thang điểm lâm sàng của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

62 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương được chẩn đoán biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 theo tiêu chuẩn của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh với điểm triệu chứng < 8 điểm.[10] Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tuổi > 30. Bệnh nhân được chẩn đoán theo y học cổ truyền bệnh danh Ma mộc thuộc thể Khí huyết lưỡng hư và huyết ứ trên bệnh nhân có chứng tiêu khát.[11]

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân bị biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 kèm theo bệnh thần kinh di truyền, suy thận gây tổn thương thần kinh, bệnh đa dây thần kinh do rượu, bệnh máu, ung thư, nhiễm khuẩn, ỉa chảy, bệnh ngoài da. Các bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc gây độc thần kinh ngoại biên, có biểu hiện thiếu vitamin nhóm B: Tê phù, sa sút trí tuệ, tiền sử cắt dạ dày gây bệnh Biemer. Phụ nữ có thai. Bệnh nhân không khám được bằng dụng cụ và có kèm theo biến chứng loét bàn chân, viêm mô tế bào.

Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyệt: lựa chọn các huyệt tại chỗ và toàn thân theo lý luận y học cổ truyền và theo sinh lý, giải phẫu, thần kinh chi dưới: Huyệt tại chỗ: Âm lăng tuyền, Huyền chung, Giải Khê, Địa ngũ hội, Bát phong, A thị huyệt. Huyệt toàn thân: u thể khí huyết lưỡng hổ (huyệt Túc tam lý, Tam âm giao) thể huyết ứ huyệt Huyết hải, Cách du). Các thủ thuật xoa bóp bấm huyệt: xoa, xát, miết, day, lăn, bóp, bấm, vê.

Gabapentin hàm lượng 300mg (biệt dược Neurotin Cap 300mg, SĐK: VN-16857-13. Nhà sản xuất: Đức).

2. Phương pháp

Phương pháp can thiệp lâm sàng mở có đối chứng, so sánh kết quả trước - sau điều trị.

Quy trình nghiên cứu

Chọn cỡ mẫu thuận tiện, 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Chia thành 02 nhóm (mỗi nhóm 31 bệnh nhân) theo phương pháp ghép cặp về mức độ đường huyết, mức độ tổn thương thần kinh theo bộ sàng lọc từ Vương Quốc Anh[11] và theo thể bệnh của y học cổ truyền.

- Nhóm chứng: Điều trị phác đồ nền thuốc y học hiện đại (Kiểm soát đường huyết bằng Insulin hoặc thuốc viên hạ đường huyết, Neurotin Cap 300mg x 02 viên/ngày).

- Nhóm nghiên cứu:

+ Điều trị phác đồ nền thuốc y học hiện đại (Kiểm soát đường huyết bằng Insulin hoặc thuốc viên hạ đường huyết, Neurotin Cap 300mg x 02 viên/ngày).

+ Châm tả các huyệt: Âm lăng tuyền, Huyền chung, Giải Khê, Địa ngũ hội, Bát phong, A thị huyệt, Huyết hải, Cách du; châm bổ Túc tam lý, Tam âm giao. Liệu trình 20 phút/1 lần/ngày x 15 ngày.

+ Xoa bóp bấm huyệt vùng chi dưới: xoa, xát, miết, day, lăn, bóp vùng cẳng chân và bàn chân, bấm các huyệt Âm lăng tuyền, Huyền chung, Giải Khê, Địa ngũ hội, Bát phong, A thị huyệt, vê các ngón chân. Liệu

trình 20 phút/01 lần/ngày x 15 ngày.

- Đánh giá kết quả trước điều trị và sau 15 ngày điều trị, so sánh giữa hai nhóm.

Các chỉ tiêu theo dõi

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mức độ tổn thương thần kinh theo bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh, thể bệnh y học cổ truyền.

- Kết quả điều trị: Khai thác triệu chứng cơ năng của thần kinh ngoại vi theo bộ câu hỏi sàng lọc của Vương quốc Anh: Cảm giác mỏi, co rút, nóng rát, tê bì hay kim châm ở bàn chân. Cách tính điểm triệu chứng:

+ 0 - 2 điểm (bình thường);

+ 3 - 4 điểm (biến chứng thần kinh nhẹ);

+ 5 - 6 điểm (biến chứng thần kinh trung bình);

+ 7 - 9 điểm (biến chứng thần kinh nặng).

Khám điểm lâm sàng: phản xạ gân Achille, cảm giác rung, cảm giác về nhiệt, cảm giác châm chích. Cách tính điểm khám lâm sàng:

+ 0 - 2 điểm (bình thường);

+ 3 - 5 điểm (biến chứng thần kinh nhẹ);

+ 6 - 8 điểm (biến chứng thần kinh trung bình);

+ 9 - 10 điểm (biến chứng thần kinh nặng).

Theo dõi các triệu chứng lâm sàng theo Y học cổ truyền của thể Huyết ứ và thể Khí huyết lưỡng hư: Tính chất đau, tê bì, mạch, lưỡi.

- Chỉ số liên quan đến kết quả điều trị: thời gian mắc bệnh, mức độ đường huyết, mức độ tổn thương các dây thần kinh (Đo điện dẫn truyền thần kinh chi dưới). Chỉ tiêu lâm sàng tiến hành khám tại thời điểm trước điều trị (D0) và sau điều trị 15 ngày (D15).

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

Hiệu quả điều trị chung theo 2 thể bệnh y học cổ truyền được đánh giá theo thang điểm triệu chứng cơ năng và thang điểm lâm sàng của bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh:[10]

+ Giảm ≥ 2 điểm: hiệu quả tốt;

+ Giảm 1 điểm: hiệu quả khá;

+ Không giảm điểm hoặc nặng lên: không hiệu quả.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp và thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Xác định sự liên quan giữa 2 biến định tính với tỷ số chênh OR có khoảng tin cậy 95% CI, xác định sự liên quan giữa 2 biến định lượng với tương quan tuyến tính hệ số r.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ luận văn thạc sỹ của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ thời điểm nào. Trong trường hợp bệnh nặng hơn, bệnh nhân sẽ được xử lý theo phác đồ phù hợp.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mức độ đường huyết, mức độ tổn thương thần kinh theo bộ sàng lọc từ Vương quốc Anh ($p > 0,05$) và tương đồng về hai thể bệnh theo Y học cổ truyền.

2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị theo thể lâm sàng Y học cổ truyền

Bảng 1. So sánh hiệu quả điều trị giữa 2 thể bệnh y học cổ truyền theo thang điểm cơ năng của hai nhóm

Kết quả - Thể bệnh	Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n = 31)		Nhóm chứng (n = 31)		p
		n	%	n	%	
Khí huyết lưỡng hư	Tốt	22	70,9	11	35,5	< 0,05
	Khá	3	9,7	9	29	
	Không hiệu quả	0	0	1	3,2	
Huyết ứ	Tốt	4	12,9	4	12,9	> 0,05
	Khá	2	6,5	5	16,2	
	Không hiệu quả	0	0	1	3,2	
Tổng	Tốt	26	83,9	15	48,4	< 0,05
	Khá	5	16,1	14	45,2	
	Không hiệu quả	0	0	2	6,4	

Ở thể khí huyết lưỡng hư, tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng (p < 0,05). Ở thể huyết ứ, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

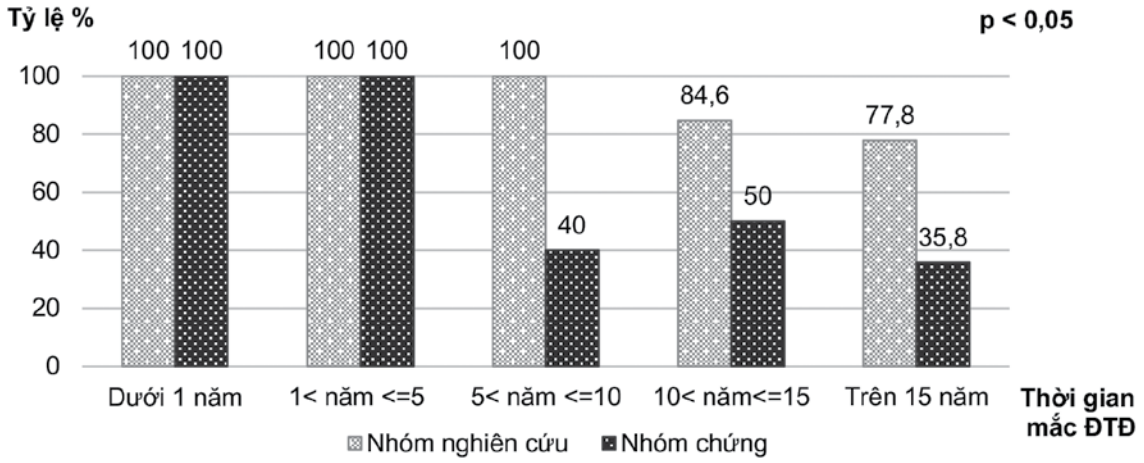
Bảng 2. So sánh hiệu quả điều trị giữa 2 thể bệnh y học cổ truyền theo thang điểm lâm sàng của hai nhóm

Nhóm Kết quả - thể bệnh		Nhóm nghiên cứu (n = 31)		Nhóm chứng (n = 31)		p
		n	%	n	%	
Khí huyết lưỡng hư	Tốt + Khá	7	22,5	4	12,9	< 0,05
	Không hiệu quả	18	58,1	17	54,8	
Huyết ứ	Tốt + Khá	3	9,7	1	3,2	
	Không hiệu quả	3	9,7	9	29,1	
Tổng	Tốt + Khá	10	32,3	5	16,1	< 0,05
	Không hiệu quả	21	67,7	26	83,9	

Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá ở thể Khí huyết lưỡng hư và thể Huyết ứ cao hơn nhóm chứng (p < 0,05).

Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị

Nhóm bệnh nhân có độ tuổi dưới 60 tuổi có hiệu quả điều trị tốt cao hơn nhóm bệnh nhân có độ tuổi trên 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



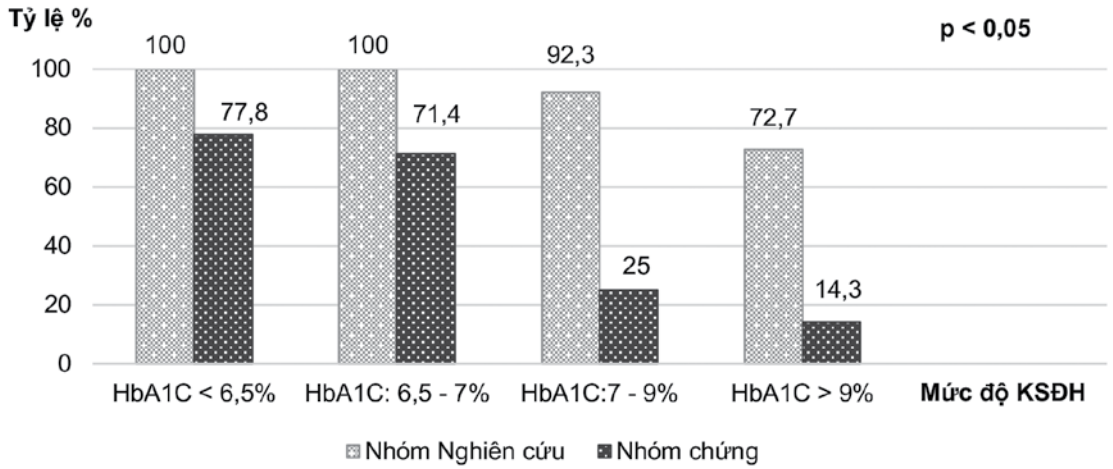
Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa thời gian mắc đái tháo đường và hiệu quả điều trị tốt ở hai nhóm

Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm có hiệu quả điều trị tốt cao hơn nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm (p < 0,05).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tổn thương L5 - S1 và hiệu quả điều trị ở hai nhóm

Kết quả	Tổn thương L5 - S1	Không có tổn thương		Có tổn thương		n	%
		n	%	n	%		
Tốt (n = 42)	Nhóm nghiên cứu	20	74,1	7	25,9	27	100
	Nhóm chứng	11	73,3	4	26,7	15	100
Khá (n = 18)	Nhóm nghiên cứu	2	50	2	50	4	100
	Nhóm chứng	9	64,3	5	35,7	14	100
Không hiệu quả (n = 2)	Nhóm nghiên cứu						
	Nhóm chứng	0	0	2	100	2	100
p		< 0,05					

Số bệnh nhân không kèm theo tổn thương L5 - S1 có tỷ lệ hiệu quả điều trị tốt cao hơn nhóm bệnh nhân có tổn thương L5 - S1 (p < 0,05).



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa mức độ kiểm soát đường huyết theo HbA1C và hiệu quả điều trị tốt ở hai nhóm

Sau 15 ngày điều trị, số bệnh nhân có mức HbA1C < 7% đạt kết quả tốt cao hơn ở nhóm bệnh nhân có HbA1C > 7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả Bảng 1 và 2 cho thấy cả hai nhóm đều có sự cải thiện thang điểm cơ năng cũng như lâm sàng theo các thể bệnh y học cổ truyền. Cả hai nhóm đều được sử dụng Neurontin với hoạt chất là Gabapentin. Đây là một hợp chất hóa học có cấu trúc tương tự với cấu trúc hóa học của chất dẫn truyền thần kinh GABA, làm giảm sản xuất chất dẫn truyền xung thần kinh nhờ đó các triệu chứng tê bì được cải thiện. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân ở thể khí huyết lưỡng hư của nhóm nghiên cứu có tỷ lệ tốt (đánh giá theo điểm cơ năng) và tỷ lệ tốt và khá (đánh giá theo điểm lâm sàng) cao hơn nhóm chứng. Sự khác biệt này là do nhóm nghiên cứu được sử dụng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Đây là các phương pháp không dùng thuốc của y học cổ truyền được sử dụng phổ biến trên thế giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy điện châm có hiệu quả điều trị biến chứng thần kinh do đái tháo đường, cải thiện tốc độ dẫn truyền thần kinh và các triệu chứng lâm sàng.[12] Phác đồ huyệt trong nghiên cứu được xây dựng dựa trên cơ sở khoa học của y học hiện đại và học thuyết y học cổ truyền, bao gồm nhóm huyệt toàn thân và huyệt tại chỗ. Nhóm huyệt tại chỗ gồm các huyệt Âm lăng tuyền, Huyền chung, Giải Khê, Địa ngũ hội, Bát phong, A thị huyệt được châm tả để kích thích lưu thông khí huyết, giảm tê bì.[13] Nhóm huyệt toàn thân được châm bổ theo thể bệnh Y học cổ truyền có tác dụng bổ khí huyết đối với thể khí huyết lưỡng hư hoặc hoạt huyết đối với thể huyết ứ. Bên cạnh đó, bệnh nhân được xoa bóp bấm huyệt nên tăng cường thêm tác dụng giảm tê bì.[14]

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với thể huyết ứ của cả hai nhóm. Điều này có thể được lý giải dựa trên cơ chế bệnh sinh y học cổ truyền về bệnh Ma mộc. Bệnh chia làm hai mức độ: chân tay có biểu hiện tê là "ma" do khí huyết hư là mức độ nhẹ, chân tay có biểu hiện bì là "mộc" là do huyết ứ là mức độ nặng, bệnh nhân không biết đau ngứa, do chân khí không đến nơi đó được.[11] Vì vậy hiệu quả điều trị trên thể huyết ứ sẽ kém hơn so với thể khí huyết lưỡng hư.

Một số nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan giữa hiệu quả điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi của đái tháo đường type 2 và một số yếu tố như tuổi, thời gian mắc bệnh, mức độ tổn thương thần kinh và nồng độ HbA1C. Theo khuyến cáo của ADA 2010, độ tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ gia tăng mức độ biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.[15] Theo tác giả Nguyễn Thị Thu Hương (2014) khi nghiên cứu mối liên quan giữa biến chứng thần kinh ngoại vi với tuổi cho thấy tăng thêm 1 tuổi thì nguy cơ tăng thêm 1,04 lần với $p < 0,05$.[16] Như vậy, tuổi tác của bệnh nhân không những là yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng của biến chứng thần kinh ngoại vi mà còn ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị bệnh, tuổi càng trẻ, hiệu quả điều trị càng cao.

Bệnh đái tháo đường type 2 thường có biểu hiện lâm sàng kín đáo. Nếu người bệnh không thường xuyên khám sức khỏe định kỳ sẽ không được chẩn đoán mắc bệnh đái tháo đường. Khi tình trạng tăng glucose máu kéo dài nhiều năm không được kiểm soát sẽ dẫn đến biến chứng thần kinh ngoại vi. Và khi người bệnh có biểu hiện của các triệu chứng thần kinh ngoại vi thì mức độ bệnh đã tương đối nặng. Theo Lê Thị Minh Nguyệt, nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường > 10 năm có nguy cơ bị biến chứng thần kinh ngoại vi gấp 6,4 lần nhóm bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường < 10 năm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.[13] Kết quả này cũng phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, kết quả điều trị biến chứng thần kinh do đái tháo đường có liên quan đến thời gian mắc bệnh đái tháo đường, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh đái tháo đường ít năm không những ít nguy cơ bị biến chứng thần kinh ngoại vi mà còn đạt hiệu quả điều trị tốt hơn nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường lâu năm.

Bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường có kèm theo tổn thương L5 - S1 thì hiệu quả điều trị xu thế kém hơn so với đối tượng bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường mà không kèm theo tổn thương L5 - S1. Tổn thương L5 - S1 là tổn thương phức tạp ảnh hưởng sâu đến sợi trục dài, bao myelin, nên việc điều trị cải thiện triệu chứng là rất phức tạp.

Nồng độ HbA1C tăng cao tức là nồng độ glucose máu trung bình tăng, không chỉ một thời điểm mà còn kéo dài trong suốt 03 tháng. Tỷ lệ HbA1C là một thông số quan trọng giúp đánh giá kiểm soát glucose máu và được coi như một tiêu chí để đánh giá kết quả của sự ổn định về chuyển hóa trên bệnh nhân bị đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Minh Nguyệt cho thấy nhóm bệnh nhân có HbA1C > 8,5% có nguy cơ mắc biến chứng thần kinh ngoại vi gấp 4,3 lần nhóm bệnh nhân có HbA1C < 8,5% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.[13] Như vậy kết quả điều trị có liên quan mật thiết với mức độ kiểm soát đường huyết theo HbA1C, bệnh nhân càng kiểm soát đường huyết tốt thì kết quả điều trị càng cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 62 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có biến chứng thần kinh ngoại vi chia làm 2 nhóm (nhóm nghiên cứu 31 bệnh nhân được sử dụng phác đồ thuốc nền theo y học hiện đại kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt; nhóm chứng 31 bệnh nhân được dùng phác đồ thuốc nền theo y học hiện đại), chúng tôi rút ra kết luận:

1. Theo thang điểm triệu chứng cơ năng, tỷ lệ bệnh nhân thể khí huyết lưỡng hư ở nhóm nghiên cứu có kết quả điều trị tốt cao hơn nhóm chứng. Theo thang điểm lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân ở cả hai thể Khí huyết lưỡng hư và Huyết ứ ở nhóm nghiên cứu đạt kết quả tốt và khá cao hơn nhóm chứng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Nhóm bệnh nhân độ tuổi dưới 60 tuổi, thời gian mắc bệnh dưới 10 năm, không kèm theo tổn thương L5 - S1, có mức HbA1C < 7% đạt kết quả tốt cao hơn so với nhóm bệnh nhân còn lại (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barrett AM, Lucero MA, Le T, Robinson RL, Dworkin RH, Chappell AS. Epidemiology, public health burden, and treatment of diabetic peripheral neuropathic pain: A review. *Pain Med*. 2007; 8 Suppl 2: S50-62. doi:10.1111/j.1526-4637.2006.00179.x.

2. Young MJ, Boulton AJ, MacLeod AF, Williams DR, Sonksen PH. A multicentre study of the prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population. *Diabetologia*. 1993; 36(2): 150-154. doi:10.1007/BF00400697.

3. Gordois A, Scuffham P, Shearer A, Oglesby A, Tobian JA. The health care costs of diabetic peripheral neuropathy in the US. *Diabetes Care*. 2003; 26(6): 1790-1795. doi:10.2337/diacare.26.6.1790.

4. Bredfeldt C, Altschuler A, Adams AS, Portz JD, Bayliss EA. Patient reported outcomes for diabetic peripheral neuropathy. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2015; 29(8): 1112-1118. doi:10.1016/j.jdiacomp.2015.08.015.

5. Kiyani M, Yang Z, Charalambous LT, et al. Painful diabetic peripheral neuropathy: Health care costs and complications from 2010 to 2015. *Neurol Clin Pract*. 2020; 10(1): 47-57. doi:10.1212/CPJ.0000000000000671.

6. Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology*. 2010; 17(9): 1113. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.02999.x.

7. Zuo L, Zhang L. Study on the effect of acupuncture plus methylcobalamin in treating diabetic peripheral neuropathy. *J Acupunct Tuina Sci*. 2010; 8(4): 249-252. doi:10.1007/s11726-010-0420-1.

8. Hui-tian Z, Yong-fang L, Shun-xing Y, Chen-guang Z, Guo-mei C, Li-fang Z. Observations on 52 patients with diabetic peripheral neuropathy treated by needling combined with drug. *J Acupunct Tuina Sci*. 2004; 2(6): 24-26. doi:10.1007/BF02848393.

9. Dimitrova A, Murchison C, Oken B. Acupuncture for the treatment of Peripheral Neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*. 2017; 23(3): 164-179. doi:10.1089/acm.2016.0155.

10. Meijer JWG, Smit AJ, Sonderen EV, Groothoff JW, Eisma WH, Links TP. Symptom scoring systems to diagnose distal polyneuropathy in diabetes: The Diabetic Neuropathy Symptom score. *Diabet Med*. 2002; 19(11): 962-965. doi:10.1046/j.1464-5491.2002.00819.x.

11. Nguyễn Thiên Quyến, Đào Trọng Cường (biên dịch). Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong đông y. *Tứ Chi Tê Dại*. Nhà xuất bản văn hóa dân tộc; 2008: 690-698.

12. Yu B, Li M, Huang H, et al. Acupuncture treatment of diabetic peripheral neuropathy: An overview of systematic reviews. *J Clin Pharm Ther*. 2021; 46(3): 585-598. doi:10.1111/jcpt.13351.

13. Lê Thị Minh Nguyệt. Biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cao tuổi có hội chứng chuyển hóa. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

14. Fu Q, Yang H, Zhang L, et al. Traditional Chinese medicine foot bath combined with acupoint massage for the treatment of diabetic peripheral neuropathy: A systematic review and

meta-analysis of 31 RCTs. *Diabetes Metab Res Rev*. 2020; 36(2): e3218. doi:10.1002/dmrr.3218.

15. Standards of Medical Care in Diabetes - 2010. *Diabetes Care*. 2010; 33(Suppl 1): S11-S61. doi:10.2337/dc10-S011.

16. Nguyễn Thị Thu Hương. Nhận xét về tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 mới phát hiện lần đầu tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

Summary

EFFECTIVENESS OF SUPPORTIVE TREATMENT USING ELECTRO-ACUPUNCTURE AND ACUPRESSURE MASSAGE ON PERIPHERAL NEUROPATHY IN TYPE 2 DIABETES ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICINE

The purpose of the study was to evaluate the supporting effects on peripheral neuropathy complications of type 2 diabetes by electro-acupuncture and acupressure massage according to traditional medicine and survey of various factors related to the treatment outcome. The study was designed as a controlled interventional clinical trial, comparing results before and after treatment. 62 patients diagnosed with diabetic peripheral neuropathy were divided into 2 groups, according to the method of homogenous pairing of the fasting blood sugar level and the degree of peripheral nerve injury. The study group was prescribed 2 tablets of Neurontin Cap 300mg per day combined with electro-acupuncture and acupressure massage; the control group was prescribed 2 tablets of Neurontin Cap 300mg per day only; the duration of treatment was 15 days. The results showed that the symptoms of the experimental group with qi and blood deficiency pattern improved significantly when compared with the control group ($p < 0.05$). The Patient's age, disease duration, L5- S1 lesions and HbA1C level < 7% will affect the treatment outcome.

Keywords: Peripheral neuropathy, Type 2 diabetes, Electro-acupuncture, Aupressure massage.