

thuật nội soi sau phúc mạc trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh". Tạp chí Y học thực hành. 2011;Tập 769 + 770(Số tháng 6 năm 2011):242-251.

3. **Trịnh Hoàng Giang.** "Chẩn đoán và điều trị giãn tĩnh mạch tinh": Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội; 2006.
4. **Nguyễn Hữu Thảo.** "Đánh giá kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức". Hà Nội: Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội; 2016.
5. **Đỗ Trường Thành, Lê Huy Ngọc, Trịnh Hoàng Giang.** "Đánh giá kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc". Tạp chí Y học Việt Nam. 2013;103(3):556-561.
6. **Cayan S, Kadioglu TC; Tefekli A (2000),** "Comparison of results and complications of high ligation surgery and microsurgical high inguinal varicocelectomy in the treatment of varicocele", Urology, 55, 750- 754.
7. **Dubin L, Amelar R.D.** "Varicocelectomy: 986 cases in a twelve-year study". Urology. Nov 1977;10(5):446-449.
8. **Mohammed A, Chingwundoh F.** "Testicular varicocele: an overview. Urologia internationalis. 2009;82(4):373-379.

DIỆN DẠ DÀY ĐỒ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP II CÓ KHÓ TIÊU CHỨC NĂNG

Nguyễn Thị Giang¹, Đào Việt Hằng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hoạt động điện dạ dày và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ II có khó tiêu chức năng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 42 bệnh nhân khó tiêu chức năng được chẩn đoán theo ROME IV: 21 bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ II (nhóm bệnh) và 21 bệnh nhân không mắc ĐTĐ (nhóm chứng) từ 10/2022 đến 07/2023 tại Phòng khám đa khoa Hoàng Long – Viện nghiên cứu, đào tạo Tiêu hóa, Gan mật. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55,8 ± 9,0. Đầy bụng, ợ hơi, ợ chua là những triệu chứng phổ biến nhất. Phần trăm sóng dạ dày bình thường cao nhất ở cả nhóm bệnh (77%) và nhóm chứng (80%) tại thời điểm trước ăn và sau ăn (ở nhóm bệnh là 76,9%, ở nhóm chứng là 84,6%). Tần số sóng nhọn (DF), năng lượng sóng nhọn (DP), phần trăm sóng dạ dày bình thường và chậm không khác nhau giữa hai nhóm. Các yếu tố tuổi, giới, thời gian chẩn đoán ĐTĐ, HbA1C và glucose máu không có mối tương quan với DF, DP trước và sau ăn. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về hoạt động điện dạ dày trên các bệnh nhân khó tiêu chức năng mắc và không mắc ĐTĐ typ II. Tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, HbA1C, glucose máu không có mối tương quan với các chỉ số EGG. **Từ khóa:** Điện dạ dày đồ, đái tháo đường typ II, khó tiêu chức năng.

SUMMARY

ELECTROGASTROGRAPHY AND SOME RELATING FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES HAVING FUNCTIONAL DYSPEPSIA

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

Objectives: To evaluate the gastric myoelectrical activity and associated factors in patients with diabetes mellitus type II with functional dyspepsia. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study recruited 42 patients diagnosed with functional dyspepsia based on ROME IV criteria: 21 patients with type II diabetes (Diabetes group) and 21 patients without diabetes (Control group) from October 2022 to July 2023. **Results:** The mean age was 55.8 ± 9.0. Bloating, belching, and regurgitation were the most common symptoms. The percentage of normal gastria was highest in both groups preprandially (77.0% in diabetes group; 80.0% in control group) and postprandially (76.9% in diabetes group; 84.6% in control group). Dominant frequency (DF), dominant power (DP), percentage of normalgastria and brachygastria did not significant differ between two groups. There was no significant correlation between age, sex, disease duration, HbA1C, glucose and DF, DP. **Conclusion:** There was no significant difference in gastric myoelectrical activity between functional dyspepsia patients with and without diabetes type II. Age, gender, BMI, disease duration, HbA1c, serum glucose concentration had no correlation with EGG metrics. **Keywords:** Electrogastrography, diabetes mellitus type II, functional dyspepsia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý phổ biến trên thế giới. Năm 2019, bệnh lý này ảnh hưởng đến khoảng 463 triệu người trên toàn thế giới và con số này ngày càng gia tăng. [6] Ngoài các biến chứng tim mạch, thận và thần kinh, đái tháo đường còn gây ra các triệu chứng đường tiêu hoá. Khoảng 50% các bệnh nhân đái tháo đường và các bệnh nhân kiểm soát đường huyết dưới mức tối ưu có tình trạng chậm làm rỗng dạ dày dẫn đến các triệu chứng khó tiêu chức năng. [2] Hiện nay đo điện dạ dày đồ (Electrogastrography – EGG) là một kỹ thuật

không xâm lấn được sử dụng để ghi lại hoạt động điện cơ của dạ dày cụ thể là sóng chậm của dạ dày – sóng có vai trò kiểm soát tần số co bóp tối đa cũng như sự lan truyền nhu động dạ dày – thông qua các điện cực trên bề mặt da. Chính vì vậy, kỹ thuật này được kì vọng giúp đánh giá các rối loạn nhu động dạ dày và ứng dụng trong tiếp cận quản lý khó tiêu chức năng. Trên thế giới hiện nay đã có một số nghiên cứu ghi nhận có tình trạng sóng chậm dạ dày bất thường trên EGG ở các bệnh nhân khó tiêu chức năng. Nghiên cứu của Chen cũng cho thấy các rối loạn nhu động dạ dày sau ăn và các chỉ số EGG bất thường sau ăn giúp chẩn đoán tình trạng chậm làm rỗng dạ dày với độ chính xác lên tới 70%. [3] Ở Việt nam hiện đã có nghiên cứu xác định ngưỡng tham chiếu của các chỉ số EGG trên những người khoẻ mạnh tuy nhiên chưa có nhiều dữ liệu ứng dụng kỹ thuật này trong tiếp cận các nhóm bệnh lý. [1] Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hoạt động điện dạ dày bằng phương pháp đo điện dạ dày đồ và một số yếu tố liên quan trên những bệnh nhân ĐTD typ II có triệu chứng khó tiêu chức năng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên nhóm đối tượng từ 18 tuổi trở lên, gồm nhóm bệnh là các bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTD typ II theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTD Hoa Kỳ (ADA) năm 2018 [7] và thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán khó tiêu chức năng theo ROME IV [8] và được so sánh với nhóm chứng thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán khó tiêu theo ROME IV nhưng không mắc ĐTD. Nghiên cứu loại trừ phụ nữ có thai, các bệnh nhân đã từng

phẫu thuật ổ bụng, đặt máy tạo nhịp, bệnh nhân có bệnh lý cấp tính, đang có tình trạng nhiễm trùng, các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến nhu động dạ dày (suy giáp, cường giáp, bệnh lý thần kinh như Parkinson, đa xơ cứng, xơ cứng bì), bệnh nhân đang sử dụng các thuốc làm thay đổi nhu động dạ dày (prokinetics, thuốc cường phó giao cảm, thuốc huỷ phó giao cảm và các thuốc chống co thắt cơ trơn trực tiếp) trong vòng 72 giờ. Nghiên cứu cũng loại trừ các đối tượng có vấn đề tâm thần kinh không thể hợp tác và các đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu thu tuyển từ 10/2022 đến 7/2023 tại phòng khám đa khoa Hoàng Long và Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa, gan mật.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Quy trình nghiên cứu: Nhóm bệnh và nhóm chứng được thu thập các dữ liệu về giới tính, tuổi, BMI, các triệu chứng lâm sàng, kết quả đo điện dạ dày đồ. Đối với nhóm bệnh, thu thập thêm thông tin thời gian chẩn đoán ĐTD, xét nghiệm HbA1C và glucose máu tĩnh mạch khi đói.

Quy trình đo điện dạ dày đồ: Máy đo điện dạ dày đồ (EGG) thuộc hệ thống Laborie, phần mềm MMS sẽ thu thập các dữ liệu, phân tích và đưa ra các thông số về điện dạ dày. Người đo cần nhịn ăn tối thiểu 6 tiếng, sau đó được đo điện dạ dày đồ gồm hai giai đoạn: 30 phút trước khi ăn và 30 phút sau khi ăn một bữa ăn tiêu chuẩn (tối thiểu 440kcal và lượng chất béo chiếm không quá 1/3 tổng lượng kcal). Các chỉ số được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm:

Chỉ số	Định nghĩa	Phân loại
Tần suất sóng nhọn (Dominant Frequency – DF)	Tần suất xuất hiện sóng hình sin có độ lớn cao nhất trong vòng 1 phút (cpm – cycle per minute)	Tần suất sóng co bóp dạ dày: - Bình thường: 2,4 – 3,6 cpm - Chậm: 1 – 2,4 cpm - Nhanh: 3,6 – 9,9 cpm
Năng lượng sóng nhọn (Dominant Power – DP)	Giá trị biên độ sóng cao nhất tại thời điểm mà sóng đạt đỉnh.	
Phần trăm sóng dạ dày bình thường, nhanh hoặc chậm	Phần trăm thời gian quan sát được sóng chậm dạ dày ở tần suất bình thường, nhanh, chậm trên tổng thời gian đo.	Khi phần trăm sóng dạ dày bình thường > 70% nghĩa là bệnh nhân có nhu động dạ dày bình thường
Hệ số mất ổn định (Dominant frequency instability coefficients – DFIC)	Chỉ số này càng thấp thì tần số nhu động dạ dày thể hiện càng ổn định	
Tỷ số co bóp dạ dày sau ăn so với trước ăn (Power Ratio – PR)	Công suất dạ dày sau ăn chia cho công suất dạ dày trước ăn	PR <1: giảm co bóp dạ dày sau ăn PR >1: tăng co bóp của dạ dày sau ăn

Xử lý số liệu. Số liệu từ bệnh án nghiên cứu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Sự khác biệt giữa các biến định lượng sử dụng kiểm định T – test, Mann – Whitney Test. Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa tuổi, giới, thời gian chẩn đoán ĐTĐ typ II, glucose máu khi đói, HbA1C với các chỉ số EGG.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 42 bệnh nhân, gồm 21 đối tượng ở nhóm bệnh và 21 đối

tượng ở nhóm chứng. Thông tin nhân khẩu học và các biểu hiện triệu chứng của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1. Tuổi trung bình của cả 2 nhóm nghiên cứu là $55,8 \pm 9,0$, trong đó tuổi trung bình của nhóm chứng ($51,9 \pm 6,6$) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh ($59,8 \pm 9,5$) ($p = 0,003$). Nhóm bệnh có BMI trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Đầy bụng, ợ hơi/ợ chua và chướng bụng là những triệu chứng phổ biến ở cả hai nhóm, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỉ lệ triệu chứng giữa 02 nhóm. Số năm mắc đái tháo đường trung bình của các bệnh nhân nhóm bệnh là 7,9 năm.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm bệnh và nhóm chứng

	Nhóm bệnh (n=21)	Nhóm chứng (n=21)	P
Tuổi (trung bình±SD)	59,8 ± 9,5	51,9 ± 6,6	0,003
Giới (tỉ lệ % nam)	8 (38,1%)	10 (47,6%)	0,756
BMI	24,2 ± 2,1	21,9 ± 2,3	0,002
Số năm mắc bệnh	7,9 ± 5,1		
Triệu chứng			
Đầy bụng	61,9%	66,7%	0,747
An nhanh no	52,4%	47,6%	0,758
Đau thượng vị	33,3%	10%	0,060
Nóng rát	33,3%	10%	0,060
Ợ hơi/Ợ chua	61,9%	57,1%	0,753
Buồn nôn/nôn	4,8%	19,0%	0,153
Gầy sút cân	4,8%	0%	0,147
Chướng bụng	57,1%	61,9%	0,753

BMI: chỉ số khối cơ thể, SD: độ lệch chuẩn

Các chỉ số EGG trước ăn và sau ăn giữa nhóm bệnh và nhóm chứng được thể hiện trong bảng 2, phần trăm sóng dạ dày bình thường là cao nhất ở đồng thời nhóm bệnh (80,0%) và nhóm chứng (77,0%) tại thời điểm trước ăn và

thời điểm sau ăn (ở nhóm bệnh là 76,9%, ở nhóm chứng là 84,6%). Không có sự khác biệt về DF, DP và DFIC trước ăn và sau ăn ở nhóm bệnh so với nhóm chứng. Tỉ lệ PR>1 không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh và nhóm chứng.

Bảng 2: So sánh các chỉ số EGG giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Các chỉ số EGG	Nhóm bệnh (n=21)	Nhóm chứng (n=21)	P
Trước ăn			
Số đối tượng, n (%)			
Nhu động bình thường	16 (76,2%)	14 (66,7%)	0,495
Nhu động chậm	5 (23,8%)	7 (33,3%)	
% sóng dạ dày bình thường, TV (Q1 – Q3)	77,0 (64,0 – 82,5)	80,0 (60,0 – 93,5)	0,221
% sóng dạ dày chậm, TV (Q1 – Q3)	14,7 (22,2 – 27,4)	10,0 (4,9 – 34,4)	0,158
DF (cpm), TB± ĐLC	2,8 ± 0,23	2,9 ± 0,2	0,246
DP, TV (Q1 – Q3)	645,3 (307,9 – 1315,3)	790,0 (221,6 – 3377,8)	0,222
DFIC, TV (Q1 – Q3)	0,1 (0,1 – 0,2)	0,1 (0,1 – 0,2)	0,580
Sau ăn			
Số đối tượng: n (%)			
Nhu động bình thường	14 (66,7%)	15 (71,4%)	0,739
Nhu động chậm	7 (33,3%)	6 (28,6%)	
% sóng dạ dày bình thường, TV (Q1 – Q3)	76,9 (51,9 – 85,2)	84,6 (66,7 – 92,3)	0,096

% sóng dạ dày chậm, TV (Q1 – Q3)	23,1 (9,4 – 36,5)	11,5 (7,4 – 24,1)	0,107
DF (cpm), TB ± ĐLC	2,9 ± 0,3	3,0 ± 0,2	0,119
DP, TV (Q1 – Q3)	1122,4 (324,4 – 3108,3)	1236,9 (285,3 – 2302,7)	0,715
DFIC, TV (Q1 – Q3)	0,1 (0,1 – 0,2)	0,1 (0,1-0,1)	0,054
Tỉ lệ PR > 1	13 (61,9%)	13 (61,9%)	

DF: Tần suất sóng nhọn. DP: Năng lượng sóng nhọn. DFIC: hệ số mất ổn định. PR: Tỷ số co bóp dạ dày sau ăn so với trước ăn. Cpm: chu kỳ/phút. TB: trung bình. ĐLC: độ lệch chuẩn. TV: trung vị. Q1 – Q3: khoảng tứ phân vị.

Bảng 3 so sánh các chỉ số trên EGG trước ăn và sau ăn của nhóm bệnh và nhóm chứng nhận thấy có sự gia tăng chỉ số DF và DP sau ăn so với trước ăn, tuy nhiên, sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3: So sánh các chỉ số trước ăn và sau ăn của nhóm bệnh và nhóm chứng

	Trước ăn	Sau ăn	P
Nhóm bệnh			
DF (cpm), TB ± ĐLC	2,8 ± 0,2	2,9 ± 0,3	0,465
DP, TV (Q1 – Q3)	645,3 (307,9 – 1315,3)	1122,4 (324,4 – 3108,3)	0,269
DFIC, TV (Q1 – Q3)	0,1 (0,1 – 0,2)	0,1 (0,1 – 0,2)	0,789
Nhóm chứng			
DF (cpm), TB ± ĐLC	2,9 ± 0,2	3,0 ± 0,2	0,065
DP, TV (Q1 – Q3)	790,0(221,6 – 3377,8)	1236,9 (285,3 – 2302,7)	0,949
DFIC, TV (Q1 – Q3)	0,1 (0,1 – 0,2)	0,1 (0,1 – 0,1)	0,256

DF: Tần suất sóng nhọn. DP: Năng lượng sóng nhọn. DFIC: hệ số mất ổn định. Cpm: chu kỳ/phút. TB: trung bình. ĐLC: độ lệch chuẩn. TV: trung vị. Q1 – Q3: khoảng tứ phân vị.

Kết quả ở bảng 4 cho thấy không có mối tương quan giữa nồng độ glucose máu và HbA1C với DF, DP trước ăn và sau ăn. Kết quả cũng không ghi nhận mối liên quan giữa tuổi, giới, thời gian chẩn đoán bệnh với các chỉ số trên EGG.

Bảng 4: Mối tương quan giữa một số yếu tố với các chỉ số trên EGG

	Trước ăn (r)		Sau ăn (r)		p*	p**	p***	p****
	DF	DP	DF	DP				
Tuổi (năm)	0,141	0,049	-0,088	0,244	0,421	0,780	0,604	0,158
Giới tính (nữ)	0,324	-0,033	0,302	0,037	0,071	0,853	0,084	0,831
Thời gian CD (năm)	-0,261	-0,058	-0,026	-0,110	0,234	0,791	0,901	0,604
BMI	0,041	0,084	-0,109	-1,944	0,820	0,646	0,537	0,060
Glucose (mmol/l)	-0,423	-0,481	-0,538	-0,171	0,157	0,113	0,067	0,865
HbA1C (%)	0,513	0,282	0,397	-0,172	0,134	0,409	0,231	0,865

Thời gian CD ĐTD: thời gian chẩn đoán ĐTD typ II.r: hệ số tương quan. (*) Tương quan giữa các yếu tố và DF trước ăn. (**) Tương quan giữa các yếu tố và DP trước ăn. (***) Tương quan giữa các yếu tố và DF sau ăn. (****) Tương quan giữa các yếu tố và DP sau ăn.

nhóm. Khi đánh giá các chỉ số EGG (DF, DP và DFIC) trên cả 2 nhóm nhận thấy không có sự thay đổi ở thời điểm sau ăn so với trước ăn. Không có mối tương quan giữa chỉ số tuổi, giới, số năm mắc bệnh, chỉ số HbA1C, glucose máu tĩnh mạch khi đối với các chỉ số trên EGG.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành đo điện dạ dày để nhằm đánh giá hoạt động điện dạ dày trên các đối tượng có khó tiêu chức năng mắc và không mắc ĐTD typ II, kết quả cho thấy ở cả 2 nhóm bệnh nhân, các triệu chứng phổ biến nhất bao gồm đầy bụng, ợ hơi, ợ chua. Nghiên cứu không nhận thấy có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh nhân có nhu động dạ dày bình thường trước ăn và sau ăn giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Đồng thời, phần trăm sóng dạ dày bình thường, nhanh hoặc chậm lại khá tương đồng giữa hai

Về tác động của HbA1C và glucose trong máu, nghiên cứu của Noriyuki cho thấy trên các bệnh nhân cho thấy tăng đường huyết kéo dài gây rối loạn hoạt động điện của dạ dày, trong đó có sự gia tăng tỉ lệ phần trăm sóng dạ dày chậm trên các bệnh nhân ĐTD type 2. [5] Một vài nghiên cứu trước đây cũng cho thấy các bệnh nhân ĐTD nói chung có tình trạng rối loạn nhịp dạ dày, cụ thể trên các bệnh nhân có tình trạng tăng đường huyết cấp tính thường có tình trạng rối loạn nhịp nhanh, trong khi đó, tăng đường huyết mạn tính thường có biểu hiện rối loạn nhịp

chậm, và phần trăm sóng dạ dày bình thường trên các bệnh nhân này thấp hơn so với nhóm đối tượng khoẻ mạnh. Bình thường, các tế bào kẽ của Cajal - đóng vai trò như một nhóm tế bào tạo nhịp, kết hợp với hệ thần kinh ruột và hệ thần kinh tự động cũng như các tế bào cơ trơn thành dạ dày điều hoà nhu động dạ dày. Những bệnh nhân ĐTĐ, sự gia tăng đường huyết mạn tính gây nên tình trạng có rối loạn hệ thần kinh tự động, đi kèm với bất thường ở các tế bào kẽ của Cajal và giảm hoạt động của enzym tổng hợp nitric oxide (nitric oxide synthase) của hệ thần kinh là nguyên nhân gây nên tình trạng rối loạn nhu động dạ dày. Tuy nhiên, nghiên cứu của El-Salhy lại cho thấy giữa các bệnh nhân ĐTĐ và các bệnh nhân khoẻ mạnh không có sự khác nhau về tỉ lệ các rối loạn nhu động dạ dày. [4] Kết quả này ủng hộ nghiên cứu của chúng tôi.

Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác là do đối tượng nhóm bệnh của chúng tôi là các bệnh nhân ĐTĐ typ II, trong khi các nghiên cứu khác lấy cả bệnh nhân ĐTĐ typ I. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán khó tiêu chức năng theo tiêu chuẩn ROME IV, trong khi các nghiên cứu còn lại, bệnh nhân có đa dạng các triệu chứng đường tiêu hoá khác gồm chán ăn, buồn nôn, nôn, đau thượng vị, đầy bụng sau khi ăn, ăn nhanh no. Các nghiên cứu khác so sánh điện dạ dày trên các bệnh nhân ĐTĐ có triệu chứng đường tiêu hoá với các bệnh nhân khoẻ mạnh, trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành so sánh 02 nhóm bệnh nhân đều có khó tiêu chức năng, chính vì vậy, sự khác biệt về hoạt động điện dạ dày chưa thực sự rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về hoạt động điện dạ dày giữa nhóm đái tháo đường typ II và nhóm chứng có khó tiêu chức năng. Tuổi, giới, BMI, thời gian chẩn đoán ĐTĐ typ II, chỉ số HbA1C, glucose máu không có mối tương quan với các chỉ số EGG ở các bệnh nhân khó tiêu chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hằng, Đào V., Trang, T. H., & Long, Đào V.** Tần số nhu động dạ dày và ảnh hưởng của một số yếu tố ở người bình thường. Tạp Chí Nghiên Cứu Học, 164 (3), 33–38.
2. **Chen J.D. and McCallum R.W.** (1993). Clinical applications of electrogastrography. Am J Gastroenterol, 88(9), 1324–1336.
3. **Chen J.D., Richards R.D., and McCallum R.W.** (1994). Identification of gastric contractions from the cutaneous electrogastrogram. Am J Gastroenterol, 89(1), 79–85.
4. **El-Salhy M. and Sityohy B.** (2001). Abnormal gastrointestinal endocrine cells in patients with diabetes type 1: relationship to gastric emptying and myoelectrical activity. Scand J Gastroenterol, 36(11), 1162–1169.
5. **Hata N., Murata S., Maeda J., et al.** (2009). Predictors of gastric myoelectrical activity in type 2 diabetes mellitus. J Clin Gastroenterol, 43(5), 429–436.
6. **Saeedi P., Petersohn I., Salpea P., et al.** (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract, 157, 107843.
7. **American Diabetes Association** (2018). Standards of Medical Care in Diabetes—2018 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes, 36(1), 14–37.
8. **Rome IV Criteria.** Rome Foundation, <<https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>>, accessed: 07/10/2023.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ THỂ CỦA TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Vũ Thy Cẩm¹

TÓM TẮT

Triệu chứng cơ thể rất thường gặp trong giai đoạn trầm cảm, các triệu chứng này ảnh hưởng đến chức năng, chất lượng cuộc sống của người bệnh và có ý nghĩa trong tiên lượng bệnh. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về triệu chứng cơ thể ở người bệnh trầm

cảm còn hạn chế. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng các triệu chứng cơ thể của giai đoạn trầm cảm ở người bệnh điều trị ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Đối tượng nghiên cứu: gồm 75 người bệnh được chẩn đoán giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 điều trị ngoại trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai có ít nhất 1 triệu chứng cơ thể từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020. Kết quả: Các triệu chứng cơ thể thường gặp nhất là mất quan tâm thích thú cũ có tỷ lệ 76% và chậm chạp tâm thần vận động có tỷ lệ 76%; triệu chứng giảm đáng kể hưng phấn tình dục gặp nhiều hơn ở nam với tỷ lệ 62,3%. Người bệnh trầm cảm rất nặng theo thang HAM D có số triệu chứng cơ thể $4,9 \pm 1,32$ lớn

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thy Cẩm

Email: vuthycam22@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023