

số tác giả vì đặc điểm bệnh nhân ở giai đoạn I và II mà mức độ tập trung ¹⁸FDG tăng dần theo giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận SUV_{max} ở bệnh nhân UTP tăng theo kích thước u. Hệ số tương quan (thuận) giữa SUV_{max} với kích thước u là $r = 0,59$. Kết quả này tương tự công bố của một số tác giả khác: Theo Mai Trọng Khoa và cộng sự, tổn thương có kích thước càng lớn thì mức độ hấp thu ¹⁸FDG càng cao [8]. Mai Huy Thông, Nguyễn Kim Lưu, Ngô Văn Đán cũng đưa ra nhận xét tương tự: có liên quan thuận giữa SUV_{max} với kích thước u phổi nguyên phát [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi rút ra một số kết luận: U phổi phải (64,6%) hay gặp hơn u phổi trái (35,4%). Kích thước u phổi trung bình là $2,7 \pm 1,0$ cm. Có sự liên quan giữa tình trạng hạch với kích thước u: Kích thước u ở nhóm bệnh nhân có hạch (+) lớn hơn nhóm bệnh nhân có hạch (-) trên ¹⁸FDG PET/CT. SUV_{max} tương quan thuận với kích thước u, (hệ số tương quan $r = 0,59$). Kích thước hạch (+) là $8,5 \pm 3,1$ mm. Độ tập trung ¹⁸FDG của hạch (+) trung vị SUV_{max} = 2,6 (2,5-19,1). Có mối tương quan thuận giữa SUV_{max} và kích thước hạch ($r = 0,73$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians,

- 71(3): pp. 209-249.
2. **Phan Lê Thắng** (2017), Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIA bằng phối hợp phẫu thuật triệt căn và hóa xạ trị hỗ trợ. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Thu Hà** (2009), Đánh giá hiệu quả phác đồ Paclitaxel + Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội (2006 - 2009), Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Khắc Kiểm** (2016), Nghiên cứu nạo vét hạch theo bản đồ trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Bùi Chí Việt** (2011), Phẫu trị ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Pei Ying Lin, Yeun Chung Chang, Hsuen Yu Chen, et al** (2010), Tumor size matters differently in pulmonary adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. Lung Cancer, 67, pp. 296-300.
7. **Komei Kameyama, Kazuhiro Imai, Koichi Ishiyama...** (2022), New PET/CT criterion for predicting lymph node metastasis in resectable advanced (stage IB-III) lung cancer: The standard uptake values ratio of ipsilateral/contralateral hilar nodes. **Thoracic Cancer; 13: pp.708-715.**
8. **Mai Trọng Khoa** (2012), Giá trị của kỹ thuật chụp PET/CT trong đánh giá giai đoạn, tái phát, di căn của UTP KTBN.
9. **Mai Huy Thông, Nguyễn Kim Lưu, Ngô Văn Đán, Nguyễn Hà Phương** (2022), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh FDG PET/CT của các tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị. Y học Việt Nam, tập 514, số 1/2022, tr.115-119.

ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ BỆNH PARKINSON THỐNG NHẤT (MDS-UPDRS) PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT

Trần Ngọc Tài¹, Nguyễn Minh Nhật², Lê Thụy Minh An³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Việt hóa thang điểm MDS-UPDRS và đánh giá tính tin cậy của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản Tiếng Việt. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tại khoa Thần Kinh hoặc phòng khám Parkinson và rối loạn vận động, bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM trong thời gian 01/2022 đến 07/2022. Nghiên cứu gồm 2 giai đoạn: (1) Việt hóa thang điểm

MDS-UPDRS và (2) đánh giá độ tin cậy sẽ được đánh giá bằng phép kiểm hệ số Cronbach's alpha và hệ số ICC. **Kết quả:** Có 207 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Hệ số Cronbach's Alpha cho từng phần I, II, III, IV của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản tiếng Việt lần lượt là 0,700, 0,895, 0,922, 0,871. Như vậy, phần I của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản tiếng Việt có độ tin cậy nhất quán nội bộ chấp nhận được, phần II, III, IV có độ tin cậy nhất quán nội bộ cao. **Kết luận:** Thang điểm MDS-UPDRS phiên bản Tiếng Việt có tính tin cậy cao.

SUMMARY

THE RELIABILITY OF VIETNAMESE VERSION OF MOVEMENT DISORDERS SOCIETY-UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (MDS-UPDRS)

Objectives: To translate the MDS-UPDRS into

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thụy Minh An

Email: minhhanle@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

Vietnamese and evaluate the reliability of the Vietnamese version of MDS-UPDRS. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. The research process included two phases: (1) translation the MDS-UPDRS and (2) evaluation the reliability of the Vietnamese version MDS-UPDRS by testing Cronbach's alpha coefficient and ICC coefficient. **Results:** There were 207 patients meeting the study inclusion criteria. Cronbach's Alpha coefficient for each part I, II, III, IV of the Vietnamese version of the MDS-UPDRS scale is 0.700, 0.895, 0.922, and 0.871, respectively. Thus, part I of the Vietnamese version of the MDS-UPDRS scale has acceptable internal consistency reliability, and parts II, III, IV have high internal consistency reliability. **Conclusion:** The Vietnamese version of the MDS-UPDRS has good reliability.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh lí thoái hóa thần ảnh hưởng chủ yếu ở người lớn tuổi với đặc điểm lâm sàng là run khi nghỉ, chậm vận động, đơ cứng, mất ổn định tư thế và các triệu chứng ngoài vận động như giảm khúu giác, táo bón, lo âu, trầm cảm, mất ngủ, rối loạn hành vi giấc ngủ cử động mắt nhanh... Đến nay vẫn chưa có phương pháp chữa khỏi bệnh Parkinson. Điều trị bệnh Parkinson chủ yếu là điều trị triệu chứng, mục tiêu giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và giảm gánh nặng chăm sóc cho người thân. Các phương pháp điều trị bệnh Parkinson bao gồm dùng thuốc, phục hồi chức năng và phẫu thuật chức năng thần kinh. Tỷ lệ hiện mắc bệnh Parkinson là khoảng 0,3% trong dân số chung và 1% ở nhóm dân số trên 60 tuổi³. Một báo cáo năm 2020, ước tính toàn cầu có 9,4 triệu người mắc bệnh Parkinson, riêng ở Hoa Kỳ có khoảng 930 nghìn bệnh nhân⁵. Tại Việt Nam, số lượng lưu hành bệnh nhân bệnh Parkinson năm 2016 ước tính là 64.452 ca.

Việc đánh giá độ nặng và diễn tiến bệnh trên từng bệnh nhân Parkinson hiện nay vẫn phải dựa vào các thang điểm lâm sàng⁷. Trên thế giới, thang điểm đánh giá bệnh Parkinson thống nhất (Unified Parkinson's Disease Rating Scale - UPDRS) được phát triển đầu tiên vào những năm 1980. Đến năm 2008, phiên bản cải biên MDS-UPDRS đã thành công vượt qua các thử nghiệm đo lường lâm sàng với độ nhất quán nội tại cao và các cấu trúc nhân tố đáng tin cậy cho từng phần của thang điểm¹. Thang điểm MDS-UPDRS được dùng để đánh giá triệu chứng vận động và ngoài vận động trong các nghiên cứu cắt dọc. Thời gian đánh giá thang điểm MDS-UPDRS là khoảng 30 phút. Bất lợi của MDS-UPDRS là tốn thời gian nhiều hơn so với thang điểm UPDRS để đánh giá nhưng điều này không đáng kể so với số lượng và chất lượng thông tin mà thang điểm

MDS-UPDRS đem lại. Tuy nhiên, hiện nay chưa có phiên bản tiếng Việt của MDS-UPDRS cũng như chưa có nghiên cứu đánh giá độ tin cậy của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản tiếng Việt. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định độ tin cậy của thang điểm đánh giá bệnh Parkinson thống nhất (MDS-UPDRS) phiên bản tiếng Việt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích với kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Dân số chọn mẫu là bệnh nhân Parkinson người Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên điều trị nội trú tại khoa Thần Kinh hoặc khám ngoại trú tại phòng khám Parkinson và rối loạn vận động, phòng khám Thần Kinh bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM trong thời gian 03/2022 đến 07/2022.

Tiêu chuẩn nhận vào

- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên và hiện tại được chẩn đoán bệnh Parkinson bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

- Có tiếng mẹ đẻ là tiếng Việt.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân không thể trả lời bằng câu hỏi nghiên cứu: điếc, câm, sa sút trí tuệ nặng (MMSE < 10 điểm).

Thang điểm MDS-UPDRS

Mỗi câu hỏi trong thang điểm MDS-UPDRS được cố định câu trả lời với thang 5 mức độ từ 0 đến 4:

0 = Bình thường

1 = Rất nhẹ (slight): triệu chứng/ dấu hiệu xảy ra với tần số và cường độ thấp, không ảnh hưởng đến chức năng.

2 = Nhẹ (mild): Triệu chứng/ dấu hiệu xảy ra với tần số và cường độ đủ để gây ảnh hưởng vừa lên chức năng.

3 = Trung bình (moderate): Triệu chứng/ dấu hiệu xảy ra với tần số và cường độ đủ để gây ảnh hưởng nhiều lên chức năng, nhưng vẫn còn thực hiện được chức năng.

4 = Nặng (severe): Triệu chứng/ dấu hiệu xảy ra với tần số và cường độ nặng gây mất chức năng.

Thang điểm MDS-UPDRS bao gồm 65 câu hỏi và được chia thành 4 phần:

Phần I: Các trải nghiệm ngoài vận động trong cuộc sống hằng ngày (Non-motor experiences of daily living): Đánh giá ảnh hưởng các triệu chứng ngoài vận động của bệnh Parkinson lên cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Có 13 câu hỏi chia làm 2 phần:

○ Phần IA: Gồm 6 câu hỏi, phần này tập trung đánh giá các hành vi phức tạp.

○ Phần IB: Gồm 7 câu hỏi về trải nghiệm ngoài vận động trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân.

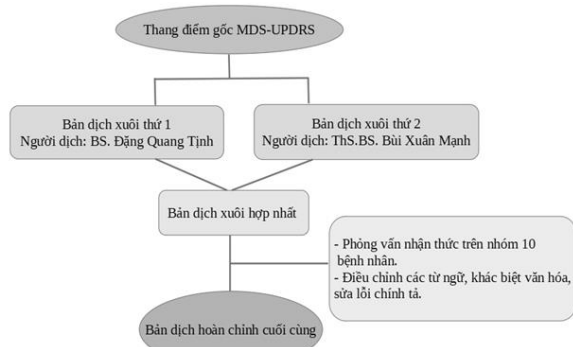
Phần II: Các trải nghiệm về vận động trong cuộc sống hằng ngày (Motor experiences of daily living) gồm 13 câu hỏi, đánh giá trải nghiệm về các triệu chứng vận động trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân.

Phần III: Khám vận động (Motor examination) gồm 18 mục với 33 câu hỏi, một số mục có phân bố điểm bên trái, bên phải và các phần khác nhau trên cơ thể.

Phần IV: Các biến chứng vận động (Motor complications) gồm 6 câu hỏi, đánh giá các biến chứng vận động.

Thời gian cần người đánh giá tham gia để hoàn thành thang điểm MDS-UPDRS là ít hơn 10 phút cho các mục phỏng vấn ở phần I, 15 phút cho phần III và 5 phút cho phần IV, tổng thời gian là 30 phút, tương đương với thời gian dành cho phiên bản trước. Mặc dù đánh giá chi tiết vẫn ưu tiên vào khía cạnh vận động của bệnh Parkinson, các câu hỏi sàng lọc về các triệu chứng ngoài vận động đã được thiết kế để đánh giá sự hiện diện và mức độ nặng của các vấn đề lâm sàng quan trọng

Quy trình thực hiện nghiên cứu gồm các giai đoạn: Việt hóa thang điểm MDS-UPDRS (hình 1) và sau đó thu thập số liệu bằng thang điểm MDS-UPDRS phiên bản Tiếng Việt đã được chấp thuận. Số liệu thu thập gồm các biến về dịch tễ học, thang điểm MDS-UPDRS, giai đoạn bệnh Hoehn và Yahr.



Hình 1. Quy trình Việt hóa thang điểm MDS-UPDRS

Sau đó các số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê R và Microsoft Excel 2016. Độ tin cậy sẽ được đánh giá bằng phép kiểm hệ số Cronbach's alpha. Hệ số Cronbach's alpha được chấp nhận khi đạt $\geq 0,70$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 207 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Về giới tính, có 81 bệnh nhân nam chiếm 39,1% và 126 nữ chiếm 60,9%. Tỉ số nam so với nữ là 0,64. Tuổi trung bình là 62 tuổi trong đó nhóm tuổi 60-69 tuổi là chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm tuổi tại thời điểm tham gia nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 60-69 tuổi (44%), sau đó là nhóm 50-59 tuổi (25%) và chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm nhỏ hơn 50 tuổi (3%). Trong các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân không đi học, có 1 bệnh nhân có tổng số năm đi học nhiều nhất là 21 năm (gồm 12 năm phổ thông, 4 năm đại học và 5 năm học tiến sĩ). Tổng số năm đi học trung vị là 7 năm, giá trị ứng với 25% và 75% là 4 năm và 12 năm. Có 31 bệnh nhân có tổng số năm đi học là 12 năm (chiếm tỉ lệ cao nhất, 15,0%).

Về đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu, có 194 (94%) bệnh nhân có tuổi khởi bệnh muộn > 40 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh ngắn nhất là 0,5 năm và dài nhất là 21 năm. Thời gian bệnh trung bình là $4,27 \pm 3,91$ năm. Đa số đối tượng nghiên cứu có thời gian bệnh < 5 năm (chiếm 69%), xếp thứ hai là nhóm có thời gian bệnh 5-9 năm (chiếm 17%). Nhóm thời gian bệnh ≥ 15 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất (2%). Về giai đoạn bệnh, các đối tượng nghiên cứu phân bố đủ các giai đoạn của bệnh Parkinson theo Hoehn và Yahr, trong đó đa số các đối tượng ở giai đoạn 2 và 3.

Hệ số Cronbach's alpha của mỗi phần trong thang điểm V-MDS-UPDRS được trình bày trong Bảng 1. Tất cả các phần của thang điểm đều có hệ số Cronbach's alpha $\geq 0,7$. Thang điểm V-MDS-UPDRS phần I có độ tin cậy nhất quán nội bộ chấp nhận được, các phần III, III và IV có độ tin cậy nhất quán nội bộ tốt.

Bảng 1. Hệ số Cronbach's alpha theo từng phần của thang điểm V-MDS-UPDRS

| Thang điểm V-MDS-UPDRS | Hệ số Cronbach's alpha (Khoảng tin cậy 95%) | Số lượng câu hỏi |
|------------------------|---|------------------|
| Phần I | 0,700 (0,611; 0,762) | 13 |
| Phần II | 0,895 (0,870; 0,915) | 13 |
| Phần III | 0,922 (0,905; 0,934) | 33 |
| Phần IV | 0,871 (0,831; 0,899) | 6 |

IV. BÀN LUẬN

Tất cả các phần của thang điểm V-MDS-UPDRS đều có hệ số Cronbach's alpha $\geq 0,7$. Cụ thể, thang điểm V-MDS-UPDRS phần I có độ tin cậy nhất quán nội bộ chấp nhận được với

Cronbach's alpha = 0.7, các phần II, III và IV có độ tin cậy nhất quán nội bộ tốt với Cronbach's alpha đều > 0.8. Điều này có ý nghĩa là khi thực hiện đánh giá bệnh nhân bệnh Parkinson bằng thang điểm V-MDS-UPDRS, các kết quả thu được sẽ ổn định và tương đối giống nhau.

Bảng 2. Hệ số Cronbach's alpha của thang điểm V-MDS-UPDRS và một số nghiên cứu khác trên thế giới

| | Hệ số Cronbach's alpha (Khoảng tin cậy 95%) |
|---|--|
| Phần I | |
| Chúng tôi (n=207) | 0,700 (0,611-0,762) |
| Christopher và cs (n=877) ¹ | 0,79 (NA) |
| Jinse và cs (n=362) ⁶ | 0,73 (NA) |
| Priya và cs (n=354) ² | 0,804 (0,767-0,831) |
| Phần II | |
| Chúng tôi (n=207) | 0,895 (0,870-0,915) |
| Christopher và cs (n=877) ¹ | 0,90 (NA) |
| Jinse và cs (n=362) ⁶ | 0,90 (NA) |
| Priya và cs (n=354) ² | 0,913 (0,894-0,927) |
| Phần III | |
| Chúng tôi (n=207) | 0,922 (0,905-0,934) |
| Christopher và cs (n=877) ¹ | 0,93 (NA) |
| Jinse và cs (n=362) ⁶ | 0,94 (NA) |
| Priya và cs (n=354) ² | 0,942 (0,934-0,950) |
| Phần IV | |
| Chúng tôi (n=155) | 0,871 (0,831-0,899) |
| Christopher và cs (n=877) ¹ | 0,79 (NA) |
| Jinse và cs (n=362) ⁶ | 0,88 (NA) |
| Priya và cs (n=354) ² | 0,818 (0,786-0,843) |

Chú thích: NA = Không có dữ liệu.

Bảng 2 so sánh hệ số Cronbach's alpha của thang điểm V-MDS-UPDRS với các nghiên cứu khác trên thế giới. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả các nghiên cứu trước đây ở các ngôn ngữ thuộc châu Á như nghiên cứu của Jinse và cs trong phiên bản tiếng Hàn năm 2020⁶, nghiên cứu của tác giả Priya và cs trong nghiên cứu phiên bản tiếng Nhật năm 2014⁴. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi cũng giống với kết quả của Christopher và cs thực hiện trên phiên bản gốc tiếng Anh năm 2008¹. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thang điểm V-MDS-UPDRS là thang đo có đủ tính tin cậy để đánh giá các khía cạnh khác nhau ở bệnh nhân bệnh Parkinson.

Mặc dù đã cố gắng, nghiên cứu của chúng tôi vẫn có các điểm còn hạn chế sau. Quy trình chuyển ngữ chưa đạt được tiêu chuẩn tốt nhất mà hiện tại Hội IP-MDS đang khuyến cáo thực

hiện. Số liệu trong nghiên cứu chúng tôi thu thập chỉ từ một trung tâm chuyên sâu về rối loạn vận động, dân số này chưa thể đại diện tốt cho dân số bệnh nhân bệnh Parkinson khắp nước Việt Nam. Giai đoạn bệnh của các đối tượng nghiên cứu đa số là ở giai đoạn bệnh Hoehn và Yahr sớm và trung bình (giai đoạn 1,2 và 3), rất ít bệnh nhân ở giai đoạn 4 và 5. Chúng tôi chưa đánh giá độ tin cậy lặp lại bởi cùng một người đánh giá và độ tin cậy giữa những người đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng ta nhận thấy thang điểm MDS-UPDRS phiên bản Tiếng Việt có tính tin cậy tốt. Trong đó phần II, III, IV có độ tin cậy nhất quán nội bộ cao và ba phần I, II và IV có độ phù hợp tốt với thang điểm MDS-UPDRS phiên bản tiếng Anh.

VI. KIẾN NGHỊ

Trong điều kiện ở Việt Nam hiện tại và cho đến khi có phiên bản thang điểm MDS-UPDRS tiếng Việt được chuẩn hóa tốt hơn, nên xem xét sử dụng thang điểm V-MDS-UPDRS của chúng tôi trong thực hành lâm sàng cũng như trong các nghiên cứu khoa học trên bệnh nhân bệnh Parkinson tại Việt Nam. Cần có thêm nghiên cứu sau này với thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu tối ưu hơn, thực hiện ở đa trung tâm trên khắp nước Việt Nam nhằm cung cấp thêm tính giá trị cho thang điểm này trên dân số bệnh Parkinson Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, et al.** Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*. Nov 15 2008;23(15):2129-70. doi:10.1002/mds.22340
2. **Jagota P, Srivanitchapoom P, Petchrutchatachart S, et al.** Validation of the Thai Version of the Movement Disorder Society-Sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale. *J Mov Disord*. 2022;doi:10.14802/jmd.21104.
3. **Jankovic J, Hallett M, Okun MS, et al.** Principles and practice of movement disorders. Third ed. Elsevier Health Sciences; 2021.
4. **Kashihara K, Kondo T, Mizuno Y, et al.** Official Japanese Version of the International Parkinson and Movement Disorder Society–Unified Parkinson's Disease Rating Scale: Validation Against the Original English Version. *Mov Disord Clin Pract*. 2014;1(3):200-212. doi:10.1002/mdc3.12058.
5. **Maserejian N LV-I, A. Dilley.** Estimation of the 2020 Global Population of Parkinson's Disease (PD) [abstract]. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*.

2020;35(suppl 1)doi:Accessed August 6, 2021.
https://www.mdsabstracts.org/abstract/estimatior-n-of-the-2020-global-population-of-parkinsons-disease-pd/

6. **Park J, Koh S-B, Kwon K-Y, et al.** Validation Study of the Official Korean Version of the Movement Disorder Society-Unified Parkinson's

Disease Rating Scale. J Clin Neurol. 2020;16(4): 633-645. doi:10.3988/jcn.2020.16.4.633.

7. **Zitser J, Peretz C, David AB, et al.** Validation of the Hebrew version of the Movement Disorder Society—Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Parkinsonism & related disorders. 2017;45:7-12. doi:10.1016/j.parkreldis.2017.09.012

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI ÁC TÍNH TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Hoàng Hà¹, Trịnh Trường Giang¹,
Phạm Đức Trung¹, Dương Thị Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả được đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tràn dịch màng phổi và xác định một số yếu tố liên quan tràn dịch màng phổi ác tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu toàn bộ, thu được 179 bệnh nhân tràn dịch màng phổi điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên, từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023. Bệnh nhân được chia thành 02 nhóm tràn dịch màng phổi ác tính và tràn dịch màng phổi không ác tính. **Kết quả và bàn luận:** Tràn dịch màng phổi gặp giới nam 66,5%, ≥50 tuổi 70,4%, có tiền sử tràn dịch màng phổi 11,2%. Triệu chứng đau ngực kiểu màng phổi 86,0%, hội chứng ba giảm 82,1%, khó thở 67,6%. Số lượng trung bình 45,3%, một bên 89,4%, dịch vàng chanh 72,1%. Cell Block để chẩn đoán tràn dịch màng phổi ác tính chiếm 17,9%. Căn nguyên là ung thư phổi 62,5%. Carcinoma tuyến 78,1%. Yếu tố liên quan chặt chẽ tràn dịch màng phổi ác tính là: tràn dịch tái lập nhanh, Giảm cân, số lượng dịch và màu dịch với $p < 0,01$. **Kết luận:** Đa số gặp tràn dịch màng phổi một bên, dịch tiết, dịch màu vàng chanh. Tỷ lệ tràn dịch màng phổi ác tính là 17,9%, chủ yếu do carcinoma tuyến di căn từ phổi. Một số yếu tố liên quan đến tràn dịch màng phổi ác tính gồm ≥50 tuổi, có tiền sử tràn dịch màng phổi, giảm cân, dịch tái lập nhanh, số lượng dịch nhiều và dịch thường có màu đỏ, hồng. Nên chỉ định cellblock trong bệnh cảnh tràn dịch màng phổi.

Từ khóa: Tràn dịch màng phổi, Tràn dịch màng phổi ác tính, Cell Block, bệnh viện Phổi.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PLEURAL EFFUSION AND SOME FACTORS RELATED TO MALIGNANT PLEURAL EFFUSION AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL IN 2023

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with pleural effusion and identify some factors related to malignant pleural effusion. **Methods:** Descriptive study, total sample size, obtained 179 pleural effusion patients treated at Thai Nguyen Lung Hospital, from June 2022 to June 2023. Patients were divided into 02 groups of malignant pleural effusion and non-malignant pleural effusion. **Results and discussion:** Pleural effusion occurred in 66.5% of men, 70.4% ≥50 years old, and 11.2% with a history of pleural effusion. Symptoms of pleuritic chest pain were 86.0%, triple reduction syndrome was 82.1%, and dyspnea was 67.6%. The volume of fluid was average 45.3%, one side 89.4%, yellowish lemon fluid color 72.1%. Cell Block to diagnose malignant pleural effusion accounts for 17.9%. The cause is lung cancer 62.5%. Adenocarcinoma 78.3%. Factors closely related to malignant pleural effusion are: rapid recovery of effusion, weight loss, fluid quantity and fluid color with $p < 0.01$. **Conclusion:** Most people experience unilateral pleural effusion, exudate, and yellowish lemon fluid color. The rate of malignant pleural effusion is 17.9%, mainly due to metastatic adenocarcinoma from the lung. Some factors related to malignant pleural effusion include being ≥50 years old, having a history of pleural effusion, weight loss, rapid fluid recovery, large amounts of fluid, and fluid that is often red or pink in color. Cellblock should be prescribed in the setting of pleural effusion.

Keywords: Pleural effusion, malignant pleural effusion, Cell Block, Lung hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là tình trạng khoang phổi có nhiều dịch bất thường, gây ra đau ngực, ho, khó thở. Tràn dịch màng phổi là bệnh lý phức tạp và ngày càng phổ biến thường gặp trong lâm sàng. Bệnh diễn tiến nhanh, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, có thể gây suy hô hấp thậm chí gây tử vong.

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tràn dịch ở màng phổi như: lao màng phổi, ung thư phổi, suy tim, viêm phổi, xơ gan cổ trướng ... trong đó