

- systematic analysis for the global burden of disease study 1990- 2019. PLOS ONE.2022;1- 15.
- Hua Man - Chin, Kong Man - Shan, Lai Ming - Wei, et al.** Perforated Peptic Ulcer in Children: A 20- year Experience. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.2007; 45:71- 74.
  - Bertleff M. J. and Lange J. F.** Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg.2010; 27(3):161-9.
  - Hattingh G., Salas-Parra R. D., Nuzhad A., et al.** Duodenal perforation in the pediatric population: two rare cases at a small community hospital. J Surg Case Rep.2020; 2020(11): rjaa455.
  - Liu Da-Yun, Gao An- Ning, Tang Guo- Du, et al.** Relationship between onset of peptic ulcer and meteorological factors. World J gastroenterol 2006; 12:1463- 1467.
  - Munoz Abraham A. S., Osei H., Martino A., et al.** Incidence and Outcomes of Perforated Peptic Ulcers in Children: Analysis of the Kid's Inpatient Database and Report of Two Cases Treated by Laparoscopic Omental Patch Repair. J Laparoendosc Adv Surg Tech A.2019; 29(2):248-255.
  - Stepanyan S. A., Petrosyan A. A., Safaryan H. H., et al.** Laparoscopic and open repair for perforated duodenal ulcer: single-center experience. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.2019; 14(1):60-69.
  - Tarasconi A., Coccolini F., Biffi W. L., et al.** Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg.2020; 15:3.
  - Wilhelmsen M., Moller M. H., and Rosenstock S.** Surgical complications after open and laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer in a nationwide cohort. Br J Surg.2015; 102(4):382-7.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA ĐIỀU TRỊ GỖY KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

Lê Văn Trường Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Cảnh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Kết quả sớm phẫu thuật: Thời gian can thiệp phẫu thuật trung bình: 4,41 ± 2,77 ngày. Kỹ thuật đặt nẹp, vis: 100% nẹp và vis đúng vị trí. Tại biên – biên chứng sớm: 15,5% nhiễm trùng vết mổ nông. Tỷ lệ liền vết mổ kỳ đầu: 84,4%. Kết quả nắn chỉnh: Góc cổ thân: 78,1% tốt, 21,9% khá; di lệch: 90,6% hết di lệch, 9,4% còn di lệch ít. Sự hài lòng của bệnh nhân: 100% hài lòng, không có bệnh nhân nào tử vong.

**Từ khóa:** gãy xương, kết hợp xương, nẹp khóa, kết quả phẫu thuật.

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS EVALUATION OF COMBINED SURGERY WITH BONE PLATE AND LOCK FOR THE TREATMENT OF CLOSED PROXIMAL FRACTURES OF THE HUMERUS

**Objective:** The study has objectives: Evaluate the early results of surgery combined with locking

splints to treat closed proximal humerus fractures at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed fractures of the upper humerus who underwent surgery with locking splints at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from March 2021 to March 2024. **Result:** Early surgical results: Average surgical intervention time: 4.41 ± 2.77 days. Technique for placing braces and screws: 100% of braces and screws are in the correct position. Accidents - early complications: 15.5% of superficial surgical wound infections. First-term wound healing rate: 84.4%. Correction results: Neck-body angle: 78.1% good, 21.9% good; Displacement: 90.6% had no displacement, 9.4% had little displacement. Patient satisfaction: 100% satisfied, no patient died. **Keywords:** fracture, bone fusion, locking splint, surgical results.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay khá thường gặp, khoảng 4 - 5% tất cả các gãy xương. Trong các vị trí gãy xương cánh tay thì gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay (45%) [2], [6], [7]. Hiện nay đã có nhiều phương pháp điều trị gãy đầu trên xương cánh tay như bảo tồn bằng bó bột, đeo áo Dessaul,... các phương pháp phẫu thuật gồm kết hợp xương (đinh Kirschner, nẹp vít, nẹp khóa) và phẫu thuật thay khớp vai bán phần,... [3]. Tại Việt Nam nhiều năm gần đây đã sử dụng nẹp khóa để phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy đầu trên xương cánh tay cho nhiều bệnh nhân với kết quả khả quan. Tại khu vực Cần Thơ, bệnh viện Đa khoa trung Ương cần Thơ và

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ những năm gần đây cũng đã áp dụng kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy gãy đầu trên xương cánh tay với những bệnh nhân gãy phức tạp. Tuy nhiên vẫn chưa có nhiều báo cáo về hiệu quả của phương pháp này tại 2 bệnh viện trên. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. Không phân biệt giới, bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: bệnh nhân được chẩn đoán là gãy đầu trên xương cánh tay được điều trị bảo tồn hay phẫu thuật bằng các phương pháp khác, bệnh nhân gãy xương bệnh lý, bệnh nhân gãy cũ đầu trên xương cánh tay.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

**Cỡ mẫu:** tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot (1-\alpha/2) \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

*Trong đó:* - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.  
 -  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.  
 - d: sai số tuyệt đối,  $d = 0,05$ .  
 - p: tỷ lệ nắn chỉnh đạt được góc cổ thân sau mổ có kết quả tốt ( $> 120^\circ$ ), dựa vào nghiên cứu của Phạm Đức Tú và Nguyễn Mạnh Khánh (2023), tỷ lệ nắn chỉnh đạt được góc cổ thân sau mổ có kết quả tốt chiếm 95,8% nên chúng tôi

chọn p là 0,958 [5].

Thay vào công thức trên:  $n \approx 31,55$  bệnh nhân. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 32 bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024 thỏa điều kiện chọn mẫu.

**Nội dung nghiên cứu:**

**Kết quả phẫu thuật sớm:** Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện, liền vết mổ kỳ đầu, biến chứng sớm sau phẫu thuật, kết quả nắn chỉnh di lệch, sự hài lòng của bệnh nhân.

**Công cụ thu thập và xử lý số liệu:** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 và Excel 2013. Các chỉ tiêu định tính được tính toán theo tỷ lệ phần trăm (%). Các chỉ tiêu định lượng được tính toán theo giá trị trung bình. Các chỉ tiêu được so sánh, sự khác biệt kiểm định ý nghĩa thống kê bằng test Chi-Square ( $\chi^2$ ). Sử dụng T-Test để so sánh sự khác biệt giữa các giá trị trung bình. Chấp nhận độ tin cậy 95% hay các phép so sánh được kết luận có ý nghĩa thống kê nếu  $p < 0,05$ .

**2.3. Y đức:** Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thời gian phẫu thuật - Thời gian nằm viện**

**Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện**

Thời gian	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	68,13	5,35	60	80
Thời gian nằm viện chờ phẫu thuật (ngày)	4,41	2,77	1	12
Thời gian hậu phẫu (ngày)	5,31	2,80	2	17
Thời gian nằm viện (ngày)	9,72	3,72	3	18

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là  $68,13 \pm 5,35$  phút, dao động từ 60 đến 80 phút. Thời gian nằm viện chờ phẫu thuật trung bình là  $4,41 \pm 2,77$  ngày,

dao động từ 1 đến 12 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là  $5,31 \pm 2,80$  ngày, dao động từ 2 đến 17 ngày. Tổng thời gian nằm viện trung bình là  $9,72 \pm 3,72$  ngày, dao động từ 3 đến 18 ngày.

### 3.2. Liên vết mổ kỳ đầu

**Bảng 3.2. Liên vết mổ kỳ đầu**

Liên vết mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kỳ 2	5	15,6
Kỳ đầu	27	84,4
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số các đối tượng bệnh nhân được liên vết mổ trong kỳ đầu với 27 bệnh nhân chiếm 84,4%, chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 15,6% liên vết mổ trong kỳ thứ 2 (5 bệnh nhân này do có tình trạng nhiễm trùng vết mổ nông nên liên muộn sau khi được chăm sóc nội khoa).

### 3.3. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

**Bảng 3.3. Biến chứng sớm sau phẫu thuật**

Biến chứng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Nhiễm trùng</b>	Nhiễm trùng nông	5	15,6
	Không nhiễm trùng	27	84,4
	<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Chảy máu vết mổ thứ phát</b>	Có	0	0
	Không	32	100
	<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Liệt thần kinh sau mổ</b>	Có	0	0
	Không	32	100
	<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Tử vong</b>	Có	0	0
	Không	32	100
	<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp với 5 bệnh nhân (15,6%) và tất cả các bệnh nhân này đều là nhiễm trùng nông, không có trường hợp nhiễm trùng sâu hay viêm xương rò mủ kéo dài. Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu này của chúng tôi đều không gặp phải biến chứng chảy máu vết mổ thứ phát, liệt thần kinh sau mổ cũng như tử vong sau phẫu thuật.

### 3.4. Kết quả nắn chỉnh

**Bảng 3.4. Kết quả nắn chỉnh di lệch**

Kết quả X-quang sau phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hết di lệch	29	90,6%
Còn di lệch (ít, chấp nhận được)	5	9,4%
Còn di lệch nhiều	0	0
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Kết quả ghi nhận 100% bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh đạt sau phẫu thuật. Trong đó có 29 bệnh nhân chiếm 90,6% nắn chỉnh hết di lệch, chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 9,4% còn di lệch ít chấp nhận được và không có

bệnh nhân nào còn di lệch nhiều.

### 3.5. Sự hài lòng của bệnh nhân

**Bảng 3.5. Sự hài lòng của bệnh nhân**

Sự hài lòng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hài lòng	32	100
Không	0	0
<b>Tổng</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tất cả 32 bệnh nhân (100%) đều hài lòng với kết quả phẫu thuật điều trị. Không có bệnh nhân nào không hài lòng.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thời điểm phẫu thuật.** Lựa chọn thời điểm phẫu thuật có một vai trò quan trọng ảnh hưởng đến kết quả trong điều trị. Can thiệp sớm với mục đích chính là làm hồi phục lại đúng giải phẫu đầu trên xương cánh tay đặc biệt là ở diện khớp. phẫu thuật kết hợp xương bên trong vững chắc giúp cho bệnh nhân sớm được phục hồi chức năng vận động khớp vai. Nghiên cứu của chúng tôi có thời điểm phẫu thuật trung bình là  $4,41 \pm 2,77$  ngày.

**4.2. Tai biến - Biến chứng.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tai biến - biến chứng trong phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay chiếm tỷ lệ thấp với 15,6% nhiễm trùng nông vết mổ. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước như nghiên cứu của Lương Thiện Tích và cộng sự, Đặng Nhật Anh [1] và Phạm Anh Tuấn [6] ghi nhận tỷ lệ biến chứng lần lượt là 3,1%, 3,2% và 15%. Trên thực tế khi phẫu thuật chúng tôi nhận thấy, góc di lệch càng lớn thì phẫu thuật càng gặp nhiều khó khăn, nguyên nhân do gãy nhiều mảnh làm trục giải phẫu của đầu trên xương cánh tay bị biến dạng, kết hợp xương gặp nhiều khó khăn gây nên tình trạng di lệch sau phẫu thuật.

**4.3. Liên vết mổ kỳ đầu.** Kết quả chúng tôi ghi nhận tỷ lệ liên vết mổ thì đầu là 84,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả của các tác giả khác về tỷ lệ liên vết mổ kỳ đầu sau phẫu thuật với đa số bệnh nhân. Lương Thiện Tích và cộng sự ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân liên vết mổ kỳ đầu rất cao với tỷ lệ là 81,6% [4]. Nghiên cứu của Đặng Nhật Anh ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân liên vết mổ kỳ đầu là 96,8% [1].

**4.4. Kết quả nắn chỉnh.** Mục tiêu hàng đầu của phẫu thuật kết hợp xương gãy đầu trên xương cánh tay là phục hồi lại giải phẫu và phục hồi chức năng khớp vai.

Kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 100%

bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh đạt sau phẫu thuật, có 29 bệnh nhân chiếm 90,6% nắn chỉnh hết di lệch, chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 9,4% còn di lệch ít chấp nhận được và không có bệnh nhân nào còn di lệch nhiều, 100% bệnh nhân có góc cổ - thân đạt kết quả tốt và khá sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả của các tác giả khác về kết quả nắn chỉnh di lệch. Các tác giả trong nước đều ghi nhận tỷ lệ nắn chỉnh đạt với 2 nhóm là hết di lệch và còn di lệch ít chiếm tỷ lệ rất cao. Nhóm bệnh nhân được nắn nhưng kết quả không đạt khi còn di lệch nhiều chiếm tỷ lệ thấp ở các nghiên cứu. Nghiên cứu của Phạm Anh Tuấn ghi nhận 100% bệnh nhân nắn chỉnh đạt với nắn chỉnh không còn di lệch chiếm 42,5%, di lệch chấp nhận được chiếm 57,5% [6].

## V. KẾT LUẬN

Kết quả sớm phẫu thuật: Thời gian can thiệp phẫu thuật trung bình:  $4,41 \pm 2,77$  ngày. Kỹ thuật đặt nẹp, vis: 100% nẹp và vis đúng vị trí. Tai biến – biến chứng sớm: 15,5% nhiễm trùng vết mổ nông. Tỷ lệ liền vết mổ kỳ đầu: 84,4%. Kết quả nắn chỉnh: Góc cổ thân: 78,1% tốt, 21,9% khá; di lệch: 90,6% hết di lệch, 9,4% còn di lệch ít. Sự hài lòng của bệnh nhân: 100% hài lòng, không có bệnh nhân nào tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nhật Anh** (2018), "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp". Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Hải Phòng.
2. **Trần Trung Dũng** (2017), "Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên", NXB Y học, p. 10.
3. **Nguyễn Văn Hết, Lưu Văn Huệ** (2019), "Đánh giá kết quả bước đầu thay khớp vai toàn phần điều trị gãy đầu trên xương cánh tay". Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, số đặc biệt, p. 4.
4. **Lương Thiện Tích, Phan Thanh Thiện, Lê Thị Huyền Anh** (2020), "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay có di lệch ở người lớn bằng kết hợp xương nẹp vít khóa tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương", SỞ KH&CN Tỉnh Bình Dương.
5. **Phạm Đức Tú, Nguyễn Mạnh Khánh** (2023), "Kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng phương pháp kết hợp xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 529, tháng 8, số 1B/ 2023, tr. 349 - 353.
6. **Phạm Anh Tuấn** (2020), "Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức", Luận văn Bác sĩ Nội Trú, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, 2020.
7. **Nguyễn Đức Vương** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa", Luận án Tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2021.

## SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI Ở BỆNH NHÂN TEO NHIỀU HỆ THỐNG VÀ BỆNH PARKINSON GIAI ĐOẠN SỚM

Nguyễn Thị Ngọc Hân<sup>1,3</sup>, Trần Ngọc Tài<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh teo nhiều hệ thống và bệnh Parkinson có biểu hiện lâm sàng chồng lấp nhau và khó phân biệt ở giai đoạn sớm. Rối loạn chức năng đường niệu dưới là một đặc trưng cốt lõi để giúp chẩn đoán phân biệt giữa bệnh teo nhiều hệ thống với bệnh Parkinson. Tuy nhiên, vai trò của chúng giúp phân biệt ở giai đoạn sớm của bệnh vẫn chưa được rõ. **Mục tiêu:** Xác định giá trị của triệu chứng lâm sàng đường tiểu dưới và thể tích nước tiểu tồn lưu trong phân biệt bệnh teo nhiều hệ thống và bệnh parkinson giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang so sánh triệu chứng đường

tiết niệu dưới giữa hai nhóm bệnh nhân Parkinson và bệnh nhân teo nhiều hệ thống có giai đoạn bệnh dưới 5 năm. Các triệu chứng đường niệu dưới được đánh giá qua hai thang điểm IPSS (International Prostate Symptom Score), OABSS (Overactive Bladder Symptom Score) và siêu âm đo thể tích nước tiểu tồn lưu. **Kết quả:** Có 32 bệnh nhân teo nhiều hệ thống và 51 bệnh nhân Parkinson có thời gian bệnh dưới 5 năm được đưa vào nghiên cứu. 100% (32/32) bệnh nhân teo nhiều hệ thống có triệu chứng đường niệu dưới và tỉ lệ này ở nhóm bệnh Parkinson là 64,7% (33/51). 100% bệnh nhân teo nhiều hệ thống có triệu chứng chứa đựng với són tiểu gấp gấp nhiều nhất (93,8%), trong khi đó 68,6% bệnh nhân PD gặp triệu chứng chứa đựng với tiểu đêm gặp nhiều nhất (41,2%) ( $p < 0,001$ ). Triệu chứng tổng xuất gặp nhiều ở bệnh nhân teo nhiều hệ thống hơn so với bệnh nhân Parkinson (87,5% so với 27,5%;  $p < 0,001$ ). Các triệu chứng đường niệu dưới khởi phát sớm hơn ở bệnh nhân teo nhiều hệ thống ( $p = 0,0257$ ). Thể tích nước tiểu tồn lưu sau đi tiểu > 100ml không gặp ở bệnh nhân Parkinson, nhưng có ở 28% bệnh nhân teo nhiều hệ thống ( $p < 0,001$ ). Ở điểm cắt PVR = 53 ml có

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 175

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tài

Email: tai.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024