

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^{1,3}, Trần Ngọc Tài^{2,3}

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

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Bệnh viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

³Đại 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

độ nhạy 41,9% và độ đặc hiệu là 98% cho việc chẩn đoán phân biệt bệnh teo nhiều hệ thống và bệnh Parkinson giai đoạn sớm. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng đường niệu dưới cũng như siêu âm đo thể tích nước tiểu tồn lưu có thể giúp hỗ trợ phân biệt giữa bệnh Parkinson và bệnh teo nhiều hệ thống giai đoạn sớm. **Từ khoá:** Triệu chứng đường tiết niệu dưới, thể tích nước tiểu tồn lưu, bệnh Parkinson, bệnh teo nhiều hệ thống, giai đoạn sớm.

SUMMARY

COMPARISON OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS IN EARLY STAGE PATIENTS WITH MULTIPLE SYSTEM ATROPHY AND PARKINSON'S DISEASE

Background: Multiple system atrophy (MSA) and Parkinson's disease (PD) have overlapping clinical manifestations and are difficult to distinguish in the early stages. Lower urinary tract dysfunction is a core feature that help differentiate between MSA and PD. However, their role in differentiation in the early stages of the disease remains unclear. **Objectives:** To determine the value of lower urinary tract symptoms (LUTS) and post-void residual volume (PVR) in distinguishing MSA and early PD. **Methods:** This is a cross-sectional study comparing lower urinary tract symptoms between two groups of PD patients and MSA patients with disease duration less than 5 years. Lower urinary tract symptoms were evaluated with the International Prostate Symptom Score (IPSS), Overactive Bladder Symptom Score (OABSS), and bladder ultrasound to measure post-void residual volume. **Results:** There were 32 MSA patients and 51 PD patients with disease duration less than 5 years included in the study. All patients with MSA (32/32) had lower urinary tract symptoms, and this rate in the PD group was 64.7% (33/51). 100% of patients with MSA had storage symptoms with urge incontinence being the most common (93.8%), whereas 68.6% of PD patients had storage symptoms with nocturia being the most common (41.2%) ($p < 0.001$). Voiding symptoms were more common in MSA patients than in PD patients (87.5% vs. 27.5%; $p < 0.001$). Lower urinary tract symptoms had an earlier onset in patients with MSA ($p = 0.0257$). Post-void residual volume > 100 ml was not found in PD patients but was presented in 28% of MSA patients ($p < 0.001$). At the PVR cutoff of 53 ml, there is a sensitivity of 41.9% and a specificity of 98% for the differential diagnosis of MSA and early PD. **Conclusion:** Clinical symptoms of the lower urinary tract as well as ultrasound measuring residual urine volume can help differentiate between PD and early stage MSA.

Key words: lower urinary tract symptoms, post-void residual volume, early Parkinson's disease, multiple system atrophy, early stages.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo nhiều hệ thống (Multiple system Atrophy: MSA) và bệnh Parkinson (Parkinson's disease: PD) đều thuộc nhóm bệnh α -synuclein, có biểu hiện lâm sàng đa dạng và chồng lấp từ các triệu chứng vận động đến các triệu chứng

ngoài vận động, đặc biệt là rối loạn thần kinh tự chủ liên quan tim mạch, tiết niệu... Ở giai đoạn đầu của bệnh, việc chẩn đoán chính xác bệnh không chỉ là một thách thức cho bác sĩ thần kinh mà còn cho bác sĩ các chuyên khoa liên quan. Do đó, năm 2022, hội bệnh Parkinson và rối loạn vận động thế giới đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh MSA mới với độ chính xác và độ nhạy cao hơn so với trước đây¹⁻³. Trong tiêu chuẩn chẩn đoán mới này, rối loạn chức năng đường niệu dưới là một đặc trưng lõi để chẩn đoán sớm teo nhiều hệ thống, phân biệt với PD khi các triệu chứng vận động tương đồng. Thật vậy, các nghiên cứu trước đây ghi nhận triệu chứng đường tiểu dưới là biểu hiện ban đầu duy nhất của MSA ở 18,2% bệnh nhân.⁴ Ngược lại, rối loạn này là không phổ biến ở PD giai đoạn sớm. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu so sánh về triệu chứng đường niệu dưới trên hai nhóm bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu tìm giá trị của triệu chứng đường tiểu dưới và thể tích nước tiểu tồn lưu (Post-Void Residual volume: PVR) trong phân biệt bệnh teo nhiều hệ thống và bệnh Parkinson giai đoạn sớm nhằm hỗ trợ chẩn đoán sớm bệnh teo nhiều hệ thống.

II. 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 PD và MSA ở giai đoạn sớm của bệnh. Tiêu chuẩn chọn vào là những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán rất có thể hoặc xác định trên lâm sàng của MSA theo hội bệnh Parkinson và rối loạn vận động thế giới năm 2022; Và những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán rất có thể hoặc xác định trên lâm sàng của PD theo hội bệnh Parkinson và rối loạn vận động thế giới năm 2015; Các đối tượng tham gia có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những bệnh nhân có nhiễm trùng niệu, bệnh tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo; đái tháo đường; hoặc bệnh nhân suy giảm nhận thức nặng. Các đối tượng nghiên cứu được thu nhận tại phòng khám Parkinson và Rối loạn vận động, khoa Thần kinh bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023.

Tất cả các đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, khám và đánh giá thang điểm lâm sàng Thang điểm MDS-UPDRS (Movement Disorder Society – Unified Parkinson's disease Rating Scale) cho bệnh Parkinson, UMSARS (Unified Multiple System Atrophy Rating Scale) cho bệnh MSA bởi bác sĩ thần kinh chuyên về rối loạn vận động. Thang điểm IPSS (International Prostate

Symptom Score) và OABSS (Overactive Bladder Symptom Score) được sử dụng để đánh giá đặc điểm triệu chứng đường niệu cũng như độ nặng của triệu chứng (tiểu nhiều lần [≥ 8 lần/ngày], tiểu đêm [≥ 2 lần/đêm], tiểu gấp, són tiểu gấp, kiểm soát đi tiểu, tiểu gián đoạn, tia nước tiểu yếu, rặn tiểu). Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm bụng đo thể tích nước tiểu tồn lưu PVR ngay sau khi bệnh nhân đi tiểu xong (nếu có sự trì hoãn thì dưới 10 phút là được cho phép).

Phương pháp phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê STATA 14.0. Điểm cắt, độ nhạy và độ đặc hiệu của các biến số được tính bằng cách vẽ đường cong ROC và lựa chọn dùng chỉ số Youden và chỉ số Union.

Y đức: Nghiên cứu đã được xét duyệt bởi hội đồng Đạo đức về Nghiên cứu Y Sinh học

trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh quyết định số 923/ HĐĐĐ-ĐHYD ngày 24/11/2022. Các đối tượng tham gia đều ký đồng thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, có 32 bệnh nhân được chẩn đoán MSA, với mức độ rất có thể trên lâm sàng là 14 bệnh nhân (43,8%) và xác định trên lâm sàng là 18 bệnh nhân (56,2%) (50% nam, tuổi khởi phát trung bình 57,6 năm). 18 bệnh nhân MSA được phân loại thể Parkinson hay MSA-P (56,3%). Thời gian bệnh trung bình là $2,5 \pm 1,2$ năm với UMSAR IV trung bình 2,4. Có 51 bệnh nhân PD với giai đoạn H&Y trung bình 2,2 (41/51 bệnh nhân ở giai đoạn 2, không có bệnh nhân giai đoạn 4,5). Chi tiết xin xem bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	MSA (n=32)	PD (n=51)	p
Giới tính: Nam, n (%)	16 (50%)	14 (47,1%)	0,794
Tuổi khởi phát (năm), TB±ĐLC	57,6 ± 6,8 [47;70]	56,5 ± 10,7 [31;75]	0,5374
Loại chẩn đoán: Xác định, n (%)	18 (56,2%)	26 (51%)	0,640
Loại triệu chứng khởi phát			
Vận động, n (%)	19 (59,4%)	44 (86,3%)	0,015
Tự chủ, n (%)	6 (18,7%)	2 (3,9%)	
Khác, n (%)	7 (21,9%)	5 (9,8%)	
Loại khởi phát rối loạn tự chủ	N = 6	N = 2	1,000
Hạ huyết áp tư thế	1 (16,7%)	0	
Rối loạn đường tiểu dưới	3 (50%)	2 (100%)	
Rối loạn cương	1 (16,7%)	0	
Táo bón	1 (16,7%)	0	
Thời gian bệnh (năm)	2,5 ± 1,2 [0,2;5]	2,5 ± 1,3 [0,2;5]	0,9731
Thời gian khởi phát triệu chứng vận động (năm)	1,9 ± 1 [0,1;5]	2,2 ± 1,4 [0,2;5]	0,5381
UMSARS II/ UPDRS III	21,9 ± 7,7 [12;40]	39,1 ± 13,4 [13;70]	
Đáp ứng levodopa: Có	1 (3,1%)	26 (51%)	0,000
Không	15 (46,9%)	0	
Không rõ (chưa điều trị + liệu chưa đủ đánh giá)	16 (50%)	25 (49%)	

Đặc điểm triệu chứng đường tiết niệu dưới. Nhóm MSA có biểu hiện triệu chứng đường niệu dưới thường gặp hơn (ở cả 3 nhóm triệu chứng chứa đựng, tổng xuất, và sau đi tiểu), mức độ biểu hiện nặng hơn, khởi phát sớm hơn và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhiều hơn PD ($p < 0,05$). Hơn nữa, thể tích nước tiểu tồn lưu trung bình ở nhóm MSA cao hơn nhiều so với nhóm PD (43ml [IQR 12-170] so với 4ml [IQR 2-9], $p < 0,01$) (bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng đường tiết niệu dưới

Đặc điểm	MSA	PD	p
Có triệu chứng đường niệu, n (%)	32/32 (100%)	33/51 (64,7%)	0,000
Thời gian khởi phát triệu chứng đường niệu (tháng):	N=6 15,7 ± 5,7	N=3 16 ± 12,5	0,9560
Triệu chứng đường niệu khởi phát trước	N=25 12,2 ± 8	N = 30 20,4 ± 14,4	0,0257
Triệu chứng vận động khởi phát trước	N = 32	N=51	
Triệu chứng chứa đựng	29 (90,6%)	20 (39,2%)	0,000
Tiểu nhiều lần	28 (87,5%)	21 (41,2%)	0,000
Tiểu đêm			

Tiểu gấp	29 (90,6%)	16 (31,4%)	0,000
Són tiểu gấp	30 (93,8%)	7 (13,7%)	0,000
Kiểm soát đi tiểu	20 (62,5%)	6 (11,8%)	0,000
⇒ Tổng chứa đựng	32 (100%)	35 (68,6%)	0,000
Triệu chứng tổng xuất: Tiểu gián đoạn	17 (53,1%)	6 (11,8%)	0,000
Tia nước tiểu yếu	26 (81,2%)	11 (21,6%)	0,000
Rặn tiểu	14 (43,8%)	6 (12,8%)	0,001
⇒ Tổng tổng xuất	28 (87,5%)	14 (27,5%)	0,000
Sau đi tiểu: Cảm giác bàng quang không trống hoàn toàn sau khi đi tiểu xong	19 (59,4%)	12 (23,5%)	0,001
IPSS	17,2 ± 8,3 [1;35]	4,7 ± 4,6	0,000
OABSS	19,1 ± 5,9 [4;28]	5,7 ± 5,5	0,000
Chất lượng sống	3,4 ± 1,6 [0;6]	0,9 ± 1,4	0,000
Bất thường PVR, n (%) (PVR > = 100ml)	9 (28%) (1 trường hợp được đặt sonde tiểu)	0 (0%)	0,000
PVR (ml), trung vị [p25;p75]	N=31 43[12;170]	N=51 4[2;9]	0,000

Giá trị của triệu chứng đường tiết niệu dưới. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, các triệu chứng chứa đựng có độ nhạy cao nhất, triệu chứng tổng xuất và triệu chứng sau đi tiểu có độ đặc hiệu cao nhất. Són tiểu gấp là triệu chứng có độ nhạy cao nhất (93,8%), tiểu gián đoạn và rặn tiểu có độ đặc hiệu cao nhất (88,2%).

Dựa trên chỉ số Youden và chỉ số Union, chúng tôi lựa chọn điểm cắt của tổng điểm IPSS, OABSS và PVR lần lượt là 12 điểm, 15 điểm và 53ml để đảm bảo độ nhạy và độ đặc hiệu có thể chấp nhận được trên lâm sàng trong việc chẩn đoán teo nhiều hệ thống so với bệnh Parkinson có thời gian bệnh dưới 5 năm. Chi tiết xem bảng 3.

Bảng 3. Giá trị của triệu chứng đường tiết niệu dưới

	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)
Són tiểu gấp	93,8	86,3	19,9	99,7
Tiểu gián đoạn	53,1	88,2	14,1	98,1
IPSS 12 điểm	68,8	94,1	29,7	98,8
OABSS 15 điểm	78,1	94,1	32,4	99,2
PVR 53ml	41,9	98	43,7	97,9

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn chức năng đường tiểu dưới từ lâu đã được báo cáo là một đặc trưng cốt yếu trong chẩn đoán bệnh teo nhiều hệ thống, nó là yếu tố dự báo giảm thời gian sống ở bệnh nhân. Các nghiên cứu diễn tiến tự nhiên đã báo cáo tỉ lệ phổ biến của các triệu chứng niệu lên tới 87%.^{5,6} Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ 100% bệnh nhân MSA có triệu chứng đường niệu nhấn mạnh rằng rối loạn chức năng đường niệu gặp ở hầu hết bệnh nhân MSA kể cả trong giai đoạn sớm. Mặt khác, trong giai đoạn sớm, triệu chứng đường tiểu dưới cũng được báo cáo gặp nhiều ở PD, là triệu chứng ngoài vận động được công nhận rõ ràng của PD do sự tích tụ thể Lewy trong hệ thần kinh tự chủ trung ương và ngoại biên, ảnh hưởng đến 40-85% bệnh nhân trong suốt quá trình bệnh.⁷ Tuy nhiên, cũng như các nghiên cứu khác, nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỉ lệ triệu chứng đường niệu ở PD ít hơn so với MSA, điều này giúp phân biệt hai bệnh. Hơn nữa, các hiểu biết trước đây về MSA ghi nhận khoảng 60% bệnh nhân phát triển các triệu

chứng tiết niệu trước hoặc trong khoảng thời gian xuất hiện rối loạn vận động, trong khi ở PD, triệu chứng đường niệu xuất hiện 5-6 năm sau khi có các triệu chứng vận động.⁸ Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khởi phát sớm hơn của triệu chứng đường niệu trong quá trình bệnh ở MSA giúp phân biệt với PD.

Trong cùng thời gian bệnh, bệnh nhân MSA sẽ biểu hiện triệu chứng chứa đựng phổ biến hơn, triệu chứng tổng xuất nhiều hơn, mức độ nặng hơn và ảnh hưởng trên chất lượng cuộc sống nhiều hơn bệnh nhân PD. So với các nghiên cứu khác, tỉ lệ các triệu chứng đường tiểu dưới trong nhóm bệnh nhân MSA của chúng tôi hầu như đều cao hơn, điều này là do sự khác biệt trong ghi nhận các triệu chứng (thông qua sử dụng các thang điểm, bảng câu hỏi, định nghĩa khác nhau, phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân hay hồi cứu), và thời gian bệnh của mẫu nghiên cứu chúng tôi (< 5 năm) dài hơn các nghiên cứu khác (< 3 năm), dẫn đến tỉ lệ phát hiện khác nhau giữa các nghiên cứu.

Ngoài ra, chúng tôi còn sử dụng điểm cắt

của hai thang đo IPSS và OABSS với mục tiêu tìm ra ngưỡng độ nặng của triệu chứng đường niệu dưới cho việc hướng dẫn rõ ràng chẩn đoán phân biệt giữa MSA và PD. Hai thang đo này vốn đã được xác nhận giá trị trong bối cảnh các bệnh lý tiết niệu, nhưng chưa được xác nhận rõ ràng cho việc đánh giá giá trị trên nhóm bệnh nhân có hội chứng Parkinson. Hơn nữa, cho đến nay vẫn chưa có thang điểm nào đánh giá chuyên sâu về triệu chứng đường tiết niệu dưới trên nhóm người bệnh có hội chứng Parkinson như MSA và PD. Do đó cần có thêm nghiên cứu hơn nữa về vấn đề này trong tương lai.

Rối loạn chức năng tiết niệu ở bệnh Parkinson được đặc trưng bởi rối loạn chức năng chứa đựng nước tiểu, và rối loạn nhẹ chức năng tổng xuất,⁹ trong khi bệnh nhân với teo nhiều hệ thống biểu hiện rối loạn chức năng chứa đựng lần tổng xuất nước tiểu nghiêm trọng hơn.¹⁰ Vì vậy, sự khác biệt đáng chú ý giữa PD và MSA liên quan đến rối loạn chức năng tiết niệu là mức độ nghiêm trọng của rối loạn chức năng tổng xuất nước tiểu.¹⁰ Việc chẩn đoán mô hình rối loạn và mức độ nghiêm trọng của triệu chứng đường tiểu dưới bằng cách phân tích chi tiết các bảng câu hỏi là chủ quan và khó tiếp cận trên lâm sàng với các nhà thần kinh học, vậy nên kiểm tra khách quan, đáng tin cậy, dễ thực hiện trên lâm sàng ở những bệnh nhân dự đoán có rối loạn chức năng tổng xuất là đo thể tích nước tiểu tồn lưu PVR. Trong nghiên cứu chúng tôi, mức PVR ở nhóm MSA thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trên thế giới và tỉ lệ PVR bất thường cũng thấp hơn tương ứng. Việc khác nhau về kỹ thuật đo PVR, thời gian bệnh, loại trừ các bệnh nhân có bệnh kết hợp cũng như tỉ lệ chẩn đoán xác định khác nhau ở các nghiên cứu có thể dẫn đến sự khác biệt trên. Dù vậy, khi so sánh với nhóm PD, PVR ở MSA trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nhiều so với PD và PVR > 100ml có ý nghĩa phân biệt hai bệnh. Điều này rõ ràng cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu trên thế giới, bệnh nhân MSA có PVR lớn (> 100ml) trong năm thứ hai của bệnh, trong khi bệnh nhân PD hiếm khi có PVR lớn ngay cả ở giai đoạn muộn của bệnh.¹⁰

Hơn nữa, chúng tôi tính toán điểm cắt PVR 53ml để có được độ nhạy tương ứng là 41,9% và độ đặc hiệu 98% cho chẩn đoán phân biệt MSA và PD giai đoạn sớm, thông qua chỉ số Youden và Union. Điểm cắt này là thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới bởi trung vị PVR ở cả mẫu MSA và PD của chúng tôi đều thấp. Điểm hạn chế trong việc xác định điểm cắt trong

nghiên cứu của chúng tôi là việc phân bố giá trị PVR của nhóm MSA trong nghiên cứu là phân phối lệch, khi thực hiện xác định điểm cắt theo hai chỉ số Union và Youden thì chỉ cho ra kết quả ngưỡng cắt "quanh quẩn" trên số liệu thu được chứ không phải bất kì số nào trong phạm vi số liệu, nên việc thể hiện con số ngưỡng cho PVR chưa phải là thật sự tối ưu.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn đường tiết niệu dưới là triệu chứng thần kinh tự chủ phổ biến ở cả MSA lẫn PD giai đoạn sớm. Các triệu chứng đường niệu dưới cũng như siêu âm đo PVR có thể giúp hỗ trợ phân biệt giữa PD và MSA giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gilman S, Low PA, Quinn N, et al.** Consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. *J Neurol Sci.* 1999; 163(1):94-8. doi:10.1016/s0022-510x(98)00304-9.
2. **Quinn N.** Multiple system atrophy--the nature of the beast. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 1989; 52(Suppl):78-89.
3. **Gilman S, Wenning GK, Low PA, et al.** Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy. *Neurology.* 2008; 71(9):670-6. doi:10.1212/01.wnl.0000324625.00404.15.
4. **Sakakibara R, Panicker J, Simeoni S, et al.** Bladder dysfunction as the initial presentation of multiple system atrophy: a prospective cohort study. *Clin Auton Res.* 2019; 29(6):627-631. doi:10.1007/s10286-018-0550-y.
5. **Wenning GK, Geser F, Krismer F, et al.** The natural history of multiple system atrophy: a prospective European cohort study. *Lancet Neurol.* 2013; 12(3):264-74. doi:10.1016/s1474-4422(12)70327-7.
6. **Low PA, Reich SG, Jankovic J, et al.** Natural history of multiple system atrophy in the USA: a prospective cohort study. *Lancet Neurol.* 2015; 14(7):710-9. doi:10.1016/s1474-4422(15)00058-7.
7. **Cersosimo MG, Benarroch EE.** Autonomic involvement in Parkinson's disease: pathology, pathophysiology, clinical features and possible peripheral biomarkers. *J Neurol Sci.* 2012; 313(1-2):57-63. doi:10.1016/j.jns.2011.09.030.
8. **Ogawa T, Sakakibara R, Kuno S, et al.** Prevalence and treatment of LUTS in patients with Parkinson disease or multiple system atrophy. *Nat Rev Urol.* 2017; 14(2):79-89. doi:10.1038/nrurol.2016.254.
9. **Uchiyama T, Sakakibara R, Yamamoto T, et al.** Urinary dysfunction in early and untreated Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011; 82(12):1382-6. doi:10.1136/jnnp.2011.241075.
10. **Yamamoto T, Sakakibara R, Uchiyama T, et al.** Pelvic organ dysfunction is more prevalent and severe in MSA-P compared to Parkinson's disease. *NeuroUrol Urodyn.* 2011; 30(1):102-7. doi:10.1002/nau.2094

SO SÁNH ĐỘ CHÍNH XÁC CỦA HAI KỸ THUẬT ĐẶT IMPLANT CÓ HƯỚNG DẪN TĨNH VÀ ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN MẤT RĂNG SAU: NGHIÊN CỨU NỬA MIỆNG

Nguyễn Văn Quan¹, Nguyễn Văn Khoa¹, Lê Trung Chánh¹,
Võ Chí Hùng², Hoàng Trọng Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu so sánh độ chính xác và sự hài lòng của bệnh nhân đối với hai kỹ thuật đặt implant có hướng dẫn tĩnh (SCAI) và hướng dẫn động (DCAI) ở vùng mất răng sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu nửa miệng được thực hiện trên 10 bệnh nhân mất răng sau hàm dưới. Mỗi bệnh nhân được đặt implant ở hai bên hàm với hai kỹ thuật khác nhau (SCAI và DCAI). Các số đo độ lệch implant sau khi đặt so với implant kế hoạch được đo lường bằng phần mềm coDiagnostiX. Một bảng câu hỏi được sử dụng để đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân đối với hai kỹ thuật. Các thông số được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Trung vị và tứ phân vị được phân tích và kiểm định bằng Wilcoxon Signed-Rank Test. **Kết quả:** Nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt thống kê giữa 2 kỹ thuật SCAI và DCAI đối với độ lệch góc, độ lệch 3 chiều tại cổ và chóp implant và hầu hết các độ lệch thành phần tại cổ và chóp implant, ngoại trừ độ lệch ngoài tại chóp implant của hai nhóm SCAI và DCAI khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với trung vị lần lượt là -0,41mm (TPV: -1,1 - 0,07) và 0,19mm (TPV: -0,1 - 0,75). Không có sự khác biệt về cảm nhận đau sau 3 ngày điều trị giữa hai kỹ thuật. Tuy nhiên, bệnh nhân cảm thấy mỏi hàm hơn đối với nhóm DCAI so với nhóm SCAI, ngược lại bệnh nhân hài lòng về thời gian điều trị đối với nhóm SCAI hơn so với nhóm DCAI. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Hai kỹ thuật SCAI và DCAI đều cung cấp độ chính xác cao trong việc đặt implant ở vùng răng sau, nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ mỏi hàm và sự hài lòng của bệnh nhân về thời gian thực hiện đối với 2 kỹ thuật này. **Từ khóa:** Implant nha khoa, hướng dẫn tĩnh, hướng dẫn động, độ chính xác, sự hài lòng của bệnh nhân.

SUMMARY

THE ACCURACY OF STATIC AND DYNAMIC IMPLANT PLACEMENT TECHNIQUES IN POSTERIOR EDENTULOUS PATIENTS: A SPLIT-MOUTH STUDY

Objective: To compare the accuracy and patient's satisfaction between two implant placement techniques: static computer-assisted implantology

(SCAI) and dynamic computer-assisted implantology (DCAI) in the posterior edentulous region. **Materials and Methods:** A split-mouth study was conducted on 10 patients with missing posterior teeth in mandibular. Each patient received implants on both sides of the jaw using two different techniques (SCAI and DCAI). The deviations of the placed implants and the planned positions were measured using coDiagnostiX software. A questionnaire was used to assess patient's satisfaction with the two techniques. The data were collected and analyzed using SPSS 22.0 software. The median and interquartile range (IQR) were used for analysis, and the Wilcoxon Signed-Rank test was applied. **Results:** The study found no statistically significant differences between the two techniques (SCAI and DCAI) in terms of angular deviation, 3D coronal and apical deviations, and most component deviations at the coronal and apical levels of the implants, except for the buccal deviation at the apex. The buccal deviation at the apex between the SCAI and DCAI groups was statistically significant ($p < 0.05$) with a median of -0.41mm (IQR: -1.1 to 0.07) and 0.19mm (IQR: -0.1 to 0.75), respectively. There was no difference in pain perception 3 days post-treatment between the two techniques. However, patients reported more jaw fatigue with the DCAI group compared to the SCAI group, while they were more satisfied with the treatment duration in the SCAI group than in the DCAI group. This difference was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** Both SCAI and DCAI techniques provide high accuracy in posterior implant placement, nevertheless there are significant differences in jaw fatigue and patient's satisfaction with treatment time between the two techniques.

Keywords: Dental implants, static guidance, dynamic guidance, accuracy, patient satisfaction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc đặt implant ở vị trí tối ưu là yếu tố then chốt cho sự thành công lâu dài và ổn định của phục hình bên trên¹. Mặc dù implant được ứng dụng rộng rãi trong điều trị mất răng, kết quả điều trị đôi khi không đạt được mong đợi do implant được đặt không đúng vị trí. Sự sai lệch này có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ như viêm mô mềm quanh implant, tiêu xương, và xâm phạm các cấu trúc giải phẫu lân cận². Để giảm thiểu những biến chứng này, những giải pháp kỹ thuật số đã ra đời, cho phép người thực hiện điều chỉnh chính xác vị trí mũi khoan và implant.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP.HCM

²Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trọng Hùng

Email: htrhung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024