

Nhập viện- Nong bóng ở 2 nhóm bệnh nhân không trì hoãn DTB và trì hoãn DTB. Trong đó, nhóm đối tượng không trì hoãn DTB có phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện-Nong bóng ngắn hơn so với nhóm đối tượng trì hoãn DTB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thygesen K, Alpert JS, White HD, et al. (2007) Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation*, 116(22), pp.2634-2653.
2. Salari N, Morddarvanjoghi F, Abdolmaleki A, et al. (2023) The global prevalence of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*, 23(1), pp.206. doi:10.1186/s12872-023-03231-w
3. Karkabi B, Meir G, Zafrir B, et al. (2021) Door-to-balloon time and mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing primary angioplasty. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*, 7(4), pp.422-426. doi:10.1093/ehjqcco/qcaa037
4. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*, 44(38), pp.3720-3826. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines>
5. Lợi NH, Hùng PM, Chinh ĐĐ (2023). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*, 162(1), pp.237-246. doi:10.52852/tcncyh.v162i1.1368
6. Thăng VV, Phong PT, Kiên NT (2019). Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp mạch vành tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017-2018. *Tạp chí Y tế Công cộng*, 21, pp.1-6.
7. Griffin ACG, Yildiz M, Bradley S, et al. (2023) Frequency and outcomes of STEMI patients presenting between 12 and 24 h after symptom onset: Late-presenting STEMI. *Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv*, 101(1), pp.1-10. doi:10.1002/ccd.30495
8. Al-Rumhi MA, Sabei SDA, Al-Noumani HS, et al. (2024). Influence of Organisational-Level Factors on Delayed Door-to-Balloon Time among Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2024, 24(2), pp.177-185. doi:10.18295/squmj.12.2023.089
9. Namdar P, Yekefallah L, Jalalian F, et al. (2021) Improving Door-to-Balloon Time for Patients With Acute ST-Elevation Myocardial Infarction: A Controlled Clinical Trial. *Curr Probl Cardiol*, 46(3). doi:10.1016/j.cpcardiol.2020. 100674

HOẠT ĐỘNG SỐNG HẰNG NGÀY VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH PARKINSON MỚI CHẨN ĐOÁN

Trần Ngọc Tài^{1,3}, Nguyễn Đình Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi đầu điều trị thuốc ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán phụ thuộc vào sự suy giảm về chức năng và/hoặc chất lượng cuộc sống. Hoạt động sống hằng ngày được xem là một trong những phần cốt lõi để đánh giá suy giảm chức năng nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán có ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày theo thang điểm MDS – UPDRS phần II và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên những bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội bệnh Parkinson và Rối loạn vận động thể giới năm 2015 tại phòng khám Parkinson và Rối loạn vận động, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2022 đến

tháng 06/2023. Các đối tượng tham gia được thu thập dữ liệu nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, và thang đo MDS – UPDRS. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Rstudio-2023.06.01 và Epidata 4.6.0.6. **Kết quả:** Có tất cả 61 bệnh nhân bệnh Parkinson thỏa tiêu chuẩn. Tỉ lệ bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán có ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày dựa trên thang điểm MDS – UPDRS phần II là 91,80%. Các khía cạnh trong phân loại hoạt động sống hằng ngày cơ bản bị ảnh hưởng có tỉ lệ lần lượt là sử dụng dụng cụ để ăn (78,69%), mặc quần áo (73,77%), vệ sinh cá nhân (63,93%), xoay trở trên giường (63,93%), bước ra khỏi giường (68,85%), bước đi và thăng bằng (80,33%). Các khía cạnh trong phân loại hoạt động sống hằng ngày có sử dụng công cụ bị ảnh hưởng là chữ viết (73,77%), sở thích và các hoạt động khác (65,57%). Phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động sống hằng ngày ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán là điểm MDS – UPDRS phần I ($p = 0,005$) và điểm MDS – UPDRS phần III ($p = 0,01$). **Kết luận:** Ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày là rất phổ biến ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán theo thang đo MDS – UPDRS phần II. Các triệu chứng vận động (MDS-UPDRS phần III) và ngoài vận động (MDS-UPDRS phần I) có tương quan độc lập với hoạt động sống hằng ngày của bệnh nhân.

Từ khóa: Hoạt động sống hằng ngày, bệnh Parkinson, mới chẩn đoán.

¹Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đà Nẵng

³Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tài

Email: tai.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

SUMMARY**ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PARKINSON'S DISEASE**

Background: Initiation of pharmacological treatment in patients with newly diagnosed Parkinson's disease depends on the decline in function and/or quality of life. In particular, activities of daily living are considered one of the core parts of functional impairment assessment but have not been fully studied. **Objectives:** To determine the proportion of newly diagnosed Parkinson's disease patients whose activities of daily living are affected and related factors. **Methods:** This is a cross-sectional study conducting on patients with newly diagnosed Parkinson's disease according to the criteria of the 2015 International Parkinson and Movement Disorders Society at the Parkinson's and Movement Disorders Clinic, University Medical Center HCMC from November 2022 to June 2023. Demographic data, clinical characteristics, and MDS – UPDRS were collected from participating subjects. Data were analysed by using Rstudio-2023.06.01 and Epidata 4.6.0.6 software. **Results:** A total of 61 patients with Parkinson's disease met the criteria. The proportion of patients with newly diagnosed Parkinson's disease being effected on activities of daily living based on the MDS - UPDRS part II scale is 91.80%. Aspects in the classification of basic activities of daily living affected are respectively eating tasks (78.69%), dressing (73.77%), hygiene (63.93%), turning in bed (63.93%), getting out of bed (68.85%) and walking and balance (80.33%). The affected aspects in the classification of instrumental activities of daily living are handwriting (73.77%), doing hobbies and other activities (65.57%). When analysing multivariate regression, the factors affecting activities of daily living in patients with newly diagnosed Parkinson's disease are non-motor aspects of experiences of daily living based on MDS - UPDRS part I scores ($p = 0.005$) and motor symptoms based on MDS – UPDRS part III score ($p = 0.01$). **Conclusions:** Impact on activities of daily living is very common in patients with newly diagnosed Parkinson's disease according to the MDS-UPDRS part II. Motor (MDS-UPDRS part III) and non-motor (MDS-UPDRS part I) symptoms independently correlate with patients' activities of daily living. **Keywords:** activities of daily living, Parkinson disease, newly diagnosed.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh thường gặp thứ hai trên thế giới, ảnh hưởng đến 1 – 2% dân số trên 65 tuổi. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng vận động và có thể kèm theo các triệu chứng ngoài vận động. Điều trị hiện nay chủ yếu nhằm cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.¹

Có nhiều lựa chọn trong thời điểm khởi đầu điều trị thuốc ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán, hoặc khởi đầu điều trị ngay sau khi được chẩn đoán để cung cấp lợi ích lâm sàng tối

đa cho bệnh nhân hoặc trì hoãn việc khởi đầu điều trị để giảm nguy cơ các biến chứng vận động. Việc khởi đầu điều trị thuốc thường dựa trên sự suy giảm của chức năng và/hoặc chất lượng cuộc sống. Trong đó, ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày (HĐSHN) là một trong những phần cốt lõi trong đánh giá sự suy giảm chức năng này.² Hoạt động sống hằng ngày là một thuật ngữ được sử dụng để mô tả chung các kĩ năng cơ bản cần thiết để chăm sóc bản thân một cách độc lập. Thang điểm đánh giá bệnh Parkinson thống nhất của Hội rối loạn vận động thể giới (MDS – UPDRS) là thang điểm phổ biến để đánh giá bệnh Parkinson. Trong đó, phương diện vận động của các trải nghiệm cuộc sống hằng ngày (M – EDL) của thang điểm MDS – UPDRS là phần đánh giá hữu ích và đặc hiệu về HĐSHN cho bệnh Parkinson.³

Trên thế giới có một số nghiên cứu khảo sát đặc điểm có liên quan đến HĐSHN ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để khảo sát tỉ lệ bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán có ảnh hưởng HĐSHN. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện để xác định tỉ lệ bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán có ảnh hưởng HĐSHN cũng như xác định các yếu tố liên quan của chúng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên những bệnh nhân bệnh Parkinson mới được chẩn đoán lần đầu tại phòng khám Parkinson và Rối loạn vận động, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023.

Đối tượng tham gia có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Hội Parkinson và Rối loạn vận động quốc tế năm 2015.⁴ Nghiên cứu loại trừ những bệnh nhân có điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE) <25; có các bệnh lí nặng đi kèm làm ảnh hưởng đến HĐSHN như suy tim, suy hô hấp, suy gan, suy thận nặng...; và bệnh nhân đang có thai.

Bệnh nhân được thu thập các dữ liệu về nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, phân nhóm bệnh theo triệu chứng vận động, thang điểm MMSE, giai đoạn Hoehn & Yahr, và thang điểm MDS – UPDRS.

MDS-UPDRS bao gồm bốn phần: Phần I là phương diện ngoài vận động của các trải nghiệm cuộc sống hằng ngày (nM-EDL), gồm 13 mục; Phần II là phương diện vận động của các trải nghiệm cuộc sống hàng ngày (M-EDL), gồm 13 mục; Phần III là khám vận động (MEx), gồm 18

mục; và Phần IV là các biến chứng vận động (MComp), với sáu mục bao gồm đánh giá loạn động và dao động vận động. Mỗi mục được cho điểm từ 0 (bình thường) đến 4 (nặng) và tổng điểm được tính từ tổng điểm của các mục tương ứng cho từng phần. Ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán chưa được điều trị nội khoa, phần IV không đánh giá.⁵

Số liệu được thu thập bằng phần mềm Epidata 4.6.0.6 và được xử lý bằng phần mềm R. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm (%), và so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương. Các biến số định lượng theo phân phối chuẩn được thống kê theo trung bình và độ lệch chuẩn, không có phân phối chuẩn được thống kê theo trung vị và khoảng tứ phân vị, và so sánh bằng phép kiểm T test và Mann – Whitney. So sánh nhiều hơn hai giá trị trung bình của các biến định lượng bằng phép kiểm ANOVA hoặc Kruskal – Wallis. Đánh giá mức độ tương quan giữa hai biến định lượng bằng hệ số tương quan Pearson. Hồi quy tuyến tính để xác định mối liên quan giữa các yếu tố liên quan với HDSHN. Các phân tích có mức ý nghĩa $p < 0,05$.

Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 847/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 11 tháng 11 năm 2022. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều ký đồng thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson lần đầu được thu thập các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng, được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu và lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n=61)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi ^a	62,66±11,88

Bảng 2. Tỷ lệ đặc điểm về phương diện vận động của các trải nghiệm hoạt động sống hằng ngày (n=61)

Đặc điểm	Điểm 0	Điểm 1	Điểm 2	Điểm 3	Điểm 4
Hoạt động sống hằng ngày cơ bản					
Sử dụng dụng cụ để ăn (%)	13 (21,31)	35 (57,38)	11 (18,03)	2 (3,28)	0 (0)
Mặc quần áo (%)	16 (26,23)	42 (68,85)	3 (4,92)	0 (0)	0 (0)
Vệ sinh cá nhân (%)	22 (36,07)	38 (62,30)	1 (1,64)	0 (0)	0 (0)
Xoay trở trên giường (%)	22 (36,07)	38 (62,30)	1 (1,64)	0 (0)	0 (0)
Bước ra khỏi giường, xe, hoặc ghế trứng (%)	19 (31,15)	28 (45,90)	14 (22,95)	0 (0)	0 (0)
Bước đi và thẳng bằng (%)	12 (19,67)	49 (80,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hoạt động sống hằng ngày có sử dụng công cụ					
Chữ viết (%)	16 (26,23)	41 (67,21)	4 (6,56)	0 (0)	0 (0)
Sở thích và các hoạt động khác (%)	21 (34,43)	10 (16,39)	23 (37,70)	5 (8,20)	2 (3,28)
Triệu chứng bệnh Parkinson					

Giới tính	
Nữ	36 (59,02%)
Nam	25 (40,98%)
Tuổi khởi phát bệnh ^a	60,89±11,95
Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng vận động đến lúc chẩn đoán (tháng) ^b	18 (12-24)
Thời gian của từng nhóm triệu chứng vận động từ lúc khởi phát đến lúc chẩn đoán (tháng) ^b	
Run khi nghỉ	12 (12-24)
Chậm vận động	24 (11,5-24)
Đơ cứng	24 (16-36)
Run khi nghỉ + Chậm vận động	18 (15-21)
Run khi nghỉ + Đơ cứng	21 (16,25-24)
Chậm vận động + Đơ cứng	12 (6-12)
Run khi nghỉ + Chậm vận động + Đơ cứng	18 (15-21)
Phân nhóm bệnh theo triệu chứng vận động	
Thể ưu thể run	51 (83,61%)
Thể ưu thể mất ổn định tư thế và bất thường dáng đi	7 (11,48%)
Thể trung gian	3 (4,92%)
Giai đoạn Hoehn & Yahr	
Giai đoạn 1	6 (9,84%)
Giai đoạn 2	40 (65,57%)
Giai đoạn 3	15 (24,59%)
Giai đoạn 4/5	0 (0)

^aKiểm định Kruskal – Wallis

^aTrung bình ± Độ lệch chuẩn

^bTrung vị, Khoảng tứ phân vị

Tỉ lệ bệnh nhân có ảnh hưởng HDSHN của mẫu nghiên cứu là 91,80%, trong đó 81,9% được phân loại mức độ nhẹ, 9,84% là mức độ vừa và không có bệnh nhân mức độ nặng. Các đặc điểm về phương diện vận động của các trải nghiệm cuộc sống hàng ngày được trình bày trong bảng 2.

Lời nói (%)	26 (42,61)	29 (47,54)	6 (9,84)	0 (0)	0 (0)
Nước bọt và chảy dãi (%)	36 (59,02)	4 (6,56)	20 (32,79)	1 (1,64)	0 (0)
Nhai và nuốt (%)	38 (62,30)	22 (36,07)	1 (1,64)	0 (0)	0 (0)
Run (%)	12 (19,67)	12 (19,67)	23 (37,70)	12 (19,67)	2 (3,28)
Đông cứng (%)	58 (95,08)	1 (1,64)	2 (3,28)	0 (0)	0 (0)

Kết quả phân tích hồi quy đơn biến cho thấy điểm MDS – UPDRS phần II ở những bệnh nhân có triệu chứng mất ổn định tư thế lúc chẩn đoán cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những bệnh nhân không có triệu chứng này ($p=0,0014$), bệnh nhân được phân loại theo giai đoạn Hoehn & Yahr càng cao thì có điểm MDS – UPDRS phần II càng cao ($p<0,04$). Nghiên cứu cho thấy có sự tương quan thuận giữa HDSHN dựa trên thang điểm MDS – UPDRS phần II với thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng vận động đến lúc chẩn đoán ($r = 0,39, p = 0,0016$), điểm MDS – UPDRS

phần I ($r = 0,49, p < 0,001$), và điểm MDS – UPDRS phần III ($r = 0,57, p < 0,001$).

Khi phân tích hồi quy đa biến giữa 4 biến độc lập (thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng vận động đến lúc chẩn đoán, giai đoạn Hoehn & Yahr, điểm MDS – UPDRS phần I, và điểm MDS – UPDRS phần III) và biến phụ thuộc là điểm MDS – UPDRS phần II, chúng tôi ghi nhận 2 yếu tố điểm MDS – UPDRS phần I ($p=0,005$) và điểm MDS – UPDRS phần III có mối tương quan độc lập có ý nghĩa thống kê lên điểm MDS – UPDRS phần II ($p=0,01$) (bảng 3).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến hoạt động sống hằng ngày dựa trên thang điểm MDS – UPDRS phần II trong phân tích hồi quy đa biến (n = 61)

	B	Khoảng tin cậy 95%	P	
Hằng số	- 0,77	- 4,61 – 3,07	0,69	
Giai đoạn Hoehn & Yahr	Giai đoạn 1	1		
	Giai đoạn 2	1,34	- 2,51 – 5,23	0,49
	Giai đoạn 3	3,11	- 1,72 – 7,93	0,20
Thời gian khởi phát đến thời điểm chẩn đoán	0,07	- 0,01 – 0,16	0,10	
Điểm MDS – UPDRS phần I	0,36	0,11 – 0,61	0,005	
Điểm MDS – UPDRS phần III	0,14	0,02 – 0,24	0,01	

IV. BÀN LUẬN

Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam đánh giá HDSHN ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới được chẩn đoán. Thời gian khởi phát triệu chứng vận động đến lúc được chẩn đoán bệnh Parkinson trung vị là 18 tháng. Thời điểm chẩn đoán này tương đồng với nghiên cứu khác như nghiên cứu của Chung SJ và cộng sự⁶ ($18,04 \pm 15,98$ tháng). Tuy nhiên, điều này cho thấy bệnh Parkinson được chẩn đoán tương đối trẻ. Có thể lí giải cho việc chẩn đoán muộn là do bệnh Parkinson thường được chẩn đoán sai khi được khám bởi các bác sĩ không phải là chuyên khoa thần kinh với các triệu chứng khởi phát đầu tiên không đặc hiệu cho bệnh Parkinson. Việc chẩn đoán chậm của nhóm bệnh này làm ảnh hưởng đáng kể tới HDSHN của bệnh nhân với 91,8% trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi. Dựa vào phân nhóm bệnh theo điểm thành phần trong thang điểm MDS – UPDRS, thể ưu thể run (TD) chiếm tỉ lệ cao nhất với 83,61%, thể mất ổn định tư thế và bất thường dáng đi (PIGD) chiếm tỉ lệ 11,48%, và thể trung gian (ID) có tỉ lệ thấp nhất với 4,92%. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số được phân loại ở giai đoạn 2 theo Hoehn & Yahr với 65,57%, tiếp đến là giai đoạn

3 với 24,59%, thấp nhất ở giai đoạn 1 với 9,84% và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn 4 hoặc 5. Phân nhóm bệnh nhân theo giai đoạn Hoehn & Yahr trong nghiên cứu của chúng tôi khác với các nghiên cứu khác có thể là do thời gian từ khi khởi phát triệu chứng vận động đến thời điểm được chẩn đoán kéo dài.

Tỉ lệ bệnh nhân có ảnh hưởng HDSHN dựa trên thang điểm MDS – UPDRS phần II trong nghiên cứu của chúng tôi là 91,80%. Trong đó, 81,97% bệnh nhân được phân loại mức độ nhẹ, 9,84% là mức độ vừa và không có bệnh nhân mức độ nặng. Cũng phân loại độ nặng HDSHN, nghiên cứu của Rodriguez-Blazquez C và cộng sự³ cho thấy tỉ lệ có ảnh hưởng HDSHN là 95,4%, trong đó 63,8% mức độ nhẹ, 22,6% mức độ vừa và 9,0% mức độ nặng. Sở dĩ có sự khác nhau giữa hai nghiên cứu có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh của hai nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của Rodriguez-Blazquez C và cộng sự³ thu nhận những bệnh nhân bệnh Parkinson nói chung nên tỉ lệ có ảnh hưởng HDSHN cao hơn và tỉ lệ mức độ vừa và nặng cũng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi vốn chỉ thu nhận những bệnh nhân Parkinson mới được chẩn đoán và chưa điều trị. Theo hiểu biết của chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang điểm

MDS – UPDRS phần II như là thang điểm đánh giá HDSHN ở bệnh nhân mới chẩn đoán nhằm xác định mức độ ảnh hưởng và góp phần đưa ra quyết định khởi đầu điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết bệnh nhân Parkinson mới được chẩn đoán đều ảnh hưởng đến HDSHN và điều đó góp phần đưa ra quyết định điều trị cho những bệnh nhân Parkinson mới được chẩn đoán tại Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khía cạnh HDSHN cơ bản có tỉ lệ cao là bước đi và thăng bằng (80,33%), sử dụng dụng cụ để ăn (78,69%), và mặc quần áo (73,77%). Việc chậm bước đi được thể hiện cả lúc bắt đầu đi và trong quá trình đi được giải thích rằng sự chậm bắt đầu vận động có liên quan đến rối loạn chức năng mạng lưới ức chế chủ động trong bệnh Parkinson. Mặc dù, việc sử dụng tay hoặc dụng cụ kèm theo để ăn trong HDSHN thường sử dụng tay thuận để thực hiện các động tác ăn uống, việc suy giảm chức năng ăn uống lại xảy ra ở cả hai bên trong nghiên cứu của Doan JB và cộng sự⁷. Trong nghiên cứu của Dijkstra F và cộng sự⁸, xoay trở trên giường là khía cạnh bị ảnh hưởng trong bệnh Parkinson giai đoạn sớm và nghiên cứu chỉ ra khó khăn trong xoay trở trên giường gập, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những bệnh nhân có tiền triệu của bệnh Parkinson và nhóm chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khía cạnh HDSHN có sử dụng công cụ là chữ viết cũng ảnh hưởng cao với 73,77%. Theo nghiên cứu của Ponsen MM và cộng sự⁹ cũng cho thấy giảm khả năng viết là một đặc điểm rất sớm của bệnh Parkinson.

Khi xem xét từng yếu tố trong mô hình hồi quy đa biến, ghi nhận 2 yếu tố là điểm MDS – UPDRS phần I và điểm MDS – UPDRS phần III có mối tương quan độc lập có ý nghĩa thống kê lên điểm MDS – UPDRS phần II. Qua đó cho thấy HDSHN ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán dựa trên điểm MDS – UPDRS phần II bị ảnh hưởng bởi độ nặng của triệu chứng ngoài vận động (điểm MDS – UPDRS phần I) và độ nặng của triệu chứng vận động (điểm MDS – UPDRS phần III). Trong nghiên cứu ở bệnh nhân bệnh Parkinson nói chung, các triệu chứng ngoài vận động và vận động của bệnh Parkinson là yếu tố quyết định mạnh mẽ và độc lập về tình trạng khuyết tật, được đo bằng HDSHN ngày dựa trên thang điểm MDS – UPDRS phần II.³

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế như thang điểm MDS – UPDRS phiên bản tiếng Việt chưa được sự chấp thuận của Hội rối loạn vận động quốc tế; Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

nên không thể thể hiện mối quan hệ rõ ràng giữa các yếu tố nên cần có nghiên cứu như nghiên cứu đoàn hệ để thể hiện rõ mối quan hệ này.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ ảnh hưởng HDSHN ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán là rất phổ biến và các triệu chứng vận động và ngoài vận động ảnh hưởng đến hoạt động sống hàng ngày của bệnh nhân. Thang điểm MDS – UPDRS phần II có thể là công cụ đánh giá hoạt động sống hàng ngày hữu ích giúp nhà lâm sàng quyết định thời điểm thích hợp để bắt đầu điều trị ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Brakedal B, Toker L, Hauqarvoll K, Tzoulis C.** A nationwide study of the incidence, prevalence and mortality of Parkinson's disease in the Norwegian population. *NPJ Parkinsons Dis.* 2022;8(1): 19. Published 2022 Mar 2. doi:10.1038/s41531-022-00280-4
- Olanow CW, Watts RL, Koller WC.** An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease (2001): treatment guidelines. *Neurology.* 2001;56(11 Suppl 5):S1-S88. doi:10.1212/wnl.56.suppl.5.s1
- Rodriguez-Blazquez C, Rojo-Abuin JM, Alvarez-Sanchez M, et al.** The MDS-UPDRS Part II (motor experiences of daily living) resulted useful for assessment of disability in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013;19(10): 889-893. doi:10.1016/j.parkreldis.2013.05.017
- Postuma RB, Berg D, Stern M, et al.** MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2015;30(12):1591-1601. doi:10.1002/mds.26424
- 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. *Mov Disord.* 2008;23(15):2129-2170. doi:10.1002/mds.22340
- Chung SJ, Yoo HS, Lee HS, et al.** Baseline cognitive profile is closely associated with long-term motor prognosis in newly diagnosed Parkinson's disease. *J Neurol.* 2021;268(11): 4203-4212. doi:10.1007/s00415-021-10529-2
- Doan JB, Melvin KG, Whishaw IO, Suchowersky O.** Bilateral impairments of skilled reach-to-eat in early Parkinson's disease patients presenting with unilateral or asymmetrical symptoms. *Behav Brain Res.* 2008;194(2):207-213. doi:10.1016/j.bbr.2008.07.015
- Dijkstra F, de Volder I, Viane M, Cras P, Crosiers D.** Impaired bed mobility in pre-diagnostic and de novo Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2022;98:47-52. doi:10.1016/j.parkreldis.2022.04.007
- Ponsen MM, Daffertshofer A, Wolters ECH, Beek PJ, Berendse HW.** Impairment of complex upper limb motor function in de novo Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2008;14(3): 199-204. doi:10.1016/j.parkreldis.2007.07.019

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY

Sơn Phước Sơn¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân được chẩn đoán có hội chứng ống cổ 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 kết hợp tiến cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên đến khám được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay và điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 02/2024. **Kết quả:** Hầu hết các đối tượng đều có thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện là trên 3 tháng (85,3%), còn lại là nhóm đối tượng từ 1-3 tháng và dưới 1 tháng với tỷ lệ lần lượt là 11,8% và 2,9%. Yếu tố vận động cổ tay nhiều (6-8 giờ) và mãn kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), sau đó viêm khớp là một yếu tố chiếm tỷ lệ cũng tương đối cao (8,8 %). Triệu chứng tê xuất hiện nhiều nhất là tê về đêm (97,1%), tê bàn tay (91,2%). Triệu chứng cầm nắm yếu (73,5%) và khó thực hiện động tác khéo léo (64,7%), teo mô cái (29,4%). Bệnh nhân dương tính với nghiệm pháp Phalen (67,6%) và dấu hiệu Tinel (61,8%). Bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay mức độ nặng trên điện cơ độ theo phân độ Padua là 79,4%. Trên điện cơ, điểm Boston trung bình tỷ lệ thuận với phân độ Padua trên EMG, mức độ bệnh càng nặng thì điểm Boston trung bình càng cao. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê với ($p<0,05$). **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân, hội chứng ống cổ tay.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients in the group of patients diagnosed with carpal tunnel syndrome at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Methods:** Retrospective study design combined with cross-sectional descriptive study on 34 patients aged 16 years and older who came to be diagnosed with carpal tunnel syndrome and underwent endoscopic surgery at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from January 2023 to February 2024. **Result:** Most of the subjects had a time from symptom onset to hospitalization of more than 3

months (85.3%), the remaining subjects were from 1-3 months and less than 1 month with the rates of 11.8% and 2.9%, respectively. Factors of frequent wrist movement (6-8 hours) and menopause accounted for the highest rate (50%), followed by arthritis, which was a factor with a relatively high rate (8.8%). The most common symptoms of numbness were numbness at night (97.1%), numbness of the hands (91.2%). Symptoms of weak grip (73.5%) and difficulty performing dexterous movements (64.7%), and atrophy of the carpal tunnel (29.4%). Patients were positive for the Phalen test (67.6%) and the Tinel sign (61.8%). Patients with severe carpal tunnel syndrome on electromyography according to Padua classification were 79.4%. On electromyography, the mean Boston score was proportional to the Padua grade on EMG, the more severe the disease, the higher the mean Boston score. This difference was statistically significant ($p<0.05$). **Keywords:** clinical, paraclinical, patient, carpal tunnel syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay, hội chứng đường hầm cổ tay hay hội chứng chèn ép thần kinh giữa. Đây tất cả đều là một hội chứng chèn ép thần kinh ngoại biên thường gặp, nguyên nhân do thần kinh giữa bị chèn ép khi đi trong ống cổ tay. Biểu hiện lâm sàng của hội chứng là những rối loạn về cảm giác và vận động vùng cổ tay do dây thần kinh giữa chi phối, bệnh nhân đến khám với các than phiền về việc các ngón tay bị đau tê cản trở trong sinh hoạt và công việc. Việc chẩn đoán hội chứng ống cổ tay chủ yếu dựa vào lâm sàng và điện cơ ký. Có nhiều phương pháp điều trị trong đó phần lớn trường hợp vừa và nhẹ của hội chứng nói trên có thể giảm hay khỏi hẳn bằng phương pháp điều trị nội và khi bệnh nhân thay đổi môi trường làm việc, lối sống. Tuy nhiên trong những trường hợp nặng thì phẫu thuật nội soi được ưu tiên hơn tất cả các phương pháp còn lại vì có nhiều ưu điểm vượt trội hơn so với các phương pháp phẫu thuật khác [6]. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của của bệnh nhân được chẩn đoán có hội chứng ống cổ 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: Tất cả các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên đến khám được chẩn đoán hội chứng ống cổ tay và điều trị phẫu

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Sơn Phước Sơn

Email: 72698518597@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025