

này không có ý nghĩa thống kê. Dựa trên những kết quả này, chúng tôi khuyến nghị sử dụng chỉ số ABI như một công cụ tầm soát BDMCD, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, có THA mức độ cao và chỉ số BMI bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh HDT, Tuyên HD, Nga NT, và cộng sự.** Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế Y học thực hành 2013;876(7):135-138.
2. **Cảnh NQ, Bích NTN, Sĩ NV.** Đặc điểm bệnh động mạch chi dưới phát hiện qua khảo sát chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay trên người bệnh tăng huyết áp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(1):322-326.
3. **Hùng HV, Kiên NV, Hoàn ĐK.** Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;516(1):155-160.
4. **Quang NN, Hải NT, Hương ĐTT, và cộng sự.** Khảo sát chỉ số ABI ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao về tim mạch. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2024(108):61-67.
5. **Sơn NT, Khuê LN, Hùng PM, và cộng sự.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch chi dưới. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.

- 2022(102):5-19.
6. **Trang NTH, Dũng NT, Bả NQ.** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế bằng siêu âm Doppler mạch máu. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(1):127-131.
 7. **Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al.** 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135(12):726-779.
 8. **Im SI, Rha SW, Choi BG, et al.** Impact of uncontrolled hypertension on 12-month clinical outcomes following below-the-knee arteries (BTK) interventions in patients with critical limb ischemia. Clinical Hypertension. 2015;22:9.
 9. **Korhonen PE, Syvänen KT, Vesalainen RK, et al.** Ankle-brachial index is lower in hypertensive than in normotensive individuals in a cardiovascular risk population. Journal of Hypertension. 2009;27(10):2036-2043.
 10. **Monteiro R, Marto R, Neves MF.** Risk factors related to low ankle-brachial index measured by traditional and modified definition in hypertensive elderly patients. International Journal of Hypertension. 2012;2012:163807.

SỰ CẢI THIỆN CÁC NHÓM TRIỆU CHỨNG VẬN ĐỘNG SAU PHẪU THUẬT KÍCH THÍCH NÃO SÂU Ở BỆNH NHÂN PARKINSON

Trần Ngọc Tài^{1,2}, Phạm Anh Tuấn^{1,4}, Phan Xuân Quang³

TÓM TẮT

Mở đầu: Kích thích não sâu (KTNS) là phương pháp điều trị xâm lấn giúp cải thiện các triệu chứng vận động ở bệnh nhân bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên, hiệu quả của KTNS trên từng nhóm triệu chứng vận động ở bệnh nhân Việt Nam hiện vẫn chưa được đánh giá. **Phương pháp:** Đây là một nghiên cứu quan sát tiến cứu. Những bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển đã được điều trị phẫu thuật KTNS được đưa vào nghiên cứu. Người tham gia được thu thập thông tin về nhân khẩu học, lâm sàng, thuốc điều trị, các thông số KTNS và được đánh giá thang MDS-UPDRS lúc "tắt" máy/ "tắt" thuốc, "bật" máy/"tắt" thuốc và "bật" máy/"bật" thuốc. Phân tích thống kê được tiến hành trên phần mềm SPSS 20. **Kết quả:** Tổng cộng có 39 bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển được KTNS. Tuổi trung bình tại thời điểm

nghiên cứu là $63,1 \pm 9,6$. Thời gian đã được tiến hành KTNS là $3,05 \pm 2,71$ năm. Tổng liều levodopa tương đương LED là 480 ± 276 mg. Các nhóm triệu chứng vận động như run, đơ cứng, chậm vận động, rối loạn dáng đi có cải thiện nhiều với KTNS với tổng điểm MDS-UPDRS phần III ở giai đoạn "tắt máy"/ "tắt thuốc" và "bật máy/tắt thuốc" lần lượt là $12,97 \pm 7,46$ và $4,41 \pm 4,43$; $11,46 \pm 2,45$ và $6,33 \pm 3,16$; $27,44 \pm 6,62$ và $17,77 \pm 5,52$; $7,94 \pm 3,85$ và $5,79 \pm 3,47$; và $63,92 \pm 17,002$ và $37,59 \pm 13,463$ ($p < .001$). Triệu chứng thăng bằng cải thiện ít hơn với điểm giai đoạn "tắt máy"/ "tắt thuốc" và "bật máy/tắt thuốc" lần lượt $2,44 \pm 1,19$ và $1,79 \pm 1,42$ ($p = 0,04$). Triệu chứng giọng nói không hiệu quả với KTNS với điểm giai đoạn "tắt máy"/ "tắt thuốc" và "bật máy/tắt thuốc" lần lượt là $1,59 \pm 0,79$ và $1,59 \pm 0,91$ ($p = 1$). Tất cả các nhóm triệu chứng vận động đều cải thiện ở giai đoạn "bật máy/bật thuốc" ($p < 0,001$). **Kết luận:** Ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển, KTNS cải thiện đáng kể các triệu chứng vận động ngoại biên như chậm cử động, đơ cứng và run nhưng cải thiện ít triệu chứng thăng bằng và không cải thiện triệu chứng giọng nói. **Từ khóa:** Bệnh Parkinson, kích thích não sâu, MDS-UPDRS, triệu chứng vận động.

SUMMARY

THE IMPROVEMENT OF MOTOR SYMPTOM SUBGROUPS AFTER DEEP BRAIN

¹Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 175

⁴Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

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: 12.2.2025

STIMULATION SURGERY IN PATIENTS WITH ADVANCED PARKINSON'S DISEASE

Background: Deep brain stimulation (DBS) is an invasive therapy that helps improve motor symptoms in patients with advanced Parkinson's disease. However, the effectiveness of DBS on subgroups of motor symptoms has not been evaluated in Vietnam. **Methods:** This was a prospective observational study. Patients with advanced Parkinson's disease treated with DBS were included in the study. Participants were collected demographic information, clinical characteristics, medication treatment, DBS parameters and were evaluated with the MDS-UPDRS at "off DBS/off medication", "on DBS/off medication" and "on DBS/on medication". Statistical analysis was done using SPSS 20 software. **Results:** A total of 39 advanced Parkinson's disease patients were included in our study. The average age at the time of the study was 63.1 ± 9.6 years. Time duration from DBS was 3.05 ± 2.71 years. The total levodopa equivalent dose (LED) was 480 ± 276 mg. Subgroups of motor symptoms such as tremor, rigidity, bradykinesia, gait disorders showed improvement, with total MDS-UPDRS part III in the "off" DBS/"off" medication and "on" DBS/"off" medication were respectively 12.97 ± 7.46 and 4.41 ± 4.43 ; 11.46 ± 2.45 and 6.33 ± 3.16 ; 27.44 ± 6.62 and 17.77 ± 5.52 ; 7.94 ± 3.85 and 5.79 ± 3.47 ; and 63.92 ± 17.002 and 37.59 ± 13.463 ($p < .001$). Balance symptoms improved less with the "off DBS"/off medication" and "on DBS/off medication" of 2.44 ± 1.19 and 1.79 ± 1.42 , respectively ($p = 0.04$). Voice symptom showed no improvement with DBS ($p = 1$). All subgroups of motor symptoms improved in the "on" DBS/"on" medication stage ($p < 0.001$). **Conclusions:** In patients with advanced Parkinson's disease, DBS significantly improved motor symptoms such as tremor, rigidity and bradykinesia but little improved balance symptom and did not improve voice symptom.

Keywords: Parkinson's disease, deep brain stimulation, MDS-UPDRS, motor symptoms

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một bệnh thoái hóa thần kinh tiến triển và tỉ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi. Bệnh có tỉ lệ tàn phế cao và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của những người mắc bệnh và những người chăm sóc họ¹. Hiện nay, việc điều trị bệnh Parkinson vẫn chú trọng vào điều trị giảm nhẹ triệu chứng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống bao gồm thuốc, vật lý trị liệu hoặc phẫu thuật². Trong giai đoạn sớm của bệnh, điều trị bằng thuốc như levodopa và các thuốc khác đã cho thấy hiệu quả trong việc giảm nhẹ các triệu chứng. Tuy nhiên, khi bệnh đã tiến triển, các thuốc đều bị giảm hiệu quả hoặc xuất hiện các tác dụng phụ như loạn động, dao động vận động và đòi hỏi phải có thêm các phương pháp điều trị khác³. Một trong số các phương pháp đó là phẫu thuật kích thích não sâu (KTNS).

KTNS là một phẫu thuật thần kinh liên quan

đến việc đặt một thiết bị được gọi là máy kích phát xung điện (đôi khi được gọi là "máy tạo nhịp não"). Máy này có tác dụng truyền các xung điện, thông qua các điện cực được cấy ghép, đến các mục tiêu cụ thể trong não để điều trị các rối loạn vận động, bao gồm bệnh Parkinson, loạn trương lực và run vô căn. Hiệp hội thuốc và thực phẩm Hoa Kỳ đã công nhận KTNS trong điều trị bệnh Parkinson vào năm 2000 vì đã cho thấy hiệu quả ở những bệnh nhân mắc bệnh Parkinson có các biến chứng dao động vận động, loạn động hoặc thể run kháng thuốc⁴. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về KTNS và đều cho thấy tính hiệu quả và an toàn của phương pháp này so với điều trị thuốc thông thường trong việc cải thiện triệu chứng vận động ở người bệnh Parkinson⁵. Ở Việt Nam, KTNS đã được ứng dụng điều trị trên nhóm bệnh nhân bệnh Parkinson. Tuy nhiên, hiệu quả của KTNS trên từng nhóm triệu chứng vận động có khác nhau hay không vẫn chưa được đánh giá. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định sự thay đổi mức độ nặng từng nhóm triệu chứng vận động của bệnh Parkinson khi có và không có sự can thiệp của KTNS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu. Đây là nghiên cứu quan sát tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu. Người tham gia là những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson và đã được điều trị KTNS đến khám tại phòng khám bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ ngày 01/12/2020 đến 31/05/2021. Tiêu chuẩn chọn vào gồm bệnh nhân độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của MDS-PD 2015, đã phẫu thuật KTNS cho điều trị bệnh Parkinson tại Việt Nam, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra gồm những bệnh nhân có thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc tham gia nghiên cứu dưới 1 tháng (vì ảnh hưởng của hiệu ứng sang thương lên hiệu quả của KTNS), có các bệnh nội khoa nặng ảnh hưởng việc đánh giá như bệnh cơ xương khớp nặng, bệnh tim nặng, bệnh phổi nặng, khiếm khuyết thị giác, thính giác... Vì số lượng bệnh nhân Parkinson được KTNS không nhiều nên chúng tôi chọn tối đa các bệnh nhân đáp ứng với tiêu chuẩn chọn vào và loại trừ.

Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được thu thập dữ liệu vào buổi sáng trước khi uống thuốc. Cữ thuốc cuối cùng vào tối ngày hôm trước đến khi đánh giá là > 12 giờ. Các

bệnh nhân được thu thập các số liệu về nhân khẩu học, lâm sàng, liều thuốc uống, các thông số KTNS và đánh giá các thang điểm MDS-UPDRS phần III lúc "tắt" thuốc/"tắt" máy, "tắt" thuốc/"bật" máy, và "bật" thuốc/"bật" máy.

Phân tích dữ liệu. Phân tích số liệu bằng sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, biến số định lượng không có phân phối chuẩn trình bày theo trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh giá trị trung bình giữa hai biến định lượng bằng phép kiểm student khi phân phối chuẩn và phép kiểm Mann-Whitney khi phân phối không chuẩn. Đánh giá hiệu quả của KTNS lên các triệu chứng vận động của bệnh Parkinson bằng cách so sánh điểm số MDS-UPDRS phần III giữa 2 giai đoạn "tắt" thuốc/ "tắt" máy và "tắt" thuốc/ "bật" máy. Đánh giá hiệu quả hiệp đồng của thuốc của KTNS lên các triệu chứng vận động của bệnh Parkinson bằng cách so sánh điểm số MDS-

UPDRS phần III giữa 2 giai đoạn "tắt" thuốc/ "bật" máy và "bật" thuốc/ "bật" máy. Giá trị p có ý nghĩa là p < 0.05.

Y đức. 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 2491/QĐ-ĐHYD ngày 03 tháng 09 năm 2020. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều ký đồng thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Chúng tôi đã khảo sát trên 39 bệnh nhân Parkinson đã thực hiện KTNS với 19 bệnh nhân nam chiếm 48.72% và 20 bệnh nhân nữ chiếm 51,28%. Tuổi của bệnh nhân Parkinson trung bình là 62.67 ± 9.13 tuổi. Tuổi khởi bệnh trung bình là 48.44 ± 9.2 tuổi. Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc nghiên cứu trung bình là 3.05 ± 2.71 năm. Bảng 1 mô tả đặc điểm lâm sàng và hoạt động sống hằng ngày của bệnh nhân theo thang điểm MDS-UPDRS.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân mẫu nghiên cứu theo thang điểm MDS-UPDRS

| Thang MDS-UPDRS | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất | Giá trị trung bình |
|---|------------------|------------------|--------------------|
| Điểm UPDRS phần 1 | 0 | 22 | 9.10 ± 5.548 |
| Điểm UPDRS phần 2 | 1 | 39 | 19.49 ± 8.531 |
| Điểm UPDRS phần 3 "tắt" thuốc/"tắt" máy | 28 | 104 | 63.92 ± 17.002 |
| Điểm UPDRS phần 3 "tắt" thuốc/"bật" máy | 8 | 68 | 37.59 ± 13.463 |
| Điểm UPDRS phần 3 "bật" thuốc/"bật" máy | 4 | 60 | 25.33 ± 11.624 |
| Điểm UPDRS phần 4 | 0 | 18 | 4.82 ± 4.109 |

Các thuốc được sử dụng điều trị sau phẫu thuật KTNS mô tả trong bảng 2, trong đó tổng liều levodopa tương đương (LED) là 480 ± 276 mg.

Bảng 2: Các thuốc được sử dụng điều trị sau KTNS

| Thuốc | Phần trăm (số bệnh nhân) | Liều thấp nhất (mg) | Liều cao nhất (mg) | Liều trung bình (mg) | |
|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|-------------|
| Levodopa | 94.9% (37) | 62.5 | 1000 | 423.311 ± 263.05 | |
| Đồng vận dopamine | 43.6% (17) | 38.5% (15) | 0,75 | 4,5 | 1.72 ± 1.1 |
| | | 5.1% (2) | 100 | 150 | 125 ± 35.36 |
| Trihexyphenidyl | 25.6% (10) | 1 | 4 | 2.5 ± 0.97 | |
| Entecapone | 5.1% (2) | 200 | 1000 | 600 ± 565.69 | |
| Amantadine | 5.1% (2) | 100 | 100 | 100 | |

Trong 39 bệnh nhân, có 38 bệnh nhân (97.4%) bị biến chứng vận động, trong đó 37 bệnh nhân (94.9%) bị dao động vận động và 28 bệnh nhân (71.2%) bị loạn động. Có tổng cộng 27 bệnh nhân (69.2%) vừa có dao động vận động vừa có loạn động, 10 bệnh nhân (25.6%) chỉ có

dao động vận động, 1 bệnh nhân chỉ có loạn động (2.6%) và 1 bệnh nhân (2.6%) không có cả dao động vận động và loạn động (bệnh nhân ngưng thuốc sau mổ). Bảng 3 mô tả các thông số kích thích ở bệnh nhân sau phẫu thuật KTNS.

Bảng 3: Các thông số kích thích ở bệnh nhân KTNS

| Thông số | Bên | Trung bình | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất |
|---------------|------|-------------------|------------------|------------------|
| Điện thế (V) | Phải | 2.914 ± 1.077 | 1.000 | 7.000 |
| | Trái | 2.800 ± 0.83 | 1.600 | 4.900 |
| Trở kháng (Ω) | Phải | 1049.54 ± 297.710 | 386 | 1730 |

| | | | | |
|--------------------------|------|-------------------|-------|-------|
| | Trái | 1145.31 ± 300.972 | 592 | 1973 |
| Cường độ (mA) | Phải | 3.119 ± 1.25 | 0.603 | 6.885 |
| | Trái | 2.723 ± 0.89 | 0.872 | 4.664 |
| Độ rộng xung (µs) | Phải | 71.54 ± 14.79 | 60 | 90 |
| | Trái | 73.85 ± 18.00 | 60 | 120 |
| Tần số (Hz) | Phải | 146.67 ± 32.714 | 60 | 240 |
| | Trái | 146.15 ± 32.817 | 60 | 240 |

Hiệu quả của các nhóm triệu chứng vận động sau KTNS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự giảm điểm số có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình bình của tổng điểm MDS-UPDRS phần III giữa hai giai đoạn "tắt" thuốc/"tắt" máy và "tắt" thuốc/"bật" máy, cho thấy sự cải thiện về mặt vận động. Khi xét đến từng nhóm triệu chứng vận động riêng biệt của bệnh Parkinson, triệu chứng giọng nói không có sự thay đổi về điểm số có ý nghĩa. Đối với các nhóm triệu chứng run, chậm vận động, đơ cứng, rối loạn dáng đi, và thăng bằng có sự giảm điểm

số có ý nghĩa. Mức giảm điểm nhiều nhất là của triệu chứng run (63.9 %) (bảng 4). Nếu kết hợp cả với giai đoạn "bật" thuốc/"bật" máy thì tất cả các triệu chứng vận động đều cải thiện (bảng 5).

Nghiên cứu ghi nhận có 5 bệnh nhân (chiếm 12.8%) có biến chứng liên quan phẫu thuật, 4 bệnh nhân có biến chứng liên quan đến phần cứng (chiếm 10.2%) và 15 bệnh nhân có biến chứng liên quan đến kích thích (chiếm 38.5%). Các biến chứng liên quan kích thích biến mất khi tắt máy KTNS.

Bảng 4: So sánh các nhóm triệu chứng vận động giữa 2 giai đoạn "tắt" thuốc/ "tắt" máy và "tắt" thuốc/"bật" máy

| Triệu chứng bệnh | Giai đoạn "tắt" thuốc/"tắt" máy | Giai đoạn "tắt" thuốc/"bật" máy | Mức giảm điểm (%) | T | p |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------|--------|
| Giọng nói | 1.59 ± 0.79 | 1.59 ± 0.91 | 0 | 0 | 1.00 |
| Đơ cứng | 11.46 ± 2.45 | 6.33 ± 3.16 | 44.5 ± 24.9 % | 9.675 | <0.001 |
| Chậm vận động | 27.44 ± 6.62 | 17.77 ± 5.52 | 34.2 ± 18.6 % | 10.171 | <0.001 |
| Rối loạn dáng đi | 7.94 ± 3.85 | 5.79 ± 3.47 | 24.3 ± 31.8 % | 4.686 | <0.001 |
| Thăng bằng | 2.44 ± 1.19 | 1.79 ± 1.42 | 22.7 ± 29.9 % | 3.110 | 0.004 |
| Run | 12.97 ± 7.46 | 4.41 ± 4.43 | 63.9 ± 29.2 % | 8.8 | <0.001 |
| Tổng MDS-UPDRS phần III | 63.92 ± 17.002 | 37.59 ± 13.463 | 40.8 ± 16.51% | 11.441 | <0.001 |

Bảng 5: So sánh các nhóm triệu chứng vận động giữa 2 giai đoạn "tắt" thuốc/ "bật" máy và "bật" thuốc/"bật" máy

| Triệu chứng bệnh | Giai đoạn "tắt" thuốc/"bật" máy | Giai đoạn "bật" thuốc/"bật" máy | Mức giảm điểm (%) | T | p |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------|--------|
| Giọng nói | 1.59 ± 0.79 | 1.41 ± 0.82 | 8.1 ± 17.4 % | 2.88 | <0.001 |
| Đơ cứng | 6.33 ± 3.16 | 4.23 ± 2.64 | 31.6 ± 33.4% | 5.85 | <0.001 |
| Chậm vận động | 17.77 ± 5.52 | 12.46 ± 5.54 | 30.7 ± 20.6 % | 8.60 | <0.001 |
| Rối loạn dáng đi | 5.79 ± 3.47 | 4.00 ± 3.17 | 27.1 ± 32.5 % | 4.83 | <0.001 |
| Thăng bằng | 1.79 ± 1.42 | 0.92 ± 1.22 | 48.9 ± 51.8 % | 4.73 | <0.001 |
| Run | 4.41 ± 4.43 | 2.17 ± 2.89 | 53.2 ± 40.9% | 4.67 | <0.001 |
| Tổng MDS-UPDRS phần III | 37.59 ± 13.463 | 25.33 ± 11.624 | 33.06 ± 16.73% | 9.628 | <0.001 |

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật KTNS đã được chỉ định khá phổ biến ở các nước trên thế giới. Tại Việt Nam, KTNS cũng đã được ứng dụng từ năm 2012. KTNS giúp cải thiện triệu chứng vận động đáng kể, đưa người bệnh Parkinson trở lại giai đoạn trắng mắt thứ hai. Thông qua phép kiểm Student bắt cặp, có sự giảm điểm số có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình bình tổng điểm MDS-UPDRS phần III giữa hai giai đoạn "tắt" thuốc/"tắt" máy và "tắt" thuốc/"bật" máy. Kết quả này cho thấy

hiệu quả của KTNS trong việc giảm mức độ nặng triệu chứng vận động của bệnh Parkinson. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng đã khẳng định điều này^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự cải thiện của từng nhóm triệu chứng vận động của bệnh Parkinson giữa hai giai đoạn "tắt" thuốc/ "tắt" máy và "tắt" thuốc/ "bật" máy được thể hiện qua sự giảm điểm số các mục đánh giá triệu chứng đó của thang điểm MDS-UPDRS phần III giữa hai giai đoạn. Thông qua phép kiểm Student bắt cặp, chúng tôi kết luận giữa hai

giai đoạn có ghi nhận sự cải thiện của các triệu chứng đơ cứng, chậm vận động, rối loạn dáng đi, thăng bằng và run; triệu chứng giọng nói không ghi nhận sự cải thiện sau KTNS. cả các nghiên cứu khác trên thế giới, tương tự nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận cải thiện các triệu chứng run, chậm vận động và đơ cứng sau sử dụng KTNS. Kết quả này phù hợp với kết quả từ một nghiên cứu của Fahn và cộng sự⁷, khẳng định 3 triệu chứng run, chậm vận động và đơ cứng thường đáp ứng với các thuốc dopaminergic nên sẽ đáp ứng với KTNS.

Triệu chứng về giọng nói không cải thiện trong nghiên cứu của chúng tôi, giống như trong nghiên cứu của Castrioto và cộng sự⁸. Triệu chứng về rối loạn thăng bằng và dáng đi cải thiện trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của Rodriguez-Oroz⁹, nhưng không cải thiện trong nghiên cứu của Castrioto và cộng sự⁸. Sự không đồng nhất về rối loạn thăng bằng và dáng đi giữa các nghiên cứu là phù hợp, cho dù các triệu chứng này có đáp ứng với thuốc dopaminergic. Trong một số nghiên cứu, KTNS ở tần số cao thậm chí có thể làm cho triệu chứng đơ cứng dáng đi trở nên trầm trọng hơn. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy KTNS có tác dụng cải thiện lên triệu chứng vận động của bệnh nhân Parkinson thông qua thang điểm MDS-UPDRS phần III. Các triệu chứng run, chậm vận động, đơ cứng, rối loạn dáng đi và thăng bằng ghi nhận sự cải thiện, trong khi triệu chứng về giọng nói thì không.

Thông qua phép kiểm Student, có sự giảm điểm số có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình điểm MDS-UPDRS phần III giữa hai giai đoạn "tắt" thuốc/"bật" máy và "bật" thuốc/"bật" máy. Khi đánh giá sự thay đổi của điểm MDS-UPDRS phần III của từng triệu chứng, bao gồm giọng nói, đơ cứng, chậm vận động, rối loạn dáng đi, thăng bằng và run, tất cả các triệu chứng đều cải thiện giữa hai giai đoạn. Kết quả này cho thấy hiệu quả của kết hợp giữa KTNS và thuốc trong việc giảm mức độ nặng các triệu chứng vận động của bệnh Parkinson so với chỉ sử dụng KTNS. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng đã khẳng định điều này. Điều này cho thấy dù KTNS có tác dụng cải thiện các triệu chứng vận động của bệnh Parkinson, cần phối hợp cả KTNS và điều trị thuốc để hiệu quả đạt được là tối đa. Kết quả này phù hợp với một nghiên cứu phân tích tổng hợp của Vizcarra và cộng sự về hiệu quả của KTNS và điều trị thuốc trên bệnh nhân Parkinson cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả cá nhân giữa KTNS và thuốc, nhưng kết hợp cả hai sẽ cho hiệu quả cộng hợp lên các

triệu chứng vận động của bệnh. Các biến chứng liên quan với phẫu thuật KTNS cũng đã được ghi nhận trong các nghiên cứu và có khi trầm trọng. Tuy nhiên, trong nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy tỉ lệ biến chứng có thể chấp nhận được khi so với hiệu quả KTNS. Điều quan trọng là cân nhắc lợi ích và nguy cơ trên từng trường hợp người bệnh cụ thể.

Nghiên cứu chúng tôi có một số hạn chế. Người đánh giá không được mù trong các giai đoạn đánh giá nên khả năng gây nhiễu đối với kết quả thu được. Số lượng bệnh nhân KTNS ở Việt Nam không nhiều nên cỡ mẫu thu nhận không đủ lớn để đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển, KTNS giúp cải thiện các triệu chứng vận động nói chung, trong đó giảm đáng kể các chậm cử động, đơ cứng và run, cải thiện ít triệu chứng thăng bằng và không cải thiện triệu chứng giọng nói. Kết quả này cho thấy KTNS cần được cân nhắc chỉ định ở những bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Findley L. J. (2007), "The economic impact of Parkinson's disease". *Parkinsonism Relat Disord*, 13 Suppl, pp. S8-S12.
2. Connolly B. S., Lang A. E. (2014), "Pharmacological treatment of Parkinson disease: a review". *Jama*, 311 (16), pp. 1670-83.
3. Sveinbjornsdottir S. (2016), "The clinical symptoms of Parkinson's disease". *J Neurochem*, 139 Suppl 1, pp. 318-324.
4. Okun M. S., Fernandez H. H., Pedraza O., al. et (2004), "Development and initial validation of a screening tool for Parkinson disease surgical candidates". *Neurology*, 63 (1), pp. 161-3.
5. Weaver F. M., Follett K., Stern M., al. et (2009), "Bilateral deep brain stimulation vs best medical therapy for patients with advanced Parkinson disease: a randomized controlled trial". *Jama*, 301 (1), pp. 63-73.
6. Blomstedt P., Stenmark Persson R., Hariz G. M., et al. (2018), "Deep brain stimulation in the caudal zona incerta versus best medical treatment in patients with Parkinson's disease: a randomised blinded evaluation". *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 89 (7), pp. 710-716.
7. Fahn S., Oakes D., Shoulson I., al. et (2004), "Levodopa and the progression of Parkinson's disease". *N Engl J Med*, 351 (24), pp. 2498-508.
8. Castrioto A., Lozano A. M., Poon Y. Y., al. et (2011), "Ten-year outcome of subthalamic stimulation in Parkinson disease: a blinded evaluation". *Arch Neurol*, 68 (12), pp. 1550-6.
9. Rodriguez-Oroz M. C., Obeso J. A., Lang A. E., al. et (2005), "Bilateral deep brain stimulation in Parkinson's disease: a multicentre study with 4 years follow-up". *Brain*, 128 (Pt 10), pp. 2240-9.

GIÁ TRỊ CỦA TEST NHANH DỰA TRÊN KHÁNG NGUYÊN CHẨN ĐOÁN NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Hà Mạnh Tuấn¹, Phạm Thị Luyện²,
Trần Tuấn Anh³, Lê Ngọc Quỳnh Trâm⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xét nghiệm nhanh chẩn đoán nhiễm Chlamydia trachomatis có thể giúp cho xử trí bệnh và hạn chế lây nhiễm bệnh. So sánh giá trị của xét nghiệm nhanh với xét nghiệm PCR chẩn đoán nhiễm C. trachomatis để xem xét tính giá trị của xét nghiệm nhanh. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân > 18 tuổi có triệu chứng tiết dịch sinh dục. Mẫu bệnh phẩm phết cổ tử cung (nữ) và phết niệu đạo (nam) được tiến hành xét nghiệm nhanh và PCR. **Kết quả:** Có 196 bệnh nhân phù hợp được tuyển chọn vào nghiên cứu. Tỷ lệ nữ chiếm 68,4%, nhóm tuổi >25 tuổi chiếm 66,8%. Tỷ lệ nhiễm C. trachomatis là 14,3%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương và giá trị dự đoán âm của xét nghiệm nhanh lần lượt là 53,6 % (95%CI: 33,9-72,5%); 86,3% (95%CI: 80,2-91,1%); 39,5% (95%CI: 28,1-52,1%) và 91,8% (95%CI: 88,2-94,3%). **Kết luận:** Xét nghiệm nhanh có độ nhạy thấp so với PCR, nhưng dễ thực hiện, chi phí rẻ, kết quả trả lời nhanh so với PCR. Xét nghiệm nhanh vẫn có giá trị ứng dụng trong xử trí bệnh ở những nơi có điều kiện hạn chế và tỷ lệ tái khám thấp. **Từ khóa:** Chlamydia trachomatis; Xét nghiệm nhanh; Xét nghiệm PCR

SUMMARY

THE VALIDITY OF THE RAPID ANTIGEN-BASED TEST FOR DIAGNOSING CHLAMYDIA TRACHOMATIS INFECTION

Background: The rapid tests for Chlamydia trachomatis infection can aid in disease management and reduce transmission. This study compares the rapid test with PCR test in diagnosing C. trachomatis infection to evaluate the validity of rapid test. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted on patients over 18 years old with symptoms of genital discharge. Cervical swabs (for females) and urethral swabs (for males) were taken for both rapid testing and PCR test. **Results:** A total of 196 eligible patients were included in the study. Females accounted for 68.4%, and the age group over 25 years constituted 66.8% of the cohort. The prevalence of C. trachomatis was 14.3%. The sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the rapid test were 53.6% (95%

CI: 33.9-72.5%), 86.3% (95% CI: 80.2-91.1%), 39.5% (95% CI: 28.1-52.1%), and 91.8% (95% CI: 88.2-94.3%), respectively. **Conclusion:** The rapid test has lower sensitivity compared to PCR but is easier to perform, less expensive, and provides faster results. The rapid test remains valuable in disease management in settings with limited resources and low follow-up rates. **Keywords:** Chlamydia trachomatis; Rapid test; PCR test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm Chlamydia trachomatis (CT) là một trong những bệnh lây truyền qua đường tình dục thường gặp nhất¹. C.trachomatis chủ yếu gây ra viêm nhiễm cổ tử cung ở nữ và viêm niệu đạo ở nam. Nhiễm C.trachomatis không điều trị sẽ dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng cho người nhiễm bệnh cả nam và nữ, ngoài ra còn có thể ảnh hưởng đến thai ở các sản phụ bị nhiễm bệnh. Chính vì thế việc chẩn đoán chính xác và hiệu quả nhiễm C.trachomatis đóng vai trò quan trọng trong việc xử trí bệnh đồng thời còn giúp kiểm soát việc lây truyền bệnh trong cộng đồng².

Chẩn đoán nhiễm C.trachomatis bằng xét nghiệm nucleic acid amplification test (NAAT) được xem là tiêu chuẩn hiện nay¹. Tuy nhiên xét nghiệm NAAT đòi hỏi nhân viên được huấn luyện, phương tiện phức tạp, thời gian lâu để trả kết quả, và chi phí cao. Nên NAAT không thích hợp cho các cơ sở có nguồn lực hạn chế. Xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên có ưu điểm đơn giản, dễ sử dụng, đọc kết quả bằng mắt thường, chi phí thấp đáp ứng các tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới về xét nghiệm chẩn đoán tại chỗ cho bệnh lây truyền qua đường tình dục³.

Tại Việt Nam, xét nghiệm nhanh để chẩn đoán nhiễm C.trachomatis đã được áp dụng từ lâu, nhưng việc đánh giá tính giá trị của xét nghiệm này còn hạn chế, thường là dựa theo đánh giá của nhà sản xuất. Điều này đã ảnh hưởng đến việc xử trí bệnh là bỏ sót hay quá chỉ định điều trị. Nghiên cứu này với mục tiêu là xác định giá trị của xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên so với xét nghiệm PCR trong chẩn đoán nhiễm C.trachomatis, nhằm xem xét tính ứng dụng của xét nghiệm nhanh trong xử trí bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên các bệnh nhân đến khám

¹Đại học Y Dược TP. HCM

²Bệnh viện Da liễu TP HCM

³Bệnh viện Đại học Y Dược - CS2

⁴Bệnh viện Quận Gò Vấp

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025