

ĐỀ XUẤT HỆ THỐNG PHÂN LOẠI CÁC DẠNG NHÁNH CHI PHỐI CHO CƠ THANG CỦA THẦN KINH PHỤ

Lê Quang Tuyền¹, Hồ Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Thanh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại các dạng nhánh chi phối cơ thang của thần kinh phụ trên xác người Việt Nam trưởng thành. **Phương pháp:** Bảo cáo hàng loạt ca; thực hiện trên 18 mẫu cơ thang từ 9 xác người Việt trưởng thành bảo quản đông lạnh tại bộ môn giải phẫu trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 9/2024 đến 1/2025. Phẫu tích khảo sát đường đi thần kinh phụ đoạn từ tam giác cổ sau đến mặt bụng cơ thang, ghi nhận đặc điểm hình thái các nhánh sơ cấp tách ra từ thân chính thần kinh phụ. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 100% trường hợp có sự hiện diện nhánh sơ cấp của thần kinh phụ đi vào cơ thang. Số nhánh sơ cấp trung bình là $7,9 \pm 2,5$. Về vị trí, phần lớn các nhánh sơ cấp đi vào bụng cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (90,1%). Hình thái các nhánh sơ cấp được ghi nhận có 2 dạng, trong đó đa số là dạng 1 chiếm 81,7%. Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận thân chính tách ra nhánh đi vào bờ trước cơ thang chiếm 11,2%. **Kết luận:** Phân bố các nhánh thần kinh phụ trên cơ thang có sự đa dạng và phức tạp. Vì vậy cần thêm những nghiên cứu định vị điểm thần kinh vào cơ bằng hệ trục tọa độ trên bề mặt da.

Từ khóa: Nhánh sơ cấp của thần kinh phụ, cơ thang, hội chứng đau cơ mạc

SUMMARY

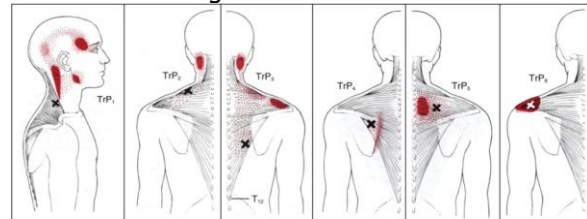
PROPOSED CLASSIFICATION METHOD OF THE BRANCHES OF THE ACCESSORY NERVE INNERVATING THE TRAPEZIUS MUSCLE

Objectives: Classify the branches of the accessory nerve innervating the trapezius muscle in adult Vietnamese cadavers. **Methods:** Case series report was conducted on 18 trapezius muscle specimens obtained from 9 adult Vietnamese cadavers preserved by freezing at the Department of Anatomy, Pham Ngoc Thach University of Medicine, from September 2024 to January 2025. Dissection was performed to examine the course of the accessory nerve from the posterior cervical triangle to the ventral surface of the trapezius muscle, and the morphological characteristics of the primary branches arising from the main trunk of the accessory nerve were recorded. **Results:** The study observed in 100% of cases that the primary branches of the accessory nerve entered the trapezius muscle. The average number of primary branches of the accessory nerve entering the trapezius muscle is 7.9 ± 2.5 . The primary branches that they pierced bell muscle has

the highest proportion (90,1%). Two morphological patterns of the primary branches are observed, with type 1 being the most prevalent, accounting for 81.7%. In addition, the study found that in the main trunk gives off a branch to the anterior border of the trapezius in 11.2% of cases. **Conclusion:** The distribution of the accessory nerve branches on the trapezius muscle exhibits considerable variability and complexity. For easy clinical application, it is recommended to conduct research on locating nerve points into muscles using a coordinate system on the skin surface. **Keywords:** the primary branches of the accessory nerve, trapezius muscle, myofascial pain syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhóm bệnh lý đau cơ xương khớp mạn tính của vùng vai, hội chứng đau cơ mạc (myofascial pain syndrome) là nguyên nhân thường gặp nhất¹. Hội chứng này không chỉ gặp ở lao động phổ thông mà còn phổ biến với nghề nghiệp văn phòng, đặc biệt là giới trẻ, những người thường xuyên ngồi làm việc tại chỗ trong nhiều giờ bên các thiết bị thông minh². Các nghiên cứu đã chứng minh thói quen này có sự liên quan đến hội chứng đau cơ mạc do làm tăng hoạt động quá mức các cơ vùng vai gáy³. Đối với các cơ vùng vai, cơ thang dễ bị ảnh hưởng nhất trong hội chứng đau cơ mạc⁴. Bởi đây là cơ lớn nhất trong số các cơ vùng vai. Do có diện bám rộng, nên cơ thang được chia làm 3 phần (trên, giữa, dưới) với các chức năng khác nhau. Tác giả Travell là người đầu tiên mô tả hệ thống các điểm đau của cơ thang hay còn gọi là điểm kích hoạt (trigger point)⁵. Hệ thống này gồm 6 điểm với sự phân 2 điểm ở mỗi phần trên, giữa và dưới của cơ thang.

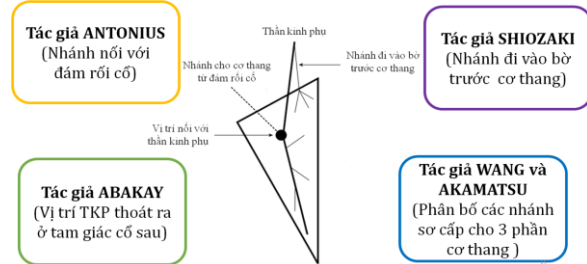


Hình 1. Hệ thống vị trí các điểm kích hoạt của cơ thang theo tác giả Travell

Cơ thang chịu sự chi phối vận động bởi nhánh ngoài của thần kinh phụ. Thân chính của thần kinh phụ sau khi thoát ra ở bờ sau cơ ức đòn chũm, tiếp tục chạy ở mặt bụng cơ thang. Từ đây thân chính cho các nhánh sơ cấp xuyên

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Tuyền
Email: lequangtuyendr@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025
Ngày duyệt bài: 28.3.2025

vào cơ thang. Sau khi xuyên vào cơ thang, các nhánh sơ cấp tiếp tục phân chia thành các nhánh thứ cấp bên trong cơ thang. Hiện nay nhiều khám phá về thần kinh phụ đã được các nhà khoa học trên thế giới tìm ra. Thông qua hình 2, chúng ta có thể thấy có nhiều chủ đề đã được các tác giả quan tâm liên quan đến đặc điểm hình thái của thần kinh phụ chi phối cho cơ thang^{6,7,8,9,10}. Trong các công bố này, đặc biệt nghiên cứu của tác giả Akamatsu đã phát hiện có sự liên quan giữa vị trí các điểm thần kinh phụ xuyên vào cơ thang với vị trí các điểm kích hoạt trên lâm sàng theo mô tả của tác giả Travell.



Hình 2. Các chủ đề trong nghiên cứu đặc điểm hình thái của thần kinh phụ

Kiến thức về đặc điểm hình thái các nhánh chi phối cơ thang của thần kinh phụ là cơ sở quan trọng giúp các nhà lâm sàng chẩn đoán hội chứng đau cơ mạc, cũng như ứng dụng các phương pháp điều trị. Trên thế giới mặc dù đã có nhiều hướng nghiên cứu khác nhau về thần kinh phụ, tuy nhiên vẫn chưa có tác giả nào đề xuất phương pháp phân loại các dạng nhánh sơ cấp của thần kinh phụ đi vào cơ thang. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về chủ đề này. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu phân loại các nhánh chi phối cơ thang của thần kinh phụ dựa vào đặc điểm hình thái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: xác người Việt Nam trưởng thành tại bộ môn Giải Phẫu, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2024 đến tháng 1/2025.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu, khảo sát được 18 cơ thang từ 9 xác.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- **Tiêu chuẩn chọn vào:** xác người Việt Nam trưởng thành được bảo quản đông lạnh.

- **Tiêu chuẩn loại ra:** vùng vai và lưng bị biến dạng do chấn thương, dị tật bẩm sinh hoặc

đã được phẫu thuật.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: phẫu tích khảo sát đường đi thần kinh phụ đoạn từ tam giác cổ sau đến mặt bụng cơ thang, ghi nhận đặc điểm hình thái các nhánh sơ cấp tách ra từ thân chính thần kinh phụ.

2.6. Các biến số cần thu thập:

Biến số định lượng: Số nhánh sơ cấp của thần kinh phụ đi vào cơ thang.

Biến số định tính:

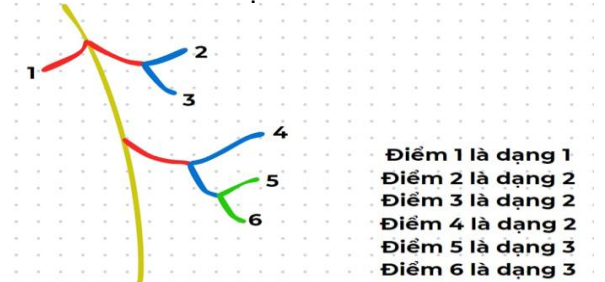
- Phân bố vị trí của nhánh sơ cấp đi vào cơ theo nguyên ủy - bám tận cơ: biến nhị giá, có 2 giá trị là nằm gần điểm bám của cơ (trong phạm vi 2 cm tính từ vị trí điểm bám xương của cơ thang) và nằm ở bụng cơ.

- Đặc điểm hình thái của nhánh sơ cấp: biến định danh, có 3 giá trị là dạng 1, dạng 2, dạng 3 (theo đề xuất của chúng tôi).

+ Dạng 1: thân chính phân nhánh một lần, tách ra nhánh thể hệ I

+ Dạng 2: thân chính phân nhánh hai lần, tách ra nhánh thể hệ II

+ Dạng 3: thân chính phân nhánh ba lần, tách ra nhánh thể hệ III



Hình 3. Các dạng hình thái của nhánh thần kinh sơ cấp

- Sự hiện diện của nhánh đi vào bờ trước cơ thang

- Đặc điểm hình thái của nhánh đi vào bờ trước cơ thang: biến định danh, có 3 giá trị là dạng 1, dạng 2, dạng 3 (tương tự hình 3).

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

- Biến số định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và sử dụng kiểm định T-test để xác định sự khác biệt theo giới.

- Biến số định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm và sử dụng kiểm định Chi bình phương để xác định sự khác biệt theo giới.

- Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo Quyết định số 1127/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 21/08/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát được 18 cơ thang trên 9 xác, trong đó nữ chiếm 44,4%; độ tuổi dao động từ 53 đến 99 tuổi với độ tuổi trung bình là 71,8 và không có sự khác biệt giữa tuổi nam và nữ ($p = 0,53$).

Bảng 1. Số nhánh thần kinh sơ cấp trung bình

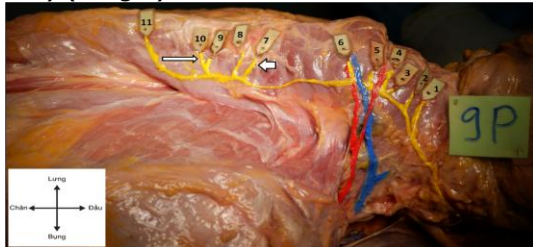
	Chung (n=18)	Nam (n=10)	Nữ (n=8)	Giá trị p
	TB±ĐLC	TB±ĐLC	TB±ĐLC	
Số nhánh thần kinh sơ cấp	7,9±2,5	7,9±1,5	6,4±2,7	0,03

Kết quả ghi nhận 100% trường hợp đều có sự hiện diện các nhánh sơ cấp tách ra từ thân chính của thần kinh phụ đi vào mặt bụng cơ thang. Số nhánh thần kinh sơ cấp trung bình là 7,9 và có sự khác biệt giữa hai giới ($p = 0,03$) (bảng 1).

Bảng 2. Vị trí phân bố các nhánh thần kinh sơ cấp

	Chung (n=18)	Nam (n=10)	Nữ (n=8)	Giá trị p
	%	%	%	
Bụng cơ	90,1%	91,2%	88,2%	0,569
Gần nơi cơ bám	9,9%	8,8%	11,8%	

Về vị trí, nghiên cứu khảo sát phân bố theo nguyên ủy – bám tận của cơ cho thấy phần lớn trường hợp nhánh thần kinh sơ cấp đi vào bụng cơ chiếm 90,1 % so với vị trí gần nơi cơ bám là 9,9% và không có sự khác biệt giữa hai giới ($p = 0,569$) (bảng 2).



Hình 4. Dạng 1 và dạng 2 - Mã số xác: 9P

(Mũi tên ngắn chỉ dạng 1. Mũi tên dài chỉ dạng 2.)

Bảng 3. Tỷ lệ các dạng nhánh sơ cấp theo giới

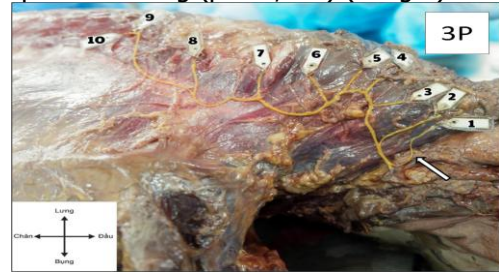
	Chung (n=142)	Nam (n=83)	Nữ (n=59)	Giá trị p
	%	%	%	
Dạng 1	81,7%	79,5%	84,7%	0,512
Dạng 2	18,3%	20,5%	15,3%	

Bảng 4. Tỷ lệ các dạng nhánh sơ cấp theo 3 phần cơ thang

	Chung (n=142)	Phần trên	Phần giữa	Phần dưới	Giá trị p
--	------------------	-----------	-----------	-----------	-----------

		(n=35)	(n=78)	(n=29)	
	%	%	%	%	
Dạng 1	81,7%	89,7%	81,1%	72,4%	0,185
Dạng 2	18,3%	10,3%	18,9%	27,6%	

Để phân loại các dạng nhánh thần kinh sơ cấp, chúng tôi dựa vào đặc điểm hình thái. Nghiên cứu chỉ ghi nhận sự hiện diện của dạng 1 và dạng 2. Dạng 1 là dạng mà nhánh sơ cấp tách ra trực tiếp từ thân chính của thần kinh phụ (nhánh thể hệ I), còn dạng 2 là dạng mà nhánh sơ cấp tách ra từ nhánh thể hệ I của thần kinh phụ (hình 1). Trong đó dạng 1 chiếm đa số với 81,7% và dạng 2 chiếm 18,3% và không có sự khác biệt giữa hai giới ($p = 0,512$) (bảng 3) cũng như không có sự khác biệt giữa các dạng tại vị trí 3 phần cơ thang ($p = 0,185$) (bảng 4).



Hình 5. Nhánh đi vào bờ trước cơ thang - Mã số xác: 3P

(Mũi tên chỉ nhánh đi vào bờ trước cơ thang)

Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận trước khi thần kinh phụ chạy vào mặt bụng cơ thang thì từ thân chính có tách ra nhánh đi vào bờ trước cơ thang (hình 3). Chúng tôi gọi các nhánh này là nhánh sơ cấp tự do để phân biệt với nhánh sơ cấp chính thức (là nhánh tách ra sau khi thân chính thần kinh phụ chạy vào mặt bụng cơ thang). Tỷ lệ hiện diện của nhánh sơ cấp tự do (nhánh đi vào bờ trước cơ thang) chiếm 11,2% và giống nhau ở hai giới (5,6%).

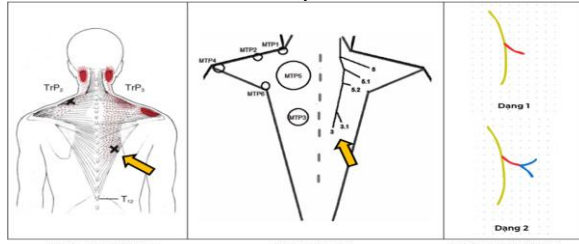
Về phân loại các dạng nhánh thần kinh sơ cấp tự do dựa vào đặc điểm hình thái, nghiên cứu ghi nhận 100% các trường hợp đều là nhánh sơ cấp tách ra trực tiếp từ thân chính của thần kinh phụ (nhánh thể hệ I) tức là dạng 1.

IV. BÀN LUẬN

Về sự hiện diện của nhánh thần kinh sơ cấp, chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp có các nhánh sơ cấp đi vào cơ thang tách ra từ thân chính thần kinh phụ. Số nhánh sơ cấp trung bình trong nghiên cứu này là 7,9. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Wang⁷.

Về vị trí phân bố các nhánh sơ cấp so với nguyên ủy – bám tận của cơ, thì phần lớn các nhánh sơ cấp đi vào vị trí bụng cơ (90,2%), còn nguyên ủy – bám tận chỉ chiếm 9,8%. Đặc điểm

này giống với tác giả Wang và Akamatsu^{7,10}. Đặc biệt khi so sánh với hệ thống các điểm kích hoạt cơ thang trên lâm sàng theo tác giả Travell⁵, nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Akamatsu đều ghi nhận có sự tương đồng giữa vị trí các điểm nhánh thần kinh sơ cấp đi vào bụng cơ với vị trí các điểm kích hoạt cụ thể là điểm TrP1, TrP2, TrP3, TrP5 của tác giả Travell. Tuy nhiên các điểm gần vị trí bám gân của cơ thang (gai vai, mỏm cùng vai) như điểm TrP4, TrP6 lại rất ít có nhánh thần kinh sơ cấp đi vào.



Hình 6. Nhiều nhánh thần kinh đi vào một vị trí đau trên lâm sàng

Về đặc điểm hình thái của các nhánh sơ cấp, chúng tôi đề xuất phân loại thành các dạng dựa trên thể hệ nhánh tách ra từ thân chính. Kết quả nghiên cứu này ghi nhận dạng 1 chiếm đa số các trường hợp (81,7%) do thân chính phân nhánh 1 lần (thể hệ I). Dạng 2 do thân chính phân nhánh 2 lần (thể hệ II). Trong nghiên cứu trước đây của tác giả Akamatsu khi so sánh với hệ thống các điểm đau cơ thang của tác giả Travell, thì tác giả Akamatsu đã phát hiện tại một vị trí điểm đau trên lâm sàng có thể có nhiều hơn một nhánh thần kinh sơ cấp đi vào cơ. Ví dụ thông qua hình 5, tại vị trí điểm kích hoạt TrP3 theo tác giả Travell thì trên xác trong nghiên cứu của tác giả Akamatsu ghi nhận có 2 nhánh thần kinh đi vào cơ.

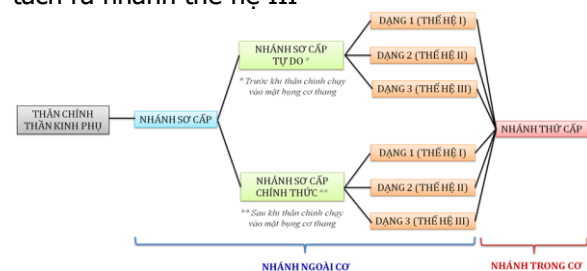
Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận có trường hợp nhiều hơn một nhánh thần kinh đi vào một vị trí đau được mô tả trên lâm sàng. Điểm mới là chúng tôi phát hiện có những trường hợp mà nhánh thần kinh sơ cấp sau khi tách ra từ thân chính, tiếp tục phân nhánh lần 2 rồi mới đi vào cơ (dạng 2). Sự tồn tại của dạng 2 gợi ý cho các nhà lâm sàng tại một vùng đau có thể có nhiều nhánh thần kinh cùng chi phối. Chúng ta cần quan tâm đến việc lựa chọn điểm mục tiêu tiêm thuốc để đạt hiệu quả tác động tối đa lên các nhánh chi phối cho cùng một vùng. Do đó mặc dù có nhiều điểm thần kinh vào cơ như vậy, nhưng các điểm này lại cùng biểu hiện trên một khu vực đau. Như vậy chúng ta cần định vị các điểm này ra da bằng các hệ trục tọa độ sau đó dùng một công cụ giúp nhóm các điểm có liên quan với nhau thành các cụm trong

các nghiên cứu tiếp theo.

Ngoài ra, nghiên cứu này còn ghi nhận trước khi chạy vào mặt bụng cơ thang, từ thân chính của thần kinh phụ có thể tách ra các nhánh đi vào bờ trước cơ thang. Chúng tôi gọi các nhánh này là nhánh sơ cấp tự do để phân biệt với các nhánh sơ cấp chính thức (là nhánh tách ra sau khi thân chính thần kinh phụ chạy vào mặt bụng cơ thang). Tỷ lệ hiện diện của loại nhánh này trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 11,2%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Shiozaki⁸ với đa số trường hợp có sự hiện diện của nhánh này. Sự khác biệt này có thể đến từ chủng tộc do nghiên cứu của tác giả Shiozaki được thực hiện trên xác người Đông Á. Do đó cần có thêm các nghiên cứu tương tự với số lượng lớn hơn trên người Việt Nam hay người Đông Nam Á.

Tổng hợp các dữ liệu trên, chúng tôi đề xuất phương pháp phân loại các dạng nhánh chi phối cơ thang của thần kinh phụ. Từ thân chính thần kinh phụ sẽ tách ra các nhánh bên ngoài cơ gọi là các nhánh sơ cấp. Các nhánh sơ cấp xuyên qua cơ sẽ tiếp tục phân thành các nhánh bên trong cơ gọi là nhánh thứ cấp. Đối với các nhánh sơ cấp có 2 loại nhánh là nhánh tách ra từ thân chính trước khi thân chính chạy vào mặt bụng cơ thang gọi là nhánh sơ cấp tự do và nhánh tách ra từ thân chính sau khi thân chính chạy vào mặt bụng cơ thang gọi là nhánh sơ cấp chính thức. Các loại nhánh sơ cấp này có thể phân thành 3 dạng dựa trên thể hệ nhánh tách ra từ thân chính.

- Dạng 1: thân chính phân nhánh một lần, tách ra nhánh thể hệ I
- Dạng 2: thân chính phân nhánh hai lần, tách ra nhánh thể hệ II
- Dạng 3: thân chính phân nhánh ba lần, tách ra nhánh thể hệ III



Hình 7. Phương pháp phân loại các nhánh chi phối cơ thang của thần kinh phụ

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này ghi nhận sự hiện diện các nhánh sơ cấp đi vào cơ thang của thần kinh phụ ở tất cả các trường hợp với số nhánh trung bình

là 7,9. Về vị trí, phần cơ các nhánh sơ cấp đi vào bụng cơ. Về đặc điểm hình thái, dạng 1 chiếm đa số các trường hợp. Sự hiện diện của dạng 2 gợi ý cho các nhà lâm sàng tại điểm đau có thể nhiều nhánh thần kinh cùng chi phối. Do đó cần có nghiên cứu tiếp theo trong việc định vị điểm thần kinh vào cơ trên da bằng các hệ trục tọa độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Robert D. Gerwin.** Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2001;5:412–20.
2. **Caneiro JP, O'Sullivan P, Burnett A, Barach A, O'Neil D, Tveit O, et al.** The influence of different sitting postures on head/neck posture and muscle activity. *Man Ther.* 2010 Feb;15(1):54–60.
3. **Treaster D, Marras WS, Burr D, Sheedy JE, Hart D.** Myofascial trigger point development from visual and postural stressors during computer work. *J Electromyogr Kinesiol.* 2006 Apr;16(2):115–24.
4. **Cagnie B, Dhooze F, Van Akeleyen J, Cools A, Cambier D, Danneels L.** Changes in

- microcirculation of the trapezius muscle during a prolonged computer task. *Eur J Appl Physiol.* 2012 Sep;112(9):3305–12.
5. **Travell JG, Simons DG.** Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. vol 2. Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
 6. **Lloyd S.** Accessory nerve: anatomy and surgical identification. *J Laryngol Otol.* 2007 Dec;121(12):1118–25.
 7. **Wang JW, Zhang WB, Li F, Fang X, Yi ZQ, Xu XL, et al.** Anatomy and clinical application of suprascapular nerve to accessory nerve transfer. *World J Clin Cases.* 2022 Sep 26;10(27):9628–40.
 8. **Shiozaki K, Abe S, Agematsu H, Mitarashi S, Sakiyama K, Hashimoto M, et al.** Anatomical study of accessory nerve innervation relating to functional neck dissection. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Jan;65(1):22–9.
 9. **Antonius C, Kierner IZ.** How do the cervical plexus and the spinal accessory nerve contribute to the innervation of the trapezius muscle? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;127:1230–2.
 10. **Akamatsu FE, S.** Anatomical basis of the myofascial trigger points of the trapezius muscle. *Int J Morphol.* 2013;31(3):015–920.

MỘT SỐ BỆNH ĐỒNG MẮC VÀ HỘI CHỨNG LÃO KHOA Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON CAO TUỔI

Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2},
Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số bệnh đồng mắc và các hội chứng lão khoa thường gặp ở người bệnh Parkinson cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 190 người bệnh Parkinson ≥ 60 tuổi khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Bệnh đồng mắc được đánh giá dựa trên hồ sơ bệnh án. Một số hội chứng lão khoa được đánh giá: sử dụng nhiều thuốc, tình trạng dinh dưỡng, chức năng nhận thức, trầm cảm, nguy cơ ngã, rối loạn giấc ngủ, hoạt động chức năng hàng ngày. **Kết quả:** Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp (40,5%), thoái hóa khớp (21,6%), đái tháo đường (12,6%), bệnh tim mạch mạn tính (12,6%), loãng xương (7,4%). Số bệnh đi kèm trung bình là $1,9 \pm 1,5$ (bệnh). 87,4% người bệnh có rối loạn giấc ngủ và 74,2% người tham gia có sử dụng nhiều thuốc. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng lần lượt là 7,4% và 41,1%. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm nhận thức là 32,1%. Dấu hiệu trầm cảm nhẹ xuất hiện ở 47,9%,

trong khi trầm cảm từ trung bình đến nặng được phát hiện ở 16,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao là 78,9%. Tỷ lệ suy giảm ADL và IADL lần lượt là 51,1% và 61,1%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao của các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, thoái hóa khớp và các hội chứng lão khoa như rối loạn giấc ngủ, nguy cơ ngã cao, sử dụng nhiều thuốc, trầm cảm, suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày.

Từ khóa: Bệnh đồng mắc, hội chứng lão khoa, người cao tuổi, Parkinson

SUMMARY

COMORBIDITIES AND GERIATRIC SYNDROMES IN OLDER PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Objective: To assess some comorbidities and common geriatric syndromes in older patients with Parkinson's disease. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 190 Parkinson's patients ≥ 60 years old examined and treated at the National Geriatric Hospital. Comorbidities were assessed based on medical records. Some geriatric syndromes were assessed: polypharmacy, nutritional status, cognitive function, depression, risk of falling, sleep disorders, activities daily living. **Results:** The most common comorbidities were hypertension (40.5%), osteoarthritis (21.6%), diabetes (12.6%), chronic cardiovascular disease (12.6%), osteoporosis (7.4%). The average number of comorbidities was 1.9

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025