

- C. DaSilva, "Text neck: An adverse postural phenomenon," *Work*, vol. 69, no. 4, pp. 1261-1270, 2021.
4. A. SAI Miaraj and I. Bhat, "Prevalence of Text Neck Syndrome and Its Association with Mobile Phone Usage Among University Academic Staff," *Int J Phys Med Rehabil*, vol. 9, no. 10, 2021.
 5. S. Lee, H. Kang, and G. Shin, "Head flexion angle while using a smartphone," *Ergonomics*, vol. 58, no. 2, pp. 220-226, 2015.
 6. K. T. Alsiwed, R. M. Alsarwani, S. A. Alshaikh, R. A. Howaidi, A. J. Aljahdali, and M. M. Bassi, "The prevalence of text neck syndrome and its association with smartphone use among medical students in Jeddah, Saudi Arabia," *Journal of Musculoskeletal Surgery and Research*, vol. 5, no. 4, pp. 266-272, 2021.
 7. F. Sarraf, S. Abbasi, and S. Varmazyar, "Self-management exercises intervention on text neck syndrome among university students using smartphones," *Pain Management Nursing*, vol. 24, no. 6, pp. 595-602, 2023.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON

Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2},
Nguyễn Quốc Đạt¹, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) ở người bệnh Parkinson. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 145 người bệnh Parkinson tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất, HCDBTT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Fried, bao gồm năm tiêu chí. **Kết quả:** 34,5% người bệnh Parkinson có HCDBTT; 43,4% người bệnh có tiền HCDBTT. Tỷ lệ HCDBTT cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm người bệnh Parkinson có tuổi cao, giới nữ, trình độ học vấn thấp hơn, người bệnh không có bạn đời (chưa kết hôn hoặc đã ly hôn hoặc góa vợ/chồng) và giai đoạn bệnh Parkinson theo Hoehn và Yahr cao hơn ($p < 0,05$). Chỉ số đồng bệnh lý Charlson, số năm mắc bệnh Parkinson và liều L-dopa trung bình ở người bệnh có HCDBTT/tiền HCDBTT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người không có HCDBTT. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi cao (OR=1,094), giới nữ (OR=4,419), thời gian mắc bệnh Parkinson (OR=1,177), chỉ số đồng bệnh lý Charlson (OR=2,266) và mức độ nặng của bệnh Parkinson theo giai đoạn Hoehn và Yahr (OR=4,923) có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson. **Kết luận:** tuổi, giới nữ, thời gian mắc bệnh Parkinson, chỉ số đồng bệnh lý Charlson và giai đoạn bệnh Parkinson có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson.

Từ khóa: Parkinson, hội chứng dễ bị tổn thương, yếu tố liên quan

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH FRAILITY SYNDROME IN PATIENTS WITH

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: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

PARKINSON'S DISEASE

Objective: to study some factors associated with frailty syndrome in Parkinson's patients. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study on 145 Parkinson's patients at the National Geriatric Hospital. The study subjects were interviewed according to a unified medical record, frailty was diagnosed according to Fried's criteria, including five criteria. **Results:** 34.5% of Parkinson's patients had frailty; 43.4% of patients had pre-frail. The rate of frailty was statistically significantly higher in the group of Parkinson's patients with older age, female, lower education level, patients without a partner (single or divorced or widowed) and higher stage of Parkinson's disease according to Hoehn and Yahr ($p < 0.05$). Charlson comorbidity index, duration of Parkinson's disease, and mean L-dopa dose were significantly higher in patients with frailty/pre-frail than in those without frailty. Multivariable logistic regression analysis showed that older age (OR=1.094), female (OR=4.419), duration of Parkinson's disease (OR=1.177), Charlson comorbidity index (OR=2.266), and severity of Parkinson's disease according to Hoehn and Yahr stage (OR=4.923) were independently associated with increased risk of frailty in patients with Parkinson's disease. **Conclusion:** Age, female, duration of Parkinson's disease, Charlson comorbidity index, and stage of Parkinson's disease were independently associated with increased risk of frailty in patients with Parkinson's disease.

Keywords: Parkinson's disease, frailty syndrome, associated factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một bệnh thoái hóa thần kinh trung ương khá thường gặp và gây ra những hậu quả rất lớn cho bản thân người bệnh cũng như tạo gánh nặng về y tế cho toàn xã hội. Tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng cao [1]. Tỷ lệ hiện mắc khoảng 57 đến 230 trên 100.000 dân, tỷ lệ mắc ở người trên 65 tuổi khoảng 1- 2% [2]. Bệnh Parkinson làm tăng tỷ lệ tử vong từ 1,2 đến 2,4 lần ở người cao tuổi [3]. Bệnh Parkinson

cũng làm tăng nguy cơ ngã, chấn thương, giảm chất lượng cuộc sống của người mắc bệnh. Hiện nay, số lượng người bệnh Parkinson có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới.

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một hội chứng lão khoa xảy ra do sự tích tụ các suy giảm về dự trữ sinh lý và các hoạt động chức năng của nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể, biểu hiện là trạng thái dễ bị tổn thương bởi các yếu tố tác động vào thể chất, xã hội và môi trường. Hội chứng dễ bị tổn thương gây hậu quả làm tăng các biến cố bất lợi ở người cao tuổi [4]. Việc sàng lọc HCDBTT sẽ giúp dự báo nguy cơ của những bất lợi về sức khỏe như tình trạng ngã, khuyết tật, tăng số lần nhập viện và thậm chí tử vong, qua đó giúp các nhà lâm sàng đề ra những biện pháp can thiệp hữu hiệu để giảm gánh nặng bệnh tật và nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm nguy cơ tử vong cho người cao tuổi, đặc biệt là ở đối tượng mắc các bệnh lý mạn tính như bệnh lý Parkinson.

Người bệnh Parkinson là đối tượng dễ mắc HCDBTT. Những người bệnh Parkinson có HCDBTT thường có mức độ bệnh Parkinson nặng hơn tính theo thang đo Hoehn and Yahr [5] và có số điểm UPDRS cao hơn so với người không bị [6]. Ngoài ra, một số yếu tố khác có thể liên quan đến HCDBTT ở người bệnh Parkinson như tuổi, giới, liều Levodopa đang dùng. Tuy nhiên, sự liên quan của những yếu tố này với HCDBTT ở người bệnh Parkinson còn chưa rõ ràng do chưa có nhiều các nghiên cứu về chúng và giữa các nghiên cứu còn có sự khác nhau về việc lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu [6]. Hiện nay tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về HCDBTT, tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là người cao tuổi nói chung và chưa có nghiên cứu nào về HCDBTT trên đối tượng là người bệnh Parkinson tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu một số yếu tố liên quan với HCDBTT ở người bệnh Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán bệnh Parkinson đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Hội ngân hàng não và Parkinson vương quốc Anh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có tình trạng tinh thần không ổn định.
- Không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn.

- Mắc các bệnh nặng cấp cứu (suy hô hấp, đột quỵ cấp, nhồi máu cơ tim...).

- Người bệnh trong tình trạng bệnh lý khác khiến người bệnh không thực hiện được đầy đủ các test đánh giá HCDBTT. Ví dụ người bệnh gãy xương hoặc tổn thương các khớp dẫn đến không đo được lực nắm của tay...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 07/2020 đến tháng 07/2021

2.2.2. Các biến số nghiên cứu

• Đặc điểm chung của người bệnh:
- Tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI)
- Chỉ số đồng bệnh lý Charlson
- Thời gian mắc bệnh Parkinson (năm), liều thuốc Levodopa trung bình (mg/ngày)
- Phân độ giai đoạn bệnh Parkinson theo Hoehn và Yahr:

+ Giai đoạn 1: Biểu hiện tổn thương một bên
+ Giai đoạn 2: Thương tổn cả hai bên, nhưng chưa có rối loạn thăng bằng
+ Giai đoạn 3: Tổn thương hai bên, từ nhẹ đến vừa, có một vài rối loạn về tư thế dáng bộ, sinh hoạt vẫn bình thường
+ Giai đoạn 4: Bị tàn phế nặng, tuy nhiên vẫn có thể đi lại được hay đứng dậy không cần sự giúp đỡ

+ Giai đoạn 5: Phải sử dụng xe lăn hoặc nằm liệt giường nếu không có người giúp đỡ

• Đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương:

Chẩn đoán HCDBTT theo tiêu chuẩn của Fried [4], bao gồm năm tiêu chí: giảm cân không chủ ý, tình trạng yếu cơ, sức bền và năng lượng kém, sự chậm chạp, mức hoạt động thể lực thấp.

Đánh giá kết quả: người bệnh có:

≥ 3/5 tiêu chí trên: có HCDBTT

1-2 tiêu: tiền HCDBTT

0 tiêu chí: không có HCDBTT

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn và thăm khám trực tiếp người bệnh Parkinson theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng là: thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình); phân tích so sánh các giá trị trung bình (Anova); test kiểm định χ^2 và Fisher để phân tích mối liên quan giữa các biến định tính. Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để phân tích mối liên quan giữa các biến với HCDBTT. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc cơ bản của nghiên cứu y sinh học. Tất cả người bệnh đều tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện. Thông tin liên quan đến người bệnh tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ là mô tả lâm sàng nhằm có thêm thông tin chuyên môn, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc cho người bệnh.

Bảng 1. Môi liên quan giữa HCDBTT và đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Có HCDBTT n (%)	Tiền HCDBTT n (%)	Không có HCDBTT n (%)	p
Nhóm tuổi	< 60	2 (9,5)	10 (47,6)	9 (42,9)	< 0,01
	60 - 69	17 (25,4)	32 (47,8)	18 (26,9)	
	70 - 79	21 (46,7)	19 (42,2)	5 (11,1)	
	≥ 80	10 (83,3)	2 (16,7)	0	
Giới	Nam	14 (24,6)	27 (47,4)	16 (28,1)	0,043
	Nữ	36 (40,9)	36 (40,9)	16 (18,2)	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn và đang sống với bạn đời	35 (30,2)	56 (48,3)	25 (21,5)	0,043
	Chưa kết hôn/ly hôn/góa	15 (51,8)	7 (24,1)	7 (24,1)	
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp THPT	33 (42,2)	39 (47,6)	10 (12,2)	0,017
	Đã tốt nghiệp THPT	11 (29,7)	12 (32,4)	14 (37,8)	
	Tốt nghiệp đại học và sau đại học	6 (21,1)	12 (46,1)	8 (30,8)	
Chỉ số BMI	<18,5	8 (53,3)	7 (46,7)	0	0,134
	18,5-24,9	34 (30,4)	49 (43,8)	29 (25,9)	
	≥ 25	8 (44,4)	7 (38,9)	3 (16,7)	
Tuổi trung bình (năm)		73,3 ± 7,7	65,5 ± 6,7	63,1 ± 7,6	< 0,01
Chỉ số đồng bệnh lý Charlson		3,50 ± 1,25	2,63 ± 0,01	2,25 ± 0,88	< 0,01

Tỉ lệ HCDBTT cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm người bệnh Parkinson có tuổi cao, giới nữ, nhiều bệnh lý mắc kèm và ở người bệnh không có bạn đời (chưa kết hôn hoặc đã ly hôn hoặc góa vợ/chồng) ($p < 0,05$).

3.3. Môi liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và đặc điểm bệnh Parkinson

Bảng 2. Liên quan giữa HCDBTT và đặc điểm bệnh Parkinson

Đặc điểm bệnh Parkinson		Có HCDBTT n (%)	Tiền HCDBTT n (%)	Không có HCDBTT n (%)	p
Giai đoạn bệnh Parkinson theo Hoehn và Yarh	Giai đoạn 1	5 (14,3)	17 (48,6)	13 (37,1)	<0,01
	Giai đoạn 2	7 (17,5)	20 (50,0)	13 (32,5)	
	Giai đoạn 3	23 (44,2)	23 (44,2)	6 (11,6)	
	Giai đoạn 4	15 (83,3)	3 (16,7)	0	
Số năm mắc bệnh (năm)		7,62 ± 5,24	5,40 ± 3,35	3,79 ± 2,85	<0,01
Liều L-dopa (mg/ngày)		495,5 ± 234,5	455,2 ± 262,5	351,6 ± 178,0	0,04

Tỉ lệ HCDBTT cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm người bệnh Parkinson có giai đoạn bệnh cao hơn ($p < 0,05$). Số năm mắc bệnh Parkinson trung bình và liều L-dopa trung bình ở người bệnh có HCDBTT/tiền HCDBTT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người bệnh không có HCDBTT.

3.4. Một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với HCDBTT (phân tích hồi quy đa biến)

Yếu tố liên quan	Hội chứng dễ bị tổn thương
------------------	----------------------------

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu trên 145 người bệnh Parkinson có tuổi trung bình là $67,7 \pm 8,4$. Nữ giới chiếm 60,7%. Kết quả cho thấy 34,5% người bệnh Parkinson có HCDBTT; 43,4% người bệnh có tiền HCDBTT.

3.2. Môi liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương và các đặc điểm chung

	OR	Khoảng tin cậy 95%
Tuổi (năm)	1,094	1,006 – 1,189
Giới nữ	4,419	1,353 – 14,430
Thiếu cân hoặc thừa cân	1,799	0,584 – 5,537
Học vấn (chưa tốt nghiệp THPT)	1,522	0,550 – 4,212
Không có bạn đời (Chưa kết hôn hoặc ly hôn hoặc góa vợ/chồng)	2,303	0,710 – 7,488
Thời gian mắc Parkinson (năm)	1,177	1,014 – 1,366
Chỉ số đồng bệnh lý Charlson	2,266	1,212 – 4,236
Giai đoạn Parkinson theo	4,923	2,178 – 11,128

Hoehe và Yarh		
Liều L-dopa (mg/ngày)	0,997	0,994 – 1,000

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi, giới nữ, thời gian mắc bệnh Parkinson, chỉ số đồng bệnh lý Charlson và mức độ nặng của bệnh Parkinson theo giai đoạn Hoehn và Yarh có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm của người bệnh Parkinson và HCDBTT. Kết quả cho thấy ở người bệnh Parkinson, HCDBTT có mối liên quan rõ rệt đến tuổi. Tuổi càng tăng thì tỷ lệ xuất hiện HCDBTT càng tăng ($OR=1,094$). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Roland trên đối tượng là người bệnh nữ cho thấy tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của HCDBTT trên người bệnh Parkinson với $OR = 9,8$ (95% CI: 1,0 – 93,5) [5]. Nghiên cứu của Lin cũng cho thấy tuổi càng cao thì càng có nguy cơ có HCDBTT và tuổi được coi là một yếu tố nguy cơ của HCDBTT ở người bệnh Parkinson [7]. Mới đây trong một phân tích thuần tập hồi cứu lớn ở Mỹ cũng cho thấy rằng tuổi cao là một yếu tố nguy cơ rõ rệt của HCDBTT ở người bệnh Parkinson [8]. Quá trình lão hóa được định nghĩa là sự suy giảm và suy thoái chức năng tại tế bào, mô và cơ quan. Điều này dẫn đến mất cân bằng nội môi và giảm khả năng thích ứng với yếu tố căng thẳng từ bên trong và bên ngoài, gia tăng khả năng bị bệnh và tử vong. HCDBTT cũng là một biểu hiện của quá trình lão hóa, dễ bị tổn thương với các yếu tố căng thẳng, giảm dự trữ sinh lý dẫn đến giảm duy trì cân bằng nội môi. Như vậy cả HCDBTT và quá trình lão hóa đều dẫn đến hậu quả chung là giảm cân bằng nội môi. Do vậy trong nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối quan hệ mật thiết giữa HCDBTT và tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới nữ cũng được coi là một yếu tố liên quan độc lập với HCDBTT trên người bệnh Parkinson với $OR = 4,42$ (95% CI: 1,35 – 14,43). Mối liên quan của giới và HCDBTT ở người bệnh Parkinson đã được tìm thấy ở nhiều nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu từ năm 2012 của Roland đã cho thấy tỷ lệ mắc HCDBTT ở nữ là cao hơn ở nam [5]. Nghiên cứu của Smith và cộng sự tại Anh cũng cho rằng giới nữ là một yếu tố nguy cơ của HCDBTT ($OR = 3,10$; 95% CI: 1,53 – 6,26) [9]. Nghiên cứu thuần tập hồi cứu tại Mỹ cũng cho thấy rằng HCDBTT thường gặp ở nữ giới hơn là nam [8].

Tình trạng đa bệnh lý gia tăng (chỉ số

đồng bệnh lý Charlson) có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson ($OR=2,266$). Điều này tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của Peeball tại Áo trên 104 người bệnh Parkinson cũng cho thấy điểm đa bệnh lý của Charlson trung bình cao hơn ở những người mắc HCDBTT [10]. Một nghiên cứu thuần tập với 62,786 người bệnh Parkinson thuộc nhiều sắc tộc tại Mỹ cho thấy rằng mức độ đa bệnh lý ở những người bệnh có HCDBTT cao hơn so với những người bệnh bình thường và người bệnh có mức độ HCDBTT càng cao có chỉ số đa bệnh lý càng cao [8]. Tình trạng đa bệnh lý cao cũng liên quan đến nguy cơ ngã, nguy cơ phải nhập viện và cấp cứu ở người bệnh Parkinson [8]. Tình trạng đa bệnh lý gia tăng dự đoán nguy cơ tử vong sau khi được hiệu chỉnh theo tuổi, thời gian, giai đoạn bệnh, các triệu chứng vận động và không vận động ($HR=1,27$ [1,08 – 1,49]) [11]. Như vậy việc quản lý và điều trị tốt các bệnh mạn tính, qua đó giảm tình trạng đa bệnh lý là biện pháp cần thiết góp phần phòng ngừa HCDBTT, nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống cho người bệnh Parkinson.

Thời gian mắc bệnh Parkinson có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson ($OR=1,177$). Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của tác giả Wei – Che Lin và cộng sự tại Đài Loan, thời gian mắc bệnh trung bình của người bệnh Parkinson có mắc HCDBTT là cao hơn so với người bệnh không mắc HCDBTT [7]. Nghiên cứu khác tại Áo cũng cho thấy rằng sự xuất hiện của HCDBTT có mối liên quan đến thời gian mắc bệnh Parkinson dài hơn. Nghiên cứu này cũng cho kết quả là người bệnh có thời gian mắc bệnh Parkinson càng lâu càng có nguy cơ mắc HCDBTT ($OR = 2,16$, 95% CI: 1,30 – 3,60) [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn bệnh Parkinson tính theo thang điểm Hoehn và Yarh cho thấy rằng: người bệnh ở giai đoạn bệnh càng nặng có mối liên quan độc lập với tăng nguy cơ mắc HCDBTT ($OR=4,923$). Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới dù có sự khác biệt về tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu hay bộ công cụ đánh giá HCDBTT thì cũng cho kết quả tương tự về mối quan hệ giữa HCDBTT và giai đoạn bệnh Parkinson. Nghiên cứu của K.P. Roland về chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson ở cộng đồng cho thấy rằng điểm Hoehn và Yarh là yếu tố dự báo mạnh mẽ của HCDBTT [5]. Nghiên cứu của Peeball và cộng sự cũng cho thấy mối liên quan giữa điểm Hoehn và

Yarh cao hơn và nguy cơ lớn hơn của HCDBTT [10]. Nghiên cứu của Lin cũng chỉ ra rằng những người bệnh Parkinson có HCDBTT thì có điểm Hoehn và Yarh trung bình cao hơn hẳn so với những người bệnh không bị [7]. Nghiên cứu của Ozer cũng cho kết quả là so với những người bệnh ở giai đoạn sớm của bệnh Parkinson (điểm Hoehn và Yarh 1-2) thì người bệnh ở giai đoạn muộn hơn (điểm Hoehn và Yarh là 3,4,5) có nguy cơ mắc HCDBTT cao hơn với OR = 5,3 (95% CI: 1,85 -15,23) [12]. Điều đó cho thấy rằng việc sàng lọc HCDBTT ở người bệnh Parkinson là rất quan trọng đặc biệt là ở các giai đoạn sớm để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để có thể dự phòng và đảo ngược HCDBTT nhằm nâng cao sức khỏe và tuổi thọ cho người bệnh Parkinson nói riêng và cộng đồng nói chung.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu nhấn mạnh tuổi cao, giới nữ, thời gian mắc bệnh Parkinson dài, chỉ số đồng bệnh lý Charlson càng cao và mức độ nặng của bệnh Parkinson theo giai đoạn Hoehn và Yarh càng cao có mối liên quan độc lập với gia tăng nguy cơ mắc HCDBTT ở người bệnh Parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TDL. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*. 2014/11/01 2014;29(13):1583-1590.
2. Muangpaisan W, Mathews A, Hori H, Seidel D. A systematic review of the worldwide

- prevalence and incidence of Parkinson's disease. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2011;94(6):749.
3. Macleod AD, Taylor KSM, Counsell CE. Mortality in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*. 2014/11/01 2014;29(13):1615-1622.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. Mar 2001;56(3): M146-156.
5. Roland KP, Jakobi JM, Jones GR, Powell C. Quality of life as a determinant of frailty phenotype in community-dwelling persons with Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc*. Mar 2012;60(3):590-592.
6. Smith N, Brennan L, Gaunt DM, Ben-Shlomo Y, Henderson E. Frailty in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Journal of Parkinson's disease*. 2019;9(3):517-524.
7. Lin W-C, Huang Y-C, Leong C-P, et al. Associations Between Cognitive Functions and Physical Frailty in Patients With Parkinson's Disease. *Front Aging Neurosci*. 2019;11:283-283.
8. Abraham DS, Pham Nguyen TP, Willis AW. Claims-Based Frailty and Outcomes: Applying an Aging Measure to Older Adults with Parkinson's Disease. *Movement Disorders*. 2021/08/01 2021;36(8):1871-1878.
9. Smith N, Gaunt DM, Whone A, Ben-Shlomo Y, Henderson EJ. The Association Between Frailty and Parkinson's Disease in the ReSPOND Trial. *Can Geriatr J*. 2021;24(1):22-25.
10. Peball M, Mahlknecht P, Werkmann M, et al. Prevalence and Associated Factors of Sarcopenia and Frailty in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study. *Gerontology*. 2019;65(3):216-228.

ĐẶC ĐIỂM X QUANG RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CU BA HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Việt Anh¹, Lã Thu Trang¹, Phùng Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm X quang răng khôn hàm dưới (RKHD) ở người trưởng thành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên cơ mẫu gồm 72 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới đến khám tại Khoa Răng miệng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội từ 1/2024 - 6/2024 được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và chụp X quang

Panorama. Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, tư thế RKHD, vị trí độ sâu của RKHD so với răng hàm lớn thứ 2; tương quan RKHD với khoảng rộng xương hàm, hình dạng, số lượng chân RKHD. **Kết quả:** độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,65 ± 10,63 và không có sự khác biệt về giới tính. RKHD mọc lệch gần chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,33%; khoảng cách giữa phía xa răng 7 đến bờ trước cạnh lên nhỏ hơn kích thước gần xa thân răng 8 chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 55,83%. Đa số RKHD có điểm cao nhất thân răng cao hơn hoặc bằng mặt nhai răng 7 (chiếm tỷ lệ 73,33%). Hình thể chân răng 8 chủ yếu là cong (39,16%), tỷ lệ các răng có 2 chân là 84,17%. **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 30,65 ± 10,63, sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, RKHD gặp nhiều nhất ở tư thế lệch gần, độ sâu loại A, khoảng rộng xương loại II. Tỷ lệ RKHD có 2 chân, chân răng cong chiếm ưu thế. **Từ khóa:** răng khôn hàm dưới, X quang, Panorama

¹Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lã Thu Trang

Email: tranghuy1219@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025