

- Korean children, Korean Journal of Orthodontics, 14(2), 217-231.
3. **Hideyuki Kato, Satoshi Fujii** (1988). Application of the Ricketts Analysis to Children in the Primary Dentition: Second Report: A Study of Annual Growth, The Japanese Journal of Pediatric Dentistry, 26, 755-768.
 4. **Đông Khắc Thắm, Hoàng Tử Hùng** (2009). Tương quan giữa chiều dài nền sọ trước với xương hàm trên, xương hàm dưới và chiều cao tầng mặt, nghiên cứu dọc trên phim đo sọ ở trẻ từ 3-13 tuổi. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 13(1), 10-15.
 5. **Lê Võ Yên Nhi, Hoàng Tử Hùng** (2011). Sự tăng trưởng sọ mặt ở trẻ em Việt Nam từ 10 -14 tuổi theo phân tích Ricketts. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15(2), 21-30.
 6. **Lê Nguyễn Lâm, Nguyễn Bắc Hùng** (2014). Sự tăng trưởng của xương hàm dưới ở trẻ từ 12 – 15 tuổi theo phân tích Ricketts, Tạp chí Y học thực hành, 6(923), 67–71.
 7. **Phạm Cao Phong, Lê Gia Vinh, Võ Trương Như Ngọc** (2016). Một số đặc điểm kết cấu sọ mặt ở nhóm học sinh người Việt lứa tuổi 11 trên phim sọ nghiêng, Tạp chí Y Học Việt Nam, 439(1), 36-40.
 8. **Phạm Cao Phong, Lê Gia Vinh** (2016). Sự phát triển và sự xoay của xương hàm dưới lứa tuổi 11-12 trên phim sọ nghiêng, Tạp chí Y Học Việt Nam, 453(1), 7-9.
 9. **Nguyễn Thị Nga, Nguyễn Thị Thu Phương và cộng sự** (2017). Đặc điểm sọ mặt ở một nhóm trẻ người Kinh 7 tuổi trên phim sọ nghiêng theo phân tích Ricketts, Tạp chí Y dược học quân sự, 42, 369-375.
 10. **Eun-ju Bae** (2013). Changes in longitudinal craniofacial growth in subjects with normal occlusions using the Ricketts analysis, The Korean Journal of Orthodontics, 71-79.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ RỐI LOẠN THẦN KINH TỰ CHỦ Ở BỆNH NHÂN PARKINSON TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lê Nhựt Tân¹, Thạch Minh Khoa¹, Lê Thị Hoàng My¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh tiến triển liên quan đến sự giảm chất dẫn truyền thần kinh dopamin thường gặp ở người lớn tuổi. Ngoài các triệu chứng vận động, rối loạn thần kinh tự chủ cũng thường xuất hiện ở bệnh nhân Parkinson và có thể xuất hiện trước cả triệu chứng vận động. Tại Cần Thơ, vẫn chưa có nghiên cứu mô tả về đặc điểm lâm sàng và tỉ lệ của các rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ và mô tả đặc điểm rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não Hội Parkinson Vương quốc Anh nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025. **Kết quả:** Có 50 bệnh nhân Parkinson được đưa vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là 70,6±10,8 tuổi, nam giới chiếm 48%. Tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ theo thang điểm SCOPA-AUT là 82%, với 70% bệnh nhân có rối loạn từ 2 lĩnh vực thần kinh tự chủ trở lên. Tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ theo lĩnh vực lần lượt là tiêu hoá (76%), tim mạch (60%), tiết niệu (50%), điều hoà nhiệt-mô hôi (32%), sinh dục (14%) và đồng tử (6%). Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng là 28% với 78,6% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng. Điểm UPDRS-III và PDQ-8 trung bình lần lượt là

22,3±8,5 điểm và 7,7±3,8 điểm. Điểm UPDRS-III, PDQ-8 cao hơn ở nhóm bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ so với nhóm còn lại ($p<0,05$). **Kết luận:** Rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson là tình trạng thường gặp với hơn 82% bệnh nhân có rối loạn. Hạ huyết áp tư thế đứng chiếm tỉ lệ cao và đa số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của hạ huyết áp tư thế đứng. Bệnh nhân Parkinson có rối loạn thần kinh tự chủ có triệu chứng vận động nặng hơn và chất lượng cuộc sống kém hơn so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ. **Từ khóa:** Parkinson, thần kinh tự chủ, SCOPA-AUT

SUMMARY

PREVALENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTONOMIC DYSFUNCTION IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Parkinson's disease (PD) is a progressive neurodegenerative disorder associated with the depletion of dopamine levels, commonly affecting older adults. In addition to motor symptoms, autonomic dysfunction is frequently observed among PD patients and may even precede motor symptoms. In Can Tho, no prior studies have described the clinical characteristics and prevalence of autonomic dysfunction in PD patients. **Objectives:** To determine the prevalence of autonomic dysfunction and describe its clinical characteristics in Parkinson's disease patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 50 PD patients diagnosed according to the UK Parkinson's Disease Society Brain Bank criteria, admitted to Can Tho Central General Hospital from April 2023 to February 2025. **Results:** The study included 50 PD patients with a mean age of 70.6±10.8 years, 48% of whom were male. The prevalence of autonomic dysfunction, assessed using the SCOPA-

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nhựt Tân

Email: Inhuttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

AUT scale, was 82%, with 70% of patients experiencing dysfunction in two or more autonomic domains. The prevalence of autonomic dysfunction across domains was as follows: gastrointestinal (76%), cardiovascular (60%), urinary (50%), thermoregulatory-sweating (32%), sexual (14%), and pupillary (6%). Orthostatic hypotension was observed in 28% of patients, with 78.6% exhibiting clinical symptoms. The mean UPDRS-III and PDQ-8 scores were 22.6 ± 8.0 and 7.7 ± 3.8 , respectively. Patients with autonomic dysfunction had significantly higher UPDRS-III and PDQ-8 scores compared to those without autonomic dysfunction ($p < 0.05$).

Conclusion: Autonomic dysfunction is common in PD patients, affecting over 82% of the study population. Orthostatic hypotension was prevalent, with the majority of patients showing clinical manifestations. PD patients with autonomic dysfunction exhibited more severe motor symptoms and a poorer quality of life compared to those without autonomic dysfunction.

Keywords: Parkinson's disease, autonomic dysfunction, SCOPA-AUT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một bệnh lý thoái hóa thần kinh, được đặc trưng bởi các triệu chứng vận động, như chậm vận động, run khi nghỉ, cứng cơ và mất ổn định tư thế, cũng như các triệu chứng không vận động, bao gồm rối loạn chức năng khứu giác, rối loạn chức năng nhận thức, rối loạn giấc ngủ và rối loạn thần kinh tự chủ... Trong các triệu chứng ngoài vận động, rối loạn thần kinh tự chủ là biểu hiện thường gặp của người bệnh Parkinson ở mọi giai đoạn. Tùy theo cơ quan bị ảnh hưởng mà tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ ở mỗi cơ quan dao động từ 18-64%, trong đó triệu chứng thường gặp là các rối loạn về tiêu hóa và tiết niệu [4]. Rối loạn thần kinh tự chủ, có thể xảy ra sớm hơn khoảng 5–20 năm so với thời điểm khởi phát các triệu chứng vận động điển hình. Rối loạn thần kinh tự chủ được coi là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe. Hơn nữa, nó có thể liên quan đến sự tiến triển nhanh và thời gian sống ngắn hơn ở những bệnh nhân mắc bệnh Parkinson [3]. Theo tác giả Zhou và cộng sự (2021), tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson là 91,3% [8]. Tuy nhiên tại Cần Thơ, rối loạn thần kinh tự chủ ở người bệnh Parkinson chưa được thầy thuốc và người bệnh quan tâm đúng mức. Người bệnh Parkinson chưa được đánh giá về các rối loạn thần kinh tự chủ một cách thường quy. Hơn nữa, các nghiên cứu đã chỉ rõ rối loạn thần kinh tự chủ có sự đa dạng đáng kể giữa các quần thể [8]. Cũng chính vì vậy, để trả lời cho câu hỏi nghiên cứu: "Tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson là bao nhiêu và có

đặc điểm như thế nào?", chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ và mô tả đặc điểm rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não Hội Parkinson Vương quốc Anh đang được khám, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 04 năm 2023 đến tháng 02 năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân mắc bệnh khác có biến chứng lên hệ thần kinh tự chủ như đái tháo đường, phì đại tuyến tiền liệt nặng và tăng nhãn áp. Các bệnh lý tim mạch bao gồm suy tim, loạn nhịp tim (rung nhĩ, cuồng nhĩ, block nhĩ thất cao độ), đặt máy tạo nhịp tim.

- Đang sử dụng một số nhóm thuốc có ảnh hưởng đến chức năng thần kinh tự chủ (thuốc chống loạn nhịp, nhóm chẹn thụ thể beta, thuốc đối vận alpha-adrenergic).

- Không có khả năng duy trì tư thế đứng trong 3 phút.

- Bệnh nhân có các rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: - Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Với: n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần phải có. Z: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ($\alpha = 0,05$) tương đương với $Z = 1,96$. d: là sai số cho phép chấp nhận được, chúng tôi chọn $d = 0,08$; p là tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ. Theo nghiên cứu của Zhou và cộng sự (2021), tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson là 91,3% nên chúng tôi chọn $p = 91,3\%$ [8]. Chọn $p = 0,913$ và $d = 0,08$ thì cỡ mẫu tối thiểu là 48 mẫu. Trên thực tế, chúng tôi thu thập được 50 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu sẽ tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, đo huyết áp tư thế, thông tin thu thập được ghi nhận bằng phiếu thu thập thông tin.

Số liệu sau khi được mã hóa sẽ được xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Các phép thống kê được sử dụng phù hợp với từng biến và mục đích phân tích. Mức ý nghĩa thống kê sử

dụng là $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ theo quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

Kết quả phục vụ cho mục đích nghiên cứu, tất cả thông tin cung cấp được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

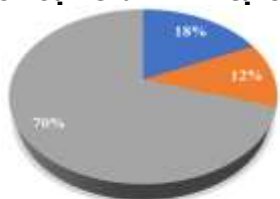
3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=50)
Tuổi trung bình	70,6±10,8
Tỷ lệ giới tính (nam/tổng)	48%
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,9±3
UPDRS-III	22,3±8,5
Giai đoạn Hoehn và Yahr:	2,3 (1,875-3)
1	10%
1,5	14%
2	20%
2,5	22%
3	32%
4	2%
5	0%
PDQ-8	7,7±3,8

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có độ tuổi trung bình là 70,6±10,8, nữ giới chiếm ưu thế hơn nam giới, thời gian mắc bệnh trung bình 4,9±3 năm, Trung bình điểm UPDRS-III là 22,3±8,5, hầu hết bệnh nhân có mức suy giảm vận động từ nhẹ đến vừa. Giai đoạn 3 theo Hoehn và Yahr chiếm tỷ lệ cao nhất, 74% đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn 2-3. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn 4 và 5 rất thấp (chỉ 2%). Điểm PDQ-8 trung bình 7,7±3,8, chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu bị ảnh hưởng ở mức trung bình đến nhẹ.

3.2 Tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ và đặc điểm rối loạn thần kinh tự chủ



■ Không có rối loạn thần kinh tự chủ ■ Rối loạn 1 lĩnh vực ■ Rối loạn nhiều lĩnh vực

Biểu đồ 1: Tỷ lệ rối loạn thần kinh tự chủ của đối tượng nghiên cứu (n=50)

Nhận xét: Rối loạn thần kinh tự chủ theo SCOPA-AUT chiếm tỷ lệ cao ở đối tượng nghiên cứu, với 82% bệnh nhân có ít nhất một lĩnh vực bị ảnh hưởng. Trong đó, 70% bệnh nhân có rối loạn ở nhiều lĩnh vực. Chỉ 18% bệnh nhân không

có rối loạn thần kinh tự chủ.

Bảng 2: Đặc điểm các lĩnh vực rối loạn thần kinh tự chủ

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=50)
Triệu chứng hệ tiêu hóa	38	76
Triệu chứng hệ tiết niệu	25	50
Triệu chứng hệ tim mạch	30	60
Triệu chứng điều hòa nhiệt - mồ hôi	16	32
Triệu chứng đồng tử	3	6
Triệu chứng sinh dục	7	14
Hạ huyết áp tư thế đứng:	14	28
- Có triệu chứng	11	22
- Không triệu chứng	3	6

Nhận xét: Triệu chứng tiêu hóa là phổ biến nhất trong đối tượng nghiên cứu (chiếm 76%), kể đến là tim mạch (60%) và tiết niệu (50%). Các triệu chứng ít gặp hơn bao gồm điều hòa nhiệt, mồ hôi (32%), sinh dục (14%), và đồng tử (6%). Tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng là 28%, với đa số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng (78,6% trong nhóm hạ huyết áp tư thế đứng).

Bảng 3: So sánh độ nặng và chất lượng cuộc sống giữa các nhóm

Đặc điểm	Có rối loạn thần kinh tự chủ (n=41)	Không có rối loạn thần kinh tự chủ (n=9)	p
UPDRS-III	23,8±7,7	14,9±8,6	0,003*
PDQ-8	8,5±3,5	3,9±2,8	0,001*
Hoehn và Yahr	2,5 (2-3)	1,5 (1-2)	0,041#
Tổng (n=50)			

*t-test, #Mann-Whitney Test

Nhận xét: Nhóm có rối loạn thần kinh tự chủ có triệu chứng vận động nặng hơn (điểm UPDRS-III cao hơn) so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ, với $p = 0,003 (< 0,05)$. Nhóm có rối loạn thần kinh tự chủ có chất lượng cuộc sống kém hơn (điểm PDQ-8 cao hơn) so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ, với $p = 0,001 (< 0,05)$. Nhóm có rối loạn thần kinh tự chủ có mức độ tiến triển bệnh nặng hơn (trung vị giai đoạn Hoehn và Yahr cao hơn) so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ, với $p = 0,041 (< 0,05)$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tỷ lệ mắc và đặc điểm rối loạn thần kinh tự chủ trên 50 bệnh nhân Parkinson nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2025 với 48% là nam giới, 52% là nữ với độ tuổi trung bình là 70,6±10,8 tuổi và thời gian mắc bệnh trung bình là 4,9±3 năm.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ mắc rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson là khá cao (chiếm 82%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, chẳng hạn như nghiên cứu của Vũ Thị Hinh và cộng sự (2022) [1], trong đó ít nhất 81,1% bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ. Đối với các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi cũng thấy sự tương đồng như nghiên cứu của De Pablo-Fernandez và cộng sự (2017) [3] là 85%. Tuy nhiên, kết quả của Zhou và cộng sự (2021) [8] ở Trung Quốc lại cho thấy tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ cao hơn, với 91,3% bệnh nhân có rối loạn ít nhất một lĩnh vực thần kinh tự chủ. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số và cỡ mẫu lớn hơn (2556 bệnh nhân) trong nghiên cứu của Zhou và cộng sự [8]. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá các rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson.

Chúng tôi ghi nhận rằng bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ chủ yếu tập trung ở giai đoạn 2 đến 3 theo Hoehn và Yahr, với trung vị là 2,5 (2-3). Trong khi đó, bệnh nhân không có rối loạn chủ yếu ở giai đoạn 1 và 2, với trung vị là 1,5 (1-2). Giai đoạn bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nghiên cứu của Zhou và cộng sự [8] với trung vị giai đoạn bệnh ở bệnh nhân có rối loạn nhiều lĩnh vực thần kinh tự chủ là 2,5 (2-3), bệnh nhân có rối loạn ở 1 lĩnh vực duy nhất là 2 (1-2,5) và bệnh nhân không có rối loạn thần kinh tự chủ là 1,5 (1-2,5). Nhóm bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ trong nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không có rối loạn thần kinh tự chủ ($p=0,041$), kết quả cũng phù hợp với kết quả Zhou và cộng sự [8] khi bệnh nhân có nhiều lĩnh vực rối loạn thần kinh tự chủ có giai đoạn bệnh theo Hoehn và Yahr cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ, tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân chỉ có 1 rối loạn thì tác giả này không ghi nhận sự khác biệt so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ.

Khi đánh giá mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng vận động, chúng tôi ghi nhận rằng bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ có điểm trung bình trên Thang điểm đánh giá bệnh Parkinson thống nhất phần III (UPDRS-III) là $23,8 \pm 7,7$, trong khi bệnh nhân không có rối loạn thần kinh tự chủ có điểm trung bình là $14,9 \pm 8,6$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Zhou và cộng sự [8] với trung bình UPDRS-III của nhóm có rối loạn thần kinh tự chủ là $27,8 \pm 15,4$ (trong đó nhóm có bị ảnh hưởng nhiều lĩnh vực thần

kinh tự chủ là $28,8 \pm 15,6$, nhóm chỉ rối loạn 1 lĩnh vực là $23,0 \pm 13,5$) và nhóm không rối loạn là $20,6 \pm 12,8$, sự khác biệt cũng được thiết lập ở các nhóm này, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa nhóm chỉ rối loạn 1 lĩnh vực và nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ.

Trong các lĩnh vực rối loạn thần kinh tự chủ, chúng tôi ghi nhận rằng triệu chứng tiêu hóa (76%), tim mạch (60%) và tiết niệu (50%) là những lĩnh vực có tỉ lệ rối loạn cao nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Hinh và cộng sự [1], trong đó rối loạn tiêu hóa (81,1%), tim mạch (64,2%) và tiết niệu (54,7%) cũng chiếm ưu thế. Các tỉ lệ này khác với nghiên cứu của Zhou và cộng sự [8] với 3 lĩnh vực bị ảnh hưởng thường xuyên nhất trong là đường tiêu hóa (72,3%), tiết niệu (71,1%) và điều hòa nhiệt độ (44,3%), tuy nhiên triệu chứng tiêu hóa vẫn là lĩnh vực chiếm hàng đầu, điều này cho thấy việc đánh giá các triệu chứng tiêu hóa thường quy ở bệnh nhân Parkinson là cần thiết. Một nghiên cứu bệnh-chứng của Qin và cộng sự (2019) [6] đánh giá triệu chứng tiêu hóa của bệnh nhân Parkinson giai đoạn sớm (1-3 theo Hoehn-Yahr) ở Trung Quốc cho thấy có 59,3% bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa, phổ biến là táo bón (49,1%) và rối loạn vị giác (37%), đặc biệt bệnh nhân Parkinson có nhiều khả năng mắc các rối loạn tiêu hóa (táo bón, khô miệng, loạn vị giác, khó nuốt, no sớm, chán ăn) hơn so với nhóm chứng ($p<0,05$). Sự cao hơn về tỉ lệ mắc triệu chứng tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của Qin và cộng sự là do nghiên cứu này chỉ chọn vào những bệnh nhân Parkinson giai đoạn sớm [6].

Hạ huyết áp tư thế đứng trong bệnh Parkinson là do bất thường về thần kinh, với đáp ứng thần kinh-tuần hoàn (neurocirculatory) không đầy đủ khi thay đổi tư thế, nguyên nhân chính là do suy giảm phản xạ áp lực và giảm giải phóng norepinephrine [2]. Chúng tôi ghi nhận có 28% bệnh nhân Parkinson có hạ huyết áp tư thế đứng. Kết quả này tương đồng với phân tích của Velseboer và cộng sự (2011) [7] và nghiên cứu của Merola và cộng sự (2016) [5] với tỉ lệ mắc hạ huyết áp tư thế đứng ở bệnh nhân Parkinson lần lượt là 30,1% và 30,6%. Tác giả Merola cũng ghi nhận tỉ lệ hạ huyết áp tư thế đứng có triệu chứng thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (62,6% so với 78,6%), điều này có thể được giải thích do sự khác biệt về dân số tham gia nghiên cứu.

Khi đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson có rối loạn thần kinh tự chủ, chúng tôi sử dụng Bảng câu hỏi về bệnh Parkinson rút gọn (PDQ-8), chúng tôi ghi nhận

bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ có chất lượng cuộc sống kém hơn có ý nghĩa thống kê (điểm PDQ-8 cao hơn) so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ ($p=0,001$). Kết quả này cũng phù hợp khi đánh giá bằng phiên bản đầy đủ (PDQ-39) trong nghiên cứu của Zhou và cộng sự [8].

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 50 bệnh nhân mắc Parkinson được đưa vào nghiên cứu, tỉ lệ mắc rối loạn thần kinh tự chủ là 82%, trong đó 70% bệnh nhân có rối loạn từ 2 lĩnh vực trở lên. Rối loạn tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (76%). Hạ huyết áp tư thế đứng chiếm tỉ lệ 28%, và đa số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của hạ huyết áp tư thế đứng.

Bệnh nhân Parkinson có rối loạn thần kinh tự chủ có triệu chứng vận động nặng hơn, chất lượng cuộc sống kém hơn và giai đoạn bệnh theo Hoehn và Yahr cao hơn so với nhóm không có rối loạn thần kinh tự chủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Hình, Nguyễn Văn Liệu** (2022), "Rối loạn thần kinh tự chủ ở bệnh nhân Parkinson dựa theo thang điểm SCOPA-AUT", Tạp chí nghiên cứu Y học, 156 (8), tr 43 – 49

2. **Cutsforth-Gregory J.K, Low P.A.** Neurogenic Orthostatic Hypotension in Parkinson Disease: A Primer. *Neurol Ther.* 2019;8(2):307-324. doi:10.1007/s40120-019-00152-9
3. **De Pablo-Fernandez E, Tur C, Revesz T, et al.** Association of Autonomic Dysfunction With Disease Progression and Survival in Parkinson Disease. *JAMA Neurol.* 2017;74(8):970-976. doi:10.1001/jamaneurol.2017.1125
4. **Merola A, Romagnolo A, Rosso M, et al.** Autonomic dysfunction in Parkinson's disease: A prospective cohort study. *Mov Disord.* 2018; 33(3):391-397. doi:10.1002/mds.27268
5. **Merola A, Romagnolo A, Rosso M, et al.** Orthostatic hypotension in Parkinson's disease: Does it matter if asymptomatic?. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016;33:65-71. doi:10.1016/j.parkreldis.2016.09.013
6. **Qin X, Li X, Li Z.** (2018). Gastrointestinal Dysfunction in Chinese Patients with Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*, 2019(1), 3897315. doi.org/10.1155/2019/3897315
7. **Velseboer D.C, de Haan R.J, Wieling W, et al.** Prevalence of orthostatic hypotension in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord.* 2011;17(10): 724-729. doi:10.1016/j.parkreldis.2011.04.016
8. **Zhou Z, Zhou X, Zhou X, et al.** Characteristics of Autonomic Dysfunction in Parkinson's Disease: A Large Chinese Multicenter Cohort Study. *Front Aging Neurosci.* 2021;13:761044. doi:10.3389/fnagi.2021.761044

HIỆU QUẢ KÍCH THÍCH TỪ TRƯỜNG XUYỀN SỌ TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU MẠN TÍNH HÀNG NGÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Trương Huệ Linh¹, Lê Thị Thu Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kích thích từ xuyên sọ lặp đi lặp lại (rTMS) trong điều trị bệnh nhân bị đau đầu mạn tính hàng ngày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 27 bệnh nhân bị đau đầu mạn tính nguyên phát được điều trị bằng rTMS gồm 15 đợt tần số cao (20 Hz) tại vỏ não trước trán lưng bên trái (DLPFC) tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** 27 bệnh nhân (4 nam, 23 nữ), độ tuổi trung bình là $51 \pm 13,58$. Trước điều trị, tần suất đau đầu trung bình (số ngày đau/tháng) là $22,52 \pm 5,33$ ngày, mức độ đau trung bình theo thang VAS là $5,19 \pm 1,64$, chỉ số đau đầu (=tần số x mức độ) trung bình là $118,04 \pm 51,80$. Thang HIT-6 đánh giá mức độ ảnh hưởng của đau

đầu trung bình là $58,11 \pm 10,91$. Sau điều trị rTMS, nhận thấy tần suất, mức độ, chỉ số đau đầu và điểm HIT-6 giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (giá trị $P < 0,05$), với 81,5 % bệnh nhân được báo cáo cải thiện trên 30% (hiệu quả trung bình: 55,6%, hiệu quả tốt: 25,9%). Các tác dụng phụ như chóng mặt nhẹ (3,7%), nhức đầu nhẹ tại vị trí đặt cuộn coil (7,4%) đều thoáng qua và tự hồi phục. Không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận. **Kết luận:** Liệu pháp rTMS tần số cao tại vùng trước trán lưng bên giúp giảm đáng kể tần suất và mức độ đau ở những bệnh nhân đau đầu mạn tính hàng ngày.

Từ khóa: Kích thích từ trường xuyên sọ lặp đi lặp lại, đau đầu mạn tính.

SUMMARY

THE EFFICACY OF TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN TREATING PATIENTS WITH CHRONIC DAILY HEADACHE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To assess the efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in treating patients with primary chronic daily headaches. **Materials and Methods:** A descriptive study of 27 patients with primary chronic daily headaches, treated

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025