

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

with rTMS. The treatment consisted of 15 high-frequency (20 Hz) rTMS sessions delivered over the left dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) at Tam Anh General Hospital from January 2024 to April 2024. **Results:** Among the 27 patients (4 males, 23 females), the average age was 51 ± 13.58 years. Before treatment, the average headache frequency (number of pain days per month) was 22.52 ± 5.33 days. The average headache intensity, according to the VAS scale, was 5.19 ± 1.64 . The average headache index (headache frequency intensity) was 118.04 ± 51.80 . The average score on the Headache Impact Test (HIT-6) was 58.11 ± 10.91 . After rTMS stimulation, patients showed a statistically significant reduction in headache parameters and HIT-6 scores compared to before treatment ($P < 0.05$). A percentage improvement of over 30% was reported by 81.5% of patients (moderate: 55.6%, high: 25.9%). Side effects, such as mild dizziness (3.7%) and mild headache at the coil placement site (7.4%), were transient and reversible. No severe complications were noted. **Conclusion:** The study results indicated that daily high-frequency rTMS therapy for three weeks led to a considerable reduction in pain intensity and headache impact in the treatment of chronic daily headaches. **Keywords:** Repetitive transcranial magnetic stimulation, Chronic daily headache.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau đầu mạn tính hàng ngày là một thuật ngữ được áp dụng chỉ những tình trạng đau đầu với tần suất đau từ 15 ngày trở lên trong một tháng, diễn ra trong ít nhất ba tháng, đau ít nhất 4 giờ mỗi ngày nếu không được điều trị. Đau đầu kiểu căng thẳng mạn tính (chronic tension-type headache) và đau đầu migraine mạn tính (chronic migraine) là hai loại thường gặp trong đau đầu mạn tính hàng ngày.¹ Những tình trạng bệnh lý này ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và thường gặp nhiều khó khăn trong điều trị, đòi hỏi cần có những phương pháp hỗ trợ ngoài phương pháp nội khoa thông thường bằng thuốc. Trong đó, kích thích từ trường xuyên sọ là một liệu pháp điều trị thuộc nhóm điều biến thần kinh, an toàn và không xâm lấn, giúp hỗ trợ cải thiện triệu chứng ở những bệnh nhân đau đầu mạn tính hàng ngày. Thông qua việc tác động các xung từ trường đến vỏ não, từ trường xuyên sọ có tác dụng làm thay đổi tính kích thích vỏ não. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy phác đồ kích thích từ trường xuyên sọ lặp lại tần số cao tại vùng vỏ não trước trán lưng bên có tác dụng kiểm soát chủ động cảm giác đau bằng cách điều chỉnh các đường dẫn truyền vỏ não-dưới vỏ não và vỏ não-vỏ não, từ đó thay đổi cảm nhận về cơn đau ở những bệnh nhân đau đầu nguyên phát.

Tại Việt Nam, từ trường xuyên sọ ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý thần kinh là

một lĩnh vực tương đối mới, số lượng nghiên cứu về hiệu quả của kích thích từ trường xuyên sọ còn hạn chế. Qua các tạp chí y khoa uy tín trong nước, chúng tôi tìm thấy nghiên cứu của tác giả Lê Viết Thắng và cộng sự² về điều trị đau đầu mạn tính bằng kích thích từ trường xuyên sọ tại vùng vỏ não vận động nguyên phát, nghiên cứu của Đỗ Trọng Phước và cộng sự³ về hiệu quả của kích thích từ trường xuyên sọ trong điều trị đau thần kinh do tổn thương tủy sống. Đây là các phương pháp hỗ trợ không xâm lấn tiên tiến trên thế giới trong điều trị các bệnh lý thần kinh. Đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của kích thích từ trường xuyên sọ lặp đi lặp lại tại vùng vỏ não trước trán lưng bên bên trái trong điều trị bệnh nhân đau đầu mạn tính hàng ngày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 27 bệnh nhân được chẩn đoán đau đầu mạn tính hàng ngày theo tiêu chuẩn ICHD-3, khám và điều trị tại phòng khám ngoại trú khoa Thần kinh – đột quỵ, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Từ 18 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán đau đầu mạn tính hàng ngày theo phiên bản thứ 3 của Hiệp hội đau đầu quốc tế (ICHD-3)⁴: tần suất đau từ 15 ngày trở lên trong một tháng, diễn ra trong ít nhất ba tháng, đau ít nhất 4 giờ mỗi ngày nếu không được điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Đau hiệu lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý đau đầu thứ phát.
- Người bệnh có sự thay đổi liệu pháp được lí trong thời gian theo dõi của nghiên cứu.
- Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú
- Có chống chỉ định của kích thích từ trường xuyên sọ: có dị vật kim loại, thiết bị cấy ghép kim loại nhạy từ, máy tạo nhịp, máy kích thích não sâu...
- Tiền sử co giật, động kinh.
- Người tham gia đã được điều trị bằng kích thích từ trường xuyên sọ trước đây.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

2.2.2. Công cụ nghiên cứu.

Máy kích thích từ trường xuyên sọ MSX – hãng Neurosoft. Bệnh án nghiên cứu, thang điểm VAS, thang điểm trầm cảm Beck, chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (The Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI), thang đánh giá ảnh hưởng của đau đầu (Headache Impact test – HIT-6).

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn, khám lâm sàng.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Chẩn đoán và đánh giá trước điều trị

- Các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh, cộng hưởng từ và các xét nghiệm cần thiết được tiến hành để loại trừ đau đầu thứ phát.

- Các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu sẽ được đánh giá mức độ đau (bảng thang điểm VAS), tần suất đau (số ngày đau trong 1 tháng), chỉ số đau đầu (headache index = mức độ đau x tần suất đau) và các thang điểm trầm cảm Beck, thang đo chất lượng giấc ngủ PSQI, thang đánh giá ảnh hưởng của đau đầu HIT-6 tại thời điểm trước điều trị.

Bước 2: Tiến hành điều trị:

- Người bệnh sẽ trải qua 15 phiên TMS liên tiếp mỗi ngày, 5 phiên/tuần.

- Mỗi phiên rTMS gồm tổng 3000 xung chia thành 30 chu kỳ với thời lượng mỗi chu kỳ là 5 giây, số xung mỗi chu kỳ là 100 xung, thời gian nghỉ giữa chu kỳ là 20 giây. Cuộn coil số 8, tần số kích thích là 20 Hz và cường độ là 80% ngưỡng vận động (Motor threshold - MT). Vị trí kích thích là vùng vỏ não trước trán lưng bên trái. Ngưỡng vận động được xác định trước khi điều trị tại vùng vỏ não vận động nguyên phát bên trái (M1 trái). Vùng vỏ não trước trán lưng bên trái được xác định là điểm cách M1 5cm về phía trước, theo trục song song với đường dọc giữa đầu.

- Các thuốc điều trị đau đầu không thay đổi trong suốt quá trình điều trị rTMS.

Bước 3: Đánh giá hiệu quả điều trị và tác dụng phụ. Lưu thông tin và phân tích kết quả.

- Người bệnh được hướng dẫn ghi nhật ký đau đầu trong suốt quá trình theo dõi trước và sau điều trị. Mức độ đau (bảng thang điểm VAS), tần suất đau (số ngày đau trong 1 tháng), chỉ số đau đầu (headache index = mức độ đau x tần suất đau) và các thang điểm HIT-6, Beck, PSQI ghi nhận tại các thời điểm T1 và T2 (tương ứng 1 tháng, 2 tháng sau khi kết thúc liệu trình rTMS).

- Đáp ứng điều trị được phân thành 3 mức độ theo tỉ lệ phần trăm cải thiện chỉ số đau đầu (HI)

Giảm <30%: Hiệu quả kém hoặc không hiệu quả. Giảm 30-70%: Hiệu quả trung bình

Giảm >70%: Hiệu quả tốt

2.2.5. Phân tích số liệu. Thu thập, xử lý, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2024

2.4. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thần kinh–Đột quỵ, bệnh viện đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

27 bệnh nhân (4 nam, 23 nữ), độ tuổi trung bình là $51 \pm 13,58$, trong đó có 7 bệnh nhân đau đầu migraine mạn tính và 20 bệnh nhân đau đầu kiểu căng thẳng mạn tính.

3.1. Hiệu quả của kích thích từ trường xuyên sọ**3.1.1. Hiệu quả giảm đau**

Bảng 1. Đặc điểm đau đầu trước và sau điều trị rTMS

Tính chất đau	Trước điều trị $\bar{x} \pm SD$	Thời điểm T1 $\bar{x} \pm SD$	Thời điểm T2 $\bar{x} \pm SD$	p
Tần suất đau (số ngày đau/ tháng)	22,52 $\pm$ 5,33	17,26 $\pm$ 5,75	18,11 $\pm$ 3,71	0,003 ^a 0,008 ^b 0,338 ^c
Mức độ đau (thang điểm VAS)	5,19 $\pm$ 1,64	3,11 $\pm$ 1,48	3,63 $\pm$ 1,39	0,003 ^a 0,004 ^b 0,004 ^c
Chỉ số đau đầu (=tần suất x mức độ)	118,04 $\pm$ 51,80	55,67 $\pm$ 38,29	66,04 $\pm$ 29,92	<0,001 ^a <0,001 ^b 0,003 ^c

a: So sánh thời điểm T1 và trước điều trị

b: So sánh thời điểm T1 và trước điều trị

c: So sánh thời điểm T1 và thời điểm T2

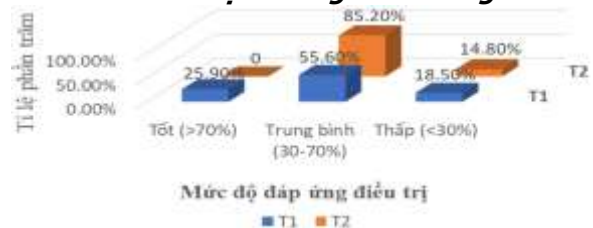
Nhận xét: Mức độ đau (thang điểm VAS), tần suất đau (số ngày đau/tháng), chỉ số đau đầu tại thời điểm sau khi kết thúc điều trị 1 tháng và 2 tháng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

Mức độ đau (thang điểm VAS), chỉ số đau đầu tại thời điểm sau khi kết thúc điều trị 2 tháng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm sau điều trị 1 tháng. Tuy nhiên, tần suất đau tại thời điểm T1 và T2 không khác biệt.

3.1.2. Hiệu quả trên các thang điểm HIT-6, PSQI, Beck

Bảng 2. Thang điểm HIT-6, PSQI, Beck trước và sau điều trị

	Trước điều trị $\bar{x} \pm SD$	Sau điều trị 1 tháng $\bar{x} \pm SD$	p
HIT-6	58,11 $\pm$ 10,91	47,33 $\pm$ 11,05	<0,001
PSQI	9,81 $\pm$ 5,02	7,37 $\pm$ 4,27	<0,001
Beck	10,67 $\pm$ 6,23	9,29 $\pm$ 4,44	0,023

3.1.3. Mức độ đáp ứng điều trị tại thời điểm sau điều trị 1 tháng và 2 tháng

Biểu đồ 1. Phân loại hiệu quả điều trị tại

thời điểm sau điều trị 1 tháng và 2 tháng

Nhận xét: Tại thời điểm 1 tháng sau điều trị, tỉ lệ đạt hiệu quả tốt, trung bình, thấp lần lượt là 25,9%, 55,6%, 18,5%. Đến thời điểm 2 tháng, không ghi nhận trường hợp nào duy trì được hiệu quả tốt, tỉ lệ hiệu quả trung bình tăng lên thành 85,2% và hiệu quả thấp là 14,8%.

3.2. Tác dụng không mong muốn của kích thích từ trường xuyên sọ

Tác dụng không mong muốn	n	Tỉ lệ phần trăm
Đau tại chỗ kích thích	2	7,4%
Khó chịu bởi tiếng ồn	1	3,7%
Choáng nhẹ	1	3,7%
Tổng số bệnh nhân	N=27	

Nhận xét: Không ghi nhận biến chứng nặng hay tác dụng không mong muốn nào khiến người bệnh phải dừng điều trị. Một số tác dụng không mong muốn nhẹ và thoáng qua được ghi nhận như đau tại chỗ kích thích, khó chịu bởi tiếng ồn, choáng nhẹ ngay sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đau đầu mạn tính là một trong những bệnh lý thần kinh phổ biến nhất ảnh hưởng đến 66% dân số trên toàn thế giới và do đó được coi là một trong những vấn đề sức khỏe lớn. Theo một nghiên cứu, 75% bệnh nhân báo cáo không thể thực hiện công việc của mình trong cơn đau và 50% cần sự trợ giúp của thành viên gia đình, chất lượng cuộc sống của họ bị ảnh hưởng rất lớn.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $51 \pm 13,58$, số ngày đau trung bình trong tháng là $22,52 \pm 5,33$, mức độ đau theo thang điểm VAS là $5,19 \pm 1,64$, các ghi nhận này tương đồng với nghiên cứu của Lê Viết Thắng và cộng sự.²

Kết quả của nghiên cứu cho thấy, tần suất đau, mức độ đau cũng như chỉ số đau đầu giảm đáng kể tại thời điểm 1 tháng và 2 tháng sau điều trị bằng rTMS khi so sánh với trước điều trị. Những kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước của Brighina, Lê Viết Thắng, các tác giả đều kết luận rằng điều trị bằng rTMS thực sự có lợi ích trong việc cải thiện tần suất và chỉ số đau đầu.^{2,6}

Trong các phác đồ điều trị đau đầu hiện nay, 2 vị trí mục tiêu được nhắm đến là vỏ não vận động nguyên phát (M1) và vùng vỏ não trước trán lưng bên (DLPFC) bên trái. Trong nghiên cứu này, rTMS tần số cao được sử dụng trên DLPFC bên trái đã mang lại lợi ích trong điều trị bệnh nhân đau đầu mạn tính hàng ngày. Cơ chế chính xác mà kích thích tần số cao trên vỏ não trước trán lưng bên bên trái làm giảm đau đầu

mạn tính vẫn chưa thực sự rõ ràng. Với giả thuyết rằng cả migraine mạn tính và đau đầu căng thẳng mạn tính đều có thể phụ thuộc vào sự nhạy cảm của vùng trán-limbic. Các cơn đau cũng thường liên quan đến các triệu chứng "limbic" như rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, suy giảm trí nhớ và khả năng tập trung và giảm ham muốn tình dục. Vì vậy, có khả năng hoạt hóa vùng trước trán lưng bên trái có thể thiết lập lại hoặc giảm thiểu rối loạn chức năng vùng trán-limbic, giúp cải thiện tình trạng lâm sàng. Mặc dù chúng ta chỉ kích thích từ trường ở vùng trước trán, nhưng hiệu ứng mạng lưới (network effects) đã giúp tăng cường đường liên hệ từ vỏ não xuống cấu trúc dưới vỏ và hệ viền.

DLPFC dường như có tác dụng ức chế nhận thức về cơn đau, hơn nữa, nó gắn liền với hoạt động hệ viền về mặt giải phẫu và sinh lý nên được cho là có tầm quan trọng lớn trong sinh lý bệnh của nhiều tình trạng thần kinh mạn tính khác như trầm cảm, rối loạn lưỡng cực, rối loạn giấc ngủ... Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự giảm đáng kể của các thang điểm trầm cảm Beck, thang đo chất lượng giấc ngủ PSQI, thang đánh giá ảnh hưởng của đau đầu HIT-6 đến chất lượng cuộc sống. Như vậy, cùng với việc giảm mức độ và tần suất đau đầu, điều trị bằng từ trường xuyên sọ tại vùng vỏ não trước trán có thể mang đến những cải thiện nhất định các triệu chứng khác của người bệnh liên quan đến cảm xúc, giấc ngủ và chất lượng sống. Chúng ta cũng thấy những ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Ann Ali AbdElkader hay Đỗ Trọng Phước và cộng sự.^{3,5}

Về mức độ hiệu quả, chúng tôi nhận thấy, tại thời điểm 1 tháng sau điều trị, khoảng hơn một nửa số trường hợp nhận được đáp ứng mức trung bình và chỉ khoảng ¼ số trường hợp có đáp ứng tốt với điều trị. Rõ ràng đây chưa phải là một con số quá ấn tượng, tuy nhiên, với vai trò là một liệu pháp điều trị bổ trợ thêm vào thì phương pháp này cũng đã mang lại những cải thiện có ý nghĩa cho người bệnh đau đầu mạn tính hàng ngày. Tuy nhiên, chúng tôi cũng thấy rằng, các triệu chứng có xu hướng trở lại vào thời điểm tháng thứ 2 sau điều trị, thể hiện qua mức độ đau, chỉ số đau đầu tại thời điểm sau khi kết thúc điều trị 2 tháng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm sau điều trị 1 tháng. Riêng tần suất đau tại thời điểm 1 tháng và 2 tháng thì không khác biệt. Đến thời điểm 2 tháng, cũng không ghi nhận được trường hợp nào còn duy trì được hiệu quả tốt, tỉ lệ hiệu quả trung bình tăng lên thành 85,2% và hiệu quả thấp là 14,8%.

Mục đích của việc lặp lại 15 phiên điều trị trong một liệu trình nhằm mục đích tăng cường tính mềm dẻo thần kinh, tạo nên sự tái tổ chức chức năng của vỏ não mục tiêu và các vùng não liên kết trong mạng lưới.^{5,7} Trên thế giới, một số tác giả cũng đã đề xuất các phác đồ duy trì giãn cách, nhằm kéo dài được thời gian hiệu quả tốt của liệu pháp.⁷ Dù hiện còn nhiều trở ngại cho người bệnh liên quan đến chi phí điều trị, thời gian di chuyển đến cơ sở có kích thích từ trường xuyên sọ, nhưng điều đó cũng mở ra hướng nghiên cứu mới liên quan đến các phác đồ duy trì phù hợp để đạt được hiệu quả tối ưu trong điều kiện nước ta hiện nay.

Kích thích từ trường xuyên sọ nhìn chung là một phương pháp rất an toàn, trong 27 bệnh nhân được điều trị, chúng tôi nhận thấy có 2 bệnh nhân xuất hiện hiện tượng đau đầu tại vị trí đặt cuộn coil kích thích, 1 bệnh nhân khó chịu với tiếng ồn trong khi điều trị và 1 bệnh nhân choáng nhẹ ngay sau điều trị. Tất cả tác dụng phụ này đều thoáng qua và không cần thiết phải dùng phiên điều trị, không có biến chứng nặng nào được ghi nhận. Ghi nhận này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong y văn thế giới, rằng một số tác dụng ngoài ý muốn nhẹ và thoáng qua có thể gặp và vô cùng hiếm gặp các biến chứng nặng như ngất hay co giật trong quá trình điều trị bằng từ trường xuyên sọ.⁸

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tepper SJ TD.** The Cleveland Clinic Manual of Headache Therapy. In: Diagnosis of primary chronic daily headache. 2nd. New York: Springer Science, Business Media; 2014;2nd:39-48.
2. **Lê Viết Thắng, Phạm Thị Kim Xuyên, Bùi Hoàng Tuấn Dũng.** Hiệu quả kích thích từ trường xuyên sọ trong điều trị đau đầu mạn tính. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;538(2):57-59.
3. **Đỗ Trọng Phước, Lâm Tiểu Đào, Nguyễn Minh Anh, Lê Viết Thắng.** Hiệu quả kích thích từ trường xuyên sọ lặp lại ở vỏ não trước trán lưng bên so với vỏ não vận động chính trên bệnh nhân đau thần kinh sau tổn thương tủy sống. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(2):211-215.
4. **Headache Classification Committee of the International Headache S.** The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. Jul 2013;33(9):629-808. doi:10.1177/0333102413485658
5. **Ann Ali AbdElkader EMF.** The efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation in treating patients with chronic daily headache. The Egyptian Journal of Neurology. 2021;57
6. **Brighina F, Piazza A, Vitello G, et al.** rTMS of the prefrontal cortex in the treatment of chronic migraine: a pilot study. J Neurol Sci. Dec 15 2004; 227(1): 67-71. doi:10.1016/j.jns.2004. 08.008
7. **Lefaucheur JP.** Transcranial magnetic stimulation. Handb Clin Neurol. 2019;160:559-580. doi:10.1016/B978-0-444-64032-1.00037-0
8. **Rossi S, Antal A, Bestmann S, et al.** Safety and recommendations for TMS use in healthy subjects and patient populations, with updates on training, ethical and regulatory issues: Expert Guidelines. Clin Neurophysiol. Jan 2021;132(1): 269-306. doi:10.1016/j.clinph.2020.10.003

GIÁ TRỊ CỦA XẠ HÌNH SPECT/CT VỚI I-131 TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA CÓ NGUY CƠ TÁI PHÁT CAO

Phạm Văn Thái^{1,2}, Nguyễn Minh Khang³, Lê Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của xạ hình SPECT/CT với I-131, so sánh với xạ hình toàn thân phẳng (WBS: Whole-Body Scan) trên bệnh nhân (BN) ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có nguy cơ tái phát cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 125 BN được chẩn đoán xác định ung

thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) thể biệt hóa, đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và được phân tầng yếu tố nguy cơ tái phát cao theo hướng dẫn của ATA năm 2015, được xạ hình toàn thân phẳng kết hợp SPECT/CT trước và sau điều trị I-131. **Kết quả nghiên cứu:** So sánh với WBS trước điều trị, SPECT/CT cung cấp thông tin làm tăng tổn thương di căn hạch và di căn xa 38 BN (30,4%), hạ số tổn thương ở 5 BN (4,0%). WBS kết hợp SPECT/CT trước điều trị có ý nghĩa làm thay đổi mục đích điều trị ở 34/125 BN (27,2%), thay đổi liều điều trị ở 47/125 BN (37,6%). So sánh với WBS sau điều trị, SPECT/CT sau điều trị cung cấp thông tin làm tăng số tổn thương di căn hạch và di căn xa ở 7 BN (29,2%), giảm số tổn thương 3 BN (12,5%). Xạ hình sau điều trị bằng SPECT/CT giúp đánh giá thêm 1 trường hợp từ N0 thành N1, 4 trường hợp từ M0 thành M1, nâng số BN

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thái

Email: phamvanthai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025