

là 3 mm, khi khoảng cách này không đủ thì mào xương sẽ tiêu đi và tụt nướu sẽ là diễn biến xấu gây hậu quả tiêu một phần hoặc toàn bộ gai nướu làm xuất hiện tam giác đen ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ và phát âm của bệnh nhân. Ở nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật viên luôn chọn implant có kích thước phù hợp để đảm bảo khoảng cách từ implant đến răng cũng như từ implant đến implant đúng tiêu chuẩn nhất.

## V. KẾT LUẬN

Về mật độ xương ở vị trí cấy ghép implant, chúng tôi ghi nhận xương ở mật độ D3 chiếm đa số với 18 vị trí chiếm 56,3%; tiếp theo là D2 với 13 vị trí chiếm 40,6% và D4 với 01 vị trí chiếm 3,1%.

Độ dày mô nướu vùng cấy ghép vùng răng cấy ghép có độ dày trung bình là  $2,22 \pm 0,68$  mm với trung vị là 2,5 (1,5 – 3,0); không có sự khác biệt về giới tính cũng như vị trí.

Sau phẫu thuật 03 tháng niêm mạc sừng hóa ở mặt ngoài vùng răng cấy ghép có giá trị trung bình là  $2,23 \pm 0,70$  mm với trung vị 2,5 (1,5 – 3,0)

Sau phẫu thuật 03 tháng, mào xương ổ răng bị tiêu đi trung bình 0,18 mm ở phía gần và 0,21 mm ở phía xa.

Mức độ tiêu xương ở nhóm có nướu sừng hóa dày và rộng ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Việt Hùng** (2017) Nghiên cứu phẫu thuật và đánh giá kết quả cấy ghép nhóm răng trước, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
2. **Đàm Văn Việt** (2013) Nghiên cứu điều trị mất răng hàm trên từng phần bằng kỹ thuật implant

có ghép xương, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Kim JH, Kim YK, Yi, Y J et al.** (2009), "Results of immediate loading for implant restoration in partially edentulous patients: a 6-month preliminary prospective study using SinusQuick™ EB implant system", *The Journal of Advanced Prosthodontics*, 1 (3):136-139.
4. **Jeong SM, Choi. BH, Kim. J, et al.** (2011), "A 1-year prospective clinical study of soft tissue conditions and marginal bone changes around dental implants after flapless implant surgery", *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 111 (1):41-46.
5. **Kotsovilis S, Fourmousi Is, Karoussis I K, et al.** (2009), "A systematic review and meta-analysis on the effect of implant length on the survival of rough-surface dental implants", *Journal of Periodontology*, 80 (11):1700-1718.
6. **Linkevicius T, Algirdas P, Linkeviciene L, et al.** (2013), "Crestal Bone Stability around Implants with Horizontally Matching Connection after Soft Tissue Thickening: A Prospective Clinical Trial: Thickened Soft Tissues Improve Bone Stability", *Clinical implant dentistry and related research*, 17 (3):497-508.
7. **Misch C. E., Goodacre C. J., Finley J. M, et al.** (2005), "Consensus conference panel report: crown-height space guidelines for implant dentistry-part 1", *Implant dentistry*, 14 (4):312-321.
8. **Pyo S. W., Lim Y. J., Koo K. T, et al.** (2019), "Methods Used to Assess the 3D Accuracy of Dental Implant Positions in Computer-Guided Implant Placement: A Review", *Journal of clinical medicine*, 8 (1):54.
9. **Shenoy VK** (2012) "Single tooth implants: Pretreatment considerations and pretreatment evaluation", *Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 2 (3):149-157.
10. **Spielau T., Hauschild U., Katsoulis J** (2019), "Computer-assisted, template-guided immediate implant placement and loading in the mandible: a case report", *BMC Oral Health*, 19 (1):1-9.

## ĐẶC ĐIỂM VẬN ĐỘNG CỦA BỆNH NHÂN PARKINSON KHỞI PHÁT Ở NGƯỜI TRẺ: NGHIÊN CỨU TRÊN 100 TRƯỜNG HỢP

Lê Thị Thúy An<sup>1</sup>, Nguyễn Trúc Dung<sup>1</sup>,  
Trần Thanh Tú<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hùng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy An

Email: bacsith@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

**Mục tiêu:** Sử dụng thang điểm MDS-UPDRS phần III để xác định độ nặng của bệnh Parkinson khởi phát người trẻ và xác định mối tương quan giữa điểm số MDS-UPDRS và điểm Hoehn – Yahr với bệnh Parkinson khởi phát người trẻ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 100 bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh Parkinson khởi phát từ dưới 50 tuổi, đến phòng khám nội thần kinh tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2022. Bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp và khám lâm sàng bởi các bác sĩ chuyên khoa về rối loạn vận động dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn. Dữ liệu được phân tích

thống kê bởi chuyên gia thống kê sinh học. **Kết quả:** Kết quả cho thấy thang điểm MDS-UPDRS phần III trung vị là 35,5 và khoảng tứ phân vị là 25,5 – 47,5. Có sự tương quan thuận mức độ yếu giữa tuổi, thời gian mắc bệnh và sự tương quan thuận mức độ mạnh giữa giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn Hoehn và Yahr với điểm số MDS-UPDRS phần III ( $p < 0,05$ ). Có mối liên quan đáng kể giữa tình trạng tiếp xúc hóa chất trừ sâu, diệt cỏ với điểm số MDS-UPDRS phần III ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Một cuộc khảo sát trên 100 bệnh nhân Parkinson khởi phát người trẻ nhận thấy có mối liên quan đáng kể giữa độ nặng thang điểm MDS-UPDRS phần III và thời gian mắc bệnh. Với những bệnh nhân tiếp xúc với thuốc trừ sâu và thuốc diệt cỏ, chúng tôi nhận thấy mối liên hệ rất đáng kể với thang điểm MDS-UPDRS phần III.

**Từ khóa:** Bệnh Parkinson khởi phát người trẻ, rối loạn vận động, MDS-UPDRS phần III.

## SUMMARY

### MOTOR CHARACTERISTICS OF YOUNG-ONSET PARKINSON PATIENTS: STUDY OF 100 CASES

**Objective:** To identify the severity of young onset Parkinson's disease by using the MDS-UPDRS part III and determine the correlation between MDS-UPDRS score and Hoehn - Yahr staging. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 100 patients diagnosed with Parkinson's disease under 50 years old, all these patients attended the neurology clinic at Cho Ray hospital from July 2020 to July 2022 were interviewed and clinically examined by movement disease specialist based on prepared questionnaire, the all data was statistically analyzed by biostatistic expert. **Result:** The median score of movement disorders from the MDS-UPDRS part III was 35,5 and the interquartile range was 25,5 – 47,5. There was a weak positive correlation between MDS-UPDRS part III score with age, duration of disease but a strong positive correlation between Hoehn and Yahr classification with MDS-UPDRS score part III ( $p < 0,05$ ). There was a relationship significantly between the time of exposure to pesticides and herbicides with the MDS-UPDRS score part III ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** A survey on 100 young onset Parkinson disease patients noticed that there is a statistically correlation between the severity of MDS-UPDRS part III and the duration of diseases. Regarding patients exposed to insecticide and herbicides, we noticed a significantly relationship with the severity of MDS-UPDRS part III.

**Keywords:** Young-onset Parkinson's disease, movement disorders, MDS-UPDRS part III.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson (PD) lần đầu tiên được bác sĩ người Anh James Parkinson, mô tả vào năm 1817. Là một bệnh thoái hóa thần kinh thường gặp và đứng hàng thứ hai sau bệnh Alzheimer. Tỷ lệ hiện mắc bệnh Parkinson tăng theo tuổi. Ở phương Tây, tuổi khởi phát bệnh Parkinson trung bình là từ đầu đến giữa năm 60 tuổi, nhưng 3-

5% trường hợp những triệu chứng bắt đầu sớm hơn trước 40 tuổi. Ở Nhật Bản, tỷ lệ bệnh Parkinson khởi phát sớm cao hơn đã được báo cáo (trên 10-14%). Bệnh Parkinson khởi phát sớm (EOPD), bao gồm hội chứng Parkinson khởi phát tuổi thiếu niên (JP) và bệnh Parkinson khởi phát người trẻ (YOPD) [5].

Các biểu hiện lâm sàng và diễn tiến của bệnh nhân Parkinson thể khởi phát ở người trẻ cũng có một số đặc điểm riêng, ngoài ra thể khởi phát ở người trẻ cũng ảnh hưởng đến gánh nặng gia đình và xã hội. Nhiều nghiên cứu đã đưa ra các công cụ đánh giá nhanh về mức độ của bệnh tật và tình trạng rối loạn vận động của bệnh Parkinson, trong đó thang điểm phổ biến nhất là thang đo MDS-UPDRS được mô tả bởi Hoehn và Yahr vào năm 1967. Thang điểm MDS-UPDRS gồm có 4 phần: Phần I - Những trải nghiệm phi vận động trong cuộc sống hàng ngày, phần II - Những trải nghiệm vận động, kinh nghiệm sống hàng ngày, phần III - Kiểm tra vận động, phần IV - Các biến chứng vận động. Trong đó thang điểm MDS-UPDRS phần III được sử dụng phổ biến và cho kết quả chính xác để đánh giá tình trạng rối loạn vận động của bệnh nhân Parkinson theo mức độ, tình trạng và thời gian mắc bệnh của bệnh nhân Parkinson [3].

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Sự so sánh điểm số rối loạn vận động bằng thang điểm MDS-UPDRS phần III với thời gian mắc bệnh và giữa các giai đoạn mắc bệnh theo phân độ Hoehn - Yahr của bệnh nhân Parkinson thể người trẻ*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh Parkinson khởi phát từ dưới 50 tuổi, đến phòng khám nội thần kinh tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân Parkinson khởi phát từ dưới 50 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease 2015 [6].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tiền sử đột quỵ và tiếp sau có các triệu chứng của bệnh Parkinson. Tiền sử viêm não xác định. Chấn thương đầu nhiều lần. Cơn xoay mắt. Điều trị thuốc an thần lúc khởi phát các triệu chứng của bệnh. Sự thoái lui của bệnh hoàn toàn. Triệu chứng vẫn khu trú 1 bên cơ thể khi bệnh đã tiến triển 3 năm. Liệt vận nhãn trên nhân. Những dấu hiệu tiểu não. Triệu chứng liên quan thần kinh tự chủ nặng

xuất hiện sớm. Sa sút trí tuệ nặng xuất hiện sớm với rối loạn về trí nhớ, ngôn ngữ. Dấu Babinski. U não hoặc não úng thủy thông thường trên CT scan. Không đáp ứng với liều cao levodopa (loại trừ hội chứng kém hấp thu). Tiếp xúc với 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang.

**2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}{1-\alpha} = 100$$

-  $\alpha$ : Xác suất sai lầm loại 1, chọn  $\alpha = 0,05$ .

-  $Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}$ : Trị số phân phối chuẩn  $Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ .

- d: Độ chính xác tuyệt đối,  $d = 0,05$

- p: Tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh Parkinson khởi phát người trẻ, chọn  $p = 0,07$  [4].

**2.4. Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tiếp các bệnh nhân đến khám bệnh trong thời gian nghiên cứu và được khám bởi 3 bác sĩ chuyên khoa về thần kinh.

**2.5. Công cụ và phương pháp thu thập dữ liệu:** Sau khi bệnh nhân ký bản đồng thuận tham gia nghiên cứu, sau đó tiến hành phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân về thông tin cá nhân (7 câu), khám lâm sàng chẩn đoán giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn Hoehn và Yahr (1 câu) và khám vận động – MDS-UPDRS phần III (18 câu). Điểm số của thang điểm MDS-UPDRS phần III càng cao thì tình trạng rối loạn vận động càng cao [3].

**2.6. Xử lý số liệu:** Tần số và tỷ lệ phần trăm được dùng để mô tả biến số nhị giá, danh định, thứ tự. Trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị để mô tả biến số định lượng liên tục và không liên tục. Kiểm tra tính phân phối bình thường của điểm số thang đo MDS-UPDRS phần III bằng kiểm định Shapiro–Wilk test. Các kiểm định Hồi quy tuyến tính, t-test, ANOVA, Wilcoxon-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, tương quan Spearman được sử dụng khi điểm số thang đo MDS-UPDRS phần III thỏa mãn các yêu cầu theo từng loại kiểm định, chọn  $p < 0,05$  là có ý nghĩa thống kê cho tất cả các loại kiểm định.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 437/HĐĐĐ-ĐHYĐ ngày 14/6/2021.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân Parkinson thể người trẻ

**Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân (n=100)**

| Đặc điểm                            |                                 | Tần số (n)       | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------|
| Tuổi                                | Trung bình ± Độ lệch chuẩn      | 48,1 ± 6,4       |           |
|                                     | Trung vị [Tứ phân vị (25 – 75)] | 48,0 (43,0–52,5) |           |
| Giới tính                           | Nam                             | 50               | 50,0      |
|                                     | Nữ                              | 50               | 50,0      |
| Sống ở vùng nông thôn               | Có                              | 73               | 73,0      |
|                                     | Không                           | 27               | 27,0      |
| Sống ở vùng công nghiệp             | Có                              | 8                | 8,0       |
|                                     | Không                           | 92               | 92,0      |
| Tiếp xúc hóa chất trừ sâu, diệt cỏ  | Có                              | 60               | 60,0      |
|                                     | Không                           | 40               | 40,0      |
| Tiền căn gia đình có bệnh Parkinson | Có                              | 8                | 8,0       |
|                                     | Không                           | 92               | 92,0      |
| Levodopa                            | Có                              | 78               | 78,0      |
|                                     | Không                           | 22               | 22,0      |
| Đồng vận dopamine                   | Có                              | 30               | 30,0      |
|                                     | Không                           | 70               | 70,0      |
| Anticholinergic                     | Có                              | 64               | 64,0      |
|                                     | Không                           | 36               | 36,0      |
| Thuốc khác                          | Có                              | 17               | 17,0      |
|                                     | Không                           | 83               | 83,0      |
| Thời gian mắc bệnh (năm)            | Trung bình ± Độ lệch chuẩn      | 4,5 ± 3,6        |           |
|                                     | Trung vị [Tứ phân vị (25 – 75)] | 4,5 (2,0 – 6,0)  |           |
|                                     | Từ 1 đến 3 năm                  | 53               | 53,0      |
|                                     | Từ 4 đến 6 năm                  | 26               | 26,0      |
|                                     | Từ 7 năm trở lên                | 21               | 21,0      |
| Giai đoạn bệnh                      | Giai đoạn 1                     | 59               | 59,0      |
|                                     | Giai đoạn 2                     | 28               | 28,0      |
|                                     | Giai đoạn 3                     | 12               | 12,0      |
|                                     | Giai đoạn 4                     | 1                | 1,0       |
|                                     | Giai đoạn 5                     | 0                | 0,0       |

Độ tuổi của bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ có trung vị 48 tuổi. Số lượng bệnh nhân nam và nữ mắc Parkinson thể người trẻ bằng nhau. Phần lớn bệnh nhân là người sống ở khu vực nông thôn và chỉ chiếm số ít sống ở vùng công nghiệp. Hơn 50,0% bệnh nhân có tiếp xúc với hóa chất thuốc trừ sâu, diệt cỏ. Đa số các bệnh nhân cho biết trong gia đình của họ không có người mắc bệnh Parkinson.

Đa số các bệnh nhân sử dụng thuốc Levodopa và Anticholinergic chiếm hơn 60,0%, các thuốc đồng vận dopamine và thuốc khác chưa đến 40% bệnh nhân sử dụng. Thời gian mắc bệnh có trung vị 4,5 năm, trong đó nhiều nhất là khoảng từ 1 đến 3 năm và thấp nhất là từ 7 năm trở lên. Qua thăm khám lâm sàng các

bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ, các bác sĩ chẩn đoán phần lớn các bệnh nhân chủ yếu đang mắc bệnh ở giai đoạn 1, tiếp theo là giai đoạn 2 và 3, ít nhất là giai đoạn 4 và không có ai mắc bệnh giai đoạn 5.

### 3.2. Điểm số rối loạn vận động theo thang điểm MDS-UPDRS phần III của bệnh Parkinson thể người trẻ

**Bảng 2. Điểm số rối loạn vận động theo thang điểm MDS-UPDRS phần III (n=100)**

| Thang điểm MDS-UPDRS phần III |                                 |                    |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Chi số đo lường               | Trung bình ± Độ lệch chuẩn      | 38,2 ± 18,4        |
|                               | Trung vị [Tứ phân vị (25 – 75)] | 35,5 [25,5 – 47,5] |
|                               | Giá trị nhỏ nhất                | 10,0               |
|                               | Giá trị lớn nhất                | 89,0               |
| Kiểm định Shapiro Wilk test   | W                               | 1,0                |
|                               | V                               | 3,8                |
|                               | z                               | 3,0                |
|                               | P-value                         | <b>0,002</b>       |

Kết quả điểm số thang điểm MDS-UPDRS phần III trung bình khoảng 38, trung vị và khoảng tứ phân vị là 35,5 [25,5 – 47,5], điểm số nhỏ nhất khoảng 10 điểm và lớn nhất khoảng 89 điểm. Kiểm định Shapiro–Wilk test về quy luật phân phối điểm số thang điểm MDS-UPDRS phần III cho thấy  $p < 0,01$ , cho thấy điểm số có phân phối không bình thường.

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với điểm số MDS-UPDRS phần III (n=100)**

| Đặc điểm                            |       | Điểm MDS-UPDRS phần III (TB ± ĐLC) | Giá trị P-value |
|-------------------------------------|-------|------------------------------------|-----------------|
| Giới tính                           | Nam   | 38,2 ± 18,2                        | 0,953*          |
|                                     | Nữ    | 38,1 ± 18,8                        |                 |
| Sống ở vùng nông thôn               | Có    | 39,1 ± 18,8                        | 0,537*          |
|                                     | Không | 35,6 ± 17,4                        |                 |
| Sống ở vùng công nghiệp             | Có    | 44,9 ± 12,2                        | 0,130*          |
|                                     | Không | 37,6 ± 18,8                        |                 |
| Tiếp xúc hóa chất trừ sâu, diệt cỏ  | Có    | 41,6 ± 19,2                        | 0,040*          |
|                                     | Không | 33,0 ± 16,0                        |                 |
| Tiền căn gia đình có bệnh Parkinson | Có    | 34,1 ± 23,7                        | 0,337*          |
|                                     | Không | 38,5 ± 18,0                        |                 |
| Levodopa                            | Có    | 37,3 ± 19,6                        | 0,180           |
|                                     | Không | 41,0 ± 13,6                        |                 |
| Đồng vận dopamine                   | Có    | 47,6 ± 19,9                        | <0,01*          |
|                                     | Không | 34,1 ± 16,3                        |                 |

|                    |                  |              |          |
|--------------------|------------------|--------------|----------|
| Anticholinergic    | Có               | 39,1 ± 18,7  | 0,423    |
|                    | Không            | 36,4 ± 18,1  |          |
| Thuốc khác         | Có               | 48,4 ± 20,2  | 0,012*   |
|                    | Không            | 36,1 ± 17,5  |          |
| Giai đoạn bệnh     | Hệ số tương quan | 0,800        | <0,001** |
|                    | Giai đoạn 1      | 27,0 ± 10,6  | <0,001*  |
|                    | Giai đoạn 2      | 47,6 ± 11,2  |          |
|                    | Giai đoạn 3      | 67,0 ± 12,1  |          |
| Giai đoạn 4        | 85,0 ± 0,0       |              |          |
| Tuổi               | Hệ số tương quan | 0,229        | 0,022**  |
| Thời gian mắc bệnh | Hệ số tương quan | 0,290        | 0,004**  |
|                    | Từ 1 đến 3 năm   | 33,89 ± 17,8 | 0,013**  |
|                    | Từ 4 đến 6 năm   | 39,85 ± 18,6 |          |
|                    | Từ 7 năm trở lên | 46,81 ± 17,1 |          |

\* Kiểm định phi tham số Wilcoxon-Mann-Whitney

\*\* Kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis

\*\*\* Kiểm định tương quan Spearman

Kết quả cho thấy có sự tương quan thuận mức độ yếu giữa tuổi và thời gian mắc bệnh của bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ với điểm số rối loạn vận động (MDS-UPDRS phần III) ( $p < 0,05$ ). Có sự tương quan thuận mức độ mạnh giữa giai đoạn mắc bệnh của bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ với điểm số rối loạn vận động (MDS-UPDRS phần III) ( $p < 0,05$ ).

Có mối liên quan giữa tiếp xúc hóa chất trừ sâu và diệt cỏ, tình trạng sử dụng thuốc đồng vận Dopamine và thuốc khác với điểm số rối loạn vận động (MDS-UPDRS phần III) ( $p < 0,05$ ).

Tuy nhiên, chúng tôi cũng chưa tìm thấy sự liên quan giữa điểm số rối loạn vận động theo thang điểm MDS-UPDRS phần III với các yếu tố như giới tính, sống ở vùng nông thôn và công nghiệp, tiền căn gia đình có bệnh Parkinson, sử dụng thuốc Levodopa và thuốc Anticholinergic ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình và trung vị của bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ khoảng 48 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ bằng nhau, phần lớn bệnh nhân là người sống ở khu vực nông thôn và chỉ chiếm số ít sống ở vùng công nghiệp, đa số trong gia đình của các bệnh nhân không có người mắc bệnh Parkinson. Thời gian mắc bệnh trung bình và trung vị khoảng 4,5 năm. Khám chẩn đoán lâm sàng các bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ

chủ yếu đang mắc bệnh ở giai đoạn 1, thấp nhất là giai đoạn 4 và không có giai đoạn 5. Điểm số trung bình thang điểm MDS-UPDRS III khoảng 38,2 và trung vị thang điểm MDS-UPDRS III khoảng 35,5. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Tài và các cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cho thấy phần lớn bệnh nhân là nam giới, độ tuổi trung bình khoảng 42, sử dụng Levodopa trong điều trị chiếm 91,0% thời gian mắc bệnh khoảng  $6,68 \pm 4,48$  năm. Điểm số MDS-UPDRS III là khoảng  $36,0 \pm 13,7$  điểm [7]. Các kết quả của chúng tôi so với nhóm tác giả tương đối khác biệt, sự khác biệt này có thể do địa điểm sinh sống của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm gần 75,0% ở vùng nông thôn và chưa đến 10,0% là ở vùng công nghiệp, ảnh hưởng đến sự phân bố đặc điểm về tuổi, giới tính, các yếu tố về môi trường tại nơi sinh sống, tỷ lệ mắc bệnh, thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh của những bệnh nhân trong mỗi cộng đồng dân cư cũng sẽ khác nhau, từ đó cũng sẽ tạo ra sự khác biệt về điểm số đánh giá tình trạng rối loạn vận động MDS-UPDRS III của bệnh nhân trong mỗi nghiên cứu sẽ khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự tương quan thuận giữa tuổi, thời gian mắc bệnh và thời gian được chẩn đoán bệnh lần đầu đến hiện tại với điểm số MDS-UPDRS III, khi tuổi càng cao, thời gian mắc bệnh và thời gian được chẩn đoán bệnh lần đầu đến hiện tại càng dài thì điểm số MDS-UPDRS III cũng sẽ tăng dần ( $p < 0,05$ ). Có sự liên quan giữa các yếu tố như tiếp xúc hóa chất trừ sâu, diệt cỏ với điểm số MDS-UPDRS III ( $p < 0,05$ ). Điều này khá phù hợp với nhiều nghiên cứu khác bởi lẽ đặc điểm nổi bật chính của bệnh lý Parkinson là tình trạng rối loạn vận động ngày càng nặng khi tuổi tác càng lớn và thời gian mắc bệnh càng lâu, với các biểu hiện đặc trưng là những triệu chứng rối loạn vận động bao gồm run, mất ổn định tư thế, cứng cơ, chậm vận động, tình trạng tiếp xúc với các yếu tố về môi trường (hóa chất trừ sâu, diệt cỏ) cũng sẽ làm tăng nguy cơ ảnh hưởng tới chức năng vận động [3,5].

Kết quả của chúng tôi cho thấy có sự tương quan thuận rất chặt chẽ giữa giai đoạn mắc bệnh với điểm số MDS-UPDRS III, khi đó những người mắc bệnh Parkinson thể người trẻ có giai đoạn mắc bệnh ngày càng nặng thì điểm số MDS-UPDRS III cũng sẽ tăng dần ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Môn Thị Uyên Hồng về tình trạng rối loạn vận động của bệnh nhân mắc bệnh Parkinson giai đoạn 3 và 4 cho thấy điểm MDS-

UPDRS III trạng thái "xấu nhất" trong ngày khoảng  $34,6 \pm 12,1$  điểm và điểm MDS-UPDRS III trạng thái "tốt nhất" trong ngày khoảng  $26,6 \pm 8,6$ , có sự liên quan giữa tiền sử té ngã với hiệu số điểm MDS-UPDRS III ("xấu nhất"-"tốt nhất") [1]. Có thể thấy rằng những bệnh nhân đã mắc Parkinson thể người trẻ thì giai đoạn 3 và 4 của bệnh Parkinson tình trạng rối loạn vận động cũng ngày càng nặng hơn [3, 5].

Kết quả của chúng tôi cũng chỉ ra những người có sử dụng thuốc đồng vận Dopamine và thuốc khác có điểm số rối loạn vận động (MDS-UPDRS phần III) cao hơn so với người không sử dụng ( $p < 0,05$ ). Điều này có thể do tình trạng bệnh lý của người bệnh Parkinson có sử dụng thuốc Dopamine và các loại thuốc khác đang mắc bệnh ở giai đoạn nặng và mức độ rối loạn vận động cao hơn so với những người không sử dụng thuốc.

Tuy nhiên chúng tôi cũng chưa tìm thấy sự liên quan giữa điểm số rối loạn vận động (MDS-UPDRS III) với các yếu tố như giới tính, sống ở vùng nông thôn và công nghiệp, tiền căn gia đình có bệnh Parkinson, sử dụng thuốc Levodopa và thuốc Anticholinergic ( $p > 0,05$ ). Điều này có thể do một số yếu tố gây nhiễu hoặc tương tác khác chưa khảo sát trong quá trình nghiên cứu, ảnh hưởng đến biến số điểm số rối loạn vận động (MDS-UPDRS III).

## V. KẾT LUẬN

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số rối loạn vận động theo thang điểm MDS-UPDRS III của người bệnh Parkinson thể người trẻ chủ yếu có trung vị khoảng 35,5 điểm. Có sự tương quan giữa điểm số rối loạn vận động theo thang điểm MDS-UPDRS III của bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ với các yếu tố tuổi, thời gian mắc bệnh và giai đoạn mắc bệnh. Có sự liên quan giữa điểm số rối loạn vận động theo thang điểm MDS-UPDRS III của bệnh nhân mắc Parkinson thể người trẻ với tình trạng tiếp xúc hóa chất trừ sâu, diệt cỏ ( $p < 0,05$ ).

Các kết quả này cho thấy những bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc Parkinson thể người trẻ có tiếp xúc với hóa chất trừ sâu, diệt cỏ, tuổi ngày càng tăng, thời gian mắc bệnh ngày càng lâu và giai đoạn mắc bệnh nặng thì điểm số rối loạn vận động cũng sẽ tăng dần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Môn Thị Uyên Hồng. Ảnh hưởng của các rối loạn vận động đối với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr. Luận văn thạc sĩ Y học – Trường Đại học Y Hà Nội. (2020).

2. **Angelopoulou E., Paudel Y. N., Papageorgiou S. G. and Piperi C.** Environmental Impact on the Epigenetic Mechanisms Underlying Parkinson's Disease Pathogenesis: A Narrative Review. *Brain Sci.* (2022); 12(2):175.
3. **Goetz C. G., Fahn S., Martinez-Martin P. and et al.** Movement disorder society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Process, format, and clinimetric testing plan. *Journal of Movement Disorders.* (2007); 22(1): 41-47.
4. **Mehanna R., Jankovic J.** Young-onset Parkinson's disease: Its unique features and their impact on quality of life. *Parkinsonism & Related Disorders.* (2019); 65: 39-48.
5. **Posta B., Heuvela L., Prooije T. and et al.** Young Onset Parkinson's Disease: A Modern and Tailored Approach. *Journal of Parkinson's Disease.* (2020); 10(s1): 29-36.
6. **Postuma R. B., Berg D., Stern M. and et al.** MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord.* (2015); 30(12): 1591-1601.
7. **Tai N. T., Uyen N. L. H., Tuan M. N. and et al.** The effect of Non-Motor symptoms on Health-Related quality of life in patients with young onset Parkinson's Disease: A single center Vietnamese Cross-Sectional study. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders.* (2021); 5: 1-6.
8. **Wang C., Zhou C., Guo T. and et al.** Association between cigarette smoking and Parkinson's disease: A neuroimaging study. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders.* (2022); 15: 1-12.

## ĐẶC ĐIỂM THAI TRỨNG BÁN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Hoàng Thị Ánh Tuyết<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Lam<sup>2</sup>, Cao Hữu Thịnh<sup>3</sup>,  
Bùi Lâm Thương<sup>1</sup>, Trần Minh Hùng<sup>2</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thai trứng bán phần (TTBP) được hiểu là ít nguy cơ trở thành ác tính bởi khả năng diễn tiến đến tân sinh nguyên bào nuôi (TSNBN) thấp. Đến nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu thực hiện về đối tượng TTBP và với cỡ mẫu chưa đủ lớn. Việc hiểu biết về tỷ suất diễn tiến thành TSNBN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân TTBP sau hút nạo giúp ích cho việc tư vấn, điều trị dự phòng và theo dõi tốt hơn. **Mục tiêu:** Xác định tỷ suất diễn tiến thành TSNBN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân TTBP. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 372 bệnh nhân TTBP sau hút nạo tại bệnh viện Từ Dũ từ 01/2020 đến 12/2021. **Kết quả:** Sau 1 năm theo dõi, có 21 bệnh nhân diễn tiến thành TSNBN, tỷ suất diễn tiến thành TSNBN là 5.7% (KTC 95%: 3.5-8.4). Thời gian diễn tiến thành TSNBN trung bình là 4,67±2,23 tuần, cao nhất ở thời điểm 3-6 tuần sau hút nạo và không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện sau 8 tuần hút nạo. Sau phân tích đa biến, tỷ suất TSNBN cao hơn ở bệnh nhân có tiền căn sảy thai/bỏ thai (HR=2,84 KTC 95%: 1.05-7.69). **Kết luận:** Tỷ suất diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân sau hút nạo TTBP là 5.7%. Tiền sử sảy thai/bỏ thai là yếu tố liên quan đến TSNBN khi làm gia tăng nguy cơ diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân TTBP lên 2.84 lần.

**Từ khóa:** thai trứng bán phần, tân sinh nguyên bào nuôi.

### SUMMARY

#### FEATURES OF PARTIAL HYDATIDIFORM MOLE PATIENTS AT TU DU HOSPITAL

**Background:** Partial hydatidiform mole (PHM) are undertood to be at low risk of becoming malignancy because of the low likelihood of progression to gestational trophoblastic neoplasia (GTN). In Viet Nam, there has been few studies of PHM with small sample size. Acknowledging rate of postmolar GTN in PHM patients improves consultation, prophylatic treatment and follow-up. **Objectives:** The study aimed to determine the gestational trophoblastic neoplasia (GTN) rate and associated factors associated of partial hydatidiform mole (PHM). **Methods:** This is a retrospective cohort study with 370 patients who were diagnosed PHM based on histology by uterine evacuation at Tu Du hospital from 01/2020 to 12/2021. **Results:** Followed-up by 1 year, 21 patients developed GTN, the incidence of GTN was 5.7% (95%CI: 3.5-8.4). The median time progressed GTN was 4,67±2,23 weeks. The highest rate of GTN was recognized at the third a sixth week after evacuation. Applying multivariate model, the rate of GTN was significantly higher in group of patients who had history of miscarriage/abortion (HR=2.84 95%CI:1.05-7.69). **Conclusions:** The rate of postmolar GTN in PHM patients was 5.7%. Patients who had history of miscarriage/abortion were 2.84 times more likely to develop GTN than patients who did not.

**Keywords:** partial hydatidiform mole, gestational trophoblastic neoplasia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai trứng bán phần (TTBP) được hiểu là ít nguy cơ trở thành ác tính bởi khả năng diễn tiến đến tân sinh nguyên bào nuôi (TSNBN) thấp. Tỷ suất diễn tiến thành TSNBN ở bệnh nhân sau TTBP theo y văn thế giới khoảng 4-6% và rất

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

<sup>3</sup>Bệnh viện An Sinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023