

quả thấy rằng ABI trung bình bên phải ở bệnh nhân THA là  $1,008 \pm 0,146$ , bên trái là  $0,989 \pm 0,118$ , bên phải cao hơn bên trái 0.019. Tỷ lệ ABI  $\leq 0,09$  (tỷ lệ PAD) ở bệnh nhân THA nguyên phát là 38,5%, trong đó 1 bên là 22,9%, cả 2 bên là 15,6%. Tỷ lệ PAD ở độ tuổi > 70 là cao nhất [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trước điều trị bệnh nhân có ABI bên phải  $1,08 \pm 0,09$ , bên trái  $1,12 \pm 0,1$  và nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân có chỉ số ABI <0,9 và ABI >1,3.

Nghiên cứu của Deirdre A Lane, Gregory YH Lip năm 2013 về việc điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân mắc bệnh động mạch ngoại biên trên 3610 bệnh nhân. Bốn nghiên cứu so sánh một nhóm điều trị chống tăng huyết áp được công nhận với giả dược và bốn nghiên cứu so sánh hai phương pháp điều trị chống tăng huyết áp với nhau. Các nghiên cứu không được gộp chung do sự thay đổi của các so sánh và kết quả được trình bày và kết quả cho thấy chưa thể đủ bằng chứng về lợi ích của thuốc điều trị THA lên bệnh nhân mắc bệnh động mạch ngoại biên. [9]

Nghiên cứu của chúng tôi, có sự liên quan giữa chỉ số ABI trước và sau điều trị với  $p < 0,01$ . Vì số bệnh nhân trong nhóm có ABI đều bình thường nên chưa thể đánh giá được liệu viên phối hợp lisinopril và amlodipine có thực sự thay đổi có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân có ABI bất thường hay không. Tuy nhiên, việc thiếu dữ kiện cũng không nên làm giảm đi tác dụng áp đảo về lợi ích điều trị THA và hạ áp, và viên phối hợp lisinopril và amlodipine thực sự có tác dụng hạ áp hiệu quả.

## V. KẾT LUẬN

Viên phối hợp lisinopril 10 mg và amlodipine 5 mg (Lisonorm 10/5mg) có hiệu quả giảm huyết áp tứ chi và vận tốc sóng mạch, độ cứng động

mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát khi đo bằng máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Forouzanfar M.H. et al.(2017)**, "Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mmHg, 1990-2015", The Journal of the American Medical Association, 317(2): 165-182.
2. **Huỳnh Văn Minh, Nguyễn Lân Việt (2020)**, "Asian management of hypertension: Current status, home blood pressure, and specific concerns in Viet Nam, Journal Clinical Hypertension 2020:22:519-521.
3. **Phạm Chí Hiền; Nguyễn Thiện Tuấn; Sử Cẩm Thu (2015)**, "Đánh giá hiệu quả và an toàn của thuốc LISINORM phối hợp cố định chứa 10 mg LISINOPRIL và 5mg AMLODIPIN trên bệnh nhân THA tại An Giang", Báo cáo khoa học Bệnh viện Đa khoa An Giang 2015, tr.44-53.
4. **Vinay.K.Balt, et al.(2012)**, "Management of hypertension with the fixed combination of perindopril and amlodipine in daily clinical practice", American Journal of Cardiovascular Drugs 9, 135-142.
5. **Mur Naidu, PR Usha, TRamesh Kumar Rao, JC Shobha (2000)**, "Evaluation of amlodipine, lisinopril, and a combination in the treatment of essential hypertension", Postgrad Med J., 76(896): 350-353.
6. **Semagina, I.; Kotovskaya, Y.; Kobalava. (2015)**, "Effects of Lisinopril/ amlodipine single pill combination on ambulatory brachial and central blood pressure in hypertensive subjects with non-alcoholic fatty liver disease", Journal of Hypertension, Vol33:p199.
7. **Tetsuya Ichihara, et al.(2005)**, "Selective angiotensin receptor antagonism with valsartan decreases arterial stiffness independently of blood pressure lowering in hypertensive patients", Hyperten Res. 28 (12):937-43.
8. **Cao Trường Sinh (2015)**, "Nghiên cứu chỉ số cổ chân-cánh tay ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", Tạp chí Y học thực hành, số 971 (7/2015), tr 54-57.
9. **Deirdre A Lane, Gregory YH Lip, (2013)**, "Treatment of hypertension in peripheral arterial disease", Cochrane Database Syst Rev, 7:3075.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN CHỨNG VẬN ĐỘNG VÀ TÌNH TRẠNG CHẬM LÀM TRỞNG DẠ DÀY TRONG BỆNH PARKINSON

Trần Thanh Hùng\*, Vũ Anh Nhị\*, Nguyễn Xuân Cảnh\*\*

### TÓM TẮT

\*Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh,

\*\*Bệnh viện Chợ Rẫy.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2021

Ngày duyệt bài: 4.6.2021

**Mở đầu:** Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh thường gặp đứng hàng thứ hai sau bệnh Alzheimer. Chậm làm trống dạ dày có thể là cơ chế được động học quan trọng gây ra các biến chứng vận động của bệnh Parkinson. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát mối liên quan giữa biến chứng vận động và tình trạng chậm làm trống dạ dày trong bệnh Parkinson. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên bệnh nhân mắc bệnh Parkinson và ký đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được đánh giá các biến chứng vận động và được

thực hiện xạ hình làm trống dạ dày với thức ăn đặc để đánh giá tình trạng chậm làm trống dạ dày. Số liệu được xử lý bằng phần mềm R phiên bản 4.0.3. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 72 bệnh nhân Parkinson, trong đó nữ giới chiếm 73,6%. Có 72,2% bệnh nhân có ít nhất một loại biến chứng vận động. Tỷ lệ chậm làm trống dạ dày trên xạ hình là 45,8%. Bệnh nhân có chậm đạt trạng thái BẬT thì có nguy cơ bị chậm làm trống dạ dày cao hơn (66,67%) so với bệnh nhân không có biến chứng này (38,89%), kiểm định  $\chi^2$ ,  $p = 0,041$ . **Kết luận:** Cần nhận diện biến chứng chậm đạt trạng thái BẬT, từ đó tiến hành khảo sát tình trạng chậm làm trống dạ dày để đánh giá hiệu quả điều trị thuốc uống ở bệnh nhân Parkinson.

**Từ khóa:** biến chứng vận động, chậm đạt trạng thái BẬT, chậm làm trống dạ dày.

## SUMMARY

### CORRELATION BETWEEN MOTOR COMPLICATIONS AND DELAYED GASTRIC EMPTYING IN PARKINSON'S DISEASE

**Background:** Parkinson's disease (PD) is the second most common neurodegenerative disease after Alzheimer disease. Delayed gastric emptying could be an important pharmacokinetics mechanism causing motor complications in PD patients. **Objectives:** To investigate the correlation between PD and delayed gastric emptying. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on PD patients with their informed consent. Patients were evaluated on their motor complications and were also received radionuclide gastric emptying study using solid meal. The analysis was done using R version 4.0.3. **Results:** Seventy-two patients were included in our study with 73.6% were female. There were 72.2% patients with at least one motor complications. The delayed gastric emptying rate was 45.8%. Patients with delayed ON had higher percentage of delayed gastric emptying (66.67%) compared to patients without delayed ON (38.89%) with statistically significant using  $\chi^2$  ( $p = 0.041$ ). **Conclusions:** Delayed ON motor complications needs to be recognized to evaluate delayed gastric emptying and efficacy of oral medication in PD patients.

**Keywords:** Motor complications, delayed ON, delayed gastric emptying.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh thường gặp đứng hàng thứ hai sau bệnh Alzheimer. Chậm làm trống dạ dày có thể là cơ chế được động học quan trọng gây ra các dao động vận động như chậm đạt được trạng thái BẬT ("delayed on"), không đạt được trạng thái BẬT ("no on") ở bệnh nhân bệnh Parkinson được điều trị lâu dài bằng levodopa [7]. Chẩn đoán chậm làm trống dạ dày ở bệnh nhân bệnh Parkinson có ý nghĩa rất quan trọng trong thực hành lâm sàng. Những bệnh nhân bệnh Parkinson có chậm làm trống dạ dày với giảm

hấp thu levodopa và dao động vận động sẽ được xem xét dùng thuốc làm tăng nhu động dạ dày hoặc sử dụng phương pháp dùng thuốc không qua đường uống. Ở Việt Nam hiện nay, chưa có nghiên cứu nào khảo sát tình trạng chậm làm trống dạ dày ở bệnh nhân bệnh Parkinson. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa biến chứng vận động và tình trạng chậm làm trống dạ dày trong bệnh Parkinson.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu là một phần kết quả trong nghiên cứu "Các yếu tố tiên lượng chậm làm trống dạ dày ở bệnh nhân Parkinson" đã được hội đồng y đức Đại học y dược TP. Hồ Chí Minh thông qua.

**Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân mắc bệnh Parkinson được khám và theo dõi định kỳ tại phòng khám chuyên khoa bệnh Parkinson và các rối loạn vận động, bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Bệnh nhân được chụp xạ hình làm trống dạ dày tại khoa Y Học Hạt Nhân, bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân tuổi  $\geq 18$  được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease 2015[8], đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền căn bệnh tắc nghẽn dạ dày-ruột. Tiền căn phẫu thuật dạ dày-ruột (ngoại trừ mổ viêm ruột thừa). Bệnh nhân được nuôi ăn qua đường ruột. Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng, không chờ đợi làm xạ hình được. Bệnh nhân đái tháo đường kiểm soát kém. Bệnh nhân dị ứng với thuốc. Phụ nữ có khả năng mang thai mà không dùng phương pháp ngừa thai hiệu quả. Phụ nữ mang thai. Phụ nữ đang cho con bú

**Phương pháp nghiên cứu:**

**Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, tiến cứu

**Cỡ mẫu:** dựa theo công thức tính tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang

**Phương pháp lấy mẫu:** lấy mẫu liên tục không xác suất

**Phân tích thống kê:** Nhập liệu và mã hóa bằng Excel và phân tích số liệu bằng phần mềm R phiên bản 4.0.3

Các biến định tính được biểu diễn theo tỉ lệ và được kiểm định bằng phép kiểm  $\chi^2$ . Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê cho tất cả các phân tích.

**Sơ đồ thu thập dữ liệu:**

**Bước 1: chọn bệnh.**

- ✓ bệnh nhân được khám, chẩn đoán, điều trị và theo dõi tại phòng khám chuyên khoa bệnh Parkinson và các rối loạn vận động bệnh viện Nguyễn Tri Phương
- ✓ bệnh nhân được tư vấn, giải thích về nghiên cứu. Bệnh nhân ký đồng ý tham gia nghiên cứu

**Bước 2: thu thập dữ liệu lâm sàng**

- ✓ thu thập các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh Parkinson
- ✓ ghi nhận các biến chứng vận động của bệnh Parkinson trong suốt quá trình theo dõi tại phòng khám
- ✓ bệnh nhân được hướng dẫn ghi nhật kí điều trị bệnh Parkinson tại nhà để cung cấp thêm thông tin về các biến chứng vận động của bệnh Parkinson

Bước 3: xạ hình dạ dày làm trống dạ dày tại khoa Y học hạt nhân bệnh viện Chợ Rẫy,

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

Chúng tôi bắt đầu sàng lọc bệnh nhân để đưa vào nghiên cứu từ tháng 1 năm 2018 và tiến hành thu thập số liệu đến tháng 2 năm 2021. Trong khoảng thời gian nghiên cứu chúng tôi có được 72 bệnh nhân hoàn tất qui trình nghiên cứu. Tuổi trung vị là 65,5 tuổi. Tuổi thấp nhất là 37 và tuổi cao nhất là 92 tuổi. Tuổi khởi phát trung vị là 57 tuổi. Tuổi khởi phát thấp nhất là 21 và tuổi khởi phát cao nhất là 79 tuổi. Giới nữ chiếm đa số, có 53/72 bệnh nhân là nữ giới, chiếm 73,6%.

**Bảng Đặc điểm độ tuổi, thời gian bệnh.**

Đặc điểm	Giá trị (trung vị và khoảng tứ phân vị)
Tuổi (năm)	65,5 [57,0;71,0]
Tuổi khởi phát (năm)	57,0 [51,0;65,0]
Thời gian bệnh(năm)	6,00 [3,00;10,0]

**Đặc điểm các biến chứng vận động**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có ít nhất một loại biến chứng vận động, với 52/72 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 72,2%. Chỉ có 20 bệnh nhân là ở giai đoạn sớm chưa có biến chứng vận động.

Loại biến chứng vận động thường gặp nhất là hiện tượng TẮT dần, có 52/72 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 72,2%. Biến chứng vận động ít gặp nhất là hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT/ không đạt trạng thái BẬT, có 18/72 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 25%. Trong số 18 bệnh nhân có hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT, có 2 bệnh nhân có hiện tượng không đạt trạng thái BẬT, thỉnh thoảng xảy ra ra khi uống thuốc, nhất là sau một

bữa ăn no, bệnh nhân hoàn toàn không cải thiện triệu chứng vận động của bệnh Parkinson sau khi uống thuốc.

**Bảng Tỷ lệ các biến chứng vận động**

Biến chứng vận động	Số lượng	Tỷ lệ
loạn động	29	40,3%
hiện tượng nghẽn vận động	22	30,6%
hiện tượng TẮT dần	52	72,2%
chậm đạt trạng thái BẬT	18	25,0%

**Đặc điểm xạ hình làm trống dạ dày:**

Phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có thời gian làm trống 1/2 dạ dày nằm trong khoảng từ 50 phút đến 75 phút. Thời gian làm trống 1/2 dạ dày nhanh nhất là 28 phút. Có hai bệnh nhân có thời gian làm trống dạ dày kéo dài > 120 phút. Ở một bệnh nhân, ghi nhận chỉ làm trống được 47% thức ăn trong dạ dày ở thời điểm 120 phút. Bệnh nhân còn lại chỉ làm trống được 8% thức ăn trong dạ dày ở thời điểm 120 phút khi khảo sát xạ hình làm trống dạ dày. Dựa trên giá trị ngưỡng bình thường là ≤ 61 phút[1] [4], trong nghiên cứu của chúng tôi có 33 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 45,8%, có tình trạng chậm làm trống dạ dày.

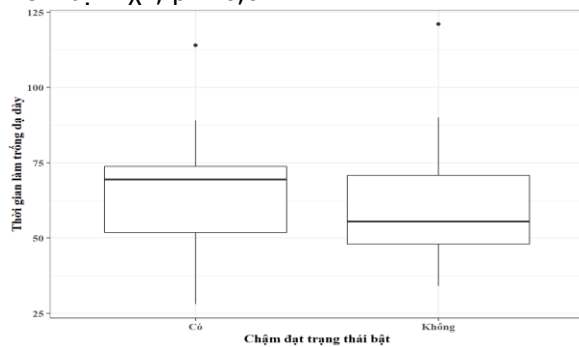
**Mối liên quan với các biến chứng vận động.** Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân có chậm làm trống dạ dày dù bệnh nhân có biến chứng vận động hay không.

**Bảng Tỷ lệ chậm làm trống dạ dày theo biến chứng vận động**

Biến chứng	Không chậm làm	Có chậm làm trống	p =
			0,660

<b>vận động</b>	<b>trống dạ (n=39)</b>	<b>dạ dày (n=33)</b>
không	10 (50%)	10 (50%)
có	29 (55,77%)	23(44,23%)

Khi phân tích từng biến chứng vận động chúng tôi nhận thấy chậm đạt trạng thái BẬT có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng chậm làm trống dạ dày. Bệnh nhân có chậm đạt trạng thái BẬT thì có nguy cơ bị chậm làm trống dạ dày cao hơn (66,67%) so với bệnh nhân không có chậm đạt trạng thái BẬT (38,89%), kiểm định  $\chi^2$ ,  $p = 0,041$ .



Biểu đồ thời gian làm trống 1/2 dạ dày và hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT trong dân số chung

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân có chậm làm trống dạ dày dù bệnh nhân có hay không có các biến chứng vận động khác bao gồm: hiện tượng TẮT dần, freezing, loạn động.

**Bảng Tỷ lệ chậm làm trống dạ dày theo từng loại biến chứng vận động**

<b>Biến chứng vận động</b>	<b>Không chậm làm trống dạ dày (n=39)</b>	<b>Có chậm làm trống dạ dày (n=33)</b>	<b>p</b>
<b>chậm tại trạng thái BẬT</b>			0,041
không	33 (61,11%)	21(38,89%)	
có	6 (33,33%)	12(66,67%)	
<b>hiện tượng TẮT dần</b>			0,660
không	10 (50%)	10 (50%)	
có	29 (55,77%)	23(44,23%)	
<b>freezing</b>			0,285
không	25 (50%)	25 (50%)	
có	14 (63,64%)	8(36,36%)	
<b>loạn động</b>			0,533
không	22 (51,16%)	21(48,84%)	
có	17 (58,62%)	12(41,38%)	

**IV. BÀN LUẬN**

**Mối liên quan với các biến chứng vận động.** Khi so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân có

hay không có biến chứng vận động, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân có chậm làm trống dạ dày dù bệnh nhân có biến chứng vận động hay không,  $p = 0,660$ . Kết quả này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây.

Tác giả Hardoff [4] và cs nghiên cứu tốc độ làm trống dạ dày ở bệnh nhân bệnh Parkinson (giai đoạn nhẹ và trung bình) với những người chứng khỏe mạnh. Phương pháp xạ hình làm trống dạ dày tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả cũng cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ chậm làm trống dạ dày khi so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân có hay không có biến chứng vận động. Tuy nhiên, khi xử lý thống kê ở nhóm bệnh nhân có biến chứng vận động, không có sự chia nhóm những bệnh nhân có dao động vận động TẮT dần, chậm đạt trạng thái BẬT và không đạt trạng thái BẬT. Nghiên cứu này cũng không mô tả số lượng và tỉ lệ của từng biến chứng vận động trong nhóm bệnh nhân có dao động vận động. Vì vậy, không đánh giá được sự ảnh hưởng của các loại biến chứng vận động khác nhau lên tốc độ làm trống dạ dày.

**Mối liên quan với từng biến chứng vận động.** Khi phân tích từng loại biến chứng vận động, chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân có chậm làm trống dạ dày dù bệnh nhân có hay không có các biến chứng vận động như: hiện tượng TẮT dần, freezing, loạn động.

Biểu hiện của hiện tượng TẮT dần là sự mất tác dụng của thuốc, điển hình là  $\leq 4$  giờ sau khi dùng levodopa. Cơ chế của hiện tượng TẮT dần [3] là do sự thay đổi ở mức độ tiếp hợp thần kinh. Khi bệnh tiến triển, các tế bào thần kinh dopaminergic của hệ thống chất đen-tân vân ngày càng bị thoái hóa. Các tế bào thần kinh mất khả năng dự trữ và phóng thích dopamine. Hậu quả là sự cải thiện triệu chứng sẽ ngắn như thời gian bán hủy của thuốc, là 90 phút. Điều này giải thích lí do hiện tượng TẮT dần thì không liên quan đến tốc độ làm trống dạ dày.

Cơ chế [3] của loạn động đỉnh liều là do nồng độ thuốc quá cao và thường xảy ra từ 30 đến 90 phút sau khi uống thuốc. Loạn động hai pha, ít gặp hơn, xảy ra khi nồng độ levodopa lên cao hay xuống thấp. Như vậy, cơ chế của loạn động là do nồng độ levodopa quá cao hoặc thay đổi lên cao hay xuống thấp. Điều này giải thích lí do loạn động thì không liên quan đến tình trạng chậm làm trống dạ dày.

Có hai loại freezing khác nhau [3] là freezing ở giai đoạn BẬT và freezing ở giai đoạn TẮT.

Freezing ở giai đoạn TẮT sẽ cải thiện triệu chứng khi dùng levodopa và có cơ chế tương tự như hiện tượng TẮT dần. Freezing ở giai đoạn BẬT, ít gặp hơn, không đáp ứng với levodopa do liên quan đến các con đường khác ngoài levodopa. Do các cơ chế trên nên hiện tượng freezing không liên quan đến tốc độ làm trống dạ dày. Điều này giải thích nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa hiện tượng freezing và tỉ lệ chậm làm trống dạ dày.

Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng chậm làm trống dạ dày, kiểm định  $\chi^2$ ,  $p = 0,041$ . Hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT là khi bệnh nhân phải mất trên 30 phút sau khi uống thuốc mới đạt được trạng thái BẬT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Tác giả Djaldetti và cs [1] nghiên cứu so sánh tỷ lệ làm trống dạ dày ở bệnh nhân bệnh Parkinson (có hay không có hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT) với những người chứng khỏe mạnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả 100% bệnh nhân Parkinson đều có tốc độ làm trống dạ dày chậm hơn so với nhóm chứng bình thường. Bệnh nhân có hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT thì có lượng thức ăn còn tồn đọng ở dạ dày sau 60 phút thì cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không có hiện tượng này ( $77,4 \pm 15,5\%$  so với  $64 \pm 14,3\%$ ,  $p < 0,05$ ). Thời gian làm trống 1/2 dạ dày ở bệnh nhân có hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT thì chậm hơn ( $221 \pm 202$  phút) có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không có hiện tượng này ( $85 \pm 31$  phút,  $p < 0,05$ ). Các nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa giữa dược động học levodopa và tốc độ làm trống dạ dày ở bệnh nhân Parkinson. Điều này gợi ý rằng chậm làm trống dạ dày là nguyên nhân gây ra hiện tượng chậm đạt trạng thái BẬT ở bệnh nhân Parkinson.

Tác giả Doi và cs năm 2012 [2] nghiên cứu 31 bệnh nhân Parkinson gồm 11 nam 20 nữ, độ tuổi  $68,1 \pm 7,8$  tuổi, thời gian bệnh  $4,2 \pm 3,85$  năm, thang điểm MDS-UPDRS phần III là  $18,37 \pm 8,6$ . Tất cả bệnh nhân đều được đo dược động học levodopa và khảo sát tốc độ làm trống dạ dày bằng test hơi thở  $^{13}\text{C}$ -octanoic acid. Khảo sát dược động học cho thấy 42% (13/31) bệnh nhân có đỉnh nồng độ levodopa trong huyết tương ở thời điểm 2 giờ và 58% (18/31) bệnh nhân có đỉnh nồng độ levodopa trong huyết tương ở thời điểm 1 giờ. Tốc độ làm trống dạ dày được đo bằng thời điểm đạt được nồng độ đỉnh %  $^{13}\text{C}$  (giá trị Tmax). Tmax > 60 phút thì thường gặp

hơn ở những bệnh nhân đạt đỉnh nồng độ levodopa trong huyết tương ở thời điểm 2 giờ (14/18 bệnh nhân, 69%) so với những bệnh nhân đạt đỉnh nồng độ levodopa trong huyết tương ở thời điểm 1 giờ (4/13 bệnh nhân, 22%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Ngoài ra, có các bằng chứng gián tiếp hỗ trợ tầm quan trọng của tốc độ làm trống dạ dày đối với sự hấp thu levodopa từ các nghiên cứu sử dụng thuốc làm tăng co bóp dạ dày ở bệnh nhân Parkinson. Cisapride, là một thuốc đồng vận thụ thể 5-HT<sub>4</sub> có tác dụng làm tăng tốc độ co bóp dạ dày, đã được nghiên cứu trước đây ở bệnh nhân Parkinson. Một nghiên cứu nhãn mờ của tác giả Neira và cs năm 1995 [5] dùng cisapride ở 20 bệnh nhân Parkinson có dao động vận động đã báo cáo cho thấy việc dùng đồng thời cisapride giúp làm tăng 37% đỉnh nồng độ levodopa trong huyết tương và tăng 13% nồng độ trung bình levodopa trong huyết tương. Một nghiên cứu gần đây của tác giả Nishikawa và cs năm 2012 [6] so sánh nồng độ levodopa trong huyết tương ở 18 bệnh nhân Parkinson có hoặc không dùng kèm domperidone. Kết quả cho thấy nồng độ levodopa trong huyết tương cao hơn một cách có ý nghĩa khi dùng kèm domperidone.

Tóm lại, kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy có bằng chứng mạnh mẽ gợi ý rằng chậm làm trống dạ dày trong bệnh Parkinson gây ra giảm hấp thu levodopa, từ đó dẫn đến giảm nồng độ levodopa trong huyết tương và gây ra triệu chứng chậm đạt trạng thái BẬT ở bệnh nhân Parkinson.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy biến chứng vận động chậm đạt trạng thái BẬT có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng chậm làm trống dạ dày ở bệnh nhân Parkinson. Điều này nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc nhận biết biến chứng này, từ đó tiến hành khảo sát tình trạng chậm làm trống dạ dày để đánh giá hiệu quả điều trị thuốc uống ở bệnh nhân Parkinson.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Djaldetti, R., Baron, J., Ziv, I. et al (1996), "Gastric emptying in Parkinson's disease: patients with and without response fluctuations", *Neurology*, 46(4), pp. 1051-1054.
2. Doi H, Sakakibara R, Sato M et al (2012), "Plasma levodopa peak delay and impaired gastric emptying in Parkinson's disease", *J Neurol Sci*;319(1-2), pp. 86-88.
3. Fox SH, Lang AE. Levodopa-related motor complications--phenomenology. *Mov Disord* 2008; 23 Suppl 3:S509.

4. **Hardoff, R., Sula, M., Tamir, A. et al. (2001)** "Gastric emptying time and gastric motility in patients with Parkinson's disease", *Mov Disord*, 16(6), pp. 1041-1047.
5. **Neira, W.D., Sanchez, V., Mena, M.A. et al (1995)** 'the effects of cisapride on plasma l-dopa levels and clinical response in Parkinsons-disease', *Movement Disorders*, 10(1), pp. 66-70.
6. **Nishikawa, N., Nagai, M., Tsujii, T., et al (2012).** 'Coadministration of domperidone increases plasma levodopa concentration in patients with Parkinson disease', *Clin Neuropharmacol*, 35(4), pp. 182-4.
7. **Pfeiffer, R.F. (2018).** Gastrointestinal Dysfunction in Parkinson's Disease. *Curr Treat Options Neurol*. 25;20(12):54.
8. **Postuma RB, Berg D, Stern M et al (2015),** "MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease". *Mov Disord*, 30(12), pp. 1591-1601.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CONG DƯƠNG VẬT BẨM SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU XOAY TRỤC VẬT HANG

Nguyễn Cao Thắng<sup>1</sup>, Vũ Thái Hoàng<sup>2</sup>, Nguyễn Hoài Bắc<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

Cong dương vật bẩm sinh là một bệnh lý hiếm gặp nhưng gây ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt tình dục cũng như tâm lý của bệnh nhân. Nhiều phương pháp phẫu thuật để điều trị cong dương vật đã được đề xuất, tuy nhiên phương pháp khâu xoay trục vật hang là một phương pháp mới có ưu điểm bảo tồn chiều dài của dương vật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 16 nam giới mắc cong dương vật bẩm sinh được điều trị bằng phương pháp khâu xoay trục vật hang để đánh giá kết quả phẫu thuật của phương pháp này. Kết quả cho thấy góc cong của những bệnh nhân cong dương vật bẩm sinh là  $51 \pm 12,2$ cm. Trong đó, hầu hết bệnh nhân có mức độ cong vừa phải (<60 độ) và hướng cong chính về phía mặt bụng của dương vật (68,75%). Sau phẫu thuật, góc cong còn lại của dương vật giảm đáng kể so với trước phẫu thuật (từ  $51 \pm 12,2$  độ xuống  $16,6 \pm 6,34$  độ với  $p < 0,001$ ). Các kích thước của dương vật sau phẫu thuật không có sự thay đổi đáng kể, kể cả chiều dài của dương vật khi kéo giãn tối đa ( $13,6 \pm 0,93$ cm trước phẫu thuật so với  $13,3 \pm 0,89$ cm sau phẫu thuật với  $p = 0,01$ ). Chức năng hoạt động tình dục của bệnh nhân dựa trên thang điểm IIEF-15 cũng được cải thiện đáng kể đặc biệt ở sự thỏa mãn tình dục.

**Từ khóa:** Cong dương vật bẩm sinh, khâu xoay trục vật hang, chức năng cương dương.

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOME OF CONGENITAL PENILE CURVATURE TREATMENT WITH CORPORAL ROTATION TECHNIQUE

Congenital penile curvature (CPC) is a rare condition in men but it have considerable impact on male sexual activity as well as their mental health.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 175,

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cao Thắng

Email: nguyencaothang.namhoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2021

Ngày duyệt bài: 4.6.2021

Many techniques had been proposed to manage the condition, however the corporal rotation technique had the advantage of preserving the penile length. Therefore, we conducted a study on 16 men with CPC who were treated with corporal rotation surgery to evaluate the outcome of this technique. The results showed that the mean degree of curvature was  $51 \pm 12,2$ cm. The majority of patients had a moderate penile curvature (<60 degree) and ventral curvature (75%). After the surgery, the residual curvature decreased significantly (from  $51 \pm 12,2$  degree to  $16,6 \pm 6,34$  degree with  $p < 0,001$ ). We observed no remarkable changes in all penile dimensions including stretched penile length ( $13,6 \pm 0,93$ cm before the surgery compared with  $13,3 \pm 0,89$ cm after the surgery with  $p = 0,01$ ). Erectile function of the subjects was also significantly improved especially in the intercourse satisfaction domain.

**Keywords:** Congenital penile curvature, corporal rotation technique, erectile function.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cong dương vật bẩm sinh là hậu quả của sự phát triển bất thường của vật hang dương vật và thường kèm theo dị dạng niệu đạo. Cong dương vật bẩm sinh là một bệnh lý khá hiếm gặp, tỷ lệ mắc dưới 1% nam giới [1]. Trong hầu hết các trường hợp, cong dương vật bẩm sinh thường xảy ra ở mặt bụng dương vật nhưng cũng có thể xảy ra ở mặt bên và hiếm khi ở mặt lưng. Bệnh thường được phát hiện khi trẻ trai bắt đầu trải qua giai đoạn dậy thì và trở nên rõ ràng hơn khi cương dương. Một số trường hợp cong dương vật bẩm sinh nặng thường cản trở khả năng quan hệ tình dục, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống hoặc thậm chí khả năng sinh sản của nam giới.

Các kỹ thuật điều trị cong dương vật được cải tiến dần theo thời gian. Nesbit là phẫu thuật viên đầu tiên mô tả phương pháp khâu gấp cân trắng vật hang từ năm 1965. Từ đó, rất nhiều cải tiến của phương pháp này đã được sử dụng để cải thiện hiệu quả cũng như giảm đi các rủi ro của