

sau phẫu thuật tương tự và kết quả thay thế ngắn hạn tương đương so với PTNS.

Trong cả hai nhóm bệnh nhân, tại thời điểm 12 tuần sau mổ, phần lớn các lĩnh vực trong SF-36 đều cải thiện hơn so với thời điểm 6 tuần. Điều này thể hiện quá trình lành bệnh diễn ra sau mổ, đồng thời cũng thể hiện hiệu quả trong công tác điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật. Đặc biệt trong nhóm PTRB như thể hiện trong biểu đồ 1, các chỉ số tại thời điểm 12 tuần có sự cải thiện rõ, đáng kể. Điều này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lizdenis [10] nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Lithuania. Theo tác giả, các chỉ số CLCS tại thời điểm 3 tháng sau mổ có sự cải thiện rõ rệt so với trước mổ và so với thời điểm 1 tháng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật robot và nội soi ổ bụng điều trị ung thư trực tràng nhìn chung là tốt tại thời điểm 6 và 12 sau mổ. Trong nhóm phẫu thuật robot, đa số các lĩnh vực thuộc SF-36 có sự cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi tại thời điểm 6 và 12 tuần sau mổ. Nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cần được thực hiện để so sánh chính xác nhất kết quả giữa hai nhóm bệnh nhân trong dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Courtney M. Townsend Jr, et al (2012). Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice – 19th ed. Elsevier.

- Trần Kim Trang (2012). "Các thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân tim mạch". Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 16 (1), pp. 9-15.
- Glimelius B, Tiet E, Cercantes A, Arnold D (2013). Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up. Annals of Oncology, 24 (suppl_6):vi81-vi8.
- Phạm Hồng Nam và cộng sự (2023). Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng. Tạp Chí Y học Việt Nam, 526(1A).
- Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Văn Xứng, Đoàn Hiếu Trung (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đà Nẵng trong 02 năm (2016-2017). Tạp chí Y Dược học Huế.8(8): p.tr 7-12.
- Bosma E, Pullens MJ, de Vries J, Roukema JA (2016). Health status, anxiety, and depressive symptoms following complicated and uncomplicated colorectal surgeries. Int J Colorectal Dis.;31(2):273-282.
- Yuge K, Miwa K, Fujita F, Murotani K, Shigaki T, Yoshida N, Yoshida T, Koushi K, Fujiyoshi K, Nagasu S and Akagi Y (2023) Comparison of long-term quality of life based on surgical procedure in patients with rectal cancer. Front. Oncol. 13:1197131.
- Laforest A, Bretagnol F, Mouazan AS, Maggiori L, Ferron M, Panis Y (2012). Functional disorders after rectal cancer resection: does a rehabilitation programme improve anal continence and quality of life? Colorectal Dis.14(10):1231-1237.
- Quezada-Diaz FF, Smith JJ (2021). Options for Low Rectal Cancer: Robotic Total Mesorectal Excision. Clin Colon Rectal Surg.34(5):311-316.
- Lizdenis P, Birutis J, Celkienė I, et al. (2015). Short-term results of quality of life for curatively treated colorectal cancer patients in Lithuania. Medicina (Kaunas). 51(1):32-37.

MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG NGOÀI VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON GIAI ĐOẠN TRUNG BÌNH VÀ NẶNG

Nguyễn Thị Bích Lệ¹, Nguyễn Văn Liệu¹

TÓM TẮT

Bệnh Parkinson là một rối loạn thần kinh thoái hóa tiến triển. Bên cạnh các rối loạn vận động, các rối loạn ngoài vận động xuất hiện rất phổ biến và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson. Việc quan tâm đúng mức đến các rối loạn ngoài vận động mang lại hiệu quả điều trị tối ưu, đặc biệt ở người bệnh giai đoạn trung bình và nặng.

Mục tiêu: Mô tả một số rối loạn ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả:** Có 41 người bệnh nữ và 52 người bệnh nam với độ tuổi trung bình 65,11± 11,23 tuổi, chủ yếu phân bố tuổi trên 70 tuổi (chiếm 38,7%); triệu chứng tim mạch xuất hiện phổ biến với 67,7% trong nhóm nghiên cứu; Trong các rối loạn giấc ngủ, buồn ngủ quá mức ban ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (85%), ít gặp hội chứng chân không nghỉ (30,1%); Đa phần người bệnh trong nghiên cứu có biểu hiện lo âu (96,8%) và trầm cảm (83,9%); Tỷ lệ các triệu chứng loạn thần trong nhóm người bệnh nghiên cứu tương đối thấp (ảo giác 7,5%, hoang

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Lệ

Email: nguyenvichle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

tường 8,6 %); Phần lớn người bệnh biểu hiện rối loạn trí nhớ (89,25%) và khó tập trung (87,1%); Rối loạn tiêu hóa hay gặp nhất là táo bón (82,8%); Rối loạn tiểu tiện hay gặp nhất là tiểu đêm (65,6); Ít gặp nhất là triệu chứng tiểu khẩn cấp (11%); Giảm ham muốn tình dục khá hay gặp trong Parkinson (90,4%) **Kết luận:** bên cạnh các rối loạn vận động, các rối loạn ngoài vận động xuất hiện rất thường xuyên và nặng nề, thầy thuốc cần quan tâm hơn đến vấn đề này trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Bệnh Parkinson, rối loạn ngoài vận động, giai đoạn trung bình và nặng

SUMMARY

SOME NON-MOTOR SYMPTOMS IN PEOPLE WITH STAGE OF PARKINSON'S DISEASE MEDIUM AND HEAVY

Parkinson's disease is a progressive degenerative neurological disorder. Besides movement disorders, non-motor disorders are very common and seriously affect the quality of life of people with Parkinson's disease. Proper attention to non-motor disorders brings optimal treatment results, especially in patients with moderate and severe disease. **Objectives:** To describe some non-motor disorders in patients with moderate and severe Parkinson's disease. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 93 patients with moderate and severe Parkinson's disease at the Department of Examination - Bach Mai Hospital from March 2022 to September 2023. **Results:** There were 41 female patients and 52 male patients with an average age of 65.11 ± 11.23 years old, mainly aged over 70 years old (accounting for 38,7%); cardiovascular symptoms appeared. popular with 67.7% in the study group; Among sleep disorders, excessive daytime sleepiness accounts for the highest rate (85%), restless legs syndrome is less common (30.1%); Most of the patients in the study showed anxiety (96.8%) and depression (83.9%); The rate of psychotic symptoms in the study group was relatively low (7.5% hallucinations, 8.6% delusions); The majority of patients present with memory disorders (89.25%) and difficulty concentrating (87.1%); The most common digestive disorder is constipation (82.8%); The most common urinary disorder is nocturia (65.6); The least common symptom was urinary urgency (11%); Decreased libido is quite common in Parkinson's disease (90.4%) **Conclusion:** besides movement disorders, non-motor disorders appear very often and severely, doctors need to pay more attention to the problem. this topic in clinical practice. **Keywords:** Parkinson's disease, non-motor disorders, moderate and severe stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một rối loạn thần kinh thoái hóa tiến triển thường gặp ở người cao tuổi. Bệnh được đặc trưng bởi rối loạn vận động bao gồm giảm vận động, run, cứng và mất ổn định tư thế. Ngoài ra, người bệnh Parkinson còn có các rối loạn khác ngoài vận động như suy giảm chức năng nhận thức, rối loạn chức năng thực vật, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiểu tiện,

trầm cảm...[1]. Các rối loạn ngoài vận động rất thường gặp và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson, đặc biệt là ở giai đoạn trung bình và nặng. Trong thực hành lâm sàng, đôi khi thầy thuốc chỉ chú trọng phát hiện và điều trị các rối loạn vận động mà vô tình bỏ sót các rối loạn ngoài vận động, làm hiệu quả điều trị không đạt được như mong đợi. Đối với một bệnh mạn tính như bệnh Parkinson, việc quan tâm đầy đủ các triệu chứng của người bệnh đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Hiện nay cũng có một số tác giả nghiên cứu về các triệu chứng ngoài vận động trên người bệnh Parkinson, ví dụ như các rối loạn tâm thần, các rối loạn chức năng nhận thức, rối loạn tiểu tiện, rối loạn nuốt vv... Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá toàn diện các triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng năm 2022-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 93 người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Parkinson của Hội rối loạn vận động (MSD)

- Người bệnh ở giai đoạn bệnh 3, 4 và 5 theo phân loại của Hoehn và Yahr

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không thu thập được đầy đủ các thông số cần cho nghiên cứu

- Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

Người bệnh được hỏi bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

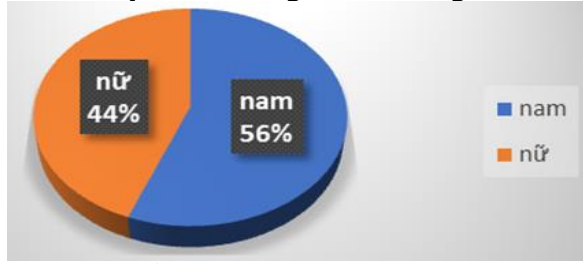
- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, tuổi khởi phát, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ rối loạn vận động

- Đặc điểm các rối loạn ngoài vận động dựa theo thang điểm: Đánh giá triệu chứng ngoài vận động bằng thang NMSS (Nonmotor Symptom assesment Scale)

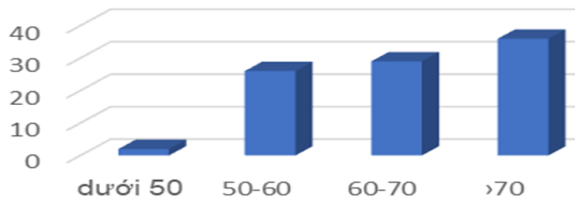
2.6. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: xử lý và phân tích số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố theo giới phân bố theo tuổi



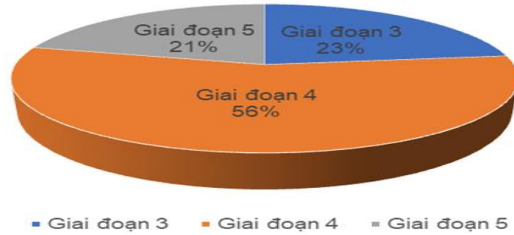
Biểu đồ 2: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong nhóm người bệnh nghiên cứu, tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 56% và 44%. Trong 93 người bệnh, người bệnh thấp tuổi nhất là 46 tuổi, cao tuổi nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,11 ± 11,23. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ trên 70 tuổi (38,7%).

Bảng 1. Thời gian bị bệnh

Thời gian bị bệnh	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 5 năm	20	21,5
5 – 9 năm	45	48,4
≥ 10 năm	28	30,1
Thời gian mắc bệnh trung bình	8,13 ± 4,39	

Nhận xét: Thời gian bị bệnh trung bình là 8,13 ± 4,39 năm. Phần lớn người bệnh có thời gian bị bệnh từ 5-9 năm (chiếm 48,4%), tiếp theo là khoảng từ 10 năm mắc bệnh trở lên (chiếm 30,1%).



Biểu đồ 3: Đặc điểm về giai đoạn bệnh

Nhận xét: 93 người bệnh của nhóm nghiên cứu ở giai đoạn bệnh từ 3-5, nhóm người bệnh ở giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 56%. Nhóm người bệnh giai đoạn 3 là 23%, giai đoạn 5 là 21%.

3.2. Một số rối loạn ngoài vận động ở nhóm người bệnh nghiên cứu

3.2.1. Triệu chứng tim mạch

Bảng 2: Triệu chứng tim mạch

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N(%) có rối loạn
Giá trị chung	8,5	2,5	12	0	30 (32,3%)	63 (67,7%)
Hạ huyết áp tư thế	6,3	2,7	8	0	42 (45,2%)	51 (54,8%)
Ngất	2,3	0,5	4	0	80 (86%)	13 (14%)

Nhận xét: Triệu chứng hạ huyết áp tư thế có điểm NMSS trung bình là 6,3 ± 2,7; với 54,8% người bệnh biểu hiện triệu chứng nhưng tỷ lệ người bệnh ngất thấp (13 người bệnh tương đương 14%).

3.2.2. Rối loạn giấc ngủ/ suy nhược.

Bảng 3: Đặc điểm các rối loạn giấc ngủ thường gặp trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N(%) có rối loạn
Ngủ ngày	5,9	3,1	12	0	14 (15%)	79 (85%)
HC suy nhược	7,4	4,6	12	0	25 (26,8%)	73 (78,2%)
Khó ngủ	6,6	4,2	12	0	20 (21,5%)	73 (78,5%)
HC Chân không nghỉ	2,9	3,8	12	0	65 (69,8%)	28 (30,1%)

Nhận xét: Trong các rối loạn giấc ngủ, buồn ngủ quá mức ban ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (85%), ít gặp hội chứng chân không nghỉ (30,1%)

3.2.3. Triệu chứng khí sắc/vô cảm

Bảng 4: Đặc điểm các rối loạn khí sắc trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N(%) có rối loạn
Lo âu	8,7	2,7	12	0	3 (3,2%)	90 (96,8%)
Trầm cảm	11,0	5,9	22	0	15 (16,1%)	78 (83,9%)

Nhận xét: Đa phần người bệnh trong nghiên cứu có biểu hiện lo âu (96,8 %) và trầm cảm (83,9%).

3.2.4. Triệu chứng tri giác/ảo giác

Bảng 5: Đặc điểm các triệu chứng loạn thần và giác quan trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Ao giác	0,5	0,9	4	0	86(92,4%)	7(7,5%)
Hoang tưởng	0,3	0,7	3	0	85(91,4%)	8(8,6%)
Nhìn đôi	0,1	0,4	3	0	88(94,6%)	5 (5,4%)

Nhận xét: Tỷ lệ các triệu chứng loạn thần trong nhóm người bệnh nghiên cứu tương đối thấp (ảo giác 7,5%, hoang tưởng 8,6%).

3.2.5. Triệu chứng chú ý/trí nhớ

Bảng 6: Đặc điểm một số rối loạn nhận thức trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Khó tập trung	6,4	5,9	12	0	12 (12,9%)	81 (87,1%)
Quên	5,9	3,9	12	0	10 (10,75%)	83 (89,25%)

Nhận xét: Phần lớn người bệnh biểu hiện rối loạn trí nhớ (89,25%) và khó tập trung (87,1%)

3.2.6. Các triệu chứng tiêu hóa

Bảng 7: Đặc điểm một số rối loạn tiêu hóa thường gặp trong bệnh Parkinson

Đặc điểm	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Chảy dãi	4,4	4,4	12	0	44 (47,3%)	49 (52,7%)
Táo bón	7,6	5,5	12	0	16 (17,2%)	77 (82,8%)
Nuốt khó	3,1	3,6	12	0	53 (56,9%)	40 (43,1%)

Nhận xét: Rối loạn tiêu hóa hay gặp nhất là táo bón (82,8%) với điểm NMSS trung bình cao nhất ($7,6 \pm 5,5$).

3.2.7. Các triệu chứng tiết niệu

Bảng 8: Đặc điểm một số rối loạn tiểu tiện thường gặp trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Điểm IPSS trung bình	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Tiểu khẩn cấp	1,9	0,5	82 (88,2%)	11 (11,8%)
Tiểu nhiều lần	3,8	1,1	52 (55,9%)	42 (44,1%)
Tiểu đêm	4,7	1,6	32 (34,4%)	61 (65,6%)

Nhận xét: Rối loạn tiểu tiện hay gặp nhất là tiểu đêm (65,6%) với điểm NMSS cao nhất ($4,7 \pm 5,2$); Ít gặp nhất là triệu chứng tiểu khẩn cấp (11%).

3.2.8. Rối loạn chức năng tình dục

Bảng 9: Đặc điểm một số rối loạn tình dục trong bệnh Parkinson

Rối loạn	Điểm NMSS trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất	N(%) không rối loạn	N (%) có rối loạn
Giảm ham muốn tình dục	3,2	1,9	8	0	9 (9,6%)	84 (90,4%)
Khó quan hệ tình dục	1,0	1,3	6	0	56 (60,2%)	37 (39,8%)

Nhận xét: Giảm ham muốn tình dục khá hay gặp trong Parkinson (90,4%), với điểm NMSS trung bình của các rối loạn thuộc nhóm này bằng $3,2 \pm 1,9$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93 người người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng, số người bệnh nam nhiều hơn số người bệnh nữ với tỉ lệ lần lượt là 56% và 44%. Tỷ lệ

nam/nữ là: 1,27. Kết quả này cũng tương đồng với một số tác giả như tác giả Nguyễn Thế Anh là 1,77 lần, theo tác giả Trương Thị Thu Hương tỷ lệ nam/ nữ là 1,38 lần. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65 ± 11 . Phần lớn các người bệnh nằm trong độ tuổi >70 . Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bị bệnh trung bình là $8,13 \pm 4,39$ năm. Phần lớn người bệnh có thời gian bị bệnh từ 5-9 năm (chiếm 48,4%), tiếp theo là khoảng từ 10

năm mắc bệnh trở lên (chiếm 30,1%). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, thời gian bị bệnh trong nghiên cứu của P. Martinez-Matin là $8,1 \pm 5,7$ năm [2], trong nghiên cứu của Claire Hinnell là 5 năm [3].

4.2. Đặc điểm triệu chứng ngoài vận động

4.2.1. Đặc điểm về triệu chứng tim mạch. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 63 người bệnh có triệu chứng tim mạch chiếm tỷ lệ 67,7%. Trong đó, 54,8% người bệnh có triệu chứng hạ huyết áp tư thế, 14% người bệnh có triệu chứng ngất. Theo tác giả W. Poewe hạ huyết áp tư thế ở người bệnh Parkinson chiếm khoảng 20- 60% trường hợp [4]. Hạ huyết áp tư thế liên quan đến các thuốc tác động trên hệ dopaminergic, độ nặng của bệnh cũng như thời gian bị bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người bệnh được quản lý bệnh theo chương trình Parkinson đa số có sử dụng các thuốc đồng vận dopamine. Do vậy, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở nhóm người bệnh nghiên cứu của chúng tôi khá cao 54,8%.

4.2.2. Đặc điểm về triệu chứng giấc ngủ/suy nhược. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh có triệu chứng về rối loạn giấc ngủ/suy nhược. Trong đó có 85% người bệnh có triệu chứng ngủ ngày, 78,5% người bệnh có triệu chứng khó ngủ, 30,1% người bệnh có hội chứng chân không nghỉ, 73,2% người bệnh có triệu chứng suy nhược cơ thể. Theo tác giả Todd J.Swick, hội chứng chân không nghỉ là một rối loạn thần kinh thường gặp có ảnh hưởng đến 4%-10% dân số nói chung và gặp khoảng 10-20% ở người bệnh Parkinson [5].

4.2.3. Đặc điểm triệu chứng khí sắc/vô cảm. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lo âu và trầm cảm xảy ra rất thường xuyên, 96,8% người bệnh có triệu chứng lo âu; 83,9% người bệnh có triệu chứng trầm cảm. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Alberto Raggi và cộng sự về sự ảnh hưởng của các triệu chứng ngoài vận động tới sự tàn tật của người bệnh Parkinson cho thấy có 57,3% người bệnh có triệu chứng buồn, lo âu chiếm 49,0%, rối loạn trí nhớ là 39,6%, mất quan tâm thích thú là 35,5% [6].

4.2.4. Đặc điểm triệu chứng rối loạn tri giác/ảo giác. Theo kết quả nghiên cứu, có 7% người bệnh có triệu chứng ảo giác, 8,6% người bệnh có triệu chứng hoang tưởng. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Alberto Raggi và cộng sự cho thấy triệu chứng nhìn đôi là

17,7%, ảo giác là 11,5%, hoang tưởng là 2,1%. Rối loạn tâm thần ở người bệnh Parkinson là một yếu tố tiên lượng xấu, ảnh hưởng nhiều tới việc phải chăm sóc người bệnh lâu dài trong bệnh viện.

4.2.5. Đặc điểm triệu chứng chú ý/trí nhớ. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Phần lớn người bệnh biểu hiện rối loạn trí nhớ (89,25%) và khó tập trung (87,1%). Nghiên cứu của tác giả Alberto R và cộng sự cho kết quả là 39,6% người bệnh có vấn đề về trí nhớ và 31,3% người bệnh mất tập trung [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả nước ngoài có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những người bệnh ở giai đoạn trung bình và nặng.

4.2.6. Đặc điểm triệu chứng tiêu hóa. Rối loạn tiêu hóa hay gặp nhất là táo bón (82,8%) với điểm NMSS trung bình cao nhất ($7,6 \pm 5,5$). Triệu chứng chảy rã cũng khá phổ biến với 52,7%, triệu chứng nuốt khó gặp ở 43,1% nhóm người bệnh nghiên cứu. Theo kết quả nghiên cứu của K. R. Chaudhuri và cộng sự triệu chứng chảy dãi chiếm 41,7%, nuốt khó chiếm 27,0%, táo bón chiếm 47,5% [7]. Rối loạn tiêu hóa ở người bệnh Parkinson có nhiều yếu tố tham gia như rối loạn thần kinh thực vật, thay đổi chế độ ăn, tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị Parkinson và tác dụng trực tiếp của bệnh Parkinson.

4.2.7. Đặc điểm triệu chứng tiết niệu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn tiểu tiện hay gặp nhất là tiểu đêm (65,6%) với điểm NMSS cao nhất ($4,7 \pm 5,2$); Ít gặp nhất là triệu chứng tiểu khẩn cấp (11%). Theo Kristian Winge và cộng sự, 95% người bệnh có ít nhất một triệu chứng hoạt động quá mức của bàng quang. Kết quả nghiên cứu của ông cho thấy có 65% người bệnh tiểu khẩn cấp, 56% tiểu đêm, 56% tiểu không tự chủ, 37% tiểu nhiều lần đánh giá bằng thang điểm Dan-PSS.

4.2.8. Đặc điểm triệu chứng rối loạn tình dục. Giảm ham muốn tình dục khá hay gặp trong Parkinson (90,4%), và 39,8% người bệnh có triệu chứng khó quan hệ tình dục. Rối loạn tình dục trong nghiên cứu của tác giả Syam Krishnan và cộng sự chiếm 52,9% [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 93 người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng chúng tôi kết luận: bên cạnh các rối loạn vận động, các rối loạn ngoài vận động xuất hiện rất thường xuyên và nặng nề, thầy thuốc cần quan tâm hơn đến vấn đề này trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Quang Cường, in Bệnh và hội chứng Parkinson. 2002, Nhà xuất bản Y học Hà Nội: Hà Nội.
2. Martinez-Martin, P., International study on the psychometric attributes of the Non-Motor Symptoms Scale in Parkinson disease. Neurology, 2009. 73: p. 1584- 1591.
3. Hinnell, C., Nonmotor Versus Motor Symptoms: How Much Do They Matter to Health Status in Parkinson's Disease? Movement Disorder, 2012. 27: p. 236-241.
4. Poewe, W., Non-motor symptoms in Parkinson's disease. European Journal of Neurology, 2008. 15: p. 14-20.
5. Swick, T.J., Parkinson's Disease and Sleep/Wake Disturbances. Hindawi Publishing Corporation, 2012. 2012: p. 1-14.
6. Raggi et al, A., Impact of nonmotor symptoms on disability in patients with Parkinson's disease. International Journal of Rehabilitation Research, 2011. 34: p. 316- 320.
7. Chaudhuri et al, K.R., The Nondeclaration of Nonmotor Symptoms of Parkinson's Disease to Health Care Professionals: An International Study Using the Nonmotor Symptoms Questionnaire. Movement Disorder, 2010. 25(6): p. 704-709.
8. Kishnan et al, S., Do Nonmotor symptoms in Parkinson's disease differ from normal aging? Movement Disorder, 2011. 26: p. 2110-2113.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH (NHIỄM TOAN CETON VÀ/HOẶC TĂNG ÁP LỰC THẨM THẤU)

Nguyễn Minh Tuấn Anh¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Các biến chứng tăng đường huyết cấp tính của bệnh Đái tháo đường là một trong những lý do chính buộc bệnh nhân phải nhập viện. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Đái tháo đường có biến chứng cấp tính (nhiễm toan ceton và/hoặc tăng áp lực thẩm thấu). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng tăng đường huyết cấp tính nhập viện tại khoa Nội tiết- Đái tháo đường và Trung tâm cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2023-08/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 52,02 ± 19,19 tuổi, hay gặp nhất là ≥ 60 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nhập viện có biến chứng tăng đường huyết cấp tính là những bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường (31,3%) và được chẩn đoán trong vòng 5 năm trở lại (43,8%). Khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân kém, với 60,7% bệnh nhân điều trị thuốc không đều. Glucose máu trung bình lúc nhập viện cao: 39,8 ± 14,2 mmol/L và kiểm soát HbA1c kém với chỉ số HbA1c ≥ 10% chiếm 60,4%. **Kết luận:** Biến chứng cấp tính do tăng đường huyết không kiểm soát xuất hiện chủ yếu ở những bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường, chưa được điều trị hay ở những bệnh nhân không tuân thủ phác đồ điều trị, kiểm soát đường máu kém.

Từ khóa: đái tháo đường, biến chứng cấp tính, nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn Anh

Email: marblenguyen1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THE HYPERGLYCEMIC CRISIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS (DIABETIC KETOACIDOSIS AND/OR HYPEROSMOLAR HYPERGLYCEMIC STATE)

Overview: The acute hyperglycemia complications of diabetes mellitus (also known as the hyperglycemic crisis) are one of the main reasons for hospitalization. **Objectives:** Describe the clinical and subclinical characteristics of the hyperglycemic crisis (Diabetic Ketoacidosis and/or Hyperosmolar Hyperglycemic State) in patients with diabetes mellitus. **Methods:** A descriptive cross-sectional study, carried out on 48 diabetic patients with hyperglycemic crisis admitted to the Endocrinology and the Emergency department of Bach Mai Hospital, from January 2023 to August 2023. **Results:** The average patients' age is around 52,02 ± 19,19 year-old, in which the most common is patients over 60 years old. The majority of hospitalized patients with hyperglycemic crisis are those newly diagnosed (31,1%) and diagnosed within the last 5 years (43,8%). The patients' adherence to the treatment is very poor, with 60,7% taking the medication irregularly. The average blood glucose at admission is high: 39,8 ± 14,2 mmol/L and the HbA1c control is inadequate, with the HbA1c index ≥ 10% accounted for 60,4%. **Conclusion:** The hyperglycemic crisis appears mainly in newly diagnosed patients, untreated patients or in patients who doesn't comply with the treatment regimen, with poor blood glucose control.

Keywords: diabetes mellitus, hyperglycemic crisis, diabetic ketoacidosis, hyperosmolar hyperglycemic state.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một nhóm bệnh rối loạn