

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRIỆU CHỨNG NGOÀI VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON GIAI ĐOẠN TRUNG BÌNH VÀ NẶNG

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Nguyễn Thị Bích Lệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu các triệu chứng ngoài vận động ở 93 bệnh nhân Parkinson được điều trị tại Trung tâm thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ 8/2022-8/2023. **Kết quả:** Một số yếu tố như tuổi trên 70, mức độ nặng của bệnh ở giai đoạn 3 trở lên có liên quan đến làm tăng nguy cơ hạ huyết áp tư thế, rối loạn giấc ngủ, khó tập trung và quên, chầy dãi, táo bón và nuốt vướng, rối loạn tình dục ($p < 0,05$). Thời gian mắc bệnh từ 5 năm có liên quan đến nguy cơ trầm cảm, táo bón và rối loạn nuốt, rối loạn tiểu tiện ($p < 0,05$). Chưa thấy có mối liên quan về giới tính với các triệu chứng ngoài vận động ở bệnh nhân Parkinson. **Kết luận:** Người bệnh Parkinson thường lớn tuổi, thời gian mắc bệnh lâu, mức độ bệnh nặng càng có nhiều các triệu chứng ngoài vận động ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Bệnh Parkinson, Triệu chứng ngoài vận động, Đánh giá theo giai đoạn Hoehn và Yahr.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO NON-MOTOR SYMPTOMS IN PEOPLE WITH MODERATE AND SEVERE PARKINSON'S DISEASE

Objective: Analyzing some factors related to non-motor symptoms in people with moderate and severe Parkinson's disease. **Subjects and methods:** We researched non-motor symptoms in 93 Parkinson's patients who were treated at Bach Mai Hospital Neurological Center from August 2022 to August 2023. **Results:** Some factors, such as age over 70, disease severity at stage 3 or higher, are associated with an increased risk of orthostatic hypotension, sleep disorders, difficulty concentrating and forgetting, drooling, constipation, and sexual difficulty swallowing ($p < 0.05$). The duration of disease from 5 years on is related to the risk of depression, constipation, swallowing disorders, and urination disorders ($p < 0.05$). There has been no relationship between gender and non-motor symptoms in Parkinson's patients. **Conclusion:** Patients with Parkinson's disease are often older and have a longer disease duration, and the more severe the disease is, the more non-motor symptoms affect quality of life.

Keywords: Parkinson's disease, non-motor symptoms, Hoehn and Yahr stage assessment.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một bệnh thần kinh thoái hóa tiến triển thường gặp ở người cao tuổi. Các triệu chứng vận động chủ yếu là kết quả của cái chết liên tục các tế bào thần kinh dopaminergic ở liềm đen và thể vân của não gây lên các triệu chứng: run, cứng, giảm động, giảm phản xạ 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. Các rối loạn ngoài vận động này 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. Đánh giá các triệu chứng ngoài vận động trên người bệnh Parkinson có thể giúp đưa ra các phương pháp điều trị, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cũng như tiên lượng bệnh. Mục tiêu của đề tài: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến triệu chứng ngoài vận động ở người bệnh Parkinson giai đoạn trung bình và nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Người bệnh được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Parkinson của Hội rối loạn vận động (MSD).¹

Chẩn đoán xác định

Hội rối loạn vận động và hội Parkinson quốc tế (2015) đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Parkinson của Hội rối loạn vận động (MSD).¹ Tiêu chuẩn này bao gồm 3 bước chính.

Bước 1: Xác định chẩn đoán hội chứng Parkinson. Chỉ cần triệu chứng chậm cử động có kèm theo ít nhất là một trong hai tiêu chuẩn là có run lúc nghỉ và cứng.

Bước 2: Xác định bệnh Parkinson là nguyên nhân của hội chứng Parkinson đó. Tiêu chuẩn chẩn đoán của MSD đưa ra ba nhóm các điểm đặc trưng về chẩn đoán mà dựa theo đó có thể xác định chẩn đoán bệnh Parkinson: 1) Tiêu chuẩn loại trừ tuyệt đối bệnh Parkinson; 2) Dấu hiệu cảnh báo đòi hỏi phải được cân bằng bởi các tiêu chuẩn hỗ trợ thì mới có thể chẩn đoán là bệnh Parkinson; 3) Tiêu chuẩn hỗ trợ bao gồm những điểm đặc trưng làm tăng độ tin cậy của chẩn đoán bệnh Parkinson.

Bước 3: Xếp loại chẩn đoán lâm sàng bệnh

Parkinson ở một trong hai mức độ tin cậy gồm:

✓ Chẩn đoán lâm sàng chắc chắn là bệnh Parkinson: (1) không có sự hiện diện của tiêu chuẩn loại trừ tuyệt đối bệnh Parkinson, (2) có ít nhất hai tiêu chuẩn hỗ trợ chẩn đoán, (3) không có tiêu chuẩn cảnh báo.

✓ Chẩn đoán rất có thể là bệnh Parkinson: (1) không có sự hiện diện của tiêu chuẩn loại trừ tuyệt đối bệnh Parkinson, (2) có sự hiện diện của tiêu chuẩn cảnh báo được đối trọng bởi tiêu chuẩn hỗ trợ. Không được chẩn đoán lâm sàng rất có thể là bệnh Parkinson một khi có hơn hai tiêu chuẩn cảnh báo hiện diện.

- Người bệnh ở giai đoạn bệnh 3, 4 và 5 theo phân loại của Hoehn và Yahr:²

- Giai đoạn 0-2: Không có triệu chứng bệnh hoặc có thể tổn thương cả hai bên, nhưng chưa có rối loạn thăng bằng.

- Giai đoạn 3: Tổn thương hai bên, từ nhẹ đến vừa, có một vài rối loạn về tư thế dáng bộ, sinh hoạt vẫn bình thường.

- Giai đoạn 4: Bị tàn phế nặng; tuy nhiên vẫn có thể đi lại được hay đứng dậy không cần sự giúp đỡ.

- Giai đoạn 5: Phải sử dụng xe lăn hoặc nằm liệt giường nếu không có người giúp đỡ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh tâm thần kèm theo.
- Suy giáp trạng.
- Bị câm, khiếm khuyết các giác quan (mù, điếc).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Thời gian nghiên cứu: Người bệnh Parkinson giai đoạn 3,4,5 được điều trị tại trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

- Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

- Quy trình thu thập thông tin: Tất cả người

bệnh Parkinson được khám bệnh và làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm: khám nội khoa, thần kinh, tâm thần, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, trắc nghiệm thần kinh – tâm lý theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Khám và đánh giá các triệu chứng ngoài vận động:

✓ Đánh giá trầm cảm: Sử dụng thang trầm cảm lão khoa rút gọn (Geriatric Depression Scale - GDS).³ Bệnh nhân đọc lần lượt từng câu của 15 câu và chọn "có" hoặc "không" có tương ứng với trạng thái cảm xúc của mình. Đánh giá kết quả dựa trên số câu hỏi trả lời được in đậm. Bình thường số câu trả lời in đậm <5, nếu ≥5 câu trả lời in đậm nghĩa là bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm, mức độ trầm cảm càng nặng tương ứng với càng nhiều câu trả lời in đậm.

✓ Đánh giá rối loạn giấc ngủ: Sử dụng thang Epworth – Epworth sleepiness scale (ESS)

Tổng số điểm là 24. Dưới 10 điểm bệnh nhân không có rối loạn giấc ngủ, trên 10 điểm bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ. Từ 0 – 9 điểm là không có rối loạn giấc ngủ. Từ 10 – 15 điểm là có rối loạn giấc ngủ nhẹ. Từ 16 điểm trở lên là có rối loạn giấc ngủ trầm trọng.

✓ Đánh giá rối loạn tiểu tiện bằng thang điểm IPSS gồm 7 câu hỏi đánh giá 7 tình huống rối loạn tiểu tiện khác nhau. Tổng số điểm sẽ được tính: Từ 0 - 7 điểm: rối loạn nhẹ. Từ 8 - 19 điểm: trung bình. 20 - 35 điểm là mức độ nặng.

✓ Bộ câu hỏi triệu chứng ngoài vận động – NMSS (Nonmotor Symptom assesment Scale).⁴ Gồm 30 câu hỏi đánh giá các lĩnh vực bao gồm: rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiểu tiện, chú ý/trí nhớ, rối loạn tri giác/ ảo giác, rối loạn khí sắc/ lo âu, chức năng tình dục, tim mạch, rối loạn giấc ngủ, và nhóm các triệu chứng khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu triệu chứng ngoài vận động ở 93 bệnh nhân Parkinson giai đoạn trung bình và nặng (giai đoạn 3,4,5).

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với triệu chứng tim mạch

Yếu tố	Triệu chứng tim mạch		Hạ HA tư thế		Ngất	
		n	P	OR	P	OR
Tuổi	<70	81	0,003	2,04	0,024	1,96
	≥70	12				
Giới	Nam	52	0,75	1,15	0,31	1,23
	Nữ	41				
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	20	0,23	1,05	0,97	1,52
	≥ 5 năm	73				
Giai đoạn bệnh	3	21	0,025	3,03	0,037	2,17
	4-5	72				

Nhận xét: Những yếu tố: có hạ huyết áp tư thế, có ngất đều có mối liên quan đến tuổi và giai đoạn bệnh với p< 0,05 và chưa thấy có mối liên quan đến yếu tố giới tính, thời gian bị bệnh, p>0,05.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh và rối loạn giấc ngủ

Yếu tố		Rối loạn giấc ngủ		Ngủ ngày n=79		Khó ngủ n=73		HC chân không nghỉ (n=28)		Rối loạn giấc ngủ theo ESS	
		P	OR	P	OR	P	OR	P	OR		
Tuổi	<70	0,046	2,04	0,037	2,65	0,86	1,25	0,0035	2,59		
	≥70										
Giới	Nam	0,67	1,76	0,56	1,06	0,89	1,25	0,83	1,05		
	Nữ										
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,006	3,08	0,026	2,87	0,86	1,45	0,002	3,78		
	≥ 5 năm										
Giai đoạn bệnh	3	0,07	1,34	0,65	1,08	0,56	1,07	0,026	3,15		
	4-5										

Nhận xét: Yếu tố tuổi, thời gian mắc bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng ngủ ngày, rối loạn giấc ngủ theo ESS ($p < 0,05$). Đối với yếu tố tuổi, thời gian mắc bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng khó ngủ ($p < 0,05$). Hội chứng chân không nghỉ chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng bệnh.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với triệu chứng rối loạn lo âu, trầm cảm

Yếu tố		Triệu chứng khí sắc		Lo âu (n=90)		Trầm cảm (n=78)		Mức độ trầm cảm	
		p	OR	p	OR	P	OR		
Tuổi	<70	0,45	1,12	0,78	1,27	0,24	1,01		
	≥70								
Giới	Nam	0,035	3,15	0,006	2,23	0,538	1,45		
	Nữ								
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,26	1,08	0,95	1,22	0,003	2,73		
	≥ 5 năm								
Giai đoạn bệnh	3	0,07	1,03	0,23	1,17	0,026	3,14		
	4-5								

Nhận xét: Yếu tố giới có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến các triệu chứng lo âu và trầm cảm. Nữ giới có nguy cơ mắc các triệu chứng lo âu gấp 3,15 lần và trầm cảm gấp 2,23 lần so với nam giới. Các yếu tố tuổi, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh không có ảnh hưởng đến triệu chứng lo âu và trầm cảm.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với triệu chứng tri giác/ ảo giác

Yếu tố		Triệu chứng tri giác, ảo giác		Ao giác (n=7)		Hoang tưởng (n=8)	
		p	OR	p	OR		
Tuổi	<70	0,061	1,04	0,71	1,06		
	≥70						
Giới	Nam	0,75	1,15	0,31	1,23		
	Nữ						
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,23	1,05	0,97	1,52		
	≥ 5 năm						
Giai đoạn bệnh	3	0,89	1,03	0,07	1,17		
	4-5						

Nhận xét: Triệu chứng tri giác ảo giác chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng bệnh $p > 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan tình trạng bệnh với triệu chứng chú ý/ trí nhớ

Yếu tố		Triệu chứng chú ý, trí nhớ		Khó tập trung (n=81)		Quên (n=83)	
		P	OR	P	OR		
Tuổi	<70	0,004	2,04	0,003	3,06		
	≥70						
Giới	Nam	0,75	1,15	0,31	1,23		
	Nữ						
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,23	1,05	0,97	1,52		
	≥ 5 năm						
Giai đoạn bệnh	3	0,045	2,23	0,013	2,17		
	4-5						

Nhận xét: Yếu tố tuổi, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng khó tập trung, quên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh và triệu chứng tiêu hóa

Yếu tố		Triệu chứng tiêu hóa		Chảy dãi (n=49)		Táo bón (n=77)		Nuốt khó (n=40)	
		P	OR	P	OR	P	OR		
Tuổi	<70	0,004	2,1405	0,03	2,95	0,006	3,25		
	≥70								
Giới	Nam	0,68	1,79	0,58	1,36	0,89	1,15		
	Nữ								
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,006	3,13	0,027	2,47	0,004	2,45		
	≥ 5 năm								
Giai đoạn bệnh	3	0,034	2,34	0,02	2,08	0,04	2,07		
	4-5								

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy các triệu chứng tiêu hóa có liên quan với yếu tố tuổi, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh đều có ảnh hưởng có ý nghĩa đến các triệu chứng tiêu hóa như: chảy dãi, táo bón, nuốt khó ($p < 0,05$).

Bảng 7. Mối liên quan tình trạng bệnh với triệu chứng tiết niệu theo NMSS

Yếu tố		Triệu chứng tiết niệu		Tiểu khẩn cấp (n=11)		Tiểu nhiều lần (n=42)		Tiểu đêm (n=61)	
		p	OR	p	OR	p	OR		
Tuổi	<70	0,004	2,15	0,03	2,95	0,006	3,25		
	≥70								
Giới	Nam	0,034	2,79	0,04	2,36	0,005	3,15		
	Nữ								
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,6	1,13	0,07	1,47	0,54	1,45		
	≥ 5 năm								
Giai đoạn bệnh	3	0,54	1,34	0,58	1,08	0,4	1,07		
	4-5								

Nhận xét: Chỉ có yếu tố giới có ảnh hưởng đến các triệu chứng tiết niệu gồm cả tiểu khẩn cấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, rối loạn tiểu tiện theo IPSS ($p < 0,05$).

Yếu tố giới, thời gian mắc bệnh, giai đoạn

bệnh có ảnh hưởng đến rối loạn tiểu tiện theo IPSS, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Chưa ghi nhận được sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi về mức độ rối loạn tiểu tiện ($p = 0,065$).

Bảng 8. Mối liên quan tình trạng bệnh với rối loạn chức năng tình dục

Yếu tố		Rối loạn tình dục		Giảm ham muốn tình dục n=84		Khó quan hệ tình dục n=37	
		p	OR	p	OR		
Tuổi	<70	0,0024	2,4	0,03	3,16		
	≥70						
Giới	Nam	0,75	1,15	0,31	1,23		
	Nữ						
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0,23	1,05	0,97	1,52		
	≥ 5 năm						
Giai đoạn bệnh	3	0,045	2,03	0,013	2,7		
	4-5						

Nhận xét: Yếu tố tuổi, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng rối loạn chức năng tình dục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Chưa ghi nhận sự ảnh hưởng của giới tính và thời gian mắc bệnh đến rối loạn chức năng tình dục.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi phân tích mối liên quan giữa tình trạng bệnh với triệu chứng tim mạch gồm triệu chứng hạ huyết áp tư thế và ngất. Yếu tố tuổi, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng hạ

huyết áp tư thế: những người bệnh từ 70 tuổi trở lên có nguy cơ hạ huyết áp tư thế gấp 2,04 lần so với nhóm người bệnh dưới 70 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$); người bệnh ở giai đoạn 4,5 có nguy cơ hạ huyết áp tư thế gấp 3,03 lần so với người bệnh ở giai đoạn 3. Đồng thời, hạ huyết áp tư thế cũng nặng dần lên theo tuổi và giai đoạn bệnh. Theo tác giả W. Poewe hạ huyết áp tư thế ở người bệnh Parkinson chiếm khoảng 20- 60% trường hợp.⁵ 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. Người ta còn thấy ở những người bệnh Parkinson có sa sút trí tuệ thì tỷ lệ bị hạ huyết áp tư thế cao hơn người bệnh không có sa sút trí tuệ.⁵ Ngoài ra, các thuốc điều trị bệnh Parkinson như levodopa, đồng vận dopamin hay thuốc ức chế MAOB cũng có nguy cơ gây hạ huyết áp tư thế. Đối với triệu chứng ngất: yếu tố tuổi, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng ngất ($p < 0,05$). Ngất có thể là mức độ nặng hơn của triệu chứng hạ huyết áp tư thế, có thể khiến người bệnh gặp nguy hiểm như chấn thương do ngã.

Các yếu tố tuổi, thời gian mắc bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng ngủ ngày, khó ngủ ($p < 0,05$). Mức độ rối loạn giấc ngủ nặng dần theo tuổi, theo thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh, các triệu chứng càng ngày càng nặng dần theo mức độ thiếu hụt Dopamin của não trong bệnh Parkinson. Buồn ngủ quá mức vào ban ngày cũng là một triệu chứng ngoài vận động phổ biến ở người bệnh Parkinson, chiếm 50% các trường hợp.

Chúng tôi nhận thấy yếu tố giới tính có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến các triệu chứng lo âu và trầm cảm ($p < 0,05$). Nữ giới có nguy cơ mắc các triệu chứng lo âu gấp 3,15 lần và trầm cảm gấp 2,23 lần so với nam giới. Trầm cảm thường xuất hiện từ giai đoạn sớm của bệnh Parkinson nên dễ bị bỏ qua. Có thể biểu hiện với các triệu chứng như: giảm ham muốn tình dục, u buồn, bi quan và không quan tâm đến mọi việc xảy ra xung quanh, giai đoạn trung bình và nặng, triệu chứng trầm cảm nổi trội hơn. Trầm cảm làm cho chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson suy giảm nhiều hơn, các triệu chứng bệnh tiến triển nhanh hơn, suy giảm nhanh khả năng tự chăm sóc bản thân và kỹ năng nhận thức, việc tuân thủ điều trị thấp hơn và người chăm sóc cũng mệt mỏi hơn. Thang điểm trầm cảm lão khoa rút gọn đã đáp ứng phần nào sàng lọc, đánh giá tình trạng trầm cảm ở người bệnh Parkinson. Rối loạn tâm thần bao gồm ảo giác và hoang tưởng là một biến chứng của điều trị bệnh Parkinson.⁶

Yếu tố tuổi, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến triệu chứng chú ý, trí nhớ ($p < 0,05$). Suy giảm nhận thức có thể xảy ra trong giai đoạn đầu của bệnh Parkinson, đôi khi trước khi bệnh được chẩn đoán và gia tăng tỷ lệ thuận với thời gian và mức độ nặng của bệnh. Theo nhiều tác giả, nguy cơ mắc sa sút trí tuệ ở người bệnh Parkinson cao gấp từ 2 đến 6 lần người bình thường, và có liên quan chặt chẽ đến tổn thương hệ Dopamin, tổn thương nhân nền Meynert và sự xuất hiện của thể vùi Lewy ở trong bào tương

của tế bào thần kinh ở não.⁷

Các triệu chứng tiêu hóa như: chày dãi, táo bón, nuốt khó có liên quan đến tuổi, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh ($P < 0,05$). Táo bón là triệu chứng thường gặp nhất trong các rối loạn tiêu hóa ở người bệnh Parkinson. Một vài các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ táo bón gặp ở người bệnh Parkinson 28- 61% so sánh với nhóm chứng là 6%-33%. Hiện tượng nuốt khó ở người bệnh Parkinson được giải thích do suy giảm chức năng thần kinh tự động nuốt và chứng chậm vận động của cơ nuốt.⁸ Chày dãi là do ở người bệnh Parkinson có giảm tần số tự động nuốt và đầu người bệnh nghiêng về một bên (đặc biệt trong giai đoạn nặng của bệnh),⁸ người bệnh tuổi càng cao, thời gian mắc bệnh càng dài, giai đoạn bệnh càng nặng thì các triệu chứng này càng thường xuyên và nặng nề. Mặt khác, cũng có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, táo bón có thể xảy ra 20 năm trước khi có các triệu chứng vận động. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến táo bón trong bệnh Parkinson được cho là do suy giảm hệ thần kinh tự chủ và lắng đọng α -synuclein ở vùng thân não.

Yếu tố giới tính có ảnh hưởng đến các triệu chứng tiết niệu, gồm cả tiểu khẩn cấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm ($p < 0,05$). Nam giới có nguy cơ tiểu khẩn cấp gấp 2,79 lần, nguy cơ tiểu nhiều lần gấp 2,36 lần, nguy cơ tiểu đêm gấp 3,15 lần so với nữ giới. Các yếu tố giới tính, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng đến rối loạn tiểu tiện theo IPSS ($p < 0,05$). Có thể giải thích nam giới mắc các rối loạn tiểu tiện nhiều hơn nữ giới do khác nhau về mặt cấu trúc giải phẫu hệ tiết niệu giữa 2 giới. Nam giới có hệ tiết niệu dài hơn và phức tạp hơn so với nữ, do đó cũng gặp nhiều rối loạn hơn trong lĩnh vực này. Bệnh Parkinson xảy ra ở lứa tuổi có thể gặp nhiều bệnh kết hợp như u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, sự suy giảm hormon sinh dục. Hiện tượng bàng quang tăng hoạt ở người bệnh Parkinson có thể được giải thích bởi việc loại bỏ tác dụng ức chế của các tế bào thần kinh tiết dopamin ở thể vân và liềm đen.⁹

Triệu chứng rối loạn chức năng tình dục có ảnh hưởng đến tuổi, giai đoạn bệnh 4,5. Hoạt động tình dục diễn ra bình thường cần có sự cân bằng nội tiết tố và một trạng thái cảm xúc lành mạnh. Tình dục còn bị ảnh hưởng bởi quá trình lão hóa, lối sống (ví dụ: như sự lạm dụng), nhiều bệnh cơ thể khác nhau cũng như các phương pháp điều trị bệnh, nhất là một số loại thuốc.¹⁰

V. KẾT LUẬN

- Tuổi cao từ 70 tuổi trở lên và giai đoạn

bệnh nặng làm tăng nguy cơ hạ huyết áp tư thế, rối loạn giấc ngủ, khó tập trung và quên, chảy dãi, táo bón và nuốt vướng, các triệu chứng giảm ham muốn tình dục và khó quan hệ tình dục ($p < 0,05$).

- Thời gian mắc bệnh từ 5 năm có liên quan đến nguy cơ trầm cảm, chảy dãi, táo bón và nuốt vướng, rối loạn tiểu tiện ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Postuma RB, Berg D, Stern M, et al.** MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord* 2015; 30(12): 1591-601.
2. **Goetz CG, Poewe W, Rascol O, et al.** Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations. *Mov Disord* 2004; 19(9): 1020-8.
3. **Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al.** Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982; 17(1): 37-49.
4. **Martinez-Martin P, Chaudhuri KR, Rojo-**

- Abuin JM, et al.** Assessing the non-motor symptoms of Parkinson's disease: MDS-UPDRS and NMS Scale. *Eur J Neurol* 2015; 22(1): 37-43.
5. **Poewe W.** Non-motor symptoms in Parkinson's disease. *Eur J Neurol* 2008; 15 Suppl 1: 14-20.
6. **Bernal-Pacheco O, Limotai N, Go CL, Fernandez HH.** Nonmotor manifestations in Parkinson disease. *Neurologist* 2012; 18(1): 1-16.
7. **Liu AK, Chang RC, Pearce RK, Gentleman SM.** Nucleus basalis of Meynert revisited: anatomy, history and differential involvement in Alzheimer's and Parkinson's disease. *Acta Neuropathol* 2015; 129(4): 527-40.
8. **Dewey RB, Jr.** Autonomic dysfunction in Parkinson's disease. *Neurol Clin* 2004; 22(3 Suppl): S127-39.
9. **Campos-Sousa RN, Quagliato E, da Silva BB, de Carvalho RM, Jr., Ribeiro SC, de Carvalho DF.** Urinary symptoms in Parkinson's disease: prevalence and associated factors. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(2B): 359-63.
10. **Bronner G, Vodusek DB.** Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord* 2011; 4(6): 375-83.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ CẮT MỔNG MẮT CHU BIÊN BẰNG LASER CHO BỆNH NHÂN NGHI NGỜ GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT BẰNG CHỤP CẮT LỚP CỖ KẾT QUANG HỌC PHẦN TRƯỚC

Đoàn Kim Thành^{1,2}, Lê Minh Tuấn³,
Nguyễn Minh Toàn², Trần Thị Trúc Chi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các yếu tố tiên lượng kết quả cắt mổng mắt chu biên bằng laser cho bệnh nhân nghi ngờ góc đóng nguyên phát bằng chụp cắt lớp cỖ kết quang học phần trước. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện tại BVM TP HCM từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2023. Tổng 66 mắt của 34 người tham gia nghiên cứu được chẩn đoán nghi ngờ góc đóng nguyên phát, trong đó 32 người có 2 mắt và 2 người có 1 mắt được thực hiện chụp cắt lớp cỖ kết quang học phần trước và cắt mổng mắt chu biên bằng laser. Bệnh nhân được khám và ghi nhận các thông số về dịch tể bao gồm tuổi, giới tính, các thông số lâm sàng về thị lực, nhãn áp, chiều dày trung tâm giác mạc, tỉ lệ cup/ disc và thông số góc tiền phòng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $55,68 \pm 7,6$. Tỉ lệ nam: nữ lần lượt là 1:10,5. Thị lực ở nhóm $\geq 3/10$ chiếm 89,39%. Nhãn áp trung bình là $15,09 \pm 3,05$. Chiều dày trung tâm giác mạc có giá trị trung bình là $537,85 \pm 29,42$. Tỉ lệ

cup/disc trung bình là $0,37 \pm 0,20$. Các thông số góc tiền phòng AOD500, AOD750, TISA500, TISA750, ACD đều tăng trong khi IT500, IT750, IC, IC ratio và LV có xu hướng giảm và sự thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê. Các thông số AOD500, AOD750, TISA750, LV, ACD có ý nghĩa tiên lượng kết quả thành công cắt mổng mắt chu biên bằng laser. Mô hình tiên lượng có tỷ lệ dự đoán đúng trung bình cho toàn mô hình là 87,90%. **Kết luận:** Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi, tỉ lệ nam: nữ, thị lực, giá trị nhãn áp và tỉ lệ cup/disc phù hợp với định nghĩa nghi ngờ góc đóng nguyên phát. Bệnh nhân cần đến khám và phát hiện, thực hiện chụp cắt lớp cỖ kết quang học phần trước để có thêm thông tin lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp phòng ngừa cơn góc đóng cấp và ngăn ngừa tiến triển góc đóng nguyên phát.

Từ khóa: Nghi ngờ góc đóng nguyên phát (PACS), góc đóng cấp (AAC), góc đóng nguyên phát (PAC), thị lực, nhãn áp, tuổi, giới tính, chiều dày trung tâm giác mạc, tỉ lệ cup/ disc.

SUMMARY

PREDICTING THE OUTCOME OF LASER PERIPHERAL IRIDOTOMY FOR PRIMARY ANGLE CLOSURE SUSPECT EYES USING ANTERIOR SEGMENT OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY

Purpose: Predicting the outcome of laser peripheral iridotomy for primary angle closure suspect

¹Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Hội viên Hội nhãn khoa Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Kim Thành

Email: dkthanh1605@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024