

làm sạch ổ áp xe và kết hợp dẫn lưu tưới rửa liên tục bước đầu mang lại hiệu quả tích cực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sarna, T., et al.,** Cervical necrotizing fasciitis with descending mediastinitis: literature review and case report. *J Oral Maxillofac Surg*, 2012. **70**(6): p. 1342-50.
- Prado-Calleros, H.M., E. Jiménez-Fuentes, and I. Jiménez-Escobar,** Descending necrotizing mediastinitis: Systematic review on its treatment in the last 6 years, 75 years after its description. *Head Neck*, 2016. **38 Suppl 1**: p. E2275-83.
- Taylor, M., et al.,** Descending cervical mediastinitis: the multidisciplinary surgical approach. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2019. **276**(7): p. 2075-2079.
- Oh, T.K., E.S. Jang, and I.A. Song,** Long-term mortality due to infection associated with elevated liver enzymes: a population-based cohort study. *Sci Rep*, 2021. **11**(1): p. 12490.
- Ridder, G.J., et al.,** Descending necrotizing mediastinitis: contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Ann Surg*, 2010. **251**(3): p. 528-34.
- Palma, D.M., et al.,** Clinical features and outcome of patients with descending necrotizing mediastinitis: prospective analysis of 34 cases. *Infection*, 2016. **44**(1): p. 77-84.
- Sumi, Y.,** Descending necrotizing mediastinitis: 5 years of published data in Japan. *Acute Med Surg*, 2015. **2**(1): p. 1-12.
- Yun, J.S., et al.,** Surgical Experience with Descending Necrotizing Mediastinitis: A Retrospective Analysis at a Single Center. *J Chest Surg*, 2023. **56**(1): p. 35-41.
- Reuter, T.C., et al.,** Descending necrotizing mediastinitis: etiopathogenesis, diagnosis, treatment and long-term consequences-a retrospective follow-up study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2023. **280**(4): p. 1983-1990.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ VẬN ĐỘNG CỦA NGƯỜI BỆNH PARKINSON BẰNG THANG ĐO MSD -UPDRS

Bùi Đức Huy**, Trần Thị Diệp*, Phạm Xuân Hiệp*, Lê Thị Huỳnh Như*

TÓM TẮT

Mở đầu: Ảnh hưởng của các rối loạn thần kinh là nguyên nhân hàng đầu gây ra khuyết tật trên toàn thế giới, đang có xu hướng ngày càng tăng do sự lão hoá của dân số, bao gồm cả bệnh Parkinson. Parkinson là một bệnh rối loạn thoái hoá hệ thần kinh thường gặp ở người cao tuổi, ảnh hưởng đến 1% dân số trên 65 tuổi. Theo dự đoán đến năm 2040 sẽ có khoảng 12 triệu người trên thế giới mắc bệnh Parkinson. Ở Việt Nam theo số liệu năm 2016, có khoảng 65.000 người mắc bệnh Parkinson. Các đối tượng mắc bệnh Parkinson sẽ suy giảm chức năng theo năm tháng và có nguy cơ dẫn đến tàn tật nếu không được đánh giá đúng mức tình trạng bệnh tật trong đó yếu tố vận động ảnh hưởng trực tiếp đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cần phải đặc biệt lưu ý và có những đánh giá cụ thể. Từ đó các chương trình can thiệp cải thiện vận động được thiết lập phù hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá mức độ vận động và các yếu tố liên quan trên các đối tượng bệnh lý Parkinson tại thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 106 đối tượng bệnh lý Parkinson đang điều trị nội trú và ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 8/2022 đến tháng 9/2022. Các đối tượng được đánh giá khả năng vận động bằng thang điểm MSD-UPDRS phần III. **Kết**

quả: Điểm MDS-UPDRS phần III trung bình là 49,7 (SD18,1). Trong đó ghi nhận các đối tượng có vấn đề "Run khi cử động ở tay trái" chiếm 67% và "Run khi cử động ở tay phải" là 68.9%. ở nhóm mức độ rất nhẹ. Nhóm mức độ nặng và trung bình tập trung ở việc "Mất ổn định tư thế" với tỷ lệ lần lượt là 10.4% và 18.9%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn bệnh và điểm số MDS-UPDRS, nhóm đối tượng ở giai đoạn 4 cho điểm số trung bình 86.3 (8.5) thể hiện mức độ ảnh hưởng các hoạt động chức năng rất nhiều trong sinh hoạt hàng ngày so với nhóm đối tượng ở giai đoạn 2 chỉ có điểm số 40.9 (5.7). **Kết luận:** Mức độ vận động của các đối tượng bệnh lý Parkinson ở giai đoạn 4 của bệnh bị ảnh hưởng nhiều hơn so với các nhóm đối tượng ở các giai đoạn còn lại theo thang đo MDS-UPDRS. **Từ khóa:** MSD-UPDRS, Parkinson.

SUMMARY

USING MDS-UPDRS SCALE TO ASSESS THE ACTIVITY LEVEL IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Backgrounds: The effects of neurological disorders are the leading cause of disability worldwide, with an increasing trend due to the aging of the population, including Parkinson's disease. Parkinson's disease is a degenerative nervous system disorder common in the elderly, affecting 1% of the population over 65 years of age. It is estimated that by 2040 there will be about 12 million people worldwide with Parkinson's disease. In Vietnam, according to 2016 data, there are about 65,000 people with Parkinson's disease. Subjects with Parkinson's disease will decline in function over the years and are at risk of disability if they are not properly assessed for a disease state in which motor factors directly affect daily activities. **days**

*Đại học Quốc tế Hồng Bàng

**Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Diệp

Email: dieptt@hiu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

needing special attention and specific evaluations. From there, appropriate movement improvement intervention programs are established. **Objectives:** Assessment of the level of movement and related factors in Parkinson's disease patients in Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study on 106 subjects with Parkinson's disease undergoing inpatient and outpatient treatment at the University of Medicine and Pharmacy Hospital in Ho Chi Minh City. Ho Chi Minh City from August 2022 to September 2022. Patients were assessed for mobility using the MSD-UPDRS scale part III. **Results:** The mean MDS-UPDRS Part III score was 49.7 with a standard deviation of 18.1 points). In which, the subjects with the problem of "Running when moving in the left hand" accounted for 67% and "Running when moving in the right hand" was 68.9%. in the very mild group, the severe and moderate group focused on "Postural instability" with the rate of 10.4% and 18.9%, respectively. **Conclusions:** Movement level in patients with Parkinson's disease are at average level according to the MDS-UPDRS scale.

Key words: MSD-UPDRS, Parkinson's disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một bệnh rối loạn thoái hoá hệ thần kinh thường gặp ở người cao tuổi, ảnh hưởng đến 1% dân số trên 65 tuổi[1]. Năm 1990 có 2,5 triệu người trên thế giới được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson thì đến năm 2016 đã có khoảng 6,1 triệu người mắc chứng bệnh này[2]. Theo dự đoán đến năm 2040 sẽ có khoảng 12 triệu người trên thế giới mắc bệnh Parkinson. Ở Việt Nam, theo số liệu năm 2016, có khoảng 65.000 người mắc bệnh Parkinson[3]. Parkinson được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tàn tật và giảm chất lượng cuộc sống[4][5]. Mức độ hoạt động chức năng của người bệnh Parkinson bị ảnh hưởng rất nhiều khi bệnh chuyển dần đến giai đoạn 3 hay 4 [6]. Việc quan tâm đến mức độ vận động có thể giúp cải thiện sớm các vấn đề xuất hiện ở các đối tượng Parkinson thông qua các chương trình tập luyện hay các liệu pháp khác. Để cải thiện mức độ vận động cho người bệnh Parkinson, cần thiết phải có những đánh giá cụ thể, khách quan bằng các thang đo có tính giá trị và độ tin cậy tốt. Thang đo MDS-UPDRS là một thang đo rất phổ biến được sử dụng cho các đối tượng bệnh lý Parkinson[7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu có mục đích. Đối tượng được chẩn đoán Parkinson bởi bác sĩ Thần kinh khi điều trị tại khoa Thần kinh hoặc khoa Phục hồi chức năng, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thoả tiêu chí chọn vào và loại ra sẽ được

nghiên cứu viên chọn để lấy mẫu.

Tiêu chí chọn vào: Nghiên cứu chọn vào các đối tượng được chẩn đoán Parkinson ở giai đoạn từ I đến IV (theo Hoeln và Yahr), đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Các đối tượng không nghe và hiểu được tiếng Việt.

Thu thập số liệu: Sau khi các đối tượng ký vào bản đồng thuận, nghiên cứu viên sẽ tiến hành thu thập các thông tin chung và được đánh giá khả năng vận động bằng thang điểm MSD – UPDRS phần III.

Phương pháp phân tích thống kê: Sử dụng tần số và tỉ lệ phần trăm để mô tả các biến định tính như nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, bệnh lý đi kèm. Sử dụng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả điểm trung bình MDS-UPDRS. Mô tả trung vị và khoảng tứ phân vị khi biến định lượng phân phối không bình thường. Kiểm định t không bắt cặp và kiểm định ANOVA được dùng để so sánh sự khác biệt về điểm số MDS-UPDRS trung bình giữa các nhóm đặc tính của đối tượng nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng Stata 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Đặc điểm dân số của mẫu nghiên cứu (n=106)

Đặc tính	Tần số	Tỉ lệ %
Giới tính		
Nam	36	34.0
Nữ	70	66.0
Tuổi:	<=60 tuổi	32
	>60t	72
Trình độ học vấn		
Chưa tốt nghiệp 12/12	42	39.6
12/12	46	43.4
Trung cấp/cao đẳng	8	7.6
Đại học / sau đại học	10	9.4
Tình trạng kinh tế		
Độc lập trong kinh tế	58	54.7
Phụ thuộc người nhà	48	45.3
Tình trạng hôn nhân hiện tại		
Độc thân	9	8.6
Đã kết hôn/ sống như vợ chồng	94	89.5
Ly hôn	2	1.9
Nghề nghiệp hiện tại hoặc từng làm		
Nông dân	48	45.7
Công nhân	10	9.5
Nhân viên	18	17.2
Lao động tự do	29	27.6

Kết quả bảng 1 cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ giới chiếm 66%, nhóm đối tượng trên 60 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 68%, trình độ học vấn tập trung nhiều ở nhóm có trình độ phổ thông trung học trở xuống chiếm 83% so với 17% đối tượng có trình độ từ trung cấp trở lên. Điều kiện kinh tế tập trung chủ yếu ở nhóm có thu nhập độc lập không bị phụ thuộc chiếm 54.7%. Nhóm đang sống với vợ hoặc chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 89.5%.

Bảng 2 Các yếu tố liên quan của các đối tượng bệnh lý Parkinson (n=106)

Đặc điểm	Tần số	Ti lệ %
Thời gian phát hiện ra bệnh Parkinson		
< 5 năm	83	78,3
≥ 5 năm	23	21,7
Tăng huyết áp		
Không	48	47,1
Có	54	52,9
Đái tháo đường		
Không	57	55,9
Có	45	44,1
Tim mạch		
Không	72	70,6

Có	30	29,4
Tai biến mạch máu não		
Không	89	86,4
Có	14	13,6
Bệnh khác		
Không	105	99,1
Có	1	0,9
Phân loại Parkinson theo Hoehn và Yahr		
Giai đoạn một	10	9,4
Giai đoạn hai	58	54,7
Giai đoạn ba	29	27,4
Giai đoạn bốn	9	8,5

Kết quả bảng 2 cho thấy các đối tượng có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm chiếm ưu thế với 78.3%. Tỷ lệ đối tượng có mắc các bệnh lý nền tăng huyết áp và đái tháo đường và không mắc là tương đương nhau. Trong khi với nhóm có kèm bệnh lý tim mạch lại cao hơn so với nhóm không mắc lần lượt là 70.6% và 29.4%, nhóm có kèm tai biến mạch máu não chiếm 86.4% so với nhóm bình thường là 13.6%. Về phân loại giai đoạn bệnh, các đối tượng nghiên cứu tập trung nhiều nhất ở giai đoạn 2 với 54.7%, giai đoạn 3 chiếm 27.4%.

Bảng 3 Đánh giá các triệu chứng vận động theo thang đo MDS-UPDRS và điểm trung bình MDS-UPDRS của các đối tượng nghiên cứu (n=106)

Đặc điểm	0	1	2	3	4
	Bình thường N (%)	Rất nhẹ N (%)	Nhẹ N (%)	Trung bình N (%)	Nặng N (%)
Lời nói	4 (3,8)	46 (43,4)	48 (45,3)	8 (7,5)	0 (0)
Nét mặt	4 (3,8)	46 (43,4)	31 (29,2)	25 (23,6)	0 (0)
Đơ cứng cổ	4 (3,8)	33 (31,1)	50 (47,2)	18 (17,0)	1 (0,9)
Đơ cứng - tay P	7 (6,6)	25 (23,6)	55 (51,9)	18 (17,0)	1 (0,9)
Đơ cứng - tay T	9 (8,5)	33 (31,1)	46 (43,4)	18 (17,0)	0 (0)
Đơ cứng - chân P	6 (5,7)	31 (29,2)	50 (47,2)	18 (17,0)	1 (0,9)
Đơ cứng - chân T	9 (8,5)	28 (26,4)	48 (45,3)	19 (17,9)	2 (1,9)
Chập ngón tay - P	0 (0)	19 (17,9)	59 (55,7)	24 (22,6)	4 (3,8)
Chập ngón tay - T	0 (0)	30 (28,3)	49 (46,2)	26 (24,6)	1 (0,9)
Nắm mở bàn tay-P	6 (5,6)	52 (49,1)	39 (36,8)	9 (8,5)	0 (0)
Nắm mở bàn tay-T	4 (3,8)	55 (51,9)	38 (35,8)	9 (8,5)	0 (0)
Sấp ngửa bàn tay - P	2 (1,9)	24 (22,6)	53 (50,0)	23 (21,7)	4 (3,8)
Sấp ngửa bàn tay - T	4 (3,8)	29 (27,4)	53 (50,0)	17 (16,0)	3 (2,8)
Chập ngón chân -P	3 (2,8)	32 (30,2)	50 (47,2)	17 (16,0)	4 (3,8)
Chập ngón chân -T	4 (3,8)	39 (36,8)	38 (35,9)	21 (19,8)	4 (3,8)
Dậm chân - P	5 (4,7)	54 (51,0)	35 (33,0)	12 (11,3)	0 (0)
Dậm chân - T	4 (3,8)	55 (51,9)	37 (34,9)	10 (9,4)	0 (0)
Đứng lên từ ghế	55 (51,9)	23 (21,7)	20 (18,9)	7 (6,6)	1 (0,9)
Dáng đi	3 (2,8)	49 (46,2)	36 (34,0)	17 (16,1)	1 (0,9)
Đông cứng dáng đi	54 (50,9)	22 (20,8)	20 (18,9)	10 (9,4)	0 (0)
Mất ổn định tư thế	8 (7,5)	29 (27,4)	38 (35,8)	20 (18,9)	11 (10,4)
Tư thế	4 (3,8)	47 (44,3)	37 (34,9)	18 (17,0)	0 (0)
Cử động tự nhiên toàn bộ	1 (0,9)	41 (38,7)	45 (42,5)	19 (17,9)	0 (0)
Run tư thế - tay P	7 (6,6)	39 (36,8)	59 (55,7)	1 (0,9)	0 (0)

Run tư thế - tay T	7 (6,6)	64 (60,4)	34 (32,1)	1 (0,9)	0 (0)
Run khi cử động – tay P	9 (8,5)	73 (68,9)	22 (20,8)	1 (0,9)	1 (0,9)
Run khi cử động – tay T	12 (11,3)	71 (67,0)	22 (20,8)	0 (0)	1 (0,9)
Biên độ run khi nghỉ - tay P	21 (19,8)	63 (59,5)	19 (17,9)	3 (2,8)	0 (0)
Biên độ run khi nghỉ - tay T	44 (41,5)	41 (38,7)	18 (17,0)	3 (2,8)	0 (0)
Biên độ run khi nghỉ - chân P	35 (33,0)	49 (46,3)	21 (19,8)	1 (0,9)	0 (0)
Biên độ run khi nghỉ - chân T	38 (35,8)	52 (49,1)	15 (14,2)	1 (0,9)	0 (0)
Biên độ run khi nghỉ - Môi/cằm	65 (61,3)	27 (25,5)	14 (13,2)	0 (0)	0 (0)
Tính hằng định của run khi nghỉ	4 (3,8)	16 (15,1)	69 (65,1)	13 (12,2)	4 (3,8)
MSD – UPDRS phần III	49,7 ± 18,1			15 - 100	

Bảng 3 ghi nhận điểm trung bình MSD=UPDRS là 49,7 ± 18,1 trên các đối tượng nghiên cứu, nhóm mức độ rất nhẹ tập trung ở hầu hết các đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ đạt trung bình 66% - 73%, nhóm mức độ nặng chiếm ít nhất do trên các đối tượng chủ yếu ở giai đoạn 1 và 2 với tỷ lệ 10%.

Bảng 4. Đặc điểm dân số mẫu nghiên cứu và điểm trung bình MDS-UPDRS

Đặc điểm dân số	Điểm trung bình MDS-UPDRS (n=106)		p
	n	TB ± ĐLC	
Giới tính			
Nam	36	49 ± 17.9	0.622
Nữ	70	50 ± 18.3	
Nhóm tuổi			
Dưới 60 tuổi	34	41.8 ± 13.3	<0.01
Từ 60 tuổi trở lên	72	53.4 ± 18.9	
Điều kiện kinh tế			
Độc lập trong kinh tế	58	42.7 ± 15.1	0.02
Phụ thuộc người nhà	48	58.1 ± 18.1	
Tình trạng hôn nhân			
Độc thân	9	47.6 ± 22.8	0.562
Đã kết hôn/Sống với vợ hoặc chồng	94	49.9 ± 17.8	
Ly hôn	3	39 ± 11.3	
Nghề nghiệp			
Nông dân	48	56.2 ± 17.8	0.493
Công nhân	10	54.1 ± 17.5	
Nhân viên	18	36 ± 12.6	
Lao động tự do	30	47 ± 16	
Trình độ học vấn			
Chưa tốt nghiệp THPT	42	59.1 ± 17.9	0.289
Tốt nghiệp THPT	46	46.5 ± 14.7	
Trung cấp/Cao đẳng	8	42.6 ± 17	
Đại học/Sau đại học	10	30.2 ± 11	

Kết quả bảng 4 ghi nhận mối liên quan giữa điểm trung bình MDS-UPDRS và nhóm tuổi cũng như điều kiện kinh tế có ý nghĩa thống kê rõ rệt. Trong đó với p<0.01, nhóm tuổi trên 60 cho thấy điểm trung bình tăng hơn nhóm nhỏ hơn 60 tuổi lần lượt là 53.4 ± 18.9 và 41.8 ± 13.3. Về vấn đề kinh tế, nhóm độc lập kinh tế cho thấy điểm số MDS-UPDRS là 42.7 ± 15.1 thấp hơn so với nhóm phụ thuộc là 58.1 ± 18.1.

Bảng 5 Các yếu tố liên quan đến bệnh Parkinson và điểm trung bình MDS-UPDRS

Các yếu tố liên quan đến bệnh Parkinson	Điểm trung bình MDS-UPDRS (n=106)		p
	n	TB ± ĐLC	
Thời gian phát hiện bệnh			
< 5 năm	83	46.2 ± 15.8	<0.001
>= 5 năm	23	62.2 ± 20.5	
Phân loại Parkinson theo Hoehn và Yahr			
Giai đoạn 1	10	24.9 ± 6.3	0.008
Giai đoạn 2	58	40.9 ± 5.7	
Giai đoạn 3	29	64.4 ± 9.7	
Giai đoạn 4	9	86.3 ± 8.5	

Kết quả bảng 5 ghi nhận mối liên quan giữa đặc điểm bệnh Parkinson và điểm MDS-UPDRS. Nhóm đối tượng có thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm có điểm số MDS-UPDRS cao vượt trội so với nhóm dưới 5 năm lần lượt là 62.2 ± 20.5 và 46.2 ± 15.8 với giá trị p<0.001. Yếu tố phân loại cũng cho thấy ở giai đoạn càng cao thì tương ứng điểm số MDS-UPDRS càng cao, các đối tượng ở giai đoạn 4 có điểm số MDS-UPDRS cao nhất 86.3 ± 8.5 với p=0.008.

Bảng 6 Phương trình hồi quy đa biến giữa điểm trung bình MDS-UPDRS và các yếu tố liên quan

	MDS-UPDRS			
	Hệ số	KTC95%	Giá trị p	
Nhóm tuổi	0.453	-3.20421	4.111545	0.806
Tình trạng kinh tế	2.455	-1.132919	6.043348	0.178

Thời gian phát hiện bệnh Phân loại theo Hoehn và Yahr	-2.536 21.4	-6.410896 19.16746	1.338373 23.63289	0.197 <0.001
--	----------------	-----------------------	----------------------	---------------------------

Kết quả bảng 4 cho thấy mối liên quan mạnh giữa giai đoạn bệnh và điểm trung bình MDS-UPDRS với hệ số hồi quy 21.4, điều này rất phù hợp với đặc tính lâm sàng khi người bệnh Parkinson chuyển sang giai đoạn cao hơn thì điểm trung bình MDS-UPDRS càng tăng đồng nghĩa với mức độ vận động càng bị suy giảm. Các yếu tố khác trên phương trình hồi quy chưa cho thấy ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận được các nhóm đối tượng tuổi trên 60 tuổi có điểm MDS-UPDRS cao trên mức trung bình 53.4 (SD:18.9) điều này có nghĩa mức độ vận động của họ đang bị ảnh hưởng cho thấy sự tương đồng với nghiên cứu của Christopher G. Goetz và cộng sự [8] cũng ghi nhận trong nghiên cứu là 68.4 (32.8). Các nhóm đối tượng này cần thiết phải đánh giá chất lượng cuộc sống để có thể có các biện pháp can thiệp nhằm cải thiện các hoạt động sống hàng ngày. Khi độ tuổi tăng thì đồng nghĩa người bệnh Parkinson có thời gian mắc bệnh tăng theo, trong nghiên cứu chỉ rõ các đối tượng mắc bệnh trên 5 năm bị ảnh hưởng vận động nhiều hơn các đối tượng mắc bệnh dưới 5 năm, có sự chênh lệch điểm số MDS-UPDRS ở nhóm trên 5 năm là 62.2 (20.5) so với 46.2 (15.8). Một nghiên cứu của Trần Ngọc Tài và cộng sự [9] ghi nhận các đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trung bình 6 năm có điểm MDS-UPDRS trung bình là 36 (13.68), điều này chưa cho thấy sự tương đồng nhưng do các đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Tài lại có tuổi trung bình từ 42 – 47 nên nếu xét về giai đoạn thì tập trung nhiều trong giai đoạn 1 của bệnh nên mức độ ảnh hưởng chưa cao. Có sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê khi xem xét yếu tố phân loại giai đoạn bệnh, các đối tượng ở giai đoạn 4 có điểm số MDS-UPDRS rất cao so với các nhóm còn lại, cho thấy sự hạn chế rất lớn khi nhóm đối tượng này thực hiện các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày, cụ thể ở nhóm giai đoạn 4 có điểm 86.3 (8.5) gấp đôi so với nhóm đang ở giai đoạn 2 chỉ có 40.9 (5.7). Nhiều nghiên cứu khác cũng khẳng định ý nghĩa tương tự [10] khi đánh giá thang điểm trên các đối tượng thuộc giai đoạn 3 và 4 với mức điểm số trung bình đều trên 80 điểm [10-14]

Điểm mạnh của nghiên cứu là ghi nhận được các đối tượng có thời gian bệnh trên 5 năm và ở giai đoạn 4 của bệnh Parkinson có mức độ hoạt

động chức năng bị ảnh hưởng nhiều trong đó vấn đề nổi bật ở mất ổn định tư thế và các chức năng tinh vi của bàn tay. Nghiên cứu cũng cho điểm số cụ thể thang đo MDS-UPDRS để từ đó có thể so sánh sự thay đổi điểm số khi áp dụng một phương thức can thiệp trên các đối tượng. Điều này giúp cho các nhà lâm sàng có thể so sánh và lựa chọn phương pháp can thiệp tối ưu cho người bệnh.

Nghiên cứu có những mặt hạn chế khi số lượng đối tượng được đánh giá còn ít làm ảnh hưởng đến sức mạnh thống kê của nghiên cứu. Bên cạnh đó cần thiết phải đưa các chỉ số đo lường chất lượng cuộc sống của các đối tượng để có thể có biện pháp cải thiện phù hợp hơn trên thực tế.

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình MDS-UPDRS của các đối tượng nghiên cứu là $49,7 \pm 18,1$ cho thấy mức độ hoạt động chức năng của các đối tượng đang bị ảnh hưởng do bệnh lý Parkinson. Nhóm đối tượng có thời gian mắc bệnh trên 5 năm có điểm trung bình cao hơn so với nhóm mắc bệnh dưới 5 năm. Có mối quan hệ tương quan thuận giữa giai đoạn bệnh và điểm trung bình MDS-UPDRS khi nhóm đối tượng trong giai đoạn 4 có điểm số MDS-UPDRS cao gấp đôi 86.3 (8.5) so với nhóm ở giai đoạn 2 40.9 (5.7).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- N. T. B. Đào Thủy Dương**, "Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng," Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 505, p. 4, 2021.
- H. Deng, P. Wang, and J. Jankovic**, "The genetics of Parkinson disease," Ageing Res Rev, vol. 42, pp. 72-85, Mar 2018, doi: 10.1016/j.arr.2017.12.007.
- T. N. T. Lê Minh**, "Đặc điểm lâm sàng về chức năng vận động của bệnh Parkinson và phân độ chẩn đoán theo Hoehn and Yahr: Một khảo sát tiền cứu 32 trường hợp," Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, vol. 13, p. 7, 2009.
- T. N. Tran 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," Clin Park Relat Disord, vol. 5, p. 100118, 2021, doi: 10.1016/j.prdoa.2021.100118.
- M. J. Armstrong and M. S. Okun**, "Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review," JAMA, vol. 323, no. 6, pp. 548-560, Feb 11 2020, doi: 10.1001/jama.2019.22360.
- G. R. M. S. Cezar Thomas R. Suratos, et al**, "Quality of life and Parkinson's disease: Philippine translation and validation of the Parkinson's

- disease questionnaire," (in english), Journal of Clinical Neuroscience, vol. 54, p. 4, 2008.
7. **S. F. Christopher G. Goetz, et al**, "The MDS-sponsored Revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale," International Parkinson and Movement Disorder Society, 2008.
8. **U. N. L. H. Tai Ngoc Tran, 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, vol. 5, p. 5, 2021.
9. **A. J. Noyce et al**, "Meta-analysis of early nonmotor features and risk factors for Parkinson disease," Ann Neurol, vol. 72, no. 6, pp. 893-901, Dec 2012, doi: 10.1002/ana.23687.

THÁI ĐỘ VÀ KIẾN THỨC THỰC HÀNH VỀ BỆNH VÀNG DA SƠ SINH CỦA BÀ MẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC PHÚC YÊN NĂM 2022

Vũ Thị Ân¹, Phạm Thị Hằng¹, Phạm Thị Hiếu¹,
Trần Thị Nhi¹, Đỗ Thị Hồng Vĩnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng thái độ và kiến thức thực hành về bệnh vàng da sơ sinh của bà mẹ tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Phúc Yên năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả các bà mẹ có con dưới 28 ngày tuổi đang nằm theo dõi, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên, cỡ mẫu là 290. **Kết quả:** Thái độ đúng của bà mẹ về biến chứng gây bại não ở trẻ vàng da nặng chiếm 38,7%, kiến thức thực hành đúng về xử trí vàng da là đi khám ngay chiếm tỉ lệ 74,1%. **Kết luận:** Thái độ đúng về khả năng mắc vàng da của trẻ sơ sinh và con của bà mẹ khá cao chiếm tỉ lệ lần lượt là 62,1% và 85,9%. Kiến thức thực hành đúng về quan sát vàng da trong 2 tuần đầu và đưa con đi khám theo đề nghị của NVYT rất cao chiếm hơn 90%. **Từ khóa:** thái độ, kiến thức thực hành, vàng da, sơ sinh.

SUMMARY

ATTITUDE AND PRACTICAL KNOWLEDGE ABOUT NEWBORN JAUNDICE OF MOTHERS AT PHUC YEN REGIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objective: Assess the current status of attitudes and practical knowledge about neonatal jaundice of mothers at Phuc Yen Regional General Hospital in 2022. **Subjects and research methods:** All mothers have Children under 28 days old are being monitored and treated at Phuc Yen Regional General Hospital, sample size is 290. **Results:** Mothers' correct attitudes about complications causing cerebral palsy in children with severe jaundice account for 38,000. 7%, the correct knowledge and practice of treating jaundice is to see a doctor immediately, accounting for 74.1%. **Conclusion:** The correct attitude about the possibility of jaundice in newborn children and their mothers'

children is quite high, accounting for 62.1% and 85.9%, respectively. Correct practical knowledge of observing jaundice in the first 2 weeks and taking children for examination as recommended by health workers is very high, accounting for more than 90%.

Keywords: attitude, practical knowledge, jaundice, newborn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý vàng da sơ sinh đã được các nhà khoa học nghiên cứu từ lâu. Năm 1473, Metlinger là người đầu tiên ghi nhận vàng da ở trẻ sơ sinh và đến những năm 60 của thế kỷ trước, những hiểu biết này đã đạt nhiều tiến bộ đáng kể, xây dựng nền tảng cho sinh lý bệnh và điều trị hiện nay [4]. Ở trẻ SS, khi bilirubin toàn phần >7mg%, triệu chứng vàng da sẽ xuất hiện. Nồng độ bilirubin toàn phần trong máu tại một thời điểm là kết quả của lượng bilirubin được tạo ra trừ đi phần đã thải loại dưới dạng liên hợp. Khi 2 quá trình này cân bằng, lượng bilirubin trong máu ở mức an toàn, da trẻ vàng vừa và vàng da được gọi là sinh lý. Ngược lại, bilirubin được sản xuất quá nhiều so với lượng được đào thải, bilirubin trong máu sẽ tăng cao và gây vàng da nặng. Hiếm hơn nữa, bilirubin tự do trong máu tăng quá cao lắng đọng vào mô não và gây bệnh lý não do bilirubin bất hồi phục. Bệnh lý não do bilirubin không chỉ là một trong những bệnh lý tổn kém nhất, mà còn là nỗi đau khổ và gánh nặng cho gia đình và bản thân trẻ [5],[6]. Cha mẹ có vai trò quan trọng trong việc phát hiện vàng da ở trẻ sơ sinh. Một số nghiên cứu cho biết có khoảng trống về thái độ và thực hành của cha mẹ về bệnh vàng da sơ sinh ở các nước thu nhập thấp và trung bình [7].

Theo nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa khu vực Phúc Yên chiếm 40,9% trong mô hình bệnh tật của khoa, một nửa trong số này là những trẻ mới nhập viện và số trẻ vàng da nặng chủ yếu

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ân

Email: envudieuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024