

Kenji Fujimoto và cộng sự ở 310 bệnh nhân viêm gan C mạn, nghiên cứu cũng cho thấy có mối tương quan đồng biến cao giữa chỉ số LFI với các giai đoạn xơ hóa gan với  $r = 0.68$  [4].

Kỹ thuật RTE là kỹ thuật mới, trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu như đối với kỹ thuật Fibroscan, và trong nước hiện tại chưa có nghiên cứu nào về kỹ thuật này. Chính vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi đóng góp những nhận xét ban đầu về giá trị của RTE đối với việc đánh giá độ xơ hóa gan, có đối chiếu với bảng phân loại Metavir trên mô bệnh học.

Ở nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào xơ hóa gan ở giai đoạn F2, do vậy chúng tôi không xác định được điểm cut off của LFI đối với giai đoạn này. Đây cũng là một hạn chế của đề tài, do thời gian nghiên cứu ngắn, số lượng bệnh nhân nghiên cứu ít, để có thể đưa ra được kết quả đầy đủ, rõ ràng hơn chúng tôi cần mở rộng đề tài, phát triển thêm số lượng bệnh nhân nhiều hơn. Giá trị ngưỡng của LFI đối với giai đoạn F $\geq$ 3 là 2.41 với diện tích dưới đường cong là 0.714, độ nhạy 100% độ đặc hiệu 70.8%. Giá trị ngưỡng của LFI đối với giai đoạn F4 là 2.87, diện tích dưới đường cong là 0.994, độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 96%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Fujimoto, Ferraioli [5, 6], chỉ số LFI và chỉ số Fibroscan có mối tương quan đồng biến khá chặt chẽ ( $r=0,6397>0$ ,  $p<0,001$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số LFI và chỉ số Fibroscan đều có giá trị trong chẩn đoán xơ gan với AUROC tương ứng là 0.994 và 0.908. Tuy nhiên, Fibroscan có một số hạn chế như không chính xác ở bệnh nhân béo phì, bệnh nhân cổ trướng, hay các bệnh nhân có khoang liên sườn

hẹp, trong khi RTE có thể khắc phục được những nhược điểm này, do vậy RTE hứa hẹn là một kỹ thuật mới để đánh giá độ xơ hóa gan trong tương lai, có thể thay thế cho Fibroscan.

## V. KẾT LUẬN

Fibroscan là kỹ thuật Elastography được ứng dụng và nghiên cứu nhiều trên thế giới, đã được chứng minh giá trị trong chẩn đoán mức độ xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan mạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy, cả kỹ thuật RTE và kỹ thuật Fibroscan đều có giá trị cao trong chẩn đoán mức độ xơ hóa gan

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Long và cs, đánh giá đáp ứng điều trị viêm gan virus B mạn tính có HBeAg(+) và HBeAg(-) bằng entecavir. Đại học Y Hà Nội, 2012. luận án tiến sỹ y học.
2. Thàng, H.T., Sinh thiết gan; Bệnh tiêu hóa - gan mật. 2002: Nhà xuất bản Y học.
3. MD Fankun Meng, M.Y.Z., MD Qi Zhang và et al, Noninvasive Evaluation of Liver Fibrosis Using Real-time Tissue Elastography and Transient Elastography (FibroScan). J Ultrasound Med, 2015. 34: p. 403-410 |0278-4297 |www.aium.org.
4. Kenji Fujimoto, M.K., Akiko Tonomura et al, Non-invasive evaluation method of the Liver fibrosis using Real time tissue Elastography - Usefulness of Judgment liver fibrosis stage by liver fibrosis index (LF index). Kanzo, 2010: p. 51:539- 541.
5. Fujimoto, K.M., Kudo M et al, Novel Image analysis method using ultrasound elastography for noninvasive evaluation of hepatic fibrosis in patient with chronic hepatitis C. Oncology, 2013. 84 Suppl 1: p. 3- 12.
6. Ferraioli G, T.C., Malfitano A et al, Performance of Real time strain elastography, transient elastography, and aspartate to platelet ratio index in the assessment of liver fibrosis in chronic hepatitis C. AJR Am J Roentgenol, 2012. 199: p. 19-25.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN PARKINSON THỂ CỨNG

Đào Thùy Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Bình<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và chất lượng

cuộc sống (Quality of Life – QoL) của bệnh nhân Parkinson thể cứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân Parkinson thể cứng tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 08 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021, chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não hội Parkinson Vương quốc Anh (UKPDSBB/United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank), tiêu chuẩn thể cứng theo Thang điểm đánh giá bệnh nhân Parkinson (UPDRS), chất lượng cuộc sống bệnh nhân theo Thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson PDQ-39 (Parkinson's Disease Questionnaire). **Kết quả:** Tuổi

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thùy Dương

Email: duongbin.92@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.7.2021

Ngày duyệt bài: 6.8.2021

trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,3±8, tỉ lệ nam 56,7% và nữ là 43,3%. Giảm vận động là triệu chứng khởi phát về vận động thường gặp nhất (93,3%), khởi phát ngoài vận động thường gặp là đau vai gáy (56,7%) và rối loạn giấc ngủ (43,3%). Đối tượng nghiên cứu thuộc giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất là 40%. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng ở lĩnh vực khả năng đi lại và hoạt động hằng ngày bị ảnh hưởng nhiều nhất với điểm trung bình theo PDQ-39 là 46,0±30,0 và 49,4±30,5. Nhóm bệnh nhân ở giai đoạn trung bình - nặng (giai đoạn III,IV,V), nhóm có thời gian mắc bệnh trên 5 năm hoặc những bệnh nhân trên 60 tuổi đều có chất lượng cuộc sống tồi tệ hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng bị ảnh hưởng nhiều, vì vậy rất cần sự quan tâm, chăm sóc toàn diện từ đội ngũ y tế và gia đình.

**Từ khóa:** Bệnh Parkinson, thể cứng, chất lượng cuộc sống.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN AKINETIC-RIGID OF PARKINSON'S DISEASE

**Objective:** Describe clinical characteristics and quality of life (Quality of Life - QoL) in Akinetic-rigid (AR) subtype of Parkinson's disease. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study on 60 patients with AR subtype of Parkinson disease at the National Geriatric Hospital from August 2020 to June 2021, diagnosed with Parkinson's disease according to the criteria of the UK Parkinson's Disease Society Brain Bank (UKPDSBB/United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank), Akinetic-rigid (AR) subtype according to the Parkinson's Disease Assessment Scale (UPDRS), assess the quality of life of patients according to the Parkinson's Quality of Life Scale PDQ-39. **Results:** The average age of the study subjects was 68.3±8, the ratio of men and women were 56,7% and 43,4%. The most common motor onset symptom was bradykinesia (93,3%), the most common non-motor onset were shoulder pain (56,7%) and sleep disorders (43,3%). Research subjects in phase III accounted for the highest rate of 40%. Quality of life in AR subtype of Parkinson disease in Mobility and Activities of daily living (ADL) was most affected with the mean score according to PDQ-39 (46,0±30,0 và 49,4±30,5). In the study, the group of patients in moderate-severe stage (stage III, IV, V) or group with disease duration of more than 5 years or patients with over 60 years old all had worse quality of life compared with other groups. These differences are statistically significant with  $p < 0,05$ . **Conclusion:** The quality of life of AR patients with Parkinson's disease is greatly affected, so it's necessary for comprehensive care and attention from the medical team and family.

**Keywords:** Parkinson's disease, akinetic-rigid subtype, quality of life.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là bệnh thoái hóa thần kinh hay gặp ở người cao tuổi, có xu hướng tăng dần

theo tuổi. Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân Parkinson thể cứng có tình trạng suy giảm nhận thức nhiều và tiên lượng bệnh xấu hơn so với thể run và thể hỗn hợp<sup>1</sup>. Khi các triệu chứng vận động tiến triển, bệnh nhân dễ ngã, khó khăn khi đi lại, tăng nguy cơ chấn thương và hạn chế thực hiện các hoạt động hằng ngày, ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống. Vì vậy, bệnh nhân Parkinson thể cứng đòi hỏi sự hỗ trợ sớm và toàn diện hơn.

Các thang điểm đo lường chất lượng cuộc sống là các công cụ quan trọng để định lượng tác động của bệnh mãn tính. Sự ảnh hưởng của bệnh Parkinson thể cứng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong nhiều nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống tồi tệ hơn ở nhóm bệnh nhân thể cứng trên 60 tuổi, bệnh nhân ở giai đoạn muộn của bệnh và nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của từng thể bệnh, tuy nhiên tại Việt Nam các nghiên cứu này còn chưa có nhiều, đặc biệt là thể cứng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng. Kết quả của nghiên cứu là cơ sở ban đầu để tìm các biện pháp nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, giảm gánh nặng người chăm sóc và xã hội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 60 bệnh nhân chẩn đoán bệnh Parkinson thể cứng được khám và điều trị tại Khoa Thần kinh và bệnh Alzheimer Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 08 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021.

**2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh Parkinson thể cứng:** chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn Ngân hàng não Hội Parkinson Vương Quốc (UKPDSBB/United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank), tiêu chuẩn chẩn đoán thể cứng với tỷ lệ  $\leq 0,8$  theo Thang điểm đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS)

**3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu 60 bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân được hỏi và khám theo mẫu bệnh án thông nhất gồm khám nội khoa tổng quát, khám thần kinh, xác định giai đoạn bệnh theo phân loại Hoehn và Yahr, thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson PDQ-39.

**4. Xử lý số liệu:** theo phần mềm SPSS 16.0. So sánh dựa vào test t-student, với  $p < 0,05$  được cho là có ý nghĩa.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,3±8,4tuổi, thấp nhất là 52 tuổi, cao nhất là 84 tuổi. 80% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên. Tỷ lệ nữ chiếm 56,7% cao hơn so với nam giới 43,3%.

**Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=60)**

Đặc điểm lâm sàng chung	SL(n)	TL(%)	
<b>Các triệu chứng vận động khởi phát</b>			
Giảm vận động	56	93,3	
Tăng trương lực cơ ngoại tháp	51	85,0	
Mất ổn định tư thế, dáng đi	48	80,0	
<b>Các triệu chứng ngoài vận động khởi phát</b>			
Mệt mỏi	23	38,3	
Đau vai gáy	34	56,7	
Rối loạn giấc ngủ	26	43,3	
Rối loạn cảm giác	8	13,3	
Rối loạn tiểu tiện	12	20,0	
Rối loạn thần kinh tự động	1	5,0	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	30	50,0
	≥ 5 năm	30	50,0
Thời gian mắc bệnh trung bình (Min-Max)	5,5±4,5(1-20)		
Giai đoạn bệnh theo Hoehn và Yahr	I	13	21,7
	II	10	16,7
	III	24	40,0
	IV	6	10,0
	V	7	11,7

**Nhận xét:** Triệu chứng vận động có tỷ lệ khởi phát cao hơn, trong đó giảm vận động là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất với 93,3%, tiếp theo căng cứng, tăng trương lực cơ ngoại tháp chiếm 85%. Giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất là 40%, tiếp theo là giai đoạn I với 21,7%.

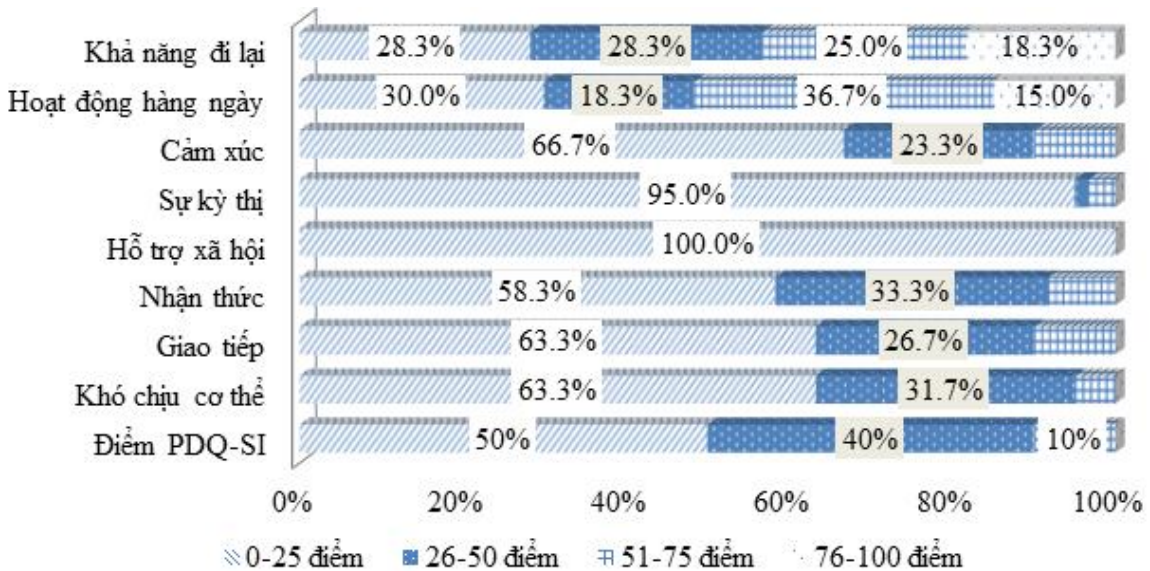
**2. Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu và yếu tố liên quan**

**2.1 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng**

**Bảng 2: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng theo thang điểm PDQ-39 (N=60)**

Thang điểm PDQ-39	TB±ĐLC	Min	Max
Khả năng đi lại	46,0±30,0	0	100
Hoạt động hàng ngày	49,4±30,5	0	100
Cảm xúc	23,5±19,8	0	75
Dấu hiệu bệnh	12,5±14,3	0	75
Hỗ trợ xã hội	1,5±5,2	0	25
Nhận thức	25,6±17,3	0	69
Giao tiếp	24,7±22,2	0	75
Khó chịu cơ thể	24,9±15,5	0	75
PDQ-SI	26,0±16,6	1	62

**Nhận xét:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của nhóm đối tượng nghiên cứu là 26,0±16,6. Điểm trung bình khả năng đi lại và hoạt động sống là cao nhất lần lượt là 46,0±30,0 và 49,4 ± 30,5. Lĩnh vực hỗ trợ xã hội có điểm trung bình thấp nhất là 1,5±5,2.



**Biểu đồ 1: Chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson thể cứng theo thang điểm PDQ-39.**

**Nhận xét:** Lĩnh vực hoạt động hằng ngày có tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm từ 51-75 điểm là cao nhất chiếm 36,7%, lĩnh vực khả năng đi lại có tỷ lệ đối tượng 76-100 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng 18,3%. Lĩnh vực có tỷ lệ 100% đối tượng đạt điểm từ 0-25 điểm là mục hỗ trợ xã hội.

## 2.2 Một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm thể cứng và chất lượng của bệnh nhân Parkinson thể cứng.

**Bảng 3: Yếu tố liên quan của đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm PDQ-39 (N=60)**

Đặc điểm lâm sàng		Điểm trung bình QoL theo thang điểm PDQ-39	p
Nhóm tuổi	≤60 tuổi (n=12)	16,2±17,7	0,02
	>60 tuổi (n=48)	28,5±15,5	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm (n=30)	17,3±14,3	<0,01
	≥ 5 năm (n=30)	34,7±14,2	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn nhẹ (n=23) (Giai đoạn I, II)	13,6±12,3	<0,01
	Giai đoạn trung bình – nặng (n=37) (Giai đoạn III, IV, V)	33,7±14,1	

**Nhận xét:** Điểm trung bình ở 8 mục trong thang điểm đánh giá chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi (28,5±15,5) cao hơn nhóm tuổi dưới ≤60 tuổi (16,2±17,7), với p =0,02. Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên có điểm trung bình QoL (34,7±14,2), cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 5 năm (17,3±14,3) với p<0,01. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống PDQ-39 ở nhóm bệnh nhân giai đoạn trung bình - nặng là 33,7±14,1, cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân giai đoạn nhẹ (13,6±12,3). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

## IV. BÀN LUẬN

**2. Đặc điểm lâm sàng chung của nhóm nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi trên 60 bệnh nhân Parkinson thể cứng có độ tuổi trung bình là 68,3±8,4 tuổi, thấp nhất là 52 tuổi và cao nhất là 84 tuổi. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi từ 60-69 tuổi là 40%, độ tuổi ≥70 tuổi là 40%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Choi Seong-Min (2021), tuổi trung bình của nhóm thể cứng là 66,8±8,9 tuổi<sup>2</sup>. Bệnh Parkinson thường khởi phát trên 60 tuổi, hiếm gặp ở người dưới 40 tuổi<sup>3</sup>. Chúng tôi thấy tỷ lệ nam nữ trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 43,3% và 56,7%, gần tương đương nhau, tức là không có sự khác biệt về giới tính trong nghiên cứu. Theo tác giả Lê Quang Cường, không có sự khác nhau giữa tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ<sup>4</sup> ở bệnh nhân Parkinson.

Phần lớn triệu chứng vận động có tỷ lệ khởi phát cao hơn, trong đó giảm vận động là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất với 93,3%, tiếp theo là triệu chứng tăng trương lực cơ ngoại tháp chiếm 85%, mất ổn định tư thế, dáng đi chiếm 80%. Đau vai gáy và rối loạn giấc ngủ là triệu chứng ngoài vận động khởi phát thường gặp có tỷ lệ lần lượt là 56,7% và 43,3%. Nghiên

cứ của tác giả Shalsah và cộng sự (2021) đã nhận thấy các triệu chứng ngoài vận động như rối loạn tiêu hóa, rối loạn tiểu tiện và trầm cảm trên nhóm bệnh nhân thể cứng hay gặp hơn và tồi tệ hơn đáng kể so với nhóm khác trong cùng nghiên cứu<sup>5</sup>.

Thời gian mắc bệnh trung bình là 5,5±4,5 năm. Có 50% đối tượng mắc bệnh Parkinson từ 5 năm trở lên. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất là 40%, tiếp theo là giai đoạn I với 21,7%. Hai giai đoạn nặng là giai đoạn IV, V lần lượt có tỷ lệ 10% và 11,7%. Thể cứng thường tiến triển nhanh tới giai đoạn IV, V hơn so với hai thể còn lại<sup>6</sup>. Khi bệnh tiến triển từ giai đoạn nhẹ (giai đoạn I,II) đến giai đoạn trung bình tới nặng (giai đoạn III, IV, V), đáp ứng với điều trị thu hẹp lại với thời gian tắt đáng kể, tăng các rối loạn vận động và sự phát triển của các đặc điểm vận động và ngoài vận động không đáp ứng hoặc không thể đoán trước được của Levodopa<sup>7</sup>. Điều này, dẫn đến chất lượng cuộc sống tồi tệ, tăng nguy cơ tàn phế và tử vong của bệnh Parkinson. Hiện nay vẫn chưa tìm ra được phương pháp điều trị làm chậm quá trình thoái hóa tiến triển của bệnh.

**3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng theo thang điểm PDQ-39 và các yếu tố liên quan.** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng bị chi phối bởi cả nhóm triệu chứng vận động và ngoài vận động. Trong giai đoạn đầu, chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng rõ ràng nhất thường liên quan đến triệu chứng vận động, đây cũng là nhóm triệu chứng gây tàn tật đối với bệnh nhân, xuất hiện suốt quá trình diễn biến của bệnh. Giai đoạn sau đó, có sự phối hợp thêm của các triệu chứng ngoài vận động như triệu chứng đau, rối loạn giấc ngủ, suy giảm nhận thức và hành vi... Các vấn đề này đều tác động đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng.

Trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành phân loại tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm PDQ-39 liên quan đến 8 mục tương ứng với 8 lĩnh vực trong cuộc sống hằng ngày của bệnh nhân. Các mục của thang điểm trên theo các mức độ: 0-25 điểm, 26-50 điểm, 51-75 điểm, 76-100 điểm. Trong đó 0 điểm tương ứng với chất lượng cuộc sống tuyệt vời nhất, 100 điểm tương ứng với cuộc sống tồi tệ nhất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 50% đối tượng nghiên cứu có tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm PDQ-39 trong khoảng 0-25 điểm, khoảng 26-50 điểm chiếm 40%. Không có đối tượng nào có tổng điểm chất lượng cuộc sống từ 76-100 điểm. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng bị tác động nhiều trong lĩnh vực khả năng đi lại và hoạt động hằng ngày. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm từ 51-75 điểm và 76-100 điểm ở 2 mục là khả năng đi lại và hoạt động sống hằng ngày là cao nhất. Mục hỗ trợ xã hội và sự kỳ thị có tỷ lệ đối tượng từ 0-25 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 100% và 95%. Điểm trung bình khả năng đi lại và hoạt động sống là cao nhất lần lượt là  $46,0 \pm 30,0$  và  $49,4 \pm 30,5$ . Điều này chứng tỏ ảnh hưởng của thể cứng đến mục khả năng đi lại và hoạt động sống hằng ngày là rất lớn, trong khi đó thể cứng gần như không ảnh hưởng đến sự hỗ trợ xã hội và sự kỳ thị. Nghiên cứu của Crispin Jenkinson và cộng sự cũng cho thấy bệnh tật ảnh hưởng nhiều đến sự đi lại và hoạt động hằng ngày<sup>8</sup>.

Theo kết quả nghiên cứu, tổng điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo thang điểm PDQ-39 những người có tuổi từ 60 trở lên là  $28,5 \pm 15,5$ , cao hơn so với những người có tuổi dưới 60 tuổi ( $16,2 \pm 17,7$ ). Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên (điểm trung bình QoL  $34,7 \pm 14,2$ ) có chất lượng cuộc sống tồi tệ hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân dưới 5 năm (điểm trung bình QoL  $17,3 \pm 14,3$ ). Đặc biệt với khoảng thời gian trên 10 năm, diễn biến bệnh tăng dần kèm theo suy giảm về thể chất và tinh thần, làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng gánh nặng cho người chăm sóc. Điểm trung bình chất lượng cuộc sống PDQ-39 ở nhóm bệnh nhân giai đoạn trung bình – nặng là  $33,7 \pm 14,1$ , cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân giai đoạn nhẹ  $13,6 \pm 12,3$ . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có bao gồm cả bệnh nhân nội trú và ngoại trú, nhóm bệnh nhân nội trú thường là ở giai đoạn 4-5 của bệnh, thời gian mắc bệnh từ 10 đến 15 năm, bệnh nhân đáp ứng kém với liệu pháp điều trị, thường kèm theo các rối loạn vận động như dao động vận động, do đó chất lượng cuộc sống trở nên trầm trọng và phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc. Nghiên cứu của tác giả Anette Schrag và cộng sự cũng nhận thấy thể cứng có điểm chất lượng cuộc sống tồi tệ hơn thể run và thể điển hình<sup>9</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Trong các lĩnh vực của chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson thể cứng, mục khả năng đi lại và hoạt động hằng ngày của bệnh nhân chịu ảnh hưởng nhiều nhất. Bệnh nhân có thời gian bị bệnh trên 5 năm có điểm chất lượng cuộc sống tồi tệ hơn so với bệnh nhân dưới 5 năm. Điểm chất lượng cuộc sống kém hơn ở những bệnh nhân giai đoạn III, IV, V và những bệnh nhân trên 60 tuổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jankovic J, Kapadia AS.** Functional decline in Parkinson disease. Arch Neurol. Oct 2001; 58(10):1611-5. doi:10.1001/archneur.58.10.1611
2. **Choi SM, Kim BC, Cho BH, et al.** Comparison of two motor subtype classifications in de novo Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord. Sep 2018;54:74-78. doi:10.1016/j.parkreldis.2018.04.021
3. **Lê Đức Hình.** Bệnh Parkinson. Nhà xuất bản Y học; 2008.
4. **Lê Quang Cường.** Bệnh và hội chứng Parkinson. Nhà xuất bản Y học; 2002.
5. **Shalash AS, Hamid E, Elrassas H, et al.** Non-motor symptoms in essential tremor, akinetic rigid and tremor-dominant subtypes of Parkinson's disease. PLoS One. 2021;16(1):e0245918. doi:10.1371/journal.pone.0245918
6. **Rajput AH, Voll A, Rajput ML, Robinson CA, Rajput A.** Course in Parkinson disease subtypes: A 39-year clinicopathologic study. Neurology. Jul 21 2009;73(3):206-12. doi:10.1212/WNL.0b013e3181ae7af1
7. **Jenner P.** Treatment of the later stages of Parkinson's disease - pharmacological approaches now and in the future. Transl Neurodegener. 2015;4:3. doi:10.1186/2047-9158-4-3
8. **Jenkinson C, Heffernan C, Doll H, Fitzpatrick R.** The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): evidence for a method of imputing missing data. Age Ageing. Sep 2006;35(5):497-502. doi:10.1093/ageing/af1055
9. **Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N.** What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? J Neurol Neurosurg Psychiatry. Sep 2000;69(3):308-12. doi:10.1136/jnnp.69.3.308