

TRIỆU CHỨNG ĐAU Ở BỆNH NHÂN PARKINSON KHỞI PHÁT SỚM: TẦN SUẤT, ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đặng Thị Huyền Thương¹, Nguyễn Mạnh Tuấn², Hà Ngọc Lê Uyên¹, Võ Ngọc Chung Khang¹,
Trần Ngọc Tài¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau là một triệu chứng ngoài vận động thường gặp ở bệnh nhân Parkinson nhưng thường không được nhận biết và điều trị đầy đủ. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào về đau ở phân nhóm bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm.

Mục tiêu: Xác định tần suất, độ nặng của triệu chứng đau, các loại đau và các yếu tố liên quan đến triệu chứng đau ở phân nhóm bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 89 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson khởi phát sớm theo tiêu chuẩn của MDS 2015, tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ tháng 11/2019 đến tháng 06/2020.

Kết quả: 74,2% bệnh nhân có triệu chứng đau. Điểm KPPS (the King's Parkinson's Disease Pain Scale) trung bình là $10,78 \pm 14,20$ (0-69). Đau cơ xương là loại đau phổ biến nhất (49,4%), theo sau đó là đau rễ thần kinh (31,5%). Điểm MDS-UPDRS phần III cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau. Điểm KPPS tổng cộng không liên quan đến độ nặng của bệnh nhưng độ nặng của đau ban đêm và đau rễ thần kinh cao hơn ở nhóm bệnh nhân giai đoạn trung bình - nặng. Nghiên cứu ghi nhận mối tương quan trung bình giữa điểm NMSS phần mệt mỏi/giấc ngủ với điểm KPPS.

Kết luận: Đau là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm. Các rối loạn về giấc ngủ và sự mệt mỏi liên quan đến độ nặng của đau.

Từ khóa: đau trong bệnh Parkinson, bệnh Parkinson

ABSTRACT

PAIN IN YOUNG ONSET PARKINSON'S DISEASE: PREVALENCE, CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS

Dang Thi Huyen Thuong, Nguyen Manh Tuan, Ha Ngoc Le Uyen, Vo Ngoc Chung Khang,
Tran Ngoc Tai * Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 129 - 135

Background: Pain is the common non-motor symptom of Parkinson disease but it is frequently under-recognized and is often inadequately treated. No study assessing pain is performed in young onset Parkinson's disease subgroup.

Objectives: To determine the prevalence of pain, pain intensity, pain types, and associated factors in patients with young onset Parkinson's disease (YOPD).

Methods: This is a cross-sectional study on 89 subjects with the diagnosis of young onset Parkinson's disease according to MDS's criteria in 2015, at University Medical Center of Ho Chi Minh city from November 2019 to June 2020.

Results: The percentage of patients having at least one type of pain was 74.2%. The mean KPPS (the King's

¹Khoa Thần kinh, BV Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²BM Thần kinh, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Đặng Thị Huyền Thương ĐT: 0907587738 Email: thuong.dth@umc.edu.vn

Parkinson's Disease Pain Scale) score was 10.78 ± 14.20 (range 0-69). Musculoskeletal pain was the most common type (49.4%), followed by radicular pain (31.5%). MDS-UPDRS part III is significantly higher ($p=0.02$) in patients with pain. KPPS total score was not related to the disease severity but nocturnal pain and radicular pain increased in moderate-advanced stage. We noted moderate correlations between NMSS sleep/fatigue domain score with the KPPS score.

Conclusion: Pain is a frequent problem in YOPD patients. Sleep/fatigue disturbances are related to the pain severity in YOPD.

Keywords: Parkinson's disease, pain in Parkinson's disease

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một trong số các triệu chứng ngoài vận động phổ biến nhất của bệnh Parkinson, với tỉ lệ hiện mắc được ghi nhận trong các nghiên cứu là 40% đến 85%^(1,2,3). Triệu chứng đau gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nhưng thường không được nhận biết và điều trị đầy đủ. Các yếu tố liên quan đến triệu chứng đau không đồng nhất trong các nghiên cứu. Một số nghiên cứu ghi nhận giới tính, biến chứng vận động, mất ổn định tư thế và rối loạn dáng đi, trầm cảm, mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ có liên quan đến triệu chứng đau^(4,5,6). Có nhiều thang điểm được sử dụng để nhận biết và phân loại đau ở bệnh nhân Parkinson, tuy nhiên thang điểm KPPS mới được đưa ra gần đây là thang điểm đầu tiên chuyên biệt cho đánh giá đau trong bệnh Parkinson. Có nhiều nghiên cứu trên thế giới đánh giá đau ở bệnh nhân Parkinson, tuy nhiên chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu nào khảo sát đau ở phân nhóm bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm. Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tần suất của triệu chứng đau và các yếu tố liên quan đến triệu chứng đau dựa theo thang điểm đánh giá đau KPPS ở phân nhóm bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tuổi khởi bệnh 21-40 tuổi. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của MDS-2015 từ tháng 11 năm 2019 đến hết tháng 6 năm 2020, tại phòng khám Bệnh Parkinson và rối loạn vận động, Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. Triệu chứng cần phải có để chẩn đoán bệnh Parkinson theo MDS-2015 là chậm cử

động và ít nhất một trong hai triệu chứng run khi nghỉ, đơ cứng⁽⁷⁾.

Tiêu chuẩn loại ra

Điểm MMSE (Mini-Mental State Examination) ≤ 23 ⁽⁸⁾.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Biến số nghiên cứu

Thang điểm KPPS được sử dụng để đánh giá triệu chứng đau⁽⁹⁾. Thang điểm này bao gồm 07 loại đau được ghi nhận ở bệnh nhân Parkinson là: đau cơ xương, đau rễ thần kinh, đau ban đêm, đau mạn tính, đau liên quan đến dao động vận động, đau do phù hoặc sưng và đau miệng mặt. Điểm của mỗi loại đau được tính bằng cách nhân tần suất đau (0-3) với độ nặng của đau (0-4); điểm tối đa của mỗi loại đau là 12 điểm. Điểm KPPS tổng cộng là tổng điểm của 07 loại đau (0-84 điểm). Người bệnh được xác định là có triệu chứng đau nếu có ít nhất một loại đau. Thang điểm MDS-UPDRS phần III và phần IV (Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale) giúp đánh giá các triệu chứng vận động và biến chứng vận động, thang điểm NMSS (Non-Motor Symptoms Scale) giúp đánh giá các triệu chứng ngoài vận động và thang điểm trầm cảm BECK (Beck Depression Inventory) được sử dụng để đánh giá mức độ trầm cảm của người bệnh^(10,11,12).

Thu thập và xử lý dữ liệu

Các dữ liệu được thu thập là tuổi, tuổi khởi bệnh, giới, thời gian bệnh, triệu chứng, thuốc điều trị, và tình trạng biến chứng vận động.

Các biến định tính bao gồm giới tính, giai đoạn bệnh (chia thành giai đoạn bệnh nhẹ và giai đoạn bệnh trung bình - nặng), điều trị levodopa, điều trị đồng vận dopamine và sự hiện diện của biến chứng vận động được phân tích dựa vào phép kiểm chi bình phương. Các biến định lượng bao gồm tuổi, tuổi khởi bệnh, thời gian bệnh, điểm MDS-UPDRS, NMSS, KPPS, BECK được phân tích dựa vào phép kiểm student. Hệ số tương quan hạng Spearman giữa điểm KPPS tổng cộng với các biến được phân tích. Đối với phân tích tương quan phần NMSS, mục đau được loại ra để tránh gây nhiễu. Phân tích hồi qui đa biến được tiến hành để đánh giá hệ số tương quan hiệu chỉnh.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 744/, ký ngày 12 tháng 12 năm 2019.

KẾT QUẢ

Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Có 89 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với 52,8% nam và 47,2% nữ. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 42,15 ± 5,84 tuổi, tuổi khởi bệnh trung bình là 35,46 ± 3,96 tuổi (24-40 tuổi) và thời gian bệnh trung bình là 6,68 ± 4,48 năm. Điểm MDS-UPDRS phần III trung bình là 36 ± 13,7. 34,8 % bệnh nhân ở giai đoạn bệnh nhẹ (giai đoạn Hoehn & Yarh 1 hoặc 2), 65,2 % bệnh nhân ở giai đoạn bệnh trung bình - nặng (giai đoạn Hoehn & Yarh ≥3). Tất cả các bệnh nhân đều đang được điều trị với các thuốc dopaminergic (91% có uống levodopa và 95,5% có uống đồng vận dopamine). 85,4% bệnh nhân có dao động vận động và 30,3% bệnh nhân có loạn động

Tần suất đau, độ nặng của đau và các loại đau

74,2% bệnh nhân có ít nhất một loại đau. Tần suất bệnh nhân có 01 loại, 02 loại, 03 loại và trên 4 loại đau lần lượt là 21,3%, 21,3%, 13,5% và 17,9%. Đau cơ xương phổ biến nhất (49,4%), tiếp theo đó là đau rễ thần kinh (31,5%), đau ban đêm (30,3%), đau mạn tính (28,1%), đau liên

quan đến dao động vận động (21,3%), đau do sưng hoặc phù (18%) và đau miệng mặt (11,2%) (Bảng 1). Điểm KPPS trung bình của mẫu nghiên cứu là 10,78 ± 14,20 (0-69).

Các yếu tố liên quan đến đau

Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau ở nhóm giai đoạn nhẹ và nhóm giai đoạn trung bình - nặng lần lượt là 67,7% và 79,3%. Phép kiểm chi bình phương ghi nhận không có mối liên quan giữa tần suất đau và giai đoạn bệnh (p=0,2). Bảng 1 mô tả sự phân bố của các loại đau dựa theo giai đoạn bệnh. Không có sự khác biệt về tần suất của từng loại đau theo giai đoạn bệnh.

Điểm KPPS trung bình của nhóm giai đoạn nhẹ là 7,5 ± 12,4 và điểm KPPS trung bình của nhóm giai đoạn trung bình-nặng là 12,5 ± 14,9. Phân tích student ghi nhận không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm KPPS và giai đoạn bệnh (p=0,11). Bảng 3 mô tả điểm KPPS của mỗi loại đau và so sánh điểm KPPS trung bình theo giai đoạn bệnh. Điểm KPPS của đau ban đêm (p=0,01) và đau rễ thần kinh (p=0,01) khác biệt có ý nghĩa thống kê theo giai đoạn bệnh.

Bảng 1: Tần suất các loại đau của mẫu nghiên cứu chung và so sánh tần suất các loại đau theo độ nặng của bệnh

Các loại đau	Tần suất các loại đau			P
	Tất cả bệnh nhân, n=89	HY 1-2: Nhẹ, n=31	HZ ≥3: Trung bình-nặng, n=58	
Đau cơ xương	49,4 %	54,8%	46,6%	0,46
Đau mạn tính	28,1%	29,0%	27,6%	0,89
Đau liên quan đến dao động vận động	21,3%	12,9%	25,8%	0,16
Đau ban đêm	30,3%	19,4%	32,6%	0,18
Đau miệng mặt	11,2%	9,7%	12,1%	0,73
Đau do sưng hoặc phù	18,0%	19,4%	17,2%	0,81
Đau rễ thần kinh	31,5%	19,4%	37,9%	0,72

Bảng 2: So sánh tần suất các loại đau theo giới tính

Các loại đau	Tần suất các loại đau theo giới tính		P
	Nam, n=47	Nữ, n=42	
Đau cơ xương	51,1%	47,6%	0,8
Đau mạn tính	27,7%	37,5%	0,9
Đau liên quan đến dao động vận động	25,5%	16,7%	0,3

Các loại đau	Tần suất các loại đau theo giới tính		P
	Nam, n=47	Nữ, n=42	
Đau ban đêm	31,9%	23,8%	0,4
Đau miệng mặt	10,6%	11,9%	0,9
Đau do sưng hoặc phù	21,3%	14,3%	0,2
Đau rễ thần kinh	36,2%	26,2%	0,3

Bảng 4 so sánh các đặc điểm ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau và nhóm bệnh nhân không có triệu chứng đau. Phân tích chi bình phương và student ghi nhận không có sự khác biệt ở hai nhóm bệnh nhân này về giới tính

Bảng 3: Điểm KPPS trung bình của từng loại đau và điểm KPPS chung theo giai đoạn bệnh

Các loại đau	Điểm KPPS trung bình			P
	Tất cả bệnh nhân, n=89	HY 1-2: Nhẹ, n=31	HZ ≥3: Trung bình-nặng, n=58	
Đau cơ xương	2,6 ± 3,7 (0-12)	2,5 ± 3,3	2,7 ± 3,8	0,85
Đau mạn tính	1,6 ± 3,2(0-13)	1,5 ± 3,0	1,6 ± 3,3	0,94
Đau liên quan đến dao động vận động	1,8 ± 4,8 (0-32)	1,2 ± 3,7	2,2 ± 5,2	0,35
Đau ban đêm	2,1 ± 4,1 (0-24)	0,9 ± 2,2	2,8 ± 4,8	0,01
Đau miệng mặt	0,7 ± 2,6 (0-17)	0,5 ± 1,7	0,8 ± 2,9	0,53
Đau do sưng hoặc phù	0,7 ± 2,0 (0-10)	0,5 ± 1,3	0,9 ± 2,3	0,36
Đau rễ thần kinh	1,4 ± 2,6 (0-12)	0,6 ± 1,3	1,8 ± 3,0	0,01
Tổng điểm KPPS	10,8 ± 14,2 (0-69)	7,5 ± 12,4	12,5 ± 14,9	0,11

Bảng 4: So sánh các đặc điểm ở nhóm bệnh nhân đau và không đau

Đặc điểm	Nhóm có triệu chứng đau n=67	Nhóm không có triệu chứng đau n=22	P
Giới			0,77
Nam	36	11	
Nữ	31	11	
Tuổi	42,5 ± 5,3	41,1 ± 5,3	0,30
Tuổi khởi bệnh	35,6 ± 3,9	35,0 ± 4,2	0,49
Thời gian bệnh	6,9 ± 4,4	6,2 ± 4,5	0,54
Điều trị levodopa			0,99
Có	61	20	
Không	6	2	
Sử dụng đồng vận dopamine			0,25
Có	65	20	
Không	2	2	
Hoehn và Yahr	2,7 ± 0,6	2,5 ± 0,7	0,13
Dao động vận động			0,73
Có	58	18	
Không	9	4	
Loạn động			0,37
Có	22	5	
Không	45	17	
MDS-UDPRS III	37,9 ± 12,9	30,2 ± 14,7	0,02
MDS-UDPRS IV	3,2 ± 4,6	3,1 ± 5,7	0,96
BECK	0,6 ± 0,5	0,4 ± 0,5	0,1

Bảng 5 so sánh điểm KPPS trung bình theo giới, biến chứng vận động và điều trị thuốc.

(p=0,8), tuổi (p=0,3), tuổi khởi bệnh (p=0,5), thời gian bệnh (p=0,5), giai đoạn Hoehn và Yard (p=0,1), sử dụng levodopa (p=0,99) và sử dụng đồng vận dopamine (p=0,3), dao động vận động (p=0,7), loạn động (p=0,4), MSD-UPDRS phần IV và điểm BECK (p=0,1). Tuy nhiên, điểm MDS-UPDRS phần III cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau (p=0,02). Bên cạnh đó tần suất của các loại đau cũng không khác biệt ở nam và nữ (Bảng 2).

Phân tích student ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm KPPS theo

giới tính, biến chứng vận động và điều trị thuốc Parkinson.

Bảng 5: So sánh độ nặng của đau theo giới, biến chứng vận động và thuốc

Đặc điểm	KPPS trung bình	P
Giới Nam, n= 47 Nữ, n= 42	12,89 ± 17,31 8,40 ± 9,24	0,126
Dao động vận động Có, n= 76 Không, n=13	11,57 ± 14,84 6,15 ± 8,69	0,206
Loạn động Có, n=27 Không, n=62	16,22 ± 18,99 8,40 ± 10,87	0,053
Điều trị levodopa Có, n= 81 Không, n= 8	11,06 ± 14,54 7,88 ± 10,29	0,548

Đặc điểm	KPPS trung bình	P
Điều trị đồng vận dopamine Có, n=85 Không, n=4	11,19 ± 14,39 2 ± 2,3	0,208

Bảng 6 mô tả tương quan Spearman giữa điểm KPPS và các biến khác và hệ số tương quan hiệu chỉnh. Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan trung bình giữa điểm NMSS tổng cộng (r=0,44), điểm NMSS của giấc ngủ/mệt mỏi (r=0,4) với điểm KPPS. Điểm NMSS tim mạch, điểm NMSS nhận thức/cảm xúc, điểm NMSS ảo giác, điểm NMSS dạ dày ruột và điểm BECK có mối tương quan yếu với KPPS. Tuy nhiên những biến này không đạt được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến.

Bảng 6: Hệ số tương quan Spearman với KPPS và hệ số tương quan hiệu chỉnh

Biến	Hệ số tương quan giữa KPPS và các biến	P	Hệ số tương quan hiệu chỉnh	P hiệu chỉnh
Tuổi	0,113	0,293		
Tuổi khởi bệnh	0,189	0,076		
Thời gian bệnh	-0,33	0,757		
MDS-UDPRS III	0,175	0,101		
MDS-UDPRS IV	0,174	0,104		
NMSS				
Tim mạch	0,232	0,029	-0,30	
Giấc ngủ, mệt mỏi	0,397	<0,001	0,21	0,80
Nhận thức, cảm xúc	0,286	0,007	0,12	0,08
Ảo giác	0,227	0,033	0,10	0,36
Trí nhớ, tập trung	0,093	0,388		0,33
Dạ dày ruột	0,279	0,008	0,23	
Tiết niệu	0,139	0,194		0,052
Sinh dục	0,184	0,084		
Khác	0,444	0,06		
NMSS tổng cộng	0,436	<0,001		
Điểm BECK	0,239	0,024	0,20	0,08

BÀN LUẬN

Tần suất triệu chứng đau và các loại đau

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 74,2% bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm có ít nhất 01 loại đau. Nghiên cứu tại bệnh viện quân y 103 của tác giả Phan Việt Nga ghi nhận tỉ lệ đau ở bệnh nhân Parkinson là 76,4%⁽¹³⁾. Một nghiên cứu cắt ngang trước đây trên thế giới, ghi nhận tần suất có triệu chứng đau ở bệnh nhân Parkinson là 76%⁽³⁾. Tần suất đau dao động từ 40% đến 85% trong các nghiên cứu một phần do các công cụ sử dụng đánh giá đau khác nhau, tần suất đau

trung bình là 67,6%⁽¹⁾.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau cơ xương (49,4%) là loại đau thường gặp nhất, theo sau đó là đau rễ thần kinh (31,5%). Đau miệng mặt (11,2%) là loại đau ít gặp nhất. Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới cũng báo cáo đau cơ xương là loại phổ biến nhất, với tần suất 40% đến 75%^(2,5,14,15). Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng ghi nhận đau rễ thần kinh là loại đau thường gặp ở bệnh nhân Parkinson. Tần suất đau rễ thần kinh trong nghiên cứu của Rodriguez-Violante M là 34,6% và trong nghiên

cứu của Broetz D là 36%^(6,14). Đau miệng mặt cũng được ghi nhận là loại đau ít gặp nhất trong một nghiên cứu trước đây⁽⁶⁾.

Các yếu tố liên quan đến triệu chứng đau

Nghiên cứu của chúng tôi và đa số các nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận không có sự khác biệt về tần suất đau và độ nặng của đau theo giới tính^(5,6). Tuy nhiên, một số nghiên cứu báo cáo rằng tần suất đau cao hơn ở nữ giới và giới nữ là một yếu tố tiên đoán đau trong bệnh Parkinson^(16,17).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa tần suất đau và độ nặng của đau theo tuổi và tuổi khởi phát. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của hầu hết các nghiên cứu trên thế giới^(2,18). Tuy nhiên, cũng có vài nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân đau có tuổi trung bình thấp hơn và tuổi khởi bệnh trước 65 là một yếu tố nguy cơ của đau⁽⁴⁾.

Một điều thú vị là chúng tôi và đa số các tác giả không tìm thấy mối liên quan giữa tần suất đau cũng như là độ nặng của đau với giai đoạn bệnh và thời gian bệnh^(2,17). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất của tất cả các loại đau không khác biệt có ý nghĩa theo giai đoạn bệnh, nhưng điểm MDS-UPDRS phần III cao hơn ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ nặng của đau ban đêm ($p=0,01$) và đau rã thần kinh ($p=0,01$) cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân có giai đoạn bệnh trung bình-nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất đau và độ nặng của đau không liên quan đến biến chứng vận động và điều trị các thuốc dopaminergic. Nghiên cứu của tác giả Hanagasi M có kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, nhưng nghiên cứu của Tinazzi HA cho kết quả trái ngược^(5,18).

Liên quan đến triệu chứng trầm cảm, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về điểm BECK ở hai nhóm bệnh nhân có đau và không đau. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy có mối tương quan yếu nhưng có ý nghĩa thống kê giữa độ nặng của đau và độ nặng của trầm cảm. Tác

giả Rodriguez-Violante M ghi nhận nhóm bệnh nhân trầm cảm có điểm KPPS cao hơn nhưng nghiên cứu của tác giả Hanagasi M nhận thấy không có mối liên quan giữa triệu chứng đau và trầm cảm^(6,18). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mối tương quan trung bình giữa điểm NMSS mệt mỏi/giấc ngủ với độ nặng của đau. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của tác giả Rodriguez-Violante M, nhưng trái ngược với kết quả của tác giả Hanagasi M^(6,18).

KẾT LUẬN

Đau là một triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm. Đau cơ xương và đau rã thần kinh là hai loại đau thường gặp nhất. Tuổi, tuổi khởi bệnh, giới tính, thời gian bệnh và độ nặng của bệnh không có mối liên quan với tần suất đau. Tuy nhiên nhóm bệnh nhân đau có điểm MDS-UPDRS phần III cao hơn. Độ nặng của đau ban đêm và đau rã thần kinh liên quan với độ nặng của bệnh. Nghiên cứu cũng ghi nhận mối tương quan trung bình giữa điểm NMSS phần mệt mỏi/giấc ngủ với điểm KPPS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Broen MP, Braaksma MM, Patijn J, et al (2012). Prevalence of pain in Parkinson's disease: a systematic review using the modified QUADAS tool. *Mov Disord*, 27(4):480-484.
2. Lee MA, Walker RW, Hildreth TJ, et al (2006). A Survey of Pain in Idiopathic Parkinson's Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(5):462-469.
3. Valkovic P, Minar M, Singliarova H, et al (2015). Pain in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Study of Its Prevalence, Types, and Relationship to Depression and Quality of Life. *PLoS ONE*, 10(8):e0136541.
4. Goetz CG, Tanner CM, Levy M, et al (1986). Pain in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 1(1):45-54.
5. Tinazzi M, Del Vesco C, Fincati E, et al (2006). Pain and motor complications in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77(7):822-827.
6. Rodriguez-Violante M, Alvarado-Bolanos A, Cervantes-Arriaga A, et al (2017). Clinical Determinants of Parkinson's Disease-associated Pain Using the King's Parkinson's Disease Pain Scale. *Mov Disord Clin Pract*, 4(4):545-551.
7. Postuma RB, Berg D, Stern M, et al (2015). MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord*, 30(12):1591-601.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3):189-98.
9. Chaudhuri KR, Rizos A, Trenkwalder C, et al (2015). King's Parkinson's disease pain scale, the first scale for pain in PD: An

- international validation. *Mov Disord*, 30(12):1623-31.
10. Martinez-Martin P, Rodriguez-Blazquez C, Alvarez-Sanchez M, et al (2013). Expanded and independent validation of the Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS). *J Neurol*, 260(1):228-36.
 11. Chaudhuri KR, Martinez-Martin P, Brown RG, et al (2007). The metric properties of a novel non-motor symptoms scale for Parkinson's disease: Results from an international pilot study. *Mov Disord*, 22(13):1901-11.
 12. Beck AT, Baruch E, Balter JM, et al (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*, 68(2-3):319-29
 13. Phan Việt Nga, Hoàng Thị Dung (2015). Nghiên cứu đặc điểm đau ở bệnh nhân Parkinson. *Y Dược học Quân sự*, 3:37-41.
 14. Broetz D, Eichner M, Gasser T, et al (2007). Radicular and nonradicular back pain in Parkinson's disease: a controlled study. *Mov Disord*, 22(6):853-859.
 15. Rana AQ, Kabir A, Jesudasan M, et al (2013). Pain in Parkinson's disease: analysis and literature review. *Clin Neurol Neurosurg*, 115(11):2313-2320.
 16. Barone P, Antonini A, Colosimo C, et al (2009). The PRIAMO study: A multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 24(11):1641-1650.
 17. Beiske AG, Loge JH, Ronningen A, et al (2009). Pain in Parkinson's disease: Prevalence and characteristics. *Pain*, 141(1-2):173-180.
 18. Hanagasi HA, Akat S, Gurvit H, et al (2011). Pain is common in Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg*, 113(1):11-14.

Ngày nhận bài báo: 20/11/2020

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 01/02/2021

Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021