

trong hoặc lõi cầu ngoài chiếm 12,4%. Theo Trần Đình Chiển và cộng sự [1] thì gãy đầu dưới xương đùi loại A chiếm 44,8%; Loại C chiếm 37,9%, không có bệnh nhân nào loại B. Trương Trí Hữu và cộng sự [6] ghi nhận gãy đầu dưới xương đùi loại C theo AO chiếm đa số với 30/34 bệnh nhân (88,2%) với (loại C1 có 6 bệnh nhân chiếm 17,6%, loại C2 có 14 bệnh nhân chiếm 41,2% và loại C3 có 10 bệnh nhân chiếm 29,4%).

Qua phân tích kết quả các nghiên cứu nhận thấy gãy loại A và loại C trong các nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao, gãy loại B chiếm tỷ lệ thấp nhất. Một số tác giả nhận xét gãy loại C chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân do tai nạn giao thông với lực chấn thương lớn, xương gãy phức tạp, hay gặp ở người trẻ. Gãy loại A chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân do tai nạn sinh hoạt bị ngã, hay gặp ở người cao tuổi, thưa xương, loãng xương. Các nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng ghi nhận kết quả tương đồng với gãy đầu dưới xương đùi loại A và C là thường gặp nhất. Gãy loại A là gãy vùng chuyển tiếp giữa vùng thân xương đùi và vùng xương xóp đầu dưới xương đùi, đây là vùng yếu, dễ tổn thương khi có lực tác động đặc biệt trên những bệnh nhân lớn tuổi có giảm mật độ xương. Gãy loại C là gãy xương phức tạp, thường do lực chấn thương lớn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung: Cơ chế: 93,8% chấn thương trực tiếp. Nguyên nhân: tai nạn giao thông chiếm 56,3%, tai nạn sinh hoạt chiếm 34,4%. Chi gãy: 56,2% chân trái, 93,8% bệnh nhân thuận chân phải. Đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng: Chi gãy: 56,2% chân trái, 93,8% bệnh nhân thuận chân phải. Phân loại theo AO: loại A 56,3%, loại C 31,3%. Đường gãy: trên lõi cầu 56,3%, liên lõi cầu 31,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đình Chiển, Nguyễn Đăng Long, Đỗ Đức Bình (2014)**, "Đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy ĐDXĐ bằng kết hợp xương bên trong tại BVQY 103", Tạp chí Y Dược học Quân sự, HVQY, 4: 107-112.
2. **Mai Thanh Hải, Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Trọng Nghĩa (2024)**, "Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khóa ở người trưởng thành tại Bệnh viện Bãi Cháy", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 534, tháng 1, số 1B/2024, tr. 96 - 100.
3. **Đinh Trung Hiếu, Đàm Văn Cường (2018)**, "Kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 16/2018.
4. **Ngô Quốc Hoàn, Nguyễn Ngọc Toàn, Ngô Anh Dương và Cs (2017)**, "Đánh giá kết quả gãy kín đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa". Tạp chí Y học Thực hành, 7 (1050): 61 – 63.
5. **Quế Văn Huy, Nguyễn Xuân Thùy, Vũ Văn Khoa, Vũ Trường Thịnh (2021)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành có sự hỗ trợ của màn tăng sang", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 509, tháng 12, số 2/2021.
6. **Trương Trí Hữu, Nguyễn Thanh Huy (2014)**, "Đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa". Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam, số đặc biệt, 178 – 181.
7. **Hoàng Ngọc Minh (2021)**, "Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PARKINSON ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ĐỊNH

Lê Thị Vân¹, Phạm Thị Thúy Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Định năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, bộ công cụ được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tuổi

trung bình của người bệnh là 68,59±9,53, đa số ở giai đoạn 2 và 3 (tương ứng 34,5% và 48,5%). 87,5% ĐTNC có triệu chứng khởi phát là run, 65,5% có triệu chứng giảm vận động, đa số các bệnh nhân khởi phát 1 bên (93%) và tay là vị trí bị ảnh hưởng đầu tiên (86%). Các triệu chứng phổ biến trong nhóm đối tượng nghiên cứu là run (93,5%), tăng trương lực (82%) và tăng phản xạ gân xương (84,5%), dáng đi bất thường (68%). Các triệu chứng rối loạn ý thức, giảm phản xạ gân xương, thất ngôn chiếm tỷ lệ dưới 10%. Điểm chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo thang PDQ-39 đạt 39,96±2,08 điểm. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson có 28,5% ảnh hưởng thấp, 36,5% ảnh hưởng trung bình, 33% ảnh hưởng nghiêm trọng và

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân

Email: lethivan@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

2% ảnh hưởng rất nghiêm trọng.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, Parkinson

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF PARKINSON'S DISEASE PATIENTS TREATED OUTPATIENTS AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Assessment of quality of life of Parkinson's patients treated as outpatients at Nam Dinh General Hospital in 2023. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with non-probability convenience sampling method, pre-designed instrument set. **Results:** The average age of the patients was 68.59 ± 9.53 years, the majority of patients were in stages 2 and 3 (34.5% and 48.5%, respectively). 87.5% of the patients had tremor as the initial symptom, 65.5% had motor deficits, the majority of patients had unilateral onset (93%) and the hand was the first affected location (86%). The common symptoms in the study group were tremor (93.5%), hypertonia (82%), and hyperreflexia (84.5%), and abnormal gait (68%). The symptoms of impaired consciousness, decreased tendon reflexes, and aphasia accounted for less than 10%. The quality of life score of the study subjects according to the PDQ-39 scale was 39.96 ± 2.08 points. **Conclusion:** Parkinson's disease patients' quality of life was affected in 28.5% as low, 36.5% as moderate, 33% as severely, and 2% as very severely.

Keywords: Quality of life, Parkinson

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một rối loạn thoái hóa thần kinh tiến triển, đặc trưng bởi sự mất dần tế bào thần kinh dopaminergic tại chất đen của não, dẫn đến các triệu chứng vận động như run, cứng cơ, giảm vận động và rối loạn thăng bằng. Đây là bệnh lý thần kinh phổ biến thứ hai sau Alzheimer, thống kê trên thế giới, tỷ lệ mới mắc chiếm 8-18/100.000 dân và tỷ lệ hiện mắc khoảng 0,3% [1]. Bệnh thường khởi phát ở độ tuổi 60, xu hướng tăng dần theo tuổi, hiếm khi xảy ra trước 40 tuổi. Tại Việt Nam, cùng với xu hướng già hóa dân số, số lượng người mắc Parkinson có xu hướng ngày càng gia tăng, đặt ra nhiều thách thức cho hệ thống y tế, người bệnh và gia đình. Theo Nguyễn Văn Chương (2016) thống kê mặt bệnh điều trị nội trú trong vòng 10 năm tại khoa Thần kinh và Đột quỵ bệnh viện 103, bệnh Parkinson chiếm 1,54% tổng số Người bệnh, chiếm 2,86% số Người bệnh có bệnh lý thần kinh trung ương [2]. Bệnh Parkinson đã được mô tả từ lâu, các triệu chứng vận động và ngoài vận động ảnh hưởng nhiều tới khả năng hoạt động hàng ngày và thực hành nghề nghiệp của người bệnh, từ đó ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của họ.

Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức

khỏe (Health related quality of life (HRQL)) là một khái niệm được sử dụng để miêu tả nhận thức, sự hài lòng cá nhân và phản ánh các khía cạnh khác nhau của cuộc sống như khả năng hoạt động, tâm lý, cảm xúc cũng như các mối quan hệ xã hội [3]. Từ lâu Parkinson đã được biết đến với các triệu chứng lâm sàng điển hình như run, giảm vận động và tăng trương lực cơ làm ảnh hưởng không nhỏ tới sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Việc thăm khám nhận định các triệu chứng lâm sàng của người bệnh Parkinson cũng như đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh Parkinson không chỉ giúp các nhà lâm sàng hiểu rõ hơn tác động thực sự của bệnh và điều trị mà còn cung cấp cơ sở khoa học để xây dựng các chương trình chăm sóc, phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả quản lý bệnh. Phù hợp với với chuẩn hoá quản lý, điều trị, chăm sóc theo từng nhóm bệnh riêng biệt. Từ thực tiễn trên, nhằm cung cấp bằng chứng phục vụ cho hoạch định chiến lược chăm sóc toàn diện và nâng cao hiệu quả điều trị lâu dài cho nhóm người bệnh này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Định"* với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Định năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng:** Người bệnh được chẩn đoán Parkinson đang điều trị ngoại trú tại phòng khám Thần kinh của bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có bệnh lý cơ thể nặng hoặc có bệnh lý tâm thần kèm theo. Người bệnh đang được điều trị bằng các thuốc an thần kinh. Người bệnh không biết chữ hoặc khiếm khuyết giác quan (nhìn, nghe).

- Thời gian: từ tháng 8/2023 đến tháng 10/2024

- Địa điểm: Bệnh viện đa khoa Nam Định

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, không xác suất từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2023 được 200 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.3. Công cụ, phương pháp thu thập số liệu, đánh giá

- Bệnh án nghiên cứu được thiết kế gồm 2 phần:
Phần 1: thông tin chung, gồm các câu hỏi tìm hiểu thông tin cá nhân của người bệnh

Phần 2: thông tin chuyên môn thu thập 3 nhóm thông tin gồm bệnh sử, tiền sử và khám bệnh.

- Đồng thời nghiên cứu sử dụng thang điểm PDQ-39 gồm 39 câu hỏi, chia thành 8 mục. Mỗi mục có điểm từ 0-100, 0 điểm tương ứng chất lượng cuộc sống tốt nhất, 100 điểm tương ứng chất lượng cuộc sống tồi tệ nhất để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh.

- Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Thông tin chung: gồm các nội dung tuổi, giới tính, nơi sống, các thông tin liên quan đến bệnh lý.

+ Đặc điểm lâm sàng: Các triệu chứng hiện mắc của người bệnh khi thăm khám.

+ Chất lượng cuộc sống: Mức độ ảnh hưởng của bệnh lý đến cuộc sống, sinh hoạt.

- Phương pháp thu thập thông tin: Tác giả hỏi, phỏng vấn và thăm khám người bệnh.

- Phân loại chất lượng cuộc sống:

+ 0 – 24 điểm: Chất lượng cuộc sống ảnh hưởng thấp

+ 25 – 49 điểm: Chất lượng cuộc sống ảnh hưởng trung bình

+ 50 – 74 điểm: Chất lượng cuộc sống ảnh hưởng cao

+ 75 – 100 điểm: Chất lượng cuộc sống ảnh hưởng rất nghiêm trọng

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

- Mã hóa, nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phân tích mô tả tần số

2.5. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành sau khi được sự cho phép của ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Nam Định.

- Nghiên cứu chỉ thực hiện phỏng vấn và bác sĩ thăm khám trên đối tượng nghiên cứu.

- Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới của ĐTNC (n=200)

Đặc điểm	Nam	Nữ	Tổng
Giới (%)	86 (43,0%)	114 (57,0%)	200
Tuổi (X±SD)	70,59±1,03	67,07±8,64	
	68,59±9,53 (Min = 43, Max = 91)		

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,59±9,53, trong đó nhỏ nhất là 43, lớn nhất là 91 tuổi. Tuổi trung bình ở nam

(70,59±1,03) cao hơn nữ (67,07±8,64). Tỷ lệ nam/nữ là 43/57.

Bảng 2. Đặc điểm khởi phát của đối tượng nghiên cứu (n=200)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
Triệu chứng khởi phát	Run	175	87,5
	Tăng trương lực cơ	66	33,0
	Giảm vận động	131	65,5
Vị trí khởi phát	Tay	172	86,0
	Chân	59	29,5
	Một bên	186	93,0
	Hai bên	12	6,0
Tiền sử bản thân	Tai biến mạch não	5	2,5
	Tăng huyết áp	64	32,0
	Tiền sử dùng thuốc an thần kinh	9	4,5
	Đái tháo đường	15	7,5
	Nghiện thuốc lá, rượu bia	8	4,0

Nhận xét: Triệu chứng khởi phát hay gặp nhất ở ĐTNC là run (87,5%), giảm vận động (65,5%), đa số các bệnh nhân khởi phát 1 bên (93%) và tay là vị trí bị ảnh hưởng đầu tiên (86%)

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=200)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức		12	6,0
Run		187	93,5
Tăng trương lực cơ		164	82,0
Tăng phản xạ gân xương		169	84,5
Giảm phản xạ gân xương		9	4,5
Thất ngôn		4	2,0
Rối loạn cơ tròn		30	15,0
Hội chứng tiểu não		3	1,5
Giai đoạn bệnh	1	9	4,5
	2	69	34,5
	3	97	48,5
	4	25	12,5
Ngã		59	29,5
Dáng đi bất thường		136	68,0

Nhận xét: Run, tăng trương lực cơ và tăng phản xạ gân xương là các triệu chứng chính trong nhóm ĐTNC (>80%). Thất ngôn, rối loạn ý thức, hội chứng tiểu não chỉ gặp ở một phần nhỏ các bệnh nhân. Về giai đoạn bệnh, đa số các bệnh nhân ở giai đoạn 2 và 3 (tương ứng 34,5% và 48,5%). Gần 2/3 bệnh nhân trong nghiên cứu có dáng đi bất thường và 29,5% số bệnh nhân đã từng bị ngã.

Bảng 4. Điểm chất lượng cuộc sống của ĐTNC theo PDQ-39

Các tiêu chí trong PDQ-39	X±SD
Sự đi lại	42,37±26,42
Hoạt động thường ngày	45,14±28,94

Cảm xúc	40,60±27,61
Sự kỳ thị	34,87±27,67
Hỗ trợ xã hội	31,58±26,04
Nhận thức	38,46±22,17
Giao tiếp	33,37±25,68
Khó chịu trên cơ thể	44,00±21,94
Trung bình	39,96±2,08

Nhận xét: Nhìn chung, bệnh parkinson ảnh hưởng đến tất cả các khía cạnh trong chất lượng cuộc sống, trong đó, sự đi lại, hoạt động thường ngày, cảm xúc và các khó chịu trên cơ thể bị ảnh hưởng nhiều nhất (>40%).

Bảng 5. Phân loại chất lượng cuộc sống của ĐTNC theo PDQ-39 (n=200)

Chất lượng cuộc sống	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Anh hưởng thấp	57	28,5
Anh hưởng trung bình	73	36,5
Anh hưởng cao	66	33,0
Anh hưởng rất nghiêm trọng	4	2,0

Nhận xét: Phân loại ảnh hưởng của bệnh parkinson lên chất lượng cuộc sống, đa số các bệnh nhân bị ảnh hưởng trung bình và cao (36,5% và 33%), chỉ có 2% số bệnh nhân bị ảnh hưởng nghiêm trọng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh lý của người bệnh Parkinson. Tiến hành nghiên cứu trên 200 người bệnh Parkinson điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Định, kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,59±9,53, trong đó nhỏ nhất là 43, lớn nhất là 91 tuổi. Tuổi trung bình ở nam (70,59±1,03) cao hơn nữ (67,07±8,64). Kết quả này phù hợp với các thống kê cho thấy Parkinson ảnh hưởng chủ yếu ở nhóm trên 60 tuổi. Tương tự nghiên cứu của Trần Việt Lực với tuổi trung bình đối tượng là 67,87 ± 5,95 [4].

Bệnh Parkinson là một rối loạn thoái hóa thần kinh mạn tính, tiến triển chậm, đặc trưng bởi các triệu chứng vận động do thoái hóa các tế bào thần kinh. Trong giai đoạn khởi phát, ba biểu hiện điển hình gồm run, giảm vận động và tăng trương lực cơ đóng vai trò quan trọng trong định hướng chẩn đoán. Đây thường là lý do khiến người bệnh phải tìm kiếm sự trợ giúp tại phòng khám thần kinh. Ngoài ra, tư thế gập và đông cứng cũng là những đặc điểm cổ điển của hội chứng Parkinson. Trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng khởi phát hay gặp nhất ở ĐTNC là run (87,5%) và giảm vận động (65,5%), số bệnh nhân khởi phát bằng triệu chứng tăng trương lực cơ chiếm 1/3, đa số các bệnh nhân của chúng tôi khởi phát 1 bên (93%)

và tay là vị trí bị ảnh hưởng đầu tiên (86%). Đặc điểm khởi phát từ một bên cũng là một đặc điểm phân biệt bệnh parkinson với các hội chứng parkinson khác, tương ứng giai đoạn khởi phát là giai đoạn 1 theo Hoehn-Yahr. Ba triệu chứng trên có thể xuất hiện đơn lẻ hoặc phối hợp, trong đó giảm vận động là dấu hiệu trung tâm, còn run và tăng trương lực cơ hỗ trợ xác định hội chứng Parkinson. Nhận biết sớm các biểu hiện này giúp chẩn đoán ở giai đoạn khởi phát, từ đó can thiệp điều trị kịp thời, cải thiện chất lượng cuộc sống và làm chậm tiến triển bệnh. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Đào Thuỳ Dương với trên 85% người bệnh có triệu chứng khởi phát là giảm vận động và tăng trương lực ngoại tháp [5].

Kết quả thăm khám lâm sàng cho thấy biểu hiện lâm sàng điển hình nhất trong nhóm nghiên cứu là run, chiếm tới 93,5%, tiếp đến là tăng phản xạ gân xương với 84,5% và 82% người bệnh có tăng trương lực cơ. Đồng thời gần 2/3 đối tượng trong nghiên cứu có dáng đi bất thường và 29,5% số người bệnh đã từng bị ngã. Điều này có thể giải thích do đa số các bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn 2 và 3 (tương ứng 34,5% và 48,5%). Ở giai đoạn này, người bệnh bắt đầu có các triệu chứng mất ổn định tư thế, dẫn đến khó giữ thăng bằng khi di chuyển và dễ ngã. Tỷ lệ người bệnh bị parkinson có xu hướng tăng trên toàn thế giới, từ đó tăng tỷ lệ té ngã, gây tăng gánh nặng y tế lên hệ thống chăm sóc sức khỏe. Té ngã có thể dẫn đến tử vong, giảm khả năng vận động và chất lượng cuộc sống thấp hơn. Đây cũng là thách thức đặt ra trong vấn đề quản lý và chăm sóc người bệnh Parkinson ngoại trú, khi té ngã có thể làm tăng nguy cơ tổn thương thứ phát cho người bệnh. Bên cạnh đó, một số biểu hiện lâm sàng gặp phải trên nhóm người bệnh nghiên cứu chiếm tỷ lệ ít hơn như 4,5% có giảm phản xạ gân xương, 15% gặp tình trạng rối loạn cơ tròn, 2% có tình trạng thất ngôn và 1,5% người bệnh gặp hội chứng tiểu não.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh Parkinson. Nghiên cứu sử dụng thang điểm PDQ-39 gồm 39 câu hỏi, đánh giá tần suất người mắc bệnh Parkinson gặp khó khăn trong 8 khía cạnh của cuộc sống hàng ngày, bao gồm khả năng di chuyển, hoạt động sinh hoạt hàng ngày, sức khỏe cảm xúc, kỳ thị, hỗ trợ xã hội, nhận thức, giao tiếp và khó chịu về thể chất. Đây là thang điểm được sử dụng rộng rãi nhất cho các bệnh nhân Parkinson. Người trả lời được yêu cầu chọn một trong năm lựa chọn theo tần suất (từ không bao giờ đến luôn luôn) theo từng vấn đề

họ gặp phải trong tháng qua do bệnh parkinson của họ. Bệnh nhân có điểm PDQ-39 càng cao thì chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng càng nặng nề. Nhìn chung, trong các ĐTNC của chúng tôi, bệnh parkinson ảnh hưởng đến tất cả các khía cạnh trong chất lượng cuộc sống, trong đó, sự đi lại, hoạt động thường ngày, cảm xúc và các khó chịu trên cơ thể bị ảnh hưởng nhiều nhất (>40). Nhìn chung, phổ điểm này thấp hơn so với phổ điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Linh tại bệnh viện lão khoa trung ương hay của tác giả Món Thị Uyên Hồng [5]. Tác giả này cũng cho thấy vận động, các hoạt động hàng ngày, tâm trạng và giao tiếp là những khía cạnh bị ảnh hưởng nhiều nhất. Sự khác biệt này có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu đó, các bệnh nhân đều điều trị nội trú, nên triệu chứng lâm sàng mất bằng chung sẽ nặng hơn so với các nghiên cứu của chúng tôi, đồng thời gian đoạn bệnh khác nhau cũng gây nên sự khác biệt về mức độ và khía cạnh bị ảnh hưởng của chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân hay gặp các trở ngại như đi lại chậm chạp, dễ ngã, dễ xúc động, nhạy cảm, hay lo lắng, đôi khi ngại ngùng. Một số bệnh nhân gặp khó khăn trong những tác vụ tinh tế như cầm đũa, cài khuy, mặc quần áo. Nghiên cứu người bệnh parkinson ở tất cả các giai đoạn bệnh cũng cho thấy chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng nhiều nhất ở lĩnh vực vận động và cảm xúc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình chất lượng cuộc sống của người bệnh đạt $39,96 \pm 2,08$, cao hơn nhiều nghiên cứu của Đào Thuý Dương với điểm trung bình chất lượng cuộc sống là $26,0 \pm 16,6$. Sự khác

biệt có thể do thời gian, địa điểm và nhóm đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đa số chất lượng cuộc sống của người bệnh bị ảnh hưởng ở mức trung bình và cao (36,5% và 33%), có 28,5% người bệnh bị ảnh hưởng thấp và chỉ 2% người bệnh bị ảnh hưởng nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gs.Ts. Nguyễn Văn Thông.** Giáo Trình Thần Kinh. Nhà xuất bản y học; 2017.
2. **Nguyễn Văn Chương NMH.** Cơ cấu mất bệnh điều trị nội trú trong 10 năm tại 2 khoa lâm sàng của bộ môn Nội Thần kinh BVQY 103 – HVQY (số liệu từ 2006-2015). Tạp chí y học Việt Nam. 2018;471:25-26.
3. **Dimitrova B, Carr A J, Higginson I J, Robinson P G, (editors).** Quality of life. London: BMJ Books, 2003. 133 pp. ISBN 0-7279-1544-4. Eur J Public Health. 2005;15(6):668-668. doi:10.1093/eurpub/cki178
4. **Trần Việt Lực, Nguyễn Xuân Thanh, Vũ Thị Thanh Huyền.** Đặc điểm chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân parkinson. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2024;534(1B).
5. **Đào Thuý Dương, Nguyễn Thanh Bình.** Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2021;505(2).
6. **Món Thị Uyên Hồng.** Ảnh hưởng của các rối loạn vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr. Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
7. **Sperens M, Georgiev D, Eriksson Domellöf M, Forsgren L, Hamberg K, Hariz GM.** Activities of daily living in Parkinson's disease: Time/gender perspective. Acta Neurologica Scandinavica. 2020;141(2):168-176.

MỐI TƯƠNG QUAN CỦA KHOẢNG THỜI GIAN PR VỚI NGUY CƠ RỐI LOẠN NHỊP THẤT Ở NGƯỜI BỆNH CÓ ĐIỆN TÂM ĐỒ DẠNG BRUGADA

Phạm Trần Linh^{1,3,4}, Bùi Trung Đức²

TÓM TẮT

Hội chứng Brugada (BrS) là một rối loạn nhịp có tính di truyền, đặc trưng bởi tình trạng ngắt và ngừng tim, chủ yếu trong khi ngủ thường gặp ở nam giới

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Hữu Nghị

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

trung niên và có mối tương quan giữa khoảng thời gian PR trên những người bệnh có điện tâm đồ dạng BrS với sự xuất hiện của các rối loạn nhịp thất nguy hiểm. Liệu khoảng thời gian PR trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo thường quy có thể dự báo nguy cơ rối loạn nhịp ở bệnh nhân BrS không? Chúng tôi tiến hành đề tài với: **Mục tiêu:** (1) Khảo sát khoảng thời gian PR ở người bệnh có điện tâm đồ dạng Brugada. (2) Tìm hiểu mối tương quan của khoảng thời gian PR với nguy cơ rối loạn nhịp thất ở những người bệnh trên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 47 người bệnh có điện tâm đồ dạng Brugada được tiến hành thăm dò điện sinh lý tại Viện Tim Mạch – Bệnh viện Bạch Mai. So sánh khoảng thời gian PR với kết quả thăm dò điện sinh lý, tìm mối