

Biến chứng vận động và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinsons giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr

Món Thị Uyên Hồng¹, Trần Viết Lực², Nguyễn Thị Minh Nguyệt¹

Phạm Thị Kim Dung¹, Lê Thị Quyên¹, Trần Văn Tuấn¹

Trường ĐHYD Thái Nguyên¹

Trường Đại học Y Hà Nội²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và mối liên quan giữa các biến chứng vận động với chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinsons giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr (H&Y).

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: 99 bệnh nhân Parkinson (46 nam/53 nữ, tuổi trung bình: $69,19 \pm 7,63$) giai đoạn 3, 4 theo H&Y (69,3% giai đoạn 3), điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ 08/2019 đến 05/2020. Điểm S&E-ADL và PD-SI trung bình của đối tượng nghiên cứu tương ứng là $52,63 \pm 13,16$ và $50,64 \pm 14,71$; Điểm trung bình “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “nhận thức” và “khó chịu cơ thể” cao hơn ở nhóm có biến chứng vận động so với nhóm bệnh nhân còn lại ($p < 0,05$). Có sự khác biệt về điểm chất lượng cuộc sống ở các bệnh nhân có “thất bại liều”, “cạn liều không dự báo trước”, “loạn động giai đoạn tắt”, “loạn động hai pha” và “loạn trương lực cơ buổi sáng” so với các bệnh nhân không có các biến chứng trên.

Kết luận: Biến chứng vận động ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson, đặc biệt là biến chứng “thất bại liều” “cạn liều không dự báo trước”, “loạn động giai đoạn tắt”, “loạn động hai pha” và “loạn trương lực cơ buổi sáng”.

Từ khóa: Parkinson, biến chứng vận động, loạn động, dao động vận động, chất lượng cuộc sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh thoái hóa thần kinh trung ương, Parkinson là bệnh thường gặp đứng thứ hai sau Alzheimer. Điều trị bệnh Parkinson chủ yếu nhằm cải thiện chức năng vận động. Tuy nhiên, đặc biệt là ở giai đoạn nặng, bệnh Parkinson thường phức tạp bởi các vấn đề khác như các biến chứng vận động liên quan đến điều trị, té ngã, trầm cảm và sa sút trí tuệ, những yếu tố này có thể ảnh hưởng lớn hơn nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Một công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống dành riêng cho bệnh nhân Parkinson là PDQ-39, đã được chứng minh là có độ tin cậy cao, hiện được sử dụng trong nhiều thử nghiệm để đánh giá hiệu quả điều trị. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá mối liên hệ giữa các biến chứng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mắc Parkinson trong những giai đoạn này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm và mối liên quan giữa các biến chứng vận động với chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinsons giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 99 bệnh nhân được chẩn đoán Parkinson trong giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr, điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Lão khoa Trung

ương từ tháng 08/2019 đến tháng 05/2020.

* *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:*

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng não hội Parkinson Vương Quốc Anh (UKPDSBB). Các bệnh nhân trong giai đoạn 3 và 4 theo Hoehn và Yahr.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân sau: Có bệnh tâm thần kèm theo; Đang được điều trị bằng thuốc an thần kinh; Suy giáp trạng; Nghiện ma túy và/hoặc nghiện rượu; Bị câm, khiếm khuyết các giác quan (mù, điếc); Bệnh nhân mù chữ; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.
- Các bước tiến hành: Các bệnh nhân Parkinson được khám bệnh và làm bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bao gồm: khám kiểm tra toàn diện về nội khoa, thần kinh, tâm thần, làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Điểm PDQ-39 sau đó được quy đổi sang điểm PD-SI. Trong đó, tổng

điểm của tất cả 39 câu hỏi sẽ được quy ra thành điểm PD-SI= tổng các điểm thứ nguyên của các lĩnh vực/8.⁵

2.3. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự phê duyệt của Hội đồng Khoa học và Đạo đức thông qua. Kết quả nghiên cứu giúp xác định một số yếu tố liên quan đến ngã của bệnh nhân Parkinson, không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi, giới và giai đoạn bệnh của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu khá cao, đa số bệnh nhân có độ tuổi ≥ 65 , chiếm 71,7%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là khá tương đương nhau. Bệnh nhân ở giai đoạn 3 theo H&Y chiếm đa số, với 69,7%.

3.2. Biến chứng vận động và chất lượng cuộc sống theo PDQ-39 và S&E-ADL của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo các thang điểm PDQ-39, S&E-ADL

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$
Điểm S&E-ADL	52,63 $\pm$ 13,16	Tâm trạng	50,00 $\pm$ 19,83
Điểm PD-SI	50,64 $\pm$ 14,71	Sự kỳ thị	47,10 $\pm$ 20,27
Khó chịu cơ thể	47,64 $\pm$ 19,71	Hỗ trợ xã hội	46,72 $\pm$ 18,93
Vận động	58,13 $\pm$ 20,09	Nhận thức	48,23 $\pm$ 18,73
Hoạt động hàng ngày	55,13 $\pm$ 20,91	Giao tiếp	52,19 $\pm$ 17,8

Nhận xét: Điểm S&E-ADL và PD-SI trung bình của đối tượng nghiên cứu tương ứng là 52,63 và 50,64. Trong đó: vận động, các hoạt động hàng ngày, tâm trạng và giao tiếp là những khía cạnh bị ảnh hưởng nhiều nhất

Bảng 3.2. Biểu chứng vận động, loạn động và chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm PDQ-39

Đặc điểm	Biểu chứng vận động
Vận động	0,000 ^b
Hoạt động hàng ngày	0,009 ^c
Tâm trạng	0,186 ^c
Sự kỳ thị	0,110 ^c
Hỗ trợ xã hội	0,640 ^c
Nhận thức	0,04 ^c
Giao tiếp	0,261 ^c
Khó chịu cơ thể	0,001 ^c
PD-SI	0,008 ^b

^b: Independent Sample T-Test

^c: U test

Nhận xét: Các bệnh nhân có biểu chứng vận động có điểm "vận động", "hoạt động hàng ngày", "nhận thức" và "khó chịu cơ thể" cao hơn so với nhóm không có biểu chứng. Nhìn chung, các bệnh nhân có biểu chứng vận động, điểm UPDRS-IV cao có điểm PD-SI trung bình cao hơn so với nhóm không có biểu chứng.

Bảng 3.3. Dao động vận động và chất lượng cuộc sống của theo thang điểm PDQ-39 của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Dao động vận động	Cận liệu có dự báo trước	Cận liệu không dự báo trước	Chậm khởi phát tác dụng	Thất bại liệu	Bật-tắt
Vận động	0,000 ^b	0,001 ^b	0,000 ^b	0,001 ^b	0,002 ^b	0,000 ^b
Hoạt động hàng ngày	0,004	0,112 ^c	0,009 ^c	0,05 ^c	0,017 ^c	0,008 ^c
Tâm trạng	0,091	0,615 ^c	0,021 ^c	0,3 ^c	0,201 ^c	0,068 ^c
Sự kỳ thị	0,003	0,232 ^c	0,027 ^c	0,062 ^c	0,14 ^c	0,016 ^c
Hỗ trợ xã hội	0,223	0,224 ^c	0,716 ^c	0,111 ^c	0,381 ^c	0,100 ^c
Nhận thức	0,001	0,105 ^c	0,005 ^c	0,069 ^c	0,443 ^c	0,017 ^c

Đặc điểm	Dao động vận động	Cạn liễu có dự báo trước	Cạn liễu không dự báo trước	Chậm khởi phát tác dụng	Thất bại liều	Bật-tắt
Giao tiếp	0,001	0,064 ^c	0,001 ^c	0,019 ^c	0,074 ^c	0,000 ^c
Khó chịu cơ thể	0,000 ^c	0,058 ^c	0,008 ^c	0,009 ^c	0,506 ^c	0,019 ^c
PD-SI	0,000 ^b	0,012 ^b	0,000 ^b	0,004 ^b	0,039 ^b	0,001 ^b

Nhận xét: Các bệnh nhân có “dao động vận động” cũng có điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “sự kỳ thị”, “nhận thức”, “giao tiếp” và “khó chịu cơ thể” cao hơn so với nhóm không có biến chứng này. Khi xét dưới nhóm, hiện tượng “chậm khởi phát tác dụng” gây ra sự khác biệt về điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “giao tiếp” và “khó chịu cơ thể. Hiện tượng “thất bại liều” chỉ gây ra sự khác biệt về điểm “vận động” và “hoạt động hàng ngày”. Trong khi biến chứng” cạn liễu có dự báo “chỉ gây ra các khó khăn về “vận động”. Hiện tượng “cạn liễu không dự báo trước” ảnh hưởng đến hầu hết các mặt của chất lượng cuộc sống. Nhìn chung, các bệnh nhân có dao động vận động có điểm PD-SI trung bình cao hơn so với nhóm không có biến chứng này.

Bảng 3.4. Dạng loạn động và chất lượng cuộc sống theo PDQ-39 của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Dạng loạn động			P
	Loạn động đỉnh liều	Loạn động giai đoạn tắt	Loạn động hai pha	
Vận động	55,79±24,22	75,63±13,23	63,64±11,28	0,01 ^d
Hoạt động hàng ngày	52,41±22,79	71,53±15,47	57,95±16,06	0,035 ^d
Tâm trạng	48,46±21,39	56,60±17,98	57,58±15,83	0,258 ^d
Sự kỳ thị	47,04±21,99	51,04±16,82	55,11±17,10	0,489 ^d
Hỗ trợ xã hội	41,67±18,00	44,44±23,39	52,27±17,48	0,195 ^d
Nhận thức	47,04±20,02	56,25±17,68	53,98±11,97	0,324 ^d
Giao tiếp	45,61±19,52	63,89±13,91	59,09±14,75	0,017 ^d
Khó chịu cơ thể	51,75±16,57	59,72±12,22	51,14±19,97	0,354 ^d
PD-SI	48,72±16,30	59,89±10,81	56,34±10,53	0,052 ^c

^d: Kruskal Wallis Test

^c: One-way Anova Test

Nhận xét: Khi xét dưới nhóm, các bệnh nhân có dạng loạn động khác nhau có sự khác biệt về điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày” và “giao tiếp”. Đặc biệt là loạn động giai đoạn tắt và loạn động hai pha.

Bảng 3.5. Loạn trương lực cơ buổi sáng và chất lượng cuộc sống theo PDQ-39 của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Loạn trương lực cơ buổi sáng		P
	Có	Không	
Vận động	67,87±13,16	53,04±21,27	0,000 ^b
Hoạt động hàng ngày	62,75±16,95	46,22±20,54	0,006 ^c
Tâm trạng	57,23±16,36	46,22±20,54	0,009 ^c
Sự kỳ thị	53,68±16,86	43,65±21,15	0,022 ^c
Hỗ trợ xã hội	49,51±19,78	45,26±18,46	0,272 ^c
Nhận thức	54,78±14,02	44,81±20,03	0,016 ^c
Giao tiếp	60,78±14,44	47,69±17,83	0,001 ^c
Khó chịu cơ thể	54,17±17,91	54,17±17,91	0,013 ^c
PD-SI	57,59±10,6	47,00±15,30	0,000 ^b

Nhận xét: Ngoại trừ nhu cầu về “hỗ trợ xã hội”, loạn trương lực cơ buổi sáng lại gây ra ảnh hưởng đến tất cả các mặt trong đời sống của bệnh nhân Parkinson.

4. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu khá cao, đa số bệnh nhân có độ tuổi ≥ 65 , chiếm 71,7%. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là khá tương đương nhau.

Có 63(63,6%) bệnh nhân có biến chứng vận động. Có 53 (53,5%) bệnh nhân có loạn động và 52(52,5%) bệnh nhân có dao động vận động. 32 (32,3%) trong tổng số bệnh nhân có “cạn liều không dự báo trước”, 37 (37,4%) trong tổng số bệnh nhân có thể dự đoán được thời gian xuất hiện biến chứng này trước khi nó xảy ra. Hiện tượng “bật-tắt” cũng xuất hiện với tần suất khá cao, 24 (24,4%) bệnh nhân gặp biến chứng dạng này. Trong số những bệnh nhân có dao động vận động, hiện tượng “cạn liều có dự báo và không dự báo

trước” chiếm tương ứng 71% và 61,5%.

Điểm S&E-ADL trung bình của đối tượng nghiên cứu là $52,63 \pm 13,16$. Điểm PDQ-SI trung bình là $50,64 \pm 14,71$. Trong đó: vận động, các hoạt động hàng ngày, tâm trạng và giao tiếp là những khía cạnh bị ảnh hưởng nhiều nhất.

Điểm PDQ-39 về tất cả các mặt cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Stephane Chapuis¹, Renata Guzzo Souza² đặc biệt về điểm hỗ trợ xã hội (13,5), giao tiếp (30,3), nhận thức (34,7) và sự kỳ thị. Điểm PD-SI trung bình là $50,64 \pm 14,71$, cao hơn nghiên cứu của Chapuis với 36,5 điểm. Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân đã ở giai đoạn 3 và 4, trong khi của hai tác giả trên cho các bệnh nhân ở tất cả các giai đoạn vào trong nghiên cứu.

Các bệnh nhân có dao động vận động có điểm PD-SI cao hơn so với các bệnh nhân không có biến chứng này. Chapius cũng chỉ ra rằng, tất cả các dạng dao động vận động đều làm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tồi tệ đi, điểm PD-SI cũng vì thế

tăng lên. Các bệnh nhân có “dao động vận động” cũng có điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “sự kỳ thị”, “nhận thức”, “giao tiếp” và “khó chịu cơ thể” cao hơn so với nhóm không có biến chứng này. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Renata Guzzo Souza và các cộng sự của ông nhận thấy, dao động vận động gây ra sự khác biệt có ý nghĩa về vận động, hoạt động hàng ngày, tâm trạng, giao tiếp và khó chịu cơ thể. Ông cũng cho rằng, sự xuất hiện của các dao động vận động có liên quan đến tiến triển tự nhiên của bệnh, đến việc điều trị bằng levodopa trong thời gian dài và đóng vai trò quan trọng dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống, chủ yếu liên quan đến sự vận động, các hoạt động hàng ngày, các triệu chứng đau cơ và trầm cảm của bệnh nhân. Calne³ và các cộng sự của ông nhận thấy rằng, khi so sánh các đối tượng có và không có dao động vận động trong trạng thái tối tệ nhất (tắt), những bệnh nhân có dao động vận động gây nên những khó khăn nhiều hơn đáng kể trong bốn khía cạnh: tâm lý, xã hội, thể chất và kinh tế. Ngay cả ở trạng thái tốt nhất của họ (bật), những bệnh nhân bị dao động vận động cũng cảm thấy bản thân bị ảnh hưởng lớn hơn đến hạnh phúc về mặt xã hội so với những bệnh nhân không có biến chứng này. Một nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của 260 bệnh nhân, gần 30% trong số đối tượng nghiên cứu có dao động vận động. Nghiên cứu sử dụng các thang điểm 15D, EQ-5D và PDQ-39. Trên cả ba thang điểm, chất lượng cuộc sống kém hơn đáng kể ($P < 0,001$) ở những bệnh nhân có dao động vận động so với những người không có⁶.

Khi xét dưới nhóm, chúng tôi nhận thấy, có sự khác biệt về điểm PD-SI trung bình giữa hai nhóm bệnh nhân có “chậm khởi phát tác dụng”, “thất bại liệu”, “bật-tắt”, “cạn liệu” nói chung và “cạn liệu không dự báo trước” và “có dự báo trước” nói riêng và nhóm bệnh nhân không có các biến chứng này ($p < 0,05$).

Hiện tượng “chậm khởi phát tác dụng” làm tăng

điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “giao tiếp” và “khó chịu cơ thể”. Hiện tượng “thất bại liệu” chỉ gây ra sự khác biệt về điểm “vận động” và “hoạt động hàng ngày”. Trong khi biến chứng “cạn liệu” có dự báo “chỉ gây ra các khó khăn về “vận động”. Có lẽ do các bệnh nhân này đã biết trước được chính xác khi nào triệu chứng của họ xấu đi, họ chủ động trong việc lập kế hoạch thực hiện các hoạt động ở các thời điểm khác nhau trong ngày. Do đó, họ không gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống như khi gặp các biến chứng khác.

Hiện tượng “cạn liệu” nói chung, “cạn liệu không dự báo trước” nói riêng và điểm UPDRS-IV cao (>5) làm tăng điểm trung bình của hầu hết tất cả các mặt của cuộc sống. Chapius cũng có đồng quan điểm, khi nghiên cứu của ông cho thấy, biến chứng “cạn liệu không dự báo trước” có mối liên quan lớn đến tất cả các khía cạnh cuộc sống của bệnh nhân. Không có khả năng dự báo khi nào biến chứng xảy ra, khiến các bệnh nhân này luôn ở thế bị động trong các hoạt động cuộc sống. Họ cũng tự ti, thiếu tự tin và phụ thuộc nhiều vào người thân hơn, từ đó khiến đời sống tinh thần cũng bị ảnh hưởng. Theo Tanner và Aston⁴, các bệnh nhân có dao động vận động có xu hướng tách ra khỏi xã hội do sợ các biến chứng xảy đến bất ngờ và cần có sự hỗ trợ từ bên ngoài bất cứ lúc nào.

Điểm PD-SI trung bình giữa hai nhóm bệnh nhân “có” biến chứng vận động cao hơn so với các bệnh nhân không có các biến chứng này. Các bệnh nhân có biến chứng vận động nói chung, điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “nhận thức” và “khó chịu cơ thể” cao hơn so với nhóm không có biến chứng. Giữa nhóm có và không có loạn động, có sự khác biệt có ý nghĩa về hầu hết các khía cạnh của cuộc sống, trừ “hỗ trợ xã hội” và “giao tiếp”. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đa số đã vào giai đoạn 3 và 4 của bệnh, phần lớn ít tham gia vào các hoạt động xã hội, loạn động vùng miệng tuy

có ở một vài bệnh nhân, nhưng không quá nặng để ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp của họ. Nghiên cứu của Chapius chỉ ra, loạn động ảnh hưởng nhiều đến vận động, các hoạt động hàng ngày, cảm giác về sự kỳ thị và giao tiếp ở các bệnh nhân Parkinson.

Khi xét dưới nhóm, các bệnh nhân có dạng loạn động khác nhau có sự khác biệt về điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày” và “giao tiếp”. Có vẻ như loạn động giai đoạn tất có liên quan đến các khía cạnh đã nêu trên hơn cả. Sự có mặt đồng thời với sự xấu đi của các triệu chứng vận động, kết hợp với các động tác tự động khiến bệnh nhân gặp khó khăn trong nhiều mặt của cuộc sống. Ảnh hưởng lớn thứ hai là hiện tượng loạn động hai pha. Loạn động đỉnh liều có vẻ ít gây ảnh hưởng hơn, mặc dù có. Có lẽ do so sánh với hai dạng loạn động trên, thì loạn động đỉnh liều chỉ có các triệu chứng loạn động, còn các triệu chứng vận động lại đang ở trạng thái kiểm soát tốt. Chapius cũng cho rằng, bệnh nhân dễ dung nạp các triệu chứng loạn động đỉnh liều hơn so với các dạng khác. Ngoại trừ nhu cầu về “hỗ trợ xã hội”, loạn trương lực cơ buổi sáng lại gây ra sự khác biệt về tất cả các mặt trong đời sống của bệnh nhân Parkinson. Chapius cho rằng loạn trương lực cơ buổi sáng chỉ ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày, sự kỳ thị và gây ra các khó chịu cơ thể. Có lẽ do sự chông chéo của các dạng biến chứng vận động đi kèm, cùng với các triệu chứng vận động ở giai đoạn này khá trầm trọng dẫn đến sự khác

biệt này. Do phần lớn các loạn trương lực cơ diễn ra trong thời gian khá ngắn, đa số các bệnh nhân chỉ phàn nàn về triệu chứng đau do chúng mang lại. Sự lo lắng về việc xuất hiện các loạn trương lực gây đau này cũng có thể ảnh hưởng đến tâm trạng bệnh nhân, khi đa số xảy ra vào thời điểm gần sáng. Sự lo lắng phải tự mình xoay sở với triệu chứng, kèm theo sự ái ngại khi làm phiền đến người nhà có thể giải thích cho sự khác biệt về điểm tâm trạng, điểm sự kỳ thị, giao tiếp và khó chịu cơ thể, nhưng khó giải thích cho sự ảnh hưởng đến các mặt còn lại. Các bệnh nhân bị loạn động đã lâu (≤ 2 năm) cũng có điểm “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “tâm trạng” và “sự kỳ thị” cao hơn so với nhóm mới bị (< 2 năm).

5. KẾT LUẬN

Biến chứng vận động có mối liên quan chặt chẽ với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson. Đặc biệt dao động vận động dạng “cạn liều không dự báo trước” có liên quan đến hầu hết các mặt của cuộc sống. Loạn động có mối liên quan đến hầu hết tất cả các mặt của cuộc sống, đặc biệt loạn động giai đoạn tất, loạn động hai pha và loạn trương lực cơ buổi sáng.

Ở các bệnh nhân Parkinson giai đoạn 3 và 4, “vận động”, “hoạt động hàng ngày”, “sự kỳ thị”, “nhận thức”, “giao tiếp” và “khó chịu cơ thể” là các khía cạnh bị ảnh hưởng nhiều nhất.

SUMMARY

Motor complications and quality of life in patients with Parkinson disease in stage 3 and 4 by Hoehn and Yahr

Objectives: Describe the characteristics and relationship between motor complications and quality of life in patients with Parkinsons stage 3 and 4 according to Hoehn and Yahr (H&Y).

Methods: Cross-sectional, descriptive study.

Results: 99 PD patients (46 male/53 female) in stage 3 and 4 by Hoehn and Yahr (69.3% in stage 3), treated at National Geriatric Hospital from August 2019 to May 2020. The average S&E-ADL and PD-SI

scores of the study subjects were 52.63 ± 13.16 and 50.64 ± 14.71 , respectively; The mean scores of "motor", "daily activity", "cognition" and "body discomfort" were higher in the group with motor complications compared with the other group of patients ($p < 0.05$). There was a difference in quality of life scores in patients with "Dose failure", "Unpredictable wearing-off", "off-phase dyskinesia", "biphasic dyskinesia" and "morning dystonia" compared with patients without the above complications.

Conclusion: Motor complications greatly affect the quality of life of Parkinsonian patients, especially the complication of "dose failure" "unpredictable wearing-off", "off-phase dyskinesia", "biphasic dyskinesia" and "morning dystonia".

Keywords: Parkinson, motor disorders, motor complications, dyskinesia, motor fluctuations, quality of life.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chapuis S, Ouchchane L, Metz O, Gerbaud L, Durif F. Impact of the motor complications of Parkinson's disease on the quality of life. *Mov Disord.* 2005;20(2):224-230. doi:10.1002/mds.20279.
2. Souza RG, Borges V, Silva SMC de A, Ferraz HB. Quality of life scale in Parkinson's disease PDQ-39 - (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2007;65(3B):787-791. doi:10.1590/S0004-282X2007000500010.
3. Calne S, Schulzer M, Mak E, et al. Validating a quality of life rating scale for idiopathic Parkinsonism: Parkinson's Impact Scale (PIMS). *Parkinsonism Relat Disord.* 1996;2(2):55-61. doi:10.1016/1353-8020(95)00026-7.
4. Tanner CM, Aston DA. Epidemiology of Parkinson's disease and akinetic syndromes. *Curr Opin Neurol.* 2000;13(4):427-430. doi:10.1097/00019052-200008000-00010.
5. Parkinson's Disease Questionnaire - 39. Shirley Ryan AbilityLab. Accessed September 12, 2020. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/Parkinsons-disease-questionnaire-39>.
6. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. How does Parkinson's disease affect quality of life? A comparison with quality of life in the general population. *Mov Disord.* 2000;15(6):1112-1118. doi:10.1002/1531-8257(200011)15:6<1112::aid-mds1008>3.0.co;2-a.