

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN PARKINSON  
BẰNG LEVODOPA KẾT HỢP PRAMIPEXOLE  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Diep Tien Dat\*, Le Van Minh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: dieptiendat1996@gmail.com

TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh Parkinson được biết đến với các nhóm triệu chứng về rối loạn vận động và ngoài vận động gây tàn phế và ảnh hưởng tiêu cực lên chất lượng sống của bệnh nhân. Việc chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp nhằm giảm thiểu các ảnh hưởng tiêu cực của bệnh và tác dụng phụ của thuốc lên bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các triệu chứng lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của levodopa kết hợp pramipexole trên bệnh nhân Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 61 bệnh nhân Parkinson đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ 3/2021 đến 5/2022 được đánh giá các triệu chứng vận động, ngoài vận động, thang điểm UPDRS và thang điểm PDQ-39 lúc chưa điều trị và sau khi điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là  $65\pm 5,15$ . Điểm UPDRS lúc nhập viện  $26,6\pm 12,36$ , điểm PDQ-39 lúc nhập viện  $50,8\pm 16,2$ . Các triệu chứng vận động chủ yếu là chậm vận động (96,72%), cứng cơ, bánh xe răng cưa (96,72%) và run khi nghỉ (95,08%). Các triệu chứng ngoài vận động chủ yếu là đau, rối loạn cảm giác (93,44%), rối loạn thần kinh tự chủ (93,44%). Liệu pháp phối hợp levodopa và pramipexole giúp cải thiện điểm UPDRS phần I, II và III và điểm PDQ-39 có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ). **Kết luận:** Điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson biểu hiện thông qua sự cải thiện điểm UPDRS và điểm PDQ-39.

**Từ khóa:** Bệnh Parkinson, levodopa, pramipexole, thang điểm UPDRS, thang điểm PDQ-39.

ABSTRACT

RESULTS IN THE TREATMENT OF PARKINSON'S DISEASE  
WITH LEVODOPA COMBINED PRAMIPEXOLE  
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Diep Tien Dat, Le Van Minh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Parkinson's disease is known for its group of motor symptoms and non-motor symptoms that cause disability and negatively affect the patient's quality of life. Early diagnosis and appropriate treatment to minimize the negative effects of the disease and drug side effects on the patient. **Objective:** To describe the clinical symptoms and evaluation of the results of levodopa combined with pramipexole in the treatment of Parkinson's disease. **Material and method:** 61 individuals with Parkinson's disease admitted to Can Tho Central General Hospital from March 2021 to May 2022 investigate motor symptoms, non-motor symptoms, UPDRS scores, and PDQ-39 scores at untreated and after levodopa combined pramipexole therapy. **Results:** The mean age of disease was  $65\pm 5.15$ . Common motor symptoms were dyskinesia (96.72%), muscle stiffness, cogwheel (96.72%), and tremor (95.08%). Common non-motor symptoms were pain, sensory disturbance (93.44%), and autonomic dysfunction (93.44%). Combination therapy of levodopa and pramipexole resulted in statistically significant improvements in the UPDRS part I, II, and III scores and PDQ-39 scores ( $p<0.05$ ). **Conclusion:** Treatment with levodopa combined with pramipexole improves clinical symptoms and quality of life in Parkinson's patients, through an improvement in the UPDRS score and PDQ-39 score.

**Keywords:** Parkinson's disease, levodopa, pramipexole, UPDRS score, PDQ-39 score.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một rối loạn thoái hóa thần kinh phức tạp, biểu hiện các triệu chứng khác nhau do sự chết của tế bào thần kinh dopaminergic ở chất nền [9]. Đây là sự thoái hóa thần kinh mạn tính tiến triển thường gặp và đứng hàng thứ hai trên thế giới chỉ sau bệnh Alzheimer, ảnh hưởng 1% đến 2% dân số trên 65 tuổi [11]. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng do tuổi thọ ngày càng cao, số người mắc bệnh dự kiến sẽ tăng hơn 50% vào năm 2030 [5]. Bệnh được biết đến với các nhóm triệu chứng về rối loạn vận động và ngoài vận động. Tuy đây không phải là một bệnh ác tính, cũng không phải là một bệnh trầm trọng nhưng lại ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống, do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp nhằm giảm thiểu các ảnh hưởng tiêu cực của bệnh và tác dụng phụ của thuốc.

Hiện nay có nhiều nhóm thuốc dùng để điều trị bệnh Parkinson. Trong đó sử dụng levodopa kết hợp pramipexole có hiệu quả để điều trị ở những bệnh nhân Parkinson, cải thiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, các triệu chứng lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của bệnh. [8]. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của levodopa kết hợp pramipexole trong điều trị bệnh Parkinson. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm các mục tiêu sau:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh Parkinson trên bệnh nhân tại khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022.

+ Đánh giá kết quả điều trị thuốc levodopa kết hợp pramipexole trên bệnh nhân Parkinson tại khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson được khám và điều trị tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 3/2021 đến tháng 5/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson: Các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Hiệp hội Parkinson Vương quốc Anh (UKPDSBB) khi bệnh nhân có đủ hai tiêu chuẩn sau:

Vận động chậm.

Có ít nhất một trong triệu chứng:

+ Cứng cơ.

+ Run khi nghỉ.

+ Rối loạn tư thế [6].

+ Tiêu chuẩn sử dụng kết hợp levodopa và pramipexole:

Bệnh nhân không có chống chỉ định sử dụng levodopa và pramipexole.

Bệnh nhân đang sử dụng levodopa hoặc pramipexole nhưng đáp ứng kém hoặc không đáp ứng: Khi các thuốc điều trị không còn kiểm soát được các triệu chứng chính và/hoặc kèm những biến chứng vận động do levodopa. Các triệu chứng vận động mất tính hằng định (dao động vận động, loạn động, loạn trương lực...) và luôn thay đổi theo thời gian tác dụng của liều thuốc.

Bệnh nhân lần đầu tiên được chẩn đoán bệnh Parkinson và phân giai đoạn theo Hoehn và Yahr từ giai đoạn 2 đến giai đoạn 4.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Có bằng chứng lâm sàng (tiền sử về các bệnh nội khoa và chấn thương có thể gây ra hội chứng Parkinson thứ phát, các dấu hiệu lâm sàng không điển hình, sự không đáp ứng đối với levodopa) và/hoặc bằng có hình ảnh học gợi ý đến các hội chứng Parkinson khác của viêm não, bệnh mạch máu não, bệnh tràn dịch não thất hay bệnh sa sút trí tuệ.

+ Các bệnh nhân không hợp tác và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**- Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

**- Cỡ mẫu nghiên cứu:**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu.

Z: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95%. Tra bảng ta có chỉ số  $Z=1,96$ .

d: sai số cho phép. Ở đây chúng tôi chọn  $d=0,1$ .

$p=0,82$ , theo nghiên cứu của Yu Yongting và cộng sự (2017) tỷ lệ bệnh nhân Parkinson đáp ứng với điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole là 0,82 [10].

Lấy  $d=0,1$  ta tính được  $n=56,7$ . Như vậy số lượng mẫu nghiên cứu ít nhất là 57 mẫu. Số lượng mẫu thực tế trong nghiên cứu này là 61.

**- Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: Những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

**- Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung:

Tuổi: Tuổi thật của bệnh nhân tính bằng năm.

Giới: Phân chia thành 2 nhóm nam và nữ.

+ Đặc điểm lâm sàng:

Thang điểm chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson (PDQ-39): tính bằng điểm.

Thang điểm thống nhất đánh giá bệnh nhân Parkinson (UPDRS): tính bằng điểm.

Triệu chứng lâm sàng vận động: có ở một bên hay hai bên.

+ Run ngón chi: run ở ngón chi, rõ nhất ở tư thế nghỉ. Run tăng lên khi căng thẳng cảm xúc, cải thiện khi vận động có chủ ý.

+ Chậm vận động: chậm di chuyển, di chuyển khó lúc khởi đầu.

+ Cứng cơ với bánh xe răng cưa: cứng cơ hay tăng trương lực cơ kiểu ngoại tháp. Dấu bánh xe răng cưa tìm thấy khi vận động đối kháng ở cổ tay và cổ chân.

+ Bất thường tư thế đứng và dáng đi: bệnh nhân khó khăn khi đứng dậy ra khỏi giường hoặc từ ghế và có tư thế gập người khi đứng.

+ Các bất thường vận động khác: co giật mi mắt nhẹ, co thắt mi mắt (nhắm mi mắt không chủ ý) và chảy nước bọt.

Triệu chứng lâm sàng ngoài vận động: chia hai nhóm có hoặc không.

+ Rối loạn khứu giác.

+ Suy giảm nhận thức: rối loạn chức năng điều hành, thay đổi nhân cách, trầm cảm, lo lắng, sự thờ ơ, cảm giác mệt mỏi.

+ Đau và rối loạn cảm giác.  
+ Rối loạn thần kinh tự chủ: tiểu gấp và tiểu không tự chủ, táo bón, hạ huyết áp thể đứng.

+ Hội chứng chân không yên: bệnh nhân cảm thấy bức rức khó chịu ở chân cần phải cử động liên tục để thoát khỏi cảm giác khó chịu này.

+ Táo bón.

+ Kết quả điều trị:

Phác đồ dùng thuốc.

+ Dựa trên điều kiện thực tế ở địa điểm nghiên cứu, chúng tôi tiến hành song song hai phác đồ ở hai nhóm đối tượng được chia ngẫu nhiên.

- Nhóm 1: 30 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên. Nhóm này được sử dụng phác đồ 1: chỉ dùng thuốc levodopa. Liều levodopa sử dụng khởi đầu là 50-100mg sử dụng 3 lần mỗi ngày. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng levodopa/benserazide 200/50, ½ viên uống 3 lần/ngày. Uống kèm với thức ăn, tăng đến 1,5 viên – 3 viên khi cần và tùy theo dung nạp.

- Nhóm 2: 31 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên. Nhóm này được sử dụng phác đồ 2: dùng kết hợp thuốc levodopa và pramipexole. Levodopa sử dụng khởi đầu là 50-100mg sử dụng 3 lần mỗi ngày. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng levodopa/benserazide 200/50, ½ viên uống 3 lần/ngày. Uống kèm với thức ăn, tăng đến 1,5 viên – 3 viên khi cần và tùy theo dung nạp. Pramipexole trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng pramipexole 0,25mg, ½ viên uống 2 lần/ngày.

+ Thời điểm đánh giá kết quả điều trị: Khi nhập viện và khi xuất viện.

+ Đánh giá kết quả điều trị:

Tiến hành đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc thông qua sự thay đổi về điểm UPDRS phần I, II, III và PDQ-39:

+ Tính điểm theo thang điểm UPDRS phần I, II, III: với điểm số thấp hơn cho thấy các triệu chứng nhẹ hơn.

+ Tính điểm theo thang điểm PDQ-39: với điểm số thấp hơn cho thấy chất lượng cuộc sống tốt hơn.

- **Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:**

+ Công cụ thu thập số liệu: mẫu thu thập số liệu soạn sẵn, bệnh án.

+ Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được khảo sát theo phiếu thu thập số liệu soạn sẵn: Tiến hành hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ ở các thời điểm nhập viện, khi xuất viện.

+ Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Mã hóa các biến số. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Khi tiến hành phân tích, chúng tôi không phân tích những trường hợp mất dữ liệu.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y Đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

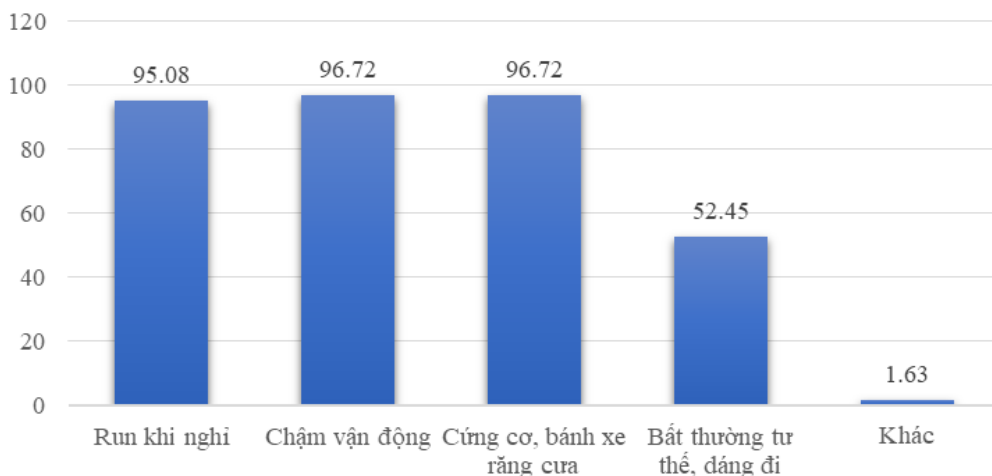
Nghiên cứu ở 61 bệnh nhân thấy tuổi trung bình mắc bệnh là  $65 \pm 5,15$ , trong đó tuổi lớn nhất là 87, tuổi nhỏ nhất là 45. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 45,9%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 54,1%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Điểm UPDRS trung bình lúc nhập viện:  $26,6 \pm 12,36$ , trong đó giá trị lớn nhất 61, giá trị nhỏ nhất là 12.

Điểm PDQ-39 trung bình lúc nhập viện:  $50,8 \pm 16,2$ , trong đó giá trị lớn nhất 86 giá trị nhỏ nhất là 10.

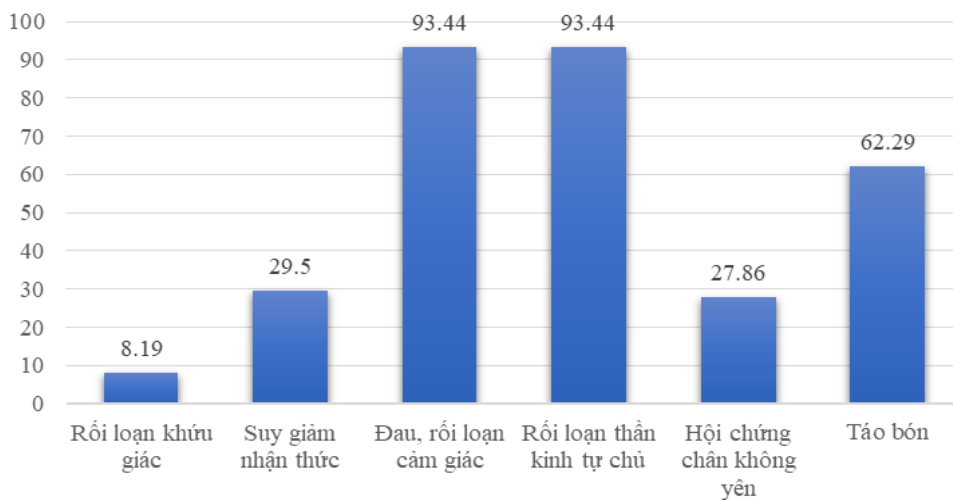
Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng vận động (%)



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng vận động

Nhận xét: Các triệu chứng vận động chủ yếu là chậm vận động (96,72%), cứng cơ, bánh xe răng cưa (96,72%) và run khi nghỉ (95,08%). Bất thường tư thế dáng đi ít gặp hơn (52,45%). 01 bệnh nhân có triệu chứng khác chảy nước bọt, co thắt mi mắt (1,63%).

Tỷ lệ triệu chứng lâm sàng ngoài vận động (%)



Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng ngoài vận động

Nhận xét: Các triệu chứng ngoài vận động chủ yếu là đau, rối loạn cảm giác (93,44%), rối loạn thần kinh tự chủ (93,44%), táo bón (62,29%), tiếp đến là suy giảm nhận thức (29,5%) và hội chứng chân không yên (27,86%), rối loạn khứu giác thì ít gặp hơn (8,19%).

### 3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 1. Sự cải thiện thang điểm UPDRS sau điều trị

	UPDRS I		UPDRS II		UPDRS III	
	Khi nhập viện	Khi xuất viện	Khi nhập viện	Khi xuất viện	Khi nhập viện	Khi xuất viện
Nhóm 1 (n=30)	4,52±1,02	2,85±0,62*	22,16±3,51	17,62±2,35*	28,05±6,03	23,35±4,69*
Nhóm 2 (n=31)	4,12±1,09	2,23±0,23*	21,36±4,01	13,25±3,06*	27,36±5,57	19,93±3,85*
p	0,781	<0,001	0,235	<0,001	0,367	<0,001

(\*p<0,05 so với giá trị trước đó trong cùng nhóm)

Nhận xét: Khi nhập viện, không có sự khác biệt đáng kể trong điểm trung bình UPDRS các phần giữa 2 nhóm. Khi xuất viện, điểm trung bình UPDRS các phần đều giảm đáng kể ở cả hai nhóm so với khi nhập viện (p<0,05). Hơn nữa, điểm trung bình UPDRS các phần đều giảm đáng kể trong nhóm nghiên cứu (nhóm 2) so với nhóm chứng (nhóm 1) (p<0,05).

Bảng 2. Sự cải thiện thang điểm PDQ-39 sau điều trị

	n	Khi nhập viện	Khi xuất viện	p
Nhóm 1	30	51,57±14,81	35,46±5,18	<0,001
Nhóm 2	31	49,39±16,32	28,36±6,31	<0,001
p		0,625	<0,001	

Nhận xét: Khi nhập viện, không có sự khác biệt đáng kể trong điểm PDQ-39 giữa hai nhóm. Ngược lại, điểm trung bình PDQ-39 giảm đáng kể ở cả hai nhóm sau khi xuất viện (p<0,05). Hơn nữa, sau khi xuất viện điểm PDQ-39 thấp hơn đáng kể trong nhóm nghiên cứu (nhóm 2) so với đối chứng (nhóm 1) (p<0,05).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Về đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu ở 61 bệnh nhân thấy tuổi trung bình mắc bệnh là 65±5,15, trong đó tuổi lớn nhất là 87, tuổi nhỏ nhất là 45. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đình Cường và cộng sự (2020) tuổi trung bình mắc bệnh là 63,15±11,23, tuổi lớn nhất là 86, tuổi nhỏ nhất là 27 [1]. Như vậy, bệnh Parkinson chủ yếu gặp ở người lớn tuổi phù hợp dịch tễ học của bệnh. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 45,9%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 54,1% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Linh và cộng sự (2020) tỷ lệ bệnh nhân nam là 47,6% và tỷ lệ bệnh nhân nữ là 52,4% [3].

Điểm thống nhất đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS) lúc nhập viện: 26,6±12,36, trong đó giá trị lớn nhất 61, giá trị nhỏ nhất là 12. Nhìn chung lúc nhập viện các bệnh nhân có điểm UPDRS ở mức trung bình, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đình Cường và cộng sự (2020) [1]. Điểm theo thang điểm PDQ-39 lúc nhập viện: 50,8±16,2

cho thấy bệnh Parkinson có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Linh và cộng sự (2020) với điểm PDQ-39 trung bình là  $51,69 \pm 17,33$  [3]. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Đào Thùy Dương và Nguyễn Thanh Bình (2021) với điểm PDQ-39 trung bình là  $49,4 \pm 30,5$  [2].

Các triệu chứng vận động chủ yếu là chậm vận động (96,72%), cứng cơ, bẻ khớp (96,72%) và run khi nghỉ (95,08%). Bất thường tư thế dáng đi ít gặp hơn (52,45%). 1 bệnh nhân có triệu chứng khác chảy nước bọt, co thắt mi mắt (1,63%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Đình Cương và cộng sự (2020) [1]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh và Trần Ngọc Tài (2009) [4]. Có thể thấy các triệu chứng vận động gặp ở hầu hết các bệnh nhân và các triệu chứng này một phần nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán nên chiếm tỷ lệ cao.

Chúng tôi ghi nhận các triệu chứng ngoài vận động chủ yếu là đau, rối loạn cảm giác (93,44%), rối loạn thần kinh tự chủ (93,44%), táo bón (62,29%), tiếp đến là suy giảm nhận thức (29,5%) và hội chứng chân không yên (27,86%), rối loạn khứu giác thì ít gặp hơn (8,19%). Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Cương và cộng sự (2020) [1]. Trong nghiên cứu của Đào Thùy Dương và Nguyễn Thanh Bình (2021) các triệu chứng ngoài vận động có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi: đau, rối loạn cảm giác là 70%, rối loạn thần kinh tự chủ 5% [2]. Điều này cho thấy triệu chứng ngoài vận động có thể không hằng định và khác nhau khi nghiên cứu, nó không phải là triệu chứng đặc trưng cho bệnh.

#### **4.2. Về kết quả điều trị**

Đánh giá trên thang điểm UPDRS phần I, nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có điểm trung bình trước điều trị là  $4,12 \pm 1,09$  và có cải thiện sau khi được điều trị là  $2,23 \pm 0,23$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhóm điều trị bằng levodopa có điểm trước trung bình điều trị là  $4,52 \pm 1,02$  và có cải thiện sau khi được điều trị là  $2,85 \pm 0,62$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). So sánh điểm trung bình sau điều trị cho thấy nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có sự cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Đánh giá trên thang điểm UPDRS phần II, nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có điểm trung bình trước điều trị là  $21,36 \pm 4,01$  và có cải thiện sau khi được điều trị là  $13,25 \pm 3,06$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhóm điều trị bằng levodopa có điểm trước trung bình điều trị là  $22,16 \pm 3,51$  và có cải thiện sau khi được điều trị là  $17,62 \pm 2,35$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). So sánh điểm trung bình sau điều trị cho thấy nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có sự cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Đánh giá trên thang điểm UPDRS phần III, nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có điểm trung bình trước điều trị là  $27,36 \pm 5,57$  và có cải thiện sau khi được điều trị là  $19,93 \pm 3,85$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhóm điều trị bằng levodopa có điểm trước trung bình điều trị là  $28,05 \pm 6,03$  và có cải thiện sau khi được điều trị là  $23,35 \pm 4,69$  có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). So sánh điểm trung bình sau điều trị cho thấy nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có sự cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Jinzhong Huang và cộng sự (2020) [7] và nghiên cứu Yu Yongting và cộng sự (2017) [10].

Đánh giá kết quả qua thang điểm PDQ-39: Trước điều trị điểm trung bình ở nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole là  $49,39 \pm 16,32$  và có sự cải thiện với điểm trung bình sau điều trị là  $28,36 \pm 6,31$ , sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhóm điều trị bằng levodopa có điểm trước trung bình điều trị là  $51,57 \pm 14,81$  và có sự cải thiện với điểm trung bình sau điều trị là  $35,46 \pm 5,18$ , sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê

( $p < 0,05$ ). So sánh điểm trung bình sau điều trị cho thấy nhóm điều trị bằng levodopa kết hợp pramipexole có sự cải thiện tốt hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Jinzhong Huang và cộng sự (2020) [7].

## **V. KẾT LUẬN**

Bệnh Parkinson gặp chủ yếu ở người lớn tuổi. Các triệu chứng vận động chủ yếu là chậm vận động, cứng cơ, bánh xe răng cưa và run khi nghỉ. Các triệu chứng ngoài vận động chủ yếu là đau, rối loạn cảm giác, rối loạn thần kinh tự chủ. Liệu pháp phối hợp levodopa và pramipexole giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Parkinson biểu hiện thông qua sự cải thiện điểm UPDRS và điểm PDQ-39 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Đình Cường và cộng sự (2020), “Nghiên cứu đặc điểm rối loạn vận động và ngoài vận động ở bệnh nhân Parkinson”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 490(2), tr.22-25.
2. Đào Thùy Dương và Nguyễn Thanh Bình (2021), “Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson thể cứng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 505(2), tr.153-156.
3. Nguyễn Thúy Linh, Nguyễn Văn Liệu (2020), “Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân Parkinson bằng thang điểm PDQ-39, SF36 và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 494(1), tr.153-156.
4. Lê Minh, Trần Ngọc Tài (2009), “Đặc điểm lâm sàng về chức năng vận động của bệnh Parkinson và phân độ chẩn đoán theo Hoehn và Yahr”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13(1), tr.363-369.
5. Dorsey ER, Constantinescu R, *et al.* (2005), “Projected number of people with Parkinson disease in the most populous nations, 2005 through 2030”, *Neurology* 2007 Jan, 68(5), pp.384-6.
6. Hughes AJ, Daniel SE, *et al.* (1992), “Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson’s disease. A clinico-pathological study of 100 cases”, *JNNP* 1992, 55, pp.181-184.
7. Huang J, Hong W, *et al.* (2020), “Efficacy of pramipexole combined with levodopa for Parkinson’s disease treatment and their effects on QOL and serum TNF- $\alpha$  levels”, *Journal of International Medical Research*, 48(7), pp.1-11.
8. Jiang DQ, Zang QM, *et al.* (2021), “Comparison of pramipexole and levodopa/benserazide combination therapy versus levodopa/benserazide monotherapy in the treatment of Parkinson’s disease: a systematic review and meta-analysis”, *Naunyn Schmiedeberg’s Arch Pharmacol*, 394(9), pp.1893-1905.
9. Kalia LV, Lang AE (2015), “Parkinson’s disease”, *Lancet*. 2015 Aug 29, 386(9996), pp.896-912.
10. Yu, Yongting, *et al.* (2017), “Observation on the curative effect of madopar combined with pramipexole in the treatment of Parkinson’s diseases”, *Advanced Emergency Medicine*, 6(1), pp.4-8.
11. Zoghbi H.Y (2013), “Genetic mechanisms in degenerative diseases of nervous system”, *Principles of neural science, 5th edition*, pp.999-1014.

(Ngày nhận bài: 13/7/2022 – Ngày duyệt đăng: 10/9/2022)

---