

## BIẾN CHỨNG VẬN ĐỘNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN PARKINSON TẠI CẦN THƠ

**Phạm Thị Trúc Đào\*, Lê Văn Minh, Lâm Tiên Uyên**

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: pttrucdao0102@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/4/2026

Ngày phản biện: 19/4/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh Parkinson là một bệnh lý thoái hóa thần kinh tiến triển. Trong quá trình diễn tiến bệnh, các biến chứng vận động thường xuất hiện và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tỷ lệ biến chứng vận động và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson theo Hiệp hội Quốc tế về Parkinson và Rối loạn Vận động, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 7/2024 đến tháng 2/2026. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 90 bệnh nhân Parkinson với nữ chiếm 60%, độ tuổi trung bình  $72,7 \pm 11,7$ , tuổi khởi phát trung bình  $64,6 \pm 9,8$ , thời gian mắc bệnh trung bình là  $8,0 \pm 4,2$  năm. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng vận động là 73,3%. Trong đó, loạn động chiếm 8,8%, hiện tượng tắt dần cuối liều 28,8%, hiện tượng bật-tắt 20% và chậm trạng thái bật 15,6%. Điểm MDS-UPDRS III ở nhóm có biến chứng  $39,9 \pm 7,4$ , cao hơn nhóm không có biến chứng ( $p < 0,001$ ). Các yếu tố liên quan đến biến chứng vận động: thời gian mắc bệnh, thời gian sử dụng Levodopa, liều Levodopa và chủ yếu xuất hiện ở giai đoạn tiến triển. **Kết luận:** Biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson là tình trạng thường gặp sau một thời gian mắc bệnh, nghiên cứu ghi nhận dao động vận động phổ biến hơn loạn động, trong đó hiện tượng tắt dần cuối liều chiếm tỷ lệ cao nhất. Đồng thời, các yếu tố như thời gian mắc bệnh kéo dài, thời gian sử dụng levodopa lâu hơn, liều levodopa cao và giai đoạn bệnh nặng có liên quan chặt chẽ đến sự xuất hiện của các biến chứng vận động.

**Từ khóa:** Dao động vận động, loạn động, Parkinson.

### ABSTRACT

## MOTOR COMPLICATIONS AND ASSOCIATED FACTORS IN PARKINSON'S DISEASE PATIENTS IN CAN THO CITY

**Phạm Thị Trúc Đào\*, Lê Văn Minh, Lâm Tiên Uyên**

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Parkinson's disease is a progressive neurodegenerative disorder in which motor complications frequently develop and significantly impair patients' quality of life. **Objective:** To determine the prevalence of motor complications and identify associated factors in patients with Parkinson's disease. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 90 patients diagnosed according to the criteria of the International Parkinson and Movement Disorder Society at Can Tho Central General Hospital from July 2024 to February 2026. **Results:** Among 90 patients, 60% were female. The mean age was  $72.7 \pm 11.7$  years, mean age at onset  $64.6 \pm 9.8$  years, and mean disease duration  $8.0 \pm 4.2$  years. The prevalence of motor complications was 73.3%. Wearing-off was the most common (28.8%), on-off phenomenon (20%), followed by delayed-on (15.6%), and dyskinesia (8.8%). The mean MDS-UPDRS III score was significantly higher in patients with motor complications ( $39.9 \pm 7.4$ ) compared to those without ( $p < 0.001$ ).

*Motor complications were associated with longer disease duration, prolonged levodopa use, higher levodopa dose, and advanced disease stage. **Conclusion:** Motor complications are common in Parkinson's disease, with motor fluctuations occurring more frequently than dyskinesia. Wearing-off was the predominant pattern. Longer disease duration, extended levodopa exposure, higher dosage, and advanced stage were strongly associated with motor complications.*

**Keywords:** Motor fluctuations, Dyskinesia, Parkinson's disease.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson là một bệnh thoái hóa thần kinh mạn tính tiến triển, do sự mất dần các tế bào dopaminergic tại chất đen, gây thiếu hụt dopamine ở thể vân [1]. Biểu chứng vận động trong bệnh Parkinson chủ yếu liên quan đến sự thoái hóa tiến triển của các neuron dopaminergic và việc sử dụng levodopa kéo dài. Khi khả năng dự trữ dopamine của não giảm dần, đáp ứng với levodopa trở nên phụ thuộc trực tiếp vào nồng độ thuốc trong máu, gây hiện tượng dao động vận động. Đồng thời, kích thích dopaminergic không liên tục do levodopa đường uống làm thay đổi tính nhạy cảm của thụ thể dopamine, dẫn đến loạn động và các biến chứng vận động khác. Nguy cơ xuất hiện biến chứng tăng theo thời gian mắc bệnh, thời gian điều trị và liều levodopa tích lũy [2]. Các nghiên cứu trước đây cho thấy khoảng 40% bệnh nhân Parkinson được điều trị bằng levodopa trong 4 - 6 năm xuất hiện dao động vận động và loạn động do levodopa [3], và 74% bệnh nhân phát triển ít nhất một biến chứng vận động trong vòng 4 năm sau khi bắt đầu điều trị bằng levodopa [4], [5]. Nghiên cứu của Chen và cộng sự ghi nhận tỷ lệ hiện tượng tắt dần là 46,5% và loạn động là 10,3% [6]. Một số yếu tố được ghi nhận có liên quan đến sự xuất hiện biến chứng vận động như tuổi khởi phát bệnh trẻ, thời gian mắc bệnh và thời gian điều trị levodopa càng lâu thì nguy cơ xuất hiện dao động vận động và loạn động càng cao [7]. Các biến chứng vận động không chỉ làm nặng thêm tình trạng bệnh mà còn ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tại Cần Thơ, các nghiên cứu về biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson vẫn còn hạn chế, trong khi đây là nhóm biến chứng thường gặp, ảnh hưởng đáng kể đến khả năng vận động, sinh hoạt hằng ngày và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bên cạnh đó, việc nhận diện các yếu tố liên quan đến biến chứng vận động có ý nghĩa quan trọng trong theo dõi, tiên lượng và tối ưu hóa điều trị. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu “Biến chứng vận động và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Parkinson tại Cần Thơ” được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm, xác định tỷ lệ biến chứng vận động và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Parkinson.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Parkinson Hiệp hội Quốc tế về Parkinson và Rối loạn Vận động 2015 [8].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Parkinson thứ phát (do thuốc, do mạch máu, do chấn thương, do nhiễm trùng, do tổn thương cấu trúc não); Các hội chứng Parkinson không điển hình; Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc rối loạn tâm thần làm hạn chế khả năng khai thác bệnh sử và đánh giá lâm sàng; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thời gian và địa điểm:** Khoa nội thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 7/2024 - 02/2026.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ: Theo nghiên cứu của Trần Thanh Hùng và cộng sự (2021) [9], tỷ lệ biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson là 72,2% nên chúng tôi chọn  $p=0,722$ . Dựa vào công thức chúng tôi được cỡ mẫu tối thiểu 78 mẫu. Trên thực tế, chúng tôi thu thập được 90 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh.

+ Đặc điểm biến chứng vận động: loại biến chứng vận động nổi bật, thời gian sử dụng Levodopa, liều Levodopa, giai đoạn bệnh Hoehn – Yahr

+ Các thang điểm:

PDQ-8: đánh giá chất lượng cuộc sống thông qua bảng gồm 8 câu hỏi về các lĩnh vực trong đời sống, điểm càng cao chất lượng cuộc sống càng thấp.

MDS-UPDRS III: Thang đánh giá tổng quát bệnh Parkinson của Hiệp hội Rối loạn Vận động, phần III thăm khám vận động, điểm càng cao triệu chứng vận động càng nặng.

- **Phân tích và xử lý số liệu:** Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng và thu thập các thông tin theo phiếu thu thập thông tin. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố dữ liệu. So sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm sử dụng phép kiểm Student's t-test đối với biến có phân bố chuẩn và phép kiểm Mann-Whitney U đối với biến không có phân bố chuẩn. Các yếu tố liên quan với biến chứng vận động được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với  $p < 0,05$ .

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của hội đồng đạo đức số 24.326.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 06 năm 2024 trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm                 | Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn |
|--------------------------|----------------------------------------|
| Tuổi (năm)               | 72,7 $\pm$ 11,7                        |
| Giới tính nam/nữ (n=90)  | 36/54                                  |
| Tuổi khởi phát (năm)     | 64,6 $\pm$ 9,8                         |
| Thời gian mắc bệnh (năm) | 8,0 $\pm$ 4,2                          |
| Giai đoạn Hoehn & Yahr   | 3 (2-3)                                |

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ chiếm 60%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 72,7  $\pm$  11,7 tuổi, tuổi khởi phát bệnh trung bình là 64,6  $\pm$  9,8 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình 8,0  $\pm$  4,2 năm. Trung vị giai đoạn Hoehn & Yahr là 3, cho thấy phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn 2-3 của bệnh.

#### 3.2. Đặc điểm và tỷ lệ biến chứng vận động

Bảng 2. Các biến chứng vận động nổi bật ghi nhận ở bệnh nhân Parkinson

| Đặc điểm  | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|--------------|-----------|
| Loạn động | 8            | 8,8       |

| Đặc điểm    | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------|--------------|-----------|
| Wearing OFF | 26           | 28,8      |
| ON-OFF      | 18           | 20,0      |
| Delayed ON  | 14           | 15,6      |

Nhận xét: Biểu chứng vận động ghi nhận với tỷ lệ 73,3%. Một bệnh nhân có thể đồng thời xuất hiện nhiều biểu chứng vận động, nghiên cứu ghi nhận biểu chứng nổi bật nhất ở thời điểm nghiên cứu. Hiện tượng tắt dần (Wearing OFF) thường gặp nhất (28,8%), tiếp theo là hiện tượng bật-tắt (ON-OFF) (20,0%) và chậm khởi phát tác dụng thuốc (Delayed ON) (15,6%).

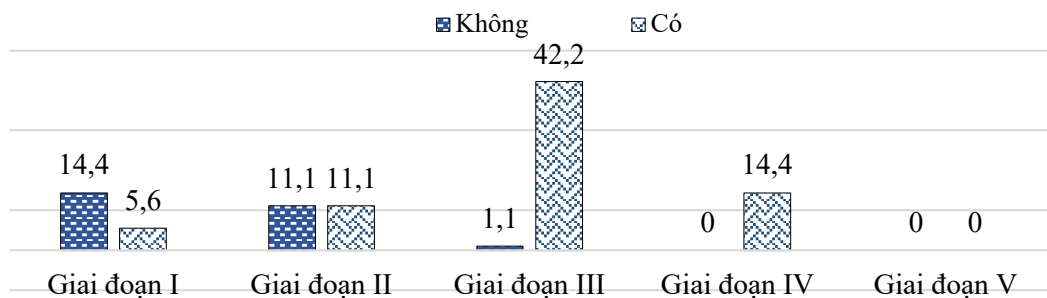
Bảng 3. So sánh độ nặng và chất lượng cuộc sống giữa các nhóm

| Đặc điểm      | Có biểu chứng<br>(n=66) | Không có biểu chứng<br>(n=24) | p         |
|---------------|-------------------------|-------------------------------|-----------|
| PDQ-8         | 12,9±5,1                | 5,2±2,6                       | p<0,001** |
| MDS-UPDRS III | 39,9±7,4                | 18,5±5,4                      | p<0,001** |
| Tổng: n = 90  |                         |                               |           |

\*\*t-test

Nhận xét: Nhóm có biểu chứng vận động có điểm PDQ-8 và MDS-UPDRS III cao hơn rõ rệt so với nhóm không có biểu chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

### 3.3. Một số yếu tố liên quan biểu chứng vận động



Biểu đồ 1. Phân bố biểu chứng vận động theo giai đoạn Hoehn & Yahr

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy biểu chứng vận động có xu hướng tăng theo mức độ nặng của bệnh. Tại giai đoạn II, tỷ lệ hai nhóm tương đối tương đương. Sự khác biệt rõ nhất ở giai đoạn III, khi nhóm có biểu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất 42,2%, trong khi nhóm không có biểu chứng chỉ 1,1%. Ở giai đoạn IV, chỉ ghi nhận bệnh nhân có biểu chứng và không có trường hợp nào ở giai đoạn V.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan biểu chứng vận động

| Đặc điểm                         | Có biểu chứng<br>(n=66) | Không có biểu chứng<br>(n=24) | p         |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------|
| Tuổi (năm)                       | 73,1±11,8               | 71,4±11,9                     | p=0,545** |
| Tuổi khởi phát (năm)             | 63,3±9,4                | 66,5±8,8                      | p=0,074** |
| Thời gian sử dụng Levodopa (năm) | 9 (6-12)                | 3 (1-7)                       | p<0,001*  |
| Thời gian mắc bệnh (năm)         | 9 (6,75-12)             | 2,5 (1-7,5)                   | p<0,001*  |
| Liều Levodopa (mg/ngày)          | 375<br>(375-375)        | 337,5<br>(203,5-375)          | p<0,001*  |

| Đặc điểm               | Có biến chứng<br>(n=66) | Không có biến chứng<br>(n=24) | p             |
|------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------|
| Giai đoạn Hoehn & Yahr | 3 (1-4)                 | 1 (1-2)                       | $p < 0,001^*$ |

\*\**t-test*\**Mann Whitney test*

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa hai nhóm có và không có biến chứng vận động ( $p=0,545$ ) và tuổi khởi phát ở nhóm có biến chứng có xu hướng thấp hơn nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ( $p = 0,074$ ). Thời gian sử dụng Levodopa và thời gian mắc bệnh ở nhóm có biến chứng dài hơn đáng kể so với nhóm còn lại; liều Levodopa ở nhóm có biến chứng cao hơn so với nhóm không biến chứng; giai đoạn Hoehn & Yahr ở nhóm có biến chứng cao hơn rõ rệt, các sự khác biệt trên đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan với biến chứng vận động

| Biến                    | OR    | p     |
|-------------------------|-------|-------|
| Tuổi khởi phát          | 0,729 | 0,007 |
| Thời gian dùng levodopa | 0,151 | 0,504 |
| Thời gian mắc bệnh      | 9,551 | 0,417 |
| Giai đoạn Hoehn & Yahr  | —     | 0,025 |
| Liều levodopa           | 1,019 | 0,075 |

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận tuổi khởi phát và giai đoạn Hoehn and Yahr có liên quan với biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson ( $p < 0,05$ ). Các yếu tố khác như thời gian mắc bệnh, thời gian sử dụng levodopa và liều levodopa chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát tỷ lệ xuất hiện và đặc điểm biến chứng vận động trên 90 bệnh nhân Parkinson điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong giai đoạn 7/2024–2/2026. Trong mẫu nghiên cứu, đa số là nữ giới (60%); tuổi trung bình là  $72,7 \pm 11,7$ ; tuổi khởi phát bệnh  $64,6 \pm 9,8$  và thời gian mắc bệnh trung bình  $8,0 \pm 4,2$  năm. Đây là nhóm bệnh nhân tương đối cao tuổi, với thời gian bệnh kéo dài. Khi so sánh với nghiên cứu của Sun và cộng sự [10], tuổi  $65,8 \pm 9,1$ , tuổi khởi phát:  $60,8 \pm 9,9$ , thời gian mắc bệnh:  $4,9 \pm 3,9$ , nhận thấy sự khác biệt giữa 2 nghiên cứu, nhóm nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng già hơn nên thời gian mắc bệnh tương đối lâu hơn, có thể giải thích cho việc tỷ lệ xuất hiện biến chứng cũng cao hơn.

### 4.2. Đặc điểm và tỷ lệ biến chứng vận động

Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng vận động khá cao 73,3%, tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Trần Thanh Hùng và cộng sự ghi nhận 72,2% ( $n=72$ ) bệnh nhân có biến chứng vận động [9]. Sự tương đồng này có thể phản ánh đặc điểm dân số bệnh nhân tại Việt Nam. Tuy nhiên, khi so sánh với nghiên cứu quốc tế của Bjornestad và cộng sự, trong đó tỷ lệ biến chứng vận động sau 5 năm là 52,4% ( $n=189$ ) [7], hay nghiên cứu của Sun và cộng sự là 48,4% ( $n=166$ ) [10]. Sự chênh lệch này có thể được lý giải bởi nhiều yếu tố: khác biệt về đặc điểm dân số, cũng như quy mô mẫu, thời gian mắc bệnh trung bình so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong biến chứng vận động, chúng tôi ghi

nhận tỷ lệ dao động vận động có tần suất cao hơn với hiện tượng tắt dần là 28,8%, tỷ lệ loạn động 8,8%. Điều này có thể hiểu do loạn động thường liên quan đến quá liều levodopa, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận liều Levodopa không quá cao, nên loạn động ít gặp hơn dao động vận động. Có sự tương đồng giữa các biến chứng vận động trong nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu như nghiên cứu của Bjornestad và cộng sự [7], tỷ lệ dao động vận động chiếm đa số, nổi bật là hiện tượng tắt dần là 42,9%, loạn động 10,2%; nghiên cứu của Sun và cộng sự [10] có tỷ lệ loạn động là 15,06%, dao động vận động là 46,38%.

#### 4.3. Một số yếu tố liên quan đến biến chứng vận động

Khi đánh giá mức độ nặng của triệu chứng vận động, điểm trung bình MDS-UPDRS III ở nhóm có biến chứng vận động cao hơn rõ rệt so với nhóm không có biến chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Baihua Sun và cộng sự [10], trong đó điểm MDS-UPDRS III ở nhóm loạn động là  $38,08 \pm 15,18$  ( $p=0,03$ ) và ở nhóm dao động vận động là  $25,7 \pm 13,9$  ( $p=0,021$ ), trong khi nhóm không có một trong hai biến chứng trên ghi nhận điểm thấp hơn. Kết quả nghiên cứu ghi nhận điểm MDS-UPDRS III ở nhóm có biến chứng vận động cao hơn so với nhóm không có biến chứng, cho thấy có mối liên quan giữa biến chứng vận động và mức độ nặng triệu chứng vận động.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tuổi ( $p=0,545$ ) và tuổi khởi phát bệnh ( $p=0,074$ ) giữa hai nhóm có và không có biến chứng vận động. Trong khi nghiên cứu của Sun và cộng sự [10] cho thấy tuổi khởi phát thấp hơn có liên quan đến cả dao động vận động ( $p < 0,001$ ) và loạn động ( $p = 0,007$ ). Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có dân số già hơn, tuổi khởi phát trễ hơn nghiên cứu đối chứng. Tuy nhiên, xu hướng chung đều cho thấy khởi phát bệnh ở tuổi trẻ có thể làm tăng nguy cơ biến chứng về sau. Về thời gian mắc bệnh và thời gian sử dụng Levodopa, cả hai nghiên cứu đều cho thấy sự khác biệt rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh ở nhóm có biến chứng cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Gandhi và cộng sự cũng ghi nhận thời gian bệnh dài hơn liên quan chặt chẽ với dao động vận động và loạn động ( $p < 0,001$ ) [11]. Điều này phù hợp với đặc điểm tiến triển của bệnh Parkinson, khi biến chứng vận động thường ghi nhận nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có thời gian bệnh kéo dài. Đối với liều Levodopa, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận liều cao hơn ở nhóm có biến chứng ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Sun và cộng sự cũng cho thấy liều Levodopa ( $p \leq 0,03$ ), Điều này cho thấy có sự liên quan giữa liều levodopa tích lũy và sự xuất hiện biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson. Nhóm có biến chứng chủ yếu ở giai đoạn Hoehn & Yahr 3–4, trong khi nhóm không biến chứng tập trung ở giai đoạn 1–2; nghiên cứu đối chiếu [10] cũng cho thấy giai đoạn bệnh cao có liên quan chặt chẽ với dao động và loạn động ( $p < 0,001$ ). Các kết quả nghiên cứu trên đều ghi nhận biến chứng vận động thường gặp hơn ở nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh nặng hơn.

Phân tích hồi quy logistic đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi khởi phát và giai đoạn Hoehn and Yahr scale có liên quan với biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson. Kết quả này cho thấy biến chứng vận động thường gặp hơn ở nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh nặng hơn và tuổi khởi phát trễ hơn.

Nghiên cứu còn một số hạn chế: cỡ mẫu chưa lớn và thiết kế cắt ngang nên chưa đánh giá được mối liên quan nhân quả. Ngoài ra, ở những bệnh nhân có nhiều biến chứng vận động phối hợp, nghiên cứu chỉ ghi nhận biểu hiện vận động nổi bật tại thời điểm khảo sát. Do đó,

cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hơn đặc điểm và các yếu tố liên quan đến biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson.

## V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 90 bệnh nhân mắc Parkinson được đưa vào nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao xuất hiện biến chứng vận động. Trong đó hiện tượng tắt dần chiếm tỷ lệ cao nhất. Ở nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh và sử dụng Levodopa dài, liều levodopa cao và giai đoạn bệnh 3-4 thường xuất hiện biến chứng vận động. Bệnh nhân có biến chứng vận động có triệu chứng vận động nặng và chất lượng cuộc sống kém hơn so với nhóm còn lại. Cần tăng cường phát hiện sớm và theo dõi biến chứng vận động ở bệnh nhân Parkinson, từ đó tối ưu hóa điều trị và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kadastik-Eerme L, Taba N, Asser T, Taba P. Factors associated with motor complications in Parkinson's disease. *Brain Behav.* 2017. 7(10), e00837. <https://doi.org/10.1002/brb3.837>.
  2. Thanvi B, Lo N, Robinson T. Levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease: clinical features, pathogenesis, prevention and treatment. *Postgrad Med J.* 2007. 83(980), 384-8. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2006.054759>.
  3. Espay AJ, Morgante F, Merola A, *et al.* Levodopa-induced dyskinesia in Parkinson disease: Current and evolving concepts. *Ann Neurol.* 2018. 84(6), 797-811. <https://doi.org/10.1002/ana.25364>.
  4. Stocchi F, Antonini A, Barone P, *et al.* Early Detection of wearing off in Parkinson disease: the DEEP study. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014. 20(2), 204-11. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.10.027>.
  5. Tran TN, Võ TNN, Frei K, Truong DD. Levodopa-induced dyskinesia: clinical features, incidence, and risk factors. *J Neural Transm (Vienna).* 2018. 125(8), 1109-1117. <https://doi.org/10.1007/s00702-018-1900-6>.
  6. Chen W, Xiao Q, Shao M, *et al.* Prevalence of wearing-off and dyskinesia among the patients with Parkinson's disease on levodopa therapy: a multi-center registry survey in mainland China. *Transl Neurodegener.* 2014. 3(1), 26. <https://doi.org/10.1186/2047-9158-3-26>.
  7. Bjornestad A, Forsaa EB, Pedersen KF, Tysnes OB, Larsen JP, Alves G. Risk and course of motor complications in a population-based incident Parkinson's disease cohort. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016, 22, 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2015.11.007>.
  8. Postuma RB, Berg D, Stern M, *et al.* MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2015. 30(12), 1591-601. <https://doi.org/10.1002/mds.26424>.
  9. Thanh Hùng T, Anh Nhị V, Xuân Cảnh N. Mối liên quan giữa biến chứng vận động và tình trạng chậm làm trống dạ dày trong bệnh Parkinson. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021. 503(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i2.764>.
  10. Sun B, Wang T, Li N, Qiao J. Analysis of Motor Complication and Relative Factors in a Cohort of Chinese Patients with Parkinson's Disease. *Parkinsons Dis.* 2020. 8692509. <https://doi.org/10.1155/2020/8692509>.
  11. Gandhi SE, Zerenner T, Nodehi A, *et al.* Motor Complications in Parkinson's Disease: Results from 3343 Patients Followed for up to 12 Years. *Mov Disord Clin Pract.* 2024. 11(6), 686-697. <https://doi.org/10.1002/mdc3.14044>.
-