

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐAU VÀ MỘT SỐ HỘI CHỨNG LÃO KHOA TRÊN NGƯỜI BỆNH PARKINSON CAO TUỔI

Trần Viết Lục^{1,2}, Nguyễn Xuân Thanh^{1,2}

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau là triệu chứng không vận động thường gặp ở người bệnh Parkinson, đặc biệt ở nhóm cao tuổi, ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống nhưng chưa được đánh giá đầy đủ. Nhiều yếu tố liên quan đến đau, bao gồm các hội chứng lão khoa như trầm cảm, suy giảm chức năng và rối loạn giấc ngủ.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 126 người bệnh Parkinson từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2024. Đau được đánh giá bằng thang điểm KING. Các hội chứng lão khoa được đánh giá gồm: hoạt động chức năng hàng ngày, suy dinh dưỡng, trầm cảm, chất lượng giấc ngủ, rối loạn hành vi giấc ngủ.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có đau là 65,1%. Mức độ trầm cảm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng đau ($p = 0,04$), trong đó nhóm có trầm cảm trung bình - nặng có tỷ lệ đau cao hơn đáng kể. Người bệnh có đau cũng có chất lượng giấc ngủ kém hơn ($p < 0,01$) và điểm rối loạn hành vi giấc ngủ cao hơn ($p = 0,04$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đau với tình trạng dinh dưỡng và suy giảm hoạt động chức năng hàng ngày.

Kết luận: Đau là triệu chứng phổ biến ở người bệnh Parkinson cao tuổi và có mối liên quan đáng kể với trầm cảm và các rối loạn giấc ngủ. Việc tầm soát và xử trí đồng thời các hội chứng lão khoa, đặc biệt là trầm cảm và giấc ngủ, là cần thiết trong chiến lược quản lý toàn diện cho người bệnh Parkinson tại Việt Nam.

Từ khóa: Đau, hội chứng lão khoa, người cao tuổi, Parkinson.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN AND GERIATRIC SYNDROMES IN OLDER PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Tran Viet Luc^{1,2}, Nguyen Xuan Thanh^{1,2}

Background: Pain is a prevalent non-motor symptom in individuals with Parkinson's disease, particularly in the older population. Despite its substantial impact on quality of life, pain remains under-assessed in clinical practice. Emerging evidence suggests that pain in Parkinson's disease may be associated with various geriatric syndromes, including depression, functional impairment, and sleep disturbances..

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 126 patients aged 60 years and above diagnosed with Parkinson's disease at the National Geriatric Hospital from January to May 2024. Pain was assessed using the King's Parkinson's Disease Pain Scale. Geriatric syndromes evaluated included functional status, nutritional status, depressive symptoms, sleep quality, REM sleep behavior disorder

Results: Pain was reported in 65.1% of participants. A statistically significant association was observed between depressive symptoms and pain ($p = 0.04$), with a higher prevalence of pain among those with moderate to severe

Ngày nhận bài: 14/4/2025. Ngày chỉnh sửa: 05/5/2025. Chấp thuận đăng: 20/5/2025

Tác giả liên hệ: Trần Viết Lục. Email: tranvietluc@hmu.edu.vn. ĐT: 0912532456

Mối liên quan giữa đau và một số hội chứng lão khoa...

depression. Participants experiencing pain also demonstrated poorer sleep quality ($p < 0.01$) and higher scores on the REM sleep behavior disorder scale ($p = 0.04$). No significant associations were found between pain and nutritional status, functional impairment.

Conclusion: Pain is a highly prevalent symptom among older adults with Parkinson's disease and is significantly associated with depressive symptoms and sleep disturbances. These findings highlight the importance of comprehensive geriatric assessment and the integrated management of mental health and sleep-related issues in improving care outcomes for individuals with Parkinson's disease in Vietnam.

Keywords: Pain, geriatric syndromes, older adults, Parkinson's disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson (PD) là một rối loạn thoái hóa thần kinh tiến triển thường gặp ở người cao tuổi, đặc trưng bởi các triệu chứng vận động như run, cứng đờ, chậm vận động và rối loạn thăng bằng [1]. Ngoài các biểu hiện vận động, các triệu chứng không vận động như đau là một triệu chứng ngày càng được quan tâm do ảnh hưởng đáng kể đến chức năng và chất lượng sống của người bệnh [2,3]

Đau trong bệnh Parkinson có thể xuất hiện ở nhiều giai đoạn của bệnh, với đặc điểm đa dạng về loại hình, cơ chế sinh lý bệnh và vị trí. Nhiều nghiên cứu cho thấy đau có thể liên quan đến cơ cứng cơ, tư thế bất thường, rối loạn cảm nhận đau do tổn thương hệ thống dopaminergic trung ương, cũng như các bệnh lý cơ xương khớp đi kèm [4]. Ở người cao tuổi, sự hiện diện đồng thời của các hội chứng lão khoa, bao gồm suy giảm chức năng, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, suy dinh dưỡng và tình trạng đa bệnh lý có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện đau hoặc làm nặng thêm mức độ đau [5,6].

Các yếu tố được ghi nhận có liên quan đến đau trên người bệnh Parkinson bao gồm tuổi cao, thời gian mắc bệnh dài, mức độ tiến triển của bệnh, rối loạn vận động, suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày (ADL/IADL), trầm cảm, chất lượng giấc ngủ kém và tình trạng dinh dưỡng kém [7,8]. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu được thực hiện tại các quốc gia phát triển, và dữ liệu tại Việt Nam, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân Parkinson cao tuổi vẫn còn hạn chế. Việc hiểu rõ mối liên quan giữa đau và các hội chứng lão khoa trong bệnh Parkinson có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện sớm và kiểm soát triệu chứng đau, giúp xây dựng chiến lược chăm sóc toàn diện, cá thể hóa và phù hợp với đặc điểm dân số già hóa nhanh tại Việt Nam.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát mối liên quan giữa đau và một số hội chứng lão khoa ở người bệnh Parkinson cao tuổi. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc tối ưu hóa quản lý triệu chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh Parkinson trong bối cảnh lão khoa tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. Tiêu chuẩn lựa chọn là người bệnh từ 60 tuổi trở lên, được chẩn đoán bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Hội ngân hàng não và Parkinson vương quốc Anh5, không suy giảm nhận thức (trắc nghiệm MOCA ≥ 26), người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là người bệnh không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, mắc các bệnh nặng cấp cứu (suy hô hấp, nhồi máu cơ tim...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 126 đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) tại bệnh viện Lão khoa TW từ tháng 1/2024 đến tháng 5/2024. Nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn thu thập tất cả các biến số theo bộ câu hỏi thống nhất: đặc điểm chung (tuổi, giới, tình trạng hôn nhân), Đau được đánh giá bằng thang điểm KING: thang điểm này đánh giá 14 đặc điểm của đau. Tổng điểm sẽ là từ 0 - 168 điểm. ĐTNC mô tả mức độ đau dựa trên cảm giác chủ quan và sự ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, chia làm 4 mức độ: rất nhẹ, nhẹ, trung bình và nặng.

Đánh giá hội chứng lão khoa bao gồm:

- Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL): đánh giá theo thang đo Katz Index.

- Hoạt động chức năng sử dụng dụng cụ (IADL): theo thang đo Lawton & Brody.

Mối liên quan giữa đau và một số hội chứng lão khoa...

- Tình trạng dinh dưỡng: đánh giá bằng thang Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA-SF).

- Trầm cảm: đánh giá bằng thang Geriatric Depression Scale - 15 items (GDS-15).

- Chất lượng giấc ngủ: sử dụng Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

- Rối loạn hành vi giấc ngủ REM: đánh giá theo câu hỏi tầm soát RBD Screening Questionnaire (RBDSQ).

- Chất lượng cuộc sống: sử dụng thang Parkinson's Disease Questionnaire - 8 items (PDQ-8). Điểm cao cho thấy chất lượng sống thấp hơn.

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần

mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của người bệnh là $69,4 \pm 6,1$. Tỷ lệ nữ/ nam $\sim 1,86$. Tỷ lệ người bệnh có đau chiếm 65,1% (Bảng 1).

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày bị suy giảm trên người bệnh có đau chiếm 66,0% và không suy giảm chiếm 64,5%, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng dụng cụ bị suy giảm trên người bệnh có đau chiếm 66,6% và không suy giảm chiếm 63,8%, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$ (Bảng 2).

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=126)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi ($69,4 \pm 6,1$)	60 - 69	71	56,3
	70 - 79	49	38,9
	≥ 80	6	4,8
	Khác	7	5,6
Giới tính	Nam	44	34,9
	Nữ	82	65,1
Đau	Có	82	65,1
	Không	44	34,9

Bảng 2: Mối liên quan giữa đau và hoạt động sinh hoạt hàng ngày (n=126)

Đặc điểm		Đau	Không đau	p
Hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL)	Không suy giảm	49 (64,5%)	27 (35,5%)	0,9
	Suy giảm	33 (66,0%)	17 (34,0%)	
Hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng dụng cụ (IADL)	Không suy giảm	44 (63,8%)	25 (66,2%)	0,7
	Suy giảm	38 (66,6%)	19 (33,3%)	
	Nhẹ	27 (69,2%)	12 (30,8%)	
	Nặng	7 (100%)	0 (0%)	

Tình trạng dinh dưỡng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đau và không đau ($p = 0,8$). Trong khi đó, mức độ trầm cảm (GDS-15) có liên quan đến tình trạng đau với ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$); tỷ lệ đau tăng dần theo mức độ trầm cảm và đạt 100% ở nhóm trầm cảm nặng (Bảng 3).

Mối liên quan giữa đau và một số hội chứng lão khoa...

Bảng 3: Mối liên quan giữa đau với dinh dưỡng và trầm cảm (n=126)

Đặc điểm		Đau	Không đau	p
Đánh giá dinh dưỡng (MNA)	Suy dinh dưỡng	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0,8
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	33 (68,7%)	15 (31,3%)	
	Bình thường	41 (63,1%)	24 (36,9%)	
Đánh giá trầm cảm (GDS15)	Bình thường	48 (60,0%)	32 (40,0%)	0,04
	Nhẹ	27 (69,2%)	12 (30,8%)	
	Nặng	7 (100%)	0 (0%)	

ĐTNC có đau thường gặp chất lượng giấc ngủ kém hơn, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Ngoài ra, điểm rối loạn hành vi giấc ngủ REM ở nhóm đau cũng cao hơn nhóm không đau ($p = 0,04$), cho thấy mối liên quan giữa đau và các vấn đề về giấc ngủ (Bảng 4).

Bảng 4: Mối liên quan giữa đau và rối loạn giấc ngủ

Đặc điểm		Đau	Không đau	P
Đánh giá chất lượng giấc ngủ (PSQI)	Chất lượng kém	82 (65,1%)	44 (34,9%)	< 0,01
	Chất lượng tốt	0	0	
Đánh giá rối loạn hành vi giấc ngủ (REM)	TB $\pm$ SD	4,7 $\pm$ 3,2	3,5 $\pm$ 2,9	0,04

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh Parkinson cao tuổi có triệu chứng đau chiếm tới 65,1%, phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đó cho thấy đau là một triệu chứng không vận động phổ biến ở bệnh nhân Parkinson, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi. Theo Beiske et al. (2009), tỷ lệ đau ở bệnh nhân Parkinson dao động từ 40% đến 85%, tùy theo cách định nghĩa và công cụ đánh giá được sử dụng [9]. Tỷ lệ này phản ánh mức độ phổ biến và cần được chú ý lâm sàng nhiều hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có đau có triệu chứng trầm cảm cao hơn, đặc biệt ở nhóm trầm cảm trung bình-nặng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, ví dụ như của Mylius et al. (2016) [10], cho thấy rằng đau và trầm cảm có mối liên hệ hai chiều ở bệnh nhân Parkinson: đau có thể là yếu tố khởi phát hoặc làm nặng thêm trầm cảm, ngược lại trầm cảm cũng có thể làm tăng cảm nhận đau. Sinh lý bệnh học gợi ý sự liên quan giữa giảm chức năng dopaminergic trong nhân xám trung ương và các trung tâm xử lý cảm xúc, ảnh hưởng đến cả cảm giác đau và tâm trạng. Điều này nhấn

manh tầm quan trọng của việc tầm soát và điều trị đồng thời cả đau và trầm cảm trên nhóm bệnh nhân Parkinson.

Nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở nhóm người có đau cao hơn và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Ngoài ra, điểm rối loạn hành vi giấc ngủ REM (RBD) trung bình ở nhóm có đau (4,7 $\pm$ 3,2) cũng cao hơn nhóm không đau (3,5 $\pm$ 2,9), sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Trenkwalder et al. (2011) [11] cho thấy giấc ngủ bị gián đoạn là một yếu tố trung gian làm tăng cảm nhận đau ở bệnh nhân Parkinson. Rối loạn REM cũng có thể liên quan đến mất kiểm soát các cơ chế ức chế vận động trong khi ngủ, làm tăng các chuyển động vô thức và dẫn đến cảm giác đau khi thức dậy. Một điều đáng chú ý là tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều được đánh giá có chất lượng giấc ngủ kém theo thang PSQI, cho thấy rối loạn giấc ngủ là một triệu chứng phổ biến ở nhóm bệnh nhân này. Sự phối hợp giữa đau và rối loạn giấc ngủ có thể tạo ra một vòng xoắn bệnh lý, khiến chất lượng sống suy giảm nghiêm trọng nếu không được can thiệp đúng mức.

Mặc dù hoạt động chức năng (ADL/IADL) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có đau và không đau, tuy nhiên xu hướng suy giảm hoạt động vẫn cao hơn ở nhóm có đau. Điều này có thể giải thích bằng thực tế là đau không phải lúc nào cũng ảnh hưởng ngay đến khả năng vận động trong Parkinson giai đoạn đầu hoặc trung bình, nhưng có thể dẫn đến giảm hoạt động xã hội và thể chất về lâu dài.

Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn ở nhóm có đau, tuy nhiên không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Dù vậy, xu hướng này gợi ý rằng đau có thể ảnh hưởng đến khẩu vị, hành vi ăn uống hoặc làm hạn chế khả năng chuẩn bị bữa ăn, đặc biệt ở nhóm Parkinson có rối loạn vận động tay hoặc run chi. Nghiên cứu của Sheard et al. (2013) cũng ghi nhận tình trạng suy dinh dưỡng thường xảy ra ở người bệnh Parkinson có triệu chứng không vận động nổi bật như đau, trầm cảm và rối loạn giấc ngủ [12].

V. KẾT LUẬN

Đau là triệu chứng phổ biến ở người bệnh Parkinson cao tuổi và có mối liên quan đáng kể với trầm cảm và các rối loạn giấc ngủ. Việc tầm soát và xử trí đồng thời các hội chứng lão khoa, đặc biệt là trầm cảm và giấc ngủ, là cần thiết trong chiến lược quản lý toàn diện cho người bệnh Parkinson tại Việt Nam.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

Tuyên bố về y đức

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu y sinh, bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, bệnh nhân có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Poewe W, Seppi K, Tanner CM, Halliday GM, Brundin P, Volkmann J, et al. Parkinson disease. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17013.
2. Wasner G, Deuschl G. Pains in Parkinson disease—many syndromes under one umbrella. Nat Rev Neurol. 2012;8(5):284-294.
3. Ford B. Pain in Parkinson's disease. Mov Disord. 2010;25(Suppl 1):S98-S103.
4. Beiske AG, Loge JH, Rønningen A, Svensson E. Pain in Parkinson's disease: Prevalence and characteristics. Pain. 2009;141(1-2):173-177.
5. Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2000;69(3):308-312.
6. Martínez-Martín P, Rodríguez-Blázquez C, Kurtis MM, Chaudhuri KR. The impact of non-motor symptoms on health-related quality of life of patients with Parkinson's disease. Mov Disord. 2011;26(3):399-406.
7. Mylius V, Jung M, Lange KW. Pain in Parkinson's disease. Front Neurol. 2021;12:682456.
8. Defazio G, Berardelli A, Fabbrini G, Martino D, Fincati E, Fiaschi A, et al. Pain as a nonmotor symptom of Parkinson disease: Evidence from a case-control study. Arch Neurol. 2008;65(9):1191-1194.
9. Beiske AG, Loge JH, Rønningen A, Svensson E. Pain in Parkinson's disease: Prevalence and characteristics. Pain. 2009;141(1-2):173-177.
10. Mylius V, Engelen M, Teepker M, Lahoda H, Haag A, Oertel WH, et al. Pain in Parkinson's disease and its relation to depression: A cross-sectional analysis in 703 patients. J Neurol. 2016;263(7):1346-1354.
11. Trenkwalder C, Allen R, Högl B, Paulus W, Winkelmann J. Comorbidities, treatment, and pathophysiology of restless legs syndrome. Lancet Neurol. 2011;10(11):1090-1098.
12. Sheard JM, Ash S, Mellick GD, Silburn PA. Malnutrition in a sample of community-dwelling people with Parkinson's disease. PLoS One. 2013;8(1):e53290.