

**BỆNH PARKINSON**

*BS Nguyễn Văn Tiên  
Khoa Nội Thần kinh*

**1. Định nghĩa**

Bệnh Parkinson là tình trạng hệ thống thần kinh bị tổn thương theo tuổi tác gây ảnh hưởng đến tình trạng cử động, thăng bằng và kiểm soát cơ của bệnh nhân.

**2. Triệu chứng**

Ba đặc điểm nhận dạng 1 bệnh nhân Parkinson là **run** (lắc) khi nghỉ ngơi, **cứng khớp** và **chậm chạp** khi bắt đầu một cử động nào đó (được gọi là bradykinesia). Chẩn đoán xác định khi bệnh nhân có 2 trong 3 đặc điểm trên. **Tư thế không vững** là dấu hiệu thứ tư, tuy nhiên nó chỉ xuất hiện trong trường hợp muộn, thường là khi BN đã bị bệnh 8 năm hoặc hơn.

**2.1. Run khi nghỉ ngơi:**

- Thường là bắt đầu ở 1 bàn tay và sau đó dừng lại.
- Ở hầu hết các trường hợp sẽ trở nên tồi tệ hơn trong tình trạng stress, cải thiện khi nghỉ ngơi hoặc ngủ.
- Sau vài tháng hoặc vài năm, BN bắt đầu run giật cả hai tay nhưng không đối xứng.
- Triệu chứng run giật có thể có ở lưỡi, môi, cằm.
- Run giật của bệnh hiện diện và dễ thấy nhất ở các chi khi nghỉ ngơi.
- Động tác run giật của bệnh nhân giống như động tác đang lăn 1 viên thuốc bằng bàn tay hoặc chỉ là sự run vẩy bàn tay hoặc cánh tay.

**2.2. Cứng khớp:**

- Cứng khớp được biểu hiện qua giảm khả năng kháng lại lực tác động của người khác làm di chuyển các khớp.
- Lực kháng này có thể đi theo đường thẳng hoặc theo hình răng cưa.
- Co và duỗi cổ tay trong trạng thái nghỉ ngơi để kiểm tra dấu hiệu này.
- Cứng khớp có thể thấy rõ ràng hơn khi có những cử động cố ý của chi đối bên.

**2.3. Di chuyển chậm chạp:**

- Sự chậm chạp trong di chuyển, giảm các cử động tự ý và giảm phạm vi cử động
- Nó được biểu hiện ra ngoài bằng các dấu hiệu: viết chữ nhỏ, giảm khả năng thể hiện cảm xúc ở khuôn mặt, giảm tỷ lệ chớp mắt và nói nhỏ.

**2.4. Tư thế không vững:**

- Mất thăng bằng và phản xạ giúp đứng vững.
- Triệu chứng này là một cột mốc quan trọng vì nó rất khó trị và là nguyên nhân phổ biến của sự tàn tật trong giai đoạn muộn.

**Các triệu chứng khác:**

- Bệnh nhân có thể cảm thấy cứng người khi bắt đầu bước đi, xoay người, hoặc khi bước qua bậc cửa.
- Có thể xuất hiện tư thế cong gập của cổ, thân và chi.
- Những thay đổi về tâm thần có thể xảy ra muộn và ảnh hưởng đến khoảng 15 - 30% người bệnh Parkinson.
- Có thể giảm trí nhớ ngắn hạn và giảm thị trường của mắt.
- Tính chất khởi phát điển hình của Parkinson là không đối xứng mà dấu hiệu

phát hiện đầu tiên thường thấy nhất là run vẩy không đối xứng ở 1 tay. Khoảng 20% trường hợp có dấu hiệu đầu tiên được phát hiện ra là tình trạng vụng về xuất hiện ở 1 tay.

- Một thời gian sau, BN sẽ cảm thấy các dấu hiệu tiến triển của triệu chứng cứng khớp, di chuyển chậm chạp và các vấn đề về bước đi (rối loạn dáng đi)

### 3. Lâm sàng và cận lâm sàng

#### 3.1. Chẩn đoán ở giai đoạn sớm:

- Ngày trước, chỉ cần có 2 trong 3 triệu chứng chính (run giật, cứng khớp và di chuyển chậm chạp) là đã có thể xác định chẩn đoán bệnh Parkinson. Những tiêu chuẩn này nếu đứng riêng rẽ sẽ sai lầm trong khoảng 25% trường hợp.
- Những nghiên cứu khảo sát lại trên những bệnh nhân đã được xác định chẩn đoán cho thấy triệu chứng giúp chẩn đoán bệnh Parkinson chính xác nhất là run giật, tính chất không đối xứng (triệu chứng chỉ xuất hiện ở 1 bên của cơ thể) và đáp ứng tốt với Levodopa (Madopar, Larodopa). Tuy nhiên, những triệu chứng trên vẫn không thể lúc nào cũng giúp chẩn đoán chính xác được vì có những bệnh có các triệu chứng tương tự như Parkinson.

#### 3.2. Chẩn đoán ở giai đoạn muộn:

- Ở giai đoạn muộn của bệnh thì các triệu chứng khó có thể nhầm lẫn được và chẩn đoán sẽ được xác định qua 1 bệnh sử đơn giản và khám lâm sàng hoàn chỉnh
- Biểu hiện di chuyển khó khăn và chậm chạp trở nên khá rõ ràng trong giai đoạn muộn.
- Hầu hết tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng run giật ở giai đoạn này, mặc dù không phải là tất cả, nhưng cũng giúp cho chẩn đoán.
- Những chẩn đoán hình ảnh (như MRI và CT Scan) cũng cần được thực hiện ngay từ đầu để loại trừ những nguyên nhân khác.

#### 3.3. Những chẩn đoán hình ảnh cần thiết:

- Hy vọng rằng một ngày nào đó sẽ có một phương tiện chẩn đoán hình ảnh đặc hiệu có khả năng tầm soát bệnh cả ở giai đoạn sớm và muộn tạo điều kiện giúp theo dõi bệnh và điều trị một cách hiệu quả.
- PET (Positron emission tomography) và SPECT (Single - photon emission computed tomography) là 2 phương tiện chẩn đoán hình ảnh có cả độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bệnh Parkinson với những hội chứng Parkinson thứ phát.
- Những phương tiện này không hiệu quả trong những trường hợp bệnh đã quá rõ ràng.
- Mục đích sử dụng sau cùng của những phương tiện này là dùng để tầm soát những trường hợp bệnh trong cộng đồng có nguy cơ cao.
- Giai đoạn bệnh Parkinson xảy ra trước cả khi có triệu chứng trên lâm sàng gọi là giai đoạn tiền lâm sàng. Điều đó có nghĩa là bạn sẽ không thấy bất kỳ triệu chứng nào cho đến khi bị mất trên 80% tế bào sản xuất Dopamin.
- Vào thời điểm này PET sẽ giúp tầm soát và thể hiện sự thay đổi của Dopamin trước khi bạn có triệu chứng.

### 4. Điều trị

Mục tiêu điều trị đối với bệnh Parkinson là vừa phải kiểm soát những triệu chứng càng lâu càng tốt vừa hạn chế tác dụng phụ. Các biện pháp điều trị có thể kiểm

soát tốt trong khoảng từ 4 đến 6 năm. Sau đó bệnh sẽ tiến triển bất chấp các biện pháp điều trị, và có nhiều trường hợp xuất hiện các biến chứng lâu dài như sự dao động và mất kiểm soát cơ (dyskinesia). Ngoài ra nguyên nhân của sự tàn tật trong giai đoạn muộn còn bao gồm cả mất khả năng giữ thăng bằng và thay đổi trạng thái tâm thần. Bác sĩ sẽ chọn cách điều trị tốt nhất tùy thuộc vào những triệu chứng nổi bật của bệnh nhân.

**4.1. Nội khoa:**

Người bị bệnh Parkinson, do cử động chậm chạp khó khăn, nên thường trở nên y trệ hơn, điều đó lại làm cho bệnh tiến triển nhanh hơn nữa. Vì vậy khi bị bệnh, nên tập thể dục nhiều, càng vận động nhiều thì bệnh càng đỡ nặng hơn.

Bệnh nhân nên ăn nhiều rau và trái cây để tránh táo bón. Không nên ăn kiêng thịt cá, nhưng đừng ăn quá nhiều một lúc, vì các chất đạm trong thức ăn có thể làm giảm hấp thu thuốc chữa bệnh.

Các thuốc thông dụng được dùng tại Việt nam là: Levodopa (tên thương mại Madopar, Sinemet), Trihexyphenidyl (Artane), Pramipexol (Sifrol).

Thuốc chủ chốt để điều trị Parkinson hiện nay là Levodopa. Bệnh nhân sẽ đỡ run, đỡ cứng đờ, cử động nhanh nhẹn hơn. Giai đoạn đầu thuốc có tác dụng rất tốt như vậy, người ta gọi là giai đoạn “tuần trăng mật”. Giai đoạn này thường kéo dài vài năm. Về sau, sẽ phải tăng liều lượng thuốc thì mới duy trì được tác dụng. Tuy nhiên nếu dùng liều cao và kéo dài thì có thể có những tác dụng bất lợi về sau, do vậy đừng vội dùng thuốc này, và nếu đã dùng rồi thì đừng vội vã tăng liều thuốc. Trong giai đoạn đầu bị bệnh, nên sử dụng các thuốc không phải là Levodopa, kiểu như Pramipexole để điều trị. Về sau, khi bệnh đã rõ hơn, phải dùng tới Levodopa, thì cũng vẫn phối hợp thêm với Pramipexole, để hạn chế bớt tác dụng phụ do Levodopa gây ra.

- Pramipexole (Sifrol, Praxada) : Viên 250mg 1/2 - 1 viên x 2 lần / ngày
- Trihexyphenidyl (Artane) : Viên 2mg 1/2 - 1 viên x 2 lần / ngày
- Levodopar (Madopar) : Viên 125mg - 250mg 1/2 - 1 viên x 3 - 6 lần / ngày

**4.2. Ngoại khoa:**

Khi bệnh đã nặng, thuốc levodopa không còn công hiệu, và bệnh nhân không quá già và không có suy giảm trí nhớ nặng, cũng như không có các bệnh toàn thân nặng, thì có thể xem xét điều trị bằng phẫu thuật. Có 2 kiểu phẫu thuật chữa bệnh Parkinson, là kiểu gây phá hủy một vài cấu trúc nhỏ trong não, và kiểu đặt điện cực kích thích vào sâu bên trong não. Tuy nhiên phẫu thuật này ở Việt Nam mới có những tiền lệ ban đầu, chưa được phổ biến. Bệnh nhân thường phải sang Mỹ hoặc Pháp, với chi phí 35 - 50 ngàn đô la. kết quả sau mổ có thể rất ngoạn mục. Tuy nhiên, tỷ lệ các biến chứng của mổ là như bảng sau

<b>Biến chứng</b>	<b>STN (%)</b>	<b>GPI (%)</b>
Biến đổi tâm tính và hành vi	18,4	9,3
Nhiễm trùng	2	2,6
Chảy máu não có triệu chứng	2	4
Đặt điện cực lệch chỗ	1,7	2
Rối loạn ngôn ngữ lời nói	1,5	3,9
Nhồi máu não	0,2	2,2

(STN: phương pháp kích thích nhân dưới đồi thị, GPI phương pháp kích thích cầu nhạt trong)