

# KHẢO SÁT KẾT QUẢ NIỆU ĐỘNG LỰC HỌC BỆNH NHÂN BỆNH PARKINSON VÀ TEO NHIỀU HỆ THỐNG (MSA) CÓ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Nguyễn Văn Ân<sup>1</sup>, Đoàn Vương Kiệt<sup>1</sup>,  
Phạm Huy Vũ<sup>1</sup>, Lê Trương Tuấn Đạt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát kết quả niệu động lực học ở bệnh nhân bệnh Parkinson và bệnh nhân teo nhiều hệ thống (MSA)

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng, với 31 bệnh nhân bệnh Parkinson và 6 bệnh nhân bệnh teo nhiều hệ thống có triệu chứng đường tiết niệu dưới, đánh giá bằng bảng câu hỏi IPSS và kết quả niệu động lực học đa kênh tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 01/2022 đến 12/2022.

**Kết quả:** Kết quả có 18 bệnh nhân nam, tuổi trung bình  $61,9 \pm 11,9$  tuổi; có 19 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình  $60,8 \pm 15,1$  tuổi. Kết quả khảo sát niệu động lực học đa kênh ở bệnh nhân bệnh Parkinson: tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO): 23 (71,2%), giảm hoạt cơ chóp bàng quang (DUA): 13 (41,9%), bế tắc đường ra bàng quang (BOO): 4 (12,4%), bất đồng vận bàng quang – cơ thắt (DSD): 5 (16,1%). Bệnh MSA: tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO): 4 (66,7%), giảm hoạt cơ chóp bàng quang (DUA): 5 (83,3%), bế tắc đường ra bàng quang (BOO): 1 (16,7%), bất

đồng vận bàng quang – cơ thắt (DSD): 3 (50,0%). Bệnh nhân tăng hoạt cơ chóp bàng quang có triệu chứng thuộc nhóm chứa đựng nặng hơn. Bệnh nhân giảm hoạt cơ chóp bàng quang có thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu nhiều hơn.

**Kết luận:** Bệnh nhân bệnh Parkinson thường có rối loạn chức năng chứa đựng của bàng quang và bệnh MSA có phối hợp chức năng chứa đựng và tổng xuất. Một số kết quả khảo sát niệu động lực học có liên quan đến độ nặng của các triệu chứng đường tiết niệu dưới.

**Từ khóa:** Bệnh Parkinson, bệnh teo nhiều hệ thống (MSA), niệu động lực học đa kênh, rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới...

## SUMMARY

### URODYNAMIC STUDY IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE AND MULTIPLE SYSTEM ATROPHY EXHIBITING LOWER URINARY TRACT DYSFUNCTION AT HO CHI MINH CITY UNIVERSITY MEDICAL CENTER

**Objective:** To investigate the urodynamic outcomes in patients with Parkinson's disease and multiple system atrophy (MSA).

**Patients and Methods:** This is a clinical case series study, comprising 31 patients with Parkinson's disease and 6 patients with multiple system atrophy, all of whom exhibited lower urinary tract symptoms. These patients were

<sup>1</sup>Khoa Niệu Học Chức Năng/Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Vương Kiệt

ĐT: 0961134483

Email: kiet.dv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/03/2024

Ngày duyệt bài: 05/04/2024

assessed using the International Prostate Symptom Score (IPSS) questionnaires, as well as were performed multi-channel urodynamic study at Ho Chi Minh City University Medical Center from January 2022 to December 2022.

**Results:** Of the total patients, 18 were male with an average age of  $61.9 \pm 11.9$  years, and 19 were female with an average age of  $60.8 \pm 15.1$  years. The results of multi-channel urodynamic tests in patients with Parkinson's disease showed the following: detrusor overactivity (DO) in 23 patients (71.2%), detrusor underactivity (DUA) in 13 patients (41.9%), bladder outlet obstruction (BOO) in 4 patients (12.4%), and bladder sphincter dyssynergia (DSD) in 5 patients (16.1%). In patients with MSA, the results were as follows: DO in 4 patients (66.7%), DUA in 5 patients (83.3%), BOO in 1 patient (16.7%), and DSD in 3 patients (50.0%). Patients with DO exhibit more severe storage symptoms, while patients with DUA had a larger post-void residual volume.

**Conclusion:** Patients with Parkinson's disease often experience bladder storage dysfunction, while MSA is characterized by a combination of storage and voiding dysfunction. Some urodynamic test results correlate with the severity of lower urinary tract symptoms.

**Keywords:** Parkinson's disease, multiple system atrophy (MSA), multi-channel urodynamics, lower urinary tract dysfunction...

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson (Parkinson Disease: PD) là một trong những bệnh thoái hoá thần kinh triền triền thường gặp nhất với triệu chứng lâm sàng kinh điển gồm có run lúc nghỉ, chậm cử động, đờ cứng và mất ổn định tư thế, bệnh học đặc trưng là sự thoái hóa noron dopaminergic, kèm theo là sự tích tụ thể vùi Lewy trong các noron còn sống của phần đặc

chất đen và một số cấu trúc thần kinh khác<sup>1</sup>. Bệnh teo nhiều hệ thống (Multiple System Atrophy: MSA) là một bệnh thoái hóa thần kinh triền triền, hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng đa dạng với các triệu chứng suy tụt chủ, hội chứng parkinson và hội chứng tiểu não<sup>1</sup>. Cả MSA và PD đều có biểu hiện bệnh đa dạng, chồng lấp, kết hợp từ các triệu chứng liên quan vận động nhiều kiểu hình đến các triệu chứng ở các cơ quan khác như tim mạch, tiết niệu, tai mũi họng,... Các triệu chứng đường tiết niệu dưới thường gặp ở người bệnh bị Parkinson với tần suất từ 27 – 63,9% được báo cáo trong các nghiên cứu khảo sát cộng đồng<sup>2</sup>. Trong khi đó, rối loạn chức năng đường niệu dưới (LUTD) là một đặc trưng lõi để chẩn đoán sớm bệnh MSA khi mà LUTD thường xuất hiện sớm và có tỉ lệ mắc phải là gần 100%. Các rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới ở người bệnh Parkinson và bệnh MSA thường biểu hiện phức tạp và ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống<sup>3</sup>. Cơ chế bệnh sinh của các rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới ở những bệnh nhân này được cho là có liên quan đến các tổn thương trên não cũng như các rối loạn của hệ thần kinh tự động và bản thể mà đến nay vẫn còn chưa được hiểu biết đầy đủ. Các rối loạn này có thể ở cả trong giai đoạn chứa đựng và giai đoạn tổng xuất nước tiểu, bao gồm: tăng hoạt cơ chóp bàng quang chiếm đa số nhưng một số trường hợp có thể giảm hoạt, ngoài ra còn giảm dung tích bàng quang và bất đồng vận bàng quang – cơ thắt.

Như vậy các phép đo niệu động lực học có thể là công cụ hữu ích trong chẩn đoán các rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới ở bệnh Parkinson và MSA<sup>3</sup>. Các phép đo niệu động lực học đa kênh bao gồm: phép đo áp lực niệu dòng và điện cơ đáy chậu có thể giúp bác sĩ đánh giá các rối loạn chức năng

của đường tiết niệu dưới cả trong giai đoạn chứa đựng và tổng xuất cũng như hoạt động của cơ thắt vân niệu đạo.

Tuy nhiên, câu hỏi đặt ra trong thực hành lâm sàng là kết quả đánh giá niệu động lực học đa kênh có đặc điểm như thế nào và có liên quan với các triệu chứng đường tiết niệu dưới của người bệnh Parkinson hay MSA không?

Nhằm trả lời cho câu hỏi nghiên cứu này chúng tôi tiến hành đề tài: “Khảo sát kết quả niệu động lực học ở bệnh nhân bệnh Parkinson và bệnh nhân teo nhiều hệ thống có rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới tại bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM” với các mục tiêu sau:

1. Mô tả các đặc điểm trong kết quả phép đo niệu động lực học đa kênh ở người bệnh Parkinson và MSA.

2. So sánh mối liên hệ của triệu chứng đường tiết niệu dưới và kết quả niệu động lực học đa kênh ở người bệnh Parkinson và MSA.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh Parkinson và người bệnh MSA có hội chứng đường tiết niệu dưới thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ.

#### • Tiêu chuẩn chọn vào:

- Bệnh nhân được bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán bệnh MSA dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Hội Bệnh Parkinson và Rối Loạn Vận Động Quốc Tế (International Parkinson and Movement Disorder Society, MDS)<sup>1</sup>.

- Bệnh nhân được bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán bệnh Parkinson theo Tiêu Chuẩn Chẩn Đoán Lâm Sàng Bệnh Parkinson của Hội Bệnh Parkinson và Rối

Loạn Vận Động Quốc Tế (International Parkinson and Movement Disorder Society, MDS)<sup>1</sup>.

- Bệnh nhân có triệu chứng đường tiết niệu dưới dựa vào bảng câu hỏi IPSS (International Prostate Symptoms Score)<sup>4</sup>.

#### • Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh lý thần kinh khác như: hội chứng tủy cắt ngang, chấn thương cột sống, tai biến mạch máu não, bướu não...

- Bệnh nhân có bệnh lý thuộc đường Tiết Niệu có triệu chứng đường tiết niệu dưới: sỏi bàng quang, sỏi niệu quản, sỏi niệu đạo, bướu bàng quang, sa sinh dục...

- Bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa được điều trị.

- Bệnh nhân có rối loạn ý thức hay tâm thần.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca lâm sàng

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

- Thời gian nghiên cứu: 01/2022 – 12/2022

- Các bước tiến hành:

- Người bệnh Parkinson và người bệnh MSA có triệu chứng đường tiết niệu dưới được bác sĩ đánh giá mức độ nặng triệu chứng đường tiết niệu dưới bằng bảng câu hỏi IPSS có câu hỏi về chất lượng cuộc sống, ghi nhận điểm của triệu chứng chứa đựng, triệu chứng tổng xuất, tổng điểm và điểm số về chất lượng cuộc sống (thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 6 điểm). Người bệnh được thực hiện phép đo áp lực niệu dòng và điện cơ đáy chậu ghi nhận các biến số: cảm giác mắc tiểu, dung tích bàng quang tối đa, cơ bóp cơ chóp bàng quang trong giai đoạn chứa đựng, độ giãn nở bàng quang, áp lực cơ chóp bàng quang tối đa trong giai đoạn tổng xuất,

tốc độ dòng tiểu tối đa, lượng tiểu, dung tích nước tiểu tồn lưu, ghi nhận bất đồng vận bàng quang – cơ thắt (nếu có).

### 2.3. Xử lý số liệu

- Nhập dữ liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm, các biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày bằng số trung bình và độ lệch chuẩn, các biến số định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày bằng số trung vị.

- So sánh các biến số định tính bằng phép kiểm  $\chi^2$  so sánh các biến số định lượng bằng phép kiểm T. Tìm sự tương quan giữa hai biến số định tính theo phương pháp hồi qui tuyến tính. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.4. Vấn đề y đức

Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng, người bệnh tham gia vào nghiên cứu được khám chữa bệnh theo đúng phác đồ và quy trình kỹ thuật đang được áp dụng tại Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM do đó không phát sinh nguy cơ bất lợi nào thêm. Đề tài cũng được thông qua bởi Hội đồng Y Đức trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 bệnh nhân Parkinson và 6 bệnh nhân MSA có triệu chứng đường tiết niệu dưới tham gia vào nghiên cứu. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

	n	Tuổi	Triệu chứng chứa đựng (điểm)	Triệu chứng tổng xuất (điểm)	Tổng điểm IPSS (điểm)	Điểm chất lượng cuộc sống (điểm)
Số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn						
Nam	18	61,9 $\pm$ 11,9	9,4 $\pm$ 4,7	8,8 $\pm$ 4,3	20,4 $\pm$ 6,6	4,6 $\pm$ 1,4
Nữ	19	60,8 $\pm$ 15,1	13,1 $\pm$ 3,7	6,1 $\pm$ 3,6	18,4 $\pm$ 5,2	5,4 $\pm$ 1,6

**Nhận xét:** Bệnh nhân nữ có triệu chứng chứa đựng nặng hơn, trong khi đó bệnh nhân nam có triệu chứng tổng xuất nặng hơn.

Kết quả đánh giá niệu động lực học của bệnh nhân bệnh Parkinson và bệnh MSA được trình bày trong Bảng 2.

**Bảng 2: Kết quả đánh giá niệu động lực học**

Các biến số niệu động lực học	Bệnh Parkinson	Bệnh MSA
Tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO)	23 (71,2%)	4 (66,7%)
Bàng quang tăng nhạy cảm	2 (11,1%)	4 (66,7%)
Giảm hoạt cơ chóp bàng quang trong giai đoạn tổng xuất (DU)	13 (41,9%)	5 (83,3%)
Bất đồng vận bàng quang – cơ thắt (DSD)	5 (16,1%)	3 (50,0%)
Bé tắc đường ra bàng quang (BOO)	4 (12,4%)	1 (16,7%)
Cảm giác mắc tiểu đầu tiên (ml)	94,2 $\pm$ 21,8	67,2 $\pm$ 35,6
Cảm giác mắc tiểu nhiều (ml)	247,6 $\pm$ 158,1	189,5 $\pm$ 157,3
Dung tích bàng quang tối đa (ml)	315,8 $\pm$ 167,2	246,4 $\pm$ 132,7
Áp lực cơ chóp bàng quang tối đa (cmH <sub>2</sub> O)	34,3 $\pm$ 15,7	53,3 $\pm$ 18,2
Tốc độ dòng tiểu tối đa (ml/giây)	11,4 $\pm$ 7,3	9,6 $\pm$ 5,2
Dung tích nước tiểu tồn lưu (ml)	85,2 $\pm$ 58,3	176,4 $\pm$ 53,7

**Nhận xét:** Bệnh nhân bệnh Parkinson phần lớn có tăng hoạt cơ chóp bàng quang, bệnh nhân bệnh MSA phần lớn có giảm hoạt cơ chóp bàng quang.

**Bảng 3: So sánh sự liên quan tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO) với điểm số triệu chứng chứa đựng và dung tích bàng quang tối đa của bệnh nhân bệnh Parkinson và bệnh MSA**

	Triệu chứng chứa đựng (số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	P	Triệu chứng tổng xuất (số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	P	Dung tích bàng quang tối đa (số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	P
Có DO	13,2 $\pm$ 2,6	0,001	5,7 $\pm$ 3,8	0,064	175,1 $\pm$ 49,5	0,001
Không DO	8,7 $\pm$ 3,6		8,2 $\pm$ 4,7		317,4 $\pm$ 64,9	

**Nhận xét:** Dùng phép kiểm T so sánh số trung bình điểm số chứa đựng và dung tích bàng quang tối đa giữa hai nhóm có tăng hoạt cơ chóp bàng quang và không tăng hoạt cơ chóp bàng quang, kết quả cho thấy cả hai biến số trên khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4: Sự liên quan điểm số triệu chứng tổng xuất với áp lực cơ chóp bàng quang tối đa và dung tích nước tiểu tồn lưu**

	Cảm giác mắc tiểu đầu tiên	Dung tích bàng quang tối đa	Áp lực cơ chóp bàng quang tối đa	Tốc độ dòng tiểu tối đa	Dung tích nước tiểu tồn lưu
Triệu chứng chứa đựng	-0,16 (p=0,23)	-0,53 (p=0,049)	-0,18 (p=0,17)	0,18 (p=0,16)	0,17 (p=0,21)
Triệu chứng tổng xuất	-0,02 (p=0,42)	0,14 (p=0,12)	-0,33 (p=0,002)	0,12 (p=0,34)	0,46 (p=0,001)

**Nhận xét:** Phân tích hồi qui tuyến tính cho thấy rằng: điểm số triệu chứng chứa đựng tương quan nghịch với dung tích bàng quang tối đa ( $r = -0,53$ ,  $p = 0,049$ ); điểm số triệu chứng tổng xuất tương quan nghịch với áp lực cơ chóp bàng quang tối đa ( $r = -0,33$ ,  $p = 0,002$ ) và tương quan thuận với dung tích nước tiểu tồn lưu ( $r = 0,46$ ,  $p = 0,001$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân Parkinson và MSA có triệu chứng đường tiết niệu dưới đều có bất thường khi đánh giá niệu động lực học. Các bất thường này chiếm đa số là tăng hoạt cơ chóp bàng quang (71,2%, 66,7%), bên cạnh đó giảm hoạt cơ chóp bàng quang trong giai đoạn tổng xuất nổi trội ở bệnh

nhân MSA (83,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các báo cáo khảo sát niệu động lực học bệnh nhân Parkinson có triệu chứng đường tiết niệu dưới cho thấy phần lớn bệnh nhân biểu hiện tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO), chiếm khoảng 56% và bàng quang giảm hoạt chiếm tỉ lệ thấp hơn, khoảng 16%<sup>5</sup>. Cơ chế tăng hoạt cơ chóp bàng quang và giảm dung tích bàng quang tối đa được cho rằng có liên quan đến sự thiếu hụt dopamine trong các nhân não, sự thất bại trong kích hoạt thụ thể dopamine D1 làm tăng hoạt cơ chóp bàng quang và giảm dung tích bàng quang tối đa<sup>6</sup>. Trong bệnh MSA sự thoái triển thần kinh có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào của hệ thần kinh tự động, các tổn thương trên tủy cùng thường dẫn đến làm tăng hoạt cơ chóp bàng quang.

Thêm vào đó sự khiếm khuyết ở vùng trán, nơi phụ trách điều hòa hoạt động đi tiểu, có thể kích hoạt cơ bóp bàng quang trong giai đoạn chứa đựng và dẫn tới bất đồng vận bàng quang – cơ thắt<sup>7</sup>.

Có thể nhận thấy giảm hoạt cơ chóp bàng quang trong giai đoạn tổng xuất ở bệnh nhân MSA có tỉ lệ nội trội, chiếm 83,3%. Tổng xuất khó khăn là triệu chứng tiết niệu thường được báo cáo nhiều nhất ở bệnh nhân MSA, chiếm 79%. Nghiên cứu của Sakakibara R. và cộng sự cũng chỉ ra rằng bàng quang giảm hoạt chiếm tỉ lệ cao hơn ở bệnh nhân MSA so với bệnh Parkinson<sup>7</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy có 41,9% bệnh nhân Parkinson có giảm hoạt cơ chóp bàng quang, tỉ lệ này cao hơn so với báo cáo của Araki và cộng sự (16%)<sup>5</sup>. Bàng quang giảm hoạt ở bệnh nhân Parkinson được cho là có liên quan đến các thể vùi Lewy ở thần kinh ngoại biên, sự tích tụ các thể này làm gián đoạn các đường dẫn truyền thần kinh hướng tâm của các tạng vùng chậu gây nên bàng quang giảm hoạt hay táo bón<sup>8</sup>. Tỉ lệ của chúng tôi cao hơn có thể do sự khác biệt trong mẫu nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi có lượng mẫu nhỏ hơn, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn cũng như thời gian mắc bệnh lớn hơn.

Nhằm trả lời cho câu hỏi sự liên quan giữa triệu chứng đường tiết niệu dưới và các kết quả của đánh giá niệu động lực học của cả hai nhóm bệnh nhân bệnh Parkinson và MSA, chúng tôi so sánh điểm số trung bình triệu chứng chứa đựng và điểm số trung bình triệu chứng tổng xuất cũng như dung tích bàng quang tối đa giữa hai nhóm bệnh nhân có tăng hoạt cơ chóp bàng quang và không tăng hoạt cơ chóp bàng quang. Chúng tôi nhận thấy, điểm trung bình triệu chứng chứa đựng của nhóm có tăng hoạt cơ chóp bàng

quang cao hơn và dung tích bàng quang tối đa nhỏ hơn so với nhóm không tăng hoạt cơ chóp bàng quang. Điều này gợi ý rằng, những bệnh nhân tăng hoạt cơ chóp bàng quang qua đánh giá niệu động lực học thường có triệu chứng chứa đựng nặng hơn.

Kết quả này cũng tương tự như Araki và cộng sự, tác giả cũng nhận thấy rằng điểm triệu chứng chứa đựng trên bệnh nhân Parkinson có liên quan đến tăng hoạt cơ chóp bàng quang<sup>5</sup>, tương tự trên nhóm bệnh nhân MSA. Khi phân tích hồi qui tuyến tính giữa điểm số triệu chứng chứa đựng và tổng xuất với các chỉ số niệu động lực học, chúng tôi nhận thấy rằng triệu chứng chứa đựng có tương quan nghịch với dung tích bàng quang tối đa. Nhóm triệu chứng tổng xuất có tương quan nghịch với áp lực cơ chóp bàng quang tối đa và tương quan thuận với dung tích nước tiểu tồn lưu. Sự co bóp kém của cơ chóp bàng quang trong giai đoạn tổng xuất dẫn đến làm gia tăng dung tích nước tiểu tồn lưu. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng điều này phổ biến ở bệnh nhân MSA hơn bệnh nhân Parkinson. Tuy nhiên, do mẫu chúng tôi nhỏ và số lượng bệnh nhân MSA ít vì vậy chúng tôi không thể so sánh sự khác biệt của các biến số niệu động lực học giữa hai nhóm. Chúng tôi chỉ có thể lưu ý rằng đối với những bệnh nhân Parkinson có triệu chứng tổng xuất nổi trội có khả năng bệnh nhân có bàng quang giảm hoạt với dung tích nước tiểu tồn lưu lớn.

Chúng tôi cũng nhận thấy rằng đánh giá triệu chứng đường tiết niệu dưới bằng bảng câu hỏi IPSS có thể áp dụng được cho cả nam và nữ với các ưu điểm sau: nội dung câu hỏi có điểm triệu chứng thuộc nhóm chứa đựng và tổng xuất, bảng điểm đã được sử dụng rộng rãi trong nhiều năm nên thân thuộc với bác sĩ tiết niệu. Việc áp dụng bảng

câu hỏi IPSS ở bệnh nhân Parkinson và MSA cũng đã được một số tác giả áp dụng<sup>9</sup>. Tuy nhiên cần lưu ý rằng bảng điểm IPSS không được thiết kế đặc hiệu cho nhóm bệnh nhân này do vậy những triệu chứng đường tiết niệu dưới quan trọng có thể giúp phân biệt bệnh nhân MSA và bệnh Parkinson giai đoạn sớm đã không được đề cập như: tiểu không kiểm soát gấp hay bí tiểu.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả niệu động lực học ở nhóm bệnh nhân bệnh Parkinson và MSA rất đa dạng. Bệnh Parkinson có rối loạn chức năng chứa đựng nhiều hơn chiếm tỉ lệ (71,2%), trong khi đó bệnh MSA bị cả rối loạn chức năng chứa đựng và tổng xuất. Bệnh nhân tăng hoạt cơ chóp bàng quang có triệu chứng thuộc nhóm chứa đựng nặng hơn. Bên cạnh đó những bệnh nhân có triệu chứng tổng xuất nặng hơn thì có áp lực cơ chóp bàng quang thấp hơn và dung tích nước tiểu tồn lưu cao hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Postuma, R.B., et al.**, MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 2015. 30(12): p. 1591-1601.
2. **Brucker BM, Kalra S.** Parkinson's Disease and Its Effect on the Lower Urinary Tract: Evaluation of Complications and Treatment Strategies. *Urol Clin North Am.* 2017 Aug;44(3): 415-428. doi: 10.1016/j.ucl.2017.04.008.
3. **Sakakibara R., Panicker J., Simeoni S., et al.** (2019). "Bladder dysfunction as the initial presentation of multiple system atrophy: a prospective cohort study". *Clin Auton Res*, 29 (6), pp. 627-631.
4. **Okamura K, Nojiri Y, Osuga Y, Tange C.** Psychometric analysis of international prostate symptom score for female lower urinary tract symptoms. *Urology.* 2009; 73(6):1199–202.
5. **Araki, M. Kitahara, T. Oida, S. Kuno,** Voiding dysfunction and parkinson's disease: urodynamic abnormalities and urinary symptoms, *J. Urol.* 164 (2000) 1640-1643.
6. **Mito Y, Yabe I, Yaguchi H, Takei T, Terae S, Tajima Y.** Relation of overactive bladder with motor symptoms and dopamine transporter imaging in drug-naïve Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2018 May; 50:37-41. doi: 10.1016/j.parkreldis.2018.02.017.
7. **R. Sakakibara, T. Hattori, T. Uchiyama, T. Yamanishi,** Videourodynamic and sphincter motor unit potential analyses in parkinson's disease and multiple system atrophy, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1 (2001) [http:// dx.doi.org/ 10.1136/jnnp.71.5.600](http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.71.5.600).
8. **Malek N, Lawton MA, Grosset KA, Bajaj N, et al;** PRoBaND Clinical Consortium. Autonomic Dysfunction in Early Parkinson's Disease: Results from the United Kingdom Tracking Parkinson's Study. *Mov Disord Clin Pract.* 2016 Nov 24;4(4):509-516.
9. **Pavy-Le Traon A, Cotterill N, Amarenco G, et al;** Members of the MDS Committee on Rating Scales Development. Clinical Rating Scales for Urinary Symptoms in Parkinson Disease: Critique and Recommendations. *Mov Disord Clin Pract.* 2018 Oct 25;5(5):479-491. doi: 10.1002/mdc3.12636.