

**ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH <sup>18</sup>FDG-PET/CT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN**

Phạm Văn Thái<sup>1,2</sup>, Chu Văn Tuynh<sup>3</sup>, Bùi Tiến Công<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Thị Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thắng<sup>3</sup>,  
Ngô Văn Đàn<sup>4</sup>, Nguyễn Bình Dương<sup>2</sup>, Phạm Cẩm Phương<sup>1,2</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh <sup>18</sup>FDG-PET/CT trên các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 82 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân là u phổi phải (64,6%), u phổi trái 35,4%. Kích thước u trung bình  $2,7 \pm 1,0$  cm. Có sự liên quan giữa tình trạng hạch với kích thước u: Kích thước u ở bệnh nhân có hạch (+) trung bình là  $3,3 \pm 0,9$ cm, còn nhóm bệnh nhân có hạch (-) trên <sup>18</sup>FDG PET/CT có kích thước u trung bình là  $2,6 \pm 1,0$ cm ( $p < 0,05$ ). Độ tập trung <sup>18</sup>FDG của u UTP trung vị  $SUV_{max} = 4,2$  (2,5 - 26,9).  $SUV_{max}$  tăng dần theo giai đoạn IA, IB, IIA, IIB và IIIA ( $p < 0,01$ ); tương quan thuận với kích thước u, (hệ số tương quan  $r = 0,59$ ). Kích thước hạch (+) là  $8,5 \pm 3,1$ mm. Độ tập trung <sup>18</sup>FDG của hạch (+) trung vị  $SUV_{max} = 2,6$  (2,5-19,1). Có mối tương quan thuận giữa  $SUV_{max}$  và kích thước hạch ( $r = 0,73$ ). **Từ khóa:** ung thư phổi không tế bào nhỏ, <sup>18</sup>FDG-PET/CT,  $SUV_{max}$

**SUMMARY****IMAGE CHARACTERISTICS OF <sup>18</sup>FDG-PET/CT IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS WITH INDICATIONS FOR CURATIVE SURGERY**

**Objective:** To study <sup>18</sup>FDG-PET/CT imaging characteristics on non-small cell lung cancer patients indicated for radical surgery. **Subjects and methods:** Descriptive prospective study on 82 non-small cell lung cancer patients scheduled for radical surgery at Hanoi Oncology Hospital from April 2022 to March 2023. **Results:** The majority of patients had right lung tumors (64.6%), left lung tumors 35.4%. Average tumor size is  $2.7 \pm 1.0$  cm. There is a relationship between lymph node status and tumor size: The average tumor size in patients with (+) lymph nodes is  $3.3 \pm 0.9$ cm, while the group of patients with (-) lymph nodes on <sup>18</sup>FDG PET/CT has. The average tumor size is  $2.6 \pm 1.0$ cm ( $p < 0.05$ ).

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội<sup>3</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội<sup>4</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Công

Email: drcongibui@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

Median <sup>18</sup>FDG tumor concentration  $SUV_{max} = 4.2$  (2.5 - 26.9).  $SUV_{max}$  gradually increases according to stages IA, IB, IIA, IIB and IIIA ( $p < 0.01$ ); positively correlated with tumor size (correlation coefficient  $r = 0.59$ ). The size of the (+) lymph node is  $8.5 \pm 3.1$ mm. Median lymph node <sup>18</sup>FDG concentration (+)  $SUV_{max} = 2.6$  (2.5-19.1). There is a positive correlation between  $SUV_{max}$  and lymph node size ( $r = 0.73$ ).

**Keywords:** Non small cell lung cancer, <sup>18</sup>FDG-PET/CT,  $SUV_{max}$ .

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư phổi (UTP) là một trong các bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Năm 2020, ở Việt Nam số bệnh nhân mắc mới UTP ở nam giới là 18.685 trường hợp (18,9/100.000) và ở nữ giới là 7.577 trường hợp (9,1 /100.000); số bệnh nhân UTP tử vong trong năm 2020 là 23.797 (19,4/100.000) [1]. Phân loại của WHO chia UTP thành hai nhóm, UTP không tế bào nhỏ chiếm khoảng 80 - 85%, UTP loại tế bào nhỏ chiếm khoảng 10 - 15%. Hai nhóm này có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Hiện nay, y học đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị UTP. Kỹ thuật chụp PET/CT (chụp cắt lớp bằng bức xạ positron kết hợp với chụp cắt lớp vi tính) ra đời đã đem lại nhiều lợi ích trong chẩn đoán ung thư, đặc biệt là UTP. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét đặc điểm hình ảnh <sup>18</sup>FDG PET/CT của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có chỉ định phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 82 bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ nguyên phát được chụp <sup>18</sup>FDG PET/CT trước phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023, giai đoạn I, II, IIIA có chỉ định phẫu thuật triệt căn.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn**

+ Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là UTP không tế bào nhỏ, có chỉ định phẫu thuật triệt căn.

+ Bệnh nhân chưa được điều trị bằng phương pháp đặc hiệu nào.

**- Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp đặc hiệu trước khi chụp <sup>18</sup>F-DG PET/CT.

+ Bệnh nhân có bệnh ung thư khác đồng mắc.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Tiến cứu.

- **Cách thức tiến hành:** Tất cả các bệnh nhân được làm các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh thông thường như siêu âm, CT, MRI... Bệnh nhân được chụp PET/CT toàn thân trước điều trị theo hướng dẫn của Hội Y học hạt nhân Châu Âu. Dược chất phóng xạ <sup>18</sup>F-FDG được sản xuất từ máy gia tốc vòng (Cyclotron) Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108. Máy PET/CT của hãng GE tại khoa Y học hạt nhân - bệnh viện Ung Bướu Hà Nội được sử dụng. Hình ảnh thu được sau khi chụp sẽ được xử lý bằng phần mềm chuyên dụng, được đọc và thống nhất bởi 2 bác sỹ chuyên khoa Y học hạt nhân.

- **Xử lý số liệu:** Các số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n=82)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		61,2±9,9(31-80)	
Giới	Nam	44	53,6
	Nữ	38	46,4
Triệu chứng	Ho khan, khạc đờm	53	64,6
	Đau ngực	32	39,0
	Khó thở	30	36,6

	Ho ra máu	21	25,6
	Sút cân	17	20,7
	Không có triệu chứng	10	12,2
Phân loại mô bệnh học	UTBMT (AC)	79	96,3
	UTBMV (SCC)	3	3,7

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,16 : 1. Ho là triệu chứng thường gặp nhất khi vào viện. Ung thư biểu mô tuyến chiếm phần lớn trong tổng số mô bệnh học của bệnh nhân nghiên cứu.

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh khối u nguyên phát trên <sup>18</sup>F-DG-PET/CT**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Vị trí u nguyên phát	Phổi phải	Thùy trên	38	46,4
		Thùy giữa	2	2,4
		Thùy dưới	13	15,8
	Phổi trái	Thùy trên	20	24,4
Thùy dưới		9	11,0	
Kích thước u (cm) 2,7 ± 1,0 (1,3 - 6,9) cm		≤3	60	73,2
		>3-5	20	24,4
		>5-7	2	2,4
Tình trạng hạch trên PET/CT	Bệnh nhân hạch (+)	3,3±0,9	15	18,3
	Bệnh nhân hạch (-)	2,6±1,0	67	81,7

**Nhận xét:** Tỷ lệ u phổi phải nhiều hơn u phổi trái. Kích thước u nhỏ nhất 1,3cm, lớn nhất 6,9cm, trung bình 2,7 ± 1,0cm. Kích thước u phổi ở nhóm bệnh nhân có di căn hạch trên PET/CT lớn hơn so với nhóm bệnh nhân không có hạch di căn, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

**Bảng 3. Đặc điểm độ tập trung <sup>18</sup>F-DG (SUV<sub>max</sub>)**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Trung vị SUV <sub>max</sub> (min-max)	p	
Kích thước u (cm)	≤2 (I)	25	3,6 (2,5 - 9,9)	P <sub>I-II</sub> = 0,44; P <sub>I-III</sub> = 0,01 P <sub>I-IV</sub> = 0,001; P <sub>II-III</sub> = 0,108 P <sub>II-IV</sub> = 0,001; P <sub>III-IV</sub> = 0,99	
	2- <3 (II)	35	3,6 (2,5 - 18,0)		
	3- <5 (III)	20	8,1 (2,5 - 26,9)		
	5-7 (IV)	2	8,7 (8,5 - 8,9)		
Loại GPB	UTBMT (AC)	79	3,9 (2,5 - 26,9)	0,2	
	UTBMV (SCC)	3	7,3 (5,0 - 9,6)		
Vị trí u nguyên phát	Phổi phải (n=53)	Thùy trên	38	3,8 (2,5 - 26,9)	0,29
		Thùy giữa	2	2,6 (2,6 - 2,6)	
		Thùy dưới	13	4,4 (2,6 - 15,5)	
	Phổi trái (n=29)	Thùy trên	20	5,8 (2,3 - 19,6)	
Thùy dưới		9	3,8 (2,5 - 8,9)		
Tình trạng hạch trên PET/CT	Bệnh nhân hạch (+)	15 (18,3%)	9,1 (2,6 - 26,9)	<0,01	
	Bệnh nhân hạch (-)	67 (81,7%)	3,8 (2,5 - 19,6)		
Giai đoạn bệnh	IA (1)	53	3,4 (2,5 - 11,5)	P <sub>1-2</sub> = 0,71; P <sub>1-3</sub> = 0,99 P <sub>1-4</sub> = 0,009; P <sub>1-5</sub> = 0,64 P <sub>2-3</sub> = 1,00; P <sub>2-4</sub> = 0,97 P <sub>2-5</sub> = 0,98; P <sub>3-4</sub> = 1,00 P <sub>3-5</sub> = 0,99; P <sub>4-5</sub> = 1,00	
	IB (2)	11	4,4 (2,5 - 19,6)		
	IIA (3)	2	7,9 (5,0 - 10,8)		
	IIB (4)	9	8,9 (4,9 - 15,3)		
	IIIA (5)	7	8,0 (2,6 - 26,9)		

**Nhận xét:** SUV<sub>max</sub> ở bệnh nhân UTP tăng theo kích thước u. UTBM vảy có trung vị SUV<sub>max</sub> cao hơn so với nhóm UTBM tuyến. Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân UTBM vảy còn ít, nên chưa thấy được sự khác biệt có ý nghĩa (p > 0,05). Về vị trí u nguyên phát, sự khác biệt về mức độ hấp thu <sup>18</sup>FDG giữa u phổi phải và u phổi trái là chưa có ý nghĩa (p = 0,29). Về tình trạng hạch di căn trên PET/CT, nhóm 15 bệnh nhân có hạch (+), trung vị SUV<sub>max</sub> cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân chưa có di căn hạch, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,01). Về phân loại giai đoạn bệnh, độ tập trung <sup>18</sup>FDG (SUV<sub>max</sub>) của u phổi thấp khi bệnh nhân còn ở giai đoạn IA, sau đó tăng dần theo giai đoạn IB, IIA, IIB và IIIA, tuy nhiên sự khác biệt này hầu như không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4. Phân bố theo bản đồ nhóm hạch**

Nhóm hạch	Số bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ %
Nhóm 2	31	37,8
Nhóm 4	58	70,7
Nhóm 5	27	32,9
Nhóm 6	10	12,2
Nhóm 7	46	56,1
Nhóm 10	33	40,2
Nhóm 11	22	26,8

**Nhận xét:** Số bệnh nhân có hạch ở nhóm 4 nhiều nhất (58/82 bệnh nhân, 70,7%), không có hạch nhóm 1 (nhóm hạch nằm ở xa và cao sát nền cổ, tiên lượng xấu).

**Bảng 5. Kích thước và độ tập trung <sup>18</sup>FDG (SUV<sub>max</sub>) của hạch**

Nhóm hạch	Kích thước hạch (mm)	Trung vị SUV <sub>max</sub> (min- max)	p
Nhóm 2	6,0 ± 2,5	1,3 (0,6-2,6)	>0,05
Nhóm 4	6,6 ± 1,7	1,5 (0,8-3,1)	
Nhóm 5	5,9 ± 2,2	1,4 (0,6-2,6)	
Nhóm 6	7,5 ± 2,7	1,4 (1,0-2,6)	
Nhóm 7	6,8 ± 2,3	1,4 (1,0 - 2,2)	
Nhóm 10	7,2 ± 2,8	1,7 (0,9-19)	
Nhóm 11	7,4 ± 1,7	1,45 (1,1 - 3,1)	
Chung	6,7 ± 2,3	1,5 (0,6 - 19)	

**Kết luận:** Chưa thấy có sự khác biệt về kích thước và độ hấp thu <sup>18</sup>FDG (SUV<sub>max</sub>) của hạch thuộc các nhóm khác nhau (p>0,05).

**Bảng 6. SUV<sub>max</sub> của hạch (+) trên <sup>18</sup>FDG PET/CT**

Nhóm hạch	Số hạch	Hạch (+)	Kích thước hạch (+) (mm)	Trung vị SUV <sub>max</sub>
Nhóm 2	31	3	8,5 ± 3,1	2,6
Nhóm 4	58	5		
Nhóm 5	27	3		
Nhóm 6	10	1		
Nhóm 7	46	0		

Nhóm 10	33	7		
Nhóm 11	22	2		

**Nhận xét:** Hạch nhóm 10 có tỷ lệ (+) trên <sup>18</sup>FDG PET/CT cao nhất (7/33 = 21,2%). Có mối tương quan thuận giữa SUV<sub>max</sub> và kích thước hạch (r = 0,73).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, u phổi phải chiếm tỷ lệ 64,6%, nhiều hơn so với u phổi trái (35,4%). Trong nghiên cứu của Phan Lê Thăng gặp bệnh nhân u phổi bên phải: 64,2%, nhiều hơn so với phổi trái: 35,8% [2]. Theo Lê Thu Hà (2009), tỷ lệ u phổi thùy trên cao hơn các thùy khác (61,1%), vị trí u ở trung tâm rốn phổi và gần rốn phổi (35,6%) thấp hơn ở ngoại vi (64,4%) [3]. Về kích thước u trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi: nhỏ nhất 1,3cm, lớn nhất 6,9cm, trung bình 2,7 ± 1,0cm. 60/82 bệnh nhân (73,2%) có u < 3cm. Chỉ 2 bệnh nhân có kích thước u > 5cm. Do đặc điểm nhóm bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn sớm I, II nên hầu hết u có kích thước còn tương đối nhỏ so với công bố của một số tác giả khác. 67 bệnh nhân (81,7%) hạch (-) trên <sup>18</sup>FDG PET/CT (N0) có kích thước u trung bình là 2,6 ± 1,0cm. Còn nhóm 15 bệnh nhân (18,3%) với hạch (+) có kích thước u phổi lớn hơn, trung bình là 3,3 ± 0,9cm (p < 0,05). Nhìn chung các tác giả đều ghi nhận, kích thước khối u có liên quan đến yếu tố di căn hạch. Nguyễn Khắc Kiểm cho biết nhóm u ≤ 3 cm có tỷ lệ di căn hạch 31,5%; nhóm u > 3 - 5 cm có tỷ lệ di căn hạch vùng cao hơn (43,2%) [4]. Theo Bùi Chí Việt (2011), từ kết quả phẫu thuật 104 bệnh nhân cũng có nhận xét tương tự: u ≤ 3 cm tỷ lệ di căn hạch là 23,1%; u 3 - 5 cm di căn hạch là 40,9%; khối u > 5 cm di căn hạch là 40,4% [5]. Các tác giả Đài Loan Pei Ying Lin và cs (2010) hồi cứu trên 932 bệnh nhân trong 3 năm cho thấy khi khối u > 2,5 cm ở loại UTBM tuyến thì khả năng di căn hạch cao là 80% trong khi nhóm UTBM vảy thì khối u > 4 cm mới tăng khả năng di căn hạch [6]. Về mức độ tập trung <sup>18</sup>FDG tại u, các tác giả Komei Kameyama, Kazuhiro Imai, Koichi Ishiyama cho rằng trong chẩn đoán UTP trên <sup>18</sup>FDG PET/CT, nói chung thì giá trị hấp thu (SUV<sub>max</sub>) ≥ 2,5 được lấy là ngưỡng chẩn đoán u hoặc hạch lympho (+) [7]. Với ngưỡng chẩn đoán (+) khi SUV<sub>max</sub> > 2,5 chúng tôi đã phát hiện được u phổi ở 82/82 bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ. Độ tập trung <sup>18</sup>FDG (SUV<sub>max</sub>) của u phổi thấp khi bệnh nhân còn ở giai đoạn IA, sau đó tăng dần theo giai đoạn IB, IIA, IIB và IIIA (p < 0,01). SUV<sub>max</sub> của u phổi trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn một

số tác giả vì đặc điểm bệnh nhân ở giai đoạn I và II mà mức độ tập trung <sup>18</sup>FDG tăng dần theo giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận SUV<sub>max</sub> ở bệnh nhân UTP tăng theo kích thước u. Hệ số tương quan (thuận) giữa SUV<sub>max</sub> với kích thước u là  $r = 0,59$ . Kết quả này tương tự công bố của một số tác giả khác: Theo Mai Trọng Khoa và cộng sự, tổn thương có kích thước càng lớn thì mức độ hấp thu <sup>18</sup>FDG càng cao [8]. Mai Huy Thông, Nguyễn Kim Lưu, Ngô Văn Đán cũng đưa ra nhận xét tương tự: có liên quan thuận giữa SUV<sub>max</sub> với kích thước u phổi nguyên phát [1].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi rút ra một số kết luận: U phổi phải (64,6%) hay gặp hơn u phổi trái (35,4%). Kích thước u phổi trung bình là  $2,7 \pm 1,0$  cm. Có sự liên quan giữa tình trạng hạch với kích thước u: Kích thước u ở nhóm bệnh nhân có hạch (+) lớn hơn nhóm bệnh nhân có hạch (-) trên <sup>18</sup>FDG PET/CT. SUV<sub>max</sub> tương quan thuận với kích thước u, (hệ số tương quan  $r = 0,59$ ). Kích thước hạch (+) là  $8,5 \pm 3,1$ mm. Độ tập trung <sup>18</sup>FDG của hạch (+) trung vị SUV<sub>max</sub> = 2,6 (2,5-19,1). Có mối tương quan thuận giữa SUV<sub>max</sub> và kích thước hạch ( $r = 0,73$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians,

- 71(3): pp. 209-249.
2. **Phan Lê Thắng** (2017), Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIA bằng phối hợp phẫu thuật triệt căn và hóa xạ trị hỗ trợ. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Thu Hà** (2009), Đánh giá hiệu quả phác đồ Paclitaxel + Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội (2006 - 2009), Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Khắc Kiểm** (2016), Nghiên cứu nạo vét hạch theo bản đồ trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II, IIIA. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Bùi Chí Việt** (2011), Phẫu trị ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Pei Ying Lin, Yeun Chung Chang, Hsuen Yu Chen, et al** (2010), Tumor size matters differently in pulmonary adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. Lung Cancer, 67, pp. 296-300.
7. **Komei Kameyama, Kazuhiro Imai, Koichi Ishiyama...** (2022), New PET/CT criterion for predicting lymph node metastasis in resectable advanced (stage IB-III) lung cancer: The standard uptake values ratio of ipsilateral/contralateral hilar nodes. **Thoracic Cancer; 13: pp.708-715.**
8. **Mai Trọng Khoa** (2012), Giá trị của kỹ thuật chụp PET/CT trong đánh giá giai đoạn, tái phát, di căn của UTP KTBN.
9. **Mai Huy Thông, Nguyễn Kim Lưu, Ngô Văn Đán, Nguyễn Hà Phương** (2022), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh FDG PET/CT của các tổn thương trong ung thư phổi không tế bào nhỏ trước điều trị. Y học Việt Nam, tập 514, số 1/2022, tr.115-119.

## ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ BỆNH PARKINSON THỐNG NHẤT (MDS-UPDRS) PHIÊN BẢN TIẾNG VIỆT

Trần Ngọc Tài<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Nhật<sup>2</sup>, Lê Thụy Minh An<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Việt hóa thang điểm MDS-UPDRS và đánh giá tính tin cậy của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản Tiếng Việt. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tại khoa Thần Kinh hoặc phòng khám Parkinson và rối loạn vận động, bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM trong thời gian 01/2022 đến 07/2022. Nghiên cứu gồm 2 giai đoạn: (1) Việt hóa thang điểm

MDS-UPDRS và (2) đánh giá độ tin cậy sẽ được đánh giá bằng phép kiểm hệ số Cronbach's alpha và hệ số ICC. **Kết quả:** Có 207 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Hệ số Cronbach's Alpha cho từng phần I, II, III, IV của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản tiếng Việt lần lượt là 0,700, 0,895, 0,922, 0,871. Như vậy, phần I của thang điểm MDS-UPDRS phiên bản tiếng Việt có độ tin cậy nhất quán nội bộ chấp nhận được, phần II, III, IV có độ tin cậy nhất quán nội bộ cao. **Kết luận:** Thang điểm MDS-UPDRS phiên bản Tiếng Việt có tính tin cậy cao.

### SUMMARY

**THE RELIABILITY OF VIETNAMESE VERSION OF MOVEMENT DISORDERS SOCIETY-UNIFIED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (MDS-UPDRS)**

**Objectives:** To translate the MDS-UPDRS into

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>3</sup>Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thụy Minh An

Email: minhhanle@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024