1. **ĐẠI CƯƠNG**

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

1. **TRIỆU CHỨNG**

Ba đặc điểm nhận dạng một 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). Tư thế không vững là dấu hiệu thứ tư, tuy nhiên nó chỉ xuất hiện trong trường hợp muộn, thường là khi bệnh nhân đã bị bệnh 8 năm hoặc hơn.

* 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 2 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 ở các chi khi nghỉ ngơi.

-Động tác run giật của BN giống như động tác đang lăn 1 viên thuốc bằng bàn tay hoặc chỉ là sự run vẫy 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 1 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 vẫy 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)

1. **NGUYÊN NHÂN**
2. **CHẨN ĐOÁN**
   1. **Lâm sàng và cận lâm sàng**

**4.1.1. 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 địnhchẩn đoán bệnh Parkinson. Nhũng tiêu chuẩn này nếu đứng riêng rẽ sẽ sai lầm trong khoảng 25% trường hợp.

**-** Những nghiên cứu khảo sát lại trên những BN đã được xác định chẩn đoáncho 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 trịêu chứng trên vẫn không thể lúc nào cũng giúp chẩn đoán chính xác được ví có những bệnh có các triệu chứng tương tự như bệnh Parkinson.

**4.1.2. 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 BN đều có 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.

**4.1.3.** **Những chẩn đoán hình ảnh cần thiết:**

**-**PET(Positron emission tomography) và SPE CT(Single-photon emission computed tomography) là 2 phương tiện chẩn đoán hình ảnh có cả độ nhạy và độ dặc hiệu cao trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bệnh Parkinson với những hội chứng Pakinson thứ phát.

**-** Mục đích sử dụng 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 sẽ không thấy bất kỳ triệu chứng nào cho đến khi bị mất 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 có triệu chứng.

1. **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 BN.

**5.1 Nội khoa:**

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

Thuốc điều trị bệnh Parkinson hiệu quả nhất là Levodopa kết hợp với chất ức chế decarboxylase ngoại biên (Sinemet, Madopar, Atamet …)

Một số thuốc khác tác động tại synapse dopaminergic cũng hữu ích, đặc biệt khi phối hợp với levodopa. Tất cả những thuốc này đều có khả năng gây ra những tác dụng phụ như ảo giác, loạn động, buồn nôn, tụt huyết áp tư thế, an thần và mất ngủ nên khi điều trị cần theo dõi

1. **Levopoda :** thuốc chủ chốt trong điều trị hiện nay. Thuốc cần dùng kèm carbidopa hay Benserazide để ức chế men decarboxylase ngoại biên nhằm giảm tác dụng phụ và tăng lượng thuốc vào não. Bệnh nhân sẽ đỡ run, đỡ cứng đơ, 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 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.

Liều dùng khởi đầu với Modopar 250mg : ¼ v x 3 lần / ngày tăng dần theo đáp ứng. Hay Sinemet 50/200 : ½ v mỗi buổi sáng tăng dần đến 1v x 2 lần/ ngày.

1. **Thuốc đồng vận dopamin** : đứng hàng thứ hai về hiệu quả kiểm soát tất cả các triệu chứng chính của bệnh sau Levodopa. Thuốc kích thích trực tiếp thụ thể dopamin nhưng hiệu quả giảm triệu chứng không bằng Levodopa. Thuốc thường sử dụng trong giai đoạn đầu của bệnh, có thể phối hợp với Levodopa trong giai đoạn tiến triển của bệnh.

Các thuốc hiện có :

* Bromocriptine (Parlodel) liều 7,5-40mg/ ngày
* Pergolide (Permax) : 0,75 4mg/ ngày
* Pramipexole ( Sifrol) 1,5-4,5mg/ ngày

1. **Thuốc kháng cholinergic**: thường sử dụng hạn chế do tác dụng phụ nhiều đặc biệt ở người lớn tuổi (an thần, lú lẫn, giảm trí nhớ, ảo giác, khô miệng, táo bón…). Thuốc thường có tác dụng tốt nhất với triệu chứng run. Thuốc thường dùng là Trihexyphenidyl (Artan) viên 2mg liều từ 0,5 – 2mg x 3 lần / ngày.
2. Ngoài ra còn có thuốc Entacarbone, Tolcapone … nhưng ít thông dụng hơn.

**5.2** **Ngoại khoa:**

Khi bênh đã nặng, thuốc Levopoda 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 phẩu thuật. Có 2 kiểu phẩu thuật chữa bệnh Parkinson, là kiểu gây phá hủy 1 vài cấu trúc nhỏ trong não , và kiểu đặt điệncực 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. Kết quả sau mổ rất có thể ngoạn mục. Tuy nhiên, tỷ lệ các biến chứng của mổ là như bảng sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Biến chứng** | **STN(%)** | **GPi(%)** |
| 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).

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**
2. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
3. **PHÒNG BỆNH**
4. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu tham khảo :

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhân dân 115.
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương.