

Số: 3347 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 29 tháng 10 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn chuyên môn chuyên ngành Lão
khoa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh – Quyển 1”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 313/2026/NĐ-CP ngày 08/8/2026 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Biên bản họp Hội đồng nghiệm thu tài liệu “Hướng dẫn chuyên môn chuyên ngành Lão khoa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh – Quyển 1” của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh ngày 07/4/2026;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Hướng dẫn chuyên môn chuyên ngành Lão khoa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh – Quyển 1”.

Điều 2. Tài liệu “Hướng dẫn chuyên môn chuyên ngành Lão khoa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh – Quyển 1” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh kể từ ngày ký ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Vụ trưởng và Cục trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành và Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Các Bệnh viện, Viện có giường bệnh thuộc Bộ Y tế;
- Y tế các Bộ/ngành;
- Sở Y tế các tỉnh/Tp trực thuộc Trung ương;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Tổng hội Y học Việt Nam và các hội y khoa;
- Lưu VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC



Vũ Mạnh Hà



**HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN CHUYÊN NGÀNH LÃO KHOA TẠI
CÁC CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH – Quyển 1**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3347/QĐ-BYT
ngày 29 tháng 10 năm 2026)*

Hà Nội, 2026

Chỉ đạo biên soạn, thẩm định	
TS.BS. Vũ Mạnh Hà	Thứ trưởng Thường trực Bộ Y tế
TS.BS. Hà Anh Đức	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
Chủ biên	
GS.TS.BS. Trần Hữu Dàng	Chủ tịch Hội Nội tiết - Đái tháo đường Việt Nam
TS.BS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
PGS.TS. Nguyễn Trung Anh	Giám đốc Bệnh viện Lão khoa Trung ương Chủ tịch Hội Lão khoa Việt Nam
Tham gia biên soạn, thẩm định	
GS.TS Phạm Thắng	Cố vấn Ban chấp hành Hội Lão khoa Việt Nam
PGS.TS Nguyễn Văn Trí	Chủ tịch Hội Lão khoa Thành phố Hồ Chí Minh
GS.TS Nguyễn Đức Công	Phó Chủ tịch Hội Lão khoa Việt Nam
GS.TS Lê Quang Cường	Hội viên Hội thần kinh Việt Nam
PGS.TS Lê Đình Thanh	Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất
PGS.TS Trần Viết Lực	Phó Giám đốc Bệnh viện Lão khoa Trung ương
TS. Nguyễn Tấn Dũng	Phó giám đốc Bệnh viện C Đà Nẵng
PGS.TS Võ Thành Toàn	Phó Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất
PGS.TS Nguyễn Văn Tuấn	Viện trưởng Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
PGS.TS Lê Thị Thanh Xuân	Phó Viện trưởng, Trưởng Bộ môn Sức khỏe Nghề nghiệp, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội
PGS.TS Nguyễn Thị Thu Hoài	Viện trưởng Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch Mai
PGS.TS Phan Thu Phương	Giám đốc Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai
PGS.TS Nguyễn Văn Hùng	Giám đốc Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai
PGS.TS. Nguyễn Trọng Hưng	Giám đốc Trung tâm đào tạo và chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
PGS.TS Võ Hồng Khôi	Giám đốc Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

PGS.TS Vũ Thị Thanh Huyền	Trưởng khoa Nội tiết - Cơ xương khớp, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
PGS.TS. Nguyễn Thanh Bình	Trưởng khoa Thần kinh và bệnh Alzheimer, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
PGS.TS Nguyễn Văn Tân	Trưởng khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Thống Nhất
PGS.TS Đỗ Đào Vũ	Phó Giám đốc Trung tâm Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai
PGS.TS Trần Thừa Nguyên	Trưởng khoa Nội tổng hợp – Lão khoa, Bệnh viện Trung ương Huế
TS. Nguyễn Thị Hoa	Trưởng khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Hữu Nghị
PGS.TS Đặng Thị Việt Hà	Giảng viên bộ môn Nội tổng hợp, Trường đại học Y Hà Nội
PGS.TS Phan Đình Phong	Giảng viên bộ môn Tim mạch, Trường đại học Y Hà Nội
PGS.TS Cao Thanh Ngọc	Trưởng khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
PGS.TS Phạm Quang Thái	Trưởng Văn phòng Tiêm chủng mở rộng miền Bắc, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
BSCKI. Nguyễn Thị Thanh Lịch	Phó trưởng phòng Phục hồi chức năng và Giám định, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
TS. Bùi Thúc Quang	Trưởng khoa Tim mạch can thiệp – Ngoại, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKII. Nguyễn Văn Phi	Trưởng khoa Sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Ths. Nguyễn Thanh Hoa	Chuyên viên phòng Phục hồi chức năng và Giám định, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
PGS.TS. Nguyễn Ngọc Tâm	Phó khoa Nội tiết - Cơ xương khớp, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKII. Nguyễn Thị Thu	Bác sĩ khoa Nội tiết – Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai
Ths. Ngân Thị Hồng Anh	Trưởng khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Lão khoa Trung ương

TS. Nguyễn Xuân Thanh	Phó trưởng khoa Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKII. Tạ Hữu Ánh	Phó trưởng khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKII. Lê Chung Thủy	Phó trưởng khoa Tim mạch – Hô hấp, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Ths. Nguyễn Liên Hạnh	Trưởng khoa Dinh dưỡng – tiết chế, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Ths. Nguyễn Quý Phong	Phó Giám đốc Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKII. Phạm Thị Thu Hà	Khoa Nội tiết và cơ xương khớp, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Ths. Nguyễn Thị Thu Hương	Giảng viên Bộ môn Lão khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
Thư ký	
PGS.TS Vũ Thị Thanh Huyền	Trưởng khoa Nội tiết - Cơ xương khớp, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
BSCKI. Nguyễn Thị Thanh Lịch	Phó trưởng phòng Phục hồi chức năng và Giám định, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
Ths. Nguyễn Thanh Hoa	Chuyên viên phòng Phục hồi chức năng và Giám định, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
PGS.TS. Nguyễn Ngọc Tâm	Phó khoa Nội tiết - Cơ xương khớp, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Ths. Nguyễn Quý Phong	Phó Giám đốc Trung tâm Đào tạo và Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Ths. Nguyễn Thị Thu Hương	Giảng viên Bộ môn Lão khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

LỜI NÓI ĐẦU

Già hóa dân số đang là một trong những xu hướng quan trọng nổi bật nhất của thế kỷ 21, đồng thời cũng đặt ra những thách thức to lớn đối với mọi quốc gia, trong đó có Việt Nam. Với tốc độ già hóa nhanh chóng, số lượng người cao tuổi ngày càng tăng, kéo theo đó là gánh nặng bệnh tật phức tạp và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng nhiều hơn. Khác với các nhóm tuổi khác, người cao tuổi thường mắc cùng lúc nhiều bệnh lý mạn tính, kết hợp với những thay đổi về sinh lý, tâm lý và xã hội, tạo nên những bệnh cảnh lâm sàng đặc thù, đòi hỏi cách tiếp cận toàn diện và chuyên biệt.

Nhận thức rõ tầm quan trọng của việc trang bị kiến thức chuyên sâu về thực hành lão khoa, Bộ Y tế đã chỉ đạo xây dựng và ban hành tài liệu "**Hướng dẫn chuyên môn chuyên ngành Lão khoa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh - Quyển 1**". Đây là tài liệu chuyên môn được biên soạn bởi các chuyên gia đầu ngành, nhằm cung cấp kiến thức thực hành điều trị trong chuyên ngành lão khoa, nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện người bệnh người cao tuổi. Tài liệu gồm hai phần nội dung chính:

Một là, hệ thống hóa các hội chứng lão khoa kinh điển và thường gặp nhất ở người cao tuổi như hội chứng dễ bị tổn thương (frailty), sa sút trí tuệ, trầm cảm, ngã, bất động, suy dinh dưỡng, loét do tì đè, rối loạn tiểu tiện và đại tiện, cùng các vấn đề về thị giác, thính giác. Mỗi hội chứng đều được phân tích chi tiết từ định nghĩa, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng lâm sàng đến hậu quả, giúp cán bộ y tế dễ dàng nhận diện và có chiến lược can thiệp phù hợp.

Hai là, đưa ra các khuyến cáo dự phòng dựa trên bằng chứng khoa học, bao gồm dự phòng các cấp độ và các biện pháp can thiệp cụ thể như dinh dưỡng hợp lý, hoạt động thể lực, duy trì chức năng nhận thức, kiểm soát đa bệnh lý và tối ưu hóa sử dụng thuốc, đặc biệt là khuyến cáo có can thiệp về môi trường sống an toàn.

Cuốn tài liệu được viết dành cho các bác sĩ, điều dưỡng, cán bộ y tế, sinh viên, học viên sau đại học ngành y - những người trực tiếp chăm sóc và điều trị cho người cao tuổi. Mục tiêu cuối cùng mà chúng tôi hướng đến không chỉ là giúp người cao tuổi "sống lâu" hơn mà còn là "sống khỏe, sống vui và sống có ích", góp phần giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Bộ Y tế trân trọng cảm ơn, biểu dương và ghi nhận sự tích cực tham gia của Hội Lão khoa Việt Nam, nỗ lực của các tổ chức, cá nhân, các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ, cử nhân chuyên khoa, chuyên ngành đã tham gia xây dựng và góp ý cho tài liệu "Hướng dẫn chuyên môn chuyên ngành Lão khoa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh – Quyển 1", đồng thời Bộ Y tế cũng ghi nhận sự đóng góp

lớn của Lãnh đạo, Chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh và Lãnh đạo, tập thể cán bộ Bệnh viện Lão khoa Trung ương đã tham gia hoạt động xây dựng tài liệu này.

Trong quá trình biên soạn, biên tập, mặc dù Ban Biên soạn đã hết sức cố gắng nhưng tài liệu khó tránh khỏi thiếu sót, Bộ Y tế mong nhận được sự góp ý, phản hồi của các chuyên gia hành nghề. Các góp ý xin gửi về: Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế, 138A phố Giảng Võ, phường Giảng Võ, thành phố Hà Nội.

Trân trọng cảm ơn.

TS. BS Vũ Mạnh Hà
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC
BỘ Y TẾ

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
3IQ	Bảng câu hỏi 3 câu hỏi về tiểu không tự chủ	3 Incontinence Questions
4AT	Thang đánh giá sáng nhanh với 4 tiêu chí	4 A's Test
5CST	Bài kiểm tra đứng lên ngồi xuống 5 lần từ ghế	5 Times Chair Stand Test
AWGS	Hiệp hội sarcopenia châu Á	Asian Working Group on Sarcopenia
BIA	Phân tích trở kháng sinh học	Bioelectrical Impedance Analysis
BMI	Chỉ số khối cơ thể	Body Mass Index
BZD	Nhóm thuốc Benzodiazepin	Benzodiazepine
CAM	Phương pháp đánh giá lú lẫn	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Phương pháp đánh giá sáng trong ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CFS	Thang điểm hội chứng dễ bị tổn thương trên lâm sàng	Clinical Frailty Scale
CT	Cắt lớp vi tính	Computer Tomography
DSM-V	Cẩm nang chẩn đoán và thống kê rối loạn tâm thần lần thứ 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DXA	Hấp thụ tia X năng lượng kép	Dual Energy Xray Absorptiometry
ĐGLKTD	Đánh giá lão khoa toàn diện	Geriatric Comprehensive Assessment (CGA)
DOS	Thang đánh giá quan sát sáng	Delirium Observation Screening Scale
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism	Hội chuyên hóa và dinh dưỡng lâm sàng Châu Âu
FDA	Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ	Food and Drug Administration
EFS	Thang điểm hội chứng dễ bị tổn thương Edmonton	Edmonton Frail Scale
EEG	Điện não đồ	Electroencephalography
FRT	Bài kiểm tra tầm với	Functional Reach Test

GABA	Axit Gamma-Aminobutyric	Gamma-Aminobutyric Acid
GDS	Thang điểm đánh giá trầm cảm ở người cao tuổi	Geriatric Depression Scale
GPAQ	Bảng câu hỏi toàn cầu về hoạt động thể lực	The Global Physical Activity Questionnaire
GLIM	Global Leadership Initiative on Malnutrition	Sáng kiến lãnh đạo toàn cầu về suy dinh dưỡng
HĐTL	Hoạt động thể lực	
HCDBTT	Hội chứng dễ bị tổn thương	Frailty
HGS	Cơ lực tay	Hand Grip Strength
HELP	Chương trình chăm sóc người già tại bệnh viện	Hospital Elder Life Program
ICU	Khoa hồi sức tích cực	Intensive Care Unit
IL-6		Interleukin-6
ICD-10	Phân loại thống kê quốc tế về các bệnh tật và vấn đề sức khỏe liên quan: lần thứ 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision
ICDSC	Danh sách sàng lọc sàng trong chăm sóc tích cực	Intensive Care Delirium Screening Checklist
IPAQ-SF	Bảng câu hỏi quốc tế về hoạt động thể lực phiên bản ngắn	The International Physical Activity Questionnaire Short Form
Nu-DESC	Thang đánh giá sàng của điều dưỡng	Nursing Delirium Screening Scale
MMSE	Trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu	Mini-Mental State Examination
MNA-SF	Bảng đánh giá dinh dưỡng tối thiểu	Mini Nutritional Assessment Short Form
MoCA	Thang đánh giá nhận thức Montreal	Montreal Cognitive Assessment
MRI	Cộng hưởng từ	Magnetic Resonance Imaging
MIND-USA	Nghiên cứu sửa đổi tác động của rối loạn chức năng Thần kinh – Tâm lý – Hoa Kỳ	Modifying the Impact of Neuropsychiatric Dysfunction – USA
ONS	Oral nutrition supplements	Bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng
PADIS	Hướng dẫn PADIS trong hồi sức tích cực	Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, Sleep
PTSD	Rối loạn căng thẳng sau sang chấn	Post-Traumatic Stress Disorder

PSQI	Thang điểm đánh giá rối loạn giấc ngủ Pittsburgh	Pittsburgh Sleep Quality Index
QTc	Khoảng QT hiệu chỉnh	Corrected QT Interval
RAPA	Bộ câu hỏi đánh giá nhanh hoạt động thể lực	The Rapid Assessment Of Physical Activity
REFS	Thang điểm hội chứng dễ bị tổn thương Edmonton tự báo cáo	Reported Edmonton Frail Scale
RASS	Thang sàng lọc kích động - an thần Richmond	Richmond Agitation-Sedation Scale
RADAR	Công cụ Nhận biết trạng thái sáng cấp tính như một phần của thói quen	Recognizing Acute Delirium As part of Routine
SPPB	Bộ công cụ đánh giá hiệu năng thể chất ngắn gọn	Short Physical Performance Battery
SCCM	Hiệp hội Y học Chăm sóc Đặc biệt	Society of Critical Care Medicine
TUG	Bài kiểm tra đứng dậy và đi	Time Up and Go Test
TKTC	Tiểu không tự chủ	
UB-2	Công cụ sàng lọc 2 câu hỏi siêu ngắn	Ultra-Brief 2-item screen

MỤC LỤC

QUYẾT ĐỊNH	0
LỜI NÓI ĐẦU	0
MỤC LỤC	5
ĐÁNH GIÁ LÃO KHOA TOÀN DIỆN VÀ TÌNH TRẠNG ĐA BỆNH LÝ	1
1. ĐẠI CƯƠNG	1
1.1. Định nghĩa.....	1
1.2. Mục tiêu của đánh giá lão khoa toàn diện.....	1
1.3. Các thành tố của đánh giá lão khoa toàn diện ở người cao tuổi ...	2
1.4. Đối tượng nên được đánh giá lão khoa toàn diện	3
1.5. Đội ngũ thực hiện đánh giá lão khoa toàn diện.....	5
1.6. Lợi ích của đánh giá lão khoa toàn diện ở người bệnh cao tuổi....	5
2. Công cụ đánh giá lão khoa toàn diện ở người cao tuổi	6
2.1. Đánh giá về sức khỏe thể chất.....	6
2.2. Đánh giá tình trạng chức năng	7
2.3. Đánh giá về thần kinh - tâm thần	8
2.4. Các vấn đề lão khoa khác.....	8
2.5. Các vấn đề về xã hội - môi trường sống	9
HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG (FRAILITY)	13
1. ĐẠI CƯƠNG	13
1.1. Khái niệm	13
1.2. Dịch tễ học.....	13
1.3. Các yếu tố nguyên nhân	13
2. SINH LÝ BỆNH	13
Cơ chế bệnh sinh của hội chứng dễ bị tổn thương.....	13
2.1. Cấp độ 1 - Thay đổi ở mức tế bào.....	13
2.2. Cấp độ 2- Rối loạn điều hòa hệ thống.....	14
2.3. Cấp độ 3 - Suy yếu hệ thống.....	15
3. CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG	16
3.1. Các giai đoạn lâm sàng của hội chứng dễ bị tổn thương	16
3.1.1. Giai đoạn tiền hội chứng dễ bị tổn thương (Pre-frailty)	16
3.1.2. Giai đoạn hội chứng dễ bị tổn thương (frailty).....	16
3.1.3. Giai đoạn biến chứng của hội chứng dễ bị tổn thương	16
3.2. Sàng lọc và chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương.....	17

3.2.1. Sàng lọc hội chứng dễ bị tổn thương:	17
3.2.2. Chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương	17
3.3. Các bộ công cụ sàng lọc và chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương	18
3.4. Cận lâm sàng.....	18
4. QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG	19
4.1. Nguyên tắc quản lý, điều trị và dự phòng.....	19
4.2. Chương trình hoạt động thể lực	19
4.3. Chế độ dinh dưỡng	21
4.4. Phát triển kế hoạch quản lý toàn diện	22
5. KẾT LUẬN	24
TÀI LIỆU THAM KHẢO	25
SARCOPENIA	26
1. ĐẠI CƯƠNG	26
1.1. Khái niệm sarcopenia	26
1.2. Dịch tễ học bệnh sarcopenia	26
1.3. Phân loại sarcopenia theo nguyên nhân	27
1.4. Sinh lý bệnh sarcopenia	28
1.5. Các biến cố bất lợi của sarcopenia	28
2. SÀNG LỌC SARCOPENIA	28
3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH BỆNH SARCOPENIA.....	30
3.1. Các phương pháp đánh giá.....	30
3.1.1. Đánh giá khối lượng cơ:	30
3.1.2. Cơ lực tay (hand grip strength – HGS):	30
3.1.3. Khả năng thực hiện động tác: được coi là hệ quả của sarcopenia	31
3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Sarcopenia.....	32
4. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ SARCOPENIA	34
4.1. Mục tiêu.....	34
4.2. Khuyến cáo điều trị và dự phòng sarcopenia.....	34
TÀI LIỆU THAM KHẢO	38
NGÃ VÀ RỐI LOẠN TƯ THẾ DÁNG ĐI	39
1. ĐẠI CƯƠNG	39
1.1. Định nghĩa:	39

1.2. Dịch tễ học:.....	39
1.3. Các yếu tố nguy cơ.....	39
1.3.1.Yếu tố bệnh lý	40
1.3.2.Yếu tố thuốc	40
1.3.3. Yếu tố môi trường	40
2. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ NGÃ.....	41
2.1. Đánh giá nguy cơ ngã tại cộng đồng	41
2.2. Rối loạn dáng đi ở người cao tuổi.....	43
2.3. Đối với nhóm nguy cơ thấp:	44
2.4. Đối nhóm nguy cơ trung bình:	44
2.5. Đánh giá nguy cơ ngã tại bệnh viện và các viện dưỡng lão:	45
2.6. Đánh giá toàn diện về ngã.....	45
3. CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP CỤ THỂ GIẢM NGUY CƠ NGÃ.....	46
3.1. Đánh giá các thuốc	46
3.2. Bổ sung vitamin D	47
3.3. Can thiệp về nguy cơ trong nhà.....	47
3.4. Chương trình bài tập phòng ngừa ngã	47
3.5. Tối ưu hóa việc tham gia liên tục vào các can thiệp phòng ngừa ngã.....	48
4. THÔNG TIN VÀ GIÁO DỤC CHO NGƯỜI NHẬN ĐÁNH GIÁ HOẶC CAN THIỆP PHÒNG NGỪA NGÃ.....	49
4.1. Áp dụng trong mọi bối cảnh chăm sóc.....	49
4.2. Trong môi trường bệnh viện nội trú.....	49
PHỤ LỤC	51
PHỤ LỤC II	54
TÀI LIỆU THAM KHẢO	55
HỘI CHỨNG ĐAU.....	56
1. ĐẠI CƯƠNG	56
1.1. Định nghĩa.....	56
1.2. Dịch tễ học.....	56
1.3. Phân loại đau	56
1.4. Nguyên nhân đau thường gặp ở người cao tuổi.....	58
2. ĐẶC ĐIỂM ĐAU VÀ NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI.....	58
2.1. Đặc điểm đau ở người cao tuổi	58

2.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến quản lý đau ở người cao tuổi.....	58
2.2.1. Suy giảm nhận thức và giao tiếp.....	59
2.2.2. Đa bệnh lý và đa thuốc	59
2.2.3. Các yếu tố tâm lý và xã hội	59
2.2.4. Những thay đổi sinh lý, dược động học và dược lực học liên quan đến tuổi	59
3. ĐÁNH GIÁ ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI	60
3.1. Nguyên tắc đánh giá đau	60
3.2. Đánh giá đau toàn diện.....	61
3.2.1. Đặc điểm đau	61
3.2.2. Đánh giá tác động của đau	61
3.2.3. Đánh giá bệnh đồng mắc và thuốc đang sử dụng	62
3.2.4. Đánh giá mục tiêu điều trị, thái độ và kỳ vọng của người bệnh	62
3.2.5. Đánh giá hỗ trợ gia đình và xã hội	63
3.3. Các công cụ đánh giá đau.....	63
3.3.1. Người bệnh có khả năng tự báo cáo	63
3.3.2. Người bệnh suy giảm nhận thức hoặc hạn chế giao tiếp.....	65
4. ĐIỀU TRỊ ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI.....	66
4.1. Điều trị bằng thuốc	66
4.1.1. Nguyên tắc sử dụng thuốc giảm đau ở người cao tuổi	66
4.1.2. Thuốc giảm đau không opioid	67
4.1.3. Thuốc giảm đau Opioid	69
4.1.4. Thuốc hỗ trợ điều trị đau	76
4.2. Các thủ thuật can thiệp giảm đau	78
4.3. Điều trị đau không dùng thuốc.....	79
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	81
SẺNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI	82
1. ĐẠI CƯƠNG	82
1.1. Định nghĩa.....	82
1.2. Phân loại.....	82
1.2.1. Theo nguyên nhân	82
Theo Phân loại bệnh quốc tế (ICD-10) phân loại sảng làm hai nhóm chính:	82
1.2.2. Theo đặc điểm lâm sàng	82

1.2.3. Theo thời gian diễn biến	83
1.2.4. Theo mức độ	83
1.3. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ	83
1.3.1. Các yếu tố nguy cơ có khả năng thay đổi	83
1.3.2. Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi	84
1.4. Cơ chế bệnh sinh.....	84
2. CHẨN ĐOÁN.....	85
2.1. Đặc điểm lâm sàng.....	85
2.1.1. Khởi phát và diễn biến	85
2.1.2. Triệu chứng lâm sàng	86
2. Chẩn đoán:	87
2.1. Đặc điểm lâm sàng:	87
2.2. Chẩn đoán:.....	88
2.3. Cận lâm sàng và chẩn đoán nguyên nhân	89
2.4. Các thang đánh giá	90
2.5. Tiếp cận lâm sàng	92
3. QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ.....	92
3.1. Nguyên tắc chung	92
3.2. Điều trị trong môi trường đa khoa	93
3.2.1. Các biện pháp can thiệp không dùng thuốc	93
3.2.2. Các biện pháp can thiệp không dùng thuốc	93
3.3. Điều trị trong đơn vị hồi sức.....	94
3.4. Phối hợp đa ngành trong quản lý sàng	98
4. DỰ PHÒNG	98
4.1. Nguyên tắc chung	98
4.2. Các biện pháp dự phòng không dùng thuốc bao gồm:.....	98
TÀI LIỆU THAM KHẢO	101
ĐẠI TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ	102
1. TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ	102
1.1. Định nghĩa tiểu không tự chủ ở người cao tuổi	102
1.2. Dịch tễ học của TKTC ở người cao tuổi	102
1.3. Sinh lý bệnh và nguyên nhân	102
1.3.1. Sinh lý bệnh của TKTC	102
1.3.2. Nguyên nhân TKTC	103

1.3.2.1. Nguyên nhân TKTC tạm thời.....	103
1.3.2.2. TKTC mạn tính.....	104
1.4. Phân loại TKTC	107
1.4.1. Phân loại theo triệu chứng lâm sàng.....	107
1.4.2. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh.....	108
1.4.2.1. Bất thường cơ detrutor.....	108
1.4.2.2. Bất thường cơ thắt niệu đạo.....	108
1.4.2.3. Phân loại theo nguyên nhân	108
1.4.2.4. Phân loại theo thời gian diễn biến	109
1.5. Triệu chứng và chẩn đoán.....	109
1.5.1. Khai thác tiền sử và triệu chứng của bệnh.....	109
1.5.1.1. Triệu chứng TKTC.....	109
1.5.1.2. Tiền sử	110
1.5.2. Chẩn đoán	111
1.5.2.1. Khám thực thể	111
1.5.2.2. Khám toàn thân	112
1.5.2.3. Khám vùng sinh dục – hậu môn	112
1.5.2.4. Khám thần kinh	113
1.5.2.5. Đánh giá da và mô mềm	113
1.5.2.6. Đánh giá khả năng chăm sóc bản thân	113
1.5.2.6. Lưu ý ở người cao tuổi.....	113
1.5.3. Các xét nghiệm và cận lâm sàng.....	114
1.5.3.1. Các cận lâm sàng thường quy	114
1.5.3.2. Chẩn đoán hình ảnh và đo lường	114
1.5.3.3. Thăm dò niệu động học	115
1.5.3.4. Các xét nghiệm chuyên biệt khác (nếu cần)	115
1.5.3.5. Lưu ý ở người cao tuổi.....	115
1.6. Hậu quả của TKTC	116
1.6.1. Hậu quả liên quan đến sức khỏe thể chất.....	116
1.6.2. Hậu quả liên quan đến tâm lý xã hội	116
1.6.3. Gánh nặng cho người chăm sóc.....	117
1.7. Điều trị TKTC	117
1.7.1. Điều trị bảo tồn.....	117
1.7.1.1. Điều trị các bệnh lý nền gây ra TKTC	117

1.7.1.2 .Thay đổi lối sống	118
1.7.2. Luyện tập bằng quang và thói quen đi tiểu.....	119
1.7.2.1. Bài tập cho cơ vùng chậu.....	119
1.7.2.2. Tập luyện bằng quang	119
1.7.2.3. Đi tiểu theo nhịp	120
1.7.2.4. Điều chỉnh môi trường và hỗ trợ chức năng	120
1.7.3. Các can thiệp không xâm lấn	120
1.7.4. Sử dụng thuốc	121
1.7.4.1. Thuốc kháng hệ muscarinic (kháng cholinergic).....	121
1.7.4.2. Nhóm thuốc chủ vận β_3 (β_3 -agonists)	121
1.7.4.3. Thuốc đồng vận alpha-adrenergic	122
1.7.4.4. Estrogens.....	122
1.7.4.5. Desmopressin.....	123
1.7.4.6. Chẹn alpha- adrenergic	123
1.7.4.7. Thuốc ức chế 5 α -Reductase.....	123
1.7.4.8. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng.....	124
1.7.4.9. Liệu pháp kết hợp thuốc.....	124
1.7.5. Các dụng cụ hỗ trợ.....	124
1.7.6.1. Bất thường cơ thắt.....	125
1.7.6.2. Giảm dung tích bàng quang.....	125
2. ĐẠI TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ.....	126
2.1. Định nghĩa đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi	126
2.2. Dịch tễ học đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi.....	126
2.3. Hậu quả của đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi	126
2.4. Sinh lý bệnh	127
2.5. Nguyên nhân	128
2.6. Phân loại.....	128
2.7. Chẩn đoán	132
2.8. Điều trị.....	133
2.9. Tiên lượng và theo dõi.....	135
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	137
KHUYẾN CÁO DINH DƯỠNG NÂNG CAO SỨC KHOẺ NGƯỜI.....	139
CAO TUỔI.....	139
1. Vai trò của dinh dưỡng đối với sức khỏe người cao tuổi.....	139

2. Một số thay đổi sinh lý ảnh hưởng đến dinh dưỡng người cao tuổi	139
2.1. Hệ tiêu hóa.....	139
2.2. Các chức năng tim mạch, thận, thần kinh.....	140
2.3. Hệ miễn dịch	140
2.4. Loét tì đè.....	140
2.5. Chức năng và trạng thái chức năng.....	140
2.6. Trầm cảm	141
2.7. Các thay đổi trong chuyển hóa dinh dưỡng ở NCT:	141
3. Một số vấn đề dinh dưỡng thường gặp ở người cao tuổi:	141
3.1. Suy dinh dưỡng ở người cao tuổi	141
3.2. Thiếu hụt vitamin và khoáng chất ở người cao tuổi.....	142
4. Chăm sóc dinh dưỡng người cao tuổi trong bệnh viện	142
4.1. Sàng lọc suy dinh dưỡng người cao tuổi:.....	143
4.2. Đánh giá dinh dưỡng toàn diện	147
4.3. Chẩn đoán suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)	147
4.4. Can thiệp dinh dưỡng	147
4.5. Nhu cầu các chất dinh dưỡng ở người cao tuổi:	147
4.6. Một số lưu ý trong lựa chọn và chế biến thức ăn cho người cao tuổi:	149
5. Các khuyến nghị đối với người cao tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc bị suy dinh dưỡng:.....	150
5.1. Bổ sung dinh dưỡng đường miệng	150
5.2. Nuôi ăn qua sonde và nuôi dưỡng tĩnh mạch.....	150
5.3. Can thiệp tập luyện	150
5.4. Xác định, điều trị và phòng mất nước	151
5.5. Hội chứng nuôi ăn lại (refeeding).....	151
5.6. Dinh dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối đời.....	152
TÀI LIỆU THAM KHẢO	153
HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC Ở NGƯỜI CAO TUỔI	154
1. ĐẠI CƯƠNG	154
2. Lợi ích của hoạt động thể lực	155
2.1. Kiểm soát cân nặng	155
2.2. Giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch.....	155
2.3. Giảm nguy cơ đái tháo đường típ 2 và hội chứng chuyển hóa ..	155

2.4. Giảm nguy cơ mắc một số loại ung thư.....	156
2.5. Tăng cường sức khỏe của xương và cơ	156
2.6. Cải thiện sức khỏe tâm thần và khí sắc	156
2.7. Cải thiện hoạt động hàng ngày và phòng tránh ngã.....	157
2.8. Tăng tuổi thọ.....	158
3. Khuyến cáo chung tập luyện và HĐTL	158
3.1. Các thành tố của hoạt động thể lực	158
3.2. Khuyến cáo về kê đơn hoạt động thể lực.....	159
3.3. Tập luyện thể lực nhiều thành phần	161
4. Đánh giá trước khi luyện tập thể lực	162
4.1. Sàng lọc và đảm bảo an toàn trước khi tập luyện.....	162
4.2. Chuẩn bị trước khi tập luyện.....	162
4.3. Theo dõi khả năng dung nạp khi tập luyện	163
4.4. Nguyên tắc tăng dần cường độ tập luyện.....	163
TÀI LIỆU THAM KHẢO	164

ĐÁNH GIÁ LÃO KHOA TOÀN DIỆN VÀ TÌNH TRẠNG ĐA BỆNH LÝ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Đánh giá lão khoa toàn diện (ĐGLKTD) là phương pháp chẩn đoán liên ngành, đa chiều để xác định các nhu cầu y khoa, tâm lý, xã hội và chức năng của một người cao tuổi nhằm phát triển một kế hoạch tích hợp và phối hợp phù hợp với từng cá nhân. ĐGLKTD được coi là tiêu chuẩn vàng trong chăm sóc lão khoa.

1.2. Mục tiêu của đánh giá lão khoa toàn diện

ĐGLKTD được thực hiện ở người bệnh cao tuổi nhằm xác định các vấn đề sức khỏe thể chất - tâm thần, tình trạng chức năng, các hội chứng lão khoa và các vấn đề về xã hội, môi trường mà có thể điều trị hoặc can thiệp được để thực hiện các biện pháp can thiệp có mục tiêu, đa chuyên ngành trước khi xảy ra thêm tình trạng suy giảm chức năng hoặc khuyết tật do các vấn đề này gây ra. Mục đích của ĐGLKTD là xây dựng kế hoạch điều trị và theo dõi lâu dài cho người cao tuổi. Mục tiêu cụ thể của ĐGLKTD:

Mục tiêu lâm sàng:

- Sàng lọc lão khoa đa chiều ở các quần thể người cao tuổi.
- Cải thiện quy trình điều trị, quản lý và chăm sóc:
 - + Cải thiện độ chính xác chẩn đoán
 - + Cải thiện điều trị y tế: hướng dẫn lựa chọn các can thiệp để phục hồi hoặc bảo tồn chức năng.
 - + Sắp xếp quản lý dài hạn: khuyến nghị môi trường sống tối ưu, theo dõi sự thay đổi lâm sàng theo thời gian
- Để cải thiện kết quả của việc chăm sóc:
 - + Cải thiện tình trạng chức năng
 - + Nâng cao chất lượng cuộc sống
- Giảm chi phí chăm sóc:
 - + Giảm sử dụng các dịch vụ không cần thiết
 - + Kéo dài thời gian tại nhà/cộng đồng

- Tiên lượng người bệnh

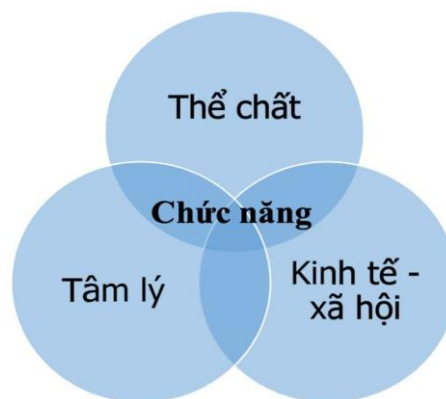
Mục tiêu khác:

- Xác định điều kiện/thanh toán cho các dịch vụ quản lý, điều trị và chăm sóc người bệnh.
- Tiến hành nghiên cứu để xác định đặc điểm cơ bản của người bệnh, hoặc kết quả của việc điều trị.

1.3. Các thành tố của đánh giá lão khoa toàn diện ở người cao tuổi

- ĐGLKTD không chỉ bao gồm việc xem xét các tình trạng bệnh tật như một đánh giá y tế tiêu chuẩn sẽ làm, hoặc tình trạng khuyết tật, như một đánh giá phục hồi chức năng tiêu chuẩn có thể làm, mà còn ở một loạt các lĩnh vực như được mô tả trong Bảng 1.2.

- Đáp ứng với nhu cầu chăm sóc của các cộng đồng dân cư đa dạng, các mô hình ĐGLKTD cũng khác biệt nhau về mức độ, cấu trúc và chức năng, được thực hiện tại các cơ sở khác nhau như tại các đơn vị điều trị người bệnh nội trú giai đoạn cấp, đơn vị điều trị bệnh mạn tính và phục hồi chức năng, bệnh viện ban ngày, phòng khám ngoại trú và các dịch vụ thăm khám tại nhà. Mặc dù vậy, các mô hình ĐGLKTD đều có các đặc điểm chung là bao gồm các đánh giá đa chiều, nhiều lĩnh vực, sử dụng các công cụ được chuẩn hóa để lượng giá các khía cạnh thể chất, chức năng, tâm lý và xã hội của người bệnh.



Hình 1.1. Các thành tố của đánh giá lão khoa toàn diện

- Trong đó, các thành tố chi tiết có thể khác nhau, tuy nhiên hầu như tất cả các ĐGLKTD đều bao gồm các thành phần y tế - sức khỏe thể chất, tâm lý, xã hội và môi trường, cũng như các thành phần chức năng (ở cấp độ của các hoạt động chức năng hàng ngày (theo thang điểm Activities of Daily Living – ADL) và các hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (theo thang điểm Instrumental Activities of Daily Living - IADL).

Bảng 1.1. Các thành tố chính của đánh giá lão khoa toàn diện

Thành phần	Thành tố chính
Đánh giá y tế, thể chất	<ul style="list-style-type: none"> Liệt kê các bệnh đồng mắc, vấn đề sức khỏe Tình trạng bệnh tật và mức độ nghiêm trọng của bệnh Thông tin liệu pháp điều trị, sử dụng nhiều thuốc Tình trạng dinh dưỡng Hội chứng lão khoa
Đánh giá hoạt động chức năng	<ul style="list-style-type: none"> Hoạt động chức năng hàng ngày Hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng công cụ Mức độ hoạt động thể lực Rối loạn thăng bằng - dáng đi và ngã
Đánh giá tâm lý	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá tình trạng nhận thức - Đánh giá trạng thái tâm thần
Đánh giá xã hội, môi trường	<ul style="list-style-type: none"> - Nhu cầu hỗ trợ từ gia đình, xã hội - Đánh giá tài chính, điều kiện nguồn lực chăm sóc - An toàn nhà ở, môi trường sống - Khả năng tiếp cận với dịch vụ cá nhân và y tế

- Nhóm lâm sàng thực hiện quy trình này bằng cách sử dụng các thang đo và công cụ tiêu chuẩn hóa, hoặc các bài kiểm tra đánh giá phù hợp với từng lĩnh vực. Phạm vi của ĐGLKTD phụ thuộc vào môi trường chăm sóc và nguồn lực sẵn có.

1.4. Đối tượng nên được đánh giá lão khoa toàn diện

- ĐGLKTD nên được triển khai cho toàn bộ người cao tuổi, đặc biệt là người có nguy cơ cao và được hưởng lợi từ cách tiếp cận này. Việc xác định đúng đối tượng cần đánh giá là bước khởi đầu mang tính quyết định trong triển khai ĐGLKTD.

- ĐGLKTD có thể được áp dụng trong nhiều bối cảnh chăm sóc và được thực hiện theo hai hình thức: chủ động khi người cao tuổi chưa có bệnh cấp tính và khi có vấn đề sức khỏe cấp tính. Mặc dù các nội dung cốt lõi của ĐGLKTD là thống nhất, bối cảnh triển khai có thể ảnh hưởng đến mục tiêu và trọng tâm chăm sóc cho từng người bệnh. Triển khai ĐGLKTD chủ động trong chăm sóc ban đầu giúp giảm tỷ lệ nhập viện và tái nhập viện. Ngược lại, ĐGLKTD thực hiện tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện vẫn mang lại hiệu quả rõ rệt, bao gồm giảm tỷ lệ sàng và giảm nhu cầu chuyển vào các cơ sở chăm sóc dài hạn.

- ĐGLKTD chủ động khi người cao tuổi chưa có bệnh cấp tính

+ ĐGLKTD chủ động được áp dụng cho người cao tuổi có nguy cơ suy giảm chức năng hoặc đang có hội chứng dễ bị tổn thương, trong bối cảnh cộng đồng, chăm sóc ban đầu (trạm y tế xã, phòng khám đa khoa, phòng khám bác sĩ gia đình), hoặc trong quá trình đánh giá trước phẫu thuật.

+ Việc xác định đối tượng cần được đánh giá ĐGLKTD có thể thông qua các hoạt động quản lý sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng, sàng lọc nguy cơ suy giảm chức năng và đa bệnh lý. Các công cụ sàng lọc tình trạng dễ bị tổn thương có thể được sử dụng để hỗ trợ phân loại nguy cơ. Sau sàng lọc, cần đánh giá lâm sàng trực tiếp để xác định mức độ suy giảm chức năng và chỉ định ĐGLKTD. Người cao tuổi có hội chứng dễ bị tổn thương hoặc suy giảm chức năng được xem là nhóm ưu tiên thực hiện ĐGLKTD. Trong bối cảnh chăm sóc ban đầu và tại cộng đồng, việc phát hiện sớm và quản lý người cao tuổi có nguy cơ hoặc đã có suy giảm chức năng là một nhiệm vụ trọng tâm.

- ĐGLKTD khi có vấn đề sức khỏe cấp tính

+ ĐGLKTD nên được triển khai khi người cao tuổi xuất hiện các vấn đề sức khỏe cấp tính. Các tình huống thường gặp bao gồm: ngã, rối loạn nhận thức hoặc sáng, suy giảm chức năng đột ngột, giảm khả năng vận động, nhiễm trùng cấp tính, đợt cấp của các bệnh lý mạn tính không được kiểm soát, xuất hiện tiêu không tự chủ mới, hoặc gặp phản ứng bất lợi liên quan đến thuốc.

+ Trong cộng đồng, các tình huống này có thể được phát hiện và đánh giá ban đầu bởi bác sĩ đa khoa, bác sĩ gia đình, cán bộ y tế xã trong quá trình khám bệnh tại nhà, hoặc các dịch vụ cấp cứu ngoài bệnh viện. Trong bệnh viện, ĐGLKTD cần được triển khai tại các khoa lâm sàng có tiếp nhận người cao tuổi, đặc biệt là khoa Cấp cứu, khoa Nội, khoa Ngoại, và các đơn vị/chương trình chăm sóc người cao tuổi. Việc thực hiện ĐGLKTD trong các bối cảnh này đạt hiệu quả cao nhất

khi được triển khai bởi nhóm chăm sóc đa chuyên ngành, có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa và các bộ phận hỗ trợ.

1.5. Đội ngũ thực hiện đánh giá lão khoa toàn diện

ĐGLKTD là một phương pháp tiếp cận đa chuyên ngành, huy động sự tham gia của nhiều nhóm chuyên môn khác nhau, trong đó mỗi thành viên đóng góp chuyên môn riêng biệt. Mặc dù thành phần của nhóm có thể thay đổi tùy theo bối cảnh, các thành viên chủ chốt thường bao gồm:

- + Nhóm bác sĩ (bác sĩ lão khoa; bác sĩ chuyên khoa liên quan; bác sĩ gia đình có đào tạo/chuyên môn sâu về chăm sóc người cao tuổi và hội chứng dễ tổn thương): thường đảm nhiệm vai trò lãnh đạo chuyên môn chung cho toàn bộ nhóm đa chuyên ngành, chịu trách nhiệm đánh giá y khoa tổng thể và xây dựng kế hoạch điều trị.

- + Điều dưỡng: theo dõi các thay đổi về tình trạng sức khỏe, chăm sóc da, tình trạng dinh dưỡng, vận động và hỗ trợ chăm sóc toàn diện cho người bệnh.

- + Nhóm chuyên gia y tế hỗ trợ: bao gồm vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu và chuyên gia dinh dưỡng, chuyên gia sức khỏe tâm thần, tình nguyện viên: tập trung đánh giá và can thiệp về vận động, chức năng, giao tiếp, môi trường sống và tình trạng dinh dưỡng,

- + Dược sĩ và kỹ thuật viên dược: tối ưu hóa việc kê đơn thuốc và rà soát nguy cơ sử dụng nhiều thuốc.

- + Nhân viên công tác xã hội: giải quyết các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe, nhu cầu chăm sóc, bảo vệ người dễ bị tổn thương và kết nối các nguồn lực hỗ trợ trong cộng đồng.

1.6. Lợi ích của đánh giá lão khoa toàn diện ở người bệnh cao tuổi

ĐGLKTD có nhiều lợi ích trong quản lý, điều trị bệnh và chăm sóc sức khỏe người bệnh cao tuổi.

- + ĐGLKTD giúp cải thiện quá trình chăm sóc: cải thiện độ chính xác chẩn đoán, điều trị y tế, sắp xếp quản lý dài hạn, cải thiện tình trạng chức năng, nâng cao chất lượng cuộc sống, giúp giảm các biến cố bất lợi sức khỏe kể cả tử vong là rất rõ rệt ở các đối tượng người bệnh cao tuổi có tình trạng sức khỏe kém, dễ bị tổn thương.

- + Tối ưu hóa điều trị y tế và phục hồi chức năng

- + Hỗ trợ tránh các biến chứng có thể xảy ra khi nhập viện

+ Về chi phí chăm sóc, đánh giá lão khoa toàn diện giúp giảm sự dụng các dịch vụ không cần thiết và kéo dài thời gian ở tại nhà, cộng đồng.

+ ĐGLKTD ở người bệnh cao tuổi mang lại nhiều lợi ích khi được thực hiện sớm khi người bệnh đến khám, ảnh hưởng lớn đến các chỉ định điều trị, dùng thuốc cũng như các can thiệp chẩn đoán cũng như phác đồ điều trị. Phác đồ điều trị cho người bệnh có thể thay đổi tùy thuộc vào kết quả của ĐGLKTD.

2. Công cụ đánh giá lão khoa toàn diện ở người cao tuổi

2.1. Đánh giá về sức khỏe thể chất

Bệnh đồng mắc

- Tất cả các bệnh mắc kèm được ghi nhận qua hồ sơ quản lý người bệnh theo danh sách, bao gồm: bệnh tim mạch (tăng huyết áp, suy tim, bệnh mạch vành), bệnh thận mạn tính, bệnh phổi mạn tính (COPD/Hen phế quản), đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, bệnh hệ cơ xương khớp (thoái hóa khớp, loãng xương, gout), bệnh ung thư, ...

- Các bệnh đồng mắc của người bệnh được đánh giá bằng chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (Charlson comorbidity index) hoặc số lượng bệnh mắc kèm cần được điều trị bằng thay đổi lối sống, các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc.

Sử dụng nhiều thuốc

- Các thuốc người bệnh đang sử dụng được ghi nhận bằng cách kiểm tra hồ sơ bệnh án, sổ khám bệnh và hỏi người bệnh và người chăm sóc; gồm cả thuốc theo đơn và thuốc không cần kê đơn.

- Sử dụng nhiều thuốc là sử dụng từ 5 loại thuốc trở lên trong một ngày. Nhóm sử dụng rất nhiều loại thuốc là sử dụng từ 10 loại thuốc trở lên mỗi ngày

Tình trạng dinh dưỡng

Sử dụng Bảng đánh giá dinh dưỡng tối thiểu dành cho người bệnh cao tuổi MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form)⁸ để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, bảng gồm 6 câu hỏi về các lĩnh vực liên quan đến dinh dưỡng: Giảm khả năng ăn uống/3 tháng qua do chán ăn, vấn đề tiêu hóa, nhai, nuốt khó; Sút cân trong 3 tháng qua; Khả năng di chuyển; Căng thẳng tâm lý hoặc bệnh lý cấp tính trong 3 tháng qua; Vấn đề về tâm lý/bệnh tâm thần; Chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI) hoặc chu vi bắp chân. Tổng điểm 12-14 điểm: tình trạng dinh dưỡng bình thường; 8-11 điểm: nguy cơ suy dinh dưỡng; 0-7 điểm: suy dinh dưỡng.

Chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống ở người bệnh cao tuổi có thể được đánh giá dựa theo thang điểm EQ- 5D- 5L, EQ-VAS, SF-12, SF-36 hoặc các thang điểm chất lượng cuộc sống cho từng đối tượng người bệnh khác nhau.

2.2. Đánh giá tình trạng chức năng

Hoạt động chức năng hàng ngày có/không sử dụng phương tiện, dụng cụ

- Thang điểm đánh giá hoạt động hàng ngày (Activity Daily Living - ADL)¹⁰: Có thể phỏng vấn người bệnh hoặc người chăm sóc về 6 hoạt động sinh hoạt hàng ngày: ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, chăm sóc bản thân, đi lại, tắm rửa.

- Thang điểm đánh giá hoạt động hàng ngày có sử dụng phương tiện, dụng cụ (Instrument Activity Daily Living - IADL): Phỏng vấn người bệnh/người chăm sóc về 8 hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người bệnh khi sử dụng các dụng cụ phương tiện: sử dụng điện thoại, mua bán, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt quần áo, sử dụng phương tiện giao thông, sử dụng thuốc, khả năng quản lý chi tiêu.

- Chỉ số Barthel

Khả năng di chuyển, dáng đi và thăng bằng

Có thể đánh giá bằng các bài kiểm tra hoặc bộ công cụ như:

- + Bài kiểm tra đứng dậy và đi (TUG - Time Up and Go test)
- + Bài kiểm tra đi bộ 4 mét
- + Bài kiểm tra đi bộ 6 mét
- + Bài kiểm tra đi bộ 6 phút
- + Bài kiểm tra tầm với (FRT – functional reach test)
- + Bài kiểm tra đứng lên ngồi xuống 5 lần từ ghế (5CST – 5 times chair stand test)
- + Bộ công cụ SPPB (Short Physical Performance Battery)

Mức độ hoạt động thể lực

- Mức độ hoạt động thể lực có thể được đánh giá bằng bộ câu hỏi về mức độ hoạt động thể lực:

- + Bộ câu hỏi IPAQ-SF (the International Physical Activity Questionnaire short form) gồm 7 câu hỏi về hoạt động của người bệnh trong 7 ngày qua.
- + Bộ câu hỏi GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire)
- + Bộ câu hỏi RAPA (The Rapid Assessment of Physical Activity)

2.3. Đánh giá về thần kinh - tâm thần

Chức năng nhận thức

- + Có thể sàng lọc bằng bộ công cụ Mini Cog, trắc nghiệm vẽ đồng hồ.
- + Chức năng nhận thức được đánh giá bằng trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu (Mini-Mental State Examination - MMSE)¹⁵ đã được chuẩn hóa sang tiếng Việt.
- + Bộ công cụ MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

Trầm cảm

Sử dụng thang điểm đánh giá trầm cảm ở người cao tuổi GDS (Geriatric Depression Scale) phiên bản gồm 5 câu hỏi hoặc 15 câu hỏi.

Rối loạn giấc ngủ

Sử dụng thang điểm đánh giá rối loạn giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI). Thang điểm gồm 20 câu hỏi tự trả lời liên quan đến giấc ngủ.

2.4. Các vấn đề lão khoa khác

Thị lực

Người bệnh được đánh giá thị lực bằng bảng chữ theo Snellen test

Thính lực

Sử dụng Whisper test²¹ để kiểm tra thính lực của người bệnh. Trước tiên đo bằng tiếng nói thầm, nếu có giảm nghe mới đo tiếp bằng tiếng nói thường.

Tiểu không tự chủ

Chẩn đoán và phân loại tiểu không tự chủ (TKTC) theo bộ câu hỏi 3IQ. Phỏng vấn người bệnh các triệu chứng trong 3 tháng qua.

Táo bón cơ năng mạn tính

Chẩn đoán táo bón cơ năng mạn tính theo tiêu chuẩn ROME IV.

Ngã và nguy cơ ngã

+ Tiền sử có ngã và số lần ngã trong 12 tháng qua.

+ Nguy cơ ngã: Sử dụng bảng đánh giá nguy cơ ngã 21 câu hỏi, thang đánh giá nguy cơ ngã Morse, Stratify hoặc bộ công cụ phù hợp

Hội chứng dễ bị tổn thương

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) được đánh giá bằng thang điểm FRAIL, thang điểm trên lâm sàng (Clinical Frailty Scale - CFS), REFS, tiêu chuẩn Fried, chỉ số FI (Frailty Index) hoặc bộ công cụ phù hợp với thực tế tại cộng đồng hoặc cơ sở y tế.

2.5. Các vấn đề về xã hội - môi trường sống

Tài chính

Một số vấn đề tài chính như: Thu nhập hàng tháng; Khả năng chi trả cho dịch vụ y tế và thuốc; Bảo hiểm y tế hay không và mức được chi trả; Tình trạng chung sống, môi trường sinh sống, người chăm sóc

Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội

+ Tình trạng chung sống: sống với gia đình (vợ/chồng, con, cháu...), sống với người chăm sóc (không phải người thân trong gia đình), sống một mình.

+ Sự hỗ trợ của xã hội: tổ chức hỗ trợ và nguồn lực

+ Nhu cầu cần được hỗ trợ về chăm sóc.

Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ/chăm sóc y tế

+ Khám bệnh tại bệnh viện/phòng khám/trung tâm y tế

+ Nhập viện, tái nhập viện, nhập viện khoa cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and ageing*. Jan 1 2018;47(1):149-155.
2. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed.)*. Oct 27 2011;343:d6553.
3. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. The Cochrane database of systematic reviews. Jul 6 2011(7):CD006211.
4. Vu HTT, Nguyen TTH, Le TA, et al. Comprehensive Geriatric Assessment in Older Patients with Diabetes Mellitus in Hanoi, Vietnam. *Gerontology*. 2022;68(10):1132-1138. doi:10.1159/000521601
5. Nguyen HTT, Nguyen AT, Tran LV. Comprehensive Geriatric Assessment in older post-stroke patients: a cross-sectional study. *Journal of Medical Research*. 2023;166 E12 (5):148-154
6. Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, Ghali WA. New ICD-10 version of the Charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. *Journal of clinical epidemiology*. Dec 2004;57(12): 1288-1294.
7. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Family practice*. Jun 2000;17(3):261-267.
8. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. Jun 2001;56(6):M366-372.
9. Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al. An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam. *Qual Life Res*. 2020;29(7):1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7
10. Hartigan I. A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people. *International journal of older people nursing*. Sep 2007;2(3):204-212.
11. Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. *The American journal of nursing*. Apr 2008;108(4):52-62; quiz 62-53.

12. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. Feb 1991;39(2):142-148.
13. Ha VT, Nguyen TN, Nguyen TX, et al. Prevalence and Factors Associated with Falls among Older Outpatients. *International journal of environmental research and public health*. Apr 12 2021;18(8).
14. Tran DV, Lee AH, Au TB, Nguyen CT, Hoang DV. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire-Short Form for older adults in Vietnam. *Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*. Aug 2013;24(2):126-131.
15. Bich NN, Dung NTT, Vu T, et al. Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: a cross-sectional study. *International journal of mental health systems*. 2019;13:57.
16. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen HTT, et al. Depressive symptoms among elderly diabetic patients in Vietnam. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*. 2018;11:659-665.
17. Shin C, Park MH, Lee SH, et al. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *Journal of affective disorders*. Dec 1 2019;259:370-375.
18. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. May 1989;28(2):193-213.
19. Le TA, Dang AD, Tran AHT, et al. Factors Associated with Sleep Disorders among Methadone-Maintained Drug Users in Vietnam. *International journal of environmental research and public health*. Nov 6 2019;16(22).
20. Sue S. Test distance vision using a Snellen chart. *Community eye health*. Sep 2007;20(63):52.
21. Labanca L, Guimarães FS, Costa-Guarisco LP, Couto EAB, Gonçalves DU. Screening of hearing in elderly people: assessment of accuracy and reproducibility of the whispered voice test. *Ciencia & saude coletiva*. Nov 2017;22(11):3589-3598.

22. Brown JS, Bradley CS, Subak LL, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Annals of internal medicine*. May 16 2006;144(10):715-723.

23. Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert review of gastroenterology & hepatology*. Jan 2020;14(1):39-46.

24. Ishimoto Y, Wada T, Kasahara Y, Kimura Y, Fukutomi E, Chen W, Hirosaki M, Nakatsuka M, Fujisawa M, Sakamoto R, Ishine M, Okumiya K, Otsuka K, Matsubayashi K. Fall Risk Index predicts functional decline regardless of fall experiences among community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2012 Oct;12(4):659-66. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00837.x.

25. Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC geriatrics*. Oct 7 2020;20(1):393.

HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG (FRAILITY)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT, frailty) là một hội chứng lâm sàng, và là một vấn đề sức khỏe lớn cần được quan tâm ở quần thể người cao tuổi. HCDBTT đã được định nghĩa là tình trạng suy giảm sức mạnh và rối loạn các chức năng sinh lý, làm gia tăng nguy cơ phụ thuộc, bị tổn thương và tử vong. Người bệnh mắc HCDBTT giảm khả năng đáp ứng với những yếu tố cấp tính như bệnh lý đột cấp, phẫu thuật, chấn thương, sang chấn tâm lý.

HCDBTT có thể được coi là một yếu tố tiên lượng cho một số biến cố bất lợi về sức khỏe ở người cao tuổi và ngày càng được sử dụng rộng rãi hơn trong các chuyên ngành như tim mạch, ung thư, phẫu thuật ...

1.2. Dịch tễ học

Tỷ lệ HCDBTT ở người cao tuổi tại Việt Nam dao động từ 19% đến 35,4% tại cơ sở y tế và 21,7% tại cộng đồng. Tỷ lệ mắc hội chứng này giữa các nghiên cứu là khác nhau, tùy thuộc vào cộng đồng dân số nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán HCDBTT.

1.3. Các yếu tố nguyên nhân

Có rất nhiều yếu tố nguyên nhân dẫn tới HCDBTT, bao gồm sự thay đổi về sinh lý và/hoặc các bệnh lý liên quan tới tuổi, tình trạng viêm, teo yếu cơ (sarcopenia), sử dụng nhiều thuốc, sự thay đổi của các hormone hệ nội tiết, suy dinh dưỡng protein năng lượng, sống cô lập và tình trạng nghèo đói.

2. SINH LÝ BỆNH

Cơ chế bệnh sinh của hội chứng dễ bị tổn thương

2.1. Cấp độ 1 - Thay đổi ở mức tế bào

Ở mức độ tế bào, sự tích lũy sản phẩm của quá trình oxy hóa là một trong những nguyên nhân dẫn đến HCDBTT. Bên cạnh đó sự suy giảm nhiễm sắc thể, dẫn đến những biến đổi trong phân chia tế bào và tổng hợp protein có liên quan đến sự suy giảm sinh lý ở người cao tuổi.

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong ở những người cao tuổi có nhiễm sắc thể ngắn hơn gần như gấp đôi so với những người có nhiễm sắc thể dài hơn. Tuy nhiên, trên một nghiên cứu cắt ngang của Woo và cộng sự lại không tìm thấy mối quan hệ giữa chỉ số FI (một chỉ số để đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương) và chiều dài nhiễm sắc thể. Như vậy, chiều dài của nhiễm sắc thể có thể là một dấu ấn sinh học của quá trình lão hóa ở mức độ tế bào, tuy nhiên có thể

không đại diện cho HCDBTT. Do vậy cần có thêm nhiều nghiên cứu để khám phá cơ sở phân tử của HCDBTT.

2.2. Cấp độ 2- Rối loạn điều hòa hệ thống

Trên một cấp độ cao hơn, quá trình viêm, rối loạn điều hòa nội tiết tố, rối loạn miễn dịch, kích hoạt các con đường đông máu và trao đổi chất bất thường có mối liên quan mật thiết với HCDBTT.

- Rối loạn điều hòa quá trình viêm

Quá trình viêm đóng một vai trò quan trọng trong HCDBTT, có mối quan hệ mật thiết giữa HCDBTT và sự tăng cao của cytokine, IL-6, protein C phản ứng, các tế bào bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu đơn nhân và bạch cầu trung tính.

Mặc dù giá trị trung bình của các dấu ấn viêm không cao như trong các bệnh nhiễm trùng, nhưng ở mức độ thấp, mạn tính và gây hoạt hóa các cơ chế viêm ở người lớn tuổi có hội chứng này.

- Rối loạn điều hòa hệ thống nội tiết

Một trong những giả thuyết cơ chế của HCDBTT là sự rối loạn của các hormone đồng hóa. Quá trình lão hóa cũng như HCDBTT có liên quan đến sự thay đổi của hormone sinh dục và hormone tăng trưởng (IGF-1). IGF-1 đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển của các tế bào cơ vân và có thể là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì khối lượng cơ bắp khi lão hóa. Sự suy giảm nhanh chóng của estrogen theo tuổi ở phụ nữ sau mãn kinh và giảm dần của testosterone ở nam giới lớn tuổi dẫn đến giảm khối lượng cơ và sức mạnh cơ.

Ngoài ra tồn tại tương quan nghịch giữa nồng độ hormone tuyến thượng thận dehydroepiandrosteron sulfat (DHEA-s) và HCDBTT. Sự suy giảm của nồng độ DHEA-S và IGF-1 theo tuổi gây suy ra thiếu hụt lớn trong sức mạnh, sức chịu đựng, giảm cân, tốc độ đi bộ, và hoạt động thể chất. Hơn nữa DHEA-S có tác dụng ngăn chặn tình trạng viêm gây ra bởi yếu tố hạt nhân kappa B (NFkB). Do đó, nồng độ của DHEA-S giảm có thể góp phần làm tăng tình trạng viêm mạn tính và cuối cùng gây ra HCDBTT.

- Rối loạn điều hòa quá trình đông máu

Sự hoạt hóa quá mức của hệ thống đông máu có liên quan đến lão hóa suy giảm chức năng, và tăng tỷ lệ tử vong, dẫn đến giả thuyết cho rằng dấu ấn sinh học của đông máu (D-dimer, yếu tố VIII, và fibrinogen) và hủy fibrin (tissue-type plasminogen activator, t-PA) là dấu hiệu quan trọng trong cơ chế sinh lý sự phát triển của HCDBTT.

D-dimer, fibrinogen, chất ức chế hoạt hóa plasminogen(PAI) -1 và yếu tố VIII tăng cao theo tuổi. Vì vậy, quá trình lão hóa có liên quan với sự kích hoạt của các dấu ấn đông máu.

IL-6 cũng đóng một vai trò quan trọng trong tổng hợp và giải phóng fibrinogen, yếu tố mô, yếu tố VIII và tiểu cầu từ nhiều mô. Ngược lại, D-dimer được biết có khả năng kích thích sự tổng hợp và giải phóng các cytokin tiền viêm, bao gồm IL-6 và bạch cầu đơn nhân máu ngoại vi. Như vậy quá trình viêm và đông máu có thể tạo thành một vòng xoắn tương tác với nhau.

- Rối loạn điều hòa chuyển hóa

Sự gia tăng tình trạng kháng insulin xảy ra cùng với quá trình lão hóa, dẫn đến sự suy giảm hấp thu glucose của cơ xương. Có mối liên hệ giữa kháng insulin và tăng nguy cơ 1,5 lần mắc HCDBTT và dấu hiệu lâm sàng của HCDBTT, như yếu cơ, khả năng vận động chỉ dưới, và suy giảm nhận thức. Do đó kháng insulin được coi như một rối loạn trao đổi chất có thể ảnh hưởng trực tiếp đến HCDBTT. Sự thay thế dần các mô cơ bằng mỡ là một trong những nguyên nhân gây ra kháng insulin tăng và không dung nạp glucose ở những người lớn tuổi. Do đó, các biện pháp can thiệp trong tương lai nhằm điều chỉnh kháng insulin có một vai trò quan trọng trong việc ngăn chặn hoặc ít nhất là làm chậm các đợt tiến triển thành HCDBTT.

Ngoài ra, tình trạng sản xuất dư thừa cortisol mạn tính để đáp ứng với các yếu tố căng thẳng có thể dẫn đến ức chế chức năng miễn dịch, tăng tình trạng kháng insulin, tăng khối lượng mô mỡ và mất khối lượng cơ xương.

- Rối loạn điều hòa hệ miễn dịch

Có sự gia tăng tổng số bạch cầu, bạch cầu trung tính và bạch cầu đơn nhân, tăng đáng kể bạch cầu đơn nhân/đại thực bào qua trung gian viêm kích hoạt miễn dịch trong HCDBTT đã cung cấp bằng chứng gợi ý hội chứng này liên quan đến rối loạn điều hòa miễn dịch tự nhiên. Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng cho thấy mối liên quan giữa HCDBTT và miễn dịch thích ứng.

2.3. Cấp độ 3 - Suy yếu hệ thống

Thay đổi trên hệ cơ- xương- khớp và thần kinh là những thành phần quan trọng của HCDBTT.

- Suy yếu hệ thống cơ xương

Teo yếu cơ (sarcopenia) xuất hiện cùng với quá trình lão hóa và là một trong những thành phần chính trong kiểu hình của HCDBTT. Teo cơ người cao tuổi gắn liền với nguy cơ suy giảm chức năng và tàn tật. Sự mất khối lượng cơ theo tuổi không diễn ra đơn độc mà gắn kết chặt chẽ với sự tăng khối lượng mỡ. Sự gia tăng khối lượng mỡ và giảm khối lượng cơ có thể phối hợp với nhau và dẫn đến teo cơ béo phì (Sarcopenic obesity). Lượng mỡ dư thừa trong cơ thể là một yếu tố quyết định mạnh mẽ tình trạng suy giảm chức năng thể chất ở người lớn tuổi. Quan trọng hơn, lượng mỡ ở người lớn tuổi ưu tiên phân bố trung tâm, do đó là một yếu tố nguy cơ lớn đối với tình trạng rối loạn chuyển hóa.

- Suy yếu hệ thống nhận thức- thần kinh

Suy giảm nhận thức có khả năng dự báo những kết quả bất lợi cho sức khỏe đối với những đối tượng có HCDBTT như mất trí nhớ, suy giảm chức năng, tăng tái nhập viện, điều trị lâu dài trong các nhà dưỡng lão và tử vong. Suy giảm giác quan, như suy giảm chức năng thị giác, cũng liên quan đến gia tăng tỷ lệ tử vong ở người lớn tuổi. Nghiên cứu theo chiều dọc cho thấy các đối tượng lớn tuổi giảm thị lực có nguy cơ tử vong tăng 70% so với người không suy giảm thị lực. Rối loạn cảm xúc (trầm cảm) cũng là một chỉ số dự đoán khuyết tật chức năng ở người cao tuổi và đã được đề xuất như một thành phần của HCDBTT.

3. CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG

3.1. Các giai đoạn lâm sàng của hội chứng dễ bị tổn thương

- Với khái niệm HCDBTT, người cao tuổi có thể được chẩn đoán là tình trạng khỏe mạnh, tiền HCDBTT và mắc HCDBTT. Và người cao tuổi có thể thay đổi giữa các tình trạng này với nhau, nghĩa là với các can thiệp phù hợp và điều trị các bệnh lý cấp tính thì người cao tuổi mắc HCDBTT có thể trở về giai đoạn tiền HCDBTT.

- Tiến triển lâm sàng của HCDBTT được chia thành ba giai đoạn, mỗi giai đoạn đều liên quan đến sự suy giảm trong dự trữ cân bằng nội môi.

3.1.1. Giai đoạn tiền hội chứng dễ bị tổn thương (Pre-frailty)

Tiền HCDBTT là giai đoạn lâm sàng diễn ra một cách thầm lặng, đây là một trạng thái dự trữ sinh lý đủ để cho phép cơ thể phản ứng đầy đủ với bất kỳ tác nhân gây bệnh như bệnh cấp tính, tổn thương hoặc các yếu tố căng thẳng, có cơ hội hồi phục hoàn toàn.

3.1.2. Giai đoạn hội chứng dễ bị tổn thương (frailty)

Giai đoạn HCDBTT được đặc trưng bởi sự phục hồi chậm và không hoàn toàn sau khi mắc các bệnh cấp tính mới, chấn thương hoặc các yếu tố căng thẳng, có thể hiểu rằng dự trữ sinh lý sẵn có không đủ để cho phép cơ thể hồi phục hoàn toàn. Nhiều tác giả cũng thống nhất HCDBTT là một tập hợp bao gồm nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau như suy dinh dưỡng, hoạt động chức năng bị phụ thuộc, thời gian nằm tại giường kéo dài, loét các điểm tỳ đè, rối loạn dáng đi, tình trạng suy nhược, sút cân, chán ăn, ngủ, suy giảm chức năng nhận thức, gãy xương, sảng, lú lẫn và tình trạng dùng quá nhiều thuốc. HCDBTT không phải là tình trạng khuyết tật, dưới tác động của các yếu tố gây sang chấn (stress), hội chứng này dẫn đến tình trạng khuyết tật.

3.1.3. Giai đoạn biến chứng của hội chứng dễ bị tổn thương

Các biến chứng của HCDBTT có liên quan trực tiếp với những tổn thương sinh lý do sự suy giảm cân bằng dự trữ nội môi và giảm khả năng chịu đựng với các yếu tố căng thẳng của cơ thể. Hậu quả là dẫn đến tăng nguy cơ ngã, suy giảm chức năng dẫn đến phụ thuộc, tình trạng dùng quá nhiều thuốc, gia tăng nguy cơ

nằm viện, nhiễm trùng và tử vong.

3.2. Sàng lọc và chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương

3.2.1. Sàng lọc hội chứng dễ bị tổn thương:

HCDBTT là do nhiều nguyên nhân gây ra, việc sàng lọc sớm có ý nghĩa quan trọng và đóng vai trò tiên quyết trong quản lý hội chứng một cách hiệu quả.

(1) Những đối tượng sau đây cần được sàng lọc HCDBTT một cách chủ động (Khuyến cáo mức độ A):

- Sàng lọc thường xuyên cho người cao tuổi
- Người có tình trạng sút cân không có chủ đích ($\geq 5\%$ trọng lượng cơ thể) trong thời gian 1 năm qua.

- Trong mỗi đợt bệnh cấp hoặc khám bệnh, người bệnh cao tuổi nên được sàng lọc hoặc được đề nghị sàng lọc HCDBTT để xác định tình trạng hiện tại có liên quan tới HCDBTT hay không.

- Sàng lọc cho người bệnh có các triệu chứng lâm sàng gợi ý của giai đoạn HCDBTT

- Sàng lọc HCDBTT cho người bệnh cao tuổi cần thực hiện phẫu thuật có nguy cơ trung bình hoặc cao, có thể giúp cải thiện kết quả điều trị.

(2) Trong sàng lọc HCDBTT cho người bệnh, khuyến cáo thực hiện (mức độ A):

- Sử dụng các công cụ chẩn đoán đã được chuẩn hóa, đơn giản và phù hợp với hoàn cảnh cụ thể.

- Nhân viên y tế và nhân viên chăm sóc xã hội đối với người cao tuổi cần được đào tạo về nhận diện và sàng lọc HCDBTT.

3.2.2. Chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương

Đánh giá lâm sàng toàn diện và chẩn đoán HCDBTT là cần thiết trước khi đưa ra chiến lược quản lý cho người bệnh.

- Đánh giá lâm sàng và chẩn đoán giai đoạn cho tất cả người bệnh được sàng lọc có mắc HCDBTT hoặc mắc tiền HCDBTT bởi các bác sĩ đã được đào tạo về hội chứng này.

- Khuyến cáo thực hiện đánh giá lão khoa toàn diện cho tất cả người bệnh mắc HCDBTT.

- Chuyển người bệnh hoặc hội chẩn với bác sĩ chuyên ngành Lão khoa để đưa ra chiến lược quản lý và điều trị, dự phòng và cải thiện HCDBTT một cách đầy đủ, cá thể hóa, phù hợp với kết quả đánh giá và chẩn đoán.

- Chẩn đoán và theo dõi tiến triển HCDBTT thời kỳ chu phẫu là cần thiết cho người bệnh mắc HCDBTT.

3.3. Các bộ công cụ sàng lọc và chẩn đoán hội chứng dễ bị tổn thương

- Khuyến cáo sử dụng bộ công cụ/thang điểm đã được chuẩn hóa trong sàng lọc và chẩn đoán HCDBTT.

- Có thể thực hiện sàng lọc và chẩn đoán HCDBTT như là một phần trong đánh giá lão khoa toàn diện hoặc sử dụng một bộ công cụ/thang điểm riêng biệt.

- Có nhiều bộ công cụ/thang điểm đã được chuẩn hóa và có thể áp dụng một cách phù hợp trong sàng lọc, chẩn đoán HCDBTT trên thực hành lâm sàng, trong các nghiên cứu tại cộng đồng hoặc tại cơ sở y tế.

- Một số bộ công cụ/thang điểm đã được áp dụng bao gồm:

+ Tiêu chuẩn kiểu hình Fried (Fried's Frailty Phenotype)

+ Chỉ số hội chứng dễ bị tổn thương (Frailty Index – FI)

+ Thang điểm FRAIL

+ Thang điểm HCDBTT trên lâm sàng CFS (Clinical Frailty Scale)

+ Thang điểm HCDBTT Edmonton (EFS - Edmonton Frail Scale) và thang điểm HCDBTT Edmonton tự báo cáo (REFS – Reported Edmonton Frail Scale)

+ Thang điểm PRISMA-7 (the Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy 7)

+ Tốc độ đi bộ

+ Bài kiểm tra đứng dậy và đi (TUG – Timed Up and Go)

+ Bài kiểm tra tổng hợp SPPB (Short Physical Performance Battery)

+ Cơ lực tay

- Có thể áp dụng nhiều thang điểm sàng lọc, chẩn đoán HCDBTT khác nhau, tùy theo quần thể người bệnh và hoàn cảnh đặc biệt.

3.4. Cận lâm sàng

- HCDBTT là một hội chứng lâm sàng và hiện nay việc sàng lọc và chẩn đoán có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng, theo thang điểm và bộ công cụ.

- HCDBTT có liên quan mật thiết với quá trình viêm, đông máu, rối loạn điều hòa nội tiết tố và trao đổi chất. Do đó, các dấu ấn sinh học của hội chứng cũng có liên quan với các dấu ấn của các quá trình này được coi như là biểu hiện các rối loạn sinh lý của cơ thể, bao gồm IL-6, CRP, fibrinogen, yếu tố VIII, D-dimer và đề kháng insulin, IGF-1, dehydroepiandrosteron (DHEAS), nồng độ 25-hydroxy-vitamin D (25 OHD) trong huyết thanh, testosterone tự do,... Do HCDBTT có đặc điểm không đồng nhất, nên việc xác định các dấu ấn này còn gặp nhiều trở ngại.

- Yếu tố gen trong HCDBTT mới bắt đầu được thực hiện trong một số nghiên cứu và chưa áp dụng trong thực tế lâm sàng.

4. QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG

4.1. Nguyên tắc quản lý, điều trị và dự phòng

Khuyến cáo áp dụng điều cho người bệnh mắc HCDBTT như sau:

(1) Cần có một kế hoạch chăm sóc và điều trị toàn diện cho người bệnh mắc HCDBTT, bao gồm sử dụng nhiều thuốc, quản lý bệnh teo yếu cơ (sarcopenia), điều trị các nguyên nhân gây giảm cân và nguyên nhân của tình trạng kiệt sức (trầm cảm, thiếu máu, tụt huyết áp, suy giáp, thiếu vitamin B12) Cần nhắc chuyển người bệnh hoặc hội chẩn bác sĩ chuyên ngành Lão khoa.

(2) Người bệnh mắc HCDBTT cần được chỉ định và kê đơn chương trình luyện tập gồm nhiều thành tố, trong đó có rèn luyện về luyện tập đối kháng tăng dần (và chương trình luyện tập này là biện pháp dự phòng cho người mắc tiền HCDBTT).

(3) Khuyến cáo chế độ ăn bổ sung protein và năng lượng cho người bệnh mắc HCDBTT có giảm cân hoặc suy dinh dưỡng.

(4) Nhân viên y tế kê đơn dinh dưỡng bổ sung protein và năng lượng phối hợp với kê đơn chương trình luyện tập cho người bệnh mắc HCDBTT

(5) Các vấn đề cần quản lý cho người bệnh mắc HCDBTT và dự phòng cho người khỏe mạnh hoặc mắc tiền HCDBTT như sau:

- Sàng lọc và đảm bảo sức khỏe răng miệng
- Tất cả người bệnh mắc HCDBTT cần nhận được sự hỗ trợ của xã hội để giải quyết các nhu cầu chăm sóc chưa được đáp ứng và đảm bảo tuân thủ theo kế hoạch quản lý toàn diện HCDBTT.
- Người bệnh HCDBTT có thể được giáo dục và quản lý tại nhà.
- Không áp dụng các biện pháp điều trị bằng thuốc đặc hiệu cho người bệnh mắc HCDBTT trong thực hành lâm sàng.
- Bổ sung vitamin D không khuyến cáo áp dụng đại trà, chỉ áp dụng cho người có tình trạng thiếu vitamin D.
- Không khuyến cáo điều trị hormone cho người bệnh mắc HCDBTT

4.2. Chương trình hoạt động thể lực

Người bệnh mắc HCDBTT cần được chỉ định và kê đơn chương trình luyện tập gồm nhiều thành tố, trong đó có rèn luyện về luyện tập đối kháng tăng dần (và chương trình luyện tập này là biện pháp dự phòng cho người mắc tiền HCDBTT). Khuyến cáo về can thiệp hoạt động thể lực cần thực hiện như sau (khuyến cáo mức độ A):

- Hình thức tập: Tập luyện dựa trên nhóm hoặc gia đình có thể dự phòng một cách có hiệu quả HCDBTT cho người cao tuổi

- Nguyên lý tập luyện: Kế hoạch luyện tập cần xây dựng dài hạn (≥ 3 tháng), với nhiều thành tố, tuân theo nguyên tắc cá thể hóa, theo giai đoạn và tăng dần sẽ mang lại kết quả tốt hơn. Với người bệnh có lối sống tĩnh tại, nên bắt đầu bằng một loại bài tập, sau đó sẽ cân nhắc bổ sung thêm các loại bài tập khác khi họ đã

dần dần thích nghi.

- Loại hình luyện tập:

+ Chương trình luyện tập kết hợp nhiều thành tố như đối kháng (resistance), sức mạnh cơ (power), bài tập hiếu khí (aerobic), linh hoạt (flexibility) và thăng bằng (balance) là chiến lược tốt nhất để cải thiện tình trạng thể chất cho người bệnh mắc HCDBTT.

+ Luyện tập đối kháng gồm bất kỳ bài tập thể chất nào sử dụng sức đối kháng bên ngoài như tạ, máy tạo lực đối kháng, luyện tập đối kháng dưới nước và dây đàn hồi.

+ Luyện tập sức mạnh cơ là một loại tình luyện tập cơ bắp đặc biệt, được coi là một nhóm của luyện tập đối kháng. Gồm bài tập nhiều hoặc một khớp, tập đứng lên ngồi xuống (squat), gập và duỗi gối... Khuyến cáo nên thực hiện bài tập sức mạnh cơ nên được thực hiện khi bắt đầu buổi tập, tập trung vào các nhóm cơ lớn và phối hợp với luyện tập đối kháng tốc độ chậm.

+ Bài tập hiếu khí aerobic: bao gồm đi bộ, chạy bộ chậm, bơi, và đạp xe. Khuyến cáo nên thực hiện bài tập này trong suốt quá trình luyện tập.

+ Luyện tập sự linh hoạt: các bài tập kéo giãn động và kéo giãn tĩnh, nên được thực hiện sau bài tập hiếu khí và luyện tập đối kháng.

+ Bài tập thăng bằng: Rèn luyện thăng bằng bao gồm đi lùi, đi ngang, đi bằng gót chân, đi bằng mũi chân, ngồi đứng, đứng bằng cả hai chân và đi bằng gót chân, đi thẳng, bài tập bước, đứng bằng một chân.

- Cường độ luyện tập:

+ Trước khi bắt đầu chương trình tập luyện, khuyến cáo đánh giá cá thể hóa bằng bài kiểm tra đi bộ 6 phút, Thang đánh giá Borg hoặc các biện pháp đánh giá mức độ phù hợp với tập luyện khác. Từ đó, xác định được cường độ tập luyện cho mỗi cá nhân.

+ Bài tập có mức độ đối kháng cao có thể mang lại lợi ích và hiệu quả tốt hơn bài tập đối kháng mức độ thấp.

+ Tập luyện hoặc hoạt động thể lực cường độ thấp không đủ để giảm tiến triển của HCDBTT, hoạt động thể chất cường độ trung bình làm chậm quá trình tiến triển của HCDBTT ở một số nhóm tuổi (≥ 65 tuổi) và hoạt động thể chất cường độ cao làm chậm đáng kể quá trình tiến triển của HCDBTT ở tất cả người cao tuổi.

- Tần suất tập luyện và khoảng thời gian kéo dài: Tần suất tối ưu là tập luyện 2 hoặc 3 lần mỗi tuần. Người bệnh mắc HCDBTT hoặc tiền HCDBTT, nên tăng tần suất tập luyện lên ít nhất là 3 lần mỗi tuần.

+ Tập luyện 3 lần mỗi tuần với 45 – 60 phút mỗi lần có hiệu quả tốt trong dự phòng HCDBTT cho người cao tuổi.

Cần lưu ý các chương trình luyện tập tại cộng đồng thường không đạt được kết quả như mong muốn. Và việc tuân thủ theo các hướng dẫn và chương trình luyện tập là không cao do một số nguyên nhân: sợ ngã, thiếu sự tự tin và đối diện với tiến trình thực hiện, thái độ của người tập và các ảnh hưởng không tốt từ yếu tố môi trường và xã hội.

Người cao tuổi thường tuân thủ tốt hơn các chương trình luyện tập có hướng dẫn cá thể hóa, phù hợp với cá nhân, đào tạo về bản thân và được sự chỉ định, khích lệ của các bác sĩ lâm sàng.

4.3. Chế độ dinh dưỡng

Khuyến cáo về chế độ dinh dưỡng đối với người bệnh mắc HCDBTT như sau:

- Khuyến cáo về sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng: sàng lọc tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh mắc HCDBTT bao gồm theo dõi thường xuyên lượng thức ăn đưa vào, những thay đổi về khối lượng và cấu trúc cơ thể để xác định nguy cơ suy dinh dưỡng.

- + Sử dụng các công cụ đánh giá dinh dưỡng được chuẩn hóa, như MNA và MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – short form)

- + Đánh giá dinh dưỡng nên bao gồm đánh giá những thay đổi về thành phần cấu trúc cơ thể, chẳng hạn như BIA (Bioelectrical impedance analysis).

- + Người bị sút cân không chủ đích nên được sàng lọc các yếu tố có thể điều trị và quản lý được. Các nguyên nhân thường gặp của sút cân có thể điều trị được bao gồm, có thể áp dụng quy tắc ghi nhớ MEALS-ON-WHEELS:

Medications	Thuốc
Emotional (depression)	Cảm xúc (trầm cảm)
Alcoholism, anorexia tardive, abuse (elder)	Nghiện rượu, chán ăn muộn, bị lạm dụng (người già)
Late life paranoia	Rối loạn hoang tưởng tuổi già
Swallowing problems	Vấn đề nuốt
Oral problems	Vấn đề răng miệng
Nosocomial infections, no money (poverty)	Nhiễm trùng bệnh viện, không có tiền (nghèo đói)
Wandering/dementia	Lang thang/mất trí nhớ
Hyperthyroidism, hypercalcemia, hypoadrenalism	Cường giáp, tăng canxi máu, suy tuyến thượng thận
Enteric problems (malabsorption)	Vấn đề đường ruột (kém hấp thu)

Eating problems (eg, tremor)	Vấn đề ăn uống (ví dụ, run)
Low salt, low cholesterol diet	Chế độ ăn ít muối, ít cholesterol
Shopping and meal preparation problems, stones (cholecystitis)	Vấn đề mua sắm và chuẩn bị bữa ăn, sỏi (viêm túi mật)

- Khuyến cáo bổ sung protein và năng lượng:

+ Khuyến cáo chế độ ăn bổ sung protein và năng lượng cho người bệnh mắc HCDBTT có giảm cân hoặc suy dinh dưỡng.

+ Bổ sung các axit amin thiết yếu, bao gồm valine, leucine, isoleucine và lysine, được khuyến nghị cho người cao tuổi mắc HCDBTT

+ Người cao tuổi mắc HCDBTT nên bổ sung 1,2–1,5 g protein/kg mỗi ngày và mỗi bữa ăn nên bổ sung 20–40 g protein để kích thích tổng hợp protein tại cơ xương.

+ Khuyến khích uống nhiều sữa ít béo hoặc sữa chua.

Các yếu tố vi lượng khác:

+ Bổ sung vitamin D không khuyến cáo áp dụng đại trà, chỉ áp dụng cho người có tình trạng thiếu vitamin D.

+ Chú ý bổ sung các vi chất dinh dưỡng như folate, beta-carotene, vitamin A, vitamin C và vitamin E.

Tư vấn về tầm quan trọng của sức khỏe răng miệng và cải thiện khả năng nhai.

4.4. Phát triển kế hoạch quản lý toàn diện

Khuyến cáo thực hiện và phát triển kế hoạch quản lý toàn diện cho tất cả người bệnh mắc HCDBTT, phù hợp với nguồn lực, mục tiêu và mức độ HCDBTT.

Chương trình bao gồm quản lý tình trạng sử dụng nhiều thuốc, quản lý bệnh teo yếu cơ (sarcopenia), điều trị các nguyên nhân gây giảm cân/suy dinh dưỡng và nguyên nhân của tình trạng kiệt sức. Mệt/kiệt sức có thể là hậu quả của nhiều bệnh lý mắc kèm như suy tim, suy thận, ... và vì vậy cần có đánh giá lâm sàng phù hợp để loại trừ các nguyên nhân gây mệt khác.

Chương trình quản lý toàn diện, bao gồm cả chăm sóc và hỗ trợ cho cá nhân, cần được thực hiện dựa trên cá thể hóa từng người bệnh.

Điều trị tình trạng teo yếu cơ (sarcopenia)

Có mối liên quan giữa teo yếu cơ và HCDBTT, khuyến cáo các biện pháp quản lý bệnh teo yếu cơ cũng nên được áp dụng cho người bệnh mắc HCDBTT. Các biện pháp được áp dụng để cải thiện từng khía cạnh của teo yếu cơ gồm sức mạnh cơ, khối lượng cơ và chức năng thực hành động tác.

Nguyên nhân tình trạng mệt/kiệt sức

Người bệnh mắc HCDBTT hoặc tiền HCDBTT nên được đánh giá và chẩn đoán nguyên nhân gây mệt/ kiệt sức. Có nghiên cứu đã chỉ ra rằng mệt/kiệt sức có thể là triệu chứng lâm sàng đầu tiên của HCDBTT.

Các nguyên nhân lớn thường gặp là: trầm cảm, ngưng thở khi ngủ, thiếu máu, tụt huyết áp, suy giáp, thiếu vitamin B12.

Việc chẩn đoán các nguyên nhân có thể điều trị được của tình trạng mệt/kiệt sức và áp dụng các biện pháp điều trị phù hợp có thể cải thiện được tình trạng sức khỏe cho người bệnh mắc HCDBTT. Tuy nhiên, cần lưu ý nhóm thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs) thường được áp dụng rộng rãi điều trị trầm cảm có thể làm nặng hơn HCDBTT.

Tình trạng sử dụng nhiều thuốc (polypharmacy)

Khuyến cáo mạnh việc giải quyết tình trạng sử dụng nhiều thuốc bằng giảm hoặc không kê đơn các loại thuốc không phù hợp hoặc thừa. Có mối liên quan giữa việc HCDBTT tiến triển nặng dần lên với tình trạng sử dụng nhiều thuốc. Vì vậy, các thuốc kê đơn cho người bệnh HCDBTT cần được rà soát thường xuyên. Các thuốc không cần thiết thì cần được loại, và hiệu chỉnh liều thuốc dùng phù hợp với chức năng thận của người bệnh. Loại trừ các thuốc không phù hợp cần được thực hiện dưới sự giám sát của các nhân viên y tế gồm bác sĩ lâm sàng và dược sĩ nhằm cải thiện kết quả điều trị cho người bệnh. Việc ngừng kê đơn một số loại thuốc có hiệu quả nhất khi thực hiện sớm, và người cao tuổi có thể chấp nhận và thích ứng được việc ngừng một số loại thuốc mà không gây ra các tình trạng có hại nào.

Dược sĩ và bác sĩ lâm sàng cần sử dụng các phương pháp chuẩn để giám sát và kiểm tra các loại thuốc phù hợp để quyết định các thuốc cần thiết cho người cao tuổi mắc HCDBTT, nhằm giảm thiểu tình trạng sử dụng nhiều thuốc. Các hướng dẫn kê đơn này tập trung vào một số loại thuốc đặc biệt không nên kê đơn:

Công cụ sàng lọc kê đơn cho người cao tuổi (the Screening Tool of Older Person's Prescriptions, STOPP)

Công cụ sàng lọc cảnh báo bác sĩ điều trị đúng (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment, START)

Tiêu chuẩn Beers

Tiêu chuẩn McLeod

Các hướng dẫn kê đơn nói chung cũng đồng thời cần được áp dụng trong thực hành lâm sàng, dựa trên y học có bằng chứng và dựa trên đặc điểm ở người cao tuổi:

Chỉ số thuốc phù hợp (the Medication Appropriateness Index, MAI)

Chỉ số sử dụng và kê đơn thuốc không phù hợp (the Inappropriate Medication Use and Prescribing Indicators tool)

Vì vậy, các bác sĩ và dược sĩ cần thảo luận công khai với nhau để đưa ra chương trình kê đơn giảm thuốc cho người bệnh với các lợi ích dự kiến và các tác động bất lợi cho bản thân người bệnh và người chăm sóc họ.

Nhân viên y tế cần nhận thức được các rào cản có thể gặp phải của việc kê đơn giảm thuốc: yếu tố nguyên nhân của việc kê đơn quá mức, thiếu sự đồng thuận về loại thuốc không cần được kê đơn, thiếu hiểu biết về lợi ích của việc kê đơn giảm thuốc.

Đáng lưu ý, một vấn đề ngược lại cũng cần được quan tâm, người bệnh mắc HCDBTT nhưng không được chẩn đoán và không được điều trị bệnh.

5. KẾT LUẬN

HCDBTT là tình trạng tiến triển bắt đầu bằng một giai đoạn tiền lâm sàng, do đó có nhiều cơ hội để phát hiện sớm và ngăn ngừa hội chứng này ⁵. Lebel và cộng sự đề xuất một cách tiếp cận chống lại HCDBTT bằng sáu chế độ khác nhau: chế độ ăn uống thích hợp với đầy đủ protein, vitamin và chất khoáng; thường xuyên tập thể dục, luyện tập một mình hoặc theo nhóm, chẳng hạn như đi bộ, khiêu vũ, tập thể dục cân bằng vận động và nâng tạ; theo dõi thường xuyên kỹ năng cơ bản của cá nhân, chẳng hạn như đi bộ, thăng bằng và nhận thức; phòng ngừa nhiễm khuẩn do cúm, phế cầu khuẩn và herpes zoster; đề phòng các yếu tố căng thẳng như phẫu thuật, và phục hồi nhanh chóng sau khi sự kiện căng thẳng qua dinh dưỡng và vật lý trị liệu phù hợp.

Hoạt động thể lực đã được nghiên cứu để phòng ngừa, trì hoãn sự hình thành, điều trị và đảo ngược HCDBTT, và đặc biệt là trong teo yếu cơ người cao tuổi. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng can thiệp phù hợp, dài hạn, chương trình hoạt động đa dạng, cùng với tăng cường lượng protein và các vi chất dinh dưỡng chất lượng cao, có thể có một ảnh hưởng tích cực hạn chế sự xuất hiện và tiến triển hội chứng dễ bị tổn thương ở người lớn tuổi, có hoặc không có suy giảm nhận thức.

Việc sử dụng các chiến lược đa phương đánh giá, phòng ngừa, can thiệp bao gồm kết hợp hoạt động thể chất, dinh dưỡng, tâm lý, y học, sử dụng thuốc, xã hội và môi trường đã chứng minh hiệu quả hơn trong nâng cao chất lượng cuộc sống, tiết kiệm chi phí chăm sóc sức khỏe tổng thể. Bên cạnh đó cũng cần thiết đào tạo chuyên sâu cho các chuyên gia y tế trong bệnh viện về chăm sóc người bệnh cao tuổi và tập trung vào công tác phòng HCDBTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet (London, England)*. 2013;381(9868):752-762.
2. Nguyen AT, Nguyen LH, Nguyen TX, et al. Frailty Prevalence and Association with Health-Related Quality of Life Impairment among Rural Community-Dwelling Older Adults in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20).
3. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC geriatrics*. 2017;17(1):216.
4. Huynh TQH, Pham TLA, Vo VT, Than HNT, Nguyen TV. Frailty and Associated Factors among the Elderly in Vietnam: A Cross-Sectional Study. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 2022;7(4).
5. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(3):255-263.
6. Dent, E., et al. (2017). "The Asia-Pacific Clinical Practice Guidelines for the Management of Frailty." *Journal of the American Medical Directors Association* 18 (7): 564-575.

SARCOPENIA

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm sarcopenia

Năm 1989, Irwin Rosenberg lần đầu tiên mô tả sự giảm khối cơ và chức năng của cơ liên quan đến tuổi, khái niệm mất cơ “sarcopenia” xuất phát từ Hy Lạp, “sarx” nghĩa là cơ và “penia” nghĩa là mất.

Sarcopenia được định nghĩa là một hội chứng được đặc trưng bởi sự mất liên tục và không ngừng của khối lượng cơ và sức mạnh cơ, với nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi như suy giảm chức năng, giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. Định nghĩa mới của sarcopenia dựa trên cả khối lượng cơ và sức mạnh cơ chứ không chỉ dựa trên khối lượng cơ như trước. Và cả hai yếu tố này đều được sử dụng để chẩn đoán bệnh sarcopenia, bởi thực tế khối lượng cơ và sức mạnh cơ không phải luôn luôn giảm tương đồng với nhau.

Các nghiên cứu về bệnh sarcopenia có chất lượng cao đã được thực hiện. Và vì vậy các hiểu biết về bệnh của bác sỹ lâm sàng đã gia tăng. Bệnh đã có mã bệnh trong danh mục Mã bệnh quốc tế ICD-10-CM (M62.84) từ tháng 9/2016 (www.prweb.com-prweb13376057).

1.2. Dịch tễ học bệnh sarcopenia

- Tỷ lệ sarcopenia được xác định ở nhiều quần thể, thay đổi giữa các nghiên cứu, phụ thuộc vào tuổi của đối tượng nghiên cứu, phương pháp chẩn đoán, tiêu chuẩn chẩn đoán xác định sarcopenia.

- Theo phân tích gộp các nghiên cứu được thực hiện với tổng số người tham gia là 58.404 người cho thấy tỷ lệ sarcopenia là 10% (95%CI: 8 - 12%) ở nam và là khoảng 10% (95%CI: 8 - 13%) ở nữ. Tỷ lệ này thấp hơn ở người châu Á so với các dân tộc khác ở cả hai giới (10% và 11% ở nam, 9% và 13% ở nữ).

- Tỷ lệ sarcopenia ở người cao tuổi trên thế giới khoảng 6 - 22%, thay đổi theo độ tuổi và địa bàn nghiên cứu. Ở các nước châu Âu, tỷ lệ sarcopenia ở người cao tuổi ≥ 65 là khoảng 20%, và tỷ lệ này tăng lên 50 - 60% ở người ≥ 80 tuổi. Ở các nước châu Á, nghiên cứu phân tích hệ thống cho thấy tỷ lệ sarcopenia nói chung là từ 5,5% tới 25,7%, và tỷ lệ cao hơn ở nam giới (5,1 - 21,0% ở nam so với 4,1 - 16,3% ở nữ).

- Tỷ lệ sarcopenia trong các nghiên cứu (khi sarcopenia được coi là một bệnh đồng mắc) đã được đưa ra trong các phân tích hệ thống. Quần thể các nghiên cứu bao gồm: 17.206 người có bệnh mắc kèm (với tuổi trung bình $65,3 \pm 1,6$ năm, 49,9% là nữ); 22.375 người không có bệnh mắc kèm (tuổi trung bình $54,6 \pm 16,2$ năm, 53,8% đối tượng là nữ). Tỷ lệ sarcopenia là tương đối cao ở người có bệnh tim mạch mạn tính, sa sút trí tuệ, đái tháo đường và bệnh lý hô hấp. Tỷ lệ sarcopenia ở nhóm có bệnh lý tim mạch mạn tính là 31,4%. Tỷ lệ này ở người có

đái tháo đường 31,1%, cao gần gấp 2 lần so với nhóm không mắc đái tháo đường (16,2%). 26,8% người có bệnh lý hô hấp mạn tính được chẩn đoán sarcopenia, cao hơn so với nhóm chứng là 13,3%. Tỷ lệ sarcopenia ở đối tượng sa sút trí tuệ là 26,4%, cao gấp 3 lần so với nhóm chứng (8,3%).

- Trong nghiên cứu thực hiện ở đơn vị phục hồi chức năng, tỷ lệ sarcopenia là khoảng 28% tới 69%. Các nghiên cứu thực hiện tại các đơn vị dành cho người cao tuổi khác, sarcopenia được chẩn đoán trên khoảng 32,8% người cao tuổi tại nhà dưỡng lão (tại Ý, 2012) và 25,3% ở bệnh viện lão khoa (Đức, 2014).

1.3. Phân loại sarcopenia theo nguyên nhân

- Sarcopenia là tình trạng lâm sàng do nhiều nguyên nhân khác nhau. Mặc dù sarcopenia chủ yếu được chẩn đoán và xác định ở người cao tuổi, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện ở người trẻ tuổi, giống như các trường hợp bệnh sa sút trí tuệ và loãng xương.

- Một số trường hợp có thể xác định được nguyên nhân của bệnh. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp khác, bệnh sarcopenia lại không chẩn đoán được nguyên nhân rõ ràng. Vì vậy, việc phân loại sarcopenia nguyên phát và thứ phát có vai trò quan trọng và giá trị trong nghiên cứu cũng như trong thực hành lâm sàng. Sarcopenia có thể được coi là tiên phát (hay liên quan tới tuổi) khi không có nguyên nhân hoặc bằng chứng nào gây ra bệnh mà nó lại được chẩn đoán ở người lớn tuổi, còn các trường hợp khác được coi là sarcopenia thứ phát. Tuy nhiên, ở nhiều người bệnh có rất nhiều yếu tố cùng tham gia gây ra bệnh và không thể xác định chắc chắn đó là sarcopenia tiên phát hay thứ phát. Và trong các trường hợp đó chúng ta coi sarcopenia là một hội chứng lão khoa do nhiều nguyên nhân.

Bảng 1. Phân loại sarcopenia theo nguyên nhân

Sarcopenia tiên phát	
Sarcopenia liên quan tới tuổi	Không có bằng chứng của nguyên nhân nào khác ngoài tuổi cao
Sarcopenia thứ phát	
Sarcopenia liên quan tới giảm hoạt động thể lực	Là hậu quả của việc nghỉ trên giường lâu, lối sống tĩnh tại, không luyện tập hoặc tình trạng hoạt động không sức cản
Sarcopenia liên quan tới bệnh mạn tính khác	Liên quan tới tình trạng suy nặng các cơ quan (tim, phổi, gan, thận, não), bệnh lý viêm, bệnh ác tính hoặc bệnh lý nội tiết
Sarcopenia liên quan tới dinh dưỡng	Là hậu quả của chế độ dinh dưỡng không phù hợp về năng lượng và/hoặc protein, như tình trạng rối loạn hấp thu, bệnh lý dạ dày ruột hoặc sử dụng các thuốc gây ra tình trạng chán ăn.

1.4. Sinh lý bệnh sarcopenia

- Mất khối lượng cơ là hậu quả của sự mất cân bằng giữa quá trình tổng hợp protein và quá trình hủy protein. Khối lượng cơ và chức năng của nó phụ thuộc vào quá trình liên tục tái tạo protein của cơ thể. Thông thường, tốc độ tổng hợp protein giảm dần theo tuổi với tốc độ khoảng 3,5% mỗi thập kỷ từ 20 tới 90 tuổi.

- Tuổi cao và bệnh lý mạn tính, rất nhiều trong số đó có tỷ lệ gia tăng theo tuổi, gây ra tình trạng giảm khối lượng cơ và sức mạnh cơ ở người cao tuổi.

- Cơ chế bệnh sinh của bệnh sarcopenia ở mức tế bào, bao gồm: sự gia tăng các cytokin viêm, phản ứng stress oxy hóa, hormon chuyển hóa, và gia tăng các tổn thương yếu tố thần kinh, giảm sự lưu thông của dòng máu, các hormon chuyển hóa yếm khí.

- Cơ chế bệnh sinh của bệnh sarcopenia ở mức mô: các cơ chế ở mức tế bào ảnh hưởng tới đặc điểm của hệ cơ xương và tình trạng bệnh sarcopenia bao gồm tăng chết các tế bào cơ, tăng hủy protein, tăng xơ hóa các tế bào cơ, tăng lipid trong tế bào cơ, giảm tổng hợp protein, giảm chức năng các neuron vận động, giảm hệ thống ty thể và giảm tái sinh các tế bào vệ tinh.

1.5. Các biến cố bất lợi của sarcopenia

- Sarcopenia làm giảm chất lượng cuộc sống, giảm chức năng hoạt động hàng ngày, tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng dễ bị tổn thương, ngã và chấn thương do ngã, tăng nguy cơ nhập viện và tái nhập viện, tăng thời gian nằm viện cũng như nguy cơ tử vong. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng sarcopenia làm gia tăng đáng kể gánh nặng kinh tế việc quản lý tốt bệnh sarcopenia sẽ giúp giảm được chi phí y tế đáng kể.

- Việc chẩn đoán sớm sarcopenia là vô cùng quan trọng, nó giúp phòng và điều trị bệnh hiệu quả hơn, làm giảm các biến cố bất lợi của bệnh, giảm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi.

- Các biến cố bất lợi của sarcopenia bao gồm:

- + Suy giảm chức năng và làm tăng sự phụ thuộc;
- + Hội chứng dễ bị tổn thương;
- + Ngã và tái ngã;
- + Nhập viện;
- + Gánh nặng kinh tế;
- + Tử vong.

2. SÀNG LỌC SARCOPENIA

Các hướng dẫn và khuyến cáo thực hiện sàng lọc sarcopenia được phát triển dựa trên các bằng chứng lâm sàng, qua các nghiên cứu. Khuyến cáo về vấn đề

sàng lọc sarcopenia như sau:

(1) Người cao tuổi cần được sàng lọc sarcopenia hàng năm, hoặc sau khi xuất hiện một biến cố lớn về sức khỏe.

- Việc sàng lọc sarcopenia thường xuyên cho người cao tuổi nên được thực hiện vì nhiều lý do:

+ Tất cả các đối tượng cao tuổi đều có nguy cơ mắc sarcopenia, đặc biệt là ở người ít hoạt động thể lực.

+ Sarcopenia xuất hiện tương đối phổ biến ở người cao tuổi nhưng tình trạng này có thể cải thiện và trở về bình thường nếu được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

+ Sarcopenia gây ra nhiều gánh nặng cho bản thân người bệnh, người chăm sóc và cả hệ thống y tế.

+ Việc sàng lọc sarcopenia là có giá trị.

- Khuyến cáo nên sàng lọc tình trạng sarcopenia ở các đối tượng:

+ Người lớn tuổi từ 60 tuổi trở lên

+ Nhóm dân số có nguy cơ cao có các bệnh mắc kèm (bệnh phổi mạn tính, bệnh thận mạn, bệnh gan mạn hoặc suy tim mạn tính; đái tháo đường; đột quỵ và bệnh Parkinson; thoái hóa khớp gối; loãng xương; và thừa cân/ béo phì/ béo phì trung tâm)

+ Tiền sử ngã

+ Suy giảm hoặc phụ thuộc về chức năng

+ Suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng.

(2) Các biện pháp sàng lọc sarcopenia

- Các biện pháp sàng lọc sarcopenia cần thực hiện nhanh và đơn giản.

- Khuyến cáo thực hiện sàng lọc sarcopenia trong thực hành lâm sàng tại cộng đồng và cơ sở y tế như sau:

- Các biện pháp dùng để sàng lọc để phát hiện sớm sarcopenia: (1) Chu vi bắp chân; (2) Bộ câu hỏi SARC-F; hoặc (3) SARC-Calf

- Những cá nhân được sàng lọc là dương tính nên được đánh giá “có thể mắc sarcopenia” bằng (1) Đo cơ lực tay; hoặc (4) Đo sức mạnh cơ chi dưới bằng bài kiểm tra đứng lên ngồi xuống 5 lần từ ghế.

- Người đã được chẩn đoán “có thể mắc sarcopenia” cần được xác định chẩn đoán một số nguyên nhân có thể thay đổi được, đồng thời được tư vấn về chế độ luyện tập, thay đổi lối sống và chế độ dinh dưỡng.

(3) Những người được chẩn đoán sàng lọc là có thể mắc sarcopenia cần được chỉ định làm các xét nghiệm và thăm dò cận lâm sàng để chẩn đoán xác định bệnh.

3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH BỆNH SARCOPENIA

3.1. Các phương pháp đánh giá

3.1.1. Đánh giá khối lượng cơ:

Có nhiều kỹ thuật để đánh giá khối cơ, bao gồm kỹ thuật từ tính, phân tích trở kháng sinh học, phép đo nhân trắc.

+ Cắt lớp vi tính (CT Scanner) và cộng hưởng từ (MRI):

Cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cho biết hệ thống hình ảnh chính xác có thể phân biệt được phần mỡ và cơ của cơ thể, cũng như lượng mỡ trong cơ. Cả hai phương pháp đều có ưu điểm là đo được lượng nạc qua một vùng đặc biệt của cơ thể và đánh giá được chất lượng cơ. So với DXA, cả CT và MRI đều cho kết quả tốt hơn khi cần đánh giá những thay đổi nhỏ của khối cơ. Tuy nhiên, do giá thành cao và sự phơi nhiễm phóng xạ, kỹ thuật này còn nhiều hạn chế.

+ Hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA):

Khối lượng cơ ngoại vi khi đánh giá bằng DXA được tính bằng tổng lượng cơ của tứ chi, trừ mỡ và xương. DXA cung cấp thông tin cả về mỡ, xương và cơ. Một số nghiên cứu đã thông báo mối liên quan chặt chẽ giữa DXA và MRI trong phép đo khối cơ. Tuy nhiên, so với CT và MRI, DXA không cung cấp đủ thông tin về mỡ trong cơ hoặc mỡ nội tạng (chiếm khoảng 15% lượng cơ). Tuy nhiên, người bệnh ít bị phơi nhiễm với phóng xạ hơn và chi phí thấp hơn nhiều. Mặc dù không cung cấp được thông tin về lượng béo nội tạng, DXA là một phương pháp có giá trị đánh giá các thành phần cơ thể được dùng phổ biến và đáng tin cậy trong nghiên cứu cũng như thực hành lâm sàng.

+ Phân tích trở kháng sinh học (BIA-Bioelectrical impedance analysis):

Trở kháng sinh học đánh giá lượng mỡ và cơ của cơ thể. Xét nghiệm này không tốn nhiều tiền, sẵn sàng đáp ứng được cho người bệnh cấp cứu và nằm tại giường ở nhà nhưng đòi hỏi sự chuyên nghiệp của kỹ thuật viên và không sử dụng được với người có bệnh tim mạch.

+ Phép đo nhân trắc (aPE-anthropometry prediction equation):

Sự tính toán dựa trên đo bắp chân và độ dày của da, được sử dụng để đánh giá khối cơ trong sự di chuyển. Chu vi của bắp chân liên quan chặt chẽ với khối cơ, nếu < 31cm thường đi kèm với giảm sức cơ. Tuy nhiên sự lão hóa làm thay đổi mô mỡ và mất sự co giãn của da làm kết quả thiếu chính xác ở người cao tuổi. Do đó, đo nhân trắc không được sử dụng lâu dài trong chẩn đoán mất cơ.

3.1.2. Cơ lực tay (*hand grip strength – HGS*):

Cơ lực tay thường được sử dụng trong các nghiên cứu để đánh giá khả năng thực hiện động tác. Cơ lực tay có thể đánh giá qua số kg khi sử dụng máy đo cơ lực nắm tay. Nhà trị liệu khuyến cáo người cao tuổi có thể ngồi với khuỷu tay để

90 độ, để cẳng tay và cổ tay tạo góc 0 đến 30 độ. Người cao tuổi sẽ bóp máy đo lực nắm tay và giữ 5 giây. Kết quả cuối cùng là kết quả cao nhất người bệnh đạt được.

3.1.3. Khả năng thực hiện động tác: được coi là hệ quả của sarcopenia

Hầu hết các phương pháp đánh giá khả năng thực hiện động tác trong thực hành lâm sàng là đánh giá tốc độ đi bộ, đó là bài kiểm tra đi bộ 6 mét (6m walk test) hoặc bài kiểm tra đứng dậy và đi (test timed up and go - TUG), bài kiểm tra đứng lên ngồi xuống 5 lần từ ghế (5CST, 5 times chair stand test) bài kiểm tra SPPB (Short Physical Performance Battery).

Bảng 2. Các phương pháp xác định khối lượng, sức mạnh và khả năng thực hiện động tác của cơ sử dụng trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng

Thông số	Trong nghiên cứu	Trong thực hành lâm sàng
Khối lượng cơ	CT (Computer tomography) MRI (magnetic resonance imaging) DXA (dual-energy X-ray absorptiometry) BIA (Bioelectrical impedance analysis) Tỷ lệ kali toàn phần hay một phần cơ thể và chất béo tự do trong mô mềm	BIA DXA Các thông số cơ thể
Sức mạnh cơ	Cơ lực tay Phản xạ gối PEF (peak expiratory flow)	Cơ lực tay
Khả năng thực hiện động tác	Khả năng thực hiện các hoạt động ngắn (SPPB - Short physical performance battery) Tốc độ đi thông thường Thời gian bài kiểm tra đứng dậy và đi Bài kiểm tra khả năng leo cầu thang	Khả năng thực hiện các hoạt động ngắn (SPPB) Tốc độ đi bộ thông thường Thời gian bài kiểm tra đứng dậy và đi

3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Sarcopenia

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo nhóm tuổi như sau:

*** Nhóm ≥ 65 tuổi**

+ Tiêu chuẩn 1: Cơ lực tay

Đo cơ lực tay: nam < 28 kg, nữ < 18 kg

+ Tiêu chuẩn 2: Giảm khối lượng cơ xương

- Đo bằng DEXA:

Hiệu chỉnh theo chiều cao: nam: $< 7,0 \text{ kg/m}^2$, nữ: $< 5,4 \text{ kg/m}^2$

Hoặc, Hiệu chỉnh theo BMI: Nam $< 0,73$; nữ $< 0,52$

- Hoặc đo bằng BIA:

Hiệu chỉnh theo chiều cao: nam: $< 7,0 \text{ kg/m}^2$, nữ $< 5,7 \text{ kg/m}^2$

Hoặc, Hiệu chỉnh theo BMI: Nam $< 0,83$; nữ $< 0,57$

*** Nhóm 50-64 tuổi**

+ Tiêu chuẩn 1: Cơ lực tay

Đo cơ lực tay: nam < 34 kg, nữ < 20 kg

+ Tiêu chuẩn 2: Giảm khối lượng cơ xương

- Đo bằng DEXA:

Hiệu chỉnh theo chiều cao: nam: $< 7,2 \text{ kg/m}^2$, nữ: $< 5,5 \text{ kg/m}^2$

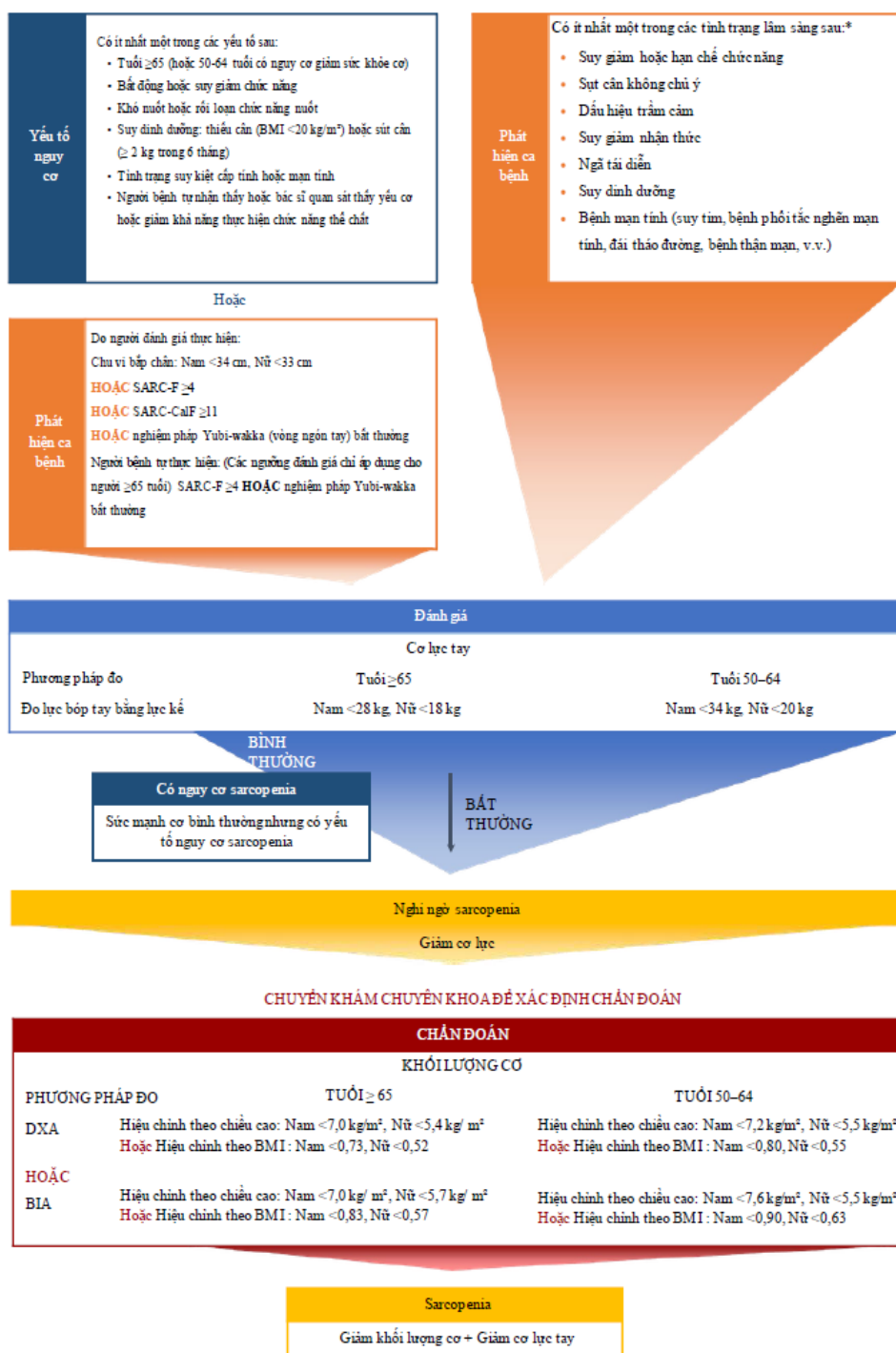
Hoặc, Hiệu chỉnh theo BMI: Nam $< 0,80$; nữ $< 0,55$

- Hoặc, đo bằng BIA:

Hiệu chỉnh theo chiều cao: nam: $< 7,6 \text{ kg/m}^2$, nữ $< 5,5 \text{ kg/m}^2$

Hoặc, Hiệu chỉnh theo BMI: Nam $< 0,90$; nữ $< 0,63$

Chẩn đoán là sarcopenia khi có tiêu chuẩn: (1) Giảm cơ lực tay và (2) Giảm khối lượng cơ.



Hình 1. Quy trình sàng lọc và chẩn đoán Sarcopenia ở cộng đồng và tại cơ sở y tế theo AWGS 2025

4. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ SARCOPENIA

4.1. Mục tiêu

- Dự phòng đóng vai trò quyết định trong kiểm soát bệnh sarcopenia: trong các khuyến cáo hiện nay các biện pháp dự phòng không dùng thuốc (bao gồm chế độ dinh dưỡng hợp lý phối hợp với luyện tập) đã được nghiên cứu và đưa ra bằng chứng về giá trị trong lâm sàng. Các phương pháp điều trị dùng thuốc hiện nay đang trong giai đoạn nghiên cứu và chưa được khuyến cáo là bước đầu tiên trong dự phòng và điều trị bệnh.

- Mục tiêu của các phương pháp dự phòng và điều trị:

+ Giảm thiểu sự mất cơ.

+ Bảo tồn sức mạnh cơ.

+ Cải thiện tình trạng yếu cơ, giảm thực hiện động tác và các chức năng hoạt động hàng ngày.

4.2. Khuyến cáo điều trị và dự phòng sarcopenia

- Sarcopenia là bệnh có thể dự phòng, làm chậm tiến triển và điều trị được nếu được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

- Khuyến cáo quốc tế về điều trị sarcopenia đã được đưa ra năm 2018 (International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia - ICFSR). Nội dung của khuyến cáo này về vấn đề điều trị sarcopenia như sau:

- Hoạt động thể lực: ở người bệnh có sarcopenia, kê đơn hoạt động thể lực với bài tập trở kháng được hướng dẫn có thể có hiệu quả làm cải thiện khối lượng cơ, sức mạnh cơ và khả năng thực hiện động tác.

- Protein:

+ Khuyến cáo các bác sỹ lâm sàng xem xét bổ sung protein hoặc một chế độ ăn giàu protein cho người cao tuổi mắc sarcopenia.

+ Các nhà thực hành lâm sàng cần thảo luận với người bệnh về vai trò quan trọng của chế độ năng lượng và protein hợp lý.

+ Can thiệp chế độ ăn (protein) nên thực hiện đồng thời cùng với can thiệp bằng hoạt động thể lực.

- Vitamin D, hormon và can thiệp dùng thuốc:

+ Hiện tại, chưa có đủ bằng chứng lâm sàng khẳng định vai trò của vitamin D và hormon trong kiểm soát bệnh sarcopenia.

+ Các can thiệp dùng thuốc không được khuyến cáo là bước điều trị đầu tiên trong kiểm soát bệnh sarcopenia.

+ Can thiệp bằng chế độ ăn và tập luyện là hai biện pháp cho thấy có hiệu quả nhất hiện nay trong dự phòng và điều trị bệnh sarcopenia. Và hai biện pháp

này có hiệu quả hỗ trợ và bổ sung cho nhau. Bổ sung protein và vitamin D, kết hợp với hoạt động thể lực là những yếu tố quan trọng nhất trong dự phòng sarcopenia hoặc khi yếu tố nguy cơ của bệnh được xác định. Có một số loại thuốc có hiệu quả dự phòng và chưa có nghiên cứu thử nghiệm nào cho thấy hiệu quả rõ rệt trong điều trị bệnh sarcopenia.

4.2.1. Hoạt động thể lực

- Bài tập hiếu khí aerobic: tập aerobic là hoạt động thể lực theo cách sử dụng oxy để đáp ứng nhu cầu năng lượng. Bài tập aerobic không chỉ tăng cường được sức mạnh và chức năng của cơ mà còn giúp tăng cường kích thích hoạt động thần kinh. Tập luyện aerobic thường xuyên có thể tăng được thể tích oxy lên 10 - 25%. Hội tim mạch Hoa Kỳ khuyến cáo nên duy trì tập 30 - 40 phút mỗi ngày, 5 ngày mỗi tuần hoặc 3 lần mỗi tuần với bài tập cường độ mạnh kéo dài 20 - 30 phút. Đối với người cao tuổi nên tập với bài có cường độ thấp hơn khoảng 30 phút mỗi lần, hai lần mỗi tuần và cường độ tăng dần trong 9 tuần. Tuy nhiên, người già yếu khó đạt được điều này. Hình thức tập thể dục cải tiến “cường độ thấp” là tập 30 phút, hai lần mỗi tuần.

- Bài tập tăng dần lực đối kháng: người cao tuổi được khuyến khích làm các bài tập để cơ bắp được tăng cường lực đối kháng, để giúp cơ bắp khỏe hơn. Các bài tập với lực đối kháng có ảnh hưởng đến tổng hợp protein, khối lượng cơ và sức mạnh, kể cả với người già yếu. Các bài tập linh hoạt dễ thực hiện với quả tạ, ghế tựa, máy tập. Các bài tập này được khuyến cáo nên thực hiện 2 lần mỗi tuần.

- Người cao tuổi có chế độ ít vận động có nguy cơ cao mắc sarcopenia. Các nghiên cứu cho thấy sức mạnh cơ và khả năng thực hiện động tác có thể cải thiện rõ rệt sau một thời gian tập luyện ngắn có chỉ dẫn. Điều này là do khả năng tổng hợp protein được cải thiện rõ rệt khi có tăng sự co cơ, kể cả ở người bệnh có hội chứng dễ bị tổn thương. Như vậy, bệnh sarcopenia (khối lượng và chức năng của cơ) ở người cao tuổi có khả năng cải thiện khi thực hiện các bài tập kháng trở và/hoặc bài tập sức bền.

- Gia tăng các bài tập trở kháng kích thích sự tổng hợp protein tại cơ và cho thấy lợi ích làm cải thiện khối lượng cơ, sức mạnh cơ và thực hiện động tác ở người cao tuổi. Việc luyện tập ở người cao tuổi nhằm gia tăng khối lượng và sức mạnh cơ đồng thời cần làm gia tăng sức bền và các hoạt động chức năng ở người cao tuổi.

4.2.2. Chế độ dinh dưỡng

- Dinh dưỡng chất lượng tốt rất quan trọng trong việc quản lý và điều trị sarcopenia, có tác dụng bổ sung cùng với các phương pháp tập luyện thông qua nhiều con đường khác nhau. Một phân tích tổng hợp cho thấy việc tăng lượng protein hàng ngày giúp tăng khối lượng cơ xương, đặc biệt khi kết hợp với bài tập trở kháng tăng sức mạnh cơ; lượng protein tối ưu trong quá trình tập luyện trở kháng là 1,2–1,59 g/kg trọng lượng cơ thể/ngày đối với người lớn ≥ 65 tuổi

và $\geq 1,6$ g/kg trọng lượng cơ thể/ngày đối với người < 65 tuổi. Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT), chế độ ăn giàu protein (25% lượng calo hàng ngày) đã cải thiện khoảng cách đi bộ và giảm mô mỡ trong cơ (intramuscular adipose tissue - IMAT). Một RCT khác cho thấy việc bổ sung hàng ngày súp chay giàu protein đã cải thiện cả hiệu suất thể chất và tình trạng chức năng ở những người ≥ 65 tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng, mặc dù không có tác động đáng kể đến thành phần cơ thể so với chế độ ăn bình thường. Các nghiên cứu về axit amin chuỗi nhánh cũng đã cho thấy những kết quả đầy hứa hẹn; một phân tích tổng hợp của 35 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) đã cho thấy những tác dụng tích cực đối với sức mạnh cơ, khối lượng cơ xương và khả năng hoạt động thể chất ở người cao tuổi. Trong một RCT kéo dài 12 tuần, việc bổ sung axit amin chuỗi nhánh kết hợp với luyện tập thể dục đã làm tăng đáng kể khối lượng cơ xương. Leucine đặc biệt có liên quan đến tỷ lệ tổng hợp protein cơ cao hơn.

- HMB cũng cho thấy lợi ích ở những người bị sarcopenia, với những cải thiện đáng kể về khối lượng cơ xương và sức mạnh cơ tay, mặc dù không có lợi ích rõ ràng làm cải thiện khả năng thực hành động tác (đánh giá bằng tốc độ đi bộ). Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng kéo dài 12 tuần ở Đài Loan, việc bổ sung HMB (3 g mỗi ngày) đã cải thiện khối lượng cơ, khả năng hoạt động thể chất và giảm lượng mỡ trong cơ ở những người lớn tuổi tiền hội chứng dễ bị tổn thương (frailty). Tuy nhiên, một đánh giá tổng hợp các nghiên cứu cho thấy việc bổ sung HMB, với bằng chứng nhỏ và không nhất quán về hiệu quả tăng khối lượng cơ và không có bằng chứng về việc cải thiện chức năng thể chất ở người lớn tuổi hoặc các nhóm đối tượng có bệnh lý mạn tính.

- Các chất bổ sung dinh dưỡng khác cũng đã chứng minh tiềm năng hiệu quả. Tác dụng tích cực của việc bổ sung axit béo không bão hòa đa chuỗi dài omega-3 đối với khối lượng và sức mạnh cơ xương nói chung ở người lớn tuổi đã được chứng minh, với liều lượng $>2,5$ g mỗi ngày mang lại sự cải thiện lớn nhất về sức mạnh cơ tay và chức năng thể chất của chi dưới. Việc bổ sung men vi sinh cũng cải thiện khối lượng cơ và sức mạnh cơ toàn thân.

- Những bằng chứng ngày càng tăng này ủng hộ việc thực hiện một phương pháp dinh dưỡng toàn diện trong quản lý chứng teo cơ, với sự nhấn mạnh đặc biệt vào việc bổ sung đủ protein và bổ sung chiến lược khi thích hợp, đặc biệt là kết hợp với các chương trình tập thể dục.

4.2.3. Bổ sung vitamin D

- Nồng độ vitamin D thấp có liên quan với giảm sức mạnh cơ. Các nghiên cứu cho thấy ở người cao tuổi, nồng độ vitamin D thấp có liên quan với sự tăng nguy cơ mắc bệnh Sarcopenia sau khi đã hiệu chỉnh với hoạt động thể lực, mùa, nồng độ creatinin, các bệnh mạn tính, hút thuốc lá và BMI. Các yếu tố như chế độ ăn không hợp lý, ít tiếp xúc với ánh sáng mặt trời và các bệnh kèm như bệnh thận góp phần làm thiếu vitamin D. Nếu nồng độ vitamin thấp thì cần bổ

sung với liều 700 đến 1000 UI/ngày. Với liều 800 UI/ngày cho thấy hiệu quả làm giảm nguy cơ ngã.

- Tuy nhiên, bằng chứng từ các nghiên cứu về vai trò của vitamin D ngăn ngừa sự tiến triển sarcopenia vẫn còn chưa rõ ràng. Mặc dù việc bổ sung vitamin D làm giảm điểm số SPPB ở người lớn tuổi sống trong cộng đồng, nhưng không có tác dụng có lợi đáng kể nào đối với sức mạnh cơ nói chung.

4.2.4. Một số phương pháp điều trị bằng thuốc khác

- Có nhiều nghiên cứu được thực hiện, nhưng chưa có loại thuốc nào được phê duyệt để điều trị sarcopenia.

- Thuốc ức chế men chuyển (Angiotensin converting enzyme inhibitor – ACE, như losartan), statin, testosterone, oestrogen và hormon tăng trưởng cho thấy có kết quả khả quan trong giai đoạn gần, tuy nhiên hiện tại rất khó để đưa ra khuyến cáo coi đó là một liệu pháp điều trị thường quy. Các nghiên cứu cho tới nay có cỡ mẫu nhỏ và kết quả chưa thống nhất, vì vậy cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn.

- Thuốc tác động thụ thể androgen chọn lọc làm tăng khối lượng cơ xương ở phụ nữ mắc chứng sarcopenia, nhưng không cải thiện sức mạnh cơ hoặc khả năng hoạt động thể chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen L-K, Woo J, Assantachai P, Auyeung T-W, Chou M-Y, Iijima K, Jang HC, Kang L, Kim M, Kim S: Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020, 21(3):300-307. e302
2. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA: Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing* 2019, 48(1):16-31
3. Yu S, Umapathysivam K, Visvanathan R: Sarcopenia in older people. *International journal of evidence-based healthcare* 2014, 12(4):227-243
4. Keller K: Sarcopenia. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2019, 169(7-8):157-172
5. Beaudart C, Zaaria M, Pasleau F, Reginster J-Y, Bruyère O: Health outcomes of sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2017, 12(1): e0169548.
6. Visvanathan R, Chapman I: Preventing sarcopenia in older people. *Maturitas* 2010, 66(4):383-388.
7. Chen, LK., Hsiao, FY., Akishita, M. *et al.* A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update. *Nat Aging* 5, 2164–2175 (2025). <https://doi.org/10.1038/s43587-025-01004-y>

NGÃ VÀ RỐI LOẠN TƯ THẾ DÁNG ĐI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa:

Ngã được định nghĩa là tình trạng người bệnh vô tình bị rơi xuống mặt đất, sàn nhà hoặc các mặt phẳng khác thấp hơn.

Ngã được xem là một trong các hội chứng lão khoa, được cấp mã bệnh từ E880 đến E888 trong ICD-9 (International Classification of Disease-9) và W00 đến W19 trong ICD-10.

1.2. Dịch tễ học:

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy ngã là một hội chứng phổ biến ở người cao tuổi, với gần một phần ba người từ 65 tuổi trở lên bị ngã mỗi năm, và khoảng một nửa trong số này có tái ngã. Tỷ lệ ngã chung ở người cao tuổi trên toàn thế giới được ước tính là 26,5%, trong đó cao nhất tại châu Đại Dương (34,4%) và châu Mỹ (27,9%), tiếp theo là châu Á (25,8%) và châu Phi (25,4%); châu Âu ghi nhận tỷ lệ thấp nhất (23,4%).

Người cao tuổi sinh sống tại các cơ sở chăm sóc dài hạn có nguy cơ ngã cao hơn so với những người sống trong cộng đồng. Ước tính 50–70% người cao tuổi sống tại viện dưỡng lão bị ngã ít nhất một lần mỗi năm, trong đó 10–20% có chấn thương nghiêm trọng và 2–6% bị gãy xương. Trong cộng đồng, tỷ lệ ngã ở người ≥ 65 tuổi được ghi nhận là 27,5% tại Hoa Kỳ, khoảng 30% tại Vương quốc Anh, và dao động từ 34–40% tại khu vực Đông Địa Trung Hải.

Tại châu Á, tỷ lệ ngã nhìn chung thấp hơn so với các quần thể người da trắng và có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia. Cụ thể, tỷ lệ ngã ở người Hàn Quốc ≥ 65 tuổi sống trong cộng đồng dao động từ 15,9% đến 25,1%. Ở Trung Quốc, tỷ lệ này là 20,7%, trong đó 34,3% trường hợp dẫn đến gãy xương và 24,6% phải nhập viện sau ngã. Trong khi đó, tỷ lệ ngã ở người cao tuổi tại Philippines được báo cáo là 17,7%.

Tại Việt Nam, các dữ liệu về ngã ở người cao tuổi trên quy mô quốc gia còn hạn chế. Một nghiên cứu trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ ngã ở người Việt Nam từ 60 tuổi trở lên là 7,3%. Tỷ lệ ngã ở người bệnh cao tuổi ngoại trú được ghi nhận là 23,7%, trong đó tỷ lệ tái ngã chiếm 5,8%.

1.3. Các yếu tố nguy cơ

Những yếu tố làm tăng nguy cơ ngã ở người cao tuổi có thể được chia thành ba nhóm chính: yếu tố bệnh lý, yếu tố do thuốc và yếu tố môi trường.

1.3.1. Yếu tố bệnh lý

- Suy giảm cảm giác, giác quan: suy giảm thị lực, thính lực và giảm cảm giác ở chân (ví dụ bệnh thần kinh ngoại biên ở người bệnh đái tháo đường) có thể làm giảm khả năng kiểm soát thăng bằng và dẫn đến ngã.
- Rối loạn thăng bằng và phối hợp: Các bệnh về hệ thần kinh như bệnh Parkinson, đột quỵ, hoặc sa sút trí tuệ có thể gây giảm khả năng kiểm soát vận động và duy trì thăng bằng, từ đó làm tăng nguy cơ ngã.
- Yếu cơ và giảm khối lượng cơ: Quá trình lão hóa tự nhiên hoặc các bệnh lý cơ xương khớp như loãng xương, thoái hóa khớp làm yếu cơ và giảm khả năng vận động.
- Hạ huyết áp tư thế: Khi đứng lên, nếu huyết áp giảm đột ngột, người cao tuổi dễ bị choáng và ngã.
- Suy tim hoặc các bệnh lý tim mạch: Những bệnh này có thể làm giảm cung cấp máu đến não, gây chóng mặt và mất thăng bằng.
- Đái tháo đường: nhiều yếu tố nguy cơ gây ngã ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi, sự dao động đường huyết, biến chứng mạn tính biến chứng thần kinh ngoại biên, ảnh hưởng đến mắt, gây biến chứng võng mạc và suy giảm thị lực...

1.3.2. Yếu tố thuốc

- Thuốc an thần và thuốc ngủ: gây buồn ngủ, giảm tỉnh táo, và tăng nguy cơ ngã.
- Thuốc hạ huyết áp: Đặc biệt là khi sử dụng không đúng liều lượng hoặc không điều chỉnh theo tình trạng bệnh, thuốc hạ huyết áp có thể gây chóng mặt và ngã.
- Thuốc chống trầm cảm: Một số loại thuốc chống trầm cảm có thể gây ra các tác dụng phụ như chóng mặt hoặc buồn ngủ.
- Thuốc lợi tiểu: Dùng quá liều có thể gây mất nước và hạ huyết áp tư thế, dẫn đến nguy cơ ngã cao hơn.
- Sử dụng nhiều thuốc: sử dụng đồng thời nhiều loại thuốc (đặc biệt trên 5 loại thuốc) làm gia tăng tỉ lệ ngã trên người cao tuổi

1.3.3. Yếu tố môi trường

- Sàn nhà trơn trượt: Các bề mặt như gạch men hoặc sàn nhà không có thảm có thể dễ gây trượt chân.
- Ánh sáng kém: Thiếu ánh sáng đầy đủ trong nhà, đặc biệt ở các khu vực như cầu thang, lối đi, dễ khiến người cao tuổi không nhìn rõ và bị ngã.
- Thiếu thanh vịn hoặc thiết bị hỗ trợ: Trong nhà tắm, cầu thang, nếu thiếu tay vịn hoặc các thiết bị hỗ trợ, người cao tuổi dễ mất thăng bằng.

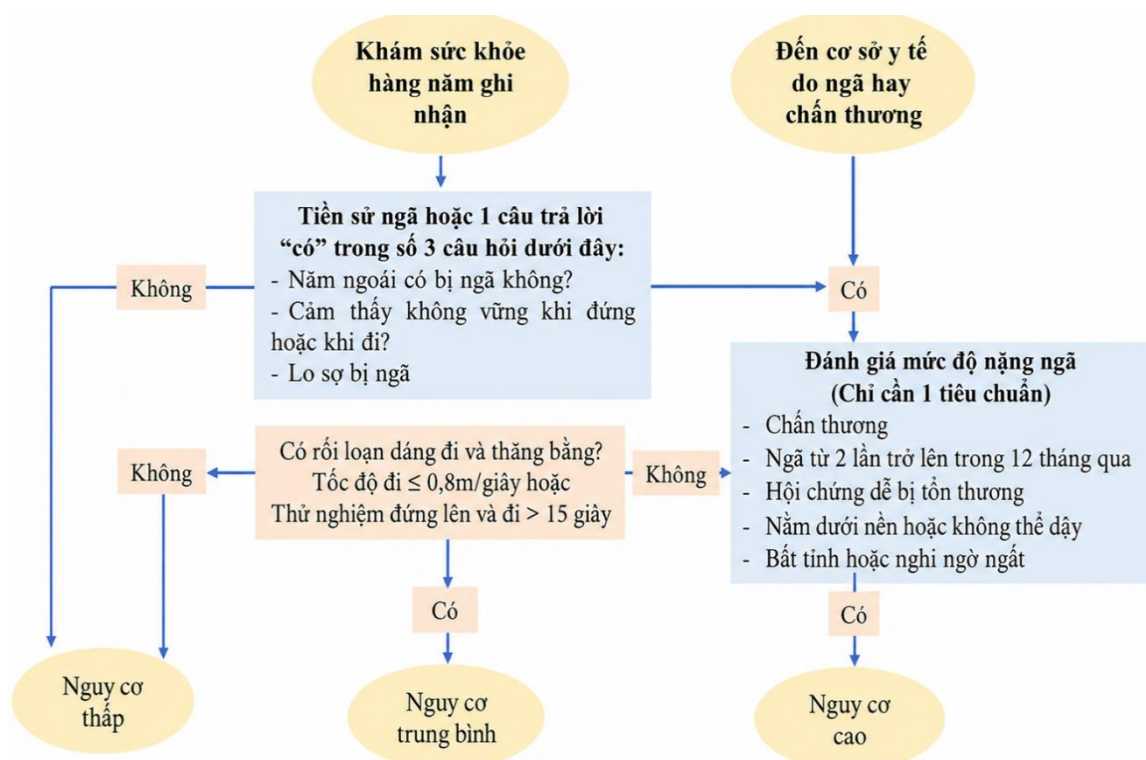
- Đồ đạc bố trí không hợp lý: sắp xếp đồ nội thất lộn xộn, thảm trải nhà không cố định, hoặc các vật dụng dễ gây vấp ngã như dây điện có thể làm tăng nguy cơ ngã.

2. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ NGÃ

Năm 2022 và 2025 Hiệp hội Lão khoa Hoa kỳ và Hiệp hội Lão khoa Châu Âu đã đưa ra khuyến về dự phòng ngã cho người cao tuổi. Trong các khuyến này đều có điểm chung áp dụng sơ đồ các bước phân tầng đánh giá nguy cơ và chiến lược can thiệp dự phòng ngã cho người cao tuổi.

2.1. Đánh giá nguy cơ ngã tại cộng đồng

Bước 1: Phân tầng nguy cơ ngã



- Nhân viên y tế cần đánh giá và phân tầng nguy cơ ngã ở người cao tuổi trong các lần khám sức khỏe định kỳ, khi người bệnh đến khám vì ngã hoặc chấn thương do ngã, và khi nhập viện liên quan đến ngã.

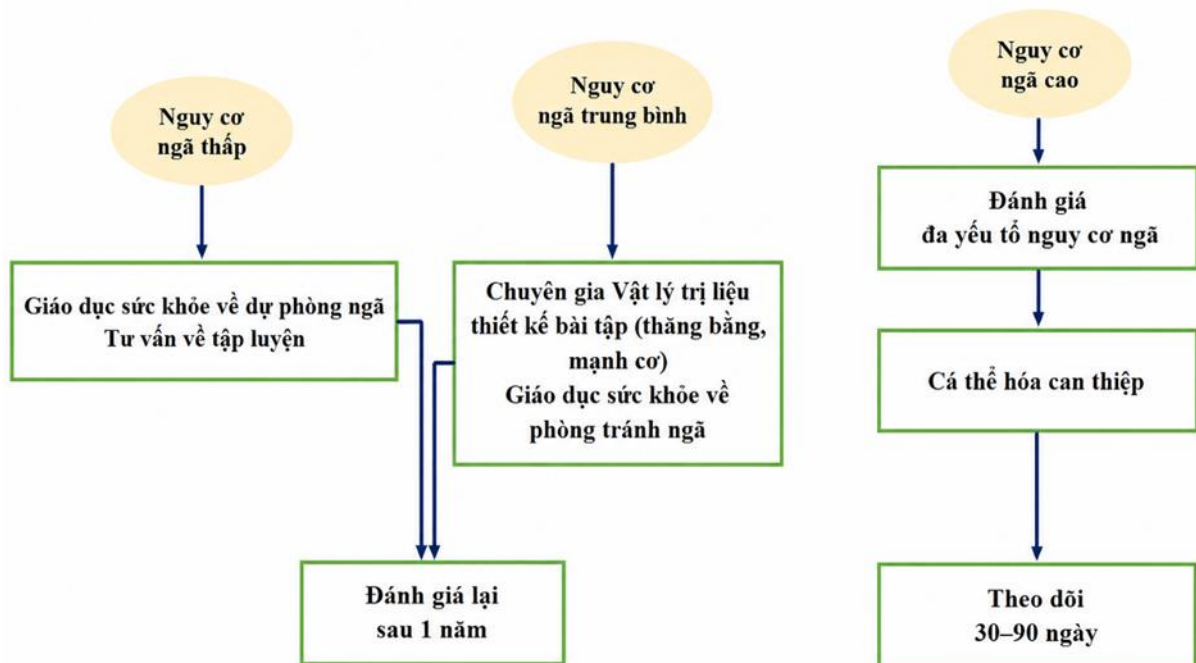
- Quy trình đánh giá bắt đầu bằng khai thác tiền sử ngã và sàng lọc nguy cơ bằng bộ ba câu hỏi chuẩn. Nếu người bệnh trả lời “Có” cho ít nhất một câu hỏi, cần tiếp tục đánh giá mức độ nặng của ngã. Người bệnh được xếp vào nhóm nguy cơ ngã cao khi có ít nhất một trong các tiêu chí sau: có chấn thương do ngã, có từ hai lần ngã trở lên trong 12 tháng qua, có hội chứng dễ bị tổn thương (suy yếu), hoặc có tình trạng nằm dưới nền nhà không thể tự đứng dậy, bất tỉnh hoặc nghi ngờ ngất.

- Trường hợp không có tiêu chí mức độ nặng, người bệnh cần được đánh giá thăng bằng và dáng đi bằng bài kiểm tra đứng dậy và đi (TUG) và đánh giá tốc

độ đi. Người bệnh được xếp vào nhóm nguy cơ ngã trung bình khi có ít nhất một bất thường, bao gồm TUG > 15 giây hoặc tốc độ đi $\leq 0,8$ m/giây.

- Nếu không phát hiện bất thường qua sàng lọc và đánh giá chức năng, người bệnh được phân loại vào nhóm nguy cơ ngã thấp.

Bước 2: Đánh giá nguy cơ ngã và chiến lược can thiệp cho các nhóm nguy cơ



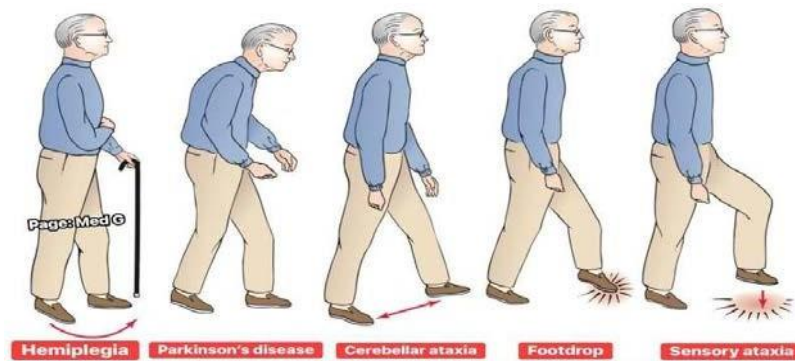
Đối với nhóm nguy cơ ngã cao, cần được đánh giá toàn diện đa lĩnh vực về các nguy cơ ngã:

Người cao tuổi cần được các bác sĩ lão khoa và chuyên gia vật lý trị liệu (bác sĩ phục hồi chức năng, kỹ thuật viên phục hồi chức năng) đánh giá về dáng đi, thăng bằng, sức mạnh cơ. 85% người cao tuổi ở độ tuổi 60 có dáng đi bình thường. Trên 85 tuổi, dáng đi bình thường chỉ chiếm 18%. Do vậy rối loạn dáng đi là vấn đề khó tránh khỏi, tăng lên khi có các bệnh đồng mắc và tăng nguy cơ ngã.

Khi tuổi càng cao, chiều dài và độ cao bước chân giảm, trong khi nhịp bước thường ít thay đổi. Người cao tuổi thường có tư thế thân mình ngả ra trước, kết hợp với giảm chiều dài và độ cao bước chân và suy giảm khả năng đáp ứng của hệ thần kinh trước các kích thích đột ngột như trượt hoặc vấp, khiến nguy cơ ngã cao hơn so với người trẻ.

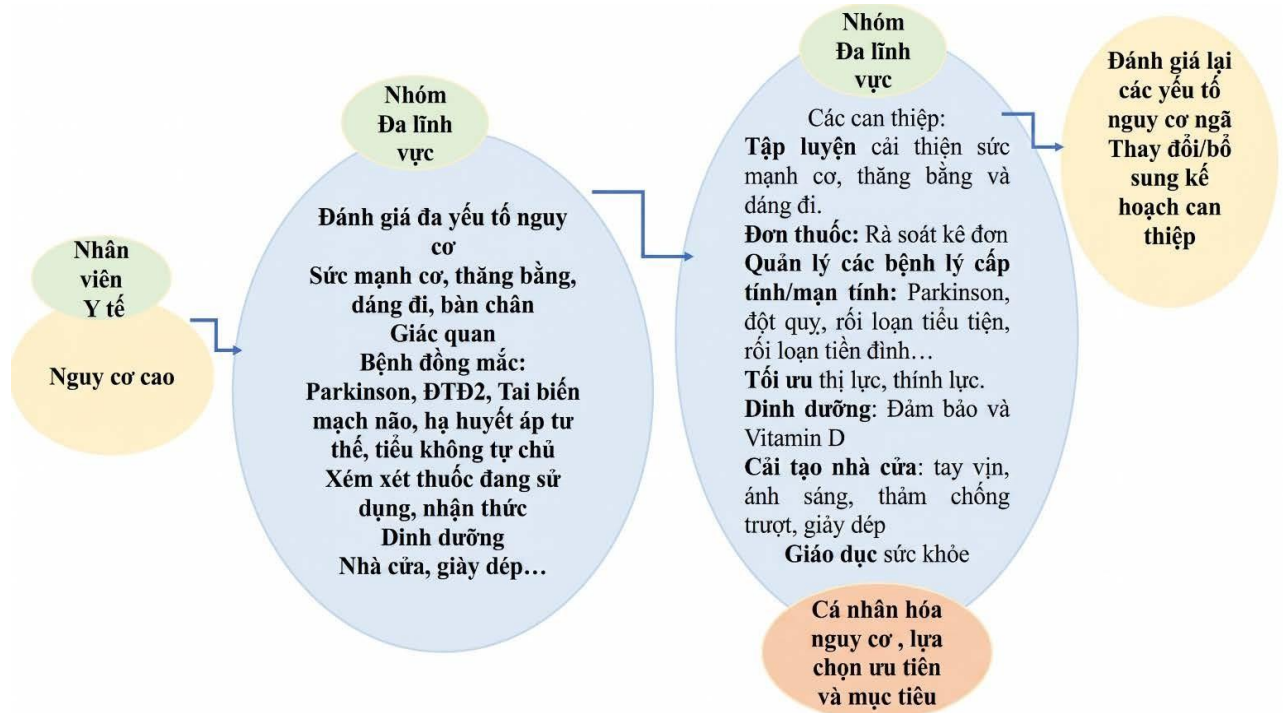
Bên cạnh đó, các bệnh đồng mắc như bệnh lý thần kinh trung ương (liệt nửa người sau tai biến mạch não), bệnh lý thần kinh ngoại biên (ví dụ bàn chân rủ), bệnh Parkinson, các bệnh lý cơ xương khớp và đau khớp mạn tính có thể gây rối loạn dáng đi, từ đó làm gia tăng nguy cơ ngã ở người cao tuổi.

2.2. Rối loạn dáng đi ở người cao tuổi



- Liệt nửa người Parkinson Thất điều
- Bàn chân rũ thất điều cảm giác tiểu não
- Đánh giá bệnh lý đồng mắc: Khai thác và kiểm soát các bệnh mạn tính có liên quan đến nguy cơ ngã như đái tháo đường, bệnh Parkinson và các bệnh lý thần kinh khác.
- Rà soát và tối ưu hóa đơn thuốc: Đánh giá tương tác thuốc và tác dụng không mong muốn có thể làm tăng nguy cơ ngã, bao gồm hạ huyết áp tư thế, chóng mặt, buồn ngủ, hội chứng ngoại tháp và giảm trương lực cơ.
- Đánh giá chức năng giác quan: Kiểm tra thị lực (đục thủy tinh thể, thoái hóa điểm vàng) và thính lực (giảm thính lực, ù tai).
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Xem xét khẩu phần ăn, lượng nước uống và định lượng vitamin D.
- Đánh giá chức năng nhận thức: Sử dụng các công cụ chuẩn hóa như MoCA hoặc MMSE.
- Đánh giá bàn chân: Đặc biệt ở người bệnh đái tháo đường, chú ý biến dạng bàn chân, cảm giác và các tổn thương bàn chân.
- Đánh giá môi trường sống: Rà soát tay vịn cầu thang và nhà vệ sinh, ánh sáng trong nhà, thảm và đồ đạc, đồng thời kiểm tra giày dép (mòn đế, lỏng quai, không phù hợp). Người bệnh cần được can thiệp đa lĩnh vực, với theo dõi và đánh giá lại sau 3 tháng nhằm xác định lại các yếu tố nguy cơ và điều chỉnh kế hoạch can thiệp khi cần thiết.

Bước 3: Can thiệp dự phòng ngã với nhóm nguy cơ cao



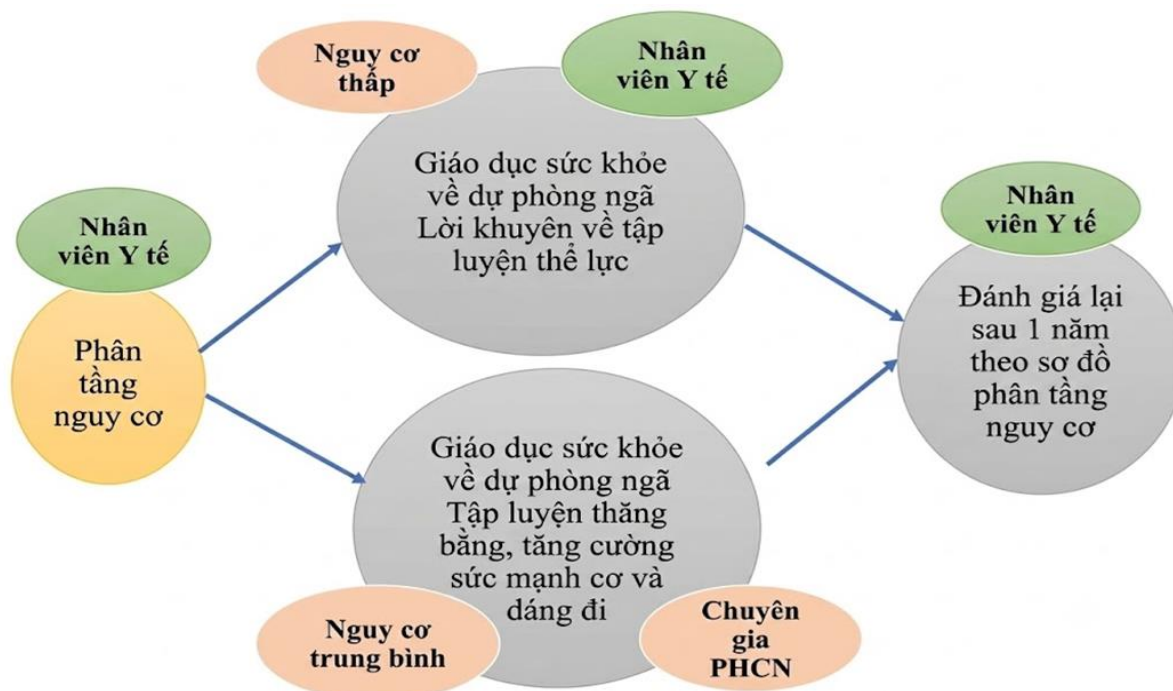
2.3. Đối với nhóm nguy cơ thấp:

- Giáo dục sức khỏe về dự phòng ngã
- Tư vấn luyện tập nâng cao sức khỏe (Tập sức bền, tập tăng cường sức mạnh cơ, tập thăng bằng).

2.4. Đối nhóm nguy cơ trung bình:

- Nhân viên y tế phối hợp với chuyên gia về phục hồi chức năng tư giáo dục sức khỏe về dự phòng ngã.
- Hướng dẫn tập luyện theo từng cá nhân bao gồm tập sức mạnh cơ, tập thăng bằng và dáng đi.

Bước 4: Can thiệp đối với nhóm nguy cơ thấp và trung bình



2.5. Đánh giá nguy cơ ngã tại bệnh viện và các viện dưỡng lão:

- Hướng dẫn hiện tại không khuyến nghị sử dụng công cụ đánh giá nguy cơ ngã trong bệnh viện, chủ yếu là vì chất lượng bằng chứng thấp, các yếu tố gây nhiễu, kết quả của công cụ đánh giá sẽ không cung cấp thêm thông tin để quản lý tiếp theo.

- Hướng dẫn hiện tại về ngã khuyến nghị rằng tất cả người cao tuổi đều được coi là có nguy cơ ngã và tất cả người cao tuổi nằm viện sẽ có đánh giá nguy cơ ngã toàn diện.

2.6. Đánh giá toàn diện về ngã

- Mục đích của việc đánh giá toàn diện là xác định cơ chế ngã, hậu quả của ngã (ví dụ, chấn thương, giảm chức năng, các tác động tâm lý như lo lắng về ngã), và xác định các yếu tố nguy cơ ngã. Đánh giá nhằm giảm nguy cơ ngã cần xem xét tiền sử ngã của người cao tuổi và tần suất ngã; đặc điểm và bối cảnh của ngã; sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ ngã; thể chất, nhận thức, tâm lý và xã hội; và mục tiêu, giá trị, niềm tin và ưu tiên của người bệnh. Một đánh giá nhằm đồng thiết kế một can thiệp với người cao tuổi yêu cầu một phương pháp tiếp cận lão khoa toàn diện

- Thành phần của đánh giá toàn diện về ngã:

+ Lạm dụng rượu: sử dụng công cụ AUDIT. Công cụ AUDIT gồm 10 câu hỏi được thiết kế để đánh giá thói quen sử dụng rượu và phát hiện các vấn đề liên quan đến việc lạm dụng rượu. Mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn trả lời, và mỗi lựa chọn sẽ có một điểm số tương ứng. Điểm số tổng cộng sẽ giúp xác định mức độ nghiêm trọng của việc sử dụng rượu và nhu cầu can thiệp.

- + Kiểm tra tim mạch (bao gồm đo huyết áp khi nằm và đứng).
- + Đánh giá nhận thức và tâm trạng.
- + Sàng (trong môi trường bệnh viện và cơ sở chăm sóc cư trú).
- + Chế độ ăn uống, lượng nước uống và giảm cân.
- + Chóng mặt
- + Giày dép và bàn chân.
- + Chức năng: đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày và tình trạng sợ ngã.
- + Đánh giá dáng đi, thăng bằng và di chuyển, và sức mạnh cơ.
- + Suy giảm thính giác.
- + Các bệnh lý mạn tính ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, chẳng hạn như viêm khớp, sa sút trí tuệ, đái tháo đường hoặc bệnh Parkinson.
- + Các thuốc sử dụng.
- + Khám thần kinh.
- + Đánh giá nguy cơ loãng xương
- + Rối loạn tiêu tiện.
- + Suy giảm thị lực.

3. CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP CỤ THỂ GIẢM NGUY CƠ NGÃ

Các can thiệp để giảm nguy cơ ngã cần được cá thể hóa:

3.1. Đánh giá các thuốc

- Xác định bất kỳ loại thuốc nào có thể làm tăng nguy cơ ngã của người bệnh và xem xét điều chỉnh thuốc để giảm nguy cơ. Các loại thuốc như thuốc hạ huyết áp có thể góp phần tăng nguy cơ ngã do tác dụng phụ như chóng mặt hoặc choáng váng, nhưng không có định nghĩa chuẩn về các loại thuốc có thể làm tăng nguy cơ ngã. Cách các loại thuốc tương tác với nhau có thể góp phần vào nguy cơ ngã nhưng rất biến thiên, do đó cần cá nhân hóa trong quản lý thuốc cho người bệnh.

- Bất kỳ loại thuốc nào có thể làm tăng nguy cơ ngã và xem liệu có cần điều chỉnh hoặc ngừng thuốc không. Cụ thể cần đánh giá:

- + Quan điểm và sự hiểu biết của người bệnh và của các thành viên trong gia đình hoặc người chăm sóc, về các loại thuốc họ đang sử dụng
- + Các mối lo ngại, câu hỏi hoặc vấn đề của người bệnh, và của các thành viên trong gia đình hoặc người chăm sóc khi cần thiết, liên quan đến thuốc

+ Tất cả các loại thuốc kê đơn, thuốc không kê đơn và thuốc bổ trợ mà người bệnh đang sử dụng hoặc sử dụng, và mục đích sử dụng chúng

+ Mức độ an toàn của các loại thuốc, hiệu quả của chúng đối với người bệnh, sự phù hợp của chúng và liệu việc sử dụng chúng có tuân theo các hướng dẫn quốc gia hay không

+ Người bệnh có đã từng hoặc hiện có yếu tố nguy cơ tiến triển các phản ứng có hại với thuốc hay không (báo cáo các phản ứng có hại)

+ Công cụ STOPPFall hoặc FRIDs có thể giúp tối ưu hóa sử dụng thuốc ở người cao tuổi bằng cách ngừng các thuốc làm tăng nguy cơ ngã

- Đối với những người đang sử dụng thuốc tâm thần: Đánh giá bất kỳ thuốc tâm thần nào đang sử dụng. Thảo luận về nguy cơ tăng ngã liên quan đến thuốc tâm thần với người bệnh và lập kế hoạch dừng thuốc khi cần thiết

3.2. Bổ sung vitamin D

Bổ sung vitamin D để phòng ngừa ngã chỉ nên được áp dụng cho những người có nguy cơ thiếu vitamin D. Bổ sung vitamin D có thể giúp duy trì sức khỏe xương và cơ, nhưng chỉ nên được thực hiện đối với những người có mức vitamin D thấp hoặc có nguy cơ thiếu hụt vitamin D, ví dụ như người cao tuổi, những người không tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời hoặc những người có chế độ ăn thiếu vitamin D. Đối với người cao tuổi có nguy cơ thiếu vitamin D cao nên bổ sung vitamin D 800-1000 IU mỗi ngày.

3.3. Can thiệp về nguy cơ trong nhà

- Đánh giá đầy đủ nguy cơ ngã trong nhà và có các can thiệp phù hợp:

+ Bố trí đồ trong nhà

+ Ánh sáng lối đi, cầu thang, ánh sáng phòng ngủ (có thể dễ dàng bật ánh sáng vào ban đêm).

+ Tay vịn ở vị trí cần thiết.

+ Nhà vệ sinh: Tay vịn, lát sàn bằng vật liệu ít trơn trượt, độ cao mặt sàn nhà vệ sinh nên bằng so với bên ngoài,...

+ Mặt sàn và ánh sáng nhà bếp

3.4. Chương trình bài tập phòng ngừa ngã

Chương trình bài tập phòng ngừa ngã cho những người có nguy cơ ngã, cần đánh giá và quản lý ngã toàn diện. Chương trình bài tập phòng ngừa ngã cần:

- Được thực hiện bởi các nhân viên y tế có chuyên môn phù hợp

- Tăng dần và cá nhân hóa theo nhu cầu, sở thích, mục tiêu và khả năng của người bệnh

- Tập trung vào các yếu tố chức năng liên quan đến nguy cơ ngã của người bệnh, ví dụ: tập luyện thăng bằng, tập tăng cường sức mạnh cơ và luyện tập sức bền

Bao gồm các đánh giá tiến trình thực hiện, tuân thủ thực hiện bài tập thường xuyên

Các chương trình tập luyện được thực hiện để tạo ra sự thay đổi hành vi liên quan đến hoạt động thể chất và thói quen ít vận động.

Xem xét các can thiệp hành vi nhận thức cho những người có lo ngại về việc ngã mà không được cải thiện qua các bài tập tăng cường sức mạnh và thăng bằng.

Cụ thể về chương trình tập luyện dự phòng ngã: cần có khám, chỉ định, hướng dẫn thực hiện các bài tập thăng bằng, tăng cường sức mạnh cơ và dáng đi theo qui trình kỹ thuật của Bộ Y tế:

- Tập luyện thăng bằng (tĩnh và động): tập 30 phút/ngày, ít nhất 3 buổi/tuần

- Tập luyện tăng cường sức mạnh cơ với lực kháng trở bên ngoài như với tạ, với lực cản đàn hồi hoặc kháng trở là chính cơ thể mình. Tập với các nhóm cơ chính gập khuỷu, duỗi khuỷu, cơ tứ đầu, các nhóm cơ mông, các nhóm cơ cẳng chân. Tập cách ngày, 2- 3 buổi/ tuần, 30 phút/ buổi. Cần tuân thủ nguyên tắc tăng dần lực kháng trở, tăng dần thời gian phù hợp với sức khỏe người cao tuổi.

- Tập luyện sức bền (đi bộ, đạp xe): tập luyện sức bền ít có hiệu quả trong phòng tránh ngã nhưng giúp cải thiện chức năng tim mạch, hô hấp, cải thiện giấc ngủ, giảm nguy cơ trầm cảm, giúp ổn định các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, tiểu đường... Tập luyện 150-300 phút/tuần cường độ trung bình ở mức 12-14 theo Borg scale, hoặc theo test nói trong khi tập nói được nhưng không hát được, tập 5 buổi/ tuần, mỗi buổi từ 30- 60 phút.

3.5. Tối ưu hóa việc tham gia liên tục vào các can thiệp phòng ngừa ngã

- Trong tất cả các môi trường, tối đa hóa khả năng tham gia vào các chương trình tập thể dục phòng ngừa ngã như sau:

- Thảo luận và thống nhất với người tham gia về những thay đổi mà họ sẵn sàng và có khả năng thực hiện để giảm nguy cơ ngã.

- Khuyến khích thay đổi và giải quyết các rào cản tiềm ẩn, ví dụ, nếu người cao tuổi nghi ngờ khả năng hoàn thành các bài tập hoặc có lo ngại về ngã.

- Đảm bảo rằng các can thiệp đủ linh hoạt để phù hợp với nhu cầu và sở thích cá nhân của mỗi người.

- Cần nhắc các bài tập có giám sát và, nếu có, cung cấp cho người tham gia sự lựa chọn về cách thức bài tập được thực hiện, ví dụ, tập cá nhân hoặc nhóm.

- Khi có thể, tạo điều kiện cho việc liên lạc và hỗ trợ xã hội.

4. THÔNG TIN VÀ GIÁO DỤC CHO NGƯỜI NHẬN ĐÁNH GIÁ HOẶC CAN THIỆP PHÒNG NGỪA NGÃ

4.1. Áp dụng trong mọi bối cảnh chăm sóc

- Trong tất cả các bối cảnh chăm sóc, bao gồm cộng đồng, điều trị nội trú và chăm sóc dài hạn, nhân viên y tế cần trao đổi và cung cấp thông tin nhằm giúp người được đánh giá giảm nguy cơ ngã và cải thiện sức khỏe tổng thể. Thông tin cần được trình bày dễ hiểu, có thể mang về sử dụng, đồng thời huy động sự tham gia của gia đình và người chăm sóc khi phù hợp.

- Các nội dung giáo dục cần tập trung vào:

- + Nguy cơ ngã mang tính cá thể, phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ riêng của từng người (ví dụ: tuổi cao, sử dụng một số thuốc, hạ huyết áp, đục thủy tinh thể), trong đó nhiều yếu tố có thể điều chỉnh được thông qua các can thiệp phù hợp như luyện tập thể lực, rà soát thuốc hoặc phẫu thuật đục thủy tinh thể.

- + Khả năng phòng ngừa ngã, nhấn mạnh rằng một tỷ lệ đáng kể các trường hợp ngã có thể được dự phòng, thông qua các biện pháp và khuyến nghị được cá thể hóa theo hoàn cảnh và nguy cơ của từng người.

- + Lợi ích của các can thiệp phòng ngừa ngã, đặc biệt là các chương trình tập luyện và duy trì hoạt động thể chất, cũng như các chiến lược duy trì động lực tham gia, chẳng hạn như tham gia các nhóm hoặc chương trình cộng đồng.

- + Hướng dẫn xử trí khi xảy ra ngã, bao gồm cách đứng dậy an toàn, nhận biết khi nào cần tìm kiếm sự trợ giúp y tế và cách thức liên hệ hỗ trợ.

- + Nguồn thông tin và hỗ trợ bổ sung, bao gồm các tổ chức, chương trình và nhóm hỗ trợ ở địa phương và cấp quốc gia.

4.2. Trong môi trường bệnh viện nội trú

Trong môi trường điều trị nội trú, nhân viên y tế cần trao đổi và hướng dẫn cụ thể nhằm giúp người bệnh giảm nguy cơ ngã và duy trì an toàn trong thời gian nằm viện, đồng thời cải thiện sức khỏe tổng thể. Nội dung thảo luận cần tập trung vào:

- Sự thay đổi của các yếu tố nguy cơ ngã trong bệnh viện, bao gồm tình trạng bệnh cấp tính, thay đổi thuốc điều trị, môi trường không quen thuộc và hạn chế vận động.

- Hướng dẫn di chuyển an toàn và duy trì hoạt động phù hợp, đồng thời nhấn mạnh khi nào và bằng cách nào người bệnh cần tìm kiếm sự hỗ trợ, chẳng hạn như gọi nhân viên y tế khi cần đi vệ sinh hoặc thay đổi tư thế.

- Cách sử dụng an toàn các thiết bị trong bệnh viện, bao gồm điều khiển giường bệnh, chuông gọi và các thiết bị hỗ trợ khác.

- Khuyến khích người bệnh, gia đình và người chăm sóc chủ động thông báo cho nhân viên y tế về các yếu tố nguy cơ ngã tiềm ẩn hoặc các khó khăn trong sinh hoạt.

- Kế hoạch hỗ trợ sau xuất viện, nhằm tiếp tục giảm nguy cơ ngã và đảm bảo an toàn khi trở về cộng đồng hoặc nơi cư trú.

Trong môi trường chăm sóc dài hạn, cần cung cấp thông tin và hướng dẫn giúp người cao tuổi tăng cường an toàn, duy trì khả năng vận động và phòng ngừa ngã trong sinh hoạt hàng ngày. Các nội dung chính bao gồm:

- Quản lý các mối lo ngại về an toàn cá nhân, bao gồm nhận biết tình huống nguy cơ và cách thức tìm kiếm sự trợ giúp kịp thời khi xảy ra ngã.

- Nhà cửa an toàn: tay vịn cầu thang, trong nhà vệ sinh, đủ ánh sáng, thảm chống trơn, chống trượt, tránh đồ vật, vật cản trên sàn, ẩm, trơn trượt (thời tiết nồm ẩm)

- Hướng dẫn di chuyển an toàn và duy trì mức độ hoạt động thể chất phù hợp, nhằm hạn chế suy giảm chức năng.

- Sử dụng đúng và an toàn các thiết bị hỗ trợ trong cơ sở chăm sóc cư trú, như điều khiển giường, chuông gọi và các cảm biến chuyển động.

- Khuyến khích người cao tuổi, gia đình, người chăm sóc và khách thăm chủ động trao đổi với nhân viên chăm sóc về các nguy cơ ngã tiềm ẩn, nhằm kịp thời điều chỉnh môi trường và biện pháp hỗ trợ.

PHỤ LỤC

Bảng 1. Đánh giá lão khoa toàn diện các yếu tố nguy cơ ngã trên người cao tuổi

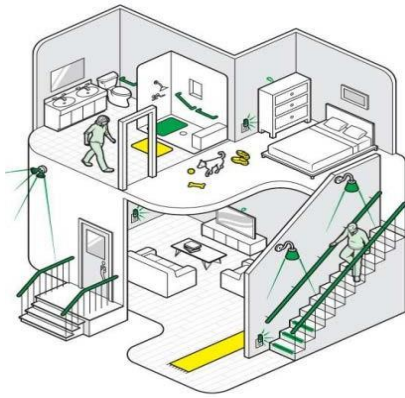
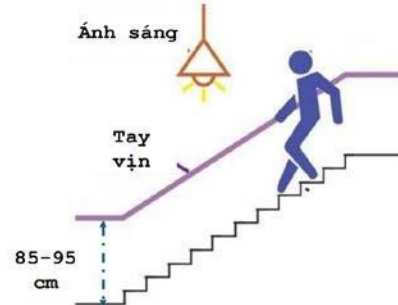
Lĩnh vực đánh giá	Yếu tố nguy cơ ngã	Phương pháp/Đo lường
Di chuyển	Thăng bằng	Sàng lọc rối loạn thăng bằng bằng các test như Tandem Stand, One-Leg Stand, Berg Balance Scale, Tinetti. Cân nhắc khám chuyên gia vật lý trị liệu khi phát hiện bất thường..
	Dáng đi	Đánh giá bằng test đi bộ 4 mét (tốc độ < 0,8 m/s), SPPB, Timed Up and Go (TUG).
Sức mạnh cơ		Đánh giá cơ lực bằng máy đo cơ lực cầm tay; test đứng lên – ngồi xuống 5 lần liên tiếp hoặc test đứng dậy từ ghế trong 30 giây.
Dụng cụ hỗ trợ đi bộ		Nếu có sử dụng, đánh giá mức độ phù hợp và cách sử dụng đúng các dụng cụ hỗ trợ đi lại.
Vấn đề về giày dép và chân		Sàng lọc giày dép không phù hợp (kể cả đi chân đất); đánh giá các vấn đề bàn chân. Cân nhắc chuyển bác sĩ chuyên khoa bàn chân khi cần.
Lo sợ ngã		Đánh giá lo sợ ngã (lo lắng về việc ngã) bằng Thang đo Efficacy Scale for Falls (FES-I) hoặc FES-I ngắn.
Chức năng cảm giác	Chóng mặt	Sàng lọc qua việc hỏi tiền sử chóng mặt và các bài kiểm tra
	Thị giác	Đánh giá chủ quan (tiền sử bệnh mắt) và khách quan (thị lực, độ sắc nét); kiểm tra việc sử dụng kính có phù hợp không. Chuyển bác sĩ nhãn khoa khi cần.

Lĩnh vực đánh giá	Yếu tố nguy cơ ngã	Phương pháp/Đo lường
	Thính giác	Đánh giá vấn đề thính giác chủ quan (hỏi tiền sử bệnh). Đánh giá khách quan các vấn đề thính giác. Nếu cần, chuyển giới thiệu đến chuyên gia thính giác hoặc bác sĩ Tai mũi họng.
Hoạt động sinh hoạt hàng ngày	Khả năng chức năng	Đánh giá các Hoạt động chức năng hàng ngày (ADL) và các Hoạt động chức năng hàng ngày có sử dụng công cụ (IADL) bằng bộ câu hỏi Katz chỉnh sửa (dành cho người sống cộng đồng) hoặc Barthel (chăm sóc cá nhân, phù hợp với người ở viện dưỡng lão).
Chức năng nhận thức	Nhận thức	Sàng lọc các rối loạn nhận thức bao gồm chức năng điều hành, ví dụ qua bài kiểm tra vẽ đồng hồ hoặc Montreal Cognitive Assessment (MoCA) hoặc Trail Making Test Phần B (TMT-B).
	Sảng	Đánh giá người bệnh có sảng qua thăm khám lâm sàng
Hành vi		Đánh giá hành vi liên quan đến nguy cơ ngã
Chức năng tự động	Hạ huyết áp khi thay đổi tư thế	Đo huyết áp đầu tiên khi nằm (sau ít nhất 5 phút nghỉ ngơi trên giường) và đo lại khi đứng. Tốt nhất là đo liên tục, hoặc đo theo khoảng thời gian 1 phút, tối thiểu 3 phút và lý tưởng là 5 phút.
	Tiểu không tự chủ	Đánh giá bằng bài kiểm tra 3IQ.
Tiền sử bệnh lý	Bệnh lý tim mạch	Đánh giá qua việc hỏi lịch sử bệnh lý tim mạch, triệu chứng bệnh tim mạch, khám tim mạch chuyên sâu, đo huyết áp khi thay đổi tư thế, điện tâm đồ. Nếu cần, đánh giá thêm (có thể bao gồm thử nghiệm bàn nghiêng, xoa xoang cảnh, theo dõi nhịp tim/ huyết áp liên tục).
	Bệnh lý nội tiết	Đánh giá tình trạng kiểm soát đường huyết, tránh hạ đường huyết, tầm soát các biến chứng mạn tính, đặc biệt là biến chứng thần kinh, biến chứng mắt, biến chứng tim mạch, biến chứng thận và biến chứng thần kinh.

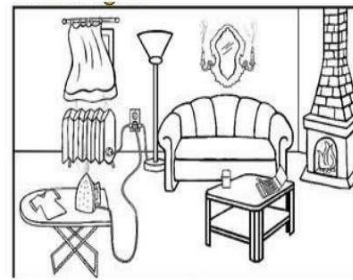
Lĩnh vực đánh giá	Yếu tố nguy cơ ngã	Phương pháp/Đo lường
	Bệnh lý kèm theo	Thực hiện đánh giá lão khoa toàn diện (hỏi lịch sử bệnh, khám thể chất, xét nghiệm) đặc biệt với bệnh đái tháo đường, viêm khớp, rối loạn thần kinh bao gồm Parkinson, bệnh lý đa dây thần kinh và đột quy, bệnh lý tim mạch, suy giảm nhận thức, rối loạn trầm cảm, sáng, thiếu máu, rối loạn điện giải, bệnh tuyến giáp, hội chứng dễ bị tổn thương, sarcopenia và nguy cơ gãy xương (loãng xương).
	Bệnh Parkinson	Đánh giá các vấn đề di chuyển (bước đi và thăng bằng, sức mạnh)
	Rối loạn trầm cảm	Sàng lọc rối loạn trầm cảm qua Thang đo Trầm cảm Lão khoa (GDS).
Tiền sử thuốc	Thuốc	Thực hiện rà soát thuốc có cấu trúc, cân nhắc giảm hoặc ngừng các thuốc (đặc biệt thuốc tâm thần, tim mạch và các thuốc khác) làm tăng nguy cơ ngã.
Tiền sử dinh dưỡng	Tình trạng dinh dưỡng	Sàng lọc thiếu dinh dưỡng, ví dụ qua thang đo dinh dưỡng tối thiểu MNA; béo phì; sarcopenia, các thiếu hụt vitamin (vitamin D, vitamin B1, B12, axit folic) và cho lạm dụng chất cũng như việc sử dụng rượu nhẹ đến vừa phải.
	Vitamin D	Đánh giá tình trạng vitamin D ở người sống cộng đồng theo khuyến cáo địa phương; chú ý nhóm nguy cơ cao (viện dưỡng lão, ít ra ngoài).
Nguy cơ môi trường	Môi trường	Sử dụng các công cụ được khuyến nghị, chẳng hạn như Thang đánh giá an toàn nhà ở Westmead (Westmead Home Safety Assessment) và Thang đo hành vi liên quan đến ngã ở người cao tuổi (Falls Behavioural Scale for Older People).

PHỤ LỤC II

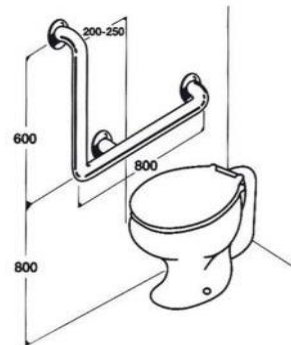
Nhà cửa an toàn (Ví dụ về thanh vịn và ánh sáng)



Lắp thanh vịn cầu thang, đủ ánh sáng



Đồ đạc phòng khách, bếp: ngăn nắp, tránh vật cản, thảm trơn trượt



Nhà vệ sinh cần lắp thanh vịn, ghế ngồi tắm, thảm chống trơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alshammari, S.A., et al., Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. J Family Community Med, 2018. **25**(1): p. 29-34.
2. Chen, T.Y., G. Cruz, C.N. Vu, and Y. Saito, Falls among older adults in the Philippines and Vietnam: Results from nationally representative samples. Innovation in Aging, 2021. p. 1042-1042
3. Janelle M et all. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA June 2024
4. Joe Verghese et all. Neurological Gait Abnormalities And Risk Of Falls In Older Adults.
J Neurol. 2010 March ; 257(3): 392–398
5. Manuel Montero-Odasso et all. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age and Ageing 2022; 51: 1–36
6. Nathalie van der Velde et all. Falls prevention in community-dwelling older adults and implementation of world falls guidelines: a call for action across Europe by the European Geriatric Medicine Society Special Interest Group on Falls and Fractures. European Geriatric Medicine (2025) 16:1249–1268.
7. Salari, N., et al., *Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis*. Journal of orthopaedic surgery and research, 2022. **17**(1): p. 1-13.
8. Anke H Snijders, et all. Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification. Lancet Neurol 2007; 6: 63–74
8. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization 2007

HỘI CHỨNG ĐAU

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Hội Nghiên Cứu Đau Quốc Tế (The International Association for the Study of Pain -IASP) định nghĩa đau là cảm giác khó chịu và sự trải nghiệm những cảm xúc có liên quan đến tổn thương mô hắc thể chất hoặc tiềm tàng, hoặc được mô tả như là tổn thương tương tự.

1.2. Dịch tễ học

Đau là một trong những triệu chứng thường gặp nhất ở người cao tuổi và là nguyên nhân quan trọng làm suy giảm chức năng, giảm chất lượng cuộc sống, gia tăng nguy cơ phụ thuộc và sử dụng dịch vụ y tế.

Các nghiên cứu cho thấy khoảng 25–50% người cao tuổi sống tại cộng đồng có đau mạn tính. Tỷ lệ này tăng lên từ 45–80% ở những người sống tại các cơ sở chăm sóc dài hạn hoặc viện dưỡng lão. Phụ nữ cao tuổi có xu hướng mắc đau mạn tính với tỷ lệ cao hơn nam giới.

Tại Việt Nam, khoảng một phần ba người cao tuổi điều trị ngoại trú có đau mạn tính mức độ trung bình đến nặng, và có liên quan với hạn chế khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày.

1.3. Phân loại đau

Đau có thể được phân loại theo thời gian diễn biến và theo cơ chế bệnh sinh. Việc phân loại đau giúp định hướng nguyên nhân và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

1.3.1. Phân loại đau theo thời gian diễn biến

Đau cấp tính là cơn đau khởi phát đột ngột, thường liên quan đến tổn thương mô cấp tính như chấn thương, phẫu thuật hoặc viêm nhiễm. Đau cấp tính thường kéo dài dưới 3 tháng và giảm dần khi nguyên nhân được điều trị hoặc tổn thương mô hồi phục.

Đau mạn tính là đau kéo dài hoặc tái diễn trên 3 tháng. Đau mạn tính có thể biểu hiện dưới dạng đau liên tục hoặc đau tái diễn từng đợt. Đau mạn tính có thể

tồn tại ngay cả khi tổn thương mô ban đầu đã hồi phục và thường ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thể chất, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đây là loại đau thường gặp nhất ở người cao tuổi.

1.3.2. Phân loại đau theo cơ chế bệnh sinh

Theo cơ chế bệnh sinh, đau được chia thành ba nhóm chính:

a) Đau cảm thụ (Nociceptive pain)

Đau cảm thụ xảy ra do kích thích các thụ thể cảm giác đau còn nguyên vẹn bởi tổn thương mô thực sự hoặc tiềm tàng. Đau cảm thụ được chia thành:

+ Đau bản thể (somatic pain): xuất phát từ da, cơ, xương, khớp hoặc mô liên kết. Đau thường khu trú rõ, được mô tả là đau nhức, đau âm ỉ hoặc đau chói. Ví dụ: thoái hóa khớp, gãy xương

+ Đau tạng (visceral pain): xuất phát từ các tạng đặc hoặc tạng rỗng do căng giãn, co thắt, viêm hoặc thiếu máu cục bộ. Người bệnh thường không thể định khu chính xác và mô tả cơn đau một cách rõ ràng Ví dụ: đau do tắc ruột, viêm đường mật hoặc Ung thư nguyên phát hoặc di căn ở gan dẫn đến căng bao gan và kích thích thụ thể cơ học trong bao gan

b) Đau thần kinh (Neuropathic pain)

Đau thần kinh là đau do tổn thương hoặc bệnh lý ảnh hưởng đến hệ thần kinh cảm giác ngoại biên hoặc trung ương. Người bệnh thường mô tả cảm giác đau bỏng rát, châm chích, như điện giật hoặc đau buốt. Ví dụ: đau thần kinh do đái tháo đường, đau thần kinh sau herpes,...

c) Đau nociplastic (Nociplastic pain)

Đau nociplastic là một cơ chế đau khác biệt với đau cảm thụ và đau thần kinh, đau phát sinh do rối loạn quá trình xử lý tín hiệu đau của hệ thần kinh trung ương, mặc dù không có bằng chứng rõ ràng về tổn thương mô hoặc tổn thương hệ thần kinh. Đau thường lan tỏa, kéo dài và không tương xứng với tổn thương thực thể. Ví dụ: đau cơ xơ hóa, Các rối loạn đau tạng chức năng như hội chứng ruột kích thích và hội chứng đau bàng quang và một số trường hợp đau thắt lưng mạn tính không đặc hiệu.

Trong thực hành lâm sàng, nhiều người bệnh có thể đồng thời có nhiều cơ chế đau khác nhau (đau hỗn hợp).

1.4. Nguyên nhân đau thường gặp ở người cao tuổi

Những nguyên nhân thường gặp gây đau ở người cao tuổi bao gồm:

- Các bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là thoái hóa khớp, thoái hóa cột sống gây đau vùng cổ và thắt lưng, gãy xương do loãng xương và đau khớp mạn tính.
- Bệnh động mạch ngoại vi.
- Đau thần kinh sau herpes.
- Đau thần kinh do đái tháo đường.
- Đau sau đột quỵ.
- Đau liên quan đến ung thư.

2. ĐẶC ĐIỂM ĐAU VÀ NHỮNG YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

2.1. Đặc điểm đau ở người cao tuổi

Đau ở người cao tuổi có một số đặc điểm khác biệt so với người trẻ:

- Đau thường không được báo cáo đầy đủ do người bệnh cho rằng đau là một phần bình thường của quá trình lão hóa, lo ngại tác dụng không mong muốn của thuốc hoặc không muốn làm phiền người chăm sóc và nhân viên y tế.
- Biểu hiện đau có thể không điển hình. Thay vì than phiền trực tiếp về đau, người bệnh có thể biểu hiện bằng suy giảm chức năng, giảm vận động, rối loạn giấc ngủ, chán ăn, thay đổi hành vi, kích động hoặc lú lẫn.
- Đau ở người cao tuổi thường có tính chất đa nguyên nhân, nhiều vị trí đau và thường tồn tại dưới dạng đau mạn tính.
- Đau kéo dài có thể dẫn đến suy giảm chức năng thể chất, suy giảm nhận thức, trầm cảm, tăng nguy cơ ngã và làm giảm chất lượng cuộc sống.

2.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến quản lý đau ở người cao tuổi

Việc đánh giá và điều trị đau ở người cao tuổi chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố liên quan đến quá trình lão hóa và tình trạng sức khỏe của người bệnh.

2.2.1. Suy giảm nhận thức và giao tiếp

Suy giảm nhận thức, suy giảm thị lực, thính lực hoặc các rối loạn giao tiếp có thể làm hạn chế khả năng nhận biết và diễn đạt cơn đau, gây khó khăn cho việc đánh giá đau. Trong những trường hợp này, cần kết hợp khai thác thông tin từ người chăm sóc, quan sát hành vi và sử dụng các công cụ đánh giá đau phù hợp.

2.2.2. Đa bệnh lý và đa thuốc

Người cao tuổi thường mắc đồng thời nhiều bệnh lý mạn tính và sử dụng nhiều loại thuốc. Điều này làm tăng nguy cơ đau do nhiều nguyên nhân khác nhau, đồng thời làm gia tăng nguy cơ tương tác thuốc, tác dụng không mong muốn và các biến cố bất lợi liên quan đến thuốc giảm đau.

2.2.3. Các yếu tố tâm lý và xã hội

Các yếu tố như trầm cảm, lo âu, cô đơn, suy giảm chức năng hoặc thiếu hỗ trợ xã hội có thể làm tăng cảm nhận đau và làm giảm hiệu quả điều trị. Ngược lại, sự hỗ trợ của gia đình và người chăm sóc có vai trò quan trọng trong quản lý đau ở người cao tuổi.

2.2.4. Những thay đổi sinh lý, dược động học và dược lực học liên quan đến tuổi

Quá trình lão hóa làm thay đổi hấp thu, phân bố, chuyển hóa và thải trừ thuốc, đồng thời làm thay đổi đáp ứng của cơ thể với thuốc. Những thay đổi này có thể làm tăng nguy cơ tích lũy thuốc, kéo dài thời gian tác dụng và gia tăng tác dụng không mong muốn của thuốc giảm đau. Do đó, khi sử dụng thuốc giảm đau ở người cao tuổi cần áp dụng nguyên tắc "khởi đầu với liều thấp và tăng liều từ từ"

Bảng 1. Những thay đổi sinh lý liên quan đến tuổi và ảnh hưởng đến điều trị đau ở người cao tuổi

Thay đổi sinh lý liên quan đến tuổi	Ảnh hưởng lâm sàng đối với điều trị đau
Giảm lưu lượng máu đến gan, giảm khối lượng và chức năng gan	Giảm chuyển hóa thuốc, kéo dài thời gian bán thải của một số thuốc

Thay đổi sinh lý liên quan đến tuổi	Ảnh hưởng lâm sàng đối với điều trị đau
Giảm lưu lượng máu đến thận, giảm mức lọc cầu thận và bài tiết ở ống thận	Giảm thải trừ thuốc và chất chuyển hóa, tăng nguy cơ tích lũy thuốc và độc tính
Giảm lượng nước toàn cơ thể, giảm khối cơ	Giảm thể tích phân bố của các thuốc tan trong nước, làm tăng nồng độ thuốc trong huyết tương
Tăng tỷ lệ mỡ cơ thể	Tăng thể tích phân bố và kéo dài thời gian tác dụng của các thuốc tan trong lipid
Giảm nồng độ albumin huyết thanh	Tăng tỷ lệ thuốc tự do, làm tăng nguy cơ tác dụng không mong muốn và độc tính
Tăng nhạy cảm với các thuốc tác động lên hệ thần kinh trung ương	Tăng nguy cơ an thần, sáng, suy giảm nhận thức, té ngã và suy hô hấp

3. ĐÁNH GIÁ ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Đánh giá đau cần được thực hiện thường quy ở tất cả người cao tuổi trong mọi cơ sở chăm sóc sức khỏe. Đau ở người cao tuổi thường có biểu hiện phức tạp và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như đa bệnh lý, suy giảm chức năng, suy giảm nhận thức, tình trạng tâm lý, các yếu tố xã hội và văn hóa. Do đó, bên cạnh khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cần thiết, cần thực hiện đánh giá đau toàn diện theo cách tiếp cận lão khoa.

Tự báo cáo của người bệnh là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá đau. Tuy nhiên, ở người bệnh suy giảm nhận thức hoặc hạn chế giao tiếp, việc đánh giá cần kết hợp quan sát hành vi, thông tin từ người chăm sóc và sử dụng các công cụ đánh giá đau phù hợp.

3.1. Nguyên tắc đánh giá đau

Tự báo cáo của người bệnh là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá đau. Tuy nhiên, ở người bệnh suy giảm nhận thức hoặc hạn chế giao tiếp, việc đánh giá cần kết hợp

quan sát hành vi, thông tin từ người chăm sóc và sử dụng các công cụ đánh giá đau phù hợp.

Không nên chỉ dựa vào một thang điểm đau đơn thuần mà cần kết hợp khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cần thiết.

Đánh giá đau cần được thực hiện toàn diện, bao gồm xác định đặc điểm và cơ chế đau, mức độ đau, nguyên nhân gây đau, ảnh hưởng của đau đến chức năng và chất lượng cuộc sống, các bệnh đồng mắc, thuốc đang sử dụng, các yếu tố tâm lý - xã hội, mục tiêu điều trị cũng như nguồn lực hỗ trợ của gia đình và cộng đồng.

Việc đánh giá đau ở người cao tuổi thường cần sự phối hợp đa chuyên ngành.

3.2. Đánh giá đau toàn diện

3.2.1. Đặc điểm đau

- Cần khai thác đầy đủ các đặc điểm của đau nhằm định hướng nguyên nhân và cơ chế đau, bao gồm:

- Vị trí đau và số lượng vị trí đau.
- Mức độ đau.
- Tính chất đau (đau âm ỉ, đau nhói, đau bỏng rát, như điện giật...).
- Thời điểm khởi phát, thời gian kéo dài và tần suất xuất hiện đau.
- Hướng lan của đau.
- Các yếu tố làm tăng hoặc giảm đau.
- Các biện pháp giảm đau đã sử dụng trước đó và đáp ứng điều trị.
- Đối với người bệnh suy giảm nhận thức hoặc hạn chế giao tiếp, cần chú ý

quan sát các biểu hiện hành vi gợi ý đau như:

- Thay đổi nét mặt (nhăn mặt, cau mày).
- Biểu hiện bằng lời nói hoặc âm thanh (rên rỉ, kêu la).
- Thay đổi ngôn ngữ cơ thể (co cứng, bồn chồn, bảo vệ vùng đau).
- Thay đổi hoạt động hoặc thói quen sinh hoạt.
- Thay đổi trạng thái tâm thần (kích thích, lú lẫn, cáu gắt).
- Thay đổi trong tương tác xã hội hoặc hành vi.

3.2.2. Đánh giá tác động của đau

Cần đánh giá ảnh hưởng của đau đối với:

- Khả năng thực hiện các hoạt động sống hàng ngày (ADL) và hoạt động sống có sử dụng công cụ (IADL).

- Khả năng vận động và nguy cơ ngã.
- Giấc ngủ.
- Tình trạng dinh dưỡng và cảm giác ngon miệng.
- Chức năng xã hội và khả năng duy trì tính độc lập.
- Chất lượng cuộc sống.

3.2.3. Đánh giá bệnh đồng mắc và thuốc đang sử dụng

Cần đánh giá các bệnh lý đồng mắc có thể gây đau hoặc ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp điều trị đau. Đồng thời cần rà soát toàn bộ các thuốc đang sử dụng nhằm phát hiện:

- Tương tác thuốc.
- Thuốc có khả năng gây đau hoặc làm nặng thêm triệu chứng đau.
- Nguy cơ tác dụng không mong muốn liên quan đến thuốc giảm đau.
- Việc đánh giá định kỳ ảnh hưởng qua lại giữa đau và các bệnh đồng mắc là cần thiết để tối ưu hóa điều trị.

3.2.4. Đánh giá mục tiêu điều trị, thái độ và kỳ vọng của người bệnh

Cần trao đổi với người bệnh và gia đình để xác định mục tiêu điều trị và kỳ vọng đối với kiểm soát đau. Ở người cao tuổi, mục tiêu điều trị không chỉ là giảm cường độ đau mà còn hướng tới:

- Duy trì hoặc cải thiện chức năng.
- Bảo tồn khả năng độc lập.
- Cải thiện chất lượng cuộc sống.
- Giảm gánh nặng cho người chăm sóc.

Cần đánh giá thái độ, niềm tin và nhận thức của người bệnh đối với đau và điều trị đau. Nhiều người cao tuổi cho rằng đau là một phần bình thường của quá trình lão hóa, lo ngại tác dụng không mong muốn của thuốc hoặc sợ lệ thuộc thuốc giảm đau. Những quan niệm này có thể ảnh hưởng đến việc báo cáo đau, sự tuân thủ điều trị và hiệu quả kiểm soát đau.

Các thông tin thu thập được cần được trao đổi với gia đình và người chăm sóc nhằm thống nhất mục tiêu điều trị và tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

3.2.5. Đánh giá hỗ trợ gia đình và xã hội

Quản lý đau ở người cao tuổi cần được tiếp cận theo mô hình toàn diện và lấy người bệnh làm trung tâm. Vì vậy, cần đánh giá các nguồn lực hỗ trợ sẵn có của người bệnh, bao gồm:

- Sự hỗ trợ từ gia đình và người chăm sóc.
- Khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và phục hồi chức năng.
- Điều kiện kinh tế và môi trường sống.
- Các nguồn lực hỗ trợ từ cộng đồng, tổ chức xã hội hoặc tôn giáo khi phù hợp.

Việc xác định đầy đủ các nguồn lực hỗ trợ giúp xây dựng kế hoạch điều trị và chăm sóc phù hợp, tăng cường tuân thủ điều trị và cải thiện kết quả điều trị.

3.3. Các công cụ đánh giá đau

Có nhiều công cụ đánh giá đau khác nhau dành cho người cao tuổi. Việc lựa chọn công cụ đánh giá cần dựa trên khả năng nhận thức, giao tiếp và tình trạng chức năng của người bệnh.

Tự báo cáo của người bệnh là phương pháp chính xác và đáng tin cậy nhất để đánh giá đau ở mọi lứa tuổi, kể cả ở người bệnh suy giảm nhận thức mức độ nhẹ đến trung bình. Tuy nhiên, ở người bệnh sa sút trí tuệ giai đoạn tiến triển hoặc không có khả năng giao tiếp, cần sử dụng các công cụ đánh giá dựa trên quan sát hành vi.

Các thang điểm đau không thay thế cho việc khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng đầy đủ. Điểm đau chủ yếu được sử dụng để theo dõi diễn tiến đau và đáp ứng điều trị trên cùng một người bệnh theo thời gian, không dùng để so sánh mức độ đau giữa các người bệnh khác nhau.

3.3.1. Người bệnh có khả năng tự báo cáo

a) Thang điểm số (Numeric Rating Scale - NRS)

Người bệnh được yêu cầu đánh giá mức độ đau từ 0 đến 10, trong đó: 0: không đau và 10: đau dữ dội nhất có thể tưởng tượng được. Mức độ đau thường được phân loại như sau:

0 điểm: không đau; 1–3 điểm: đau nhẹ; 4–6 điểm: đau mức độ trung bình; 7–10 điểm: đau nặng.

NRS là công cụ được sử dụng phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng nhờ tính đơn giản, dễ áp dụng và có độ tin cậy cao.

b) Thang mô tả bằng lời (Verbal Descriptor Scale - VDS)

VDS bao gồm một chuỗi các cụm từ mô tả mức độ đau từ không đau, đau nhẹ, đau vừa, đau nặng, đau rất nặng.

Đây là thang điểm có độ tin cậy và giá trị tốt ở người cao tuổi, đặc biệt phù hợp với người bệnh có khả năng giao tiếp bằng lời nói tốt.

c) Thang nhìn tương ứng mức độ đau (Visual Analogue Scale - VAS)

- VAS bao gồm một đường thẳng dài 10 cm, với:

+ Một đầu biểu thị "không đau".

+ Đầu còn lại biểu thị "đau dữ dội nhất có thể tưởng tượng được".

Người bệnh đánh dấu vào vị trí tương ứng với mức độ đau hiện tại. VAS có độ nhạy cao nhưng đòi hỏi khả năng tư duy trừu tượng, thị lực tốt. Do đó, VAS có thể không phù hợp ở người cao tuổi có trình độ học vấn thấp hoặc suy giảm nhận thức.

d) Thang khuôn mặt (Faces Pain Scale - FPS hoặc Wong-Baker Faces Pain Scale)

- Thang điểm bao gồm một chuỗi hình ảnh khuôn mặt thể hiện các mức độ đau tăng dần. Người bệnh lựa chọn khuôn mặt phù hợp nhất với mức độ đau hiện tại.

- FPS là một công cụ đáng tin cậy và phù hợp để đánh giá đau ở người cao tuổi có trình độ học vấn thấp, hạn chế đọc viết hoặc suy giảm nhận thức mức độ nhẹ đến trung bình.

e) Bộ câu hỏi đau McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ)

MPQ là công cụ đánh giá đau đa chiều, bao gồm:

- Vị trí đau.
- Cường độ đau.
- Đặc điểm cảm giác.
- Đặc điểm cảm xúc của đau.
- Diễn tiến theo thời gian của đau.

MPQ có giá trị trong đánh giá đau mạn tính và theo dõi đáp ứng điều trị nhưng không khuyến cáo sử dụng ở người bệnh không biết chữ hoặc suy giảm nhận thức.

3.3.2. Người bệnh suy giảm nhận thức hoặc hạn chế giao tiếp

Ở người bệnh không thể tự báo cáo đau, việc đánh giá đau cần dựa trên quan sát hành vi và thông tin từ người chăm sóc. Các biểu hiện hành vi gợi ý đau bao gồm 6 nhóm theo khuyến cáo của Hiệp hội Lão khoa Hoa Kỳ:

- Biểu hiện nét mặt.
- Lời nói hoặc âm thanh bất thường.
- Ngôn ngữ cơ thể.
- Thay đổi hoạt động hoặc thói quen sinh hoạt.
- Thay đổi trạng thái tâm thần.
- Thay đổi tương tác xã hội.

Thang đo **PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)** là công cụ quan trọng để đánh giá cơn đau ở bệnh nhân sa sút trí tuệ nặng, không có khả năng diễn đạt bằng lời nói, thông qua quan sát 5 hành vi: hơi thở, biểu hiện khuôn mặt, ngôn ngữ cơ thể, lời nói tiêu cực, và khả năng an ủi; thang điểm 0-10 giúp xác định mức độ đau để can thiệp kịp thời. Trước khi đánh giá nên quan sát người bệnh trong khoảng 2–5 phút. PAINAD phù hợp sử dụng tại bệnh viện, cơ sở chăm sóc dài hạn và cộng đồng.

Bảng 2. Lựa chọn công cụ đánh giá đau ở người cao tuổi

Đối tượng	Công cụ ưu tiên
Nhận thức bình thường	NRS, VDS
Suy giảm nhận thức nhẹ	NRS, VDS, FPS

Đối tượng	Công cụ ưu tiên
Suy giảm nhận thức trung bình	FPS, PAINAD
Sa sút trí tuệ nặng/không giao tiếp được	PAINAD

Việc đánh giá đau cần được thực hiện định kỳ, đặc biệt trước và sau các can thiệp giảm đau nhằm theo dõi đáp ứng điều trị và điều chỉnh kế hoạch điều trị khi cần thiết.

4. ĐIỀU TRỊ ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Điều trị đau ở người cao tuổi cần áp dụng cách tiếp cận đa mô thức, kết hợp các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc nhằm tối ưu hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng và hạn chế các biến cố bất lợi liên quan đến điều trị.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị cần được cá thể hóa dựa trên nguyên nhân và cơ chế đau, mức độ đau, bệnh đồng mắc, tình trạng chức năng, chức năng nhận thức, các thuốc đang sử dụng, cũng như mục tiêu điều trị của người bệnh.

Thang giảm đau ba bậc của Tổ chức Y tế Thế có thể được sử dụng như một định hướng chung trong lựa chọn thuốc giảm đau. Tuy nhiên, do những thay đổi sinh lý liên quan đến tuổi, tình trạng đa bệnh lý và đa thuốc, việc sử dụng thuốc giảm đau ở người cao tuổi cần được điều chỉnh phù hợp cho từng cá thể.

4.1. Điều trị bằng thuốc

4.1.1. Nguyên tắc sử dụng thuốc giảm đau ở người cao tuổi

Việc sử dụng thuốc giảm đau ở người cao tuổi cần tuân thủ các nguyên tắc sau:

- Lựa chọn thuốc dựa trên nguyên nhân, cơ chế và mức độ đau.
- Khởi đầu điều trị với liều thấp nhất có hiệu quả và tăng liều từ từ
- Chỉ nên khởi đầu một thuốc mới tại một thời điểm nhằm thuận lợi cho việc đánh giá hiệu quả điều trị và phát hiện tác dụng không mong muốn.
- Cần có khoảng thời gian đủ dài giữa các lần điều chỉnh liều để đánh giá đầy đủ đáp ứng điều trị.

- Đối với đau liên tục, thuốc giảm đau nên được sử dụng theo giờ cố định thay vì chỉ sử dụng khi đau xuất hiện. Các chế phẩm giải phóng kéo dài có thể được cân nhắc ở người bệnh phù hợp.

- Đối với đau dữ dội từng cơn, ưu tiên lựa chọn các thuốc có thời gian khởi phát tác dụng nhanh và thời gian tác dụng ngắn.

- Phối hợp các thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau có thể làm tăng hiệu quả giảm đau và giảm nhu cầu sử dụng liều cao của từng thuốc riêng lẻ.

- Các biện pháp điều trị không dùng thuốc cần được phối hợp trong suốt quá trình điều trị.

- Cần đánh giá định kỳ hiệu quả điều trị, tình trạng chức năng, chất lượng cuộc sống và các tác dụng không mong muốn để điều chỉnh phác đồ điều trị khi cần thiết.

- Khi lựa chọn thuốc giảm đau cần cân nhắc đầy đủ bệnh đồng mắc, chống chỉ định, tương tác thuốc - thuốc và tương tác thuốc - bệnh.

4.1.2. Thuốc giảm đau không opioid

Paracetamol

Paracetamol là thuốc giảm đau đầu tay trong điều trị đau cấp và đau mạn tính mức độ nhẹ đến trung bình ở người cao tuổi. Khi sử dụng đúng liều khuyến cáo, thuốc có tính an toàn cao và ít gây tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa, tim mạch, thận hoặc hệ thần kinh trung ương.

Liều thông thường là 500–1000 mg mỗi 6 giờ, không quá 4 g/ngày. Ở người bệnh nhẹ cân (<50 kg), suy dinh dưỡng hoặc có bệnh gan, cần cân nhắc giảm liều tối đa xuống 2 g/ngày.

Cần sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả nhằm hạn chế nguy cơ độc tính trên gan.

Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) và thuốc ức chế chọn lọc cyclooxygenase-2 (COX-2)

NSAIDs hoặc thuốc ức chế chọn lọc COX-2 có thể được cân nhắc khi paracetamol hoặc các biện pháp điều trị an toàn hơn không đạt hiệu quả kiểm soát đau mong muốn, đặc biệt trong các tình trạng đau do viêm.

Do nguy cơ cao xuất hiện các biến cố bất lợi, NSAIDs cần được sử dụng thận trọng ở người cao tuổi theo nguyên tắc:

- Sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả.
- Sử dụng trong thời gian ngắn nhất có thể.
- Đánh giá lại điều trị thường xuyên.
- Ưu tiên NSAIDs dùng tại chỗ trong đau khu trú.
- Người bệnh sử dụng NSAIDs cần được theo dõi chặt chẽ các biến cố bất lợi trên đường tiêu hóa, thận và tim mạch.

- Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa tăng theo tuổi, liều dùng và thời gian điều trị, đặc biệt khi phối hợp với thuốc chống kết tập tiểu cầu hoặc corticosteroid. Thuốc ức chế bơm proton nên được cân nhắc ở người bệnh có nguy cơ cao biến chứng tiêu hóa.

NSAIDs có thể làm nặng thêm bệnh thận mạn, đặc biệt ở những người bệnh đang sử dụng thuốc lợi tiểu hoặc thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI)/ức chế thụ thể angiotensin (ARB).

Các biến cố tim mạch liên quan đến NSAIDs bao gồm giữ nước, gây tăng huyết áp, làm nặng thêm suy tim sung huyết, nhồi máu cơ tim và đột quỵ.

Sử dụng thuốc NSAID một cách thận trọng trong các trường hợp sau:

- Có tiền sử xuất huyết tiêu hóa hoặc loét dạ dày – tá tràng.
- Có triệu chứng đau vùng thượng vị chưa rõ nguyên nhân.
- Bệnh gan nặng kèm rối loạn đông máu (biểu hiện bằng tăng INR).
- Suy thận
- Có nguy cơ chảy máu do bất kỳ nguyên nhân nào, bao gồm giảm tiểu cầu, tăng INR, hoặc đang sử dụng thuốc chống đông.
- Người bệnh đang có tình trạng chảy máu.
- Người bệnh có nguy cơ huyết khối.
- Khi cần sử dụng NSAID kéo dài, nên cân nhắc phối hợp thuốc ức chế bơm proton để giảm nguy cơ biến chứng tiêu hóa.
- Nếu người bệnh đang điều trị bằng NSAID xuất hiện đau vùng thượng vị, cần ngừng thuốc NSAID ngay và đánh giá lại tình trạng lâm sàng.

- Các dấu hiệu xuất huyết tiêu hóa, bao gồm nôn ra máu, đi ngoài phân đen hoặc phân lẫn máu, được xem là cấp cứu y khoa và người bệnh cần được đánh giá, xử trí ngay tại cơ sở y tế.

4.1.3. Thuốc giảm đau Opioid

Opioid có thể được chỉ định ở người bệnh đau mức độ trung bình đến nặng, đặc biệt khi đau gây suy giảm chức năng đáng kể hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống.

Trước khi khởi trị opioid cần đánh giá toàn diện nguyên nhân đau, tối ưu hóa các biện pháp điều trị khác và xác định rõ mục tiêu điều trị.

Việc sử dụng opioid ở người cao tuổi cần tuân thủ nguyên tắc:

- Khởi đầu với liều thấp, thường bằng 25–50% liều sử dụng ở người trưởng thành trẻ tuổi.

- Tăng liều từ từ dựa trên đáp ứng điều trị và khả năng dung nạp.

- Đánh giá lại thường xuyên hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn.

- Dự phòng táo bón ngay từ khi bắt đầu điều trị.

Các tác dụng không mong muốn thường gặp bao gồm táo bón, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, sáng, ngã và suy hô hấp.

a. Opioid yếu

Codein

Codein có thể được sử dụng trong điều trị đau mức độ trung bình. Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc này ở người cao tuổi thường bị hạn chế do hiệu quả giảm đau không ổn định và tỷ lệ tác dụng không mong muốn cao.

Tramadol

Tramadol là thuốc giảm đau tác động trung ương với cơ chế chủ vận yếu trên thụ thể μ -opioid và ức chế tái thu hồi serotonin và noradrenalin.

Tramadol cần được sử dụng thận trọng ở người bệnh đang sử dụng các thuốc làm tăng dẫn truyền serotonin do nguy cơ hội chứng serotonin. Thuốc chống chỉ định ở người bệnh có tiền sử động kinh hoặc có nguy cơ co giật cao.

Liều khởi đầu khuyến cáo ở người cao tuổi là 25 mg, uống 1–2 lần/ngày; tăng liều từ từ tùy theo đáp ứng lâm sàng và khả năng dung nạp.

b. Opioid mạnh

Morphin

Morphin là opioid được sử dụng rộng rãi trong điều trị đau mức độ nặng do ung thư và đau không do ung thư.

Do các chất chuyển hóa của morphin được đào thải chủ yếu qua thận, cần giảm liều hoặc lựa chọn opioid khác ở người bệnh suy thận.

Liều khởi đầu thường là 2,5–5 mg đường uống mỗi 4–6 giờ, sau đó điều chỉnh liều dựa trên đáp ứng lâm sàng.

Oxycodon

Oxycodon có hiệu quả tương đương morphin trong điều trị đau mức độ trung bình đến nặng và có thể được sử dụng thay thế morphin ở một số người bệnh không dung nạp morphin.

Fentanyl

Fentanyl là lựa chọn thích hợp ở người bệnh đau mạn tính ổn định đã dung nạp opioid trước đó. Miếng dán fentanyl thường được thay mỗi 72 giờ.

Buprenorphin

Miếng dán Buprenorphin có hiệu quả trong điều trị đau mạn tính mức độ trung bình đến nặng. Dược động học của thuốc ít bị ảnh hưởng bởi suy thận, do đó có thể là lựa chọn phù hợp ở người bệnh suy giảm chức năng thận. Miếng dán buprenorphin thường được thay mỗi 7 ngày.

Bảng 3. Liều khởi đầu khuyến cáo của một số thuốc giảm đau Opioid thường dùng ở người cao tuổi

Thuốc	Liều khởi đầu khuyến cáo	Lưu ý
-------	-----------------------------	-------

Codein (viên nén 30mg kết hợp với paracetamol) Đường uống	Người lớn: 30-60mg Mỗi 4-6 giờ	KHÔNG KHUYẾN CÁO - Là tiền chất nên cần được chuyển hóa ở gan thành morphin, một số người bệnh thiếu enzyme cần thiết tham gia vào quá trình chuyển hóa này. -Nhiều tác dụng không mong muốn hơn các opioid khác, đặc biệt là buồn nôn. -Liều tối đa (360mg một ngày). Tránh dùng tổng liều paracetamol lớn hơn 4.000mg một ngày.
Morphin sulfat Dạng phóng thích nhanh Đường uống	2,5–5 mg uống mỗi 4–6 giờ	Thường được sử dụng để kiểm soát đau từng cơn hoặc đau khẩn cấp. Cần điều chỉnh liều ở người bệnh suy thận.
Morphin chlorhydrat Tiêm / truyền tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da	Người lớn: 1-2,5 mg mỗi 4–6 giờ	- Có thể lặp lại liều vừa dùng hoặc tăng liều lên 1,5 đến 2 lần nếu cơn đau không thuyên giảm sau 15 phút. Cân nhắc dùng thuốc nhuận tràng khi dùng kéo dài.
Oxycodon	2,5–5 mg uống mỗi 4–6 giờ	Hữu ích trong điều trị đau cấp tái diễn, đau từng cơn hoặc đau khẩn cấp.
Tramadol	25 mg mỗi 12 giờ; tăng liều mỗi 2–3 ngày tùy đáp ứng. Liều mục tiêu thường khoảng 100 mg/ngày	Cần theo dõi các tác dụng không mong muốn như sáng, buồn ngủ, táo bón và buồn nôn. Thuốc có thể làm giảm ngưỡng co giật và làm tăng nguy cơ hội chứng serotonin khi dùng đồng thời với các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs).

Fentanyl qua da	Miếng dán 12–25 microgam/giờ, thay mỗi 72 giờ	Chỉ sử dụng sau khi đã xác định được nhu cầu opioid bằng opioid tác dụng ngắn hoặc khi chuyển đổi từ một opioid tác dụng kéo dài khác. Không sử dụng để khởi trị opioid. Tác dụng tối đa của miếng dán đầu tiên thường đạt sau 18–24 giờ. Thời gian tác dụng thường kéo dài khoảng 72 giờ nhưng có thể dao động từ 48–96 giờ. Có thể cần thay đổi 2–3 miếng dán trước khi đạt nồng độ thuốc ổn định trong huyết tương.
------------------------	---	--

Bảng 4. Liều giảm đau tương đương giữa các opioid

Thuốc opioid	Đường uống/ Đặt trực tràng	Tiêm tĩnh mạch/ tiêm dưới da
Morphin	30mg	10mg
Oxycodon	20mg	-
Tramadol	120 – 300mg	100mg
Fentanyl	-	0,1mg (100mcg)
Codein	200mg	120mg
Pethidin	300mg	75mg

c. Tác dụng không mong muốn của opioid/cách hạn chế

Khi tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc kê đơn và theo dõi điều trị, nguy cơ xuất hiện các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng liên quan đến opioid có thể được giảm thiểu. Opioid cần được khởi đầu với liều thấp nhất có hiệu quả và điều chỉnh liều dần dần nhằm đạt được mức giảm đau chấp nhận được, đồng thời hạn chế tối đa các tác dụng không mong muốn.

Các tác dụng không mong muốn thường gặp của opioid bao gồm táo bón, buồn nôn, nôn, buồn ngủ, chóng mặt, sáng, suy giảm nhận thức, té ngã và suy hô hấp.

Buồn ngủ khi bắt đầu dùng opioid hoặc khi tăng liều không phải lúc nào cũng do tác dụng an thần của opioid. Nhiều người bệnh bị đau dai dẳng hoặc thường xuyên bị thiếu ngủ và họ sẽ ngủ khi cơn đau được kiểm soát thích hợp. Giấc ngủ sinh lý có thể phân biệt với tác động an thần bằng cách đánh thức người bệnh để kiểm tra. Với giấc ngủ sinh lý người bệnh sẽ thức dậy dễ dàng.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn của opioid

Tác dụng không mong muốn	Tần suất	Cách hạn chế/ điều trị	Ghi chú
Táo bón	Rất phổ biến	<p>Người lớn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thuốc nhuận tràng kích thích: Bisacodyl 5-10mg uống 1 – 2 lần/ngày. Tối đa 30mg/ngày. - Thuốc nhuận tràng thẩm thấu hiệu quả kém hơn nhuận tràng kích thích, kèm một số tác dụng không mong muốn: polyethylene glycol uống 1 – 2 lần một ngày. - Có thể dùng kết hợp 2 thuốc khi cần thiết. 	Triệu chứng xuất hiện kéo dài khi sử dụng opioid.
Khô miệng	Phổ biến	Giữ miệng ẩm bằng cách uống nhấp nước thường xuyên hoặc ngâm miếng bọt biển / que gòn ướt.	Triệu chứng xuất hiện kéo dài khi sử dụng opioid.

Buồn nôn	Phổ biến	<p>Thường nhẹ.</p> <p>Metoclopramide 10-15mg uống/ tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ</p> <p>- Nếu nghiêm trọng, chỉ định haloperidol 0,5 – 1mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 4 giờ khi cần.</p>	<p>Thường tự hết trong vài ngày.</p> <p>Chú ý tác dụng ngoại ý haloperidol và metoclopramid nếu dùng kéo dài là rối loạn vận động chậm, rung giật cơ đặc biệt đối với người cao tuổi</p>
Đổ mồ hôi	Phổ biến	Trấn an người bệnh.	
An thần	Phổ biến	Trấn an người bệnh.	Thường tự hết trong vài ngày.
Sảng	Không phổ biến		Phổ biến nhất ở các người bệnh sa sút trí tuệ hoặc mắc các bệnh lý về não khác.
Con giật cơ	Không phổ biến	<p>Không cần điều trị nếu không gây khó chịu cho người bệnh.</p> <p>- Chuyển đổi sang một loại opioid khác nếu có thể.</p> <p>- Nếu cần, chỉ định diazepam 2-5mg uống hoặc tiêm mạch chậm mỗi 8 giờ khi cần.</p>	Diazepam làm tăng nguy cơ sảng hoặc an thần.
Ngứa	Không phổ biến	Thay một opioid khác nếu có thể.	Thường kéo dài khi người bệnh tiếp tục dùng opioid.

Bí tiêu	Không phổ biến	<p>Tránh sử dụng đồng thời với thuốc kháng cholinergic.</p> <p>- Điều trị đặc hiệu bệnh lý tiền liệt tuyến nếu đi kèm phì đại tuyến tiền liệt lành tính.</p> <p>Xem xét đặt catheter bàng quang.</p>	<p>Thường gặp ở nam giới có tuyến tiền liệt lớn hoặc bệnh lý thần kinh (đột quỵ, bàng quang thần kinh).</p>
Ức chế hô hấp	Rất hiếm xảy ra nếu tuân thủ hướng dẫn dùng thuốc	<p>- Theo dõi nhịp thở, độ bão hòa oxy và cung cấp oxy khi cần. Không cần điều trị nếu độ bão hòa oxy máu bình thường.</p> <p>- Khi cần thiết, pha loãng 0,4mg naloxon vào 9ml nước muối và tiêm tĩnh mạch 2-3ml (0,08 - 0,12mg) mỗi 2 phút cho đến khi nhịp thở trở về bình thường. Cơn đau dữ dội có thể xuất hiện. Theo dõi tri giác, nhịp thở tùy theo thời gian tác dụng của thuốc opioid sử dụng trước đó.</p> <p>- Trong trường hợp quá liều opioid dạng phóng thích kéo dài, xem xét sử dụng naloxon truyền tĩnh mạch liên tục 0,2 – 0,6mg/giờ, điều chỉnh liều cho đến khi nhịp thở bình thường.</p>	<p>Tác dụng an thần luôn xuất hiện trước biểu hiện ức chế hô hấp.</p> <p>Tác dụng naloxon chỉ kéo dài 1 giờ, vì vậy phải sử dụng lặp lại khi cần thiết.</p>

d. Ngưng sử dụng opioid:

- Nên ngưng sử dụng opioid khi:
- Con đau của người bệnh đã cải thiện.
- Liệu pháp giảm đau thay thế có hiệu quả.
- Người bệnh liên tục vi phạm cam kết sử dụng opioid

Khi ngưng sử dụng opioid sau 2 tuần sử dụng hoặc dài hơn, phải chú ý tránh gây ra hội chứng cai. Dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai opioid bao gồm sốt, ớn lạnh, đổ mồ hôi, buồn nôn, nôn, đau quặn bụng, tiêu chảy, đau thất cơ, mất ngủ, chảy nước mũi và tăng huyết áp.

Để tránh hội chứng cai, nên giảm liều opioid từ từ. Giảm không quá 33% mỗi 2-3 ngày. Nếu xuất hiện hội chứng cai, tăng liều trở lại 33% sau đó giảm liều chậm hơn.

Thuốc đối kháng opioid như naloxon có thể gây triệu chứng cai ngay lập tức ở những người bệnh sử dụng opioid dài ngày và có thể làm cơn đau nghiêm trọng đột ngột quay trở lại. Khi sử dụng naloxon để điều trị tác dụng không mong muốn của opioid là ức chế hô hấp nghiêm trọng, nên dùng naloxon (0,4mg/ml) ở liều rất thấp để đảo ngược tác dụng không mong muốn là ức chế hô hấp; mà không làm giảm tác dụng giảm đau và gây nên hội chứng cai. Liều thông thường là 0,04mg đến 0,12mg mỗi 2 phút cho đến khi đạt được hiệu quả mong muốn.

4.1.4. Thuốc hỗ trợ điều trị đau

Thuốc hỗ trợ giảm đau là các thuốc có tác dụng giảm đau độc lập hoặc tăng cường hiệu quả của các thuốc giảm đau khác trong một số hội chứng đau đặc hiệu. Thuốc hỗ trợ đặc biệt có vai trò trong điều trị đau thần kinh, đau do ung thư và một số hội chứng đau mạn tính.

a. Thuốc chống trầm cảm

Các thuốc chống trầm cảm ba vòng như amitriptylin và nortriptylin có hiệu quả trong điều trị đau thần kinh, đặc biệt là đau sau zona và bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường.

Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc này ở người cao tuổi thường bị hạn chế bởi các tác dụng không mong muốn như buồn ngủ, hạ huyết áp tư thế, bí tiểu, táo

bón, khô miệng, tăng nguy cơ ngã, tăng nhãn áp và rối loạn nhịp tim. Do đó, cần sử dụng thận trọng hoặc tránh sử dụng ở người bệnh có hội chứng dễ bị tổn thương, sa sút trí tuệ, tiền sử ngã hoặc bệnh tim mạch. Nortriptylin có thể được ưu tiên hơn do ít tác dụng kháng cholinergic hơn.

b. Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs)

Mặc dù các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs) có khả năng dung nạp tốt hơn so với thuốc chống trầm cảm ba vòng, bằng chứng về hiệu quả giảm đau của nhóm thuốc này còn hạn chế và chưa nhất quán.

c. Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và noradrenalin (SNRIs)

Các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin và noradrenalin (SNRIs), đặc biệt là duloxetine, đã được chứng minh có hiệu quả trong một số tình trạng đau thần kinh và có khả năng dung nạp tốt hơn so với thuốc chống trầm cảm ba vòng.

Duloxetine có hiệu quả trong điều trị bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường, đau cơ xơ hóa, đau thắt lưng mạn tính và đau do thoái hóa khớp gối.

Liều khởi đầu thông thường là 30 mg/ngày và có thể tăng lên 60 mg/ngày tùy đáp ứng và khả năng dung nạp.

Các tác dụng không mong muốn thường gặp bao gồm khô miệng, buồn nôn, táo bón, tiêu chảy, mệt mỏi, chóng mặt, buồn ngủ và mất ngủ. Không khuyến cáo sử dụng duloxetine ở người bệnh suy gan hoặc uống nhiều rượu.

d. Thuốc chống động kinh

Các thuốc chống động kinh như gabapentin và pregabalin được sử dụng rộng rãi trong điều trị đau thần kinh nhờ hiệu quả giảm đau tốt và ít tương tác thuốc hơn so với các thuốc chống động kinh thế hệ cũ.

Hiệu quả của gabapentin và pregabalin đã được chứng minh trong đau sau zona, bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường và một số hội chứng đau trung ương.

Do các thuốc này được thải trừ chủ yếu qua thận, cần điều chỉnh liều theo chức năng thận. Điều trị nên được bắt đầu với liều thấp nhất có thể và tăng liều từ từ dựa trên đáp ứng lâm sàng và các tác dụng không mong muốn.

Các tác dụng không mong muốn thường gặp bao gồm buồn ngủ, chóng mặt, mất thăng bằng, phù ngoại vi và tăng nguy cơ ngã.

4.2. Các thủ thuật can thiệp giảm đau

Các thủ thuật can thiệp giảm đau có thể được cân nhắc ở người bệnh đau mạn tính không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu hoặc xuất hiện các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng liên quan đến điều trị toàn thân.

Việc lựa chọn thủ thuật cần dựa trên nguyên nhân đau, cơ chế đau, mức độ đau, tình trạng chức năng, bệnh đồng mắc, tiên lượng bệnh và mục tiêu điều trị của người bệnh. Các thủ thuật can thiệp giảm đau cần được thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa có đầy đủ nhân lực, trang thiết bị và kinh nghiệm.

Bảng 6. Một số thủ thuật can thiệp giảm đau và chỉ định thường gặp

Thủ thuật	Chỉ định thường gặp
Tiêm corticosteroid nội khớp	Đau do thoái hóa khớp hoặc viêm khớp có chỉ định
Tiêm acid hyaluronic nội khớp	Đau do thoái hóa khớp gối ở người bệnh không đáp ứng hoặc không dung nạp với điều trị nội khoa
Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng	Đau rễ thần kinh, đau thần kinh tọa hoặc đau do hẹp ống sống được lựa chọn phù hợp
Phong bế thần kinh ngoại vi	Đau khu trú theo phân bố thần kinh, đau sau phẫu thuật hoặc một số hội chứng đau thần kinh
Phong bế đám rối thân tạng	Đau vùng bụng trên do ung thư hoặc bệnh lý gan, tụy, đường mật, dạ dày
Phong bế đám rối hạ vị trên	Đau vùng chậu hoặc bụng dưới do ung thư hoặc các bệnh lý vùng chậu
Giảm đau ngoài màng cứng liên tục	Đau thân dưới nặng, đau sau phẫu thuật hoặc đau do ung thư không kiểm soát được bằng điều trị thông thường

Thủ thuật	Chỉ định thường gặp
Giảm đau nội tủy liên tục (đặt catheter trong khoang dưới nhện)	Đau kháng trị, thường áp dụng trong chăm sóc giảm nhẹ hoặc giai đoạn cuối
Tạo hình thân đốt sống bằng xi măng sinh học	Đau do gãy lún đốt sống, đặc biệt do loãng xương hoặc di căn xương
Tạo hình thân đốt sống bằng bóng kết hợp bơm xi măng sinh học	Đau do gãy lún đốt sống có xẹp thân đốt sống hoặc biến dạng cột sống

4.3. Điều trị đau không dùng thuốc

Điều trị đau không dùng thuốc là một thành phần quan trọng trong chiến lược quản lý đau toàn diện ở người cao tuổi và cần được phối hợp với điều trị bằng thuốc nhằm tối ưu hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Các biện pháp không dùng thuốc đặc biệt có vai trò trong điều trị đau mạn tính, giúp giảm mức độ đau, cải thiện khả năng vận động, duy trì tính độc lập trong sinh hoạt hằng ngày và giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau.

Quản lý đau ở người cao tuổi cần được thực hiện theo cách tiếp cận đa mô thức và đa ngành, với sự tham gia của bác sĩ, điều dưỡng, chuyên gia phục hồi chức năng, nhà tâm lý học, dược sĩ lâm sàng, người chăm sóc và gia đình. Kế hoạch điều trị cần được xây dựng trên cơ sở đánh giá toàn diện, bao gồm bệnh đồng mắc, tình trạng nhận thức, chức năng thể chất, mục tiêu điều trị, kỳ vọng của người bệnh và các nguồn hỗ trợ từ gia đình, xã hội.

Bảng 7. Các biện pháp điều trị không dùng thuốc

Biện pháp	Khuyến cáo
Tập luyện thể lực	Được khuyến cáo mạnh mẽ trong điều trị đau mạn tính ở người cao tuổi. Chương trình tập luyện nên bao gồm các bài tập tăng sức mạnh cơ, cải thiện độ mềm dẻo, sức bền và thăng bằng.

Biện pháp	Khuyến cáo
Phục hồi chức năng và hoạt động trị liệu	Giúp cải thiện chức năng vận động, khả năng thực hiện các hoạt động hằng ngày và duy trì tính độc lập của người bệnh.
Liệu pháp nhận thức hành vi	Có hiệu quả trong cải thiện đau, giảm lo âu và trầm cảm, đồng thời tăng khả năng thích ứng với đau mạn tính.
Châm cứu	Có thể được sử dụng như một biện pháp hỗ trợ trong điều trị đau mạn tính.
Xoa bóp trị liệu	Có thể được sử dụng như một biện pháp hỗ trợ nhằm giảm đau và cải thiện thư giãn.
Liệu pháp chánh niệm	Có thể được cân nhắc áp dụng; tuy nhiên bằng chứng về hiệu quả hiện còn hạn chế.
Thái cực quyền	Có thể được áp dụng nếu được hướng dẫn và giám sát phù hợp.
Yoga	Có thể được áp dụng ở người bệnh được lựa chọn phù hợp và có hướng dẫn chuyên môn thích hợp.

Các chương trình tập luyện và phục hồi chức năng cần được cá thể hóa dựa trên mức độ đau, khả năng vận động, bệnh đồng mắc và nguy cơ ngã của từng người bệnh. Cần khuyến khích người bệnh duy trì hoạt động thể lực phù hợp nhằm hạn chế suy giảm chức năng và cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), Hướng dẫn điều trị Chăm sóc giảm nhẹ
2. Bozzetto Ambrosi, C., & Bozzetto Ambrosi, P. (2025). Chronic Pain in Elderly: Emerging Challenges and Updates about Line of Care and Pathways. In *Neurological Problems in the Elderly - Bridging Current State and New Outlooks*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1010202>
3. Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Frontiers in Human Neuroscience*. 3 Mar 2022;16:736688. DOI: 10.3389/fnhum.2022.736688
4. Ministry of Health Malaysia, Guidelines For Pain Management In The Elderly, 2018
5. Cravello L, Di Santo S, Varrassi G, Benincasa D, Marchettini P, de Tommaso M, et al. Chronic pain in the elderly with cognitive decline: A narrative review. *Pain and therapy*. 2019;8(1):53-65.
6. Nguyen TX, Nguyen TTH, Nguyen HTT, Nguyen TN, Nguyen HT, Ha LHV, Dinh HT, Tran LV, Nguyen AT, Nguyen HL, Goldberg RJ, Thillainadesan J, Naganathan V, Vu HTT. Characteristics of moderate-to-severe chronic pain and its association with daily functional impairment among older outpatients in Vietnam. *PLoS One*. 2025 Nov 10;20(11):e0335234. doi: 10.1371/journal.pone.0335234. PMID: 41212893; PMCID: PMC12599909.
7. Nguyen AT, Nguyen THT, Nguyen TTH, Nguyen HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, Nguyen AL, Vu LG, Do HT, Doan LP, Vu GT, Nguyen HTT, Pham T, Vu HTT. Chronic Pain and Associated Factors Related to Depression among Older Patients in Hanoi, Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 31;18(17):9192. doi: 10.3390/ijerph18179192. PMID: 34501779; PMCID: PMC8431642.

SẢNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thuật ngữ “Sảng” – tiếng Anh là delirium bắt nguồn từ động từ Latin là deliro – nghĩa là "trở nên điên loạn", xuất phát từ de + lira nghĩa là “đi lệch khỏi quỹ đạo”. Theo ICD-10, Sảng là một hội chứng căn nguyên không đặc hiệu đặc trưng bởi rối loạn đồng thời ý thức, tri giác, tư duy, cảm xúc, chú ý, tâm thần vận động, trí nhớ, chu kì thức-ngủ. Trạng thái sảng thường là nhất thời, diễn biến nhanh, thường trong vài giờ đến vài ngày, và có xu hướng dao động trong ngày. Thời gian sảng có thể vài ngày, nhưng cũng có thể kéo dài nhiều tháng, phần lớn các trường hợp có thể hồi phục trong vòng dưới 4 tuần hoặc ít hơn. Sảng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng phổ biến nhất là ở người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên.

Người bệnh mắc sảng thường phải nằm viện lâu hơn và thường được chuyển tới các cơ sở chăm sóc dài hạn sau khi xuất viện. Các biểu hiện hành vi của sảng có thể cản trở điều trị và thường là yếu tố khiến người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa tâm thần để được cung cấp, hỗ trợ xây dựng những phương pháp điều trị phù hợp, vượt ra ngoài những can thiệp, điều trị y khoa đơn thuần.

1.2. Phân loại

1.2.1. Theo nguyên nhân

Theo Phân loại bệnh quốc tế (ICD-10) phân loại sảng làm hai nhóm chính:

- Sảng không do rượu hoặc các chất tác động tâm thần khác – F05: Sảng do bệnh lý cơ thể như bệnh lý nội khoa cấp tính như nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu), rối loạn điện giải, suy gan cấp, suy thận cấp... Do bệnh lý thần kinh cấp tính (đột quỵ, viêm não, xuất huyết não...).

- Sảng do rượu hoặc các chất tác động tâm thần khác- F1x.4: Do cai rượu, ma túy, cai thuốc Benzodiazepine, các thuốc kháng histamin, kháng cholinergic, thuốc gây mê, opioid, chống trầm cảm...

Ngoài ra, tình trạng sảng cũng có thể giống hoặc xuất hiện đồng thời trên các bệnh lý khác, dẫn đến việc nhận diện sảng bị che lấp. Sảng có thể chồng lấp lên sa sút trí tuệ hoặc các rối loạn khác gây ra suy giảm nhận thức, các triệu chứng của sảng thường bị nhầm lẫn với bệnh lý tâm thần - thần kinh nền.

1.2.2. Theo đặc điểm lâm sàng

- Sảng tăng động: Người bệnh kích động, hung hăng, la hét, gậy rối, bồn chồn, có thể có ảo giác, hoang tưởng.

- Sảng giảm động: Người bệnh giảm hoạt động, lơ mơ, thờ ơ, ngủ nhiều.

- Sảng hỗn hợp: Người bệnh có cả biểu hiện tăng động và giảm động, thường xen kẽ nhau.

1.2.3. Theo thời gian diễn biến

- Sảng cấp tính: Diễn biến nhanh trong vài giờ đến vài ngày, thường kéo dài dưới một tuần.

- Sảng kéo dài: Kéo dài nhiều tuần đến nhiều tháng, chiếm khoảng 20% các trường hợp.

1.2.4. Theo mức độ

- Sảng điển hình: Các triệu chứng của sảng đầy đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán sảng.

- Sảng dưới lâm sàng: Không đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán nhưng có một số dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng của sảng.

1.3. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ

Sự phát triển của sảng phụ thuộc vào sự tương tác phức tạp của nhiều yếu tố nguy cơ. Một số yếu tố này có thể thay đổi được và là mục tiêu tiềm năng để dự phòng. Trong số những người bệnh cao tuổi, sa sút trí tuệ là yếu tố nguy cơ nổi bật nhất, xuất hiện ở hai phần ba số trường hợp sảng.

1.3.1. Các yếu tố nguy cơ có khả năng thay đổi

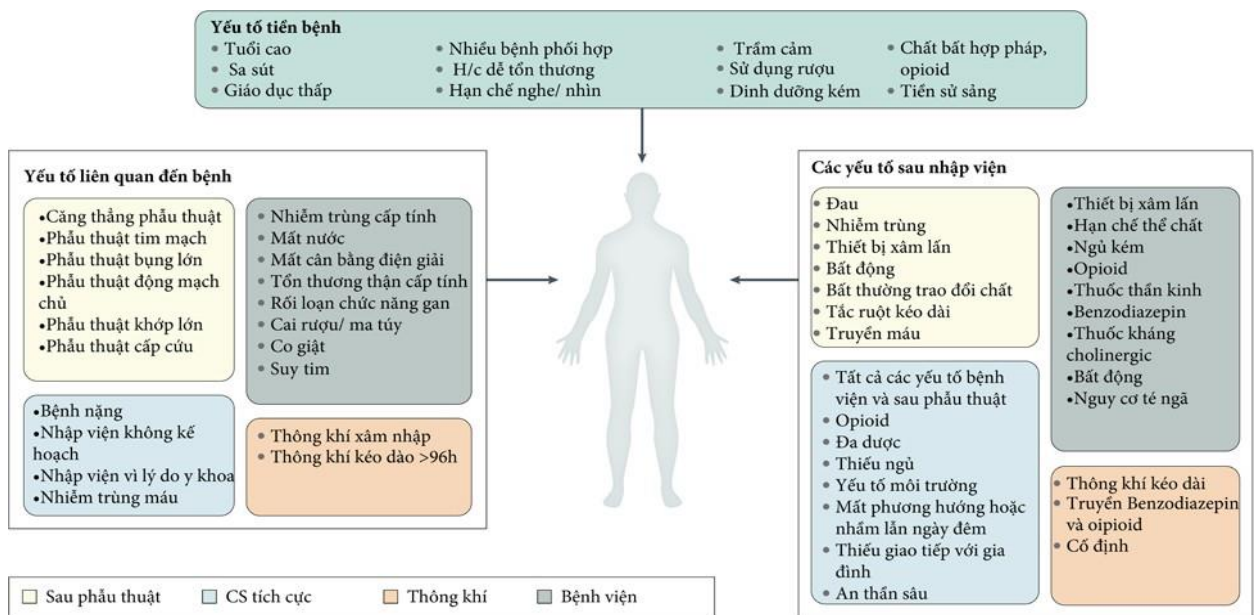
- Suy giảm giác quan (thính giác hoặc thị giác)
- Bất động (Cố định vật lý hoặc thông khí)
- Thuốc (ví dụ, thuốc an dũ, thuốc ngủ, thuốc gây nghiện, thuốc kháng cholinergic, corticosteroid, dùng nhiều loại thuốc, cai rượu hoặc các loại thuốc khác)
- Các bệnh thần kinh cấp tính (ví dụ, đột quy cấp tính [thường là đỉnh phải], xuất huyết nội sọ, viêm màng não, viêm não)
- Bệnh đi kèm (ví dụ, nhiễm trùng, biến chứng do sự cố y khoa, bệnh cấp tính nghiêm trọng, thiếu máu, mất nước, tình trạng dinh dưỡng kém, gãy xương hoặc chấn thương, nhiễm HIV)
- Rối loạn chuyển hóa
- Phẫu thuật
- Môi trường (ví dụ, nhập viện vào đơn vị hồi sức)
- Đau

- Căng thẳng về mặt cảm xúc
- Mất ngủ kéo dài

1.3.2. Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi

- Mất trí nhớ hoặc suy giảm nhận thức
- Tuổi cao (>65 tuổi)
- Tiền sử sảng, đột quỵ, bệnh thần kinh, té ngã hoặc rối loạn dáng đi
- Nhiều bệnh đi kèm
- Giới tính nam
- Bệnh thận hoặc gan mạn tính

Các yếu tố nguy cơ cũng có thể được phân loại thành các yếu tố tiền bệnh, các yếu tố liên quan đến bệnh và các yếu tố sau khi nhập viện. Các yếu tố này có thể liên quan đến người bệnh nhưng cũng có thể liên quan đến bệnh viện hoặc quá trình điều trị như thông khí, phẫu thuật hoặc chăm sóc tích cực. Sơ đồ sau đây liệt kê các yếu tố nguy cơ của sảng.



Sơ đồ 1: Yếu tố nguy cơ của sảng (Nguồn: Wilson, J.E., Mart, M.F., Cunningham, C. *et al.* Delirium. *Nat Rev Dis Primers* 6, 90. 2020)

1.4. Cơ chế bệnh sinh

Sinh lý bệnh của sảng rất phức tạp, đa yếu tố và chưa được hiểu đầy đủ, với nhiều cơ chế khác nhau góp phần vào các triệu chứng của hội chứng lâm sàng này. Một số bất thường đã được mô tả và các giả thuyết khác nhau được phát triển để giải thích những thay đổi về trong triệu chứng của sảng.

Bảng 1. Các cơ chế liên quan đến sinh lý bệnh sảng

Loại cơ chế	Bất thường cụ thể
Bất thường giải phẫu	Mạch máu: Giảm lưu lượng máu ở thùy trán và thùy đỉnh và cầu não.
	Cấu trúc: Tổn thương cấu trúc vi mô ở tiểu não, hồi hải mã, đồi thị và não trước nền.
	Chức năng: Tăng sự kết hợp giữa vỏ não trước trán lưng bên và vỏ não hồi đai sau, và giảm sự kết hợp giữa đồi thị, nhân đuôi và các vùng dưới vỏ não khác.
Mất cân bằng chất dẫn truyền thần kinh	Tăng dopamine, noradrenaline và glutamate và giảm acetylcholine.
	Những thay đổi khác nhau trong serotonin, histamine và GABA.
Viêm	Tăng IL-1 β , IL-6, IL-8, adiponectin và protein C dẫn đến phá vỡ hàng rào máu não, tính thấm, quá trình chết tế bào thần kinh và rối loạn chức năng khớp synapse.
Rối loạn điều hòa nội tiết tố	Cortisol tăng bất thường và giảm melatonin.
Khác	Giảm chuyển hóa oxy hóa.
	Tổn thương cấu trúc vi mô liên quan đến tuổi tác.

Nguồn: Ospina JP et al: Epidemiology, Mechanisms, Diagnosis, and Treatment of Delirium: A Narrative Review. *Clin Med Ther.* 2018;1(1)

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Đặc điểm lâm sàng

2.1.1. Khởi phát và diễn biến

Theo định nghĩa, sự khởi phát của sảng là cấp tính đến bán cấp tính (vài giờ đến vài ngày) và thường liên quan đến sự khởi phát của bệnh lý thực thể.

Triệu chứng ban đầu có thể mờ nhạt, bao gồm: mất ngủ, dễ kích thích, giảm tập trung, bồn chồn, thờ ơ hoặc giảm giao tiếp, tương tác xã hội. Các triệu chứng xuất hiện đa dạng, thay đổi, dao động liên tục trong ngày, lúc xuất hiện, lúc biến mất, đặc biệt nặng hơn vào chiều và tối.

Sảng có thể cải thiện nhanh chóng trong vài ngày, có khả năng hồi phục hoàn toàn nếu được phát hiện, chẩn đoán và điều trị sớm. Thời gian kéo dài rất

khác nhau, từ vài giờ đến vài tháng, với tổng thời gian tối đa theo định nghĩa là 6 tháng. Thông thường, trạng thái sáng sẽ hồi phục trong vòng 1–2 tuần. Tuy nhiên, người cao tuổi, đặc biệt là người có sa sút trí tuệ, quá trình hồi phục thường chậm hơn, kéo dài nhiều ngày đến vài tuần. Một số người bệnh có thể biểu hiện các rối loạn nhận thức kéo dài sau khi sáng thoái lui.

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng của sáng thường khá đa dạng. Các triệu chứng cốt lõi bao gồm suy giảm nhận thức và ý thức. Chìa khóa để chẩn đoán là không có khả năng tập trung chú ý, nhận thức hạn chế về các kích thích môi trường và phản ứng không đầy đủ với các kích thích đó. Trong số các triệu chứng nhận thức, các rối loạn về tri giác và trí nhớ là thường gặp nhất, cùng với rối loạn định hướng theo tình huống. Các rối loạn tri giác bao gồm nhận nhầm và ảo giác thị giác, đôi khi cũng là ảo giác về cảnh vật và các triệu chứng hoang tưởng. Các triệu chứng tâm thần vận động thường bao gồm bồn chồn, nhưng cũng có thể có tình trạng giảm hoạt động rõ rệt, trong đó sự thay đổi giữa các biểu hiện này thường xuyên xảy ra.

Các triệu chứng sáng thường thay đổi theo thời gian và thường trầm trọng hơn vào đầu giờ tối. Ngoài ra, người bệnh thường có phản ứng giật mình tăng đáng kể, đặc biệt là liên quan đến các can thiệp y tế hoặc điều dưỡng.

Rối loạn ý thức và nhận thức:

Các biểu hiện của ý thức và nhận thức bao gồm một loạt các biểu hiện khác nhau tùy theo mức độ

- Giảm hoặc mất khả năng định hướng về thời gian, không gian, môi trường xung quanh, khả năng định hướng về bản thân có thể còn duy trì.
- Rối loạn tư duy: nội dung tư duy không liên quan ở mức độ nhất định, tư duy nhịp nhanh hoặc chậm.
- Giảm khả năng tập trung, duy trì, phân phối chú ý, dễ bị xao nhãng bởi các kích thích nhỏ xung quanh.

Trí nhớ: khó ghi nhớ, tái hiện các thông tin mới, giảm trí nhớ tức thì và trí nhớ gần, trí nhớ xa còn tương đối duy trì.

- Giảm khả năng giải quyết vấn đề và rối loạn chức năng điều hành.

Rối loạn tâm thần vận động

Các triệu chứng đa dạng bao gồm tăng hưng phấn, tăng hoạt động, nói nhiều, nói nhanh; hoặc thờ ơ, giảm năng lượng, giảm hoạt động, tương tác, giao tiếp. Ngoài ra người bệnh có thể biểu hiện dễ cáu kỉnh, tăng cảnh giác, hoảng sợ, lo âu, bồn chồn. Ở các mức độ nghiêm trọng hơn, người bệnh có thể la hét, kích động, hung hăng, chống đối, tấn công.

Triệu chứng loạn thần và tri giác

Ảo giác (thường là ảo thị), ảo tưởng, nhận nhầm, hoang tưởng bị theo dõi, bị hại, bị thiệt hại xảy ra ở $\geq 40\%$ trường hợp.

Rối loạn nhịp thức - ngủ

Người bệnh có thể giảm thời lượng giấc ngủ, chu kỳ thức - ngủ đảo ngược: buồn ngủ, ngủ nhiều về ban ngày, không ngủ ban đêm. Trong những trường hợp trầm trọng có thể mất toàn bộ giấc ngủ.

Triệu chứng cơ thể và dấu hiệu thần kinh khu trú

Các triệu chứng cơ thể ở người bệnh sảng thường gặp là: sốt hoặc hạ thân nhiệt, dấu hiệu nhiễm trùng, đau, mất nước, rối loạn điện giải, hạ hoặc tăng đường huyết, suy hô hấp, suy gan, suy thận.

Dấu hiệu thần kinh khu trú có thể xuất hiện trong trường hợp sảng do nguyên nhân tổn thương thần kinh trung ương (như đột quy, xuất huyết não, u não): yếu hoặc liệt nửa người, mất ngôn ngữ, nhìn đôi, rối loạn thị trường, hoặc bất thường về dáng đi, thăng bằng...

Theo biểu hiện triệu chứng, sảng được chia thành 3 nhóm chính bao gồm.

+ Sảng tăng động: Người bệnh có biểu hiện kích động và hoạt động giao cảm tăng lên. Họ có thể có biểu hiện ảo giác, ảo tưởng và đôi khi có hành vi chống đối hoặc không hợp tác. Các biểu hiện khác có thể bao gồm: Tăng cảnh giác, dễ giật mình, cáu kỉnh, gây hấn, thiếu kiên nhẫn, không hợp tác, hưng phấn, tức giận, bồn chồn, phản ứng vận động nhanh, mất tập trung, đi lại lộn xộn, nói nhanh hoặc to; chửi thề, hát, cười; nói và suy nghĩ miên man, ác mộng.

+ Sảng giảm động: Người bệnh buồn ngủ nhiều hơn và giảm sự tỉnh táo. Người bệnh thường nói ít, nói chậm, lơ đãng, chuyển động chậm, nhìn chăm chăm, thờ ơ. Sảng giảm động rất nguy hiểm vì thường không được phát hiện hoặc nhầm với tình trạng mệt mỏi hoặc trầm cảm. Tình trạng này liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao hơn.

+ Sảng hỗn hợp: Người bệnh có thể dao động giữa các biểu hiện tăng động và giảm động.

2. Chẩn đoán:

2.1. Đặc điểm lâm sàng:

Chẩn đoán sảng chủ yếu bằng các đánh giá lâm sàng. Quá trình **chẩn đoán** bao gồm hai bước cơ bản:

- Đầu tiên, đánh giá lâm sàng được thực hiện để xác định mức độ chú ý và tỉnh táo cũng như sự hiện diện của các bất thường nhận thức khác, các đặc điểm loạn thần hoặc các bất thường về trạng thái tâm thần khác. Các yếu tố gợi ý chẩn đoán là: Không có khả năng tập trung sự chú ý, mất khả năng tư duy rõ ràng và mạch lạc như thông thường, nhận thức hạn chế và phản ứng không đầy đủ về các kích thích môi trường, rối loạn nhận thức như rối loạn tri giác và trí nhớ, thường

gây rối loạn định hướng theo tình huống.

- Thứ hai, bằng chứng về sự thay đổi cấp tính so với sự chú ý và nhận thức ban đầu, có thể dao động về mức độ hiện diện và mức độ nghiêm trọng, các biểu hiện này có thể có được thông qua thăm khám người bệnh, thông tin từ người chăm sóc hoặc nhân viên biết người bệnh, từ hồ sơ bệnh án hoặc ít phổ biến hơn là từ trải nghiệm của chính bác sĩ lâm sàng về người bệnh. Bác sĩ lâm sàng cũng có thể suy ra rằng có sự thay đổi cấp tính trong một số trường hợp, ví dụ, nếu có tình trạng buồn ngủ cấp tính đáng kể ở người bệnh bình thường có chức năng độc lập.

2.2. Chẩn đoán:

Việc chẩn đoán sàng cần dựa trên triệu chứng lâm sàng, kết hợp khai thác diễn biến cấp tính, dao động và các biểu hiện rối loạn chú ý – nhận thức. Hai hệ thống tiêu chuẩn được sử dụng phổ biến là ICD-10 và DSM-V.

Theo ICD-10, để chẩn đoán xác định, các triệu chứng, nhẹ hoặc nặng, phải có ở mỗi một lĩnh vực trong các lĩnh vực sau:

- Tật chứng về ý thức và sự chú ý (đi từ lơ mơ đến hôn mê; giảm khả năng định hướng tập trung, duy trì và thay đổi sự chú ý).

- Rối loạn toàn bộ nhận thức (lệch lạc tri giác, ảo tưởng và ảo giác - phần lớn là thị giác); suy giảm tư duy trừu tượng và thông hiểu; có hoặc không kèm theo hoang tưởng xuất thời; những điển hình là tư duy không liên quan ở mức độ nhất định; suy giảm trí nhớ tái hiện gần và tức thì nhưng trí nhớ xa vẫn tương đối còn duy trì; mất định hướng về thời gian, và cả về không gian và nhân vật trong những trường hợp trầm trọng hơn.

- Rối loạn tâm thần vận động (giảm hoặc tăng hoạt động và những chuyển đổi bất ngờ từ cái này sang cái kia; thời gian phản ứng tăng; tăng hoặc giảm dòng ngôn ngữ; phản ứng giật mình tăng lên).

- Rối loạn chu kỳ thức – ngủ (mất ngủ, hoặc trong những trường hợp trầm trọng, mất toàn bộ giấc ngủ hoặc chu kỳ thức ngủ đảo ngược; buồn ngủ ban ngày; triệu chứng xấu hơn về ban đêm, các giấc mơ hoặc ác mộng có thể tiếp tục như những ảo giác sau thực giấc).

- Rối loạn cảm xúc như trầm cảm, lo âu, lo sợ, cáu kỉnh, khoái cảm, vô cảm hoặc bàng hoàng ngơ ngác.

Khởi phát thường nhanh, tiến triển dao động trong ngày và toàn bộ thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng. Bệnh cảnh lâm sàng trên đặc trưng tới mức có thể làm chẩn đoán về sàng khá tin cậy mặc dù nguyên nhân nằm bên dưới không được xác định rõ ràng. Thêm vào một bệnh sử của bệnh não hoặc bệnh cơ thể nằm bên dưới, bằng chứng về rối loạn chức năng não cần phải có nếu chẩn đoán còn nghi ngờ (ví dụ, điện não đồ không bình thường, thường cho thấy hoạt động sóng cơ bản bị chậm, nhưng không phải lúc nào cũng vậy)¹.

Theo Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM 5), sàng được chẩn đoán bằng các tiêu chuẩn:

A. Rối loạn sự chú ý (tức là giảm khả năng tập trung, duy trì và chuyển hướng sự chú ý) và ý thức (giảm định hướng môi trường).

B. Rối loạn phát triển trong thời gian ngắn (thường trong vòng vài giờ đến vài ngày), bao gồm sự thay đổi về mức độ chú ý cơ bản và cảnh tỉnh và có xu hướng dao động về mức độ nghiêm trọng trong suốt cả ngày.

C. Ngoài ra, có thể có các triệu chứng nhận thức khác (ví dụ: rối loạn trí nhớ, mất định hướng, ngôn ngữ, rối loạn khả năng thị giác không gian hoặc tri giác).

D. Các rối loạn trong tiêu chí A và C không thể được giải thích tốt hơn bằng các rối loạn nhận thức khác đã tồn tại hoặc đang phát triển (mất trí); không có bối cảnh nào về sự giảm nghiêm trọng mức độ thức tỉnh, như hôn mê.

E. Có bằng chứng từ bệnh sử, khám lâm sàng hoặc kết quả xét nghiệm cho thấy rối loạn này là hậu quả trực tiếp của bệnh lý cơ thể, ngộ độc hoặc cai nghiện chất (ví dụ: chất gây nghiện hoặc thuốc), tiếp xúc với độc tố hoặc là hậu quả của nhiều nguyên nhân khác nhau.

Sau khi chẩn đoán, việc đánh giá thêm người bệnh để có thêm thông tin chi tiết về hồ sơ cá nhân của hội chứng sàng, bao gồm các đặc điểm như ảo tưởng, ảo giác hoặc thay đổi cảm xúc, là rất quan trọng vì thông tin này ảnh hưởng đến kế hoạch quản lý cụ thể 2.

Chẩn đoán phân biệt:

Sàng cần được phân biệt với các hội chứng thực tồn khác đặc biệt với sa sút trí tuệ (F00 - F03); với các trạng thái loạn thần cấp diễn nhất thời (F23-); với các trạng thái cấp của tâm thần phân liệt (F20-) hoặc rối loạn khí sắc (cảm xúc) (F30 - F39) trong đó những biểu hiện về nhận thức có thể xuất hiện. Sàng do rượu và các chất tác động tâm thần khác nên được xếp loại ở mục thích hợp hơn (F1x.4).

2.3. Cận lâm sàng và chẩn đoán nguyên nhân

Các chỉ định cận lâm sàng nhằm xác định nguyên nhân gây sàng (ví dụ: nhiễm trùng, rối loạn điện giải, suy tạng...), loại trừ các bệnh lý có các biểu hiện giống sàng (đột quỵ não, viêm màng não, viêm não, ...) và đánh giá các yếu tố thúc đẩy như thiếu vitamin, rối loạn nội tiết. Tùy theo định hướng nguyên nhân và các yếu tố thúc đẩy của sàng để chỉ định các xét nghiệm ⁶.

Nếu nguyên nhân gây sàng không rõ ràng, phải làm rõ nguyên nhân cơ thể càng sớm càng tốt. Tiền sử bệnh, sử dụng thuốc rất quan trọng; cần đặc biệt chú ý đến các chất tác động lên hệ thần kinh trung ương và rượu. Khám thực thể bao

gồm tình trạng cơ thể và thần kinh, kiểm tra bụng (bí tiểu, tắc ruột) và xương và khớp là bắt buộc, vì đau do gãy xương có thể là nguyên nhân.

Các giá trị xét nghiệm bao gồm đường huyết, điện giải, chức năng gan và thận, công thức máu, men tim, tình trạng tiết niệu, hormone tuyến giáp, các thông số viêm và đôi khi có thể xét nghiệm nồng độ vitamin B12, cortisol máu hoặc xét nghiệm độc chất và định lượng thuốc khi nghi ngờ ngộ độc, quá liều hoặc tương tác thuốc.

Chụp X-quang và siêu âm có thể bổ sung cho khám thực thể. Điều quan trọng là một số biểu hiện sáng là do các rối loạn hệ thần kinh trung ương nguyên phát gây ra và trong một số ít trường hợp mà các đặc điểm gợi ý khả năng này, nhiều thăm dò não đặc hiệu bao gồm chụp CT và MRI, EEG, chọc dịch não tủy và xét nghiệm kháng thể đối với viêm não tự miễn, được chỉ định. Nên tránh các xét nghiệm không hứa hẹn bất kỳ kết quả điều trị nào, vì chúng có thể gây thêm căng thẳng cho người bệnh.

2.4. Các thang đánh giá

Trong thực hành lâm sàng và trong một số nghiên cứu, quá trình chẩn đoán và đánh giá dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán mà không sử dụng các công cụ bổ sung, mặc dù các công cụ thường được sử dụng để chính thức hóa và giúp chuẩn hóa đánh giá. Hơn 50 công cụ đánh giá trạng thái sáng đã được phát triển, với nhiều mục đích khác nhau, bao gồm sử dụng theo đợt khi lần đầu tiên biểu hiện hoặc vào những thời điểm khác khi nghi ngờ trạng thái sáng, theo dõi thường xuyên trạng thái sáng mới khởi phát ở người bệnh nội trú (thường được thực hiện hàng ngày hoặc thường xuyên hơn), để sàng lọc 'siêu ngắn', để đánh giá hiện tượng học và/hoặc thần kinh học chi tiết và để đo mức độ nghiêm trọng của trạng thái sáng³.

2.4.1. Đánh giá tình trạng sáng ở đơn vị đa khoa.

Confusion Assessment Method (CAM)

Phương pháp đánh giá lú lẫn (CAM) dựa trên bốn đặc điểm từ tiêu chuẩn sửa đổi DSM-III: khởi phát cấp tính và diễn biến dao động (tiêu chuẩn A), mất tập trung chú ý (tiêu chuẩn B), tư duy không mạch lạc (tiêu chuẩn C) và mức độ ý thức (tiêu chuẩn D). Những người đánh giá được đào tạo thực hiện một bài kiểm tra nhận thức, sau đó phỏng vấn và chấm điểm từng đặc điểm là có hoặc không có, toàn bộ quá trình mất 5–10 phút. Điểm CAM dương tính yêu cầu sự hiện diện của tiêu chí A và B và một hoặc cả hai tiêu chí C và D.

4AT (4 A's Test)

Dùng để sàng lọc nhanh sáng (chỉ mất vài phút). Đánh giá: mức độ thức tỉnh, chú ý, thay đổi cấp tính hoặc dao động, khả năng định hướng. Thích hợp sử dụng tại khoa nội, hồi sức, cấp cứu và lão khoa.

2.4.2. Theo dõi tình trạng sáng mới khởi phát ở người bệnh nội trú

Các công cụ theo dõi tình trạng sáng mới khởi phát ở người bệnh nội trú được sử dụng thường xuyên và liên tục, một lần hoặc nhiều lần mỗi ngày, trên cơ sở liên tục. Các sàng lọc có thể bao gồm các biến thể với 1 câu hỏi duy nhất về tình trạng sáng là: "Người đó có bị lú lẫn hoặc buồn ngủ hơn bình thường không?" Các công cụ đánh giá mức độ kích động bao gồm Thang sàng lọc kích động Richmond (RASS) và RASS đã sửa đổi.

Công cụ Nhận biết trạng thái sáng cấp tính như một phần của thói quen (RADAR) nhắc nhở các điều dưỡng tìm kiếm bất kỳ thay đổi nào về chức năng nhận thức và mức độ tỉnh táo tại thời điểm dùng thuốc tại khoa. Ngoài ra còn có một số công cụ theo dõi dài hơn được thiết kế để các điều dưỡng hoàn thành vào cuối mỗi ca, bao gồm Thang đo sàng lọc quan sát trạng thái sáng (DOS) và Thang đo sàng lọc trạng thái sáng điều dưỡng (Nu-DESC). Đối với hầu hết các công cụ theo dõi, độ nhạy hoặc độ đặc hiệu đều bị hạn chế, do đó, khuyến cáo rằng điểm số dương tính với bất kỳ công cụ nào trong số này nên được theo dõi bằng một công cụ theo đợt xác định hơn hoặc bằng đánh giá chẩn đoán.

2.4.3. Công cụ sàng lọc siêu ngắn

Các công cụ này được thiết kế để đánh giá nhanh người bệnh tại giường, thường mất chưa đến một phút để thực hiện. Chúng có thể được sử dụng để đánh giá ngắn, sau đó là đánh giá chi tiết hơn nếu có kết quả dương tính. Ví dụ, đánh giá khả năng đánh vần ngược của người bệnh với từ “hương” và cũng ghi chú xem họ có mức độ kích thích thay đổi không. Công cụ sàng lọc siêu ngắn 2 mục (UB-2) được thiết kế dưới dạng sàng lọc trạng thái sáng 2 mục <1 phút bao gồm 2 câu hỏi: "Vui lòng cho tôi biết ngày trong tuần?" và "Vui lòng cho tôi biết các tháng trong năm ngược lại bắt đầu từ tháng 12?" Nếu trả lời sai bất kỳ câu hỏi nào, thì nghi ngờ trạng thái sáng và một công cụ theo từng đợt xác định hơn sẽ được thực hiện.

2.4.4. Đánh giá trạng thái sáng trong ICU

CAM dành cho ICU (CAM-ICU) và Danh sách kiểm tra sàng lọc trạng thái sáng trong chăm sóc tích cực (ICDSC) đã được chứng minh là những công cụ hợp lệ và đáng tin cậy nhất để đánh giá trạng thái sáng ở người lớn bị bệnh nặng.

CAM-ICU được thiết kế riêng để sử dụng cho những người bệnh bị bệnh nặng, bao gồm cả những người bệnh thở máy, khi nghi ngờ bị trạng thái sáng; tuy nhiên, những người phát triển công cụ khuyến nghị rằng đánh giá được thực hiện một lần hoặc nhiều lần mỗi ngày. CAM-ICU bao gồm bốn mục CAM và một thuật toán chấm điểm, với sự khác biệt là sự chú ý và tư duy vô tổ chức được đánh giá bằng các bài kiểm tra nhận thức ngắn và các câu hỏi phỏng vấn có/không.

ICDSC bao gồm tám đặc điểm: mức độ ý thức, mất tập trung chú ý, mất định hướng, loạn thần, thay đổi tâm thần vận động, thay đổi lời nói hoặc cảm xúc, rối loạn chu kỳ ngủ-thức và dao động triệu chứng. Mỗi mục được đánh giá

là 0 (không có) hoặc 1 (có) vào cuối mỗi ca điều dưỡng, với điểm số ≥ 4 được coi là chỉ ra trạng thái sáng.

2.5. Tiếp cận lâm sàng

Trên lâm sàng việc đánh giá, chẩn đoán người bệnh sáng nên được thực hiện theo từng bước bao gồm: Tầm soát, xác nhận chẩn đoán, xác định nguyên nhân, áp dụng can thiệp không dùng thuốc, áp dụng can thiệp hóa dược, điều trị nguyên nhân, theo dõi tiến triển.

Bảng 2. Các bước đánh giá và điều trị người bệnh sáng

Bước	Nội dung cần thực hiện	Công cụ / Gợi ý
1. Tầm soát	Nghi sàng khi có thay đổi cấp tính về chú ý, nhận thức, mức độ tỉnh táo	4AT (<2 phút), UB-2, RASS...
2. Xác nhận chẩn đoán	Dựa tiêu chuẩn DSM-5 hoặc ICD-10, dao động trong ngày là dấu hiệu đặc trưng	CAM hoặc CAM-ICU...
3. Tìm nguyên nhân	Tìm yếu tố thúc đẩy và căn nguyên: nhiễm trùng, rối loạn điện giải, thuốc, bí tiểu, táo bón, đau, thiếu oxy...	Xét nghiệm, hình ảnh học, xem lại đơn thuốc...
4. Áp dụng can thiệp không dùng thuốc	Biện pháp cốt lõi, áp dụng ngay cả trước khi có nguyên nhân rõ ràng	Xem phần điều trị không dùng thuốc
5. Cân nhắc điều trị bằng thuốc	Không dùng thường quy, dùng khi lợi ích lớn hơn nguy cơ, có sự đánh giá thường xuyên	Xem phần điều trị bằng thuốc
6. Điều trị nguyên nhân	Xử trí nhiễm trùng, điều chỉnh điện giải, cai thuốc gây sáng...	Phù hợp từng bệnh nhân
7. Theo dõi diễn biến	Theo dõi diễn biến các triệu chứng sáng và nguyên nhân gây sáng	Thang điểm đánh giá sáng, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...

3. QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc chung

Điều trị sáng ở người cao tuổi cần toàn diện, kết hợp giữa các biện pháp không dùng thuốc và dùng thuốc, ưu tiên can thiệp sớm và cá thể hóa theo nguyên nhân, mức độ sáng và tình trạng bệnh lý nền của người bệnh 7,8.

Mục tiêu chính: phục hồi, cải thiện chức năng nhận thức, giảm rối loạn hành vi, hạn chế biến chứng và tử vong.

3.2. Điều trị trong môi trường đa khoa

Phương pháp được ủng hộ nói chung là điều trị đa thành phần chủ yếu bao gồm các can thiệp không dùng thuốc trừ các liệu pháp được sử dụng để điều trị các nguyên nhân tiềm ẩn của sang (ví dụ, thuốc kháng sinh để điều trị nhiễm trùng).

3.2.1. Các biện pháp can thiệp không dùng thuốc

Các can thiệp không dùng thuốc thường là các hỗ trợ môi trường và hành vi có thể bao gồm:

- + Tạo môi trường yên tĩnh, ánh sáng phù hợp ngày – đêm.
- + Hỗ trợ định hướng: cung cấp đồng hồ, lịch, bảng tên, tương tác với người thân
- + Hạn chế các yếu tố gây rối loạn giấc ngủ: hạn chế lấy dầu hiệu sinh tồn ban đêm (trừ trường hợp cần thiết), tránh tiếng ồn, không dùng TV ban đêm.
- + Tối ưu chức năng các giác quan: đảm bảo người bệnh có kính, máy trợ thính, phiên dịch viên nếu có.
- + Tăng cường vận động: hỗ trợ vận động sớm, khuyến khích tự chăm sóc và giao tiếp thường xuyên.
- + Tránh sử dụng các biện pháp hạn chế về mặt vật lý, dây buộc và chuông báo động trên giường, vì chúng có thể làm tăng tình trạng sang và kích động.
- + Hỗ trợ ăn uống, phòng ngừa táo bón và bí tiểu.

Cũng như các khía cạnh khác của việc chăm sóc sang, các can thiệp giáo dục có thể dẫn đến cải thiện quá trình chăm sóc. Mặc dù thiếu bằng chứng xác đáng, các đánh giá này cho thấy các can thiệp giáo dục có thể là một cách tiếp cận hiệu quả để cải thiện việc thực hiện, cần được đánh giá trong các thử nghiệm lớn hơn.

3.2.2. Các biện pháp can thiệp không dùng thuốc

- Việc sử dụng thuốc như một phác đồ thường quy là không được khuyến cáo. Thuốc chống loạn thần hoặc các loại thuốc khác không được khuyến cáo là một phần thường quy của phương pháp điều trị cụ thể cho sang nhưng có thể được xem xét nếu các triệu chứng kéo dài dai dẳng và gây suy giảm chức năng mà các phương pháp tiếp cận khác không thành công.

- Thuốc chống loạn thần là nhóm thuốc được nghiên cứu nhiều nhất để điều trị sang. Thuốc chống loạn thần từ lâu đã được coi là trụ cột điều trị kích động trong sang. Nhìn chung, các nghiên cứu chỉ ra rằng các thuốc chống loạn thần không có tác dụng đối với mức độ nghiêm trọng của sang, khả năng phục

hội triệu chứng hoặc tỷ lệ tử vong; thậm chí có một số bằng chứng về tác dụng không mong muốn của của Haloperidol và Risperidone.

- Melatonin và chất chủ vận thụ thể Melatonin là Ramelteon cũng đã được đánh giá là phương pháp điều trị sáng (cụ thể là sự gián đoạn chu kỳ ngủ-thức), nhưng cho đến nay vẫn chưa có bằng chứng nhất quán nào hỗ trợ việc sử dụng các tác nhân này trong thực hành lâm sàng.

- Dexmedetomidine như một liệu pháp được sử dụng khi Haloperidol không hiệu quả trong kích động thứ phát do sáng ở những người bệnh nặng không thở máy cho thấy Dexmedetomidine có hiệu quả, độ an toàn và chi phí lợi ích tốt hơn Haloperidol.

3.3. Điều trị trong đơn vị hồi sức

Các điều trị can thiệp trong đơn vị hồi sức cũng là các can thiệp đa mô thức. Các chiến lược điều trị và phòng ngừa này đã được đưa vào một quy trình chăm sóc, chẳng hạn như chương trình ABCDEF tập trung vào các yếu tố nguy cơ của sáng, giúp thúc đẩy người bệnh tỉnh táo và thở tự nhiên, có thể di chuyển.

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ gây sáng được nhắm mục tiêu theo chương trình ABCDEF

ABCDEF	Tiếp cận	Yếu tố nguy cơ sáng
A	Đánh giá, ngăn ngừa và kiểm soát cơn đau	Đau không được điều trị; an thần quá mức do thuốc giảm đau
B	Cả thử nghiệm thức dậy tự phát và thử nghiệm thở tự phát	An thần quá mức; thông khí cơ học
C	Lựa chọn thuốc an thần và giảm đau	An thần quá mức do thuốc giảm đau; an thần quá mức do thuốc an thần; tiếp xúc với thuốc an thần gây mê (ví dụ, benzodiazepin)
D	Sáng: đánh giá, phòng ngừa và quản lý	Chu kỳ ngủ-thức rối loạn; khiếm thị và khiếm thính; Các yếu tố nguy cơ sáng không được nhận biết khác
E	Vận động và tập thể dục sớm	Bất động
F	Sự tham gia và trao quyền cho gia đình	Rối loạn định hướng

Nguồn: Wilson, J.E., Mart, M.F., Cunningham, C. *et al.* Delirium. *Nat Rev Dis Primers* 6, 90 (2020)

Điều trị hóa dược

Mặc dù là khuyến cáo luôn luôn được áp dụng, việc quản lý không dùng thuốc không phải lúc nào cũng hiệu quả trong việc ngăn ngừa hoặc điều trị sáng và do đó các bác sĩ lâm sàng thường cố gắng quản lý sáng bằng các phương pháp hóa dược.

Thuốc chống loạn thần

Các nhóm thuốc chống loạn thần thường được sử dụng nhất để quản lý sáng trong ICU. Tuy nhiên các bằng chứng ủng hộ cho các thuốc chống loạn thần là không nhiều. Một nghiên cứu khả thi trên 103 người bệnh thở máy có hoặc không sáng được chỉ định ngẫu nhiên dùng Haloperidol, Ziprasidone hoặc giả dược không tìm thấy sự khác biệt về kết quả giữa các nhóm điều trị. Một nghiên cứu khác đã so sánh Haloperidol và giả dược trên người bệnh ICU thở máy bị sáng hoặc có nguy cơ cao bị sáng và thấy rằng số ngày sống không bị sáng hoặc hôn mê là tương tự nhau ở hai nhóm điều trị, mặc dù tình trạng kích động thấp hơn ở nhóm haloperidol. Dựa trên những dữ liệu này, hướng dẫn PADIS của Hiệp hội Y học Chăm sóc Đặc biệt (SCCM) đã đưa ra khuyến nghị sau: “Chúng tôi đề xuất không nên thường xuyên sử dụng Haloperidol (hoặc) thuốc chống loạn thần không điển hình... để điều trị sáng (khuyến nghị có điều kiện, chất lượng bằng chứng thấp)”. Nghiên cứu Sửa đổi Tác động của Rối loạn chức năng Thần kinh-Tâm lý-Hoa Kỳ (MIND-USA), thử nghiệm ngẫu nhiên lớn nhất để kiểm tra các loại thuốc chống loạn thần để điều trị chứng sáng trong thời gian mắc bệnh hiểm nghèo, đã được công bố. MIND-USA đã so sánh Haloperidol, Ziprasidone và giả dược ở 566 người bệnh ICU bị sáng và không tìm thấy tác dụng điều trị đáng kể nào đối với các kết quả chính, bao gồm số ngày sống và không sáng hoặc hôn mê, hoặc đối với nhiều kết quả phụ, bao gồm thời gian sáng, sáng giảm hoạt động hoặc sáng tăng hoạt động.

Hơn nữa, một đánh giá có hệ thống năm 2019 về 16 thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên và 10 nghiên cứu quan sát không tìm thấy sự khác biệt nào về kết quả (như mức độ nghiêm trọng của sáng, trạng thái an thần, thời gian sáng, thời gian nằm viện, chức năng nhận thức hoặc tỷ lệ tử vong) giữa Haloperidol và thuốc chống loạn thần thế hệ thứ hai so với giả dược.

Chỉ có một thử nghiệm có đối chứng giả dược phát hiện ra rằng thuốc chống loạn thần có thể có hiệu quả như một phương pháp điều trị sáng. Trong thử nghiệm này, 36 người bệnh ICU bị sáng đang dùng Haloperidol được chỉ định ngẫu nhiên để điều trị bằng thuốc chống loạn thần không điển hình Quetiapine hoặc giả dược, với phương pháp điều trị bằng Quetiapine dẫn đến thời gian hồi phục sáng đầu tiên ngắn hơn so với giả dược. Cần có một thử nghiệm xác nhận lớn hơn trước khi Quetiapine có thể được khuyến nghị là phương pháp điều trị thường quy cho sáng trong ICU³.

Thuốc chống co giật, thuốc giải lo âu và thuốc chống trầm cảm

Do tác ít ảnh hưởng trên QT của điện tâm đồ, tác dụng trên nhiều hệ thống dẫn truyền thần kinh và sử dụng trong kích động thứ phát sau các rối loạn khác, chẳng hạn như chấn thương sọ não, axit valproic đã được đề xuất như một giải pháp thay thế cho thuốc chống loạn thần trong việc kiểm soát các triệu chứng lâm sàng của sang tăng động và hỗn hợp, đặc biệt là trong các trường hợp liệu pháp thông thường không đầy đủ hoặc hạn chế. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho rằng hiệu quả của nó chỉ giới hạn trong loạt các trường hợp nhỏ và một nghiên cứu hồi cứu, cho thấy sự cải thiện các triệu chứng sang sau khi điều trị. Các loại thuốc chống co giật khác, chẳng hạn như carbamazepine và gabapentin, chưa được nghiên cứu để điều trị sang. Hiện tại không có bằng chứng ủng hộ việc sử dụng benzodiazepines trong điều trị sang không liên quan đến rượu hoặc hội chứng cai thuốc chủ vận GABA, nhưng đôi khi chúng có thể được sử dụng như một chất bổ trợ với haloperidol, cả để giảm kích động nặng cũng như ngăn ngừa các triệu chứng ngoại tháp. Trong số các loại thuốc chống trầm cảm, trazodone đã được sử dụng do đặc tính an thần của nó, nhưng có rất ít bằng chứng ủng hộ việc sử dụng nó.

Chất chủ vận adrenergic alpha-2

Chất chủ vận Adrenergic alpha-2 là các hợp chất tác dụng trung tâm làm giảm hoạt động Noradrenergic; Chúng đặc biệt hấp dẫn trong việc kiểm soát sự kích động trong môi trường bệnh viện do không ảnh hưởng đến động lực hô hấp. Ban đầu được sử dụng như một thuốc hạ huyết áp tác dụng trung tâm, Clonidine đôi khi được sử dụng để an thần trong các cơ sở chăm sóc đặc biệt, mặc dù thiếu các thử nghiệm lâm sàng hỗ trợ việc sử dụng nó, thường bị hạn chế bởi hạ huyết áp có ý nghĩa lâm sàng. Dexmedetomidine, có tính chọn lọc gấp 7-8 lần so với Clonidine đối với các thụ thể Alpha-2 và Alpha-1, có ít tác dụng phụ hơn Clonidine đối với nhịp tim và huyết áp. Tuy nhiên, những điều này vẫn phổ biến và việc sử dụng Dexmedetomidine hiện chỉ giới hạn trong các đơn vị hồi sức. Vì nguy cơ nhịp tim chậm và hạ huyết áp có thể ít nhất một phần liên quan đến việc có dùng liều nạp hay không, có thể sử dụng các phác đồ dùng liều cụ thể để giảm thiểu nguy cơ hạ huyết áp. Dexmedetomidine ngày càng được nghiên cứu như một phương pháp điều trị sang, với một thử nghiệm ngẫu nhiên nhưng nhân mở cho thấy khả năng cao hơn Haloperidol trong điều trị người bệnh sang, đặt nội khí quản, và một thử nghiệm gần đây, ngẫu nhiên và có đối chứng giả dược cho thấy sự gia tăng số giờ không cần máy thở ở những người bệnh đặt nội khí quản bị sang kích động hạn chế rút nội khí quản.

Ba thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm riêng biệt phát hiện ra rằng những người bệnh ICU thở máy được dùng thuốc an thần bằng chất chủ vận thụ thể α_2 -adrenergic tác dụng lên trung tâm là Dexmedetomidine ít bị sang hơn những người bệnh được dùng thuốc an thần GABAergic, chẳng hạn như Benzodiazepin hoặc propofol. Trong một thử nghiệm có đối chứng giả dược để đánh giá xem Dexmedetomidine có hiệu quả trong điều trị sang kích động ngăn cản việc rút

ống nội khí quản ở 74 người bệnh ICU thở máy hay không, sáng đã hồi phục sớm hơn 16 giờ (40%) và việc rút ống nội khí quản diễn ra sớm hơn (trung bình là 17 giờ) ở những người bệnh được điều trị bằng dexmedetomidine so với những người bệnh dùng giả dược. Do đó, hướng dẫn của SCCM PADIS khuyến nghị “sử dụng Dexmedetomidine để điều trị sáng ở người lớn thở máy khi tình trạng kích động ngăn cản việc cai máy/rút ống nội khí quản (khuyến nghị có điều kiện, chất lượng bằng chứng thấp)”.

Bảng 3. Quản lý dược lý kích động ở người bệnh sáng

Thuốc	Lợi ích	Tác dụng phụ	Cân nhắc đặc biệt
Thuốc chống loạn thần	Một số có sẵn dưới dạng chế phẩm tiêm bắp và/hoặc tiêm tĩnh mạch để khởi phát/ hiệu quả nhanh hơn. Hữu ích cho sự kích động cấp tính.	Tác dụng phụ ngoại tháp (run, loạn trương lực, rối loạn vận động muộn, bồn chồn bất an); kéo dài khoảng QTc, tăng Prolactin, tác dụng kháng cholinergic (tác dụng phụ khác nhau giữa các thuốc khác nhau).	Người bệnh cao tuổi có nguy cơ cao bị tác dụng phụ ngoại tháp; Cảnh báo FDA về: tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân sa sút trí tuệ.
Thuốc chỉnh khí sắc (Axit Valproic)	Một số bằng chứng để hỗ trợ việc sử dụng trong điều trị triệu chứng kích thích; ít bằng chứng về sáng.	Tăng men gan/ độc tính gan, viêm tụy, giảm tiểu cầu, tăng cân (sử dụng mãn tính), run, mất điều vận.	Có thể được sử dụng với khuyến cáo bậc hai hoặc thứ ba để kiểm soát kích động khi việc sử dụng thuốc chống loạn thần bị hạn chế bởi tác dụng phụ hoặc không hiệu quả. Có thể hữu ích nếu lo lắng về bệnh động kinh đi kèm.
Trazodone	Đạt được an thần từ nhẹ đến trung bình với ít tác dụng phụ hơn thuốc chống loạn thần.	Hạ huyết áp.	Có thể an toàn hơn thuốc an thần kinh (ở liều thấp) ở người bệnh cao tuổi.
Dexmedetomidine	An thần khởi phát nhanh chóng và dễ dàng đảo ngược (ở liều thấp hơn).	Nhịp tim chậm, hạ huyết áp.	Giới hạn trong các cơ sở chăm sóc đặc biệt.

Nguồn: Ospina JP et al: Epidemiology, Mechanisms, Diagnosis, and Treatment of Delirium: A Narrative Review. *Clin Med Ther.* 2018;1(1)

3.4. Phối hợp đa ngành trong quản lý sàng

- Quản lý sàng hiệu quả ở người cao tuổi cần phối hợp nhiều chuyên ngành nhằm tối ưu hóa can thiệp, giảm thời gian sàng và hạn chế biến chứng:

- Tâm thần: chẩn đoán sàng, đánh giá loạn thần, kích động, chỉ định và điều chỉnh thuốc chống loạn thần khi cần thiết; tư vấn các biện pháp quản lý hành vi.

- Lão khoa: đánh giá lão khoa toàn diện bao gồm yếu tố nguy cơ, bệnh lý nền, tối ưu hóa điều trị.

- Bác sĩ hồi sức: Điều trị hồi sức, điều trị các nguyên nhân gây sàng khi người bệnh ở đơn vị hồi sức

- Vật lý trị liệu – phục hồi chức năng: triển khai vận động sớm, ngồi dậy – đi lại an toàn, giảm bất động, cải thiện chức năng hô hấp và tuần hoàn.

- Dược lâm sàng: Rà soát polypharmacy bao gồm tương tác thuốc, nguy cơ sàng của các thuốc ví dụ thuốc kháng cholinergic và benzodiazepine.

- Điều dưỡng: đóng vai trò trung tâm trong theo dõi dao động triệu chứng, thực hiện các biện pháp định hướng lại, hỗ trợ giấc ngủ, phòng té ngã, tối ưu thông tin cảm giác, đảm bảo an toàn.

- Gia đình: tham gia hỗ trợ định hướng, trấn an, giúp duy trì môi trường quen thuộc, giảm lo âu và tăng tương tác xã hội.

- Phối hợp đa ngành giúp đảm bảo chăm sóc toàn diện, tăng hiệu quả của các biện pháp không dùng thuốc và giảm nhu cầu sử dụng thuốc an thần.

4. DỰ PHÒNG

4.1. Nguyên tắc chung

Sàng là một hội chứng cấp tính nhưng có thể dự phòng được đến 30–40% trường hợp. Dự phòng nên được bắt đầu ngay khi người bệnh nhập viện, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi có nguy cơ cao. Các phương pháp dự phòng sàng có hiệu quả hiện nay chủ yếu là các phương pháp không dùng thuốc, các nghiên cứu về dự phòng bằng thuốc còn rất hạn chế.

4.2. Các biện pháp dự phòng không dùng thuốc bao gồm:

- Đánh giá và kiểm soát các yếu tố nguy cơ

- Cần sàng lọc và xử trí sớm các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm: sa sút trí tuệ, rối loạn giấc quan (ví dụ, khiếm thị, khiếm thính) rối loạn giấc ngủ, bất động, dùng thuốc kháng cholinergic, nhiễm trùng, bí tiểu, táo bón, mất nước, môi trường lạ, rối loạn điện giải, và can thiệp thủ thuật lớn.

- Hạn chế nhập viện, dùng nhiều thuốc khi không cần thiết, nếu cần phải nhập viện, người bệnh nên được chăm sóc chuyên khoa lão khoa, xem xét các thuốc đang sử dụng ngay từ đầu. Khuyến cáo sàng lọc sàng thường xuyên, đánh giá sa sút trí tuệ, trầm cảm, rối loạn lo âu, tiền sử ngã, tiền sử sử dụng các chất tác động tâm thần (rượu, thuốc benzodiazepin, nicotine...).

- Can thiệp dự phòng trong môi trường đa khoa

- Các can thiệp đa thành phần được chứng minh có hiệu quả trong việc giảm nguy cơ mê sảng. Các gói can thiệp khác nhau giữa các nghiên cứu nhưng bao gồm các thành phần như vật lý trị liệu, định hướng lại, kích thích nhận thức, vận động sớm, thúc đẩy giấc ngủ không dùng thuốc, điều chỉnh khiếm khuyết về giác quan, xác định và điều trị nguyên nhân cơ bản hoặc biến chứng sau phẫu thuật, kiểm soát cơn đau, tránh táo bón, bù nước, dinh dưỡng và cung cấp oxy 10 .

- Một loạt các biện pháp can thiệp dự phòng có thể áp dụng trong môi trường đa khoa bao gồm:

- + Nhận biết sớm các yếu tố nguy cơ cao
- + Tầm soát sàng hàng ngày
- + Định hướng môi trường
- + Duy trì nước và điện giải bình thường
- + Điều hòa chức năng bàng quang và ruột
- + Thiết lập sớm chế độ ăn uống bình thường
- + Điều chỉnh rối loạn chuyển hóa
- + Hạn chế cố định
- + Tối ưu hóa tim mạch (cung cấp oxy nếu có chỉ định)
- + Xác định sớm nhiễm trùng
- + Điều trị đau hiệu quả
- + Hoạt động hàng ngày
- + Tránh thuốc chống loạn thần, benzodiazepin
- + Giảm rối loạn về đêm, hỗ trợ giấc ngủ
- + Tháo sớm thiết bị xâm lấn
- + Can thiệp được lý (ít có bằng chứng tin cậy)

Các chương trình can thiệp đa thành phần như Hospital Elder Life Program (HELP) và các mô hình chăm sóc lão khoa chủ động đã được chứng minh giúp giảm rõ rệt tỷ lệ sảng. Chương trình HELP bao gồm 6 thành phần chính:

- Tái định hướng nhận thức: thường xuyên cung cấp, nhắc nhở các thông tin về thời gian, không gian, môi trường xung quanh, người thân; sử dụng đồng hồ, lịch, bảng tên người chăm sóc, hạn chế thay đổi người bệnh đến môi trường lạ, nhiều xáo trộn, hạn chế thay đổi người chăm sóc.

- Hỗ trợ thị giác/thính giác: cung cấp kính, máy trợ thính nếu có chỉ định.

- Cải thiện giấc ngủ tự nhiên: dùng các phương pháp thư giãn, tạo không gian yên tĩnh, âm nhạc nhẹ, mát-xa lưng, ánh sáng phù hợp với chu kỳ ngày – đêm.

- Khuyến khích vận động sớm: vật lý trị liệu và đi lại có hướng dẫn nếu không chống chỉ định.

- Dinh dưỡng và bù nước: giám sát, đảm bảo chế độ ăn và uống đầy đủ, phù hợp.

- Hỗ trợ giải trí và hoạt động xã hội: Tạo điều kiện cho người bệnh tham gia các hoạt động giải trí phù hợp (trò chuyện, đọc sách, nghe nhạc...). Hỗ trợ kết nối với gia đình.

Can thiệp dự phòng trong đơn vị hồi sức

- Bên cạnh các can thiệp giống như can thiệp trong môi trường đa khoa, các can thiệp dành riêng cho môi trường hồi sức bao gồm:

- Nhận biết người bệnh có nguy cơ cao (> 65 tuổi, cấp tính cao, nhiễm trùng huyết, sốc, sa sút và thông khí)

- Thuốc an thần nhẹ

- Hạn chế Benzodiazepin

- Vận động sớm

- Thúc đẩy thói quen ngày đêm

- Nhận thức và định hướng môi trường

- Loại bỏ các thiết bị khi không cần thiết (thiết bị nội mạch và đường thở)

- Can thiệp dược lý: Một số bằng chứng gợi ý nhưng không được khuyến nghị bởi các đồng thuận.

KẾT LUẬN

Sảng là một hội chứng thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt trong các bối cảnh điều trị nội trú, hồi sức và sau phẫu thuật. Với các triệu chứng, diễn biến bệnh thay đổi đa dạng, phức tạp, việc chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời có thể cải thiện đáng kể tiên lượng người bệnh. Quản lý và điều trị sảng cần tiếp cận đa thành phần, ưu tiên các biện pháp không dùng thuốc, các can thiệp dược lý nên áp dụng có chọn lọc và ngắn hạn. Cần tăng cường tầm soát nguy cơ và triển khai các biện pháp dự phòng chủ động trong chăm sóc lâm sàng ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th Revision*. 5th ed. World Health Organization; 1992.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Wilson JE, Mart M, Cunningham C, et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primer*. 2020;6(1):90. doi:10.1038/s41572-020-00223-4
4. Ospina JP, King Iv F, Madva E, Celano CM. Epidemiology, Mechanisms, Diagnosis, and Treatment of Delirium: A Narrative Review. *Clin Med Ther*. 2018;1(1). doi:10.24983/scitemed.cmt.2018.00085
5. Kirakosyan G, Frolova A. Delirium (Clinical Presentation, Diagnosis and Treatment): Updates for Neurologists and Psychiatrists. 2020;(9).
6. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1
7. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Delirium. In: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol 1. 10th edition. Wolters Kluwer; 2017.
8. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009;5(4):210-220. doi:10.1038/nrneurol.2009.24
9. Morandi A, Jackson JC. Delirium in the Intensive Care Unit: A Review. *Neurol Clin*. 2011;29(4):749-763. doi:10.1016/j.ncl.2011.08.004
10. Ramírez Echeverría M de L, Schoo C, Paul M. Delirium. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed May 4, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470399/>

ĐẠI TIỆN TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ

1. TIỆN TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ

1.1. Định nghĩa tiểu không tự chủ ở người cao tuổi

Tiểu không tự chủ (TKTC) ở người cao tuổi là tình trạng mất hoạt động tự chủ của việc tiểu tiện, dẫn đến rò rỉ nước tiểu ngoài ý muốn, do rối loạn chức năng hệ tiết niệu hoặc các yếu tố liên quan đến lão hóa. TKTC là một dấu hiệu hay triệu chứng của rối loạn chức năng đường tiểu chứ không phải là một bệnh. Đây là một vấn đề phổ biến và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, tâm lý và hoạt động chức năng hàng ngày của người cao tuổi. Rối loạn này nhiều khi không được nhận biết và chưa được báo cáo.

TKTC ảnh hưởng đến sức khỏe, tạo sự tự ti mặc cảm hạn chế giao tiếp xã hội, nặng hơn gây rối loạn tâm thần, hạnh phúc của người bệnh. TKTC là nguy cơ nhiễm khuẩn niệu ngược dòng, nếu không ngăn chặn dễ dàng gây nhiễm khuẩn huyết, viêm thận bể thận, thận ứ mủ gây suy thận và tăng huyết áp. TKTC cũng gây ảnh hưởng đến các bệnh lý da, tăng gánh nặng chăm sóc và chi phí y tế.

1.2. Dịch tễ học của TKTC ở người cao tuổi

TKTC làm một vấn đề sức khỏe khá thường gặp ở người cao tuổi. Dịch tễ học của TKTC thay đổi tùy theo khu vực địa lý, giới tính, độ tuổi, và các yếu tố liên quan như bệnh lý nền, lối sống, và khả năng tiếp cận y tế. Tỷ lệ mắc tăng theo tuổi và tăng theo mức độ suy yếu cơ thể, nữ giới cao tuổi thường có tỷ lệ cao hơn nam giới (gấp 2–3 lần). Trên thế giới, TKTC gặp ở 17-55% người cao tuổi (phụ nữ 30-60%, nam giới 10-30%), tăng theo tuổi, phổ biến ở viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn (50-70%) với các mức độ TKTC khác nhau. Tại Việt Nam, dữ liệu về TKTC ở người cao tuổi tại Việt Nam còn hạn chế, chủ yếu từ các nghiên cứu nhỏ hoặc bệnh viện. Ước tính tỷ lệ mắc ở cộng đồng là 15-30% ở người ≥ 60 tuổi, thấp hơn thế giới do dưới báo cáo (văn hóa xấu hổ, ít tìm kiếm điều trị). Phụ nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (20-35%) so với nam giới (10-20%). TKTC thay đổi theo mức độ nghiêm trọng từ hiện tượng xì nước tiểu khi có gia tăng áp lực ổ bụng khi gắng sức khi ho... tới mức độ són tiểu liên tục, đến nặng hơn là tiểu không kiểm soát có kèm theo đại tiện không tự chủ. Tuổi càng cao thì tỉ lệ mắc TKTC tăng dần. Dù có tỷ lệ cao, TKTC chưa được quan tâm đúng mức trong thực hành chăm sóc người cao tuổi tại Việt Nam.

1.3. Sinh lý bệnh và nguyên nhân

1.3.1. Sinh lý bệnh của TKTC

TKTC là hậu quả của sự mất cân bằng giữa chức năng dự trữ và tổng xuất nước tiểu của bàng quang, liên quan đến:

Cơ chế kiểm soát tiểu tiện bình thường:

- Bàng quang: Co giãn để chứa nước tiểu (thư giãn khi tích trữ, co bóp khi tiểu).

- Cơ vòng niệu đạo: Đóng chặt để ngăn rò rỉ, mở khi tiểu.

- Hệ thần kinh: Trung ương (não, tủy sống) và ngoại biên (thần kinh chậu) điều phối cảm giác đầy bàng quang và kiểm soát tiểu tiện.

Cơ chế sinh lý bệnh chính của TKTC ở người cao tuổi

Lão hóa:

- Giảm độ đàn hồi bàng quang (dung tích giảm 50-100ml), yếu cơ sàn chậu, suy giảm tín hiệu thần kinh.

- Tăng hoạt cơ detrusor (Overactive bladder – OAB): gây tiểu gấp, tiểu són, thường gặp ở người cao tuổi do giảm ức chế từ vỏ não.

- Giảm chức năng cơ thắt niệu đạo hoặc cơ sàn chậu: gây rò rỉ nước tiểu khi gắng sức (ho, hắt hơi, nâng vật nặng...).

- Thần kinh: Sa sút trí tuệ, bệnh Parkinson, hoặc đột quỵ não làm rối loạn kiểm soát trung ương.

- Hormone: Mãn kinh ở phụ nữ làm giảm estrogen, gây teo niêm mạc niệu đạo, yếu cơ sàn chậu, viêm teo âm đạo và giảm khả năng đề kháng, giảm chiều dài và áp lực đóng tối đa của niệu đạo.

- Yếu tố nhận thức hoặc vận động: người bệnh không vào nhà vệ sinh kịp thời (functional incontinence).

- Tắc nghẽn đường tiểu dưới: dẫn đến bí tiểu, ứ đọng dẫn tới tiểu tràn (overflow incontinence).

Ở nam giới: kích thích tuyến tiền liệt tăng, gây cản trở phần nào niệu đạo và dẫn đến việc tiểu không hết và làm căng cơ trơn bàng quang. Những thay đổi này xảy ra ở nhiều người bình thường, người cao tuổi, và có thể tạo điều kiện cho TKTC nhưng không phải là nguyên nhân gây ra.

1.3.2. Nguyên nhân TKTC

Nguyên nhân TKTC ở người cao tuổi được chia thành TKTC tạm thời (có thể đảo ngược) và mãn tính (liên quan đến bệnh lý hoặc lão hóa). Thường gặp nhất là do nhiều yếu tố phối hợp.

1.3.2.1. Nguyên nhân TKTC tạm thời

- Có một số nguyên nhân gây TKTC tạm thời. Nguyên nhân tạm thời (DIAPPERS) gồm:

+ Delirium (sảng cấp): Gây mất khả năng kiểm soát tiểu tiện.

+ Infection (nhiễm trùng đường tiết niệu): Kích thích bàng quang, gây TKTC cấp bách.

+ Atrophic vaginitis/urethritis (teo niêm mạc âm đạo/niệu đạo): gặp ở phụ nữ mãn kinh, làm yếu cơ vòng.

+ Pharmaceuticals (thuốc): Lợi tiểu (furosemide), anticholinergics, hoặc thuốc an thần có thể gây tiểu nhiều hoặc giảm nhận thức.

+ Psychological (tâm lý): Trầm cảm, lo âu làm giảm ý thức đi tiểu đúng lúc.

+ Excess urine output (đa niệu): do đái tháo đường, uống nhiều caffeine/rượu.

+ Restricted mobility: Khó di chuyển đến nhà vệ sinh (viêm khớp, sau phẫu thuật).

+ Stool impaction (táo bón): Chèn ép bàng quang, gây TKTC cấp bách hoặc tràn đầy.

1.3.2.2. TKTC mạn tính

Nguyên nhân của tiểu không tự chủ mạn tính là do các tác động dai dẳng liên quan đến thần kinh hoặc cơ. Các cơ chế thường gặp là do rối loạn chức năng hoặc tắc nghẽn đường ra bàng quang, cơ trơn bàng quang hoạt động quá mức hoặc không hoạt động, rối loạn đồng vận bàng quang cơ thắt, hoặc kết hợp. Tuy nhiên, những cơ chế này cũng tham gia vào một số nguyên nhân tạm thời.

- Đường ra nước tiểu suy yếu

Là một nguyên nhân phổ biến gây tiểu không tự chủ khi gắng sức (ho, hắt hơi, cười lớn hoặc mang vác vật nặng...). Ở phụ nữ, thường là do sự suy yếu của cơ đáy chậu hoặc của mạc nội chậu. Sự suy yếu này thường xuất phát từ việc sinh con nhiều qua đường âm đạo, phẫu thuật vùng chậu (bao gồm cắt tử cung), thay đổi liên quan đến tuổi tác (bao gồm viêm teo niệu đạo) hoặc kết hợp. Hậu quả là vị trí nổi bàng quang niệu đạo bị hạ thấp, cổ bàng quang và niệu đạo trở nên tăng di động, và áp lực trong niệu đạo giảm thấp hơn áp lực trong bàng quang khi tăng áp lực ổ bụng, từ đó gây rò rỉ nước tiểu. Ở nam giới, nguyên nhân thường gặp là tổn thương cơ thắt niệu đạo hoặc tổn thương vùng cổ bàng quang và niệu đạo sau, thường xảy ra sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

- Tắc nghẽn đường ra

+ Là một nguyên nhân phổ biến gây tiểu không tự chủ ở nam giới, mặc dù hầu hết nam giới bị tắc nghẽn không phải là không kiểm soát được. Sự tắc nghẽn ở nam giới thường là hậu quả của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt, hoặc là hẹp niệu đạo. Ở cả hai giới, u phân có thể gây tắc nghẽn. Ở phụ nữ, tắc nghẽn đường ra có thể là kết quả của phẫu thuật trước đó vì tiểu không kiểm chế được hoặc do sa bàng quang gây ra niệu đạo xoắn trong quá trình cố gắng để đi tiểu.

+ Sự tắc nghẽn dẫn đến bàng quang giãn quá mức mạn tính, thường làm mất khả năng co bóp bàng quang; sau đó bàng quang không trống hoàn toàn, dẫn đến bàng quang và gây tiểu són, tiểu gấp. Nếu cơ trơn bàng quang mất khả năng bị co thắt, có thể dẫn tới tiểu không tự chủ do bàng quang đầy. Một số nguyên nhân gây tắc nghẽn đường ra (ví dụ, túi thừa lớn bàng quang, sa bàng quang, viêm bàng quang, sỏi và khối u) có thể giải quyết được.

- Cơ trơn bàng quang tăng hoạt

Là một nguyên nhân phổ biến gây ra tiểu gấp không tự chủ ở người bệnh lớn tuổi và người bệnh trẻ hơn. Cơ trơn bàng quang co thắt ngắt quãng mà không có lý do rõ ràng, thông thường khi bàng quang đầy một phần hoặc gần toàn bộ. Cơ trơn bàng quang hoạt động quá mức có thể do vô căn hoặc do rối loạn chức năng trung tâm ức chế tiểu tiện ở thủy não (thường do thay đổi tuổi, sa sút trí tuệ, hoặc đột quỵ não) hoặc tắc nghẽn đường ra. Cơ trơn bàng quang hoạt động quá mức (tăng động) với tình trạng co bóp không có hiệu lực là một biến thể của tiểu gấp không tự chủ đặc trưng bởi tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tốc độ dòng tiểu yếu, bí tiểu, bè bàng quang (quan sát được khi soi bàng quang), và thể tích nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu > 50 mL. Biến thể này có thể tương tự như bệnh tiền liệt tuyến ở nam giới hoặc tiểu không tự chủ dưới tác động stress (ho, hắt hơi,...) ở phụ nữ.

- Cơ trơn bàng quang giảm hoạt

Gây bí tiểu và tiểu không tự chủ do bàng quang đầy ở khoảng 5% người bệnh tiểu không tự chủ. Nó có thể do tổn thương tủy sống hoặc rễ thần kinh chi phối bàng quang (ví dụ, chèn ép tủy, khối u, hoặc phẫu thuật), bởi các bệnh thần kinh ngoại biên hoặc thần kinh tự động, hoặc các rối loạn thần kinh khác. Thuốc kháng cholinergic và opioid làm giảm đáng kể sự co bóp của cơ trơn bàng quang; những loại thuốc này tạm thời là những nguyên nhân phổ biến. Cơ trơn có thể trở nên không hoạt động ở những người nam giới bị tắc nghẽn đường ra mạn tính vì cơ trơn bàng quang bị thay thế bởi tổ chức xơ và mô liên kết, làm cho bàng quang không thể rỗng được ngay cả khi tắc nghẽn đã được giải quyết. Ở phụ nữ, sự giảm hoạt của cơ trơn bàng quang thường vô căn. Ít trường hợp cơ trơn bàng quang yếu trầm trọng phổ biến ở phụ nữ lớn tuổi. Sự yếu như vậy không gây tiểu không tự chủ nhưng có thể làm phức tạp điều trị nếu các nguyên nhân khác của tiểu không tự chủ cùng tồn tại.

- Mất đồng vận cơ trơn bàng quang cơ thắt (mất sự phối hợp giữa co thắt bàng quang và giãn cơ thắt niệu đạo ngoài).

Có thể gây tắc nghẽn đường ra, hậu quả là nước tiểu trào ra không kiểm soát được. Chứng rối loạn đồng vận thường do tổn thương tủy sống làm gián đoạn đường đi tới trung tâm tiểu tiện ở cầu não, nơi điều hợp sự giãn cơ thắt và sự co bàng quang. Thay vì giãn khi bàng quang co lại, cơ vòng co lại, làm tắc nghẽn đường ra của bàng quang. Chứng rối loạn đồng vận gây ra các bè xơ bàng quang

nặng, túi thừa, sự biến dạng hình "cây thông giáng sinh" của bàng quang, ứ nước thận, và suy thận.

- Suy chức năng

Các suy giảm chức năng như suy giảm nhận thức, giảm khả năng vận động, giảm sự khéo tay, các rối loạn phối hợp, thiếu động lực, đặc biệt ở người cao tuổi, có thể góp phần dẫn đến tiểu không tự chủ thực sự nhưng hiếm khi là nguyên nhân gây ra nó.

Tóm tắt một số nguyên nhân TKTC mạn tính thường gặp:

+ Yếu tố lão hóa:

- Yếu cơ sàn chậu (do sinh đẻ nhiều lần, sinh khó, lao động nặng).
- Giảm dung tích bàng quang và tăng co bóp bất thường.
- Suy giảm thần kinh (chậm tín hiệu từ não đến bàng quang).
- Lão hóa gây giảm trương lực cơ

+ Bệnh lý:

- Đái tháo đường: Tổn thương thần kinh ngoại biên, gây bàng quang mất cảm giác hoặc tăng hoạt.

- Đột quy não/Parkinson/Sa sút trí tuệ: Rối loạn kiểm soát thần kinh trung ương.

- Phì đại tuyến tiền liệt (nam): Gây tắc nghẽn, dẫn đến TKTC tràn đầy.
- Sa sinh dục (nữ): Làm yếu cấu trúc hỗ trợ niệu đạo, gây TKTC gắng sức.

+ Chấn thương tủy sống

- Phẫu thuật vùng chậu (cắt tử cung, xạ trị), phẫu thuật tuyến tiền liệt
- Hẹp niệu đạo
- Đa xơ cứng (MS)

+ Yếu tố khác:

- Béo phì: Tăng áp lực bụng, gây TKTC gắng sức.
- Hút thuốc: Kích thích bàng quang, tăng ho mãn tính.
- Thiếu tiếp cận nhà vệ sinh: Đặc biệt ở viện dưỡng lão hoặc vùng nông thôn.

- Giảm estrogen sau mãn kinh

- Thuốc: lợi tiểu (furosemide, thiazide...), thuốc chống trầm cảm, an thần, thuốc kháng cholinesterase

- Chất kích thích bàng quang (caffeine, rượu, nicotin)

+ Nguy cơ đặc thù ở Việt Nam:

- Sinh đẻ nhiều lần (phụ nữ nông thôn).
- Lao động nặng, làm yếu cơ sàn chậu.
- Thiếu nhận thức và tiếp cận y tế, dẫn đến không điều trị kịp thời.

1.4. Phân loại TKTC

Có nhiều cách phân loại khác nhau: TKTC theo quãng thời gian biểu hiện triệu chứng, theo truyền thống dựa trên các triệu chứng lâm sàng, theo sinh lý bệnh.

1.4.1. Phân loại theo triệu chứng lâm sàng

- TKTC gắng sức (Stress UI):

+ Rò rỉ nước tiểu khi gắng sức mà không do sự co bóp bàng quang, xảy ra khi người bệnh có hoạt động gắng sức gây tăng áp lực ổ bụng như ho, hắt hơi, rặn, cười, khiêng vác nặng... lượng nước tiểu thường thoát ra ít.

+ Nguyên nhân: yếu cơ sàn chậu, tổn thương niệu đạo (thường gặp ở phụ nữ béo phì, chữa đẻ nhiều lần, sau sinh hoặc mãn kinh). Ở nam giới thường gặp sau phẫu thuật tuyến tiền liệt, nhất là cắt bỏ tuyến tiền liệt tận gốc.

- TKTC gấp/cấp bách (Urge UI):

+ Là tình trạng thoát nước tiểu kết hợp với tình trạng tiểu gấp đột ngột, không kiểm soát được, thường kèm tiểu đêm hoặc tiểu nhiều lần. Người bệnh chưa kịp ra nhà vệ sinh thì đã vãi nước tiểu.

+ Nguyên nhân: Thường do suy yếu chức năng lưu giữ nước tiểu của bàng quang hay còn gọi là do co bóp cơ detrusor bất thường, bàng quang tăng hoạt. Hay gặp khi thời tiết lạnh, rối loạn tinh thần, vệ sinh bàng nước. Ở nam giới, TKTC cấp bách có thể là biểu hiện do tắc nghẽn dòng tiểu, bất ổn định cơ detrusor vô căn, bệnh lý thần kinh, xạ trị vùng tiểu khung, nhiễm trùng.

- TKTC tràn đầy (Overflow UI):

+ Rò rỉ nhỏ giọt liên tục do bàng quang đầy quá mức hoặc tắc nghẽn.

+ Nguyên nhân do ứ đọng nước tiểu mạn tính, người bệnh són tiểu từng đợt và không bao giờ đi tiểu bình thường. Hay gặp ở người bệnh suy yếu co bóp bàng quang, tổn thương thần kinh, bàng quang giảm co bóp hoặc tắc nghẽn đường ra của bàng quang nhất là nam giới bị phì đại tuyến tiền liệt chèn ép đường ra cổ bàng quang, ở nữ có thể do sa tử cung, hoặc do táo bón.

- TKTC hoàn toàn:

+ Rò rỉ nước tiểu thường xuyên, liên tục cả ngày lẫn đêm.

+ Nguyên nhân có thể thấy trong rối loạn chức năng bàng quang do bệnh lý thần kinh: tổn thương tủy sống, đột quỵ não, tổn thương thần kinh ngoại biên, sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc ở nam giới.

- TKTC chức năng (Functional UI):

Không kiểm soát đi tiểu được do yếu tố chức năng, các cơ quan hệ tiết hay sa sút trí tuệ nên không quan tâm đến các quy tắc xã hội về thời gian, địa điểm đi tiểu dẫn đến không đến được nhà vệ sinh kịp thời.

- TKTC thể phối hợp (Mixed UI):

Kết hợp TKTC gắng sức và cấp bách, phổ biến ở người cao tuổi (20-30% các trường hợp) do kết hợp hai cơ chế trên.

1.4.2. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh

1.4.2.1. Bất thường cơ detrusor

- Mất độ giãn nở bàng quang: bàng quang không thể lưu giữ áp lực thấp để chứa đựng nước tiểu trong pha đồ đầy. TKTC xuất hiện ngay cả khi bàng quang không co bóp. Thường gặp trong bàng quang thần kinh, loạn sản tủy, sau phẫu thuật tại bàng quang, xạ trị khung chậu.

- Hoạt động quá mức: sự co bóp cơ detrusor không tự chủ trong pha đồ đầy, nguyên nhân có thể là vô căn hoặc tai biến mạch não, hoặc ở nam giới có phì đại tuyến tiền liệt gây tắc nghẽn dòng tiểu, hoặc ung thư bàng quang, hoặc viêm bàng quang.

1.4.2.2. Bất thường cơ thắt niệu đạo

- Sự nâng đỡ của các cơ - cân vùng đáy chậu suy yếu: hay gặp ở nữ giới do tuổi tác hoặc sinh đẻ nhiều, hoặc sinh con to, thời gian chuyển dạ kéo dài. Thường phối hợp với sa tử cung, sa bàng quang hoặc sa trực tràng.

- Giảm estrogen: làm teo niêm mạc niệu đạo dẫn đến mất sự áp niêm mạc niệu đạo.

- Sẹo niêm mạc niệu đạo: sau phẫu thuật can thiệp nhiều lần, chấn thương làm niệu đạo mất tính đàn hồi dẫn đến mất sự áp niêm mạc niệu đạo.

- Sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt: phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo, phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt tận gốc gây suy cơ thắt đơn thuần hoặc phối hợp với sự co bóp cơ detrusor bất thường và tổn thương thần kinh.

1.4.2.3. Phân loại theo nguyên nhân

Nguyên nhân giải phẫu: Yếu cơ sàn chậu, sa sinh dục (nữ), phì đại tuyến tiền liệt (nam).

Nguyên nhân thần kinh: Đột quỵ não, bệnh Parkinson, sa sút trí tuệ, tổn thương tủy sống.

Nguyên nhân chức năng: Hạn chế di động, môi trường không thuận lợi (thiếu nhà vệ sinh gần).

Nguyên nhân khác: Nhiễm trùng, thuốc, béo phì, táo bón.

1.4.2.4. Phân loại theo thời gian diễn biến

- TKTC tạm thời:

Nguyên nhân: Nhiễm trùng đường tiết niệu, táo bón, thuốc (lợi tiểu, an thần), lú lẫn cấp.

Ví dụ DIAPPERS (Delirium, Infection, Atrophic vaginitis Pharmaceuticals, Psychological, Excess urine output, Restricted mobility, Stool impaction).

- TKTC mạn tính:

Kéo dài, liên quan đến lão hóa hoặc bệnh lý nền.

Ví dụ: Yếu cơ sàn chậu, đái tháo đường, đột quỵ não, phì đại tuyến tiền liệt...

1.5. Triệu chứng và chẩn đoán

Đánh giá tiểu không tự chủ trên người cao tuổi cần đánh giá toàn diện bao gồm xác định các bệnh đồng mắc, tình trạng chức năng, các thuốc đang sử dụng và các yếu tố nguy cơ góp phần gây bệnh.

1.5.1. Khai thác tiền sử và triệu chứng của bệnh

Khai thác tiền sử và triệu chứng là bước quan trọng để chẩn đoán TKTC ở người cao tuổi, giúp xác định loại TKTC, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ, và định hướng điều trị.

1.5.1.1. Triệu chứng TKTC

Bước đầu tiên là chủ động sàng lọc tiểu không tự chủ vì 50% người bệnh không khai báo các triệu chứng của họ cho nhân viên y tế. Khai thác về tiền sử khởi phát, tần suất, khối lượng, thời gian và các yếu tố liên quan với tiểu không tự chủ, cũng như đánh giá chất lượng cuộc sống của họ.

- Tiền sử triệu chứng tiết niệu:

+ Bắt đầu tiểu không tự chủ từ khi nào?

+ Xảy ra trong hoàn cảnh nào? (ho, hắt hơi, chạy nhảy, tiểu gấp không kìm được...)

+ Tần suất và thời điểm xảy ra (ngày, đêm hay cả hai)

+ Lượng nước tiểu rò (ít/giọt hay nhiều/làm ướt quần)

+ Có cảm giác mót tiểu trước đó không?

+ Có đi tiểu nhiều lần/ngày hoặc đêm không? (tần suất tiểu tiện)

+ Có cảm giác tiểu không hết hay bí tiểu không?

Bảng 1. Triệu chứng gợi ý loại tiểu không tự chủ

Triệu chứng	Gợi ý loại TKTC
Rò tiểu khi ho, hắt hơi, cười lớn, chạy, nâng vật nặng	TKTC gắng sức
Mót tiểu đột ngột, không kìm được	TKTC cấp bách
Vừa mót tiểu, vừa són khi gắng sức	TKTC hỗn hợp
Rò tiểu liên tục, tiểu không hết, căng tức	TKTC tràn đầy
Khó kiểm soát tiểu do yếu tố khác (không kịp đi vệ sinh)	TKTC chức năng

- Các triệu chứng bổ sung:

+ Tần suất và lượng rò rỉ: ít (vài giọt), trung bình (ướt quần), nặng (cần tã lót).

+ Thời điểm: Ban ngày, ban đêm (tiểu đêm liên quan đến TKTC gấp/cấp bách hoặc bệnh lý nền).

+ Yếu tố kích hoạt: ho, uống cà phê/rượu, tư thế đứng/ngồi.

- Triệu chứng kèm theo:

+ Đau khi tiểu, tiểu máu (nghi nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi, u).

+ Táo bón (chèn ép bàng quang).

+ Giảm cảm giác buồn tiểu (tổn thương thần kinh).

- Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống: xấu hổ, hạn chế hoạt động xã hội, trầm cảm (60% người bệnh TKTC ở Việt Nam có dấu hiệu trầm cảm nhẹ).

- Nhật ký đi tiểu:

+ Ghi lại: thói quen uống nước (số lượng nước trung bình mỗi ngày, loại nước), số lần tiểu, thời gian rò rỉ, lượng rò rỉ (ước tính), tình huống (ho, buồn tiểu gấp) 3-7 ngày.

+ Hữu ích để phân biệt loại TKTC và đánh giá hiệu quả điều trị.

- Sử dụng bảng câu hỏi:

+ 3IQ (3 Incontinence Questionnaire): sàng lọc và phân loại TKTC

+ ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form): đánh giá mức độ ảnh hưởng chất lượng sống

1.5.1.2. Tiền sử

- Tiền sử bệnh lý: cần khai thác các bệnh phối hợp vì có thể ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng của bàng quang gây nên các triệu chứng đường tiết niệu dưới. Các bệnh thường phối hợp với tiểu không tự chủ bao gồm:

+ Bệnh tiết niệu: Nhiễm trùng đường tiết niệu, đái máu, sỏi thận, phì đại tuyến tiền liệt (nam), sa sinh dục (nữ).

+ Các bệnh về thần kinh như: đột quỵ não, sa sút trí tuệ, bệnh Parkinson, bệnh xơ cứng rải rác và tổn thương tủy sống sau chấn thương.

+ Các bệnh lý nội khoa mạn tính như: các nguyên nhân gây hạn chế vận động do tai biến mạch máu não, bệnh đái tháo đường, táo bón mạn tính, đau khung chậu mạn tính, bệnh tăng nhãn áp góc đóng, sa cơ quan vùng chậu (bàng quang, tử cung, trực tràng)...

+ Tiền sử sản khoa (nữ): số lần sinh, sinh khó, sinh mổ hay sinh thường, sinh con to ($>4\text{kg}$), chuyển dạ kéo dài, làm yếu cơ sàn chậu, mãn kinh và các triệu chứng teo âm đạo.

+ Tiền sử phẫu thuật: phẫu thuật vùng chậu, tuyến tiền liệt, hoặc cột sống có thể ảnh hưởng thần kinh hoặc cơ sàn chậu., phẫu thuật vùng tiểu khung và tia xạ vùng khung chậu.

+ Tiền sử dùng thuốc: một số loại thuốc có thể gây ra tiểu không tự chủ như thuốc kháng cholinergic, chất chủ vận alpha - adrenergic, thuốc đối kháng alpha, thuốc lợi tiểu, thuốc chẹn kênh canxi, thuốc an thần - gây ngủ, thuốc ức chế men chuyển và thuốc điều trị Parkinson,...

- Lối sống:

+ Uống nước (lượng, thời gian, caffeine/rượu: $>200\text{mg/ngày}$ tăng nguy cơ).

+ Hút thuốc (kích thích bàng quang, gây ho mãn tính).

+ Béo phì ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ tăng nguy cơ TKTC gắng sức 60%).

+ Lao động nặng hoặc sinh đẻ nhiều (phổ biến ở Việt Nam, đặc biệt phụ nữ nông thôn).

- Khả năng di động và nhận thức:

+ Hạn chế di chuyển (viêm khớp, sau phẫu thuật) gây TKTC chức năng.

+ Sa sút trí tuệ, lú lẫn cấp ảnh hưởng kiểm soát tiểu tiện.

- Môi trường sống: Tiếp cận nhà vệ sinh (khoảng cách, chướng ngại vật), đặc biệt ở viện dưỡng lão hoặc vùng nông thôn Việt Nam.

1.5.2. Chẩn đoán

1.5.2.1. Khám thực thể

Mục tiêu khám thực thể:

- Xác định dấu hiệu lâm sàng của TKTC (phân loại, mức độ).

- Loại trừ nguyên nhân tạm thời (nhiễm trùng, táo bón) hoặc bệnh lý nghiêm trọng (u, tổn thương thần kinh).

- Đánh giá tình trạng toàn thân, đặc biệt ở người cao tuổi (khả năng vận động, dinh dưỡng, nhận thức, bệnh nền và chăm sóc).

1.5.2.2. Khám toàn thân

- Tình trạng tổng quát:

Toàn trạng: gầy, suy mòn, mất nước, dấu hiệu nhiễm trùng

Dấu hiệu sinh tồn: sốt (nhiễm trùng tiết niệu), huyết áp tư thế (gây tiểu són), nhịp tim

Đánh giá thể trạng: béo phì ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ tăng nguy cơ TKTC gắng sức), suy kiệt (hội chứng dễ bị tổn thương, liên quan TKTC chức năng).

Khả năng di động: đi lại khó khăn, cần hỗ trợ (gậy, xe lăn), nguy cơ ngã, khả năng sử dụng nhà vệ sinh, nghĩ tới TKTC chức năng.

Nhận thức: sàng cấp, sa sút trí tuệ (đánh giá bằng các thang điểm như Mini-Mental State Examination (MMSE), MoCA... nếu cần).

- Khám bụng – hệ tiết niệu:

Quan sát cầu bàng quang (trên xương mu): dấu hiệu bàng quang căng, gợi ý bí tiểu - tiểu tràn

Sờ nắn: phát hiện khối u vùng bụng dưới (bàng quang đầy, u chèn ép).

Gõ: bàng quang căng (nghi TKTC tràn đầy do tắc nghẽn hoặc tổn thương thần kinh).

Nghe: âm ruột (táo bón mãn tính chèn ép bàng quang).

Dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng tiết niệu: đau tức hạ vị, sốt, tiểu buốt, nước tiểu đục.

1.5.2.3. Khám vùng sinh dục – hậu môn

- Với nữ:

Khám ngoài âm đạo: tìm dấu hiệu teo niêm mạc âm đạo (mãn kinh, liên quan TKTC gắng sức/cấp bách).

Khám âm đạo (nếu có thể): sa tử cung, sa bàng quang, sa trực tràng

Test ho (Cough Stress Test): yêu cầu người bệnh ho mạnh khi bàng quang đầy (hoặc sau uống 500ml nước). Quan sát rò rỉ nước tiểu xác định TKTC gắng sức.

Đánh giá cơ sàn chậu: yêu cầu người bệnh co cơ (như nhịn tiểu), đánh giá sức mạnh (thang Oxford 0-5). Nếu yếu thì nghi TKTC do gắng sức.

- Với nam:

Khám tuyến tiền liệt (thăm trực tràng): phát hiện phì đại tuyến tiền liệt (nghi TKTC tràn đầy), kích thước, độ cứng (nghi ung thư).

Khám bộ phận sinh dục ngoài: tìm dấu hiệu viêm, hẹp niệu đạo.

Test ho: tương tự nữ, nhưng ít gặp TKTC gắng sức ở nam.

- Với cả hai giới:

Khám hậu môn - trực tràng: đánh giá trương lực cơ thắt hậu môn

Phát hiện khối u vùng tầng sinh môn, áp xe, rò rỉ phân (nếu có)

1.5.2.4. Khám thần kinh

Phản xạ: kiểm tra phản xạ gân xương (đùi, cẳng chân), phản xạ hậu môn (liên quan thần kinh chậu).

Cảm giác vùng tầng sinh môn: đánh giá cảm giác vùng quanh hậu môn (tổn thương thần kinh S2-S4).

Chức năng vận động: đánh giá khả năng đứng, đi, ngồi (hạn chế di động, nghi TKTC chức năng), yếu liệt, run (Parkinson), tăng/giảm trương lực.

Dấu hiệu tổn thương thần kinh trung ương: liệt nửa người, Babinski dương tính (sau đột quy).

Thăng bằng, phối hợp động tác (tiểu không tự chủ chức năng).

Nhận thức: quan sát hành vi, khả năng hiểu hướng dẫn (sa sút trí tuệ, lú lẫn cấp).

1.5.2.5. Đánh giá da và mô mềm

Kiểm tra vùng quanh hậu môn, âm đạo: loét da, kích ứng do rò rỉ nước tiểu kéo dài.

Tìm dấu hiệu nhiễm trùng (đỏ, sưng) hoặc tổn thương do tã lót, bím.

1.5.2.6. Đánh giá khả năng chăm sóc bản thân

Người bệnh có:

Cởi và mặc quần áo dễ dàng?

Tự tìm được nhà vệ sinh?

Cần người hỗ trợ khi đi tiểu?

Dùng thang điểm Katz ADL hoặc Barthel Index nếu cần lượng giá độc lập chức năng

1.5.2.6. Lưu ý ở người cao tuổi

- Tính nhạy cảm: người cao tuổi, đặc biệt ở Việt Nam, có thể xấu hổ khi khám vùng chậu. Cần giải thích rõ, đảm bảo riêng tư, và có người hỗ trợ nếu cần.

- Bệnh lý phối hợp: đái tháo đường, đột quy, Parkinson, hoặc sa sút trí tuệ làm phức tạp triệu chứng TKTC, cần đánh giá lão khoa toàn diện.

- Hạn chế xâm lấn: tránh các thủ thuật gây đau (như thông tiểu không cần thiết) ở người bệnh có hội chứng dễ bị tổn thương.

- Môi trường: đánh giá khả năng tiếp cận nhà vệ sinh (khoảng cách, ánh sáng, chương ngại vật) để loại trừ TKTC chức năng..

- Văn hóa Việt Nam: Người cao tuổi thường che giấu triệu chứng, cần phối hợp với người chăm sóc để xác nhận.

1.5.3. Các xét nghiệm và cận lâm sàng

1.5.3.1. Các cận lâm sàng thường quy

- Xét nghiệm nước tiểu
- + Tổng phân tích nước tiểu:
- + Tìm hồng cầu, bạch cầu, nitrite, vi khuẩn → nghi ngờ nhiễm khuẩn tiết niệu
- + Protein niệu: tổn thương thận
- Cấy nước tiểu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng tiết niệu
- Xét nghiệm máu
- + Công thức máu: đánh giá tình trạng nhiễm trùng, thiếu máu
- + Đường huyết lúc đói hoặc HbA1c: phát hiện đái tháo đường
- + Creatinin – ure, eGFR: đánh giá chức năng thận
- + Điện giải đồ: rối loạn điện giải có thể ảnh hưởng thần kinh – cơ
- + CRP hoặc Procalcitonin (nếu cần): khi nghi ngờ nhiễm khuẩn nặng

1.5.3.2. Chẩn đoán hình ảnh và đo lường

- Siêu âm bàng quang – thận – tiền liệt tuyến

Đánh giá lượng nước tiểu tồn lưu sau tiểu (Post-Void Residual – PVR)

Bình thường: < 50 ml

≥ 100–150 ml: Nghi tắc nghẽn (phì đại tuyến tiền liệt, sỏi) hoặc bàng quang giảm co bóp (tổn thương thần kinh).

Phát hiện sỏi, u, dày thành bàng quang, giãn đài bể thận, sa tử cung/bàng quang (nữ)

Ở nam giới: đo thể tích tuyến tiền liệt

- Siêu âm hoặc chụp MRI sàn chậu (nữ)

Đánh giá sa tạng chậu (tử cung, bàng quang, trực tràng)

Xác định mức độ sa và mức độ ảnh hưởng đến cơ sàn chậu

1.5.3.3. *Thăm dò niệu động học*

+ Mục đích: Đánh giá chức năng bàng quang và niệu đạo (áp lực, dòng tiểu, co bóp).

+ Chỉ định khi:

Chẩn đoán không rõ ràng

Điều trị thất bại hoặc có ý định can thiệp phẫu thuật

Có triệu chứng phức tạp hoặc tổn thương thần kinh

+ Các thông số đánh giá:

Áp lực bàng quang khi chứa và tổng xuất

Hoạt động cơ detrusor (co thắt sớm? bất thường?)

Áp lực cơ thắt niệu đạo

Phản xạ bất thường (như co thắt không ức chế)

Giúp phân biệt giữa các loại TKTC chính xác

1.5.3.4. *Các xét nghiệm chuyên biệt khác (nếu cần)*

Bảng 2. Các xét nghiệm chuyên biệt chẩn đoán tiểu không tự chủ

Cận lâm sàng	Mục đích	Gợi ý khi nào làm
Đo niệu dòng đồ (Uroflowmetry)	Đánh giá tốc độ dòng tiểu	Nghi ngờ tắc nghẽn niệu đạo, phì đại lành tính tuyến tiền liệt
Nội soi bàng quang	Quan sát trực tiếp niêm mạc, tìm khối u, sỏi, dị vật	Tiểu máu, tiểu khó, nhiễm trùng tái phát, TKTC không đáp ứng điều trị
Chụp niệu đồ tĩnh mạch (IVU) / CLVT hệ tiết niệu	Tìm bất thường niệu quản, bàng quang, thận	Gợi ý bất thường cấu trúc
Điện cơ đồ (EMG) tầng sinh môn	Đánh giá thần kinh – cơ	Rối loạn thần kinh ngoại vi, tổn thương tủy
Đánh giá nhận thức (MMSE, MoCA)	Phân biệt Functional UI	BN nghi sa sút trí tuệ, lú lẫn

1.5.3.5. *Lưu ý ở người cao tuổi*

Ưu tiên không xâm lấn: Siêu âm, xét nghiệm nước tiểu là lựa chọn đầu tiên để giảm xâm lấn và nguy cơ (nhiễm trùng, đau) ở người bệnh yếu. Bắt đầu bằng xét nghiệm cơ bản, chuyên sâu nếu cần (theo phân tầng triệu chứng)

Bệnh lý phối hợp: đái tháo đường, đột quy, sa sút trí tuệ làm phức tạp kết quả, cần đánh giá toàn diện.

Văn hóa Việt Nam: Người cao tuổi thường che giấu triệu chứng, cần phối hợp với người chăm sóc để lấy mẫu xét nghiệm chính xác.

Hạn chế tại Việt Nam: Thiếu thiết bị niệu động học ở một số cơ sở y tế, chi phí nội soi/CT cao.

1.6. Hậu quả của TKTC

TKTC nếu không được phát hiện và không được điều trị hiệu quả sẽ gây nên nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến khía cạnh thể chất và tinh thần của chất lượng cuộc sống. Ở phụ nữ cao tuổi, bằng chứng cho thấy chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi mức độ nghiêm trọng của triệu chứng hơn là loại TKTC.

1.6.1. Hậu quả liên quan đến sức khỏe thể chất

- TKTC gây ra những ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến sức khỏe thể chất của người cao tuổi. TKTC là một dấu hiệu dự báo sớm về tình trạng suy yếu của người cao tuổi. TKTC làm gia tăng sự suy giảm chức năng thể chất, tăng mức độ phụ thuộc và tăng gấp 2 lần nguy cơ ngã ở người cao tuổi đặc biệt là tốp TKTC khẩn cấp. Da tiếp xúc nhiều lần với nước tiểu làm tăng nguy cơ phát triển viêm da, nhiễm trùng da, nấm, ngứa và loét tì đè. Hậu quả về thể chất thường gây ra các vấn đề về tâm lý xã hội như lo lắng, bối rối, thu mình lại với xã hội và trầm cảm. Người cao tuổi bị TKTC thường hạn chế tham gia các hoạt động xã hội do lo ngại về mùi, nước tiểu và các khó chịu liên quan đến các vấn đề về da.

- Rối loạn giấc ngủ có thể gặp do tình trạng tiểu đêm do TKTC khẩn cấp hoặc tràn đầy. TKTC tràn đầy nếu do nguyên nhân bí tiểu có thể gây hậu quả là ứ nước thận và suy thận. Bí tiểu cũng là yếu tố nguy cơ gây xuất hiện sỏi ở người cao tuổi. Rất nhiều người cao tuổi giảm uống nước để tránh đi tiểu nhiều lần, điều này làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu và mất nước.

- Mặc dù không được khuyến cáo nhưng một số người dùng sonde bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài. Việc sử dụng sonde bàng quang và bọc nước tiểu sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu.

1.6.2. Hậu quả liên quan đến tâm lý xã hội

Bằng chứng cho thấy rằng người cao tuổi mắc TKTC có cái nhìn tiêu cực về tình trạng sức khỏe tổng thể của họ kèm theo cảm giác chán nản, mất hứng thú và cô lập xã hội rất hay gặp. TKTC trở thành rào cản trong cuộc sống hàng ngày. Người cao tuổi thường tránh rời khỏi nhà và không muốn tham gia các hoạt động bên ngoài nhà do lo sợ tình trạng TKTC. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng triệu chứng trầm cảm thường xuất hiện ở người mắc TKTC và trầm cảm nặng cũng thường liên quan với mức độ nặng của TKTC.

1.6.3. Gánh nặng cho người chăm sóc

TKTC có tác động tiêu cực đáng kể đến người chăm sóc của người cao tuổi có TKTC. Thời gian và chi phí chăm sóc tại nhà đối với người cao tuổi có TKTC cũng lớn hơn đáng kể so với người không có tình trạng này. Ngoài ra, người chăm sóc cũng có thể gặp các vấn đề về thay đổi vai trò, giấc ngủ, tài chính, sự gần gũi và cô lập xã hội cũng như những cảm xúc tiêu cực, sự bối rối.

1.7. Điều trị TKTC

Nguyên tắc điều trị chung

- Điều trị tiêu không tự chủ cần cá thể hóa, dựa vào loại tiêu không tự chủ, nguyên nhân và mức độ ảnh hưởng chất lượng sống và bệnh lý đi kèm.
- Xem xét một cách cẩn thận các nguyên nhân gây TKTC tạm thời để giải quyết một cách dứt điểm tình trạng TKTC
- Ở người cao tuổi, điều trị bảo tồn luôn là lựa chọn đầu tay, đặc biệt khi BN có nhiều bệnh nền, nguy cơ biến chứng nếu dùng thuốc hoặc phẫu thuật.
- Kết hợp nhiều phương pháp bảo tồn sẽ hiệu quả hơn đơn độc một biện pháp.
- Điều trị TKTC bao gồm: thay đổi hành vi, dùng thuốc và dụng cụ hoặc phẫu thuật.

1.7.1. Điều trị bảo tồn

1.7.1.1. Điều trị các bệnh lý nền gây ra TKTC

Điều trị các bệnh lý nền gây ra TKTC: ở người cao tuổi nhiều bệnh lý nền có thể gây ra tình trạng TKTC hoặc làm bệnh nặng lên (nguyên nhân là do các bệnh lý nền gây ra tình trạng đa niệu, tiểu đêm, tăng áp lực ổ bụng và rối loạn hệ thần kinh trung ương). Các bệnh lý nền ảnh hưởng đến TKTC gồm: suy tim, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đột quỵ, Parkinson, suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ, đa xơ cứng, rối loạn giấc ngủ (hội chứng ngừng thở khi ngủ), táo bón. Điều trị các bệnh lý nền này có thể điều trị khỏi hoặc cải thiện tình trạng TKTC.

Điều chỉnh việc sử dụng các thuốc có thể gây ra TKTC: các thuốc chẹn alpha, các thuốc tác động thần kinh trung ương, các thuốc lợi tiểu mạnh...

Bảng 1. Các thuốc làm tăng nguy cơ xuất hiện TKTC ở người cao tuổi

Thuốc/nhóm thuốc	Cơ chế
Đồng vận α -adrenergic	Tăng trương lực cơ trơn ở niệu đạo và nang tuyến tiền liệt và có thể gây tắc nghẽn, bí tiểu và các triệu chứng liên quan.

Đối kháng α -adrenergic	Giảm trương lực cơ trơn ở niệu đạo, nang tuyến tiền liệt và có thể gây TKTC do căng thẳng ở phụ nữ
Thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensin	Gây ho và làm nặng thêm triệu chứng TKTC
Kháng cholinergic	Có thể gây suy giảm sự làm trống bàng quang, bí tiểu và táo bón đóng góp vào triệu chứng TKTC. Thuốc có thể gây suy giảm nhận thức và giảm khả năng dùng toilet một cách tự chủ và hiệu quả
Chẹn kênh calci	Có thể gây suy giảm sự làm trống bàng quang, bí tiểu và táo bón đóng góp vào triệu chứng TKTC.
	Có thể gây phù, giữ nước đóng góp vào bệnh đa niệu đêm
Ức chế cholinesterase	Tăng co thắt bàng quang và có thể gây TKTC cấp bách
Thuốc lợi tiểu	Tăng số lượng nước tiểu và lợi tiểu
Lithium	Đa niệu do đái tháo nhạt
Opioid	Có thể gây bí tiểu, táo bón, lú lẫn, giảm vận động đóng góp vào TKTC
Các thuốc hướng thần: An thần kinh, chống loạn thần, kháng H1 receptor	Có thể gây lú lẫn, giảm vận động và gây TKTC
Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc	Tăng dẫn truyền cholinergic và có thể dẫn đến TKTC
Các thuốc khác: Gabapentin, Glitazone, chống viêm không steroid	Có thể gây phù, đa niệu đêm, tiểu đêm và TKTC ban đêm

1.7.1.2 .Thay đổi lối sống

Không dùng các đồ uống có caffein (cà phê, trà, coca cola...): vì caffein có thể gây kích thích hệ thần kinh trung ương, lợi tiểu, giãn cơ thắt niệu đạo dễ gây tiểu gấp và tiểu nhiều lần.

Tập thể dục và các bài tập Kegel (tập co thắt lặp đi lặp lại các cơ vùng tầng sinh môn): tập thể dục giúp giảm cân nặng, giảm tình trạng thừa cân béo phì, bài tập Kegel làm săn chắc cơ vùng tầng sinh môn giúp cải thiện chứng TKTC.

Kiểm soát lượng nước đưa vào (nước và các loại dịch truyền): thường khuyên người bệnh dùng khoảng 1500 ml/ngày, hạn chế nước buổi tối. Lời

khuyến nên dựa trên các phép đo lượng nước uống vào và ra trong 24 giờ của từng người bệnh, đồng thời khuyến cáo người bệnh uống đủ nước để tránh khát.

Bỏ thuốc lá, rượu bia

Giảm cân nếu thừa cân, béo phì, ăn tăng rau xanh, chất xơ

Phòng và điều trị táo bón: chế độ ăn nhiều chất xơ, đủ nước.

1.7.2. Luyện tập bàng quang và thói quen đi tiểu

Luyện tập bàng quang và thói quen đi tiểu theo chế độ tránh đi tiểu ngay lập tức, lập kế hoạch đưa người bệnh vào nhà vệ sinh theo giờ (ban ngày 2h/1 lần, ban đêm 4h/1 lần; khoảng thời gian giữa các lần đi tiểu tăng dần 30 - 60 phút sau mỗi vài ngày để tập cho bàng quang thích nghi với sự tăng dần thể tích nước tiểu) có thể cải thiện triệu chứng sau vài tháng, phương pháp này có thể phù hợp với còn tốt và có động lực phấn đấu điều trị). Nếu thành công thì thời gian giữa các lần đi tiểu là 2 - 3 giờ mà không còn triệu chứng tiểu gấp hoặc rò rỉ nước tiểu.

Đối với người cao tuổi có suy giảm nhận thức và TKTC khẩn cấp hoặc chức năng, thường xuyên hỏi người bệnh về nhu cầu đi tiểu và hỗ trợ khi họ trả lời có.

1.7.2.1. Bài tập cho cơ vùng chậu

Các bài tập cho cơ vùng chậu như bài tập Kegel giúp tăng sức mạnh các cơ thành bàng quang và cơ sàn chậu. Bài tập này rất có hiệu quả ở phụ nữ có TKTC do áp lực. Bài tập này gồm 8-10 động tác lặp lại, mỗi động tác kéo dài 6 - 8 giây. Để chắc chắn các cơ đang sử dụng, yêu cầu người bệnh nhịn tiểu trong khi đang đi tiểu và cố gắng giữ nguyên tình trạng cơ cơ như vậy càng lâu càng tốt, 10 giây nếu có thể. Thực hiện 3 - 4 lần mỗi ngày, mỗi lần thực hiện lặp lại 3 lần. Hiệu quả: rõ sau 6-8 tuần luyện tập đều đặn. Lưu ý cần hướng dẫn đúng cách (có thể phối hợp với vật lý trị liệu nếu người bệnh thực hiện sai).

1.7.2.2. Tập luyện bàng quang

+ Chỉ định: TKTC cấp bách hoặc hỗn hợp

+ Nguyên tắc: kéo dài khoảng cách giữa các lần đi tiểu → tăng khả năng kiểm soát tiểu tiện

+ Cách thực hiện:

Bắt đầu bằng việc đi tiểu theo giờ cố định (ví dụ: 2 giờ/lần)

Nếu cảm giác mót, trì hoãn bằng các kỹ thuật thư giãn, hít sâu

Mỗi tuần tăng dần khoảng cách giữa các lần đi tiểu (15-30 phút)

Hiệu quả: cải thiện sau vài tuần – vài tháng luyện tập đều

1.7.2.3. *Đi tiểu theo nhịp*

Người chăm sóc, chứ không phải người bệnh, là người chủ động quyết định đi tiểu theo các khoảng thời gian đã định. Điều này có thể cải thiện tình trạng tiểu không tự chủ ở người cao tuổi và những người có hoặc không có suy giảm thể chất và nhận thức, nhưng đòi hỏi các kỹ thuật quản lý nhân viên chuyên sâu và liên tục. Những người có khả năng đáp ứng tốt nhất là những người có thể duy trì mức độ kiểm soát tiểu tiện cao, từ hai đến bốn lần mỗi giờ. Hướng dẫn của EAU khuyến nghị nên sử dụng phương pháp này cho người cao tuổi bị suy giảm nhận thức mắc TKTC.

1.7.2.4. *Điều chỉnh môi trường và hỗ trợ chức năng*

+ Cải thiện tiếp cận nhà vệ sinh:

Đặt ghế vệ sinh gần giường, đặc biệt ở viện dưỡng lão hoặc vùng nông thôn Việt Nam.

Đảm bảo ánh sáng ban đêm, loại bỏ chướng ngại vật (thảm, đồ vật cản đường).

+ Hỗ trợ di động: cung cấp gậy, xe lăn, hoặc người chăm sóc cho người bệnh hạn chế di chuyển, suy giảm nhận thức hoặc sa sút trí tuệ

+ Sử dụng miếng lót, tã lót tạm thời: hỗ trợ cải thiện chất lượng cuộc sống, nhưng không thay thế điều trị. Ống sonde bàng quang ngắt quãng: nếu có bí tiểu. Ống sonde bàng quang lưu dài hạn: hạn chế, chỉ dùng khi có chỉ định rõ ràng (giai đoạn cuối, liệt toàn thân...).

1.7.3. *Các can thiệp không xâm lấn*

Kích thích điện học bằng các điện cực bề mặt tại tầng sinh môn, da vùng xương mu, thành âm đạo, có thể cải thiện chứng TKTC.

Sử dụng các xung từ tại vùng tầng sinh môn và xương cụt: có thể cải thiện chứng TKTC.

Kích thích thần kinh chày sau bằng kim xung điện cắm dưới da tại vị trí trên mắt cá chân: giúp kích thích trung tâm phản xạ cụt của tủy sống, có thể cải thiện chứng TKTC ở một số người bệnh (khuyến cáo mức độ B).

Kích thích bằng xung từ trường tại vùng tầng sinh môn và xương cụt: có thể có hiệu quả ở trên người bệnh TKTC gắng sức và TKTC cấp bách.

Châm cứu: được dung nạp tương đối tốt, ít phản ứng phụ và an toàn, có thể cải thiện TKTC bằng cách tăng cường khí (chất thiết yếu cấu thành nên cơ thể con người) và thúc đẩy phục hồi chức năng bàng quang (khuyến cáo mức độ B).

1.7.4. Sử dụng thuốc

Sử dụng thuốc có thể hiệu quả cho tất cả các tốp của TKTC tuy nhiên cần được chỉ định cẩn thận để điều trị các căn nguyên cơ bản của TKTC.

1.7.4.1. Thuốc kháng hệ muscarinic (kháng cholinergic)

Cơ chế tác dụng: kháng thụ thể hệ muscarinic tại thành bàng quang có các thụ thể M2, M3 là trung gian dẫn truyền cho sự co bóp detrusor do đó có tác dụng làm giảm co bóp bất thường của bàng quang, cải thiện TKTC cấp bách và bàng quang tăng hoạt (tiểu gấp, tiểu đêm). Có nhiều thể chế thuốc khác nhau về vị trí tác động tại thụ thể M2, M3, hoạt lực, tính ái mỡ, và thời gian tác dụng (tác dụng nhanh, tác dụng kéo dài, thẩm thấu qua da).

Chỉ định: TKTC do co thắt cơ detrusor bất thường.

Chống chỉ định ở người bệnh glaucom góc đóng. Thận trọng trên người bệnh cao tuổi, có bệnh lý gan, thận, cường giáp, mạch vành, suy tim ứ huyết, tăng huyết áp, bệnh lý thần kinh tự động.

Tác dụng phụ: mờ mắt, khô miệng, tăng nhịp tim, mệt mỏi, táo bón, suy giảm nhận thức, tăng nguy cơ ngã ở người cao tuổi.

Các thuốc:

- Oxybutynin (phóng thích nhanh): 2,5 mg x 3 lần/ngày. Chế phẩm phóng thích chậm: 5 - 30 mg/1lần/ngày; dạng miếng dán 3,9 mg/ngày, dạng gel 1g/ngày. Tăng sức chứa bàng quang, giảm co bóp bất thường bàng quang. Chỉ định TKTC gấp hoặc TKTC hỗn hợp với triệu chứng tiểu gấp nổi bật.

- Tolterodin: liều dùng 2-4 mg/ngày, ít tác dụng phụ khô miệng hơn.

- Solifenacin: 5 -10 mg/1lần/ngày, ít tác dụng phụ nên dung nạp tốt hơn.

- Trospium Chloride: 20 mg x 2-3 lần/ngày.

- Darifenacin: 7,5 - 15 mg/1lần/ngày.

- Fesoterodine: 4-8mg/ngày

+ Lưu ý ở người cao tuổi:

Bắt đầu liều thấp, tăng dần.

Không sử dụng ở người bệnh suy giảm nhận thức hoặc bệnh lý phối hợp (glaucoma, táo bón nặng).

Theo dõi tương tác thuốc (thuốc tim mạch, an thần).

1.7.4.2. Nhóm thuốc chủ vận β_3 (β_3 -agonists)

Tác dụng: Tăng dung tích bàng quang, giảm co bóp bất thường, cải thiện TKTC cấp bách.

Thuốc phổ biến: Mirabegron: 25-50mg/ngày, dung nạp tốt, ít tác dụng phụ anticholinergic.

Hiệu quả: Giảm 50-60% triệu chứng OAB sau 4-8 tuần, đặc biệt hiệu quả khi kết hợp với antimuscarinics.

Tác dụng phụ: Tăng huyết áp nhẹ (5-10%), nhức đầu, hiếm gặp rối loạn nhận thức.

+ Lưu ý ở người cao tuổi:

- An toàn hơn antimuscarinics, phù hợp cho người bệnh có bệnh lý phổi hợp, nguy cơ suy giảm nhận thức và người cao tuổi có hội chứng dễ bị tổn thương.

- Theo dõi huyết áp, tránh ở người bệnh tăng huyết áp không kiểm soát.

1.7.4.3. Thuốc đồng vận alpha-adrenergic

Cơ chế tác dụng: có hoạt tính giao cảm làm tăng trương lực cơ ở cổ bàng quang và niệu đạo. Thuốc thích hợp ở nhóm TKTC do nguyên nhân bất toàn cơ thắt niệu đạo và TKTC hỗn hợp. Thận trọng trên người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, cường giáp, glcôcôm, phì đại tuyến tiền liệt tắc nghẽn đường tiểu.

Các thuốc:

- Duloxetine: 40-80mg/ngày chia 1-2 lần trong 8 tuần, tăng sức mạnh cơ vòng niệu đạo. Duloxetine cần được sử dụng thận trọng ở người cao tuổi, nhất là khi dùng cho mục đích điều trị TKTC; chỉ nên cân nhắc trong trường hợp có trầm cảm kèm triệu chứng TKTC, vì lợi ích-rủi ro chưa rõ ràng ở nhóm này.

- Pseudoephedrin: 30 - 60 mg x 2-3 lần/ngày.

- Phenylpropanolamine hydrochlorid.

- Tác dụng phụ: Tăng huyết áp, mất ngủ, lo âu (pseudoephedrine); buồn nôn, mệt mỏi (duloxetine).

Lưu ý: Hạn chế dùng do rủi ro tim mạch, không phải lựa chọn đầu tiên.

1.7.4.4. Estrogens

Tác dụng: cải thiện triệu chứng TKTC gắng sức trên phụ nữ mãn kinh, giúp cải thiện các triệu chứng đường tiết niệu dưới như tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm và TKTC mức độ nhẹ đến trung bình. Cơ chế tác dụng liên quan đến việc cải thiện tưới máu niệu đạo, tăng độ dày và tính toàn vẹn của niêm mạc niệu đạo, từ đó góp phần cải thiện chức năng đóng của niệu đạo.

Các phân tích tổng quan hệ thống cho thấy sử dụng estrogen đường âm đạo có thể cải thiện các triệu chứng đường tiết niệu mức độ nhẹ đến vừa phải (giảm tần suất, cảm giác gấp, và giảm số lần són tiểu). Tuy nhiên, hiệu quả đối

với các chỉ số khách quan như lượng nước tiểu tồn lưu sau tiểu (PVR) hoặc tỷ lệ khôi hoàn toàn còn chưa nhất quán. Estrogen đường toàn thân không được khuyến cáo để điều trị tiểu không tự chủ và có thể làm nặng thêm triệu chứng ở một số trường hợp.

Chế phẩm: viên đặt âm đạo, kem bôi âm đạo hoặc vòng âm đạo chứa estrogen. Các thuốc:

- Estradiol kem bôi âm đạo: 10 - 25 mcg/ngày hoặc bôi âm đạo 2-3 lần/tuần.
- Nhẫn estradiol (vòng âm đạo): 90 mg/nhẫn; thay sau mỗi 90 ngày.
- Gel estrogen: 0,5 - 2 mg/ngày hoặc 2 lần/tuần.

Tác dụng phụ: kích ứng tại chỗ, căng tức vú, ra huyết âm đạo bất thường. Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch và ung thư nội mạc tử cung rất thấp khi sử dụng estrogen âm đạo liều thấp, nhưng vẫn cần thận trọng ở những người có tiền sử ung thư phụ thuộc estrogen.

Lưu ý: Nên dùng liều thấp nhất có hiệu quả và theo dõi định kỳ 3 - 6 tháng/lần các triệu chứng cũng như các bất thường phụ khoa trong quá trình điều trị. Tránh ở người bệnh có nguy cơ ung thư vú/tử cung.

1.7.4.5. *Desmopressin*

Tác dụng: là đồng phân quang học của vasopressin, thích hợp trong TKTC trên người bệnh bị đái tháo nhạt (đa niệu toàn bộ) hoặc đa niệu đêm liều dùng 0,05 - 0,2mg x 1-3 lần/ngày.

Tác dụng giảm sản xuất nước tiểu ban đêm (tiểu đêm nặng), nhưng cần nhắc dùng ở người cao tuổi do nguy cơ hạ natri máu.

1.7.4.6. *Chẹn alpha- adrenergic*

Chỉ định cho người bệnh TKTC do phì đại tuyến tiền liệt tắc nghẽn đường tiểu. Các thuốc:

- Prazosin: 1 - 10 mg x 3 lần/ngày.
- Doxazosin: 1 - 8 mg/ngày.
- Alfuzosin: 10 mg/ngày.
- Terazosin: 1 - 20 mg/ngày.
- Silodosin: 8 mg/ngày.

1.7.4.7. *Thuốc ức chế 5 α -Reductase*

Tác dụng: ức chế chuyển hóa testosterone sang dạng hoạt động là dihydrotestosterone, giúp làm giảm thể tích tuyến tiền liệt và do đó làm giảm tắc nghẽn đường ra của bàng quang.

Các thuốc:

Finasterid: 5mg/ngày.

Dutasterid: 0,5mg/ngày.

1.7.4.8. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng

Tác dụng: thuốc có tác dụng kháng cholinergic do đó có thể cải thiện triệu chứng tăng hoạt động quá mức của cơ bàng quang.

1.7.4.9. Liệu pháp kết hợp thuốc

Bảng 2. Liệu pháp kết hợp thuốc

Loại thuốc	Lợi ích	Nguy cơ	Khi nào nên dùng
Mirabegron đơn trị (25-50mg hàng ngày)	Ít tác dụng phụ lên nhận thức hơn Gánh nặng kháng cholinergic thấp hơn Tỉ lệ thành công 64- 68% sau 3 tháng	Tăng huyết áp (nhẹ) Đau đầu Viêm mũi họng	Lựa chọn đầu tay cho người cao tuổi có các lo ngại về nhận thức hoặc gánh nặng kháng cholinergic cao
Antimuscarinic đơn trị (liều thấp solifenacin 5mg)	Hiệu quả đã được chứng minh Chi phí thấp hơn Tỉ lệ thành công 45- 50%	Nguy cơ suy giảm nhận thức Gánh nặng kháng cholinergic Khô miệng, táo bón	Khi mirabegron có chống chỉ định hoặc theo mong muốn của người bệnh
Liệu pháp phối hợp (Mirabegron 25mg + Solifenacin 5mg)	Nhắm trúng đích theo cơ chế kép (đường truyền kép) Tỉ lệ thành công 75% (cao nhất) Kiểm soát triệu chứng tốt hơn	Tỉ lệ gặp biến cố bất lợi cao hơn (28,6%) Tuân thủ điều trị của người bệnh thấp hơn Khô miệng, mờ mắt	Tình trạng TKTC dai dẳng sau khi thất bại với đơn trị liệu

1.7.5. Các dụng cụ hỗ trợ

Miếng dán dành cho người TKTC, bím cho người cao tuổi và các loại quần áo đặc biệt cho người TKTC thường được sử dụng để giảm các hậu quả do TKTC.

Sonde bàng quang tạm thời hoặc liên tục: được dùng để kiểm soát triệu chứng bí tiểu cấp hoặc mạn tính. Đối với người bệnh có chức năng nhận thức bình thường và có thể chấp nhận được thì đặt sonde bàng quang ngắt quãng/ tạm thời sẽ có hiệu quả và ít gây nhiễm khuẩn tiết niệu.

Bọc tiểu không được khuyến cáo sử dụng do làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu, kích ứng và nhiễm khuẩn da.

Các loại dụng cụ khác như mũ chụp âm đạo hoặc dụng cụ sàn chậu cũng có thể cân nhắc để giảm khó chịu do TKTC tràn đầy hoặc TKTC do căng thẳng ở phụ nữ.

1.7.6. Phẫu thuật

Được chỉ định khi các bước điều trị bảo tồn, dùng thuốc không hiệu quả.

1.7.6.1. Bất thường cơ thắt

+ Tiêm bơm keo sinh học, mổ tự thân qua nội soi bàng quang

Chỉ định người bệnh nữ TKTC không có sa sàn chậu, người bệnh nam bị TKTC sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt.

Ở người bệnh nữ: tiêm vào vị trí thành bên của lỗ niệu đạo: 4h và 8h hoặc 3h và 9h.

Ở người bệnh nam: tiêm vào 4 phía ngay trên cơ thắt vâ.

+ Phẫu thuật treo sau xương mu: treo niệu đạo và cổ bàng quang vào xương mu, treo âm đạo vào xương mu giúp tăng cường sức chống đỡ của niệu đạo.

+ Đặt tấm lưới nâng đỡ niệu đạo (TOT, TVT): chỉ định tiểu không kiểm soát gắng sức nữ giới, nguyên lý đặt dải lưới nhân tạo hoặc cân cơ nhằm nâng cổ bàng quang.

+ Phẫu thuật tạo hình thành trước âm đạo để điều trị TKTC nhẹ và kết hợp có sa bàng quang hay sa trực tràng.

+ Đặt van nhân tạo: áp dụng cho người bệnh nam giới có tiểu không kiểm soát do nguyên nhân cơ thắt mất chức năng, hiệu quả cao, chi phí cao.

+ Tiêm độc tố botulinum A (Botox) vào lớp dưới niêm mạc bàng quang: áp dụng cho người bệnh nữ TKTC gặp khó điều trị với thuốc kháng muscarinic.

1.7.6.2. Giảm dung tích bàng quang

+ Tạo hình mở rộng bàng quang bằng ruột.

+ Chuyển lưu nước tiểu: chuyển lưu qua da, qua hồi tràng... chỉ định khi TKTC không thể xử trí được bằng các phương pháp khác, hay khi có tổn thương thận

2. ĐẠI TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ

2.1. Định nghĩa đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi

Đại tiện không tự chủ (Faecal Incontinence - FI) là tình trạng mất khả năng kiểm soát việc đại tiện, dẫn đến rò rỉ phân lỏng, phân sệt hoặc phân rắn một cách không chủ ý. Ở người cao tuổi, đại tiện không tự chủ thường là kết quả của sự suy giảm chức năng hệ tiêu hóa, thần kinh và cơ sàn chậu do lão hóa hoặc bệnh lý phối hợp.

Theo Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (AGA) và Hướng dẫn chẩn đoán điều trị của Bộ Y tế Việt Nam, đại tiện không tự chủ được định nghĩa là: “Sự rò rỉ không tự chủ của phân (rắn, lỏng hoặc khí) xảy ra ít nhất 1 lần/tuần trong thời gian ≥ 3 tháng liên tục, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.”

2.2. Dịch tễ học đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi

Trên thế giới, tỷ lệ mắc đại tiện không tự chủ ở người lớn khoảng 8.3%, cao hơn ở phụ nữ và người cao tuổi. Theo nghiên cứu toàn cầu, tỷ lệ ở người trên 60 tuổi là 9.3% (95% CI: 6.6%-12.0%), cao hơn so với nhóm trẻ hơn (4.9%). Ở châu Á, nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ chung là 6.4%, tăng theo tuổi mà không có sự khác biệt giới tính. Tại các nước phát triển, tỷ lệ ở người cao tuổi có thể lên đến 16% ở nhóm trên 70 tuổi, và cao tới 47% ở viện dưỡng lão.

Tại Việt Nam, dữ liệu dịch tễ học cụ thể về đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi còn hạn chế. Các nghiên cứu liên quan đến rối loạn tiêu hóa như hội chứng ruột kích thích (IBS) cho thấy tỷ lệ IBS khoảng 10.9%-17.4% theo tiêu chí Rome, và IBS có thể liên quan đến đại tiện không tự chủ. Tuy nhiên, không có nghiên cứu lớn về đại tiện không tự chủ, nhưng dựa trên xu hướng châu Á, tỷ lệ có thể tương tự, tăng ở người cao tuổi do dân số già hóa nhanh chóng.

2.3. Hậu quả của đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi

Đại tiện không tự chủ không đe dọa trực tiếp đến tính mạng, gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng về thể chất, tâm lý và xã hội ở người cao tuổi:

- Chất lượng cuộc sống: gây xấu hổ, trầm cảm, lo âu, tự cô lập, giảm khả năng tham gia hoạt động cộng đồng
- Sức khỏe thể chất: tăng nguy cơ loét vùng cụt do phân rò rỉ, nhiễm khuẩn đường niệu do vệ sinh kém
- Suy dinh dưỡng: người bệnh hạn chế ăn uống để tránh đại tiện gây sụt cân
- Ở người cao tuổi, đại tiện không tự chủ liên quan đến tăng nguy cơ nhập viện, phụ thuộc chăm sóc và tử vong cao hơn (ví dụ, tỷ lệ tử vong 10 tháng ở người bệnh đại tiện không tự chủ kéo dài là 26% so với 6.7% ở nhóm kiểm soát)
- Tăng gánh nặng cho người chăm sóc, dễ dẫn đến nhập viện hoặc chuyển viện dưỡng lão.

- Tăng chi phí điều trị gián tiếp do tã, thuốc, thiết bị hỗ trợ

2.4. Sinh lý bệnh

Sinh lý bệnh của đại tiện không tự chủ liên quan đến sự rối loạn cấu trúc hoặc chức năng của hậu môn trực tràng. Bình thường, sự kiểm soát đại tiện phụ thuộc vào cơ thắt hậu môn (nội và ngoại), thần kinh cảm giác, và tuân thủ trực tràng.

2.4.1. Sinh lý đại tiện bình thường

Các cấu trúc giải phẫu giúp duy trì kiểm soát chức năng ruột bao gồm:

- Trực tràng: Một khoang chứa phân có thể chứa tới 300 ml mà không cần tăng áp lực. Vượt quá giới hạn này, cảm giác muốn đi đại tiện sẽ xuất hiện. Trực tràng được nối với hậu môn, một ống cơ rỗng dài 3 đến 4 cm, nằm ở góc 90 độ so với trực tràng khi nghỉ ngơi. Trong quá trình đại tiện, góc này trở nên tù, khoảng 110 đến 130 độ, cho phép phân đi qua.

- Cơ thắt hậu môn trong: Được chi phối bởi hệ thần kinh ruột, cấu trúc này chịu trách nhiệm cho 80% đến 85% trương lực khi nghỉ ngơi của ống hậu môn. Phản xạ ức chế hậu môn trực tràng cho phép cơ thắt trong giãn ra, cho phép các thụ thể cảm giác ở hậu môn cảm nhận được các chất trong trực tràng. Điều này giúp phân biệt phân rắn, phân lỏng với phân khí.

- Cơ thắt hậu môn ngoài: Được chi phối bởi dây thần kinh thẹn, cấu trúc này co bóp và duy trì khả năng kiểm soát đại tiện khi áp lực trong ổ bụng tăng đột ngột, chẳng hạn như khi ho hoặc nâng vật nặng.

- Cơ mu trực tràng: Cơ này tạo thành một dây treo quanh chỗ nối hậu môn trực tràng và duy trì góc hậu môn trực tràng, giúp duy trì hàng rào giải phẫu chống lại sự bài tiết phân.

Để duy trì khả năng kiểm soát đại tiện, có sự tương tác phức tạp giữa một số hệ thống cơ quan và dây thần kinh. Khi khối phân di chuyển đến trực tràng, điều này gây ra sự căng giãn. Các dây thần kinh phó giao cảm (S2-S4) truyền cảm giác căng giãn trực tràng, gây ra sự giãn phản xạ ức chế trực tràng và sự co thắt phản xạ co thắt trực tràng. Niêm mạc trực tràng có rất nhiều đầu dây thần kinh có thể lấy mẫu phân để xác định khối phân là chất lỏng hay chất rắn. Việc lấy mẫu phân bất thường và giảm cảm giác hậu môn trực tràng rất có thể góp phần gây ra chứng đại tiện không tự chủ ở nhiều người. Bất kỳ bệnh lý nào cản trở các quá trình này, như chấn thương, đột quỵ, sinh thường hoặc liệt, đều có thể dẫn đến chứng đại tiện không tự chủ.

2.4.2. Sinh lý bệnh đại tiện không tự chủ

Đại tiện không tự chủ là kết quả của sự rối loạn trong hệ thống kiểm soát đại tiện, bao gồm:

- Cơ thất hậu môn (nội và ngoại): suy yếu do tuổi tác, tổn thương sau sinh, chấn thương
- Cơ nâng hậu môn và cơ sàn chậu: bị lão hóa hoặc rối loạn chức năng
- Trực tràng: giảm khả năng chứa đựng và cảm nhận phân
- Dẫn truyền thần kinh: tổn thương thần kinh ngoại biên (do đái tháo đường, đột quỵ, thoái hóa thần kinh, chấn thương)
- Tăng nhu động ruột hoặc táo bón kéo dài → tràn phân lỏng quanh khối phân cứng

Ở người cao tuổi, lão hóa dẫn đến giảm độ nhạy cảm giác và yếu cơ, kết hợp với bệnh lý như táo bón mãn tính làm trầm trọng thêm

2.5. Nguyên nhân

Các nguyên nhân đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi thường gặp:

Táo bón hoặc tiêu chảy mạn tính: là nguyên nhân phổ biến nhất, làm tổn thương cơ thất.

Tổn thương cơ vòng hậu môn (sau phẫu thuật, tai nạn, đứt cơ sau sinh)

Sa trực tràng hoặc sa niêm mạc hậu môn

Tổn thương thần kinh (đột quỵ, Parkinson, sa sút trí tuệ, chấn thương cột sống, bệnh xơ cứng rải rác, thoát vị đĩa đệm, u chèn ép và cột sống)

Bệnh lý cơ sàn chậu, rối loạn cơ học trực tràng, phẫu thuật vùng chậu, xạ trị vào vùng chậu, bụng, trực tràng hoặc sinh dục

Bệnh lý ruột: IBS, viêm ruột, ung thư trực tràng, trĩ

Tác dụng phụ của thuốc: nhuận tràng, kháng sinh, metformin...

Lối sống: chế độ ăn thiếu chất xơ

2.6. Phân loại

2.6.1. Phân loại theo triệu chứng

Theo cơ chế và biểu hiện, đại tiện không tự chủ có thể được chia như sau:

- Đại tiện không tự chủ kiểu thôi thúc (urge incontinence): không kiểm soát được khi có cảm giác buồn đại tiện (khẩn cấp) biểu hiện rối loạn chức năng cơ thất hoặc trực tràng không giữ được phân.

- Đại tiện không tự chủ kiểu thụ động (passive incontinence): són phân mà không nhận biết, biểu hiện bệnh lý thần kinh, suy giảm phản xạ hậu môn trực tràng hoặc rối loạn chức năng cơ thất.

- Rò rỉ phân: Rò rỉ phân không mong muốn, thường xảy ra sau khi đại tiện với khả năng tự chủ bình thường.

- Đại tiện không tự chủ chức năng: do giảm khả năng vận động, nhận thức

2.6.2. *Phân loại theo mức độ*

Hoàn toàn (mất kiểm soát phân rắn/lỏng) hoặc một phần (chỉ khí hoặc phân lỏng).

Ngoài ra còn phân theo mức độ nặng nhẹ bằng các thang điểm như Wexner score, Vaizey scale.

2.6.3. *Phân loại theo nguyên nhân*

2.6.3.1. *Đại tiện không tự chủ do nguyên nhân thần kinh*

- Cơ chế

Giảm hoặc mất cảm giác trực tràng, không nhận biết nhu cầu đại tiện.

Rối loạn phản xạ điều hòa trực tràng – cơ thắt – sàn chậu.

Giảm trương lực cơ thắt hậu môn (đặc biệt cơ thắt ngoài).

Mất phối hợp vận động sàn chậu.

- Nguyên nhân điển hình

Tổn thương thần kinh trung ương: đột quỵ, Parkinson, sa sút trí tuệ, đa xơ cứng, chấn thương sọ não.

Tổn thương tủy sống: chấn thương tủy, u tủy, viêm tủy.

Tổn thương thần kinh ngoại biên: bệnh thần kinh do đái tháo đường, tổn thương thần kinh thẹn (sau sinh khó, forceps; ngồi xe đạp quá nhiều) thần kinh ngoại biên do xạ trị vùng chậu.

Hội chứng đuôi ngựa.

- Đặc điểm lâm sàng gợi ý:

Giảm hoặc mất cảm giác mót rặn;

Đại tiện không tự chủ xảy ra không báo trước;

Cơ thắt hậu môn trương lực yếu khi khám trực tràng;

Kèm dấu thần kinh điển hình: run (Parkinson), liệt nửa người (đột quỵ não), giảm phản xạ tăng sinh môn.

Ở tổn thương tủy: có thể kiểu reflex bowel (tăng phản xạ) hoặc areflexic bowel (mất phản xạ đại tiện).

2.6.3.2. *Đại tiện không tự chủ do nguyên nhân cấu trúc – cơ học*

- Cơ chế

Tổn thương cơ thắt hậu môn trong hoặc ngoài làm giảm áp lực đóng kín.

Sa trực tràng hoặc intussusception gây phá vỡ cơ chế đóng – chứa trực tràng.

Hậu quả phẫu thuật hoặc chấn thương gây mất tính toàn vẹn cấu trúc.

- Nguyên nhân điển hình

Rách cơ thắt do sinh (OASIS).

Phẫu thuật hậu môn – trực tràng: mổ trĩ, phẫu thuật rò hậu môn, cắt polyp trực tràng đoạn thấp.

Chấn thương tầng sinh môn.

Sa trực tràng toàn bộ, lồng ruột nội tại vùng trực tràng, túi sa trực tràng lớn hoặc sa thành trước trực tràng lớn.

Tổn thương cơ nâng hậu môn sau sinh hoặc do phẫu thuật vùng chậu.

Dị tật hậu môn – trực tràng sau sửa chữa.

- Đặc điểm lâm sàng gợi ý

Cảm giác mót còn, nhưng không giữ được phân → đại tiện không tự chủ khi gắng sức, ho, chạy.

Rỉ phân khi hoạt động hoặc khi phân mềm.

Tiền sử sản khoa nặng (forceps, kéo dài giai đoạn II).

Khám hậu môn thấy khe hở cơ thắt, sẹo phẫu thuật.

Sa trực tràng có thể nhìn thấy khi rặn.

2.6.3.3. Đại tiện không tự chủ do phân lỏng/tiêu chảy

- Cơ chế

Phân lỏng tràn qua cơ thắt dù cơ thắt còn nguyên vẹn.

Giảm thời gian lưu ở trực tràng do tăng nhu động ruột.

Viêm đại tràng làm giảm khả năng dự trữ. Nguyên nhân điển hình

Hội chứng ruột kích thích thể tiêu chảy (IBS-D).

Crohn, viêm loét đại tràng (IBD).

Viêm đại tràng vi thể.

Nhiễm trùng ruột (C. difficile, virus).

Thuốc gây tiêu chảy: metformin, kháng sinh, nhuận tràng, MgO.

Kém hấp thu acid mật.

Sau cắt túi mật.

- Đặc điểm lâm sàng gợi ý

Đại tiện không tự chủ xảy ra trong đợt tiêu chảy kéo dài, phân lỏng nhiều lần/ngày.

Vẫn còn cảm giác mót nhưng không kịp vào nhà vệ sinh.

Không có tiền sử chấn thương/sinh khó.

Có thể kèm đau bụng, mót rặn liên tục, cấp bách.

2.6.3.4. Đại tiện không tự chủ do táo bón – tràn phân

- Cơ chế

Phân cứng ứ trong trực tràng → phân lỏng từ trên chảy tràn ra.

Trực tràng giãn to làm giảm cảm giác trực tràng.

Rối loạn tổng phân làm tăng ứ phân.

- Nguyên nhân điển hình

Táo bón mạn ở người cao tuổi.

Táo bón do thuốc: opioid, anticholinergic, TCA, sắt, calcium.

Rối loạn tổng phân.

Suy giáp, kém vận động.

Bệnh thần kinh ảnh hưởng cảm giác trực tràng.

- Đặc điểm lâm sàng gợi ý

Xen kẽ táo bón nặng và rỉ phân lỏng.

Cảm giác đại tiện không hết, đau tức bụng dưới.

Khám trực tràng: thấy nhiều phân rắn.

Người cao tuổi, ít vận động, dùng nhiều thuốc.

2.6.3.5. Đại tiện không tự chủ hỗn hợp

- Cơ chế

Phối hợp ≥ 2 cơ chế: thần kinh và cấu trúc; tiêu chảy và cơ thắt yếu; táo bón và giảm cảm giác trực tràng.

- Nguyên nhân điển hình

Phụ nữ sau sinh nhiều lần gây rách cơ thắt và tổn thương thần kinh thẹn.

Người cao tuổi có giảm trương lực cơ và táo bón kèm bệnh thần kinh do đái tháo đường.

Người bệnh IBD có tiêu chảy và giảm tính đàn hồi trực tràng.

Sau phẫu thuật vùng chậu gây tổn thương cơ và có tổn thương thần kinh.

- Đặc điểm lâm sàng gợi ý

Triệu chứng dao động: lúc tiêu chảy gây rỉ phân, lúc táo bón gây tràn phân.

Cần kết hợp lâm sàng và các kỹ thuật đo áp lực hậu môn, trực tràng, siêu âm để phân loại chính xác.

2.7. Chẩn đoán

Chẩn đoán bắt đầu từ bệnh sử (tần suất, loại phân, yếu tố nguy cơ) và khám lâm sàng (khám hậu môn, kiểm tra cơ thắt) và cận lâm sàng.

2.7.1. Triệu chứng lâm sàng

- Hỏi bệnh sử: tần suất đại tiện không tự chủ, tính chất phân (phân rắn, lỏng, hỗn hợp), thời điểm xuất hiện

- Đánh giá thói quen đại tiện, tình trạng táo bón/tiêu chảy kèm theo

- Chế độ ăn uống

- Các bệnh kèm (thần kinh, đái tháo đường, đột quỵ, phẫu thuật vùng hậu môn, bệnh ruột)

- Thuốc đang sử dụng (có thuốc gây phân lỏng, nhuận tràng, kháng cholinergic...)

- Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và mong đợi điều trị

- Khám hậu môn – trực tràng:

+ Nhìn bên ngoài: có sa trực tràng, tổn thương vùng hậu môn ngoài không

+ Khám bằng tay: đánh giá trương lực cơ vòng, phản xạ co thắt

+ Xem có khối phân tồn đọng trong trực tràng hay không

2.7.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Một số xét nghiệm máu cơ bản sẽ được chỉ định để đánh giá tổng quát tình trạng sức khỏe.

- Xét nghiệm phân: soi, cấy tìm dấu hiệu nhiễm trùng

- Chụp X-quang bụng: phát hiện phân cứng trong ruột

- Đo áp lực cơ vòng hậu môn, cảm giác trực tràng, khả năng phản hồi co cơ

- Siêu âm nội soi hậu môn/nội trực tràng: phát hiện tổn thương cơ vòng (vết rách, đứt cơ)

- Nội soi trực tràng, đại tràng để loại trừ bệnh lý viêm, chảy máu, loét, khối u, polyp...

- Chụp X-quang đại tràng/trực tràng cản quang; phát hiện các bất thường của đại tràng và trực tràng Chụp cộng hưởng từ sàn chậu: đánh giá sa trực tràng, bất thường giải phẫu phức tạp hoặc nghi tổn thương thần kinh kết hợp

- Điện cơ hậu môn – thần kinh chậu: một điện cực kim được đưa trực tiếp vào mô cơ hậu môn giúp xác định tổn thương thần kinh.

- Test tổng bóng trực tràng (Balloon expulsion test): đánh giá khả năng đẩy phân ra ngoài (mô phỏng phân).

2.7.3. *Đánh giá kỳ vọng người bệnh và chia sẻ quyết định*

- Bác sĩ nên thảo luận với người bệnh về dự kiến hiệu quả, thời gian cải thiện, rủi ro các phương pháp điều trị.

- Xác định mức độ chấp nhận điều trị (người bệnh có thể hợp tác tập luyện, tuân thủ kỹ thuật)

2.7.4. *Chẩn đoán phân biệt*

Chẩn đoán phân biệt cho đại tiện không tự chủ bao gồm:

- Dị vật âm đạo hoặc hậu môn
- Rò trực tràng âm đạo
- Rò hậu môn
- Áp-xe hậu môn trực tràng
- Sa trực tràng

2.8. *Điều trị*

Hướng điều trị với nguyên tắc bước từng tầng (stepwise)

Hướng dẫn đề xuất ba tầng điều trị:

- Tầng 1 (cơ bản, ít xâm lấn)
- Tầng 2 (can thiệp nội, nhẹ)
- Tầng 3 (can thiệp phẫu thuật/kỹ thuật cao)

2.8.1. *Tầng 1 - Biện pháp ban đầu (ít rủi ro)*

- Tư vấn, giáo dục người bệnh
- Điều chỉnh chế độ ăn uống và lối sống
- + Duy trì chất xơ hợp lý, tránh thức ăn làm phân lỏng quá mức
- + Uống đủ nước
- + Hạn chế chất kích thích ruột (cà phê, rượu...)
- + Thiết lập thói quen đại tiện cố định
- + Tập vận động, tránh ngồi quá lâu

+ Chăm sóc vùng hậu môn: Đảm bảo vùng hậu môn luôn sạch và khô ráo để tránh kích ứng và nhiễm trùng. Sử dụng giấy vệ sinh mềm nhẹ khi lau và hạn chế việc sử dụng các chất có chứa hóa chất gây kích ứng.

- + Tránh căng thẳng, stress
- Điều trị táo bón hoặc tiêu chảy nếu có

- Sử dụng sản phẩm hỗ trợ (tã, băng tiếp thu, đệm hút) để giảm phiền toái
- Giáo dục đại tiện, hướng dẫn kỹ thuật rặn, huấn luyện sàn chậu thụ động
- Không khuyến nghị dùng thuốc co cơ hậu môn ngoại trừ trong nghiên cứu đặc biệt (bằng chứng hạn chế)
- Sử dụng thuốc làm đặc phân, thuốc chống tiêu chảy (theo chỉ định bác sĩ):
- Thuốc làm đặc phân: loperamide, psyllium
- Điều trị tiêu chảy: codeine, racecadotril
- Điều trị táo bón (nếu có): thuốc nhuận tràng thẩm thấu, chất xơ

2.8.2. Tầng 2 – Can thiệp nội, không phẫu thuật

Khi sau một khoảng thời gian áp dụng tầng 1 mà triệu chứng còn không chấp nhận được: Liệu pháp Biofeedback/huấn luyện cơ – thần kinh (pelvic floor retraining, feedback)

+ Được coi là phương pháp điều trị đầu tiên cho đại tiện không tự chủ ở người cao tuổi có khả năng nhận thức tốt, giúp cải thiện kiểm soát cơ thắt hậu môn và phối hợp sàn chậu.

+ Đây là phương pháp huấn luyện thần kinh-cơ sử dụng thông tin phản hồi trực quan hoặc âm thanh về hoạt động của cơ hậu môn, cơ nâng sàn chậu, và trực tràng, nhằm cải thiện kiểm soát đại tiện.

+ Giúp cải thiện khả năng cảm giác, co cơ phối hợp.

+ Hiệu quả cao hơn ở loại đại tiểu tiện không tự chủ có tính thôi thúc hơn là thụ động.

+ Sử dụng cảm biến áp lực hoặc điện cơ (EMG) đặt trong trực tràng hoặc quanh cơ thắt. Khi người bệnh co hoặc thư giãn cơ, màn hình hoặc âm thanh phản hồi cho thấy mức độ hoạt động cơ. Người bệnh học cách điều chỉnh cơ thắt và phối hợp sàn chậu để tăng áp lực giữ phân, giảm rò phân khi đầy, và cải thiện phản xạ rặn – thắt.

- Kích thích thần kinh (neuromodulation)

+ Kích thích thần kinh cùng (Sacral nerve stimulation SNS/SNM): đặt điện cực vào rễ thần kinh cùng để điều chỉnh phản ứng đại tiện

+ Kích thích dây thần kinh chày sau qua da/xuyên da

(Percutaneous/transcutaneous posterior tibial nerve stimulation PTNS/TTNS): kích thích thần kinh chày như phương án ít xâm lấn hơn

- Tiêm vật liệu độn (bulking agents) quanh ống hậu môn

+ Tạo “khóa kín” nhẹ để hỗ trợ cơ vòng chịu lực

+ Bằng chứng không mạnh lắm, nên chọn người bệnh phù hợp

- Nút hậu môn (anal plugs): là một dụng cụ y tế nhỏ đặt vào hậu môn nhằm ngăn rò phân/són phân, giúp kiểm soát đại tiện ở người tổn thương tủy sống, đột quỵ, sa trực tràng, sau phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng, người bệnh chăm sóc giảm nhẹ có són phân.

+ Dụng cụ làm bằng silicone y tế hoặc vật liệu mềm, có kích thước và hình dạng phù hợp giải phẫu. Đây là giải pháp tạm thời, không phải giải pháp lâu dài. Cần hướng dẫn sử dụng đúng cách để tránh loét, đau, nhiễm trùng.

- Rửa trực tràng qua đường hậu môn (transanal irrigation/retrograde irrigation)

+ Dùng dung dịch để rửa sạch phân tồn đọng, hạn chế rò rỉ sau đó

+ Giúp dự phòng đại tiện không tự chủ, đặc biệt FI do táo bón, tràn phân hoặc FI thần kinh.

+ Giảm tần suất đại tiện không tự chủ, cải thiện chất lượng cuộc sống, và có thể giảm nhu cầu dùng thuốc nhuận tràng.

+ Đặc biệt có hiệu quả trong đại tiện không tự chủ nặng để cải thiện kiểm soát hàng ngày

2.8.3. Tầng 3 – Can thiệp phẫu thuật/kỹ thuật cao

Khi các biện pháp tầng 1–2 không hiệu quả, hoặc tổn thương cấu trúc rõ rệt:

- Sửa chữa cơ vòng (sphincteroplasty, overlapping repair)

- Nếu phát hiện vết rách cơ vòng rõ ràng mà tổn thương chưa quá nặng

- Cấy đặt thiết bị hoặc chuyển vật cơ

+ Chuyển cơ gracilis (graciloplasty)

+ Thiết bị nhân tạo (artificial bowel sphincter) trong vài trung tâm chuyên sâu

- Kích thích thần kinh cùng SNM (nếu chưa làm ở tầng 2): Có thể tiếp tục hoặc mở rộng nếu đáp ứng tốt

- Tạo lỗ hậu môn nhân tạo (colostomy/ileostomy): Trong các trường hợp rất nặng, không thể cải thiện, để bảo vệ chất lượng cuộc sống

2.9. Tiên lượng và theo dõi

- Tiên lượng phụ thuộc nguyên nhân, mức độ tổn thương, bệnh lý đi kèm, mức độ hợp tác điều trị

- Tiến triển thường chậm, cần kiên nhẫn và can thiệp đa mô thức

- Theo dõi định kỳ mỗi 3–6 tháng để đánh giá đáp ứng điều trị, tần suất són, mức độ ảnh hưởng, chất lượng cuộc sống và chấp nhận điều trị.

- Theo dõi tác dụng phụ, biến chứng
 - Tái đánh giá các yếu tố đồng mắc 1(5v31 dụ táo bón, bệnh thần kinh, dùng thuốc)
 - Hỗ trợ tâm lý, cải thiện chất lượng cuộc sống
 - Một số người bệnh có thể cần hỗ trợ lâu dài hoặc can thiệp ngoại khoa
 - Lưu ý ở người cao tuổi
- + Nhiều trung tâm tại Việt Nam có thể chưa có đủ thiết bị (đo áp lực hậu môn, trực tràng, siêu âm nội trực tràng, kích thích thần kinh cùng, kích thích thần kinh chày qua da, thiết bị nhân tạo: bộ cơ thắt nhân tạo), cần xem xét khả năng thực hiện, chi phí, ưu tiên các biện pháp ít xâm lấn trước.
- + Người cao tuổi thường có nhiều bệnh phối hợp, hạn chế về khả năng phẫu thuật hoặc hợp tác tập luyện, ưu tiên lựa chọn phương pháp an toàn, dễ thực hiện, ít biến chứng.
- + Phục hồi chức năng để thực hiện biofeedback, huấn luyện sàn chậu là rất cần thiết.
- + Cần có sự phối hợp đa chuyên khoa: lão khoa, tiêu hóa, ngoại khoa, phục hồi chức năng, thần kinh, chăm sóc dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oxford Textbook of Geriatric Medicine Third Edition. Section 5 Geriatric syndromes in clinical practice, chapter 51: Urinary incontinence. Page 383-392
2. Current Diagnosis and Treatment Geriatrics 2nd Edition. Section III Common Conditions in Geriatrics, chapter 39: Urinary incontinence. Page 275-283
3. M.G. Lucas, et al, Guidelines on Urinary Incontinence, European Association of Urology, 2013, trang 1-118.
4. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, Bedretdinova DA, Ambühl D, Farag F, Lombardo R, Schneider MP, Burkhard FC. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. Eur Urol. 2018 Apr;73(4):596-609. doi: 10.1016/j.eururo.2017.12.031. Epub 2018 Feb 3. PMID: 29398262.
5. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, Cruz F, Madden TB, Nambiar AK, Neisius A, de Ridder DJ, Tubaro A, Turner WH, Pickard RS; European Association of Urology. EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary incontinence. Eur Urol. 2012 Dec;62(6):1130-42. doi: 10.1016/j.eururo.2012.08.047. Epub 2012 Aug 31. Erratum in: Eur Urol. 2013 Jul;64(1):e20. PMID: 22985745.
6. Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bằng quang tăng hoạt. 01.2024
7. O'Connor E, Nic An Riogh A, Karavitakis M, Monagas S, Nambiar A. Diagnosis and Non-Surgical Management of Urinary Incontinence - A Literature Review with Recommendations for Practice. Int J Gen Med. 2021 Aug 16;14:4555-4565. doi: 10.2147/IJGM.S289314. PMID: 34429640; PMCID: PMC8378928
8. ICS Standardisation 2020: Non-surgical management of UI
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Faecal incontinence in adults: Management*. NICE guideline CG49 (2007).
10. American Gastroenterological Association (AGA) Clinical Practice Update on Management of FI (2021).
11. Carrington EV, et al. *European consensus on diagnosis and treatment of faecal incontinence*. United European Gastroenterol J. 2022;10(1):45–66.
12. Bộ Y tế Việt Nam. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tiêu hóa – Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Bạch Mai* (2021).
13. Bharucha AE, et al. *American Journal of Gastroenterology*, 2015;110:158–173.

14. Pasricha T, Staller K. Fecal Incontinence in the Elderly. *Clin Geriatr Med*. 2021;37(1):71-83. doi:10.1016/j.cger.2020.08.006
15. Shah R, Villanueva Herrero JA. Fecal Incontinence. [Updated 2025 Dec 16]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459128/>
16. The American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS). Management of Fecal Incontinence.

KHUYẾN CÁO DINH DƯỠNG NÂNG CAO SỨC KHOẺ NGƯỜI CAO TUỔI

1. Vai trò của dinh dưỡng đối với sức khỏe người cao tuổi

Lão hóa là sự suy giảm theo thời gian của các chức năng sinh lý của cơ thể, dẫn đến những thay đổi về chức năng của các hệ cơ quan cũng như giảm khả năng phục hồi đối với các tác nhân gây căng thẳng về thể chất, nhận thức và tinh thần. Khi tuổi cao làm giảm khả năng thích nghi và tái tạo, dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Bên cạnh quá trình lão hóa, người cao tuổi dễ mắc đa bệnh lý, các vấn đề tâm lý và xã hội, các yếu tố này làm tăng nguy cơ mắc các vấn đề liên quan đến dinh dưỡng dẫn đến ảnh hưởng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Suy dinh dưỡng có thể dẫn đến các hậu quả nghiêm trọng như suy giảm miễn dịch, tăng nguy cơ mắc bệnh nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong. Vì vậy dinh dưỡng hợp lý đóng vai trò thiết yếu trong việc duy trì sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi. Một chế độ dinh dưỡng đầy đủ, cân đối sẽ giúp người cao tuổi duy trì khối lượng cơ và sức mạnh phòng ngừa suy yếu và té ngã, tăng cường miễn dịch giảm nguy cơ nhiễm trùng và biến chứng, hỗ trợ chức năng tim mạch, thần kinh và tiêu hóa, kiểm soát bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, loãng xương..., cải thiện chức năng nhận thức, làm chậm tiến triển sa sút trí tuệ, tăng khả năng phục hồi sau khi bị ốm hoặc phẫu thuật và nâng cao chất lượng cuộc sống, giúp người cao tuổi sống độc lập, khỏe mạnh và hạnh phúc hơn.

2. Một số thay đổi sinh lý ảnh hưởng đến dinh dưỡng người cao tuổi

Nghe và nhìn: Giảm thính lực là tình trạng phổ biến ở người cao tuổi, là nguyên nhân hàng đầu trong những rối loạn giao tiếp ở người cao tuổi, chiếm tỷ lệ từ 25% đến 40% ở người trên 65 tuổi tại Mỹ. Giảm thị lực có thể do các bệnh thoái hóa điểm vàng, viễn thị, đục thủy tinh thể, gây ra những hạn chế trong việc đi chợ, nấu ăn và ăn.

2.1. Hệ tiêu hóa

Miệng: Sức khỏe răng miệng có ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng. Rụng răng, dùng răng giả, khô miệng có thể có khó khăn khi nhai nuốt. Giảm vị giác và giảm tiết nước bọt làm ăn uống kém ngon miệng và khó khăn.

Mùi vị: Các cảm giác về mùi vị bị ảnh hưởng liên quan đến tuổi, làm ảnh hưởng đến cảm giác ngon miệng, hạn chế lựa chọn thực phẩm và giảm khẩu phần ăn. Thay đổi vị giác, mất vị giác do teo nhú vị giác, loét miệng, sâu răng, vệ sinh răng miệng, hút thuốc lá... hoặc giảm cảm nhận về mùi cũng có thể xuất hiện, có thể do thuốc. Đây là một yếu tố tiên lượng tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi. Có một số nguyên nhân gây ra tình trạng này như là liệt Bell, tổn thương đầu; đái tháo đường; bệnh gan hoặc thận; cao huyết áp, bệnh Alzheimer, Parkinson, thiếu kẽm

hoặc niacin. Vì bị tăng ngưỡng cảm giác mùi vị nên người cao tuổi thường tăng lượng gia vị vào thực phẩm, đặc biệt cho thêm muối. Các cảm giác về mùi vị sẽ kích thích tiết dịch dạ dày, dịch vị, dịch tụy, nên khi giảm cảm giác mùi vị cũng sẽ ảnh hưởng đến các quá trình tiết dịch tiêu hóa.

Chậm rỗng dạ dày, ăn nhanh no, giảm khẩu phần ăn hay gặp ở người cao tuổi. Nuốt khó, mất chức năng nuốt, thường do bệnh lý thần kinh và sa sút trí tuệ, làm tăng nguy cơ viêm phổi hít sặc. Thay đổi về dạ dày như giảm chức năng niêm mạc dạ dày, viêm dạ dày gây đau, chậm tiêu ở dạ dày, khó chịu, ảnh hưởng hấp thu các chất dinh dưỡng. Giảm bài tiết enzyme tiêu hóa từ tuyến nước bọt, dạ dày, tụy và ruột non. Sự giảm tiết acid dịch vị làm suy giảm hoạt động của pepsin – enzyme quan trọng trong tiêu hóa protein – đồng thời ảnh hưởng đến khả năng hấp thu sắt, canxi, kẽm và vitamin B12. Tuyến tụy cũng giảm sản xuất men tiêu hóa như lipase, amylase và trypsin, gây khó khăn trong tiêu hóa chất béo và tinh bột, dẫn đến đầy bụng, khó tiêu và hấp thu kém các vitamin tan trong dầu (A, D, E, K). Ngoài ra, men lactase ở niêm mạc ruột non có thể giảm, gây không dung nạp lactose ở nhiều người cao tuổi. Những thay đổi này làm suy giảm hiệu quả tiêu hóa thức ăn, từ đó ảnh hưởng đến khả năng hấp thu dinh dưỡng và góp phần vào nguy cơ suy dinh dưỡng ở người lớn tuổi.

Táo bón cũng là rối loạn thường gặp, thường do thiếu dịch, ít hoạt động thể lực, và khẩu phần ăn ít chất xơ, hoặc có thể do một số loại thuốc hay gặp ở người cao tuổi.

2.2. Các chức năng tim mạch, thận, thần kinh

Chức năng tim mạch, thận, thần kinh cũng thường suy giảm khi tuổi tăng lên, thường dễ mắc bệnh tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, hoặc các rối loạn thần kinh ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng.

2.3. Hệ miễn dịch

Hệ miễn dịch suy giảm khi tuổi tăng lên, đáp ứng miễn dịch chậm và kém hiệu quả hơn.

Nếu duy trì tình trạng dinh dưỡng tốt làm tăng chức năng miễn dịch.

2.4. Loét tì đè

Nhiều yếu tố ảnh hưởng tới loét tì đè bao gồm ít vận động, tuần hoàn kém, béo phì, tiểu tiện mất tự chủ. Người cao tuổi với các vấn đề về thần kinh như hôn mê, sa sút trí tuệ, trầm cảm không thay đổi tư thế, liệt, mất cảm giác đều góp phần gây ra loét tì đè.

2.5. Chức năng và trạng thái chức năng

Chức năng là khả năng duy trì các hoạt động tự chăm sóc, tự duy trì liên quan đến mức độ độc lập và chất lượng cuộc sống. Hạn chế các hoạt động thường ngày như tắm giặt, vệ sinh, ăn uống, mặc quần áo và các hoạt động sử dụng dụng

cụ hàng ngày như quản lý tài chính, đi chợ, dùng điện thoại, nấu ăn, uống thuốc... Các bệnh liên quan đến dinh dưỡng có thể ảnh hưởng đến trạng thái chức năng của người cao tuổi. Ăn không đủ có thể gây ra mất khối cơ, giảm sức mạnh, ảnh hưởng đến các hoạt động thường ngày.

2.6. Trầm cảm

Các thay đổi về tâm lý thường biểu hiện trầm cảm và thay đổi tùy người. Đối với người cao tuổi trầm cảm thường có thể là do bệnh. Trầm cảm thường không được chẩn đoán và bị bỏ qua. Trầm cảm không được điều trị có thể ảnh hưởng đến niềm vui sống trong đó có ăn uống, làm tăng bệnh tật, giảm chức năng miễn dịch, chán ăn, sụt cân, mệt mỏi. Thực phẩm và dinh dưỡng góp phần vào chất lượng cuộc sống về mặt sinh lý, tâm lý và xã hội của con người, do vậy các chương trình chăm sóc dinh dưỡng cần được chú ý.

2.7. Các thay đổi trong chuyển hóa dinh dưỡng ở NCT:

Ở người cao tuổi, chuyển hóa dinh dưỡng có nhiều thay đổi quan trọng. Trước hết, tốc độ chuyển hóa cơ bản (BMR) giảm do khối lượng cơ và hoạt động thể chất giảm, dẫn đến nhu cầu năng lượng thấp hơn so với người trưởng thành trẻ tuổi. Quá trình tổng hợp protein bị suy giảm, trong khi phân giải protein tăng lên, làm gia tăng nguy cơ mất khối cơ (sarcopenia). Mặc dù nhu cầu năng lượng giảm, nhưng nhu cầu về protein – đặc biệt là các acid amin thiết yếu như leucine – lại tăng nhằm duy trì và phục hồi khối cơ. Song song đó, khả năng oxy hóa chất béo giảm và hoạt động insulin suy yếu khiến mỡ dễ tích tụ, đặc biệt ở vùng bụng, làm tăng nguy cơ đề kháng insulin và các bệnh chuyển hóa.

Những thay đổi này nếu không được điều chỉnh kịp thời qua chế độ ăn và vận động phù hợp sẽ làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, béo phì, sarcopenia, đái đường và giảm chất lượng sống ở người cao tuổi.

3. Một số vấn đề dinh dưỡng thường gặp ở người cao tuổi:

3.1. Suy dinh dưỡng ở người cao tuổi

Đối với người cao tuổi, suy dinh dưỡng là hiện tượng phổ biến. Tỷ lệ này biến đổi từ 1 -5% ở cộng đồng người cao tuổi, 10 - 35% ở nhà dưỡng lão, và 20 - 50% người bệnh Lão khoa. Suy dinh dưỡng liên quan đến tăng tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ tử vong và kéo dài thời gian nằm viện, suy giảm chất lượng cuộc sống. Suy dinh dưỡng cũng làm tăng nguy cơ gãy xương: cổ xương đùi, xương chậu, đầu trên xương cánh tay. Nguy cơ gãy xương nặng hơn ở những người có khẩu phần ăn protein và canxi thấp, cạn kiệt vitamin D, chỉ khối khối cơ thể thấp, giảm khối mỡ, giảm cân nặng. Suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng bệnh viện, loét tỳ đè. Các nguyên nhân gây ra suy dinh dưỡng của người cao tuổi do sa sút trí tuệ, bất động, chán ăn, răng yếu, rụng răng, trầm cảm. Giảm chức năng và rối loạn hệ tiêu hóa gây trào ngược, táo bón, tiêu chảy, thiếu trợ giúp khi ăn đều là nguy cơ suy dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng có thể do

bệnh hiện mắc và phương pháp điều trị gây ra chán ăn, giảm cân, hoặc do phương pháp điều trị bệnh dùng chế độ ăn quá hạn chế làm giảm khẩu phần ăn. Ngoài ra các bệnh hay gặp người cao tuổi như giảm trí nhớ: quên không ăn, rối loạn tâm thần người cao tuổi cùng với tình trạng dự trữ dinh dưỡng kém và chậm hồi phục cũng góp phần gây suy dinh dưỡng. Thuốc điều trị cũng ảnh hưởng tình trạng dinh dưỡng: ảnh hưởng cảm giác ngon miệng, hấp thu chuyển hóa chất dinh dưỡng, tương tác thuốc - dinh dưỡng. Do vậy dùng nhiều thuốc cũng là yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng. Các yếu tố xã hội như nghèo, cô độc, cô đơn, bị ngược đãi, giảm khả năng tự phục vụ, cần giúp đỡ khi ăn và các yếu tố tâm lý như trầm cảm gây yếu mệt, đau bụng, buồn nôn, chán ăn, từ chối ăn hoặc những sang chấn tâm lý như mất mát cuối đời, cô đơn đều là yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng

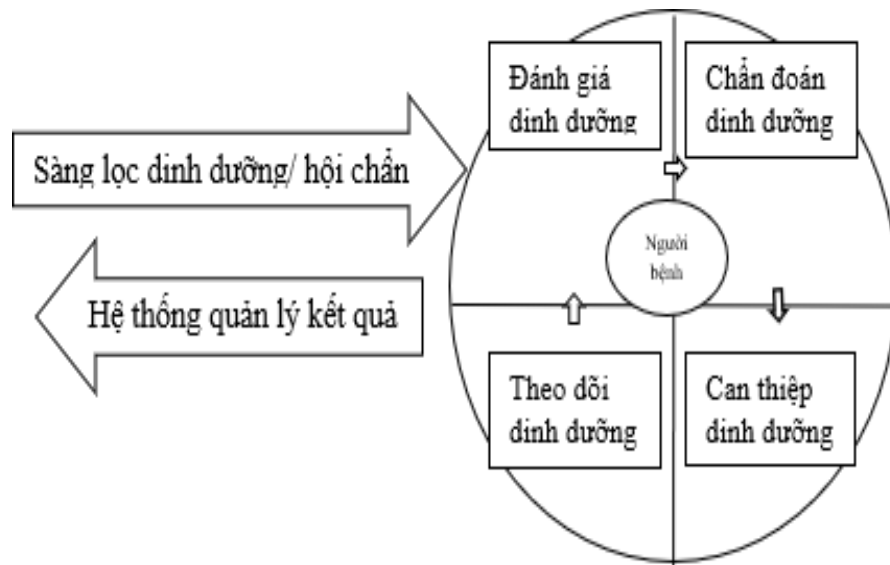
Sarcopenia là một hội chứng đặc trưng bởi sự mất đi khối lượng cơ, sức mạnh cơ và/hoặc chức năng cơ liên quan đến tuổi tác hoặc bệnh lý. Sarcopenia là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở người cao tuổi. Sarcopenia gây ra giảm sức cơ, suy giảm khả năng vận động, tăng nguy cơ té ngã, gãy xương và giảm chất lượng cuộc sống. Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa và điều trị sarcopenia. Cung cấp đầy đủ năng lượng, lượng protein cao (1.0–1.5 g/kg cân nặng/ngày) chú ý HMB (β -hydroxy β -methylbutyrate) một chất chuyển hóa của leucine – một axit amin thiết yếu có vai trò quan trọng trong việc tổng hợp protein cơ, vitamin D, canxi giúp duy trì tổng hợp cơ, giảm viêm và cải thiện chức năng cơ bắp. Bên cạnh đó, kết hợp dinh dưỡng với hoạt động thể lực (đặc biệt là bài tập sức mạnh) mang lại hiệu quả tối ưu trong làm chậm tiến trình suy giảm cơ và cải thiện chức năng vận động ở người cao tuổi (tham khảo thêm trong phần Sarcopenia).

3.2. Thiếu hụt vitamin và khoáng chất ở người cao tuổi

Tình trạng thiếu vitamin và khoáng chất ở người cao tuổi là một vấn đề sức khỏe phổ biến và đáng lo ngại. Ảnh hưởng của quá trình lão hóa lên khả năng hấp thụ, chuyển hóa và nhu cầu dinh dưỡng cũng như chế độ dinh dưỡng không đầy đủ, tác dụng phụ của một số thuốc điều trị dẫn đến tình trạng thiếu hụt này. Người cao tuổi thường thiếu các vi chất thiết yếu như vitamin D, B12, canxi, sắt và kẽm, dẫn đến nguy cơ cao mắc các bệnh mãn tính như loãng xương, thiếu máu, suy giảm miễn dịch và rối loạn nhận thức.

Việc đánh giá dinh dưỡng định kỳ và bổ sung vi chất phù hợp là cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm thiểu nguy cơ bệnh tật ở người cao tuổi.

4. Chăm sóc dinh dưỡng người cao tuổi trong bệnh viện



Sơ đồ 1. Quy trình chăm sóc dinh dưỡng trong bệnh viện

4.1. Sàng lọc suy dinh dưỡng người cao tuổi:

Quy trình chăm sóc dinh dưỡng đối với người cao tuổi bao gồm nhiều bước bắt đầu từ sàng lọc có hệ thống phát hiện suy dinh dưỡng. Tất cả người cao tuổi, kể cả đang mắc bệnh hay thừa cân béo phì đều cần sàng lọc suy dinh dưỡng định kỳ bằng các công cụ hợp lệ để xác định nguy cơ.

Sàng lọc nguy cơ cần được tiến hành có hệ thống, định kỳ từ khi nhập viện bằng các công cụ hợp lệ tùy thuộc vào tình trạng người bệnh (3 tháng ở các nhà dưỡng lão có chăm sóc y tế khi tình trạng ổn định, hoặc 1 năm khám định kỳ) để phát hiện sớm. Công cụ phổ biến và phù hợp cho người cao tuổi là bộ công cụ đánh giá dinh dưỡng tối thiểu (MNA). Ngoài việc sử dụng các yếu tố nguy cơ như BMI, giảm cân, giảm khẩu phần ăn, mắc bệnh, công cụ MNA còn bao gồm vấn đề hay gặp ở người cao tuổi thường góp phần gây ra suy dinh dưỡng đó là khả năng đi lại và các vấn đề về tâm thần kinh. Do vậy, bộ công cụ MNA đánh giá được các yếu tố nguy cơ góp phần gây ra suy dinh dưỡng.

Trong trường hợp không đo được BMI thì sẽ tiến hành đo vòng cẳng chân. Với người cao tuổi bị bệnh nặng phải điều trị tại các khoa hồi sức tích cực sử dụng bộ công cụ sàng lọc NRS-2002. Khi sàng lọc phát hiện nguy cơ suy dinh dưỡng, cần đánh giá dinh dưỡng một cách hệ thống, can thiệp dinh dưỡng cá thể, giám sát và điều chỉnh các can thiệp dinh dưỡng phù hợp.

Bảng 1. Đánh giá dinh dưỡng bằng công cụ MNA-SF

Câu hỏi	Cách thực hiện
<p>Trong 3 tháng qua, lượng thức ăn ăn vào bị giảm do không ngon miệng, các vấn đề tiêu hóa, khó khăn khi nhai hoặc nuốt?</p> <p>0= khẩu phần ăn giảm nặng 1= khẩu phần ăn giảm vừa 2= khẩu phần ăn không giảm</p>	<p>Hãy hỏi người bệnh hoặc người chăm sóc hoặc kiểm tra hồ sơ bệnh án</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Ông/bà có ăn ít hơn bình thường trong ba tháng qua không?" • Nếu có, "là do chán ăn, khó nhai, hoặc khó nuốt?" <p>Nếu có, "ông/bà ăn ít hơn nhiều so với trước đây hay chỉ ít hơn một chút?"</p>
<p>Giảm cân không chủ ý trong 3 tháng vừa qua</p> <p>0= giảm cân trên 3 kg</p> <p>1= không biết</p> <p>2= giảm từ 1 cho tới 3 kg 3= không giảm cân</p>	<p>Hỏi người bệnh/Xem lại hồ sơ bệnh án (nếu được chăm sóc dài hạn hoặc nội trú)</p> <p>Trong 3 tháng gần đây, ông/bà có bị sụt cân mà không chủ ý không?"</p> <p>“Quần áo hoặc cạp quần của ông/bà có cảm giác rộng hơn không?”</p> <p>“Ông/bà ước chừng đã giảm bao nhiêu cân? Nhiều hay ít hơn 3 kg</p> <p><i>Mặc dù giảm cân ở người cao tuổi thừa cân đôi khi có thể là điều phù hợp, nhưng cũng có thể là dấu hiệu của suy dinh dưỡng với trường hợp giảm cân không chủ ý.</i></p> <p><i>Khi loại bỏ câu hỏi về sụt cân, thang đánh giá MNA sẽ mất đi độ nhạy, vì vậy việc hỏi về thay đổi cân nặng là rất quan trọng.</i></p>

<p>C. Khả năng di chuyển:</p> <p>0 = Nằm liệt giường hoặc phải ngồi xe lăn, không thể tự di chuyển.</p> <p>1 = Có thể ra khỏi giường hoặc ghế, nhưng không ra ngoài được. 2 = Có thể ra ngoài (đi lại trong và ngoài nhà).</p>	<p>Hỏi người bệnh/ tham khảo hồ sơ y tế / thông tin từ người chăm sóc:</p> <p>“Ông/bà mô tả khả năng di chuyển hiện tại của mình như thế nào?”</p> <p>“Ông/bà có thể tự ra khỏi giường, ghế hoặc xe lăn mà không cần người giúp không?” → nếu không, cho điểm 0.</p> <p>“Ông/bà có thể tự ra khỏi giường hoặc ghế nhưng không thể ra khỏi nhà không?” → nếu có, cho điểm 1.</p> <p>“Ông/bà có thể ra khỏi nhà được không?” → nếu có, cho điểm 2.</p>
<p>Người bệnh có bị căng thẳng tâm lý hoặc mắc bệnh cấp tính trong 3 tháng gần đây không?</p> <p>0 = Có</p> <p>2 = Không</p>	<p>Hỏi người bệnh/Xem lại hồ sơ y tế/Dùng đánh giá chuyên môn:</p> <p>“Gần đây ông/bà có cảm thấy căng thẳng, lo âu hoặc chịu áp lực tinh thần không?”</p> <p>“Trong thời gian gần đây, ông/bà có bị bệnh nặng hoặc mắc bệnh cấp tính nào không?”</p>
<p>E. Các vấn đề tâm thần kinh</p> <p>0 = sa sút trí tuệ hoặc trầm cảm nặng</p> <p>1 = sa sút trí tuệ nhẹ</p> <p>2 = không có các vấn đề về tâm lý</p>	<p>Xem lại hồ sơ y tế của người bệnh/Dùng đánh giá chuyên môn/Hỏi trực tiếp người bệnh, điều dưỡng hoặc người chăm sóc:</p> <p>“Ông/bà có được chẩn đoán mắc chứng sa sút trí tuệ (dementia) không?”</p> <p>“Ông/bà có từng trải qua cảm giác buồn bã kéo dài hoặc trầm cảm nặng không?”</p> <p>Thông tin về mức độ rối loạn thần kinh – tâm lý (như sa sút trí tuệ) của người bệnh có thể được thu thập từ người chăm sóc, nhân viên điều dưỡng hoặc hồ sơ y tế.</p>
<p>F1. Chỉ số khối cơ thể (BMI)</p> <p>(cân nặng (kg)/ (chiều cao x chiều cao theo m)</p> <p>0= BMI< 19</p> <p>1= BMI 19- <21</p>	<p>Ghi cân nặng và chiều cao của người bệnh vào mẫu MNA trước khi tính BMI.</p>

2= BMI 21- <23 3= BMI $\geq$ 23	
NẾU KHÔNG TÍNH ĐƯỢC BMI, THAY THẾ F1 BẰNG F2. KHÔNG HỎI F2 NẾU TRẢ LỜI ĐƯỢC CÂU HỎI F1	
F2. Vòng cẳng chân (CC) theo cm 0 = CC < 31 3 = CC $\geq$ 31	<p>Đối với người có thể ngồi hoặc đứng:</p> <p>Người bệnh ngồi với chân trái thả lỏng tự nhiên, hoặc đứng với trọng lượng cơ thể phân bố đều trên hai chân.</p> <p>Yêu cầu người bệnh xắn quần lên để lộ phần bắp chân.</p> <p>Quấn thước dây quanh phần lớn nhất của bắp chân và ghi lại số đo.</p> <p>Đo thêm vài điểm ở trên và dưới vị trí đó để đảm bảo số đo đầu tiên là lớn nhất.</p> <p>Đảm bảo thước vuông góc với trục dọc của bắp chân, không bị xoắn, và ghi số đo chính xác đến 0,1 cm.</p> <p>Đối với người nằm liệt giường:</p> <p>Đặt người bệnh nằm ngửa, gối trái gấp lại góc 90°.</p> <p>Luồn thước dây quanh bắp chân trái và xác định vị trí có đường kính lớn nhất.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kéo thước vừa khít, không siết chặt để tránh nén mô mềm. <p>Đọc và ghi số đo chính xác đến 0,1 cm.</p> <p>Các lần đo lặp lại nên chênh lệch không quá 0,5 cm để đảm bảo độ chính xác.</p>
<p>Điểm sàng lọc: bằng tổng điểm từ A đến F1 (tối đa 14 điểm)</p> <p>12- 14 điểm: Tình trạng dinh dưỡng bình thường</p> <p>8- 11 điểm: Nguy cơ suy dinh dưỡng</p> <p>0- 7 điểm: Suy dinh dưỡng</p>	

4.2. Đánh giá dinh dưỡng toàn diện

Đánh giá toàn diện có hệ thống nhằm xác định các vấn đề về dinh dưỡng, các thiếu hụt dinh dưỡng, sau đó đưa ra các chẩn đoán dinh dưỡng, tiến hành can thiệp dinh dưỡng phù hợp cho từng người bệnh.

Đánh giá dinh dưỡng bao gồm các bước đánh giá nhân trắc bao gồm các chỉ số, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể, chu vi vòng cẳng chân, các chỉ số sinh hóa, các dấu hiệu lâm sàng, điều tra khẩu phần ăn, điều kiện chăm sóc, các yếu tố môi trường chăm sóc.

4.3. Chẩn đoán suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)

Chẩn đoán suy dinh dưỡng khi người bệnh có ít nhất một tiêu chí kiểu hình (phenotypic) và một tiêu chí nguyên nhân (etiologic)

- Tiêu chí kiểu hình (phenotypic) khi có 1 trong các biểu hiện sau:

Giảm cân không chủ ý: giảm cân $\geq 5\%$ trong 6 tháng hoặc $\geq 10\%$ trong >6 tháng) hoặc BMI thấp: $< 20 \text{ kg/m}^2$ nếu < 70 tuổi, $< 22 \text{ kg/m}^2$ nếu ≥ 70 tuổi hoặc Giảm khối lượng cơ: Đo bằng chụp cắt lớp vi tính (CTscan), Đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA), Phân tích trở kháng sinh học (BIA).

- Tiêu chí nguyên nhân (Etiologic) khi có 1 trong các biểu hiện sau:

Giảm hấp thu hoặc tiêu hóa kém: mắc bệnh lý tiêu hóa, phẫu thuật, hoặc mất khả năng ăn uống hoặc tăng nhu cầu chuyển hóa hoặc viêm mạn tính: Liên quan bệnh cấp/mạn, nhiễm trùng, ung thư, viêm mạn.

4.4. Can thiệp dinh dưỡng

Chăm sóc dinh dưỡng và bù dịch ở người cao tuổi cần toàn diện và cá thể hóa để đảm bảo cung cấp năng lượng và các chất dinh dưỡng, duy trì và cải thiện tình trạng dinh dưỡng và cải thiện diễn biến lâm sàng và chất lượng cuộc sống. Những can thiệp dinh dưỡng cần là một phần trong nhóm điều trị đa chuyên khoa để hỗ trợ đầy đủ khẩu phần ăn, duy trì hoặc tăng cân, cải thiện tình trạng chức năng và kết quả lâm sàng. Cần xác định và giải quyết các nguyên nhân gây ra suy dinh dưỡng và mất nước, trong đó lưu ý chế độ ăn hạn chế trong một số bệnh có thể gây tác hại làm giảm khẩu phần ăn và cần được phòng tránh.

4.5. Nhu cầu các chất dinh dưỡng ở người cao tuổi:

- Nhu cầu về năng lượng

Nhu cầu năng lượng khẩu phần theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam năm 2015, với người cao tuổi dưới 70 tuổi là 2000 kcal với nam và 1700 kcal với nữ, với người trên 70 tuổi là 1900 kcal với nam và 1600 kcal với nữ. Nhu cầu năng lượng cần điều chỉnh tùy theo tình trạng dinh dưỡng, mức độ hoạt động thể lực, tình trạng bệnh tật và mức độ dung nạp. Khi tuổi càng tăng

thì tiêu hao năng lượng thường giảm, chủ yếu do giảm khối cơ nạc. Theo hướng dẫn dinh dưỡng người cao tuổi của Hội Dinh dưỡng Lâm sàng và Chuyển hóa Châu Âu (ESPEN) năm 2022, ước tính nhu cầu năng lượng của người cao tuổi là 30 kcal/kg/ngày. Cần lưu ý, với người bệnh nội trú mắc bệnh cấp tính năng lượng khẩu phần ăn đường miệng thường thấp, không đáp ứng đủ nhu cầu.

- Nhu cầu Protein

Nhu cầu protein khẩu phần theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, với người cao tuổi dưới 70 tuổi là 70 g với nam và 62 g với nữ, với người trên 70 tuổi là 68 g với nam và 59 g với nữ, trong đó tỷ lệ protein nguồn gốc động vật cần trên 30%.

Protein khẩu phần ít nhất 1 g/kg/ngày nếu chức năng thận bình thường. Nhu cầu protein sẽ được điều chỉnh tùy theo tình trạng dinh dưỡng, mức độ hoạt động thể lực, tình trạng bệnh và mức độ dung nạp. Khi mắc một số bệnh, nhu cầu protein có thể cần tăng cao hơn, như khi nhiễm trùng, loét. Cần tăng cường lựa chọn các thực phẩm giàu acid amin thiết yếu, đặc biệt là leucine, giúp cải thiện khối lượng và chất lượng cơ ở người cao tuổi

- Nhu cầu Carbohydrate (các chất bột đường)

Ăn vừa đủ đảm bảo năng lượng theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị (Carbohydrate chiếm khoảng 55-60% tổng năng lượng ăn vào). Nên chú ý chủng loại carbohydrate, ăn các thực phẩm có chứa carbohydrate phức hợp, hạn chế các loại carbohydrate tinh chế, đường kính. Chọn thực phẩm nhiều chất xơ như gạo lứt, gạo lật nảy mầm, gạo xay xát không quá kỹ để đảm bảo lượng xơ theo nhu cầu dinh dưỡng.

- Nhu cầu Chất béo

Cần cung cấp khoảng 20-25% tổng năng lượng ăn vào. Chọn thực phẩm có các loại chất béo tốt cho sức khỏe như cá, hoặc các loại hạt, hạn chế thực phẩm nhiều chất béo no như thịt mỡ lợn, gà, bò... và các thực phẩm nhiều cholesterol như nội tạng, tránh sử dụng các thực phẩm có chứa chất béo trans.

- Nhu cầu Vitamin và khoáng chất dinh dưỡng

Nhu cầu vitamin và vi chất dinh dưỡng đối với người cao tuổi tuân theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị. Khi không có dấu hiệu thiếu đặc hiệu, vi chất dinh dưỡng được bổ sung theo nhu cầu khuyến nghị cho các đối tượng người cao tuổi khỏe mạnh. Người cao tuổi thường mắc các bệnh dạ dày ruột, đi kèm với giảm hấp thu ví dụ viêm teo niêm mạc dạ dày, giảm hấp thu vitamin B12, canxi, sắt, nên có nguy cơ cao thiếu các vi chất dinh dưỡng. Cần bổ sung các vi chất khi có dấu hiệu thiếu hụt.

**Bảng 2. Nhu cầu khuyến nghị một số vitamin và khoáng chất
cho người ≥ 60 tuổi**

Vitamin và khoáng chất	Đơn vị	Nam	Nữ
Vitamin A	$\mu\text{g RE/ngày}$	800	650
Vitamin D	IU/ngày	800	800
Vitamin E	mg /ngày	6.5	6
Vitamin K	$\mu\text{g/ngày}$	150	150
Vitamin C	mg/ngày	100	100
Vitamin B1 (Thiamin)	mg/ngày	1.0	1.0
Vitamin B2 (Riboflavin)	mg/ngày	1.1	1.1
Niacin (B3)	mg NE/ngày	16	14
Vitamin B6	mg/ngày	1.7	1.5
Folate	$\mu\text{g DFE/ngày}$	400	400
Vitamin B12	$\mu\text{g/ngày}$	2.4	2.4
Canxi	mg/ngày	1000	1000
Sắt	mg/ngày	13.7	11.3
Kẽm	mg/ngày	4.9	7.0

4.6. Một số lưu ý trong lựa chọn và chế biến thức ăn cho người cao tuổi:

Ăn các loại đạm động vật trong thịt, cá, trứng, sữa kết hợp với các loại đạm có nguồn gốc thực vật như đậu phụ, đậu đỗ, các loại hạt. Người cao tuổi nên ăn cá 3-5 lần mỗi tuần để tăng lượng omega 3 tốt cho não bộ. Nên tiêu thụ sữa hàng ngày, sữa là nguồn cung cấp đạm cũng như canxi cho cơ thể.

Tiêu thụ các chất béo tốt từ nguồn dầu thực vật, mỡ cá, một số loại hạt dầu béo (hạt mắc ca, hạt óc chó...). Hạn chế các chất béo xấu có trong mỡ động vật, nội tạng động vật, da thịt gia cầm ... Các chất béo này dễ làm tăng mỡ máu từ đó tăng nguy cơ mắc các vấn đề tim mạch.

Nên chọn các thực phẩm giàu chất xơ như ngũ cốc nguyên hạt, gạo lứt, yến mạch, rau xanh và quả chín...

Hạn chế sử dụng các thực phẩm chứa nhiều muối như mỳ tôm, đồ đóng hộp, dưa muối, cà muối.... Việc tiêu thụ quá nhiều muối sẽ tăng nguy cơ mắc tăng huyết áp, ảnh hưởng đến chức năng thận vì vậy để tránh tiêu thụ quá nhiều muối ở người cao tuổi không nên tiêu thụ quá 5g muối/ngày.

Nên chế biến thực phẩm dạng mềm nhừ, cắt nhỏ phù hợp sở thích và khả năng nhai nuốt của NCT.

Nên ăn đúng bữa không bỏ bữa. Nếu người cao tuổi ăn nhanh no thì có thể ăn thêm các bữa phụ trong ngày.

5. Các khuyến nghị đối với người cao tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc bị suy dinh dưỡng:

5.1. Bổ sung dinh dưỡng đường miệng

Bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng (ONS) là các sản phẩm giàu chất dinh dưỡng và năng lượng được thiết kế để tăng khẩu phần ăn khi không đủ đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng hàng ngày nếu chỉ bằng khẩu phần ăn. Bổ sung dinh dưỡng đường miệng là một biện pháp can thiệp dinh dưỡng được chỉ định rộng rãi cho người cao tuổi khi có khẩu phần ăn không đủ. Khi chỉ định cần đánh giá khả năng dung nạp của người bệnh.

5.2. Nuôi ăn qua sonde và nuôi dưỡng tĩnh mạch

Khi không thể ăn đủ khẩu phần bằng đường miệng, cần chỉ định nuôi dưỡng qua sonde.

Người cao tuổi có thể cần chỉ định nuôi ăn đường tĩnh mạch để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng và duy trì hoặc cải thiện tình trạng dinh dưỡng nếu không thể ăn đường miệng và đường sonde trên 3 ngày hoặc ăn ít hơn 50% năng lượng khẩu phần kéo dài trên 1 tuần. Nuôi ăn qua sonde và nuôi ăn đường tĩnh mạch và bù nước cần được coi như một phương pháp điều trị y khoa hơn là chăm sóc cơ bản, do vậy chỉ sử dụng nếu thực sự cải thiện hoặc duy trì tình trạng của người bệnh và chất lượng cuộc sống. Người bệnh cao tuổi không nên dùng thuốc giảm đau hoặc kiềm chế/giam giữ về thể chất để nuôi ăn qua sonde hay nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc truyền nước. Đối với người bệnh cao tuổi có suy dinh dưỡng, nuôi ăn qua sonde và nuôi dưỡng tĩnh mạch cần bắt đầu sớm; cần tăng dần dần trong 3 ngày đầu để tránh hội chứng nuôi ăn lại. Trong 3 ngày đầu nuôi ăn qua sonde hay nuôi tĩnh mạch ở người bệnh suy dinh dưỡng cao tuổi, đặc biệt quan tâm đến nồng độ phospho, magie, kali và vitamin B1, các chất này cần được bổ sung thậm chí khi chỉ thiếu nhẹ.

5.3. Can thiệp tập luyện

Ngoài các can thiệp dinh dưỡng, người cao tuổi bị suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng cần được khuyến khích vận động và tập luyện để duy trì và cải thiện khối cơ và chức năng. Trong khi tập cần cung cấp đủ năng lượng và protein để duy trì trọng lượng cơ thể và duy trì cải thiện khối cơ.

5.4. Xác định, điều trị và phòng mất nước

Đối với người cao tuổi, nữ giới cần uống ít nhất 1,6 lít nước mỗi ngày, trong khi nam giới cần ít nhất 2,0 lít mỗi ngày, trừ khi có tình trạng lâm sàng đòi hỏi chỉ định khác. Người cao tuổi nên uống nước phù hợp với sở thích. Tất cả người cao tuổi đều được coi có nguy cơ uống nước không đủ và cần khuyến khích uống đủ số lượng. Tất cả người cao tuổi đều cần được sàng lọc tình trạng uống ít nước khi đến khám nếu tình trạng lâm sàng thay đổi và cần được sàng lọc định kỳ khi khám suy dinh dưỡng hoặc nguy cơ suy dinh dưỡng.

Để xác định tình trạng bị mất nước do uống không đủ, cần đo áp lực thẩm thấu máu nếu thấy $> 300 \text{ mOsm/kg}$. Khi không đo được trực tiếp áp lực thẩm thấu thì dùng công thức tính: áp lực thẩm thấu $= 1,86 \times (\text{Na}^+ + \text{K}^+) + 1,15 \times \text{glucose} + \text{urea} + 14$ (tất cả đều đo theo đơn vị mmol/L). Trong sàng lọc, dùng ngưỡng áp lực thẩm thấu $> 295 \text{ mmol/L}$. Các test hay các dấu hiệu đơn giản như độ đàn hồi da, khô miệng, thay đổi cân nặng, hoặc trọng lực không được dùng để đánh giá tình trạng mất nước của người bệnh người cao tuổi. Đo điện trở kháng sinh học cũng không được dùng để đánh giá tình trạng mất nước ở người cao tuổi vì không có lợi cho chẩn đoán.

Người cao tuổi và người chăm sóc có thể sử dụng các công cụ hợp lý để đánh giá khẩu phần dịch nhưng cũng cần yêu cầu nhân viên y tế đánh giá áp lực thẩm thấu của huyết thanh một cách định kỳ. Để phòng mất nước ở người cao tuổi cần thực hiện các chiến lược đa thành tố tại các cơ sở điều trị hoặc nhà dưỡng lão. Những chiến lược này bao gồm để đồ uống sẵn có, nhiều lựa chọn đồ uống, nhận thức của nhân viên về nhu cầu cần cung cấp đủ dịch, nhân viên hỗ trợ uống và nhân viên hỗ trợ người cao tuổi đi vệ sinh nhanh chóng khi họ có nhu cầu. Kế hoạch chăm sóc người cao tuổi tại các cơ sở cần ghi lại sở thích đồ uống, khi nào phục vụ đồ uống và uống thế nào cũng như hỗ trợ để tăng cường uống nước. Đánh giá các rào cản của từng cá thể và yếu tố để cải thiện uống nước để lập kế hoạch cụ thể cho từng cá thể người cao tuổi.

Người cao tuổi có dấu hiệu nuốt khó cũng cần được đánh giá, điều trị và giám sát bởi các chuyên gia có kinh nghiệm. Tình trạng dinh dưỡng và mất nước của họ cần được giám sát chặt chẽ với sự tư vấn của người hành nghề có chuyên môn phù hợp về rối loạn nuốt, về dinh dưỡng và các chuyên ngành liên quan khi cần thiết. Các chiến lược để hỗ trợ đủ dịch cần được xây dựng bao gồm cả người cao tuổi, nhân viên, và các nhà lập chính sách.

5.5. Hội chứng nuôi ăn lại (refeeding)

Hội chứng nuôi ăn lại là hội chứng gồm các rối loạn về chuyển hóa ở những người bệnh suy dinh dưỡng nặng hoặc ăn thiếu kéo dài khi được nuôi dưỡng trở lại. Khi những người bệnh này được bổ sung lượng lớn năng lượng và protein, insulin được tiết ra dẫn tới giữ nito, cùng với tăng tổng hợp protein nội bào và dự trữ glycogen. Điều này làm tăng việc đưa glucose, phospho và một số

khoáng chất khác như kali và magie vào tế bào. Do đó xảy ra rối loạn nước và điện giải (thường trong vòng 4 ngày kể từ khi bắt đầu nuôi ăn).

Nồng độ phosphat huyết thanh giảm cùng với giảm nồng độ kali và magie, làm loạn nhịp tim, thậm chí có thể tử vong. Mặt khác, tăng cung lượng tuần hoàn và dịch ngoại bào có thể làm tim bị suy yếu do cơ tim vốn đã yếu ở những người bệnh suy dinh dưỡng nặng hoặc đói ăn kéo dài. Vì thế, trong những ngày đầu cần nuôi dưỡng thận trọng theo dõi chặt chẽ điện giải, đặc biệt là phospho, kali và magie huyết thanh trong tuần đầu.

5.6. Dinh dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối đời

Trong giai đoạn cuối đời, chăm sóc giảm nhẹ đóng vai trò trung tâm nhằm giảm đau, giảm nhẹ triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình. Dinh dưỡng là một phần quan trọng trong quá trình này. Theo hướng dẫn của Hội chuyển hóa và dinh dưỡng Lâm sàng châu Âu (ESPEN), mục tiêu cốt lõi của dinh dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ không phải là kéo dài sự sống bằng mọi giá, mà là duy trì sự thoải mái, giảm nhẹ triệu chứng, và tôn trọng giá trị cùng nguyện vọng của người bệnh.

Dinh dưỡng trong giai đoạn này nên được xem là một phần của chăm sóc toàn diện, kết hợp giữa hỗ trợ thể chất, tâm lý, xã hội và tinh thần thay vì là một biện pháp điều trị đơn lẻ. Hỗ trợ dinh dưỡng ở giai đoạn cuối đời cần cá thể hoá, đòi hỏi đánh giá cân trọng giữa lợi ích và gánh nặng, giữa chỉ định y học và mục tiêu của người bệnh, người nhà. Sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, chuyên gia dinh dưỡng, điều dưỡng, công tác xã hội, người bệnh và gia đình có ý nghĩa quan trọng trong việc định hướng lựa chọn phù hợp, giảm thiểu can thiệp quá mức, và đảm bảo chăm sóc nhân văn cho người bệnh.

Trong giai đoạn cuối, mục tiêu không phải là đạt nhu cầu năng lượng, protein chuẩn như người bệnh hồi phục, mà là giữ khả năng ăn tự nhiên nếu có, giảm cảm giác khát, buồn nôn, khó thở hoặc sụt cân nhanh. Ưu tiên hỗ trợ ăn uống đường miệng bằng cách tăng tính hấp dẫn thức ăn, giảm kích thích khẩu phần, lựa chọn các thực phẩm bổ sung dinh dưỡng đường miệng, tối ưu hóa môi trường ăn. Khi nuôi ăn qua ống hoặc truyền tĩnh mạch được xem xét, cần cân nhắc tỷ lệ lợi ích và rủi ro, đặc biệt ở người bệnh tiên lượng xấu hoặc đang trong giai đoạn cận tử.

Trong một số trường hợp, việc chỉ định nuôi dưỡng nhân tạo chỉ nên thực hiện khi có khả năng cải thiện chất lượng sống, chức năng hoặc tiên lượng. Chỉ định này có thể mang giá trị tâm lý cho người bệnh hoặc gia đình, do vậy nguyện vọng của người bệnh, người nhà sau khi được bác sĩ giải thích đóng vai trò quan trọng khi đưa ra quyết định có nuôi dưỡng nhân tạo hay không. Hạn chế hoặc ngừng các can thiệp dinh dưỡng nếu chúng trở nên gây khó chịu, làm tăng triệu chứng, hoặc không phù hợp với mục tiêu chăm sóc giảm nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2022 Apr;41(4):958-989.
2. Pollock TA, O'Neill JS, et al. The role of diet in maintaining healthy aging and longevity. *Food Function*. 2020;11(4):2307-2317. doi:10.1039/C9FO02834.
3. Ferrucci L, Guralnik JM. Aging and the human body. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, et al, eds. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 7th ed. McGraw-Hill Education; 2016:33-49.
4. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in older adults—recent advances and remaining challenges. *Nutrients*. 2021;13(8):2764. doi:10.3390/nu13082764.
5. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet*. 2019;393(10191):2636-2646. doi:10.1016/S0140-6736(19)31138-9.
6. Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause's Food & Nutrition Therapy*. 14th ed. Saunders Elsevier; 2017.
7. Mini Nutritional Assessment (MNA®) User Guide. Nestlé Nutrition Institute; 2009. Accessed October 2025. <https://www.mna-elderly.com>
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
9. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr*. 2019;38(1):10-47. doi:10.1016/j.clnu.2018.05.024
10. Bộ Y tế, Nhu cầu khuyến nghị cho người Việt Nam 2015.
11. Kirstine Farrer, Antje Teubner, et al. Nutritional support in palliative care. Volume 51, Issue 7, July 2023, Pages 490-492
<https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2023.04.005>
12. Christiane Druml, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr*. 2016; 1-12.

HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lão hóa, một quá trình phổ biến và không thể tránh khỏi, được đặc trưng bởi sự tích tụ dần dần các thay đổi sinh lý và suy giảm chức năng theo thời gian, dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh và cuối cùng là tử vong khi tuổi tác tăng lên. Các yếu tố lối sống, đặc biệt là hoạt động thể lực (HĐTL) và tập thể dục, điều chỉnh đáng kể kiểu hình lão hóa. Hoạt động thể chất và tập thể dục có thể ngăn ngừa hoặc cải thiện các bệnh liên quan đến lối sống, kéo dài tuổi thọ, tăng cường chức năng thể chất và giảm gánh nặng của các bệnh mãn tính không lây nhiễm bao gồm bệnh tim chuyển hóa, ung thư, tình trạng cơ xương và thần kinh, bệnh hô hấp mãn tính cũng như tử vong sớm.

Hoạt động thể chất ảnh hưởng đến các động lực tế bào và phân tử của quá trình lão hóa, làm chậm tốc độ lão hóa - một khía cạnh cơ bản của khoa học lão khoa. Do đó, HĐTL vừa đóng vai trò phòng ngừa vừa là tác nhân điều trị trong các trạng thái bệnh lý. Mức độ HĐTL dưới mức khuyến cáo tương quan với tỷ lệ mắc bệnh gia tăng ở nhóm dân số cao tuổi. Do đó, kế đơn tập luyện có cấu trúc nên được tùy chỉnh và theo dõi, coi như bất kỳ phương pháp điều trị y tế nào khác, xem xét mối quan hệ liều lượng - đáp ứng và các điều chỉnh cụ thể cần thiết để đạt được kết quả mong muốn. Các hướng dẫn hiện tại khuyến nghị một chế độ tập thể dục đa diện bao gồm các bài tập aerobic, sức bền, thăng bằng, và luyện tập về tư thế dáng đi thông qua các hoạt động có cấu trúc và ngẫu nhiên (lối sống tích hợp).

Các chương trình tập luyện được thiết kế riêng đã chứng minh được hiệu quả trong việc giúp người lớn tuổi duy trì khả năng hoạt động, kéo dài tuổi thọ và nâng cao chất lượng cuộc sống. Đặc biệt quan trọng là các bài tập đồng hóa, chẳng hạn như Bài tập sức bền tăng dần, là bài tập không thể thiếu để duy trì hoặc cải thiện khả năng hoạt động ở người lớn tuổi, đặc biệt là những người mắc hội chứng dễ bị tổn thương, sarcopenia hoặc loãng xương, hoặc những người nằm bệnh viện hoặc trong nhà dưỡng lão.

Phân tích kinh tế y tế nhấn mạnh lợi ích về chi phí của các chương trình tập thể dục, cung cấp bằng chứng cho việc cần tích hợp HĐTL rộng rãi hơn vào chăm sóc sức khỏe cho người lớn tuổi. Tuy nhiên, tập thể dục vẫn chưa được tích hợp đầy đủ vào hoạt động y tế cho người cao tuổi. Nhiều chuyên gia chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả bác sĩ lão khoa, cần được đào tạo nhiều hơn để đưa bài tập trực tiếp vào việc chăm sóc người bệnh, tại bệnh viện, phòng khám ngoại trú hay chăm sóc tại nhà. Giáo dục về việc sử dụng bài tập như một phương pháp điều trị riêng biệt hoặc bổ sung cho các hội chứng lão khoa và bệnh mãn tính sẽ giúp giảm bớt các vấn đề về dùng nhiều loại thuốc và kê đơn rộng rãi các loại thuốc có thể không phù hợp.

Khuyến cáo này cung cấp cơ sở cho việc tích hợp HĐTL vào các chiến lược cải thiện sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật cho người lớn tuổi. Các hướng dẫn được đưa vào cho các phương thức và liều lượng tập thể dục cụ thể có hiệu quả đã được chứng minh trong các thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên. Mô tả về những thay đổi sinh lý có lợi, các kiểu hình lão hóa và vai trò của tập thể dục trong việc quản lý bệnh mãn tính và khuyết tật ở người lớn tuổi. Việc sử dụng tập thể dục trong bệnh tim chuyển hóa, ung thư, tình trạng cơ xương, hội chứng dễ bị tổn thương, teo yếu cơ và sức khỏe tâm lý thần kinh được nhấn mạnh. Các khuyến nghị nhằm thu hẹp khoảng cách giữa kiến thức lý thuyết và triển khai áp dụng trên thực tế lâm sàng.

2. Lợi ích của hoạt động thể lực

Giảm hoạt động thể lực góp phần gây nhiều bệnh mãn tính như bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh hô hấp, bệnh Alzheimer, tăng huyết áp và ung thư. Giảm hoạt động thể lực phối hợp với chế độ ăn không hợp lý cũng góp phần làm tăng nguy cơ béo phì. Ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy hoạt động thể lực thường xuyên góp phần giảm tỷ lệ bệnh tật tử vong do mọi nguyên nhân, hạn chế tình trạng tàn phế và tăng chất lượng sống.

2.1. Kiểm soát cân nặng

Chế độ ăn và hoạt động thể lực đóng vai trò quan trọng nhất để kiểm soát cân nặng. Nếu lượng calo được đốt cháy, kể cả trong khi hoạt động thể lực, ít hơn lượng calo ăn vào sẽ dẫn đến tăng cân.

Để duy trì cân nặng, mỗi tuần cần 150 phút tập tăng cường sức bền cường độ trung bình, hoặc 75 phút cường độ cao, hoặc phối hợp cả hai loại một tuần. Nhiều nghiên cứu cho thấy hoạt động thể lực có thể giúp duy trì trọng lượng cơ thể lâu dài. Tuy nhiên, nhu cầu hoạt động thể lực thay đổi tùy từng người và một số người có thể phải tập nhiều hơn 150 phút để duy trì cân nặng.

Để giảm cân nặng, cần hoạt động thể lực ở mức độ nhiều hơn, trừ khi chúng ta giảm được lượng calo ăn vào. Để giảm cân cần phối hợp giữa chế độ ăn hợp lý và hoạt động thể lực

2.2. Giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch

Bệnh tim mạch và đột quỵ là hai nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Với chế độ 150 phút tập tăng cường sức bền một tuần có thể làm giảm các nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Nếu tập nhiều hơn, nguy cơ tim mạch còn giảm hơn nữa. Hoạt động thể lực thường xuyên còn giúp hạ huyết áp và cải thiện mức cholesterol máu

2.3. Giảm nguy cơ đái tháo đường típ 2 và hội chứng chuyển hóa

Hoạt động thể lực thường xuyên giúp làm giảm nguy cơ đái tháo đường typ 2 và hội chứng chuyển hóa (bao gồm béo bụng, tăng huyết áp, giảm HDL – cholesterol, tăng triglyceride, hoặc tăng đường huyết). Các nghiên cứu cho thấy

120-150 phút tập tăng sức bền cường độ trung bình một tuần làm giảm các nguy cơ này. Càng tập nhiều thì nguy cơ càng giảm.

Nếu đã bị đái tháo đường typ 2, hoạt động thể lực giúp kiểm soát đường huyết tốt hơn.

2.4. Giảm nguy cơ mắc một số loại ung thư

Hoạt động thể lực làm giảm nguy cơ mắc ung thư đại tràng và ung thư vú. Các nghiên cứu cho thấy những người thường xuyên hoạt động thể lực có tỷ lệ mắc ung thư đại tràng thấp hơn những người không hoạt động thể lực và phụ nữ thường xuyên hoạt động thể lực có tỷ lệ mắc ung thư vú thấp hơn phụ nữ không hoạt động thể lực

Giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung và ung thư phổi. Một số nghiên cứu gợi ý tỷ lệ ung thư phổi và tử cung ở những người thường xuyên hoạt động thể lực thấp hơn những người không hoạt động thể lực.

Cải thiện chất lượng sống. Nếu đã bị ung thư, hoạt động thể lực thường xuyên không những cải thiện chất lượng sống, mà còn cải thiện thể lực của người bệnh

2.5. Tăng cường sức khỏe của xương và cơ

Cơ xương khớp khỏe mạnh là yếu tố đảm bảo sự vận động, các hoạt động hàng ngày và một lối sống tích cực. Các nghiên cứu cho thấy tập luyện tăng độ bền và sức mạnh cơ bắp cường độ trung bình có thể làm chậm quá trình mất xương khi tuổi cao.

Gãy cổ xương đùi là bệnh thường gặp và là nguyên nhân quan trọng gây tàn phế ở người cao tuổi. Nghiên cứu cho thấy những người thường xuyên tập các bài tập tăng cường sức bền 120-300 phút một tuần có nguy cơ bị gãy cổ xương đùi ít hơn so với người không tập.

Hoạt động thể lực thường xuyên ở người bị thoái khớp và bệnh lý khác ảnh hưởng đến khớp. Luyện tập tăng cường sức bền cường độ trung bình 120-300 phút mỗi tuần không những giúp cải thiện đau và hoạt động hàng ngày mà còn cải thiện chất lượng sống của những người bị thoái khớp.

Làm cơ bắp khỏe mạnh. Các hoạt động tăng sức mạnh cơ bắp có thể giúp làm tăng khối cơ và sức mạnh của cơ. Tăng dần trọng lượng và số lần trong các bài tập trở kháng giúp cải thiện hơn nữa sức khỏe của cơ

2.6. Cải thiện sức khỏe tâm thần và khí sắc

Hoạt động thể lực thường xuyên giúp cải thiện khả năng nhận thức như trí nhớ, suy luận... khi về già. Hoạt động thể lực cũng làm giảm nguy cơ bị trầm cảm và giúp ngủ tốt hơn. Các nghiên cứu cho thấy các bài tập tăng sức bền hoặc phối hợp bài tập tăng sức bền với tăng cơ lực 3-5 ngày một tuần, mỗi ngày 30-60 phút

giúp cải thiện sức khỏe tâm thần. Thậm chí một số nghiên cứu gợi ý tập hoạt động thể lực ở mức độ thấp hơn cũng có lợi cho sức khỏe tâm thần.

2.7. Cải thiện hoạt động hàng ngày và phòng tránh ngã

Hạn chế hoạt động chức năng là không có khả năng làm các hoạt động hàng ngày như leo cầu thang, mua bán, hoặc chơi với con cháu. Những người ở độ tuổi trung niên hoặc già thường xuyên hoạt động thể lực sẽ ít nguy cơ bị hạn chế chức năng hơn so với người không hoạt động thể lực.

Bảng 1: Lợi ích của hoạt động thể lực
Bảng chứng chắc chắn
Giảm nguy cơ tử vong sớm, bệnh tim, đột quy, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa, ung thư đại tràng và ung thư vú
Phòng tránh tăng cân
Giảm cân nặng khi phối hợp với chế độ ăn hợp lý
Cải thiện sự phù hợp về tim phổi và cơ
Phòng tránh ngã
Giảm trầm cảm
Cải thiện chức năng nhận thức
Bảng chứng trung bình đến mạnh
Cải thiện hoạt động chức năng
Giảm béo bụng
Bảng chứng trung bình
Duy trì cân nặng sau khi giảm cân
Giảm nguy cơ gãy cổ xương đùi
Tăng mật độ xương
Cải thiện giấc ngủ
Giảm nguy cơ ung thư phổi và tử cung

Các bài tập tăng sức bền và tăng sức mạnh cơ bắp có thể giúp cải thiện việc thực hiện các hoạt động hàng ngày của người bệnh

Với những người có nguy cơ ngã, các bài tập thăng bằng và tăng sức mạnh cơ bắp, phối hợp với bài tập tăng sức bền cường độ trung bình như đi bộ nhanh, có thể làm giảm nguy cơ ngã

2.8. Tăng tuổi thọ

Các nghiên cứu cho thấy hoạt động thể lực có thể làm giảm nguy cơ tử vong sớm do các nguyên nhân thường gặp ví dụ bệnh tim hoặc một số ung thư:

Chỉ một chút thay đổi lối sống với các hoạt động thể lực đã mang lại hiệu quả rất lớn đối với sức khỏe. Những người thường xuyên hoạt động thể lực 7 giờ một tuần giảm đến 40% nguy cơ tử vong sớm so với những người hoạt động thể lực ít hơn 30 phút một tuần.

Không cần phải luyện tập với cường độ cao để làm giảm nguy cơ tử vong sớm. Chỉ cần tập các bài tập tăng sức bền cường độ trung bình ít nhất 150 phút một tuần cũng làm giảm nguy cơ tử vong sớm.

3. Khuyến cáo chung tập luyện và HĐTL

Khuyến cáo chung để tăng mức độ HĐLT và tối ưu khả năng tuân thủ cho người cao tuổi là tăng cường tập luyện trong các hoạt động hàng ngày, giúp cải thiện các kết cục về sức khỏe và đặc biệt là dự phòng ngã. Các hoạt động đơn giản như leo cầu thang thay cho đi thang máy, đứng một chân khi rửa bát hoặc nấu ăn, đứng lên ngồi xuống không vịn tay vào ghế là những cách có thể áp dụng các bài tập hiệu khí, thăng bằng và sức mạnh cơ vào cuộc sống.

Tổ chức y tế thế giới (WHO) khuyến cáo người từ 65 tuổi trở lên nên tập bài tập hiệu khí ít nhất 150 phút cường độ trung bình hoặc 75 phút cường độ cao mỗi tuần, kết hợp với bài tập tăng sức mạnh cơ từ 2 ngày trở lên mỗi tuần.

Hoạt động thể lực là bất cứ chuyển động nào của cơ thể được tạo ra bởi hệ cơ xương, đòi hỏi mức tiêu hao năng lượng vượt quá mức tiêu hao năng lượng ở trạng thái nghỉ. Hoạt động thể lực có thể là làm việc nhà, hoạt động nghề nghiệp hay chơi thể thao...

3.1. Các thành tố của hoạt động thể lực

Các thành tố của hoạt động thể lực bao gồm: thời gian, tần suất, cường độ và loại hình tập luyện

Loại hình luyện tập được chỉ định tùy theo tình trạng sức khỏe và sở thích của người cao tuổi.

Thời gian và khối lượng tập: là khoảng thời gian thực hiện một hoạt động thể lực nào đó

Tần suất: là số ngày tập trong tuần

Cường độ: là mức tiêu thụ năng lượng để hoàn thành một hoạt động thể lực nào đó.

3.2. Khuyến cáo về kế đơn hoạt động thể lực

Khuyến cáo về mức độ hoạt động thể lực cho người cao tuổi nhằm lão hóa khỏe mạnh và duy trì, cải thiện chức năng ở người cao tuổi. Có 4 nguyên tắc kế đơn tập luyện cho người cao tuổi:

+ Kháng lực 2–3 ngày/tuần, mỗi ngày 1–3 hiệp $\times$ 8–12 lần $\times$ 8–10 nhóm cơ chính; bắt đầu từ khoảng 50%, tăng dần đến 70–80% 1RM (mức tạ tối đa mà một người có thể thực hiện được đúng 1 lần với kỹ thuật chuẩn đối với một bài tập cụ thể).

+ Bài tập hiếu khí (Aerobic) 3–7 ngày/tuần: 20–60 phút/buổi nếu tập liên tục; có thể sử dụng phương pháp tập luyện ngắt quãng cường độ cao (HIIT) với các đợt cường độ cao 30 giây–4 phút.

+ Bài tập thăng bằng 1–7 ngày/tuần, 4–10 bài tập, 1–2 hiệp, kết hợp tư thế tĩnh và tư thế động.

+ Tập luyện phải có thay đổi, tăng dần và cá thể hóa: Không chỉ xác định “có tập hay không”, mà cần kê đơn loại bài tập, tần suất, khối lượng và cường độ, tương tự một can thiệp điều trị. Đồng thuận ICFSR nhấn mạnh vai trò của tập luyện như một hình thức “tập luyện như một liệu pháp điều trị” trong chăm sóc và điều trị cho người cao tuổi.

Điều quan trọng là xây dựng một kế hoạch chi tiết cho từng hoạt động thể lực. Kế hoạch phải mô tả mỗi hoạt động được thực hiện như thế nào, khi nào và ở đâu. Với những người có các bệnh mạn tính, cần lồng ghép kế hoạch hoạt động thể lực với kế hoạch dự phòng và điều trị bệnh. Ngoài ra, trong kế hoạch, các hoạt động thể lực phải được thiết kế theo hướng tăng dần theo thời gian. Thầy thuốc phải tư vấn giúp xây dựng một kế hoạch hiệu quả, an toàn phù hợp với nhu cầu và mục tiêu của từng đối tượng

Bảng 2. Khuyến cáo về mức độ hoạt động thể lực cho người cao tuổi nhằm lão hóa khỏe mạnh và duy trì, cải thiện chức năng ở người cao tuổi

Nội dung	Tập luyện sức mạnh cơ/ kháng lực (Resistance training)	Tập luyện aerobic (Aerobic exercise training)	Tập thăng bằng (Balance training)
Tần suất (ngày/tuần)	2–3 ngày/tuần	3–7 ngày/tuần	1–7 ngày/tuần
Khối lượng tập luyện	1–3 hiệp $\times$ 8–12 lần lặp lại, tác động lên 8–10 nhóm cơ chính	Tập liên tục: 20–60 phút/buổi, sử dụng các nhóm cơ lớn. Các đợt tập cường độ cao ngắn, kéo dài 30 giây–4 phút	1–2 hiệp gồm 4–10 bài tập khác nhau, tập trung vào các tư thế/vận động tĩnh và động

Nội dung	Tập luyện sức mạnh cơ/ kháng lực (Resistance training)	Tập luyện aerobic (Aerobic exercise training)	Tập thăng bằng (Balance training)
Cường độ	Bắt đầu ở khoảng 50% 1RM, sau đó tiến triển đến mức 70–80% 1RM (tương đương khoảng 15–18 điểm trên thang Borg). Trong 2 tuần đầu, tăng dần mức tạ. Có thể đánh giá lại 1RM mỗi 2–4 tuần và sử dụng thang Borg giữa các lần đánh giá 1RM để duy trì cường độ tương đối cao.	Bắt đầu có thể từ 5–10 phút/buổi, sau đó tăng dần lên 15–30 phút/buổi. Cường độ được xác định dựa trên nhịp tim và/hoặc thang điểm cảm nhận gắng sức. Ở người sử dụng thuốc chẹn β hoặc có máy tạo nhịp tim, cần lưu ý rằng nhịp tim có thể không phản ánh chính xác cường độ tập. Có thể tăng từ cường độ trung bình lên cường độ mạnh tùy theo thể lực.	Tập các bài thăng bằng ngày càng khó, bao gồm tư thế tĩnh và động, phù hợp với khả năng của người tập.
Thích nghi sinh lý đặc hiệu	<ul style="list-style-type: none"> • Tăng sức mạnh • Tăng công suất cơ (power) • Tăng khối lượng cơ (hypertrophy) • Tăng sức bền cơ 	<ul style="list-style-type: none"> • Tăng công suất aerobic tối đa • Tăng sức bền • Cải thiện co bóp tim/thể tích nhát bóp • Tăng khả năng sử dụng oxy ở ngoại vi • Cải thiện độ cứng động mạch • Cải thiện biến thiên nhịp tim (HRV) 	Cải thiện độ ổn định khả năng thăng bằng động
Ví dụ bài tập	<ul style="list-style-type: none"> • Bài tập nhiều khớp hoặc một khớp bằng tạ tự do hoặc máy, với tốc độ nâng từ chậm đến trung bình • Đẩy ngực (bench press) • Squat • Duỗi gối, Gập gối • Có thể thay đổi bài tập bằng cách thay đổi tư thế cơ thể, 	<ul style="list-style-type: none"> • Đi bộ với tốc độ và hướng thay đổi • Đi bộ trên máy chạy bộ • Đi bộ đường dài (hiking) • Chạy bộ/chạy • Bơi • Đạp xe 	<ul style="list-style-type: none"> • Các bài tập duy trì và chuyển đổi giữa tư thế tĩnh và động • Bài tập thay đổi trọng tâm cơ thể và kiểm soát tư thế

Nội dung	Tập luyện sức mạnh cơ/ kháng lực (Resistance training)	Tập luyện aerobic (Aerobic exercise training)	Tập thăng bằng (Balance training)
	cách cầm nắm, vị trí bàn tay/bàn chân, tập một bên hoặc hai bên. • Khi trọng lượng cơ thể không còn tạo đủ tải, có thể bổ sung máy tập hoặc tạ tự do để tiếp tục tăng tải và tiến triển bài tập.	• Leo cầu thang • Khiêu vũ • Bước lên bậc (step-ups)	• Các bài tập thăng bằng có độ khó tăng dần Ví dụ: thái cực quyền, yoga, khiêu vũ,...

3.3. Tập luyện thể lực nhiều thành phần

Các chương trình tập luyện đa thành phần được cá thể hóa, bao gồm tập sức mạnh và công suất cơ, bài tập tim mạch, bài tập thăng bằng và bài tập dáng đi, đã được chứng minh có hiệu quả hơn trong việc cải thiện những biểu hiện chính của hội chứng dễ bị tổn thương (frailty syndrome), như mất ổn định, suy giảm sức mạnh cơ, giảm khả năng đi lại và tăng nguy cơ té ngã.

Do đó, khuyến cáo áp dụng các chương trình tập luyện này để dự phòng HCDBTT ở người cao tuổi, đồng thời đặc biệt hướng đến những người đang ở giai đoạn tiền HCDBTT (pre-frail).

Ví dụ, một chương trình tập luyện đa thành phần có kết hợp nhiệm vụ kép vận động – nhận thức (cognitive dual-tasking) đã cho thấy hiệu quả trong việc cải thiện các đặc điểm lâm sàng điển hình của HCDBTT ở người có suy giảm nhận thức, bao gồm khối lượng cơ thể thấp, giảm sức mạnh cơ, giảm sức bền, suy giảm khả năng vận động, mức độ hoạt động thể lực thấp, giảm năng lượng và suy giảm nhận thức.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy chương trình tập luyện đa thành phần được cá thể hóa ở người cao tuổi có thể đảo ngược một phần tình trạng phụ thuộc vào các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADL) thường xuất hiện trong và sau thời gian nằm viện, chẳng hạn như đi vệ sinh, chuyển tư thế/vị trí, di chuyển và leo cầu thang.

Các chương trình tập luyện đa thành phần cần tăng dần khối lượng, cường độ và mức độ phức tạp của bài tập tùy theo khả năng của từng cá nhân.

Chương trình VIVIFRAIL - Chương trình tập luyện thể lực đa thành phần nhằm dự phòng HCDBTT và nguy cơ ngã là một chương trình đã có nhiều bằng chứng về hiệu quả. Chương trình này được WHO khuyến nghị trong hướng dẫn ICOPE (Integrated Care for Older People - Chăm sóc tích hợp cho người cao tuổi) về đánh giá lấy người bệnh làm trung tâm và xây dựng lộ trình chăm sóc tại tuyến chăm sóc ban đầu.

Chương trình tập luyện Otago (Otago Exercise Program - OEP) cũng là một chương trình tập luyện đa thành phần, dựa trên bằng chứng, đã được chứng minh có hiệu quả trong việc giảm sợ ngã, giảm ngã và giảm nguy cơ tử vong ở người cao tuổi sống tại cộng đồng. OEP là một chương trình tập luyện toàn diện tại nhà, bao gồm: Bài tập khởi động: 5 động tác; Tập sức mạnh cơ tiến triển: 5 động tác; Tập thăng bằng: 12 động tác; Các buổi đi bộ nhằm rèn luyện sức bền aerobic. OEP là chương trình có 4 mức độ khó khác nhau đối với cả bài tập sức mạnh cơ và bài tập thăng bằng, cho phép điều chỉnh và tăng dần mức độ tập luyện phù hợp với khả năng của từng người cao tuổi.

4. Đánh giá trước khi luyện tập thể lực

Trước khi bắt đầu chương trình luyện tập, hầu hết những người mắc các bệnh mạn tính (đái tháo đường, bệnh tim mạch, thoái khớp) cần tham khảo ý kiến của thầy thuốc, tập trung vào các yếu tố nguy cơ tim mạch và các hạn chế về thể lực để xây dựng một kế hoạch luyện tập phù hợp và an toàn.

4.1. Sàng lọc và đảm bảo an toàn trước khi tập luyện

Sàng lọc trước tập luyện (pre-exercise screening) nhằm phát hiện các bệnh lý tim mạch và cơ xương khớp có thể gây nguy cơ trong quá trình tập luyện. Điều này cho phép xây dựng chương trình tập luyện phù hợp với khả năng và tình trạng sức khỏe của từng cá nhân.

Trước khi bắt đầu chương trình tập luyện, việc sàng lọc và đánh giá toàn diện là cần thiết nhằm xác định các nguy cơ tiềm ẩn có thể cần những điều chỉnh cụ thể. Quá trình này có thể bao gồm khai thác bệnh sử chi tiết, khám thực thể, đồng thời xem xét các xét nghiệm chẩn đoán và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng có liên quan.

Những người cao tuổi khỏe mạnh có kế hoạch tăng dần mức độ hoạt động thể lực (physical activity – PA) không nhất thiết phải được nhân viên y tế thăm khám trước. Tuy nhiên, theo các hướng dẫn của ACSM và AHA, những người mắc bệnh tim mạch, bệnh thận hoặc bệnh chuyển hóa, hoặc có các dấu hiệu hay triệu chứng của những bệnh lý này, cần được đánh giá và cho phép tập luyện. Điều này giúp phát hiện những triệu chứng chưa được chẩn đoán, đảm bảo các biện pháp chăm sóc dự phòng đã được thực hiện và xác định rằng các bệnh lý hiện có đang ở trạng thái ổn định trước khi thay đổi mức độ hoạt động thể lực.

4.2. Chuẩn bị trước khi tập luyện

Việc chuẩn bị đầy đủ trước khi tham gia hoạt động thể lực có vai trò rất quan trọng.

+ Người cao tuổi cần được hướng dẫn về trang phục tập luyện phù hợp, bao gồm quần áo vừa vặn, thoải mái và giày dép thích hợp, nhằm giảm nguy cơ vấp ngã, ngã hoặc kích ứng da.

+ Duy trì đủ nước trước, trong và sau các buổi tập cũng rất quan trọng, đặc biệt trong môi trường nóng hoặc ẩm, để phòng ngừa mất nước và các biến chứng liên quan.

+ Tránh nghiệm pháp Valsalva và nín thở cũng có thể giúp hạn chế những biến động huyết động trong quá trình tập luyện, đồng thời giảm nguy cơ xuất hiện hoặc làm nặng thêm thoát vị bụng/thoát vị bẹn.

+ Những biện pháp này cùng với việc đảm bảo môi trường tập luyện an toàn giúp giảm khả năng xảy ra tai nạn và chấn thương.

4.3. Theo dõi khả năng dung nạp khi tập luyện

+ Việc theo dõi các dấu hiệu không dung nạp với tập luyện là rất quan trọng. Cần kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn trước và trong buổi tập, chẳng hạn như nhịp tim và huyết áp tư thế, đồng thời xác định các khoảng mục tiêu phù hợp với từng cá nhân dựa trên tuổi, chức năng thể chất, bao gồm tình trạng HCDBTT, tình trạng sức khỏe và khả năng gắng sức.

+ Người cao tuổi và người chăm sóc cũng cần được hướng dẫn nhận biết các triệu chứng như đau thắt ngực, đau cách hồi, khó thở quá mức, chóng mặt hoặc mệt mỏi quá mức; khi xuất hiện những triệu chứng này, cần điều chỉnh hoặc ngừng buổi tập.

4.4. Nguyên tắc tăng dần cường độ tập luyện

Các chương trình tập luyện nên bắt đầu từ từ với những hoạt động cường độ thấp. Sau đó, có thể tăng dần cường độ và thời gian tập luyện để cơ thể có đủ thời gian thích nghi về mặt sinh lý và giảm nguy cơ chấn thương. Việc đưa giai đoạn khởi động và hạ nhiệt (warm-up và cool-down) vào chương trình cũng giúp phòng ngừa chấn thương và hỗ trợ sức khỏe tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Izquierdo M, de Souto Barreto P, Arai H, et al. Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *J Nutr Health Aging*. 2025;29(1):100401. doi:10.1016/j.jnha.2024.100401
2. Hoạt động thể lực trong phòng và điều trị bệnh (2012). Nhà xuất bản Y học
3. World Health Organization (WHO) Geneva: 2019. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care.
4. Thomas S., Mackintosh S., Halbert J. Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2010;39(6):681–687. doi: 10.1093/ageing/afq102.
5. Fiatarone Singh M.A., Izquierdo M., Morley J.E. 2022. Physical Fitness and Exercise, in Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine; pp. 77–107.