

Nghiên cứu gốc

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG ĐAU VÀ KIỂM SOÁT ĐAU TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Thị Thắm¹, Hoàng Ngọc Vân¹, Nguyễn Thùy Trang¹, Nguyễn Đức Sự¹

1. Khoa Nội điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: BS. Đỗ Thị Thắm; ✉ thamdt@bvtu.org.vn

TÓM TẮT: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm khảo sát tình trạng đau và kiểm soát đau trên BN cao tuổi tại khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu Bệnh Viện Thống Nhất. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả tại 2 thời điểm lúc mới vào viện và sau 7 ngày hoặc trước lúc xuất viện trên bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) nhập khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu từ tháng 4/2024 đến tháng 7/2024. BN được đánh giá đau theo thang điểm BPI. Chúng tôi ghi nhận được 246 bệnh nhân cao tuổi nhập khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu với tỷ lệ đau là 51,22%. Trong đó tỷ lệ đau cao hơn ở các nhóm BN bị chấn thương ($p < 0,001$), bệnh ngoại khoa ($p = 0,023$), và bệnh lý cơ xương khớp ($p < 0,0001$). Không có sự khác biệt về tỉ lệ đau giữa nam và nữ ($p = 0,208$), giữa các nhóm tuổi ($p = 0,8$). Khảo sát về vị trí đau cho thấy tỉ lệ giảm dần từ chân (23,01%) đến đầu mặt cổ và bụng (cùng 21,43%), lưng (15,08%), ngực (12,7%). Cường độ đau cao với giá trị trung bình là $7,3 \pm 1,86$ ở khía cạnh đau tệ nhất, $5,18 \pm 1,83$ ở khía cạnh đau vừa phải và $4,91 \pm 2,27$ ở đau hiện tại. Tỷ lệ BN có mức độ trở ngại nặng (cường độ tổng trở ngại ≥ 35) chiếm tới 65,9%. Tỷ lệ BN giảm đau hiệu quả là 71,4% (mức độ giảm đau $\geq 50\%$). Về các liệu pháp điều trị, nhóm thuốc được chỉ định nhiều nhất là nhóm Acetaminophen (69,8%), tiếp theo là nhóm giảm đau tại chỗ (33,3%), thuốc chống co giật (31,7%), NSAID (13,5%), morphin (0,8%). Tình trạng đau phổ biến ở người cao tuổi điều trị nội trú với tỉ lệ hơn 50%, mức độ đau cao, gây trở ngại nặng nề đến tất cả các hoạt động của BN, tăng ở BN có chấn thương, bệnh ngoại khoa, bệnh lý cơ xương khớp. Việc đánh giá và kiểm soát đau đúng mức nhằm cải thiện hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

Từ khóa: đau; kiểm soát đau; trở ngại do đau

ASSESSING THE PREVALANCE OF PAIN AND THE EFFICACY OF PAIN MANAGEMENT FOR HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS IN INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF THONG NHAT HOSPITAL

Do Thi Tham, Hoang Ngoc Van, Nguyen Thuy Trang, Nguyen Duc Su

ABSTRACT: We conducted this study to assess the prevalence of pain and the efficacy of pain management for hospitalized elderly patient in Internal Medicine Department of Thong Nhat hospital from 4/2024 to 7/2024. Cross-sectional study at two time points 246 of eligible hospitalized elderly patients were assessed for pain by using the Vietnamese version of Brief Pain Inventory short form. Patients who experienced pain were then re-assessed again after 7 days by using the same measurement tool. Besides, data on demographic factors clinical characteristics and medication use were collected from medical records during the last days. The prevalence of pain among 246 hospitalized elderly patients was relatively high at 51.22% and significantly related to injuries ($p < 0.001$), musccular- skeletal disorder ($p < 0.0001$), surgical disease ($p = 0.023$). The common locations of pain were leg, head, abdomen and back. Among patient with pain, the median score of worst pain, the average pain and the interview pain was 7.3 ± 1.86 ; 5.18 ± 1.83 ; 4.91 ± 2.27 (on a scale from 0 to 10). Pain affected all daily activities of elderly patients, 65.9 % patients with pain experience serve pain related interference. 71.4% of hospitalized elderly patients with pain reported therapeutic efficacy (cut off as 50% of pain reduction). A large portion of patients were treated by using acetaminophen (69.8%), topical pain relief (33%), antiepileptic drugs (31.7%), NSAID (13.5%), morphin (0.8%). Pain is a common problem with high intensity and severe impairment of daily activities in hospitalized elderly patients, significantly related to injuries, musccular- skeletal disorder, surgical disease. Result of this study emphasizes the role of appropriate pain asessment and management to improve the treatment effectiveness and the quality of life of elderly patients.

Keywords: pain; pain management; pain related interference

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là triệu chứng thường gặp, nhất là ở người cao tuổi. Với tần suất đau được báo cáo lên tới 73% ở người lớn tuổi sống trong cộng đồng và tăng lên 80% ở những người sống trong viện dưỡng lão [1]. Mặt khác, có tới 45,8% - 77,7% số bệnh nhân nhập viện có triệu chứng này [2,3]. Các tình trạng đau phổ biến nhất ảnh hưởng đến người lớn tuổi thường liên quan đến cơ xương khớp, tiếp đó là các bệnh mạn tính cũng có thể dẫn đến đau như biến chứng tiểu đường, đau liên quan đến ung thư, đau sau đột quỵ [4].

Tình trạng đau có ảnh hưởng nghiêm trọng đến người cao tuổi trên nhiều phương diện bao gồm công việc, sinh hoạt, đi lại, tinh thần, giấc ngủ, tận hưởng cuộc sống và các mối quan hệ. Tuy nhiên việc đánh giá và điều trị đau còn chưa đúng mức, dẫn đến việc quản lý đau chưa đạt được hiệu quả cao. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về tần suất cũng như hiệu quả kiểm soát đau. Tuy nhiên, các nghiên cứu này đa phần chỉ tập trung nghiên cứu trên từng nhóm bệnh lý cụ thể mà chưa có nhiều nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi với đặc điểm đa bệnh lý đi kèm. Hơn nữa, số lượng nghiên cứu được thực hiện ở Việt Nam còn ít. Hiện nay đánh giá đau có nhiều thang điểm, trong đó có Công cụ Bộ câu hỏi Thang đánh giá đau văn tắt - Brief Pain Inventory short form (BPIsfvn) tác giả Charles S Cleeland [5]. Đây là thang điểm đánh giá đau dùng rộng rãi trên thế giới, có tính giá trị cao độ tin cậy tốt, dễ hiểu, áp dụng rộng rãi cho nhiều đối tượng, nhiều lứa tuổi, bao gồm người cao tuổi, đã được dịch nhiều thứ tiếng trong đó có tiếng Việt. Chính vì vậy chúng tôi áp dụng công cụ này trong nghiên cứu này đánh giá đau và kiểm soát đau ở bệnh nhân lão khoa từ đó có thể đưa ra những biện pháp can thiệp kịp thời nhằm nâng cao cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Nghiên cứu thực hiện với các mục tiêu: (1) Khảo sát tình trạng đau với tỉ lệ đau và các yếu tố liên quan, mức độ đau, mức độ trở ngại do đau. (2) Khảo sát tỉ lệ giảm đau hiệu quả, tình hình điều trị giảm đau.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: BN $\geq$ 60 tuổi

đang điều trị tại khoa Nội điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Thống Nhất trong thời gian nghiên cứu không có tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có 1 trong các tiêu chuẩn sau: hôn mê hoặc có rối loạn tri giác; cần hoặc đang được điều trị thông khí cơ học; sa sút trí tuệ mức độ trung bình trở lên; bệnh tâm thần; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế NC: Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu tại 2 thời điểm: Vừa nhập khoa và sau nhập khoa 7 ngày hoặc tại thời điểm xuất viện nếu thời gian nằm viện dưới 7 ngày tại Khoa Nội Điều Trị Theo Yêu Cầu từ tháng 4/2024 đến tháng 7/2024.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

- Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu xác định một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu

α : xác suất sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,1$

$Z(1 - \alpha/2) = Z_{0,975} = 1,96$ (trị số từ phân phối chuẩn)

P: tỷ lệ ước đoán quần thể, $P = 0,673$ (Theo nghiên cứu của Gianni W và cộng sự.[2]

d: sai số cho phép, $d = 0,1$

$n = 85$

- Biến số:

Đặc điểm dân số học: tuổi, giới.

Tình trạng bệnh lý bao gồm tất cả các bệnh mà bệnh nhân được chẩn đoán lúc nhập khoa và ghi nhận trong tiền căn: Bệnh lý ngoại khoa, bệnh lý chấn thương, bệnh lý nội khoa: được chia thành 12 nhóm bệnh lý như sau: thần kinh, mắt, tai mũi họng, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, cơ xương khớp, thận và tiết niệu, nội tiết, huyết học, sản phụ khoa và ung thư.

Các biến số liên quan tình trạng đau

Đau: nhận 2 giá trị có hoặc không (dựa vào câu hỏi 1 trong BPI sfvn).

Vị trí đau: nhận 7 giá trị gồm đầu mặt cổ, ngực, bụng, lưng, tay, chân và bộ phận

sinh dục (dựa vào câu hỏi 2 trong BPI sfvn).

Cường độ đau theo BPI sfvn: có 4 biến cường độ đau nhiều nhất, ít nhất, vừa phải và hiện tại được tính theo thang điểm 0 - 10 với 0 là không đau; 10 là đau nhiều không thể chịu đựng được (dựa vào câu hỏi 3, 4, 5 trong BPI sfvn).

Tổng cường độ đau theo BPI sfvn: tính theo thang điểm 0-40, là tổng điểm cường độ đau của 4 khía cạnh đau tệ nhất, đau ít nhất, đau vừa phải và đau hiện tại.

Mức độ đau theo BPI sfvn: có 4 giá trị tương ứng với cường độ đau gồm không đau (0); đau nhẹ (1-3); đau trung bình (4-6); đau nặng (7-10).

Cường độ trở ngại theo BPI sfvn gồm có 7 biến trở ngại: sinh hoạt thông thường, đi lại, công việc, giấc ngủ, tinh thần, mối quan hệ với người xung quanh và tận hưởng cuộc sống, nhận giá trị từ 0 - 10 với 0 là không gây trở ngại, 10 là gây trở ngại hoàn toàn (dựa vào câu hỏi 9 từ A đến G trong BPI sfvn).

Tổng cường độ trở ngại theo BPI sfvn: là tổng điểm của 7 khía cạnh bị trở ngại, tính theo thang điểm 0-70, với 0 là không gây trở ngại và 70 là gây trở ngại hoàn toàn.

Mức độ trở ngại theo BPI sfvn: có 2 giá trị gồm trở ngại mức độ nhẹ (tổng cường độ trở ngại < 35) và trở ngại mức độ nặng (tổng cường độ trở ngại ≥ 35).

Các biến số liên quan kiểm soát đau

Thay đổi tình trạng đau: được định nghĩa là thay đổi về cường độ đau ở lần 2 so với lần 1, có 3 giá trị gồm: tăng, giảm và không đổi.

Phần trăm giảm đau (%) trong một biến số được tính theo công thức:

Phần trăm giảm đau = $x \times 100$

Liệu pháp giảm đau: không dùng thuốc; các thuốc BN đã được dùng được xếp vào 13 nhóm gồm Acetaminophen, Tramadol, Morphin, NSAID, Corticosteroid, thuốc hướng thần, thuốc chống co giật, thuốc chống co thắt, thuốc dẫn cơ vân, thuốc dẫn vành, thuốc giảm đau tại chỗ, các thuốc khác.

2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi và đánh giá triệu chứng lâm

sàng theo một mẫu bệnh án khai thác tiền căn bệnh lý, triệu chứng đau và hiệu quả giảm đau, bao gồm bộ câu hỏi theo thang BPIsfvn tại 2 thời điểm (nhập khoa và sau nhập khoa 7 ngày hoặc tại thời điểm xuất viện nếu thời gian nằm viện dưới 7 ngày). Tham khảo hồ sơ các bệnh và thuốc đi kèm của mỗi bệnh nhân

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 26.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

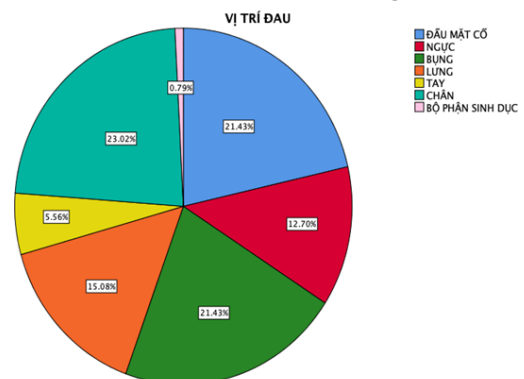
Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận về các khía cạnh đạo đức và tính an toàn của đề tài nghiên cứu số [số QĐ] ngày ... tháng ... năm 2025.

3. KẾT QUẢ

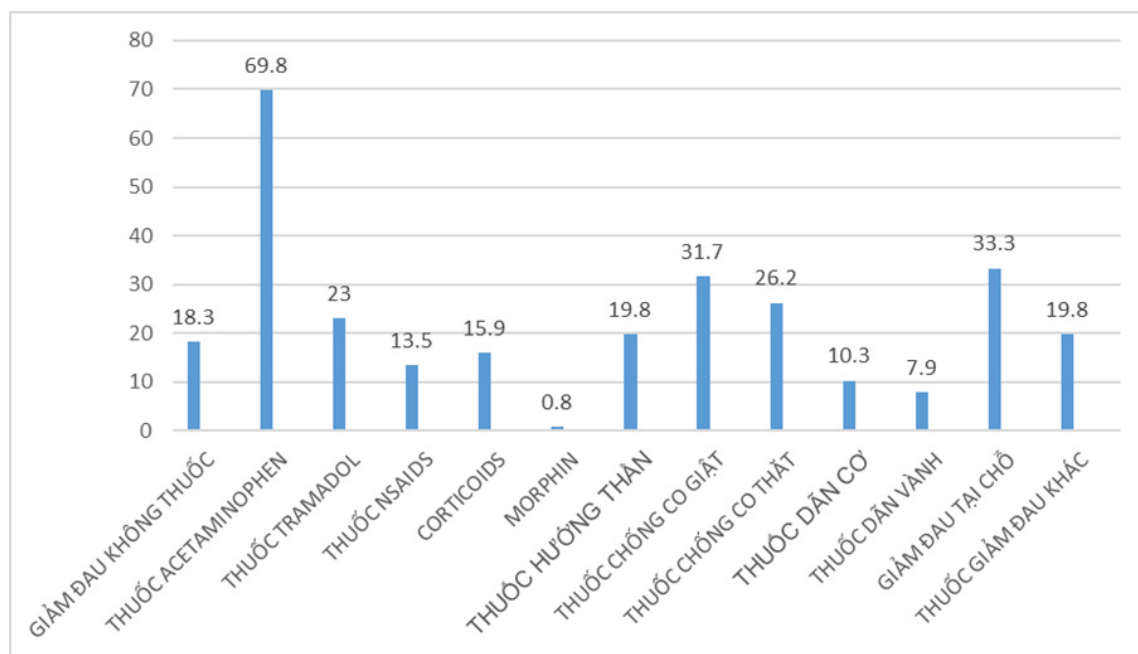
Trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 7/2024, chúng tôi ghi nhận được 246 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Trong đó nhóm đau có 126 BN, tỉ lệ đau là 51,22%. Tỉ lệ đau ở nữ cao hơn chiếm 55% so với ở nam chiếm 47%.

Trong nhóm BN đau tỉ lệ nữ cao hơn chiếm 56,35% so với nam 43,65%, tuổi trung bình cao (75,37 ± 9,26), phân bố nhiều nhất ở nhóm 70-79 tuổi (36,5%). Không có sự khác biệt giữa tuổi trung bình ở BN có đau và không đau ($p = 0,11$). Không có sự khác biệt về tỉ lệ đau giữa nam và nữ ($p = 0,21$), giữa các nhóm tuổi ($p = 0,8$), (giá trị p từ phép kiểm Chi bình phương)

Khảo sát về vị trí đau cho thấy tỉ lệ giảm dần từ chân (23,01%) đến đầu mặt cổ và bụng (cùng 21,43%), lưng (15,08%), ngực (12,7%) (hình 1). Chúng tôi không ghi nhận khác biệt về phân bố vị trí đau giữa 2 giới ($p = 0,672$) với 3 vị trí đau nhiều nhất ở nữ là bụng, chân, đầu mặt cổ. Tương tự ở nam là chân, đầu mặt cổ, lưng.



Hình 1. Phân bố vị trí đau



Hình 2. Các phương pháp giảm đau

Nhóm BN đau có các bệnh lý phân bố theo tỉ lệ giảm dần như sau 84,1% có bệnh lý tim mạch; 43,7% có bệnh lý cơ xương khớp; 42,1 % có bệnh lý tiểu hoá; 38,9% có bệnh lý nội tiết; 23% có bệnh lý thần kinh, 15,1 % có chấn thương; 13,5% có bệnh lý ngoại khoa, 3,2 % có bệnh lý ung thư. Trong đó tỉ lệ đau cao hơn ở nhóm BN có tiền sử bệnh ngoại khoa ($p= 0,023$), chấn thương ($p < 0,001$), bệnh lý cơ xương khớp ($p < 0,0001$).

Trong lần đánh giá thứ 1, xét cường độ đau (0 đến 10) ở tình trạng đau trong 24 giờ trước nhập viện, giá trị trung bình của cường độ đau là $7,3 \pm 1,86$ ở khía cạnh đau tệ nhất, $5,18 \pm 1,83$ ở khía cạnh đau vừa phải và $4,91 \pm 2,27$ ở đau hiện tại.

Tỷ lệ BN có mức độ trở ngại nặng (cường độ tổng trở ngại ≥ 35) chiếm tới 65,9%. Trong đó các khía cạnh sinh hoạt bị trở ngại nhiều nhất, sau đó đến các khía cạnh tinh thần, công việc, đi lại, tận hưởng cuộc sống, giấc ngủ và bị trở ngại ít nhất là khía cạnh mối quan hệ.

Tỉ lệ giảm đau hiệu quả

Chúng tôi so sánh sự thay đổi cường độ đau ở lần 2 với lần 1 (chia ra 3 nhóm: tăng, giảm và không đổi giảm đau) ở các BN có tình trạng đau bằng phép kiểm Wilcoxon Signed Ranks. Sau đó đánh giá hiệu quả giảm đau dựa trên phần trăm giảm đau của BN ở ngưỡng giảm đau hiệu quả là phần trăm giảm đau từ 50% trở lên. Tỷ lệ

BN giảm đau hiệu quả là lần lượt là 67,5% ở đau tệ nhất, 73% ở đau vừa phải và 71.4 % ở tổng cường độ đau.

Về các phương pháp giảm đau, chúng tôi ghi nhận trong 126 BN có tình trạng đau thì có 18,3% BN sử dụng liệu pháp không dùng thuốc. Trong các nhóm thuốc được chỉ định nhiều nhất là nhóm Acetaminophen (69,8%), tiếp theo là nhóm giảm đau tại chỗ (33,3%), thuốc chống co giật (31,7%), nhóm chống co thắt (26,2%), tramadol (23%), hướng thần (19,8%), NSAID (13,5%), morphin (0,8%). (hình 1).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 246 đối tượng thỏa tiêu chuẩn và ghi nhận tỉ lệ đau là 51,22 % ($n=246$) thấp hơn so với số liệu của tác giả Gianni [2] (67,3% với $n = 367$) thực hiện trên 8 bệnh viện lão khoa tại Ý năm 2010 với thang điểm đánh giá đau NRS tuy nhiên lại khá tương đồng với tác giả Costantini M và cộng sự [3], (53,9% với $n = 2778$) thực hiện trên 30 bệnh viện tại Ý năm 2002 Cũng như tác giả Lê Thị Thùy Phương [6] (55,3% với $n=349$) tại Bệnh viện Gia Định năm 2017 với cùng công cụ đánh giá đau BPI giống nghiên cứu của chúng tôi.

Vị trí đau giảm dần từ chân (23,01%) đến đầu mặt cổ và bụng (cùng 21,43%), lưng (15,08%), ngực (12,7%) phù hợp với đặc điểm bệnh lý của các BN lớn tuổi.

Nhóm BN có tình trạng đau có các bệnh lý phân bố theo tỷ lệ giảm dần từ bệnh tim mạch, đến bệnh cơ xương khớp, bệnh lý tiêu hoá, bệnh lý nội tiết, bệnh lý thần kinh, bệnh lý hô hấp. Theo kết quả từ phép kiểm Chi bình phương, cho thấy tỷ lệ đau cao hơn ở các nhóm BN có tiền sử chấn thương ($p < 0,001$), bệnh ngoại khoa ($p = 0,023$), và bệnh lý cơ xương khớp ($p < 0,0001$). Đặc điểm này phù hợp với tình trạng thoái hoá cơ xương khớp ở BN lão khoa liên quan đến loãng xương, nguy cơ té ngã gây xương, chấn thương trước đó. Vì vậy đối tượng BN này cần được chú ý quan tâm hơn trong đánh giá, kiểm soát đau.

Xét về cường độ đau, giá trị trung bình của cường độ đau đều ở mức độ đau trung bình trở lên (tương ứng với cường độ đau $\geq 4/10$) với cao nhất là $7,3 \pm 1,86$ ở khía cạnh đau tệ nhất, $5,18 \pm 1,83$ ở khía cạnh đau vừa phải và $4,91 \pm 2,27$ ở đau hiện tại. Đặc điểm này khá tương đồng với kết quả của tác giả Costantini M và cộng sự [3] được mô tả rõ trong bảng 1, qua đó khẳng định lại tình trạng đau nặng nề của các BN cao tuổi khi nhập viện.

Bảng 1: So sánh cường độ đau giữa các nghiên cứu

Các khía cạnh đau	Cường độ đau trung bình		
	Chúng tôi	Tác giả Lê Thị Thúy Phương [6]	Tác giả Costantini M và cộng sự [3]
Đau tệ nhất	$7,3 \pm 1,86$	$7,34 \pm 2,4$	7 ± 2
Đau vừa phải	$5,18 \pm 1,83$	$4,52 \pm 2,48$	5 ± 2
Đau hiện tại	$4,91 \pm 2,27$	$3,6 \pm 2,86$	5 ± 2

Tỷ lệ BN có mức độ trở ngại nặng (cường độ tổng trở ngại ≥ 35) chiếm tới 65,9% trong dân số chung, kèm theo giá trị trung bình của cường độ đau đều cao thể hiện tình trạng đau gây ảnh hưởng nặng nề trên tất cả các khía cạnh hoạt động thường ngày của BN cao tuổi điều trị nội trú. Trong đó các khía cạnh sinh hoạt bị trở ngại nhiều nhất, sau đó đến các khía cạnh tinh thần, công việc, đi lại, tận hưởng cuộc sống, giấc ngủ và bị trở ngại ít nhất là khía cạnh mối quan hệ. Đặc điểm này cũng được thể hiện tương tự trong nghiên cứu của tác giả Lazarus và Neumann [7],

cũng đều ghi nhận đau gây trở ngại rất lớn đến 2/3 BN có tình trạng đau mạn tính trên tất cả các hoạt động hàng ngày, tăng nguy cơ tàn tật lên tới 3,31 lần so với nhóm BN không đau.

Số liệu phân tích thống kê ghi nhận cường độ đau khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 lần đánh giá ở cả 4 khía cạnh đau và tổng cường độ đau ($p < 0,0001$) với đa số BN có cường độ đau ở lần đánh giá thứ 2 thấp hơn. Tỷ lệ BN giảm đau hiệu quả là lần lượt là 67,5% ở đau tệ nhất, 73% ở đau vừa phải và 71,4 % ở tổng cường độ đau. Tỷ lệ này cao hơn so với tác giả Lê Thị Thùy Phương [6] là 65,7% ở tổng cường độ đau. Tuy nhiên chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về tỷ lệ giảm đau ở nam so với nữ và giữa các nhóm tuổi ($p > 0,5$).

Về các phương pháp giảm đau, chúng tôi ghi nhận trong 126 BN có tình trạng đau thì có 18,3% BN sử dụng liệu pháp không dùng thuốc. Trong các nhóm thuốc được chỉ định nhiều nhất là nhóm Acetaminophen (69,8%), tiếp theo là nhóm giảm đau tại chỗ (33,3%), thuốc chống co giật (31,7%), nhóm chống co thắt (26,2%), tramadol (23%), hướng thần (19,8%), NSAID (13,5%), morphin (0,8%). Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Lê Thị Thùy Phương [6] với nhóm Acetaminophen (54,55%), sau đó tới nhóm Tramadol (31,02%), nhóm dẫn cơ (26,20%), nhóm NSAIDs (22,46%). Trong nghiên cứu ở Thụy Điển [8] từ năm 2007 đến 2013, thuốc giảm đau được sử dụng phổ biến nhất cũng là paracetamol chiếm gần 60%. Đây là nhóm thuốc thường xuyên để điều trị cơn đau với tính an toàn ít tác dụng phụ. Tuy nhiên hiệu quả hạn chế hơn. Nhóm Morphin trong nghiên cứu của chúng tôi ít dùng nhất chỉ chiếm 0,8% và thường gây nghiện, tác dụng phụ nhiều ở đối tượng BN lớn tuổi đa bệnh lý nên các bác sĩ cũng thận trọng, thường chỉ dùng ở đối tượng BN ung thư giai đoạn cuối khi không kiểm soát được đau bằng các thuốc giảm đau nhóm khác. Điều này cũng được đề cập đến trong nghiên cứu ở Mỹ Latin của tác giả García CA [9], với tỉ lệ Opioid thấp. So sánh với nghiên cứu của tác giả Gianni và cộng sự [2], với 49% BN có tình trạng đau được dùng thuốc, tỷ lệ này thấp hơn hẳn so với chúng tôi, đồng thời các nhóm thuốc được dùng cũng ít đa dạng hơn với chủ yếu là NSAIDs, Opioid chiếm tỷ lệ nhỏ, các thuốc hỗ trợ khác dùng rất ít. Trong khi đó nhóm NSAIDs trong nghiên cứu của chúng tôi dùng ít hơn vì trên đối tượng BN

lớn tuổi đa bệnh lý nguy cơ tim mạch, suy thận, viêm loét dạ dày... nên bác sĩ thường cân nhắc dùng các nhóm giảm đau thông thường, tại chỗ cho BN, thận trọng ít dùng nhóm thuốc NSAIDs này hơn. Sự phân bố các thuốc giảm đau được các bác sĩ chỉ định phù hợp với đặc điểm bệnh lý trong nhóm BN đau và các nguyên nhân gây đau (chủ yếu là các nhóm thuốc điều trị đau do các bệnh lý cơ xương khớp, chấn thương, thần kinh, tiêu hóa và tim mạch), tuy nhiên chưa thoả đáng với mức độ đau mà BN phải chịu đựng nên còn tỷ lệ không nhỏ 28,6% BN chưa được kiểm soát đau hiệu quả. Vì vậy những BN có mức độ đau nặng này thì cần được cân nhắc chỉ định nhóm Opioid mạnh, phối hợp cùng với các nhóm thuốc giảm đau hỗ trợ khác và các liệu pháp không dùng thuốc để đạt được hiệu quả kiểm soát đau tối đa.

5. KẾT LUẬN

Tình trạng đau phổ biến ở người cao tuổi điều trị nội trú chiếm tỉ lệ hơn 50% với mức độ đau cao, gây trở ngại nặng nề đến tất cả các hoạt động của BN. Trong đó tỷ lệ đau cao hơn ở các nhóm BN có tiền sử bị chấn thương, bệnh ngoại khoa, và bệnh lý cơ xương khớp. Tỷ lệ kiểm soát đau hiệu quả 71,4%. Cần quan tâm đánh giá tình trạng đau và phối hợp các liệu pháp sử dụng thuốc nhằm kiểm soát đau đúng mức giúp cải thiện hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Schofield P. Pain in older adults: epidemiology, impact and barriers to management. *Rev Pain*. 2007;1(1):12-14.
- [2] Gianni W, Madaio RA, Di Cioccio L, et al. Prevalence of pain in elderly hospitalized patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(3):273-276.
- [3] Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospitals: results of a regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23(3):221-230.
- [4] Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(3):547-560.
- [5] Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singap*. 1994;23(2):129-138.
- [6] Le TTP, Than HNT, Nguyen VT. Khảo sát tình trạng kiểm soát đau trên bệnh nhân cao tuổi tại Khoa Lão, Bệnh viện Nhân dân Gia

Dinh. *Tạp chí Y học Thanh pho Ho Chi Minh*. 2017;21(2):243-250.

[7] Lazarus H, Neumann CJ. Assessing undertreatment of pain: the patients' perspectives. *J Pharm Care Pain Symptom Control*. 2001;9(4):5-34.

[8] Hemmingsson ES, Gustafsson M, Isaksson U, et al. Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007 and 2013. *Eur J Clin Pharmacol*. 2018;74(4):483-488.