

Tổng quan

ĐAU HỆ VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Võ Thành Toàn^{1,2}

1. Phó Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất, Việt Nam
2. Phó Hiệu trưởng Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: PGS. TS. BS. Võ Thành Toàn, ✉ toanvt@bvtn.org.vn

TÓM TẮT: Đau hệ vận động mạn tính rất phổ biến ở người cao tuổi, với tỷ lệ mắc từ 40–60%, là nguyên nhân chính gây suy giảm chức năng và chất lượng cuộc sống. Cơ đau thường không được chẩn đoán hoặc điều trị đúng mức do biểu hiện lâm sàng phức tạp, kèm theo suy giảm nhận thức và quan niệm sai lầm rằng đau là một phần tất yếu của quá trình lão hóa. Đau mạn tính có mối liên hệ chặt chẽ với các hội chứng lão khoa như té ngã, suy yếu, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm và sa sút trí tuệ, cần được đánh giá và điều trị theo cách tiếp cận sinh – tâm – xã hội toàn diện. Sự hiện diện của đa bệnh lý và tình trạng đa thuốc làm phức tạp việc lựa chọn điều trị và gia tăng nguy cơ tai biến thuốc. Các biện pháp không dùng thuốc như vật lý trị liệu, trị liệu hành vi và các phương pháp cơ thể – tinh thần nên được ưu tiên hàng đầu. Khi dùng thuốc, cần cá thể hóa và theo dõi sát do thay đổi dược động học ở người cao tuổi. Tăng cường tiếp cận các liệu pháp không dùng thuốc và đẩy mạnh nghiên cứu chuyên biệt là hướng đi cần thiết để nâng cao hiệu quả chăm sóc đau ở nhóm dân số dễ tổn thương này.

Từ khóa: đau mạn tính, người cao tuổi, hệ vận động, tiếp cận đa mô thức, điều trị không dùng thuốc.

A Comprehensive Review of Chronic Musculoskeletal Pain in the Elderly

Vo Thanh Toan

ABSTRACT: Musculoskeletal pain is highly prevalent among older adults, affecting 40–60% of this population and contributing significantly to disability and reduced quality of life. Chronic pain in the elderly is multifactorial and often underdiagnosed or undertreated due to complex clinical presentations, cognitive impairment, and misconceptions about pain as a normal part of aging. It is closely associated with geriatric syndromes such as falls, frailty, sleep disturbances, depression, and cognitive decline, and should be assessed in a comprehensive biopsychosocial context. Multimorbidity and polypharmacy further complicate treatment decisions. Non-pharmacologic strategies such as physical therapy, behavioral interventions, and mind-body therapies are strongly recommended. When medications are used, individualized dosing and careful monitoring are essential due to altered pharmacokinetics in older adults. Improving access to evidence-based non-drug therapies and strengthening clinical research are key strategies for enhancing pain care in this vulnerable population.

Keywords: chronic pain, older adults, musculoskeletal system, multimodal approach, non-pharmacologic treatment.

1. TỔNG QUAN

Ở người cao tuổi, đau hệ vận động mạn tính rất phổ biến, với tỉ lệ từ 40 – 60%. Đau nhiều vị trí góp phần gây ra khuyết tật đáng kể ở người cao tuổi. Đau mạn tính được định nghĩa là đau kéo dài quá thời gian khỏi bệnh thông thường, thường kéo dài hơn 3 đến 6 tháng. Rối loạn hệ vận động được xem là mối đe dọa đáng kể đối với việc duy trì sức khỏe ở tuổi già và có liên quan đến té ngã, suy yếu, trầm cảm, lo âu, rối loạn giấc ngủ, giảm khả năng vận động và suy giảm chức năng nhận thức. Ngoài ra, các điều trị y khoa để giảm đau ước tính tiêu tốn của Hoa Kỳ khoảng 300 tỉ USD mỗi năm và gánh nặng này tiếp tục gia tăng. Thật không may, đau có thể được điều trị không đúng mức hoặc kiểm soát không thích hợp ở người cao tuổi vì một số lý do, bao gồm cả việc không xác định được chính xác nguyên nhân gây đau, niềm tin sai lầm rằng đau là một phần của quá trình lão hóa, suy giảm nhận thức với các biểu hiện cơn đau khác nhau, bệnh nhân không mô tả đầy đủ bệnh sử và thời gian khám lâm sàng bị hạn chế do bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền đi kèm. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hiểu rõ những hướng dẫn trong việc đánh giá và quản lý đau hệ vận động mạn tính ở người cao tuổi [1-4].

Đau mạn tính nên được xem xét trong bối cảnh hội chứng lão khoa (ví dụ: té ngã, suy yếu, suy giảm nhận thức/ mất trí nhớ và rối loạn giấc ngủ). Các nghiên cứu cho thấy có mối quan hệ giữa mức độ đau từ trung bình đến nặng với tình trạng suy giảm trí nhớ nhanh chóng và suy giảm khả năng chú ý cũng như chức năng điều hành ở người cao tuổi trong cộng đồng. Do có vô số yếu tố góp phần và mối quan hệ chặt chẽ của nó với các hội chứng lão khoa, đau mạn tính ở người cao tuổi được một số chuyên gia coi là hội chứng lão khoa [1].

Người cao tuổi thường có nhiều bệnh lý đi kèm, ảnh hưởng đến việc cân nhắc điều trị. Được định nghĩa là sự hiện diện của nhiều hơn hai tình trạng bệnh đi kèm, tình trạng đa bệnh lý được ước tính tồn tại ở ít nhất một nửa dân số người cao tuổi. Do đó, việc sử dụng nhiều loại thuốc (thường được kê đơn năm loại thuốc trở lên) cũng rất phổ biến; nó có liên quan đến té ngã, tăng tỉ lệ tử vong và thời gian nằm viện kéo dài hơn. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải xem xét cẩn thận các nguy

cơ tương đối và lợi ích của thuốc điều trị đau ở người cao tuổi, vì các tác dụng phụ ngoài ý muốn đối với các bệnh đi kèm và việc dùng nhiều loại thuốc có thể mất tác dụng về lợi ích của các thuốc khác [1],[5].

Sức khỏe tâm thần cần được xem xét thận trọng trong bối cảnh cơn đau. Mối quan hệ giữa đau mạn tính với trầm cảm và lo âu đã được thiết lập rõ ràng và phức tạp, bao gồm làm tăng tình trạng suy giảm chức năng, thay đổi tình trạng viêm thần kinh, giảm khả năng hòa nhập xã hội và khả năng ứng phó kém. Hơn nữa, dường như có mối quan hệ qua lại giữa nỗi đau và trầm cảm ở người cao tuổi, trong đó nỗi đau và trầm cảm là những yếu tố nguy cơ độc lập với nhau. Mối liên hệ này nhấn mạnh sự phức tạp của trải nghiệm đau ở người cao tuổi và nhấn mạnh lại cách tiếp cận sinh lý xã hội toàn diện để kiểm soát cơn đau mạn tính [1].

Với cách tiếp cận toàn diện, bác sĩ lâm sàng nên xem xét những thay đổi chức năng các cơ quan do tuổi tác có tác động đáng kể đến dược lực học và dược động học của thuốc. Sự suy giảm chức năng gan và thận do tuổi có thể ảnh hưởng đến quá trình xử lý thuốc, làm giảm tỉ lệ thanh thải và thay đổi hiệu quả của thuốc. Khối lượng cơ giảm và lượng mỡ tăng lên cũng có thể ảnh hưởng đến lượng thuốc phân phối ở người cao tuổi, ảnh hưởng đến khả năng dung nạp và hiệu quả của thuốc. Những thay đổi này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tránh cách tiếp cận "một kích cỡ phù hợp với tất cả" khi kê đơn thuốc cho người cao tuổi [1].

Bệnh nhân có những trải nghiệm đau khác nhau, bị ảnh hưởng nặng nề bởi loại cơn đau, nhận thức thể chất về cơn đau, trạng thái cảm xúc và phản ứng với cơn đau, khả năng ứng phó với cơn đau và niềm tin cá nhân của bệnh nhân về cơn đau. Khi tiếp cận mạn tính ở người cao tuổi, cần phải phối hợp chăm sóc để đánh giá và giải quyết các yếu tố này [1]. Đánh giá toàn diện, sau đó tiếp cận đa ngành để kiểm soát cơn đau, trong đó nhấn mạnh tầm quan trọng của phục hồi chức năng và điều trị không dùng thuốc, đặc biệt thích hợp cho người cao tuổi nhiều bệnh lý phức tạp.

2. CẢM NHẬN ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Người cao tuổi chịu đựng đau cấp tính tốt hơn so với đau mạn tính. Điều này có thể tương quan với sự khác biệt về thời gian và nguồn gốc/nguyên nhân của cơn đau mạn tính và cấp tính. Các cơ chế cảm giác (khiếm khuyết thần kinh hoặc suy giảm các con đường cảm thụ đau), các yếu tố hành vi (chẳng hạn như khả năng chấp nhận và chịu đựng cơn đau mạnh mẽ và mức độ thảm họa ít hơn), cũng như nội tiết tố (estrogen) và các yếu tố xã hội (hỗ trợ xã hội) có thể ảnh hưởng đến nhận thức đau ở người cao tuổi [6].

Sự tương tác giữa nhận thức đau và lão hóa vẫn chưa được biết rõ. Đầu tiên, điều quan trọng là phải hiểu rằng trải nghiệm đau ở người cao tuổi được hình thành bởi những thay đổi về các yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội xảy ra trong quá trình lão hóa. Lão hóa có liên quan đến việc giảm nhận thức về cơn đau, chẳng hạn như đau sau phẫu thuật, đau do ung thư và viêm phúc mạc. Đau có chức năng cảnh báo, tránh tổn thương mô trước một kích thích độc hại. Chức năng này có thể bị tổn hại ở những người cao tuổi có ngưỡng đau tăng lên và giảm độ nhạy cảm với cơn đau nhẹ, dẫn đến tăng tổn thương và bệnh không được chẩn đoán kịp thời. Ngược lại với đau cấp tính, đau mạn tính khó chịu được ở người cao tuổi. Ở người cao tuổi, tác động của các triệu chứng đau háng hoặc gối dai dẳng là rất đáng kể, thường tiến triển theo hướng các triệu chứng trở nên trầm trọng hơn và kèm theo các triệu chứng do tích lũy khác. Người cao tuổi có thể ít nhạy cảm hơn với đau do nhiệt và nhạy cảm hơn với đau do cơ học khi so sánh với người trẻ tuổi. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp đã báo cáo rằng ngưỡng đau trung bình tăng đáng kể ở người cao tuổi (trên 60 tuổi), khi so sánh với những người trẻ tuổi hơn, khi phản ứng với kích thích nhiệt, điện và áp suất, cũng như tình trạng căng phồng của trực tràng và thực quản. Liên quan đến sự khác biệt về ngưỡng chịu đau, các giá trị trung bình không khác biệt đáng kể giữa nhóm trẻ và nhóm lớn tuổi, mặc dù sự khác biệt có vẻ đáng kể. Dựa trên những bằng chứng này, nhận thức về cơn đau bị ảnh hưởng nhiều bởi chính quá trình lão hóa, nhưng nó cũng phụ thuộc vào sự hiện diện của các bệnh thông thường khác ở người cao tuổi [6].

Sự thoái hóa tiến triển của các đĩa đệm gian đốt sống cùng với lão hóa có liên quan đến đau thắt lưng mạn tính. Các microRNA và các thay đổi trong quá trình tự thực bào có liên quan đến sự thoái hóa đĩa đệm của người cao tuổi. Đồng thời với tăng các chất trung gian gây viêm, chẳng hạn như cytokin và metalloproteinase, các cơ chế này có thể giải thích cho triệu chứng đau thắt lưng ở người cao tuổi. Một nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh rằng người trẻ tuổi bị đau thắt lưng mạn tính cho thấy sự giảm nhận cảm cơ xương khớp, tác động được nhận thấy ở người cao tuổi bất kể chẩn đoán đau thắt lưng mạn tính. Đây là dấu hiệu cho thấy sự lão hóa có liên quan đến sự suy yếu của các cơ chế ngoại vi và trung tâm do dẫn truyền nhận cảm. Ngoài ra, đau mạn tính được coi là một yếu tố nguy cơ cho người cao tuổi, bằng cách ảnh hưởng đến các đáp ứng phản xạ. Một nghiên cứu cắt ngang hơn 300 người cao tuổi đã chứng minh rằng mức độ nghiêm trọng của đau cơ xương khớp có liên quan đến kéo dài thời gian phản xạ ở chân đơn giản. Nghiên cứu khác đánh giá một nhóm người cao tuổi tiết lộ rằng đau ảnh hưởng tiêu cực đến tất cả các thông số của dáng đi, chủ yếu là tốc độ dáng đi, có thể thông qua sự thay đổi của các con đường nhận thức. Dữ liệu cho thấy các cơ chế thần kinh phức tạp liên kết đau mạn tính và tăng nguy cơ té ngã ở những người cao tuổi. Hơn nữa, kiểm soát đau cũng có thể ngăn ngừa các nguy cơ tổn thương ở người cao tuổi, giúp phòng ngừa té ngã và các hậu quả liên quan, đồng thời cũng cải thiện khả năng di chuyển của những người cao tuổi bị đau mạn tính [6].

Các rối loạn không được giải quyết kéo dài (như mất trí nhớ, đau do viêm hoặc nhiễm virus) tạo ra nhận cảm đau liên tục hoặc kích thích thần kinh và có thể là nguyên nhân gây đau mạn tính ở người cao tuổi. Các yếu tố tâm lý có thể làm tăng tình trạng đau dai dẳng; bên cạnh đó, đau mạn tính có thể làm trầm trọng thêm các vấn đề tâm lý (ví dụ: trầm cảm), làm giảm sự khác biệt giữa nguyên nhân và hậu quả. Bệnh Parkinson, Alzheimer, trầm cảm, hội chứng rất miệng và nhiễm virus đặc biệt phù hợp với đau mạn tính và sự hiện diện của chúng có thể có tác động đến đau và chức năng thể chất ở bệnh nhân lão khoa. Do đó, cần chẩn đoán và điều trị các bệnh đi kèm này ở những bệnh nhân cao tuổi bị đau mạn tính [6].

3. TIẾP CẬN BAN ĐẦU

3.1. Khai thác bệnh sử

Hỏi bệnh sử đầy đủ đặc trưng cho loại đau và sau đó định lượng tác động của cơn đau lên chức năng, ảnh hưởng các hoạt động hằng ngày, hành vi liên quan đến cơn đau và ảnh hưởng đến sức khỏe tâm lý và xã hội. Người cao tuổi có thể có quan điểm và niềm tin khác nhau về cơn đau so với người trẻ tuổi, điều này có thể ảnh hưởng đến việc mô tả cơn đau. Khả năng chịu đựng và nỗi lo sợ hoặc e ngại về cơn đau có thể góp phần dẫn đến việc mô tả cơn đau ở mức thấp hơn ở nhóm bệnh nhân này. Đánh giá toàn diện tất cả các khía cạnh của trải nghiệm đau là bước đầu tiên để kiểm soát cơn đau một cách hiệu quả, vì thông tin này sẽ giúp hướng dẫn điều trị [1],[5].

Nguồn thông tin lý tưởng là bệnh sử đau do bệnh nhân tự báo cáo. Tuy nhiên, đối với những bệnh nhân bị suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ và khả năng giao tiếp về

đau bị hạn chế, việc có được thông tin trực tiếp chính xác về cơn đau có thể không khả thi. Kết quả là một số thang đo mức độ đau từ người quan sát là sự kết hợp các hành vi khi đau như phản ứng khuôn mặt, giọng nói hoặc tư thế cơ thể để mô tả đau mà bệnh nhân phải trải qua tùy theo mức độ khả năng nhận thức. Tuy nhiên, những công cụ này có độ tin cậy khác nhau. Việc thu thập thông tin bổ sung từ người thân và người chăm sóc (báo cáo ủy quyền) là có lợi. Báo cáo ủy quyền rất hữu ích để giúp xác định, mô tả đặc điểm và theo dõi đau đối với những bệnh nhân không thể tự truyền đạt các triệu chứng đau [1].

Đặc điểm đau bao gồm vị trí, số vùng đau, tính chất, các yếu tố làm tăng hoặc giảm đau, diễn biến đau theo thời gian. Khi nghi ngờ có vấn đề về cảm thụ đau, bệnh lý thần kinh hoặc trung tâm nhận cảm đau, việc xác định nguyên nhân có thể sẽ hữu ích cho việc điều chỉnh các phương pháp điều trị, mặc dù đôi khi không thể xác định được nguyên nhân chính xác. Hầu hết, nguyên nhân chính gây đau mạn tính ở

Bảng 1. Các phạm vi liên quan để đánh giá đau hệ vận động mạn tính ở người cao tuổi [1].

Vị trí đau
Thời gian đau (hàng tháng hoặc hàng năm)
Đặc điểm đau: cấp, bán cấp, mạn
Tần suất và sự tác động của đau
Cường độ đau theo thang đánh giá bằng số, dựa trên việc nhớ lại trong 7 ngày qua đau quy chiếu hoặc các triệu chứng kèm theo
Các vị trí đau khác: tiêu hóa, đau đầu, đau lan rộng, ...
Các phẫu thuật trước đây: loại và ngày phẫu thuật, đáp ứng
Các phương pháp điều trị trước đây được sử dụng để kiểm soát đau
Thay đổi lối sống
Tâm lý/hành vi
Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng
Các điều trị bổ sung, thay thế và cơ thể – tinh thần
Điều trị dùng thuốc
Chức năng thể chất: làm việc nhà (ví dụ như hút bụi, dọn sân), leo cầu thang, đi bộ ít nhất 15 phút, chạy việc vặt
Sức khỏe tâm thần: trầm cảm, lo âu, rối loạn căng thẳng sau chấn thương (nếu phù hợp)
Rối loạn giấc ngủ
Sử dụng rượu bia
Sử dụng thuốc lá
Nhân khẩu học: tuổi, giới, chủng tộc/dân tộc, tình trạng việc làm, trình độ học vấn cao nhất, chỉ số khối cơ thể

người cao tuổi là thứ phát sau một rối loạn khác trước đó, bao gồm ung thư, đau thần kinh, các thay đổi cơ xương, đau mạn tính sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật, đau phủ tạng mạn tính, nhức đầu mạn tính và đau vùng miệng [6]. Có thể có nhiều hơn một nguyên nhân. Những điều trị trước đây thường gợi ý bệnh nhân muốn điều trị gì tiếp theo; do đó, các bác sĩ lâm sàng nên ghi lại các liệu pháp dùng thuốc, liệu pháp không dùng thuốc và các phẫu thuật liên quan đến đau trước đó có hiệu quả hay không hiệu quả như thế nào. Tương tự, hiểu được cơn đau trong bối cảnh các bệnh lý đi kèm khác và cách bệnh nhân ưu tiên tầm quan trọng của những vấn đề này cũng rất quan trọng khi quyết định kế hoạch điều trị. Tiếp cận toàn diện để đánh giá đau lưng mạn tính được mô tả trong một số ấn phẩm "Báo cáo của Lực lượng đặc nhiệm về các tiêu chuẩn nghiên cứu về đau lưng mạn tính" năm 2014, trong đó các chuyên gia và lãnh đạo về đau hệ vận động đã được triệu tập để đưa ra một bộ dữ liệu tối thiểu giúp hướng dẫn các bác sĩ lâm sàng và nhà nghiên cứu về các lĩnh vực quan trọng cần đo lường khi kiểm

soát đau mạn tính. Dựa trên bộ dữ liệu tối thiểu này, Bảng 1.1 cung cấp danh sách các phạm vi thích hợp để đánh giá đau hệ vận động mạn tính ở người cao tuổi [1].

Các phạm vi và danh mục này được điều chỉnh dựa trên Bộ dữ liệu tối thiểu từ Báo cáo năm 2014 của Lực lượng đặc nhiệm NIH về các tiêu chuẩn nghiên cứu về đau thắt lưng mạn tính.

Một phần quan trọng và thường bị bỏ qua trong quá trình đánh giá đau toàn diện là hiểu được những kỳ vọng của bệnh nhân về yếu tố quyết định thành công của việc điều trị. Bệnh sử tạo thuận lợi cho cuộc trao đổi này, vì hiểu được tác động hằng ngày của cơn đau thường có thể giúp xác định các khu vực đau cụ thể mà bệnh nhân muốn chỉ ra. Mặc dù "không đau" có thể là mục tiêu không thực tế, nhưng có khả năng với các phương pháp điều trị đa phương thức, bệnh nhân sẽ có thể kiểm soát được cơn đau và các triệu chứng liên quan đồng thời cải thiện chức năng. Trọng tâm là liên kết các câu chuyện về quản lý cơn đau với các giá trị do bệnh nhân xác định và các mục tiêu chăm sóc thực tế, vì những trải



Hình 1. Các thành phần của quản lý đa ngành ở người cao tuổi bị đau hệ vận động mãn tính

nghiệm mang tính cá nhân, chẳng hạn như tham gia vào các hoạt động xã hội, tiếp tục các hoạt động ưa thích và ngủ ngon hơn, đều góp phần tạo nên trải nghiệm đau [1].

3.2. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng đối với đau mạn tính bao gồm nhìn, sờ các vị trí đau và đo lường sức cơ cũng như phạm vi vận động của các khớp bị đau. Kiểm tra khớp đối diện với khớp bị ảnh hưởng để đánh giá sự đối xứng. Các khớp ở gần và xa vị trí đau cũng nên được kiểm tra, đặc biệt xem xét các nguồn cơn gây đau, chẳng hạn như biểu hiện đau gối kèm theo bệnh lý khớp háng, vùng chậu hoặc cổ chân. Đánh giá đáng đi để phát hiện những bất thường, điều này có thể gợi ý các vấn đề cốt lõi tiềm ẩn, chẳng hạn như sự giảm sức cơ, cảm giác hoặc khả năng phối hợp. Bài kiểm tra khả năng đi lại có thời hạn là một công cụ hiệu quả và có giá trị để đánh giá khả năng vận động và thường được sử dụng như một phần của đánh giá tình trạng suy yếu. Hành vi và phản ứng của bệnh nhân khi cơn đau xuất hiện đặc biệt hữu ích đối với những người bị suy giảm nhận thức, vì nó có thể giúp ích để phân tầng cường độ đau tốt hơn. Ngoài những nguyên tắc cốt lõi này, nên điều chỉnh việc thăm khám bằng các nghiệm pháp tại chỗ [1].

3.3. Cận lâm sàng

Khảo sát hình ảnh học để tìm những bất thường thường gặp ở người cao tuổi. Những dấu hiệu như thay đổi thoái hóa ở cột sống hoặc khớp háng không nhất thiết góp phần có ý nghĩa vào việc đánh giá mức độ đau hoặc khiếm khuyết. Chìa khóa để giải thích hình ảnh về đau hệ vận động là xác định xem triệu chứng lâm sàng có tương quan với những dấu hiệu nhìn thấy trên hình ảnh học hay không. X-quang thường có thể giúp đánh giá mức độ thoái hóa khớp hoặc tìm nguyên nhân có thể gây ra các triệu chứng khác. Các phát hiện thường không tương quan có ý nghĩa với tần suất hoặc cường độ đau và việc sử dụng hình ảnh học thường không cải thiện được kết quả. Do lợi ích thường là hạn chế, hình ảnh học có thể gây thêm gánh nặng tâm lý và tài chính không cần thiết cho bệnh nhân. Hình ảnh học nên được xem xét tùy từng trường hợp cụ thể, đặc biệt khi các triệu chứng "cờ đỏ" (nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, chèn ép tủy sống,...) gợi ý một vấn đề khẩn cấp cần được đánh giá [1].

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Thành lập nhóm

Điều trị đau mạn tính ở người cao tuổi gồm nhiều phương thức (không dùng thuốc, phục hồi chức năng, dùng thuốc và phẫu thuật). Do đó, cần phối hợp đa ngành để giải quyết đau và các bệnh nền đi kèm (**Hình 1**). Nếu một bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh nền kèm theo đòi hỏi nguồn nhân lực nhiều hơn. Thông tin rõ ràng (đặc biệt là trong các nhóm lớn) là chìa khóa. Mỗi thành viên của nhóm là cực kỳ quan trọng và xây dựng mối quan hệ trị liệu với bệnh nhân. Tư vấn về liệu trình điều trị dự kiến của đau mạn tính và trấn an bệnh nhân là chìa khóa để đạt được kết quả điều trị tốt hơn.

4.2. Điều trị không dùng thuốc: Đầu tay

Điều trị toàn diện và hiệu quả sử dụng nhiều phương thức điều trị, ưu tiên cho các điều trị không dùng thuốc. Mặc dù được coi là liệu pháp điều trị đầu tay, nhưng thật không may, chúng thường được đưa ra sau thử điều trị dùng thuốc và xâm lấn. Các liệu pháp không dùng thuốc đặc biệt hấp dẫn ở người cao tuổi vì tỉ lệ hiệu quả so với an toàn. Các điều trị không dùng thuốc bao gồm vật lý trị liệu, giáo dục nghề nghiệp, tập thể dục (bao gồm cả đi bộ), can thiệp tâm lý (liệu pháp hành vi nhận thức, khả năng chấp nhận, đào tạo kỹ năng ứng phó đau, tái cấu trúc nhận thức và liệu pháp cam kết) và các điều trị bổ trợ, thay thế và thể chất – tinh thần và được điều chỉnh theo khả năng, sở thích và mục tiêu điều trị rõ ràng của bệnh nhân. Hoạt động thể chất luôn được khuyến nghị là một thành phần chính của bất kỳ kế hoạch điều trị nào cho đau mạn tính ở người cao tuổi. Tập thể dục có thể giảm tỉ lệ tử vong, cải thiện chức năng, tăng sức mạnh, giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch, thúc đẩy tương tác xã hội và giảm đau. Việc đưa ra lời khuyên về bài tập thể chất cụ thể, kế hoạch hoạt động và theo dõi rất quan trọng trong việc tiếp thụ và duy trì tập thể dục ở người cao tuổi. Ở nhiều bệnh nhân, liệu pháp hành vi và tâm lý cho đau mạn tính là hiệu quả. Ví dụ, các liệu pháp tinh thức có hiệu quả giảm đau ngắn hạn và dài hạn và cải thiện chức năng ngắn hạn. Các liệu pháp tinh thức và thiền hứa hẹn giúp cải thiện cơn đau và chức năng, mặc dù cần thêm nhiều nghiên cứu về hiệu quả của chúng. Những điều trị

Bảng 2. Các thuốc điều trị phổ biến cho người cao tuổi bị đau hệ vận động [1].

Điều trị	Chỉ định	Lưu ý an toàn	Hướng dẫn
<i>Tại chỗ</i>			
Capsaicin	Đau cơ/khớp nhỏ (đau lưng, căng cơ, bong gân, viêm khớp, đụng dập, chuột rút, đau hoặc cứng cơ); đau thần kinh liên quan đến bệnh thần kinh đái tháo đường hoặc di chứng đau thần kinh.	Rửa tay bằng xà phòng và nước ngay sau khi thực hiện (trừ khi bàn tay là một phần của khu vực điều trị) hoặc đeo găng tay. Không sử dụng trong vòng 1 giờ trước hoặc ngay sau khi tắm Tránh sử dụng đồng thời với các tác nhân tại chỗ khác hoặc tắm đệm nhiệt	Khuyến nghị có điều kiện cho thoái hóa khớp gối Không khuyến nghị cho thoái hóa khớp bàn tay Không đủ dữ liệu trên thoái hóa khớp háng
Methyl salicylat và menthol	Đau cơ/khớp nhỏ và đau nhức (đau lưng, căng cơ, bong gân, viêm khớp, đụng dập)	Không áp dụng cho mặt, vết thương, phát ban, da bị tổn thương, niêm mạc hoặc ngay sau khi tắm Tránh sử dụng đồng thời với các tác nhân tại chỗ khác hoặc tắm đệm nhiệt	Áp dụng miếng dán cho tối đa 8 giờ (tối đa 2 miếng dán/ 24 giờ)
Lidocain	Di chứng đau thần kinh, đau điểm	Sử dụng liều hiệu quả thấp nhất để giảm đau trong thời gian ngắn nhất (sử dụng kéo dài làm tăng nguy cơ hấp thụ toàn thân, có khả năng ảnh hưởng hệ thần kinh trung ương và tim mạch) Tránh tiếp xúc với nước hoặc nguồn nhiệt bên ngoài	Không đủ dữ liệu trong thoái hóa khớp Áp dụng miếng dán cho tối đa 12 giờ (tối đa 1 miếng dán/24 giờ)
NSAIDs	Thoái hóa khớp gối và bàn tay; cũng có thể được sử dụng cho cổ chân, khuỷu tay, bàn chân hoặc cổ tay; đau cấp tính (căng cơ, bong gân, đụng dập)	Sử dụng liều hiệu quả thấp nhất để giảm đau trong thời gian ngắn nhất (do tăng nguy cơ tác dụng phụ tiềm ẩn lên hệ tiêu hóa và có thể ảnh hưởng chức năng thận) Không áp dụng cho vết thương, mắt hoặc niêm mạc	Khuyến nghị mạnh mẽ cho thoái hóa khớp gối Khuyến nghị có điều kiện cho thoái hóa khớp bàn tay Không đủ dữ liệu trên thoái hóa khớp háng Áp dụng tối đa 4 lần một ngày, ít hơn nếu bệnh nhân dùng thuốc kháng đông hoặc mắc bệnh thận mạn tính
Đường uống			
Acetami-nophen	Đau nhẹ và âm ỉ	Xem xét tất cả các nguồn, không quá 3g/ngày Theo dõi chức năng gan	Khuyến nghị có điều kiện cho thoái hóa khớp gối, háng và bàn tay Hiệu quả hạn chế đối với đau lưng mạn tính và không được khuyến nghị sử dụng thường xuyên

Điều trị	Chỉ định	Lưu ý an toàn	Hướng dẫn
NSAID	Bệnh lý viêm bao gồm viêm gân; đau thoái hóa khớp nhẹ đến trung bình	Sử dụng liều hiệu quả thấp nhất để giảm đau trong thời gian ngắn nhất Theo các tác dụng phụ lên tiêu hóa, tim mạch và thận	Tiêu chí Beer khuyến nghị tránh sử dụng NSAID kéo dài và tránh hoàn toàn việc sử dụng indomethacin và ketorolac ở bệnh nhân cao tuổi Sử dụng chỉ nên được xem xét nếu không có lựa chọn thay thế khả thi và có thể giảm nguy cơ chảy máu tiêu hóa khi sử dụng chất ức chế bơm proton hoặc misoprostol
Tramadol	Đau cấp hoặc mạn tính từ trung bình đến nặng mà thuốc giảm đau không gây nghiện là không đủ	Theo dõi nồng độ natri (nguy cơ SIADH hoặc hạ Na máu) và suy hô hấp Tác dụng phức tạp đối với các chất gây cảm ứng cytochrom P450 3A4, chất ức chế 3A4 hoặc chất ức chế 2D6	Tiêu chí Beer khuyến nghị để tránh kê đơn quá rộng rãi và để giảm liều các kê đơn hiện hành Khuyến nghị có điều kiện cho thoái hóa khớp gối, háng và bàn tay
Nhóm gây nghiện	Đau cấp hoặc mạn tính từ trung bình đến nặng mà thuốc giảm đau không gây nghiện là không đủ	Sử dụng liều hiệu quả thấp nhất để giảm đau trong thời gian ngắn nhất Theo dõi suy hô hấp (đặc biệt ở bệnh nhân dùng thuốc benzodiazepin hoặc gabapentinoid đồng thời) Tác dụng phụ tiềm ẩn đối với các chất gây cảm ứng cytochrom P450 3A4 hoặc các chất ức chế 3A4	Không khuyến nghị cho khớp gối, háng và thoái hóa khớp, trừ khi không còn các lựa chọn thay thế
Duloxetine	Đau thần kinh, nhạy cảm trung tâm với đau, đau mạn tính khác	Theo dõi natri huyết thanh Nguy cơ hạ natri máu	Khuyến nghị có điều kiện cho thoái hóa khớp gối/háng/bàn tay Được đề xuất cho đau xơ cơ Xem xét sử dụng trong đau lưng mạn tính
Gabapentin/Pregabalin	Đau thần kinh, nhạy cảm trung tâm với đau	Có thể có tác dụng an thần và gây chóng mặt Có thể tác dụng phụ tiềm ẩn đối với cảm xúc	Khuyến nghị cho bệnh đau xơ cơ

NSAIDs: kháng viêm không steroid; SIADH: hội chứng tiết hormone kháng bài niệu (ADH) không phù hợp

này nên được xem xét về tính khả thi, khả dụng, khả năng tiếp cận, chi phí và động lực tham gia của bệnh nhân [1,3,4].

Trong một quan điểm khác, một nghiên cứu hệ thống được thực hiện bởi Perna và cộng sự chỉ ra rằng việc theo dõi chế độ ăn uống và bổ sung các chất dinh

dưỡng và chất chống oxy hóa cụ thể có thể làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau để kiểm soát đau cơ xương khớp ở người cao tuổi. Tuy nhiên, sự tương tác giữa thuốc và chất dinh dưỡng và/hoặc bổ sung thảo dược không thể bị bỏ qua trong dân số này. Theo Du và cộng sự, thêm 40 g bột việt quất đông lạnh mỗi ngày trong 4

tháng giảm đau và cứng khớp và cải thiện hiệu suất dáng đi ở người cao tuổi từ 45 đến 79 tuổi, bị thoái hóa khớp gối có triệu chứng. Những ảnh hưởng này có thể được giải thích bằng các đặc tính chống viêm của polyphenol trong chế độ ăn uống. Mặt khác, bổ sung acid béo omega-3 nguồn gốc từ biển và vitamin D không có bất kỳ tác dụng nào ở người cao tuổi bị đau khớp gối mạn tính [6].

4.3. Điều trị thuốc

Cảm giác đau không hề giảm mặc dù việc kê toa thuốc giảm đau đã tăng lên trong những thập kỷ gần đây. Những phát triển gần đây trong việc kê đơn thuốc giảm đau ở người cao tuổi chưa được nghiên cứu kỹ lưỡng [3]. Khi xem xét các liệu pháp dùng thuốc, câu thần chú thường là “bắt đầu thấp và đi chậm”, chỉnh liều thuốc và quan sát các tác dụng phụ. **Bảng 2. Các thuốc điều trị phổ biến cho người cao tuổi bị đau hệ vận động [1].** mô tả các loại thuốc thường được sử dụng trong điều trị đau mạn tính ở người cao tuổi. Đôi khi, tác dụng giảm đau đạt được khi phối hợp thuốc từ hai nhóm thuốc khác nhau. Các thuốc gây nghiện không được khuyến nghị trong hướng dẫn điều trị thoái hóa khớp. Như đã đề cập, phải xem xét cẩn thận các bệnh đi kèm và nguy cơ liên quan đến từng loại thuốc được chọn [1].

Sự phổ biến của paracetamol (acetaminophen) đã tăng lên trong khi việc sử dụng thường xuyên thuốc NSAID đã giảm. Điều này phù hợp với các nguy cơ về xuất huyết tiêu hóa, tăng huyết áp, biến cố tim mạch và suy thận liên quan đến NSAID, đặc biệt ở những người mắc bệnh đi kèm và dùng nhiều loại thuốc. Việc sử dụng thuốc gây nghiện đã gia tăng ở các cơ sở y tế và trong dân số nói chung, làm dấy lên mối lo ngại về những rủi ro nghiêm trọng liên quan đến việc sử dụng chúng ở nhóm dân số già [3].

Có bằng chứng cho thấy một tỉ lệ đáng kể người cao tuổi sử dụng thuốc giảm đau theo toa ít hơn những gì được kê đơn và chỉ khi đau nhiều. Làm chủ được việc sử dụng thuốc có thể là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì cảm giác tự tin vào năng lực bản thân [3].

Theo dõi sát bệnh nhân là rất quan trọng khi kiểm soát đau mạn tính ở người cao tuổi. Những lần tái khám đánh giá tính hiệu quả của phương pháp điều trị, khu-

ynh khích duy trì những thay đổi hành vi giúp giảm đau và cho phép theo dõi tác dụng phụ của điều trị. Những lần tái khám này cũng giúp tạo dựng niềm tin và củng cố mối quan hệ điều trị giữa bệnh nhân và người điều trị [1].

5. MỘT SỐ BỆNH LÝ CƠ XƯƠNG KHỚP NGƯỜI CAO TUỔI

5.1. Thoái hoá khớp

Thoái hóa khớp là loại viêm khớp phổ biến nhất và khoảng một nửa dân số trên 65 tuổi ở Hoa Kỳ được chẩn đoán thoái hóa khớp. Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất đối với thoái hóa khớp, các yếu tố khác là giới tính (nữ có tỉ lệ mắc cao hơn và có các triệu chứng nghiêm trọng hơn), thừa cân/béo phì, lệch trục khớp (biến dạng vẹo trong hoặc vẹo ngoài) và chấn thương trước đó. Mặc dù được mô tả là sự “hao mòn” các khớp, sinh lý bệnh của thoái hóa khớp là sự tương tác phức tạp của tình trạng viêm, chấn thương trước đó, các phản ứng sinh hóa và rối loạn chuyển hóa. Thoái hóa khớp thường ảnh hưởng đến khớp gối, đốt sống thấp, bàn tay và háng. Trên lâm sàng, bệnh nhân có biểu hiện đau, giảm khả năng vận động khớp, phì đại khớp, sưng, lạo xạo và cứng khớp hoặc kêu lách cách [1].

Chẩn đoán thoái hóa khớp thường dựa trên bệnh sử và thăm khám. Đánh giá giảm chức năng cần được thực hiện thường quy và nên cân nhắc sử dụng các thiết bị hỗ trợ và dụng cụ chỉnh hình thích hợp để giúp duy trì chức năng và cải thiện đau. Các hướng dẫn gần đây không khuyến cáo làm các xét nghiệm máu hoặc chụp X-quang thường để chẩn đoán hoặc theo dõi các trường hợp thoái hóa khớp điển hình, mặc dù nó rất hữu ích trong các trường hợp không điển hình [1].

Các hướng dẫn về thoái hóa khớp dựa trên bằng chứng hiện nay khuyến cáo tiếp cận toàn diện và nhấn mạnh các liệu pháp không dùng thuốc. Tập thể dục cũng là thành phần cốt lõi của điều trị thoái hóa khớp. Tập thể dục kết hợp với thay đổi chế độ ăn uống mang lại tác dụng hiệp đồng trong việc cải thiện đau và chức năng và dường như lợi ích giảm đau và cải thiện chức năng tăng lên theo mức độ giảm cân ở người trưởng thành thừa cân và béo phì. Các bài tập cụ thể phải được điều chỉnh để phù hợp với khả năng và sở thích của từng

cá nhân, mặc dù nên sử dụng chiến lược bảo vệ khớp, có tính đến các hoạt động có tác động thấp. Các điều trị không dùng thuốc khác bao gồm các liệu pháp dựa trên hành vi (ví dụ, liệu pháp hành vi nhận thức) và các phương pháp điều trị bổ sung, thay thế và thể chất – tinh thần (ví dụ, thái cực quyền) [1].

Điều trị bằng thuốc bao gồm áp dụng các liệu pháp bôi tại chỗ trước khi điều trị bằng đường uống với độ an toàn và tác dụng phụ tương đối. Thuốc kháng viêm không steroid dùng tại chỗ không có nguy cơ cao gây tổn thương thận và đường tiêu hóa như các thuốc đường toàn thân. Các sản phẩm glucosamin và chondroitin có tác dụng hạn chế đối với đau thoái hóa khớp. Tiêm steroid nội khớp được sử dụng an toàn khi cần thiết, mặc dù lặp lại 3 tháng một lần không cho thấy cải thiện đau so với giả dược và cũng có liên quan đến việc tăng suy giảm thể tích sụn khớp gối trên cộng hưởng từ. Tiêm acid hyaluronic và hyaluronan polymer vào khớp gối cũng được chứng minh là có hiệu quả. Nếu dự định tiêm, nên hỏi về việc đang sử dụng thuốc kháng đông và thực hiện các biện pháp để giảm thiểu nguy cơ chảy máu [1].

Phẫu thuật thay khớp được xem xét ở những bệnh nhân được chọn lọc bị suy giảm chức năng liên quan đến thoái hóa khớp đã thất bại trong các liệu pháp điều trị bảo tồn. Người cao tuổi có tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi nhưng có lợi ích tương tự về chất lượng cuộc sống, điều này nhấn mạnh cần phải đánh giá cá nhân hóa với việc ra quyết định chung giữa bệnh nhân và bác sĩ [1].

5.2. Đau thắt lưng mạn tính

Đau thắt lưng mạn tính rất phổ biến ở người cao tuổi với tỉ lệ ước tính dao động từ 10% đến 20% ở người trưởng thành lớn hơn hoặc bằng 65 tuổi trên toàn thế giới. Đau thắt lưng mạn tính có liên quan đến nhận thức về sức khỏe kém hơn, chất lượng cuộc sống kém hơn và các triệu chứng trầm cảm. Hầu hết đau thắt lưng mạn tính không có nguyên nhân rõ ràng. Tổng quan về đau mạn tính ở người cao tuổi cho thấy tỉ lệ đau lưng do thoái hóa khớp, đặc biệt là ở vùng thắt lưng hoặc cổ (khoảng 65%). Đau thắt lưng mạn tính có thể được coi là con đường kiểu hình cuối cùng phổ biến, là kết quả của một số yếu tố góp phần, bao gồm hẹp cột sống, thoái

hóa khớp háng, bệnh lý khớp cùng chậu, chèn lệch chiều dài chân, đau cân cơ, khả năng ứng phó kém, lo âu và trầm cảm. Việc chẩn đoán phải loại trừ nhiễm khuẩn, bệnh ác tính và chèn ép rễ ở bệnh nhân có các triệu chứng báo động đỏ. Khám lâm sàng và sử dụng hình ảnh học tìm nguyên nhân gây đau thắt lưng mạn tính để điều tra các nguồn gây đau bao gồm háng, khớp cùng chậu và đốt sống [1,6].

Điều trị đau thắt lưng mạn tính bao gồm nhiều phương thức trị liệu khác nhau để tối ưu hóa chức năng và bắt đầu bằng các liệu pháp không dùng thuốc và phục hồi chức năng. Nên giới thiệu tập vật lý trị liệu sớm và thường xuyên. Giới thiệu đến chuyên khoa phẫu thuật cột sống nếu có bất kỳ nghi ngờ nào về tổn thương thần kinh trung ương hoặc khi các khiếm khuyết về thần kinh tương quan với các hình ảnh trên X-quang và/hoặc các điều trị bảo tồn không mang lại sự cải thiện đáng kể [1].

5.3. Viêm khớp tinh thể: Gout và giả gout

Bệnh gout là một dạng viêm khớp tinh thể đặc trưng bởi phản ứng viêm với natri urat trong khớp. Đây là bệnh viêm khớp phổ biến nhất ở người cao tuổi và tiếp tục gia tăng, có thể do mối liên quan giữa tăng acid uric máu với tăng huyết áp, hội chứng chuyển hóa, suy thận và sử dụng thuốc lợi tiểu. Thường được coi là một bệnh ảnh hưởng đến nam giới trung niên, bệnh gout khởi phát ở người cao tuổi cũng phổ biến và có thể biểu hiện với các đặc điểm riêng biệt. Đáng chú ý, phụ nữ có tỉ lệ mắc bệnh gout cao hơn ở độ tuổi 80. Không giống như bệnh gout thông thường, đợt bùng phát bệnh gout ban đầu ở người cao tuổi thường biểu hiện bằng hạt tophi, tích tụ acid uric ở khớp và da. Ngược lại, thống phong bàn chân, sưng đau ở khớp bàn ngón chân cái, ít gặp hơn ở bệnh gout người cao tuổi. Nó có thể ảnh hưởng đến các khớp nhỏ hơn của bàn tay và nhiều khớp cùng một lúc, điều này có thể khiến việc phân biệt bệnh gout với viêm khớp thấp ở bệnh nhân cao tuổi trở nên khó khăn hơn. Khi chẩn đoán bệnh gout, nên giữ thoái hóa khớp, viêm khớp thấp, giả gout và nhiễm khuẩn trong chẩn đoán phân biệt [1].

Chẩn đoán bệnh gout là thường dựa vào lâm sàng, dựa trên đặc điểm của các đợt bùng phát cấp tính, mặc dù các chỉ dấu viêm và acid uric máu tăng cao rất hữu

ích. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán vẫn là xác định các tinh thể monosodium urat giống hình kim lưỡng chiết âm trên kính hiển vi ánh sáng phân cực của dịch khớp bị ảnh hưởng. X-quang thường có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán bệnh gout, đặc biệt là những thay đổi ăn mòn và các cạnh nhô ra của khớp mà khe khớp còn bảo tồn [1].

Đối với các đợt bùng phát bệnh gout, colchicine hoặc corticosteroid được cân nhắc điều trị trong bối cảnh các nguy cơ cho bệnh nhân và các bệnh đi kèm. Tránh dùng indomethacin ở người cao tuổi. Steroid nội khớp là phương pháp điều trị khả thi đối với các đợt bùng phát ở một số khớp và nguy cơ tác dụng phụ thấp hơn so với steroid toàn thân. Điều trị dự phòng lâu dài bao gồm điều chỉnh lối sống và thuốc hạ urat trong một số trường hợp. Bệnh nhân nên được tư vấn để giảm hoặc loại bỏ rượu, động vật có vỏ và thịt nội tạng. Thuốc hạ urat được chỉ định cho những bệnh nhân bị hơn hai đợt bùng phát mỗi năm, bị calci hóa thận hoặc có hạt tophi hoặc hình ảnh xói mòn trên X-quang. Mức acid uric mục tiêu phải dưới 6 mg/dL và lựa chọn ban đầu của điều trị hạ urat nên là allopurinol. Ở những bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính, người ta có thể bắt đầu sử dụng allopurinol ở liều thấp nhất và điều chỉnh đến mức acid uric mục tiêu đồng thời theo dõi các phản ứng bất lợi. Lựa chọn thay thế là febuxostat, một chất ức chế xanthine oxidase, có thể liên quan đến việc tăng tác dụng phụ về tim mạch dựa trên dữ liệu từ một thử nghiệm lâm sàng duy nhất. Khi bắt đầu điều trị hạ urat, bệnh nhân nên dùng corticosteroid hoặc colchicine liều thấp dự phòng để ngăn ngừa "cơn bùng phát huy động", tức là khi bắt đầu điều trị hạ urat có thể gây ra cơn gout cấp. Bệnh gout thường có thể được quản lý bởi bác sĩ điều trị chính của bệnh nhân, tuy nhiên nên cân nhắc chuyển đến bác sĩ cơ xương khớp nếu bệnh nhân tiếp tục gặp các dấu hiệu hoặc triệu chứng đáng kể của bệnh gout mặc dù đang điều trị thích hợp, nguồn tăng acid uric máu không rõ ràng, khó đạt được acid uric máu mục tiêu hoặc nhiều và/hoặc tác dụng phụ nghiêm trọng từ liệu pháp hạ urat bằng thuốc [1].

Tương tự như bệnh gout, bệnh lắng đọng calci pyrophosphate hay còn gọi là bệnh giả gout, là một dạng viêm khớp tinh thể được đặc trưng bởi phản ứng viêm do lắng đọng calci pyrophosphate vào cấu trúc sụn khớp. Bệnh giả gout có tỉ lệ phổ biến khoảng 5% đến 15% đối với người lớn

trên 60 tuổi. Tuổi là yếu tố nguy cơ mạnh mẽ đối với bệnh giả gout và các nguyên nhân thứ phát bao gồm hạ magie máu, tăng calci máu, cường tuyến cận giáp và bệnh nhiễm sắc tố sắt mủ. Bệnh giả gout cấp tính thường biểu hiện dưới dạng viêm khớp từng đợt ở khớp gối, cổ tay hoặc bàn tay, mặc dù khớp trực có thể bị ảnh hưởng. Giống như bệnh gout, chẩn đoán xác định bệnh giả gout bao gồm xác định các tinh thể trên kính hiển vi dịch khớp; tinh thể calci pyrophosphate xuất hiện dưới dạng tinh thể hình thoi lưỡng chiết dương yếu trong ánh sáng phân cực. X-quang thường rất hữu ích trong việc hỗ trợ chẩn đoán khi bệnh nhân có triệu chứng, vì bệnh calci hóa sụn thường được nhận thấy, mặc dù đây có thể là một phát hiện ngẫu nhiên ở những bệnh nhân không có triệu chứng. Điều trị các đợt bùng phát bệnh giả gout tương tự như bệnh gout bao gồm sử dụng một đợt steroid hoặc colchicine. Không có loại thuốc nhắm trúng đích nào để giảm sự xuất hiện các đợt bùng phát của bệnh lắng đọng calci pyrophosphate nhưng nên tìm và giải quyết các nguyên nhân có thể khắc phục được [1].

5.4. Viêm khớp dạng thấp (RA)

RA là một bệnh viêm khớp tự miễn được đặc trưng bởi sự tổn thương tiến triển của các khớp hoạt dịch và có thể bao gồm các biểu hiện ngoài khớp. Tỉ lệ mắc bệnh RA ở người lớn trên 60 tuổi là khoảng 2% và tỉ lệ mắc bệnh RA đạt đỉnh điểm ở thập kỷ thứ tám của cuộc đời. RA khởi phát ở người cao tuổi (EORA), được định nghĩa là RA khởi phát sau 65 tuổi, có một số đặc điểm đặc trưng, bao gồm phân bố đều ở hai giới; liên quan đến khớp lớn hơn, chẳng hạn như vai và háng có tỉ lệ dương tính với yếu tố dạng thấp nhiều hơn. EORA có thể diễn biến lâm sàng nhẹ hơn, mặc dù điều này không phải lúc nào cũng đúng. Bệnh nhân thường có biểu hiện đau và sưng nhiều khớp, phân bố đối xứng [1].

Chẩn đoán RA dựa trên bệnh sử và khám lâm sàng với các xét nghiệm máu và hình ảnh học được sử dụng để xác nhận chẩn đoán. Tìm các biểu hiện ngoài khớp, bao gồm các nốt dạng thấp, viêm mạch và bệnh phổi kẽ, vì những biểu hiện này báo hiệu tiên lượng xấu hơn. Xét nghiệm máu bao gồm yếu tố dạng thấp, kháng thể kháng peptide citrullinated dạng vòng (CCP), chỉ dấu viêm, công thức máu và sinh hóa máu hoàn chỉnh. Chọc dịch khớp

không cần thiết để chẩn đoán nhưng rất hữu ích để giúp loại trừ viêm khớp tinh thể hoặc nhiễm khuẩn. Các dấu hiệu X-quang cổ điển của RA bao gồm giảm chiều rộng khe khớp, thiếu xương hoặc loãng xương cạnh khớp và xói mòn. Không có tiêu chuẩn chẩn đoán đặc hiệu cho EORA; tuy nhiên, có thể sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của American College of Rheumatology (ACR) và European League Against Rheumatism (EULAR) cho RA [1].

Nền tảng của điều trị RA là thuốc chống thấp khớp có thể làm thay đổi bệnh (DMARD), được sử dụng theo phương pháp điều trị trúng đích, nhằm mục đích giảm tiến triển của bệnh và ngăn ngừa biến dạng khớp. Tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh hiện tại, bệnh nhân được bắt đầu điều trị bằng DMARD đơn trị liệu hoặc kết hợp, thường bao gồm methotrexate, hydroxychloroquine, sulfasalazine và leflunomide. Các liệu pháp sinh học thường được sử dụng sau khi điều trị thử DMARD không sinh học và bao gồm các mục tiêu khác nhau (ví dụ, yếu tố hoại tử khối u-a, interleukin-6, JAK, CD20). Các thuốc DMARD phải được theo dõi chặt chẽ về các tác dụng phụ bao gồm nhiễm khuẩn không điển hình và tái hoạt động (bệnh lao hoặc viêm gan siêu vi). Corticosteroid đôi khi được sử dụng ở liều thấp trong thời gian ngắn đối với bệnh RA thể hoạt động nhưng nên tránh sử dụng như một phương pháp điều trị lâu dài. Biến cố tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân RA, bao gồm cả bệnh nhân cao tuổi mắc RA. Một bệnh nhân nghi ngờ RA nên được chuyển đến bác sĩ cơ xương khớp càng sớm càng tốt để quản lý và theo dõi bệnh sớm, tích cực [1].

5.5. Viêm đa cơ do thấp

Viêm đa cơ do thấp (PMR) là một bệnh viêm điển hình có liên quan đến đau và cứng khớp buổi sáng ở vai, cánh tay trên, háng, cổ và thân. Nó hầu như chỉ ảnh hưởng đến người lớn trên 50 tuổi và có tỉ lệ mắc cao nhất ở thập kỷ thứ tám đến thứ chín của cuộc đời với tỉ lệ mắc khoảng 1% đến 2% đối với người lớn trên 50 tuổi. Nữ giới bị ảnh hưởng với tỉ lệ gấp đôi so với nam giới. Bệnh nhân có thể bị viêm đa khớp đối xứng ở bàn tay, cổ tay và gối, điều này khiến việc phân biệt PMR với RA trở nên khó khăn. PMR là một chẩn đoán lâm sàng và ACR và EULAR đã đề xuất các tiêu chí phân loại cho PMR. Do có sự

trùng lặp với bệnh viêm động mạch tế bào khổng lồ (GCA), mọi bệnh nhân mắc PMR nên được sàng lọc GCA. Các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm thường cho thấy các chỉ dấu viêm tăng cao với các tự kháng thể âm tính. Hình ảnh học không cần thiết để chẩn đoán PMR. Phương pháp điều trị chính của PMR là glucocorticoid toàn thân liều thấp. Vật lý trị liệu rất hữu ích để duy trì chức năng cho bệnh nhân bị cứng khớp và đau [1].

5.6. Viêm động mạch tế bào khổng lồ (GCA)

GCA là một bệnh viêm mạch ảnh hưởng đến các động mạch lớn và động mạch sọ với tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở độ tuổi 70. Tỉ lệ lưu hành của nó được ước tính là 0,7%, với tỉ lệ cao hơn ở nữ giới tương tự như ở PMR. Theo báo cáo, 10% bệnh nhân mắc PMR phát triển thành GCA. Các triệu chứng bao gồm đau hàm cách hồi, thay đổi thị lực và khó nuốt và hậu quả đáng sợ của GCA không được điều trị là mù không thể phục hồi. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán GCA là sinh thiết động mạch thái dương trên một đoạn dài ít nhất 1 cm với nhiều vị trí được kiểm tra. MRI, PET/chụp cắt lớp vi tính và siêu âm có thể xác định các mạch bị ảnh hưởng nhưng không thể chẩn đoán chính xác bệnh. Phương pháp điều trị chính là dùng steroid toàn thân liều cao, cần được bắt đầu theo kinh nghiệm ngay cả trước khi xác nhận chẩn đoán bằng sinh thiết; giá trị chẩn đoán của sinh thiết vẫn cao, ngay cả khi mẫu được lấy sau khi bắt đầu dùng steroid. Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm gần đây đã phê duyệt chất ức chế sinh học interleukin-6 tocilizumab để điều trị GCA, cung cấp thêm lựa chọn ngoài steroid. GCA cần được đánh giá và quản lý bởi bác sĩ cơ xương khớp và bác sĩ nhãn khoa. PMR thường có thể được quản lý bởi bác sĩ điều trị chính trừ khi có nhiều trường hợp không điển hình hơn, chẳng hạn như đáp ứng không đầy đủ với steroid, có biểu hiện bất thường hoặc khó giảm liều steroid [1].

5.7. Đau xơ cơ

Đau xơ cơ, còn được gọi là hội chứng đau trung tâm, đặc trưng bởi tăng độ nhạy cảm với đau và thường kèm biểu hiện mệt mỏi, rối loạn tâm thần và rối loạn giấc ngủ và các triệu chứng khác. Nó là một tình trạng rối loạn điều hòa trung tâm trong quá trình xử lý cơn đau dẫn đến khuếch đại

cơ đau, trùng lặp với các tình trạng đau mạn tính khác (ví dụ: hội chứng ruột kích thích và hội chứng đau cục bộ mạn tính), mặc dù những thay đổi trong quá trình xử lý đau ngoại biên cũng có liên quan [5]. Không chỉ có một nguyên nhân gây ra đau xơ cơ; nó là kết quả của sự tương tác phức tạp của các yếu tố sinh lý xã hội. Ước tính tỉ lệ hiện mắc ở người cao tuổi là 2% đến 4%, trong đó nữ giới bị ảnh hưởng nhiều hơn hai lần so với nam giới. Chẩn đoán đau xơ cơ dựa trên lâm sàng và tuân theo tiêu chí khảo sát chẩn đoán ACR năm 2011, trong đó bệnh nhân cảm nhận đau lan rộng kèm theo các triệu chứng khác bao gồm mệt mỏi, trầm cảm, nhức đầu và chuột rút. Do cơn đau lan rộng nên việc chẩn đoán phân biệt đau xơ cơ rất rộng và có thể đặc biệt khó khăn ở người cao tuổi mắc nhiều bệnh lý. Cần thận tìm các nguyên nhân gây đau khác, đồng thời hiểu rằng đau xơ cơ thường cùng tồn tại trong bối cảnh của các bệnh thấp khớp khác (lupus ban đỏ hệ thống, thoái hóa khớp, PMR, viêm khớp tinh thể, RA), bệnh cơ, suy giáp và thiếu vitamin D [1].

Mặc dù các liệu pháp dùng thuốc có thể không cải thiện chức năng nhưng chúng có thể cải thiện đau, tâm trạng và giấc ngủ. Nhóm thuốc chứng tỏ hiệu quả cao nhất là thuốc chống trầm cảm và người ta nghi ngờ rằng điều này là do tác dụng điều chỉnh đau của việc tăng norepinephrine và serotonin trong con đường ức chế đau trung ương. Duloxetine và milnacipran, cả hai đều là chất ức chế tái hấp thu serotonin-norepinephrine, được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm phê duyệt để giảm đau liên quan đến đau xơ cơ. Tuy nhiên, tác dụng phụ có thể xảy ra bao gồm an thần, hạ huyết áp tư thế đứng và bí tiểu. Pregabalin cũng có thể giúp cải thiện các triệu chứng đau và có thể được cân nhắc, bắt đầu với liều thấp vào buổi tối và tăng dần. Mặc dù tramadol và thuốc chống trầm cảm ba vòng có thể giúp giảm triệu chứng, nhưng việc sử dụng chúng ở người cao tuổi không được khuyến khích vì có tác dụng phụ trên hệ tim mạch và tiết niệu. Đau xơ cơ có thể được quản lý hiệu quả bởi bác sĩ khám bệnh ban đầu với cách tiếp cận đa ngành, đa phương thức. Bác sĩ cơ xương khớp có thể được giới thiệu nếu có nghi ngờ viêm khớp hoặc bệnh tự miễn tiềm ẩn [1].

6. KẾT LUẬN

Đau hệ vận động mạn tính ở người cao tuổi là phổ biến, dẫn đến khuyết tật và hao phí lớn cho cá nhân và xã hội. Đau về già có những thách thức riêng trong chẩn đoán và điều trị; tuy nhiên, đây là một tình trạng có thể kiểm soát được bằng cách tiếp cận đa mục tiêu, đa phương thức và đa ngành. Vẫn còn những khoảng trống trong y văn để hiểu rõ hơn và điều trị đau ở người cao tuổi, bao gồm việc mở rộng cơ sở bằng chứng cho các thử nghiệm lâm sàng về các phương pháp điều trị không dùng thuốc và dùng thuốc đối với đau hệ vận động ở người cao tuổi, vì chúng thường bị loại khỏi các thử nghiệm này. Một vấn đề khác là khả năng tiếp cận các liệu pháp không dùng thuốc dựa trên bằng chứng. Ví dụ, chi phí và khả năng tiếp cận các chương trình hoạt động thể chất hoặc các trị liệu thể chất – tinh thần là rào cản đáng kể đối với việc tham gia chương trình tập luyện ở người cao tuổi. Dành thời gian để hiểu trải nghiệm đau của bệnh nhân cao tuổi (bao gồm các lĩnh vực khác nhau của giấc ngủ, cô lập với xã hội, mệt mỏi), bằng cách đánh giá/lượng giá toàn diện, sẽ tạo nền tảng cho kế hoạch điều trị đa mô thức hiệu quả và tạo mối quan hệ điều trị đáng tin cậy, bền vững. Lắng nghe bệnh nhân và sự đáp ứng với các liệu pháp theo thời gian là công cụ hữu hiệu nhất [1].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Welsh TP, Yang AE, Makris UE (2020). Musculoskeletal Pain in Older Adults: A Clinical Review. *Med Clin North Am.* 2020 Sep; 104(5):855-872.
- [2] Adogwa O, Reid MC, Chilakapati S, et al (2021). Clin-STAR corner: 2021 update in musculoskeletal pain in older adults with a focus on osteoarthritis-related pain. *J Am Geriatr Soc.* 2023; 71(8): 2373-2380.
- [3] Lehti T.E., Rinkinen MO., Aalto U., et al (2021). Prevalence of Musculoskeletal Pain and Analgesic Treatment Among Community-Dwelling Older Adults: Changes from 1999 to 2019. *Drugs Aging* 38, 931-937 (2021).
- [4] Areias AC, Janela D, Molinos M, et al (2023). Managing Musculoskeletal Pain in Older Adults Through a Digital Care Solution: Secondary Analysis of a Prospective Clinical Study. *JMIR Rehabil Assist Technol.* 2023 Aug 15;10:e49673.
- [5] Blyth FM, Noguchi N (2017). Chronic musculoskeletal pain and its impact on older people. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2017 Apr;31(2):160-168.
- [6] Dagnino APA, Campos MM (2022). Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci.* 2022 Mar 3;16:736688.