

A. MERRIMAN

SỔ TAY Y HỌC NGƯỜI CAO TUỔI

NGƯỜI DỊCH: GS. NGUYỄN SĨ QUỐC



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

A. MERRIMAN

SỔ TAY Y HỌC NGƯỜI CAO TUỔI

*Người dịch: GS. NGUYỄN SĨ QUỐC
(Tái bản lần thứ nhất)*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2000

Dịch từ nguyên bản tiếng Anh của cuốn :

Handbook of International Geriatric Medicine

Anne Merriman

MB, FRCP (Edin), FRCP (I), DCH, DTM S H,
FMCP (NIG), M COMM H, AM (S)

Lời nói đầu

Trước ngưỡng cửa của thế kỷ thứ 21, nhân loại đang già đi, tuổi thọ trung bình cao lên, tỷ trọng người cao tuổi trong cộng đồng tăng lên.

Việc chăm sóc, chữa bệnh, phục hồi chức năng, để bảo đảm cho người cao tuổi một cuộc sống tự lập, ổn định, vui vẻ và có ích là nhiệm vụ của toàn thể xã hội, trong đó ngành y là nòng cốt.

Nhân dịp Năm quốc tế Người cao tuổi 1999, chúng tôi trân trọng giới thiệu với bạn đọc cuốn sách dịch Sổ tay y học Người cao tuổi của Phó giáo sư bác sĩ Anne Merriman. Bà là một chuyên gia về lão khoa, đã có nhiều kinh nghiệm trong việc điều trị cho người cao tuổi ở phương Tây (Anh) và phương Đông (Ấn Độ, Malaixia, Xingapo). Cuốn sách là kết quả tổng kết, sàng lọc những kinh nghiệm đó. Với nội dung đề cập đến các vấn đề thiết thực về lão khoa cơ bản, lão khoa lâm sàng và một phần lão khoa xã hội, chúng tôi tin rằng cuốn sách này sẽ góp phần tham khảo, học tập cho các sinh viên y khoa, các bác sĩ nói chung và bác sĩ lão khoa nói riêng.

Người dịch

GS. NGUYỄN SĨ QUỐC

Mục lục

Lời nói đầu	5
Chương 1. Tuổi tác trên thế giới và tuổi tác của con người	13
Dịch tễ học. Mức ốm đau và mức tử vong. Sức khỏe ở tuổi cao. Những yếu tố xã hội ở tuổi cao. Ngày nay người cao tuổi sống ở đâu? Khía cạnh tài chính của tuổi cao. Các yếu tố tâm lý. Các yếu tố thể chất. Thay đổi về sinh lý và chuyển hóa cùng với tuổi tác.	
Chương 2. Đón hiểu những nhu cầu về y học của người cao tuổi hiện nay	28
Bệnh nhân cao tuổi là ai ? Đăng ký hồ sơ bệnh nhân cao tuổi. Sử dụng cấp y tế. Bệnh cảnh của người cao tuổi. Tại sao lại coi lão khoa là một chuyên khoa. Thăm bệnh tại nhà.	
Chương 3. Dễ mất thăng bằng hay té ngã	40
Nguyên nhân của té ngã : thị giác, chức năng của tiền đình, cảm thụ bản thể. Lâm sàng của té ngã, các yếu tố bên ngoài và các yếu tố bên trong. Hội chứng lâm sàng kết hợp với té ngã. Xử lý.	

- Chương 4. Bất động và loét* 55
- Bất động. Những nguyên nhân : viêm khớp, gãy xương, loãng xương, nhuyễn xương. Nguyên tắc chăm sóc người cao tuổi phụ thuộc hoàn toàn. Loét do đè ép : bệnh sinh, áp lực, xếp loại lâm sàng do đè ép, để phòng loét do đè ép, xử lý các loét do đè ép.
- Chương 5. Không cầm được tiểu tiện* 74
- Dịch tể học. Nguyên nhân của không cầm được tiểu tiện. Xử lý không cầm được tiểu tiện thoáng qua. Xử lý không cầm được tiểu tiện đã khẳng định. Chi phí. Nhu cầu dịch vụ cho người không cầm được tiểu tiện. Huấn luyện các điều dưỡng viên.
- Táo bón ở người cao tuổi : cách xử lý.
- Không cầm được đại tiện : nguyên nhân, xử lý.
- Chương 6. Bệnh Parkinson* 93
- Nguyên nhân, sinh lý bệnh, dịch tể học, chẩn đoán phân biệt kể cả run rẩy, triệu chứng lâm sàng, xử lý bệnh Parkinson, điều trị đặc hiệu bệnh Parkinson, phân đoạn bệnh Parkinson, tiến chi phí cho chữa bệnh, tiên đoán trong bệnh Parkinson, nhóm hỗ trợ.
- Chương 7. Đột quỵ* 112
- Vào để, nguyên nhân, chụp cắt lớp có vị tính. Những cơn thiếu máu thoáng qua.

Đột quy cấp tính, giúp đỡ gia đình, thuốc men trong đột quy cấp tính. Đột quy mạn tính trong cộng đồng, những lời khuyên của cuộc hội thảo về đột quy 1988.

Chương 8. Bệnh tim mạch 122

Vào đề. Bệnh tim thiếu máu; cơn đau thắt ngực : chẩn đoán, dùng thuốc, phẫu thuật; nhồi máu cơ tim : chẩn đoán và cách xử lý. Tăng huyết áp: chẩn đoán và xử lý. Loạn nhịp tim: nguyên nhân và xử lý. Suy tim xung huyết : triệu chứng, chẩn đoán và xử lý.

Chương 9. Một số rối loạn nội tiết. Bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi 132

Đái tháo đường ở người cao tuổi: dịch tễ học, triệu chứng, biến chứng. Xử lý đái tháo đường, chế độ ăn uống, thuốc uống. Insulin, xử lý thực tế, kiểm tra, các trường hợp cấp cứu, hỗ trợ việc giáo dục và quản lý tốt hơn. Bệnh tuyến giáp ở người cao tuổi : dịch tễ học. Nhiễm độc do tuyến giáp : nguyên nhân, triệu chứng, xử lý. Thiếu năng tuyến giáp : nguyên nhân, triệu chứng, xử lý.

Chương 10. Dùng nhiều loại thuốc 151

Định nghĩa. Tại sao dùng nhiều loại thuốc ở người cao tuổi ? Dược lý học của người cao tuổi : dược động học, dược động lực học. Những phản ứng nghịch của thuốc,

những điểm thực tế trong dùng thuốc ở người cao tuổi, phục tùng quy tắc, những thuốc thường dùng cho người cao tuổi và những phản ứng nghịch, xử lý bệnh nhân dùng nhiều thuốc và có phản ứng nghịch.

Chương 11. Tâm lý và cá tính người cao tuổi 168

Vào đề, cá tính người cao tuổi, thích ứng với tuổi già, những yếu tố có ảnh hưởng đến cách đối xử của người già, tuổi tác và sự thông minh, những thay đổi về tâm lý.

Chương 12. Rối loạn tâm thần xảy ra lần đầu ở người cao tuổi 174

Vào đề. Đưa ai giải quyết ? Lần : phân loại thực tế. Lần cấp tính, chẩn đoán, xử lý. Lần cấp tính chuyển sang mạn tính, lần mạn tính : phân loại sinh bệnh học, xử lý, những khía cạnh thực tiễn, dùng thuốc, những vấn đề đặc biệt. Trầm cảm : triệu chứng, bệnh án, xử lý, khuyến bảo, thuốc men. Paraphrenia : triệu chứng, bệnh án, điều trị. Lo âu : thuốc an thần nhẹ và thuốc an thần mạnh ở tuổi già.

Chương 13. Đau và chống đau ở người cao tuổi bị bệnh vào thời kỳ III (cuối cùng) 196

Vào đề. Nhu cầu của bệnh nhân ở giai đoạn cuối và của gia đình người đó. Kiểm chữa đau, bậc thang giảm đau. Giảm

đau. Nguyên tắc dùng thuốc giảm đau, nên nhớ về thuốc ngủ. Điều trị triệu chứng. Bác sĩ : người cố vấn có thiện cảm và trung thực, những yếu tố tâm lý và tôn giáo, thấy thuốc có nên nói với bệnh nhân về tình trạng của họ không? Tổ chức chăm sóc ở nhà tế bần : các kíp chăm sóc an ủi, vai trò nhà tế bần, vai trò của nhà tế bần tại nhà bệnh nhân, chăm sóc toàn diện ở nhà tế bần.

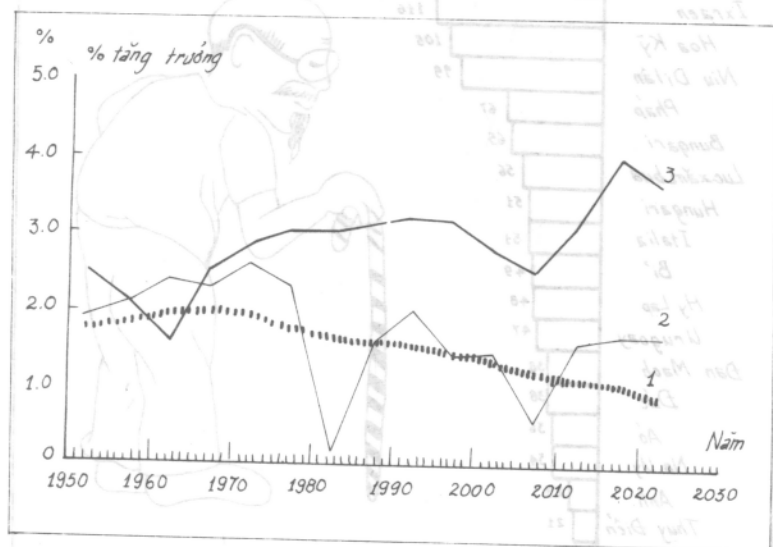
Phụ lục. Danh mục tối thiểu các thuốc thường dùng cho người cao tuổi 215

Chương 1

Tuổi tác trên thế giới và Tuổi tác của con người

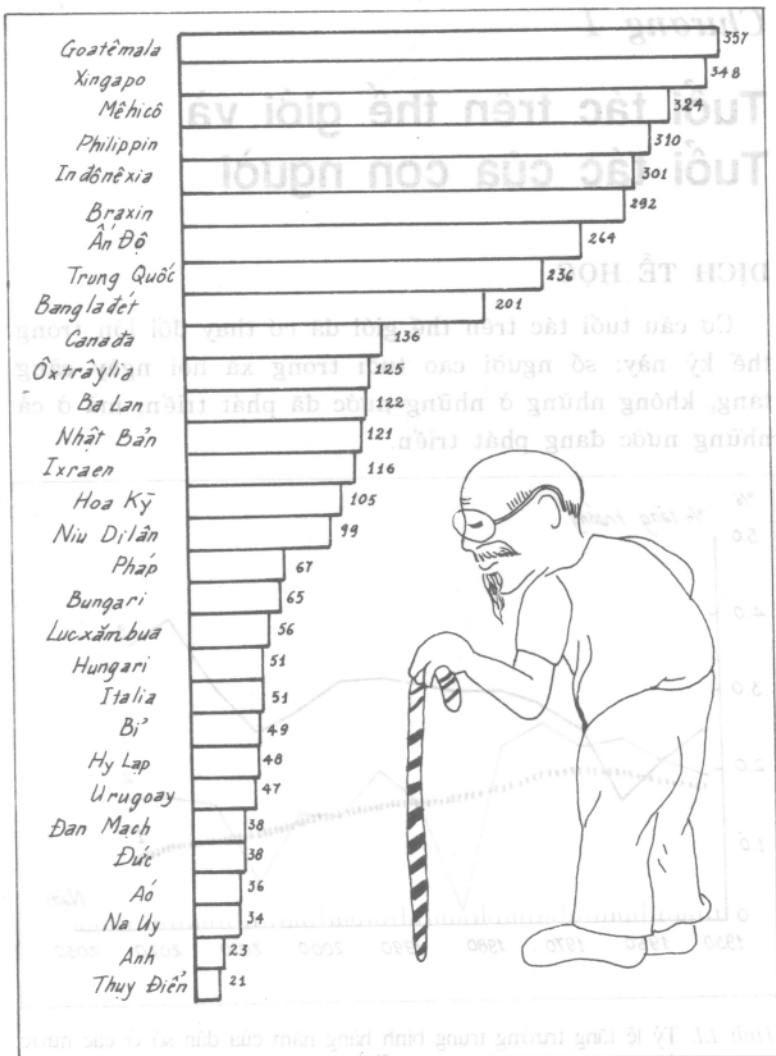
DỊCH TẾ HỌC

Cơ cấu tuổi tác trên thế giới đã có thay đổi lớn trong thế kỷ này: số người cao tuổi trong xã hội ngày càng tăng, không những ở những nước đã phát triển, mà ở cả những nước đang phát triển.



Hình 1.1. Tỷ lệ tăng trưởng trung bình hàng năm của dân số ở các nước đã phát triển và các nước đang phát triển.

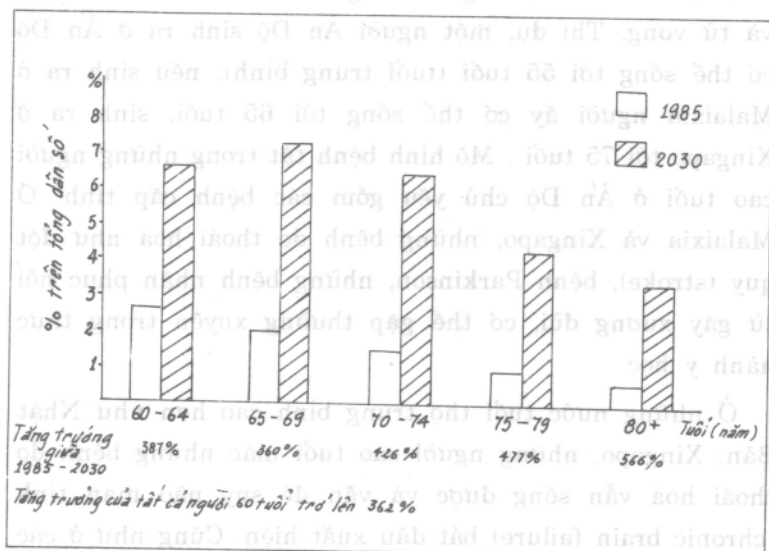
1: dân số toàn thế giới (tất cả các lứa tuổi); 2: tuổi 65 và hơn ở các nước đã phát triển; 3: tuổi 65 và hơn ở các nước đang phát triển.



Hình 1.2. Tỷ lệ tăng trưởng (%) của số người cao tuổi ở một số nước từ 1985 đến năm 2025.

Hình 1.1 cho thấy trong lúc do có kế hoạch hoá gia đình, tỷ lệ tăng trưởng của tổng dân số thế giới giảm (năm 1950 gần 2% năm, năm 2020 dự kiến còn 1% năm), thì tỷ lệ tăng trưởng của người có tuổi (từ 65 tuổi trở lên) lại tăng, đặc biệt là ở các nước đang phát triển.

Mười nước đứng đầu về tăng trưởng số người cao tuổi là các nước đang phát triển trong đó có một số nước chưa có chuyên khoa về lão khoa (Hình 1.2 và 1.3).



Hình 1.3. Tỷ lệ người cao tuổi so với tổng dân số ở Xingapo (vẽ theo tài liệu của Saw Swee Hock, 1982).

MỨC ỒM ĐAU VÀ MỨC TỬ VONG

Tầm quan trọng của những người cao tuổi đối với y tế như thế nào? Tuổi càng cao thì khả năng ốm đau

càng nhiều. Hơn nữa, mô hình bệnh tật cũng thay đổi theo lứa tuổi.

Ở những người cao tuổi, bệnh cấp tính chống lên bệnh mạn tính và bệnh do thoái hoá và quá trình lão hoá chống lên những thay đổi về sinh lý và chức năng.

Sự phức tạp của đường đời đưa đến những thay đổi tâm lý, tùy theo văn hoá, tín ngưỡng, tôn giáo.

Nơi sinh của con người cũng có dấu ấn trên ốm đau và tử vong. Thí dụ, một người Ấn Độ sinh ra ở Ấn Độ có thể sống tới 55 tuổi (tuổi trung bình); nếu sinh ra ở Malaixia người ấy có thể sống tới 65 tuổi, sinh ra ở Xingapo tới 75 tuổi. Mô hình bệnh tật trong những người cao tuổi ở Ấn Độ chủ yếu gồm các bệnh cấp tính. Ở Malaixia và Xingapo, những bệnh do thoái hoá như đột quỵ (stroke), bệnh Parkinson, những bệnh nhân phục hồi từ gãy xương đùi, có thể gặp thường xuyên trong thực hành y học.

Ở những nước tuổi thọ trung bình cao hơn như Nhật Bản, Xingapo, những người cao tuổi mắc những bệnh do thoái hoá vẫn sống được và vấn đề suy não mạn tính (chronic brain failure) bắt đầu xuất hiện. Cũng như ở các nước phương Tây, thứ dịch ẩn này (chỉ suy não mạn tính) xuất hiện nhanh.

Do số những người cao tuổi bị phụ thuộc (phải được hộ lý) tăng, cần quan tâm đến vấn đề những người chăm sóc họ. Trong một xã hội người ta thường tính số người

có sức lao động và lao động được (từ 15 đến 64 tuổi) phải gánh chịu một người cao tuổi(65 tuổi trở lên).

Thí dụ ở Xingapo :

- Năm 1990 12,6 người lao động được, gánh cho một người cao tuổi.

- Năm 2000 9,8 người lao động được, gánh cho một người cao tuổi.

- Năm 2030 3,2 người lao động được, gánh cho một người cao tuổi.

Dự đoán tình hình này sẽ phức tạp về tài chính và xã hội, nếu chúng ta không chuẩn bị từ trước. Nhờ những tiến bộ về lão khoa và y học nói chung, thầy thuốc được huấn luyện tốt có thể chăm sóc người cao tuổi về mặt y tế. Nhưng chỉ mình thầy thuốc thôi cũng không đủ. Cần có những kíp y tế và dịch vụ giỏi để cho người cao tuổi có thể sống độc lập được trong lúc y tế không có mặt.

SỨC KHOẺ Ở TUỔI CAO

Sức khỏe ở tuổi cao tùy thuộc vào:

1. Những yếu tố xã hội

- Tuổi thọ trung bình
- Truyền thống
- Tín ngưỡng
- Địa vị
- Nơi sống
 - Nhà dưỡng lão
 - Bệnh viện
 - Gia đình + Ở nông thôn
 - + Ở thành thị
- Sự bất lực, ốm yếu
- Tài chính
- Sự giúp đỡ của gia đình.

2. Những yếu tố tâm lý

- Lối sống
- Sự thay đổi trong lối sống.
- Tổn thất, mất mát (bạn bè , người thân)
- Tình trạng lộn xộn, rối rắm.

3. Khía cạnh thể chất

- Quá trình lão hoá
- Bệnh tật có thêm

Trong suốt cuộc đời, sức khỏe là kết quả tác động của những yếu tố về xã hội , tâm lý và thể chất.

1. Những yếu tố xã hội ở tuổi cao

Như trên đã nói, đất nước mà con người đang sống có ảnh hưởng đến tuổi thọ trung bình. Tuy vậy trong một đất nước, lại có người giàu và người nghèo, người sống ở nông thôn và người sống ở đô thị, người có gia đình đông đúc, và người cô đơn.

Mặc dầu một phụ nữ cao tuổi được khuyến khích và muốn tự lập đến đâu chăng nữa, thì người ấy vẫn chịu ảnh hưởng của những quan niệm truyền thống. Có những người cho rằng khi có tuổi thì phải được hầu hạ (chăm sóc) và quan điểm đó khó mà thay đổi. Ở một số nền văn hoá, người ta lớn lên với hy vọng được thư nhàn và được chăm sóc khi mình có tuổi cao. Họ đã làm việc cật lực để nuôi nấng con cái và hy vọng con cái sẽ kính trọng và chăm sóc họ khi họ cao tuổi. Congill và Holmes đã nghiên cứu thái độ của dân chúng đối với người. Kết quả như sau:

Bảng 1.1. ĐỊA VỊ NHỮNG NGƯỜI CAO TUỔI TRONG CÁC TẦNG LỚP DÂN CHÚNG KHÁC NHAU

<i>Địa vị cao</i>	<i>Địa vị thấp</i>
* Khi tỷ lệ người cao tuổi thấp	* Khi tỷ lệ người cao tuổi cao
* Ở nông thôn	* Ở đô thị
* Nơi biến đổi trong xã hội chậm	* Biến đổi trong xã hội nhanh
* Chỗ ở ổn định	* Chỗ ở hay thay đổi
* Tình hình giáo dục ổn định	* Giáo dục tăng.

Ngày nay người cao tuổi sống ở đâu ?

Ở đại đa số các nước phương Tây, 95% người cao tuổi vẫn sống trong cộng đồng; ở các nước đang phát triển, tỷ lệ này còn có thể nhiều hơn. Như vậy khi có nhu cầu, đại đa số họ sẽ đến khám bệnh ở thầy thuốc chăm sóc sức khoẻ ban đầu, hoặc y học cổ truyền, hoặc y học điều trị đối chứng(allopathic).

Ở các nước phát triển như phương Tây có vẻ như có nhiều loại nhà cho người cao tuổi(cái nọ lặp lại cái kia)là vì ở đây tỷ lệ người cao tuổi cao. Những người tới thăm phương Tây cho rằng đưa các cụ cao tuổi vào nhà dưỡng lão là tốt nhất. Thực ra phải xin ý kiến các cụ trong bất cứ sự thay đổi nào về lối sống; làm khác đi, chuyển đến nhà dưỡng lão có thể làm cho các cụ ốm thêm cả về thể chất lẫn về tâm lý, thậm chí có thể dẫn đến cái chết.

Đối với nhóm người cao tuổi bị tàn phế hay liệt giường thì như thế nào ? Khi xã hội có nhiều người già thì nhóm người này càng tăng, nhất là những nước thiếu hiểu biết về nhu cầu của người cao tuổi và không có nguồn kinh phí để phục hồi chức năng cho họ. Người cao tuổi tàn phế có thể ở bệnh viện, ở nhà dưỡng lão, nhưng rất nhiều cụ ở gia đình, do gia đình chăm sóc. Tỷ lệ trong ba cách ở đó tùy thuộc vào trình độ phát triển của sự chăm sóc lão khoa, khả năng tổ chức thăm hỏi tại nhà và sự chấp nhận dịch vụ của văn hoá địa phương. Khi các cụ cao tuổi yếu đuối ở với gia đình, các gia đình đó có những khó khăn về tài chính và tình cảm, tình hình này ảnh

hường đến số người đang lao động. Dịch vụ hỗ trợ cho các gia đình đó có thể làm cho tình hình bớt căng thẳng.

Khía cạnh tài chính của tuổi cao

Tình hình tài chính ảnh hưởng đến đường đời của chúng ta. Thu nhập của người cao tuổi từ các nguồn sau đây: gia đình, nhà nước, các tổ chức từ thiện tự nguyện. Nhưng nếu người có tuổi sống tự lập, người đó chọn cách lao động ở tuổi già hoặc sống bằng tiền để dành của mình. Chỉ ở một số ít quốc gia người cao tuổi được hưởng trợ cấp thường xuyên.

Ở những xã hội có truyền thống, đại gia đình hỗ trợ cho người cao tuổi, do các thành viên trong gia đình đóng góp. Cơ chế này đã hoạt động tốt trong nhiều thế kỷ. Nhưng ngày nay với chế độ một gia đình chỉ có 2-3 con, thì trong tương lai người cao tuổi phải tìm những nguồn hỗ trợ khác.

Người thầy thuốc phải quan tâm đến tình hình tài chính của bệnh nhân cao tuổi. Gia đình người đó thế nào ? Tự người đó có đảm nhiệm được chi phí y tế hay không? Đáng tiếc là chi phí y tế hiện nay thì quá cao. Người cao tuổi lại tự trọng, nên phải rất tế nhị. Nhiều người cao tuổi từ chối không nói về tài chính của mình; họ không chịu nhận tiền tặng nhân đạo. Nhấn mạnh khía cạnh này có thể làm mất đi sự thanh thản đưa đến đau khổ về tâm lý và có thể đưa đến sự ốm yếu về tâm lý.

2. Các yếu tố tâm lý

Ta thường nghe nói : một già một trẻ bằng nhau. Không có gì xa sự thật hơn câu nói đó. Đứa trẻ ra đời không có kinh nghiệm, đầu óc còn đang được tạo thành, chịu ảnh hưởng của gia đình , hàng xóm, xã hội. Người cao tuổi là sản phẩm của kinh nghiệm đường đời của họ. Mỗi người đã có con đường riêng của mình (Hình 1.4).



Hình 1.4. Nhân cách của chúng ta được hình thành qua đường đời. Tất cả người cao tuổi đều khác nhau.

Họ đã trưởng thành lên với những phong tục, tín ngưỡng, lối sống khác nhau. Thấy thuốc phải tìm hiểu đường đời của từng bệnh nhân cao tuổi của mình. Cùng với những kinh nghiệm sống của bản thân, người cao tuổi lại phải đối phó với những thay đổi trong lối sống, những mất mát tổn thất, những suy yếu thể chất và tâm lý, do quá trình già đã gây nên. Bệnh tật thêm vào, có thể dẫn đến lo lắng hoặc trầm cảm.

3. Các yếu tố thể chất

Quá trình lão hoá:

Não và hệ thống thần kinh trong quá trình lão hoá

Từ năm hai mươi tuổi, ta mất đi những tế bào của não. Những nét lớn trong quá trình lão hoá của não là:

- Mất tế bào
- Giảm khối lượng các hồi não(gyrus).
- Các rãnh (sulcus) rộng ra.
- Lượng máu cung cấp cho não bị giảm do những thay đổi trong huyết động lực, do các mạch máu não hẹp đi và cứng ra và do vữa động mạch.

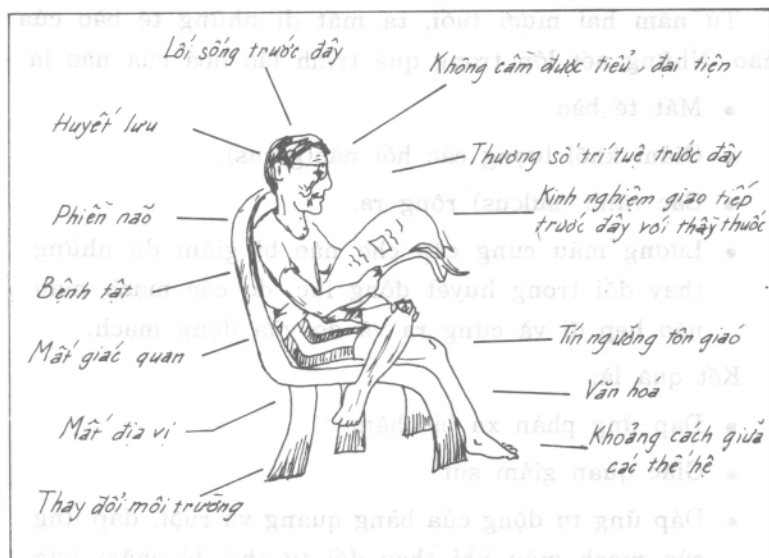
Kết quả là:

- Đáp ứng phản xạ bị chậm
- Giác quan giảm sút
- Đáp ứng tự động của bàng quang và ruột, đáp ứng của mạch máu khi thay đổi tư thế, bị chậm hơn lúc còn trẻ.

- Suy nghĩ chậm hơn, có những thay đổi của trí nhớ.
- Mất cảm giác rung động, đặc biệt là ở đầu ngón chân, coi như phổ biến ở tuổi trên 60 (Long, 1985).

Những thay đổi tâm lý trong quá trình lão hoá

Bệnh nhân cao tuổi dễ bị xúc động, khi bị stress có thể dẫn đến bệnh tật về thể chất. Vì vậy thầy thuốc phải biết tâm lý của bệnh nhân cao tuổi. Bệnh nhân cao tuổi đến với thầy thuốc là cực kỳ phức tạp, bệnh nhân đó không những bị tác động bởi quá trình lão hoá, mà còn bị tác động bởi rất nhiều điều đã kinh qua trước đây. Khi giao tiếp, phải chú ý đến điểm đó.



Hình 1.5. Các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh tật ở người cao tuổi.

Hình trên đây trình bày ở dạng sơ đồ những yếu tố có ảnh hưởng đến bệnh tật ở người cao tuổi.

Hệ thống tim mạch trong quá trình lão hoá

Tổn thất của đáp ứng adrenergic có thể kết hợp với sự giảm thiểu các thụ thể (receptor) của tim và các mạch máu.

- ***Nhịp tim***

Khi nghỉ ngơi, nhịp tim thay đổi ít cùng với tuổi. Khi cơ thể gắng sức, khả năng tăng nhịp tim bị giảm đi.

- ***Lưu lượng của tim***

Lưu lượng trung bình của tim và thể tích tim đập(stroke volume)bị giảm. Huyết áp tâm thu tăng lên có lẽ do thay đổi trong các mạch máu vì tuổi tác. Những thay đổi khác bao gồm giảm đẩy máu tâm trương, tăng huyết áp động mạch và giảm co bóp cơ tim.

Hệ thống hô hấp trong quá trình lão hoá

Lồng ngực cứng nhắc hơn, do các thay đổi của xương, do xương sống bị gù, do dính phổi thay đổi vị trí.

Phổi giãn hơn trước, nhưng tổng dung lượng vẫn như cũ.

Thay đổi trong chức năng của phổi

Dung tích sống (vital capacity) giảm ở tuổi 70, nó chỉ bằng 75 % của tuổi 17.

Lượng không khí cặn tăng 50% (giữa tuổi 17 và tuổi 70).

Chức năng của mô phổi bị giảm, bề mặt tiếp xúc phế nang-mao mạch giảm. Điều đó dẫn đến áp suất của O_2 giảm mặc dầu áp suất của CO_2 vẫn giữ nguyên. Áp suất của O_2 giảm đi do lưu lượng của tim thay đổi.

Đáp ứng đối với các thay đổi trong áp suất của O_2 và áp suất của CO_2 giảm 50% ở người cao tuổi. Như vậy, đáp ứng lâm sàng như tăng thông khí phổi có thể không xảy ra cho đến khi bệnh nặng hơn.

Thay đổi về sinh lý và chuyển hoá cùng với tuổi tác

- Mô cơ giảm, mô xơ thay vào
- Tích mỡ tăng
- Cân nặng (của cơ thể) giảm
- Lưu lượng của tim giảm.
- Lưu lượng máu qua gan giảm từ 1400ml/phút ở tuổi 30 xuống còn 800ml/phút ở tuổi 74.
- Chức năng thận giảm ở tuổi 75, lọc qua cầu thận chỉ bằng 50 % khi ở tuổi 20.
- Cân bằng nội môi bị suy yếu như đáp ứng với thụ thể cảm áp (baroreceptor) kém đi, điều hoà thân nhiệt kém đi, rối loạn trong bài tiết kali.
- Thay đổi trong hàng số sinh hoá (xem bảng 1.2)

Mặc dầu có những thay đổi trên, những nghiên cứu chiều sâu cho thấy ở người cao tuổi nếu không có bệnh tật thì chức năng bình thường, kể cả tâm thần lẫn thể

chất. Nhưng khi với tuổi tác, một hệ thống nào đó thay đổi, nó kéo theo thay đổi của các hệ thống khác.

Bảng 1.2. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ SINH HOÁ Ở TUỔI CAO

Các nghiệm pháp sinh hoá của người cao tuổi và người trẻ cho kết quả tương tự (theo Hodgkinson, 1983).

- Natri
- Chlorid
- Bicarbonat
- Magnesium
- Bilirubin
- AST (aspartat aminotransferase)
- ALT (alanin aminotransferase)
- LDH (lactat dehydrogenase)
- T4 (serum thyroxin)
- T3 (serum tri-iodothyronin).

Hằng số của người trẻ và người cao tuổi khác nhau đáng kể

	Người trẻ	Người có tuổi
Albumin	37,00-51,00g/l	33,00-49,00g/l
Globulin	19,00-23,00g/l	20,00-41,00g/l
Urê	3,20-7,20mmol/l	3,90-9,90mmol/l
Creatinin	62,00-123,00 μ mol/l	52,00-159,00 μ mol/l
Kali	3,60-4,70mmol/l	3,60-5,20mmol/l
Urat (nam)	0,24-0,46mmol/l	0,19-0,31mmol/l
Calci (nữ)	2,18-2,55mmol/l	2,18-2,68mmol/l
Phosphat (nam)	0,79-1,40mmol/l	0,66-1,27mmol/l
Phosphat (nữ)	0,82-1,37mmol/l	0,94-1,56mmol/l

Chương 2

Đón hiểu những nhu cầu về y học của người cao tuổi hiện nay

BỆNH NHÂN CAO TUỔI LÀ AI ?

Đó là một bệnh nhân mà nguồn dự trữ bị giảm thiểu đáng kể do sự chống chất những rối loạn lên quá trình lão hoá bình thường.

Trái với thời điểm dậy thì của trẻ em, thời điểm hoá già của người lớn không thể xác định được trước. Đó là vì thời điểm dậy thì theo một trình tự niên hạn nhất định còn thời điểm hoá già đến chậm chạp và tùy thuộc ở nhiều yếu tố.

Tuy vậy, người thầy thuốc có kinh nghiệm vẫn có khả năng nhận dạng bệnh nhân cao tuổi khi họ đến với mình.

Trong trường hợp điển hình, **những đặc điểm của bệnh nhân cao tuổi** là :

- Có nhiều vấn đề một lúc : thể chất, xã hội, tâm lý
- Bệnh cảnh không điển hình : trong những trường hợp đó, mọi nhu cầu của người đó phải được giải quyết gấp, trì hoãn có thể dẫn đến kéo dài bệnh tật.

Thấy thuốc thực hành khi thăm khám bệnh nhân cao tuổi phải biết những ảnh hưởng của quá trình lão hoá, những yếu tố để chẩn đoán bệnh và phải biết vào những phòng, khoa nào trong bệnh viện đa khoa và trong cộng đồng để giúp cho việc điều trị và xử lý.

Phục vụ bệnh nhân cao tuổi tại nhà hay ở bệnh viện

Nội dung chủ yếu:

- Hỏi bệnh sử đầy đủ
- Khám thể chất và đánh giá chức năng
- Hồ sơ bệnh nhân
 - Bản ghi những vấn đề cần phải giải quyết
 - Sổ ghi giới tính và tuổi bệnh nhân
 - Sổ ghi những bệnh nhân có nguy cơ, cần ưu tiên theo dõi.
- Sử dụng ekip y tế
 - Điều dưỡng viên (nurse)
 - Cán bộ vật lý trị liệu
 - Cán bộ hướng dẫn sinh hoạt (occupational therapist)
 - Cán bộ y tế xã hội.

1. Hỏi bệnh sử đầy đủ

Thực hiện bằng cách hỏi bệnh nhân hay người trong gia đình nếu bệnh nhân không được tỉnh táo.

Nếu bệnh nhân tinh táo, khi hỏi bệnh nhân, không nên cho người trong gia đình dự, vì những người này có thể mớm câu trả lời cho bệnh nhân. Nên nhớ là người trong gia đình có thể bị căng thẳng do nhiều nguyên nhân và hay có khuynh hướng cấp tính hoá tình huống. Ta có thể tham khảo ý kiến họ, song khi có thể, thì nghe bệnh nhân là chính.

2. Khám thể chất

Khám bệnh theo trình tự quy ước, trên đệm, nhiều người cao tuổi nằm không đệm rất khó chịu. Phải có đánh giá về mặt chức năng (của bệnh nhân).

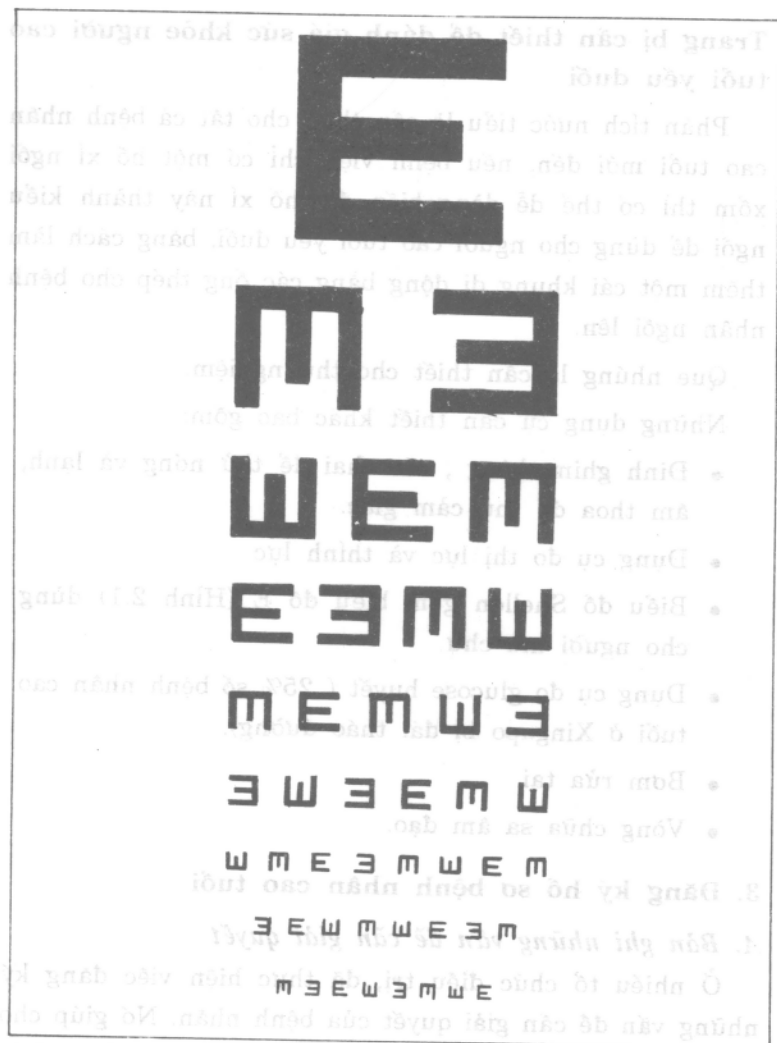
Sự di chuyển. Quan sát bệnh nhân đi lại và nếu cần: đứng lên, ngồi xuống(nằm xuống).

Mắt. Đo thị lực, khám mắt xem có đục thể thủy tinh và có bệnh võng mạc.

Tai. Đo thính lực

Khám hậu môn. Khi cần thiết, thí dụ khi nghi ngờ có thay đổi thói quen của ruột, khi nghi ngờ to tuyến tiền liệt, tiểu đại tiện không chủ động.

Người thầy thuốc chung phải xử lý bệnh nhân trong cộng đồng, tránh cho họ phải nằm viện hoặc điều trị ngoại trú không cần thiết. Phải có đủ phương tiện để đáp ứng các nhu cầu của người cao tuổi yếu đuối trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở bệnh viện hoặc phòng khám bệnh.



Hình 2.1. Biểu đồ E.

Trang bị cần thiết để đánh giá sức khỏe người cao tuổi yếu đuối

Phân tích nước tiểu là cần thiết cho tất cả bệnh nhân cao tuổi mới đến, nếu bệnh viện chỉ có một hố xí ngồi xổm thì có thể dễ dàng biến đổi hố xí này thành kiểu ngồi để dùng cho người cao tuổi yếu đuối, bằng cách làm thêm một cái khung di động bằng các ống thép cho bệnh nhân ngồi lên.

Que nhúng là cần thiết cho thử nghiệm.

Những dụng cụ cần thiết khác bao gồm:

- Đinh ghim, bông , các chai để thử nóng và lạnh, âm thoa để thử cảm giác.
- Dụng cụ đo thị lực và thính lực
- Biểu đồ Snellen gồm biểu đồ E (Hình 2.1) dùng cho người mù chữ.
- Dụng cụ đo glucose huyết (25% số bệnh nhân cao tuổi ở Xingapo bị đái tháo đường).
- Bơm rửa tai
- Vòng chữa sa âm đạo.

3. Đăng ký hồ sơ bệnh nhân cao tuổi

A. Bàn ghi những vấn đề cần giải quyết

Ở nhiều tổ chức điều trị, đã thực hiện việc đăng ký những vấn đề cần giải quyết của bệnh nhân. Nó giúp cho việc điều trị được toàn diện và có hiệu quả. Hình thức đơn giản nhất là một phiếu như sau:

TÊN :

Nguyễn Thị Thanh

NGÀY SINH :

3.6.1912

GIỚI TÍNH :

Nữ

Số TT	VẤN ĐỀ	THỜI GIAN		CÁC VẤN ĐỀ KẾT HỢP
		TỒN TẠI	ĐÃ GIẢI QUYẾT	
1	Đai tháo đường	6/7/88		30/9/88
2	Viêm khớp	6/7/88		
3	Sống độc thân	6/7/88		
4	Mỏi mắt người thân	6/7/88		
5	Nhiễm khuẩn đường ruột	6/7/88	3/8/88	
6	Mất ngủ	6/9/88	10/10/88	
7	Trầm cảm	30/9/88	10/4/89	
8	Viêm phế quản	6/5/89		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

Hình 2.2. Thí dụ về một bản ghi những vấn đề cần giải quyết.

Mỗi lần khám bệnh phải xem xét tất cả các vấn đề tồn tại và tìm cách giải quyết.

B. Sổ ghi giới tính và tuổi bệnh nhân

Sổ này giúp cho nắm bệnh nhân một cách sít sao, chọn ra những người cao tuổi (thí dụ trên một tuổi nào đó) để theo dõi và giúp đỡ.

C. Sổ ghi những bệnh nhân có nguy cơ

Sổ ghi bệnh nhân "bị đe dọa" (có nguy cơ) ghi chép:

- Những người trên 85 tuổi
- Những người cô độc
- Những người vừa mất mát, tổn thất
- Nhóm có thu nhập và kinh tế thấp
- Nhóm vừa ra viện
- Nhóm từ nhà dưỡng lão trở về gia đình
- Những người liệt không ra được khỏi nhà

Theo dõi số người này có thể phát hiện bệnh sớm, xử lý kịp thời.

Cách làm này có lợi hơn là việc định kỳ kiểm tra sức khỏe tất cả người có tuổi, tốn kém mà kết quả cũng không khác gì mấy. Những nghiên cứu ở Anh và Mỹ đã chứng minh như vậy.

4. Sử dụng kíp y tế

Kíp này gồm :

- Điều dưỡng viên
- Cán bộ vật lý trị liệu hoặc cán bộ hướng dẫn sinh hoạt.

- Cán bộ y tế xã hội
- Những người tình nguyện cần cho chăm sóc sức khoẻ ban đầu và cho cả bệnh viện nữa.

Tất cả thành phần trong ekip đều phải được huấn luyện và hướng dẫn nghiệp vụ.

A. Điều dưỡng viên

Có vai trò của mình ở bệnh viện và ở cộng đồng. Người ấy phải hiểu biết về những nhu cầu tâm lý và thể chất của người cao tuổi yếu đuối, phải được cung cấp những hiểu biết về nhu cầu đặc biệt của bệnh nhân cao tuổi trong bệnh viện. Điều dưỡng viên là nhân vật trung tâm để kiến tạo và hỗ trợ bầu không khí xã hội cần thiết cho sự tự lập về tâm lý và thể chất của bệnh nhân và người cao tuổi yếu đuối. Ở Nhật Bản, Anh, Mỹ, Ôxtrâyliia có những lớp huấn luyện chuyên khoa cho điều dưỡng viên. Điều dưỡng viên có vai trò là người đánh giá tình hình người cao tuổi ốm yếu tại nhà.

B. Cán bộ vật lý trị liệu

Vật lý trị liệu cần cho những ca đột quỵ (stroke), cho bệnh nhân Parkinson, cho các ca gãy xương đùi và cho những người cao tuổi ốm yếu bị thêm bệnh. Vai trò chính của người ấy là để phòng teo cơ, cứng chi, v.v.... Ở bệnh nhân cao tuổi phải bắt đầu vật lý trị liệu sớm và kéo dài hơn là ở bệnh nhân trẻ. Phải thăm bệnh nhân cao tuổi tại nhà, cộng tác với mục đích thực tế, phù hợp với lối sống của bệnh nhân.

C. Cán bộ hướng dẫn sinh hoạt

Loại cán bộ này hãy còn rất ít ở nhiều nước. Họ giúp cho bệnh nhân cao tuổi trở lại tự lập, sinh hoạt bình thường trong môi trường của mình. Sinh hoạt hàng ngày gồm: mặc quần áo, đi đại tiện, rửa ráy, nằm xuống giường, dậy và ra khỏi giường, ngồi xuống ghế và đứng lên, v.v..

Cán bộ hướng dẫn sinh hoạt này phải rất biết tâm lý để có thể giúp đỡ cho những người cao tuổi tâm thần yếu đuối.

D. Cán bộ y tế xã hội

Ở nhiều nước còn có cán bộ y tế xã hội đến giúp đỡ khi có vấn đề tài chính. Người đó còn có thể giúp về nhiều mặt khác, khuyên bảo gia đình, làm bớt căng thẳng về tâm lý. Cán bộ y tế xã hội chuyện trò với bệnh nhân cao tuổi để bệnh nhân có quyết định đúng, phù hợp với bệnh tật của mình. Người đó làm môi giới liên hệ với các tổ chức dịch vụ cho người cao tuổi, trong khu vực của thầy thuốc thực hành.

BỆNH CÁNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

Thường người cao tuổi đến thấy thuốc với những triệu chứng khác với những triệu chứng được tả trong các bệnh. Đó là do có những thay đổi của cơ thể trong quá trình lão hoá, người cao tuổi có những cảm giác về bệnh tật cũng khác. Cảm giác đó còn chịu ảnh hưởng của tôn giáo, tín ngưỡng nữa.

Lời than phiền chung nhất là mệt mỏi hoặc khó chịu. Thấy thuốc không nên bỏ qua các triệu chứng đó. Người

cao tuổi nhạy cảm với bệnh tật. Thường ra thì người cao tuổi nói ít đi so với bệnh của mình, chứ không nói tăng lên (Williamson J. và cs., 1964).

Có một số trường hợp đặc biệt về bệnh cảnh người cao tuổi như sau:

1. Lẫn lộn cấp tính

Những nguyên nhân ít gặp của triệu chứng này là từ não. Những nguyên nhân thông thường nhất bao hàm toàn bộ phạm vi các bệnh tật, ví dụ đáp ứng bất thường đối với thuốc, nhiễm khuẩn, thiếu năng chuyển hoá, ngộ độc hoặc các triệu chứng thu mình vào, nhồi máu cơ tim, hạ đường huyết, táo bón nặng, suy tim và các bệnh cấp cứu về bụng.

2. Nhồi máu cơ tim

70% bệnh nhân nhồi máu cơ tim ở người cao tuổi không đau ở ngực. Triệu chứng thường gặp nhất là khó thở (theo Pathy).

3. Viêm phổi và bệnh đường hô hấp

Có thể có biểu hiện là ho ít, khó thở ít che dấu nguồn gốc của bệnh.

4. Đau bụng cấp

Có thể biểu hiện dưới hình thức từ chối không ăn vì sau khi ăn bị đau. Thường người cao tuổi bị lẫn hay có biểu hiện này và người chăm sóc đã làm sai là cho ăn qua ống thông với một cố gắng sai lầm ngăn ngừa tự tử

do nhìn đối. Dù người cao tuổi đến với bệnh cảnh nào đi nữa thì thấy thuốc vẫn phải hỏi bệnh sử và khám bệnh đầy đủ.

TAI SAO LẠI COI LÃO KHOA LÀ MỘT CHUYÊN KHOA?

Từ lúc Marjory Warren, năm 1935 tìm hiểu những vấn đề của người cao tuổi ở bệnh viện Middlesex London cho đến nay, lão khoa đã đi được một quãng đường dài. Người ta đã chú ý đến những yếu tố đa dạng đưa đến việc giảm sức khoẻ của người cao tuổi. Những chuyên khoa y học cũng chưa đi sâu vào người cao tuổi được bao nhiêu.

Người thấy thuốc chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở vị trí thuận lợi, biết được hoàn cảnh của bệnh nhân cao tuổi phải lãnh lấy trách nhiệm đối với họ. Khi bệnh nhân nằm viện, thì các dịch vụ trong bệnh viện cũng phải biết đến những nhu cầu về văn hoá, tâm lý, thể chất của bệnh nhân cao tuổi.

Người thấy thuốc chuyên khoa về lão khoa hiện đại phải được huấn luyện để xử lý, giáo dục, khuyên bảo bệnh nhân qua các nhu cầu đa dạng của họ. Đó là thấy thuốc chung được học thêm tối thiểu hai năm về lão khoa.

THĂM BỆNH TẠI NHÀ

Người thấy thuốc lão khoa cần có quan hệ chặt chẽ với thấy thuốc chăm sóc sức khoẻ ban đầu và kíp y tế của ông ta. Thấy thuốc thực hành chung phải đến thăm

bệnh nhân lão khoa tại nhà và tổ chức điều trị sau đó cho họ tại nhà.

Lão khoa trưởng thành lên do phải chăm sóc những ca mà các chuyên khoa khác đã phải chịu thất bại. Nhờ có kíp y tế, nhiều thất bại có thể được ngăn chặn. Đó là niềm lạc quan của lão khoa ngày nay. Đó cũng là một thử thách xứng đáng với sự cố gắng của chúng ta.

Các thầy thuốc thực hành chung có thể học thêm về lão khoa ở các trung tâm của Anh , Mỹ và Ôxtrâylia, Trường đại học y hoàng gia ở London cũng có một lớp chuyên khoa về lão khoa có cấp bằng cho bác sĩ thực hành chung.

Chương 3

Để mất thăng bằng hay té ngã

VÀO ĐỀ

Trong các nghiên cứu ở phương Tây, 30% các bà từ 60 đến 65 tuổi và 50% các bà trên 80 tuổi đã bị té ngã. Trên 40% các bà và 30% các ông trên 75 tuổi bị gãy xương.

Tai hại của té ngã, không những ở chỗ gãy xương, té ngã làm cho mất tự tin, buồn rầu vì bị bỏ một mình, sợ bước ra khỏi ghế ngồi do đó mất tính cơ động và hư hại bắp thịt. Có một số cụ sợ đi một mình ra khỏi nhà, nên chỉ ở trong nhà.

Ở phương Tây, khi người cao tuổi bị té ngã lúc một mình và không thể dậy được thì những điều tai hại nhất đã xảy ra. Họ rất sợ hãi vì không thể cử động được trong nhiều giờ. Tỷ lệ ốm đau và tử vong ở số người này trong vòng 12 tháng sau khi ngã khá cao.

Té ngã là một sự kiện rất gây chấn động người cao tuổi và sau khi té ngã, cần có thời gian để lấy lại tự tin. Kíp y tế và gia đình cần nhận thức được điều này.

NGUYÊN NHÂN CỦA TẾ NGÃ

Té ngã là do mất nhận thức và mất điều chỉnh trong lúc di chuyển. Khi lực của di chuyển lớn hơn khả năng điều chỉnh sự di chuyển thì người đó bị té ngã.

Trong quá trình tiến hoá của loài người, người từ động vật bốn chân trở thành động vật hai chân. Để thực hiện điều đó, đã có rất nhiều cơ chế phức tạp tác động trong cơ thể người.

SỰ ĐU ĐƯA

Sự đu đưa khi ở trạng thái tĩnh (Hình 3.1)

Khi một người đứng yên vẫn có đu đưa tư thế mà ta có thể đo được bằng một dụng cụ gọi là máy đo sự mất điều hoà (ataxiomètre).

Ở trẻ em, đứng chưa vững thì đu đưa nhiều. Khi nó lớn lên, đu đưa mất dần, nhưng sau tuổi 45, đu đưa lại tăng lên, nhất là ở các bà.

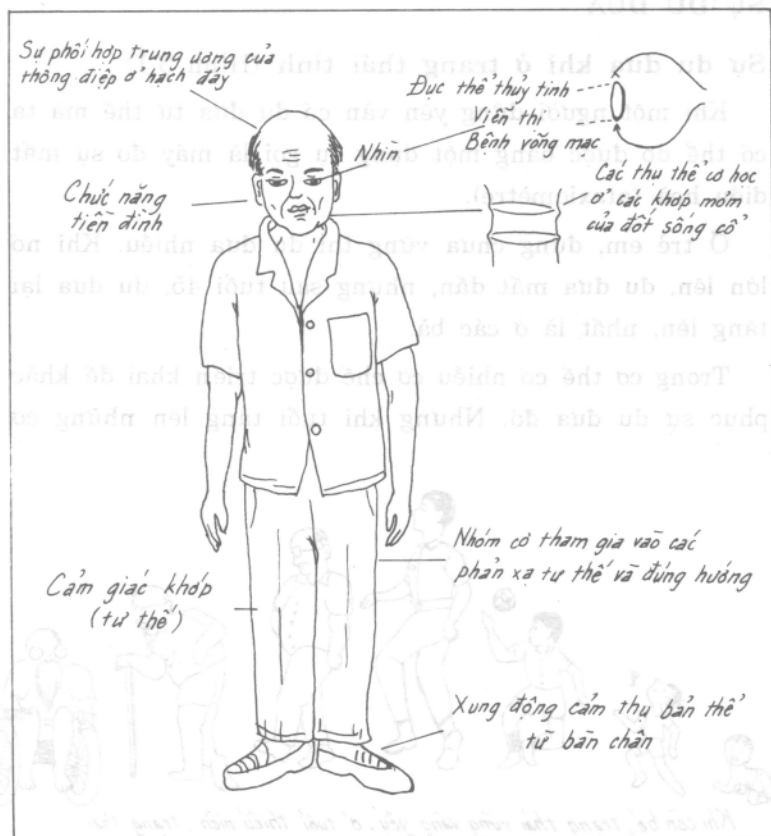
Trong cơ thể có nhiều cơ chế được triển khai để khắc phục sự đu đưa đó. Nhưng khi tuổi tăng lên những cơ



Khi còn bé, trạng thái vững vàng yếu, ở tuổi thiếu niên, trạng thái vững vàng tối đa, trạng thái này bắt đầu giảm sút sau tuổi 40.

Hình 3.1. Sự đu đưa tư thế đối với tuổi tác.

chế độ yếu đi. Những cơ chế đó là thị giác, sự cảm thụ bản thể (propioception), chức năng tiền đình, sự phối hợp trung ương của các thông điệp ở hạch đáy, sự chỉ huy các nhóm cơ tham gia vào các hoạt động tư thế và đúng hướng.



Hình 3.2. Các cơ chế tác động tới sự kiểm soát tư thế, sự kiểm soát tư thế này có thể bị suy yếu theo tuổi tác.

Cơ chế cần cho sự duy trì tư thế

- Thị giác
- Chức năng tiền đình
- Sự cảm thụ bản thể
- Phối hợp của tư thế

1. Thị giác

Thị giác cho ta biết được những gì ở xung quanh mình, những thông tin đó được đưa từ mắt lên não. Với tuổi tác, thị giác kém dần và lúc đã trên dưới 50 tuổi, người ta mất khả năng tập trung nhìn vào vật thể. Đó là do các cơ giữ thể thủy tinh bị giãn ra và điểm nhìn gần đã di chuyển.

Ngày nay nhiều người viễn thị đeo kính hai tròng. Người ta lại hay nhìn qua vùng giữa của kính là một vùng mờ. Người cao tuổi lần đầu tiên đeo kính hai tròng phải hiểu điều đó, nếu không dễ bị tai họa, rủi ro. Thứ hai là độ trong của thể thủy tinh bị giảm đi với năm tháng. Do đó muốn an toàn phải có ánh sáng tốt. Thứ ba là bệnh đục thể thủy tinh phổ biến ở người tuổi cao, sau khi mổ một mắt thường xuất hiện nhiều khó khăn. Mặc dầu đã có kính, sự phóng đại của hai mắt cho hình ảnh mâu thuẫn nhau (ở những nước đã dùng thể thủy tinh nhân tạo, hiện tượng này được khắc phục một phần lớn). Thứ tư là những thay đổi trong độ cong của nhãn cầu có thể làm cho những vật thể thẳng trở thành cong.

2. Chức năng của tiền đình

Chức năng này đóng vai trò quan trọng việc giữ thăng bằng ở người cao tuổi. Những ống bán khuyên và những dây thần kinh của tai trong thường xuyên gửi tín hiệu đến những nhân tiền đình qua dây thần kinh sọ thứ VIII; những nhân này là những trung tâm cấu thành cho những đường dây từ tủy sống - tiểu não và thể lưới.

Những thay đổi do tuổi tác trong những ống bán khuyên và những sỏi tai làm cho chúng kém hiệu quả đi. Bệnh tật cũng có thể chống thêm như thiếu máu cục bộ do xơ vữa động mạch hoặc viêm trong bệnh Ménière. Rối loạn cấp tính nào cũng kèm theo nôn mửa hay chóng mặt. Bệnh điếc dần dần cũng đi kèm với điều kiện đó.

Nếu nghi ngờ có gì khác thường ở tai trong thì cần khám kỹ bệnh nhân để tìm triệu chứng rung giật nhãn cầu (nystagmus) hay những thương tổn ở dây thần kinh thứ V hoặc thứ VII báo hiệu một u dây thần kinh thính giác, tuy hiếm nhưng rất có thể có ở người cao tuổi.

3. Cảm thụ bản thể

Những khớp xương có hoạt dịch có những thụ thể (receptor) của những tận cùng thần kinh. Các khớp khác nhau có những thụ thể khác nhau về số lượng và loại hình. Theo những cột sau của dây sống, thông tin từ những khớp được truyền lên não. Gần đây, ở những khớp mòm của xương sống cổ người ta tìm thấy những thụ thể

cơ học (mechanoreceptor). Có hai loại thụ thể cơ học: Một loại cho những thông tin về tình trạng tĩnh của cổ và một loại cho những thông tin về tình trạng động, khi cổ cử động (Wyke, 1979).

Thông tin được đưa lên não qua đường dây bản thể - cột sống. Thông tin đó cũng được đưa tới mắt, và dẫn tới những phản xạ duy trì tư thế.

Người ta đã thấy những thay đổi thoái hóa ở những thụ thể đó ở xương sống cổ và ở những khớp lớn hơn. Những thay đổi đó xảy ra, đặc biệt khi bệnh nhân bị viêm xương khớp, một bệnh mà người rất cao tuổi hầu như ai cũng có.

Khi cổ bị chấn thương, những đáp ứng của nó cũng bị ảnh hưởng. Những cố gắng cố định cổ ở người cao tuổi là việc làm vô ích nhất là ở xứ nóng.

Người cao tuổi hưởng ứng dễ dàng những giải thích về sự choáng váng của họ và những cố gắng để làm chủ những cử động của cổ. Có thể những rối loạn chức năng của những thụ thể cơ học của xương sống vùng cổ đã gây ra chứng "hẫng đầu", một nguyên nhân đưa người cao tuổi đến khám bệnh.

4. Phối hợp cho tư thế

Từ mắt, từ các thụ thể của tiền đình, từ các thụ thể cảm thụ bản thể, những kích thích tập hợp lại ở hạch đáy (basal ganglia) và được phân tích.

Những thông điệp từ đó được truyền đến các nhóm cơ để bổ sung cho các phản xạ về tư thế và phản xạ điều chỉnh đúng hướng. Ở người cao tuổi, tốc độ và độ chính xác của các thông điệp đó bị giảm. Khi có thêm bệnh như Parkinson, thoái hoá mạch máu não, bệnh Alzheimer với những tổn thương não rộng, thì lại càng giảm hơn.

Tóm lại, nguyên nhân của té ngã phức tạp, nhưng những hiểu biết hiện nay đã giúp ta hiểu tại sao khi tuổi càng cao thì té ngã càng phổ biến.

LÂM SÀNG CỦA TẾ NGÃ

Muốn tránh té ngã trong khi di chuyển, người cao tuổi phải có những khả năng sau đây:

- Nhận biết được sự di chuyển
- Phối hợp các thông tin có liên quan đến di chuyển và ngoại môi.
- Triển khai vận động để giảm thiểu di chuyển. Khi hiểu những điều trên, chúng ta có thể tiếp cận người cao tuổi bị té ngã một cách thực tế. Té ngã có thể do các yếu tố bên ngoài hoặc yếu tố bên trong.

Các yếu tố bên ngoài cần loại trừ là :

- | | | |
|---|---|---|
| ● Những khó khăn về thị giác | } | Dục thể thủy tinh |
| | | Khúc xạ |
| | | Thiên đầu thống(glôcôm) |
| | | Hai tiêu điểm |
| | | Kính bị bẩn |
| | | Ánh sáng yếu |
| | | Chưa quen với nơi mới |
| ● Những yếu tố bên ngoài có thể thay đổi được | } | Những vật bất tiện gây khó khăn, nguy hiểm. |
| | | Thảm |
| | | Giày đi đau chân |
| | | Con mèo ! |

Các yếu tố bên trong gồm:

- Hệ tim mạch
- Hệ thần kinh trung ương
- Những vấn đề vận động, tại chỗ
- Thuốc và dùng thuốc

Cũng như các yếu tố mô tả ở trên, những bệnh tật ở các hệ thống khác có thể ảnh hưởng tới sự phối hợp thần kinh và tốc độ dẫn truyền xung động khắp cơ thể.

- **Hệ tim mạch** : những bệnh tật đó gồm tụt huyết áp tư thế, tụt lưu lượng của tim, máu tĩnh mạch trở về tim kém,suy mạch.

- **Hệ thần kinh trung ương** : bệnh Parkinson, khuyết tật của cột sau, động kinh, rối loạn tiểu não.
- **Những yếu tố vận động tại chỗ** : đau như trong viêm khớp nặng, bệnh cơ, gãy xương, treo khớp.
- **Thuốc và dùng thuốc** : những thuốc thường là thủ phạm gồm thuốc lợi tiểu, thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần. Thuốc hạ đường huyết và thuốc hạ huyết áp cũng là những thủ phạm.
- **Những rối loạn chuyển hoá** : thiếu máu, đái tháo đường, urê huyết cao và các bệnh chứng khác.

Hội chứng lâm sàng kết hợp với té ngã

- Tụt huyết áp tư thế
- Cơ cứng
- Chóng mặt

1. Tụt huyết áp tư thế

Khi huyết áp tụt 20mm thủy ngân hoặc hơn (huyết áp tâm thu hoặc tâm trương) ở tư thế đứng thì ta gọi là tụt huyết áp tư thế. Nguyên nhân là do máu tĩnh mạch về tim chậm hoặc do lưu lượng của tim bị giảm, cộng với sự tăng nhạy cảm của mô não khi bị thiếu máu bất thường, đưa đến té ngã hoặc những triệu chứng yếu đuối hoặc choáng váng.

2. Cơ cứng

Cơ cứng đến bất ngờ, không báo trước : chân khuyu

xuống, người ngã xuống đất. Người té ngã có thể không dậy được do mất phản xạ điều chỉnh đúng hướng. Chỉ cần chỉ cho bệnh nhân đặt chân vào tường hoặc một mặt phẳng rắn, phản xạ điều chỉnh đúng hướng bật ra, là bệnh nhân tự đứng dậy được. Không may lại có các yếu tố khác chen vào và phương pháp trên không đem lại kết quả.

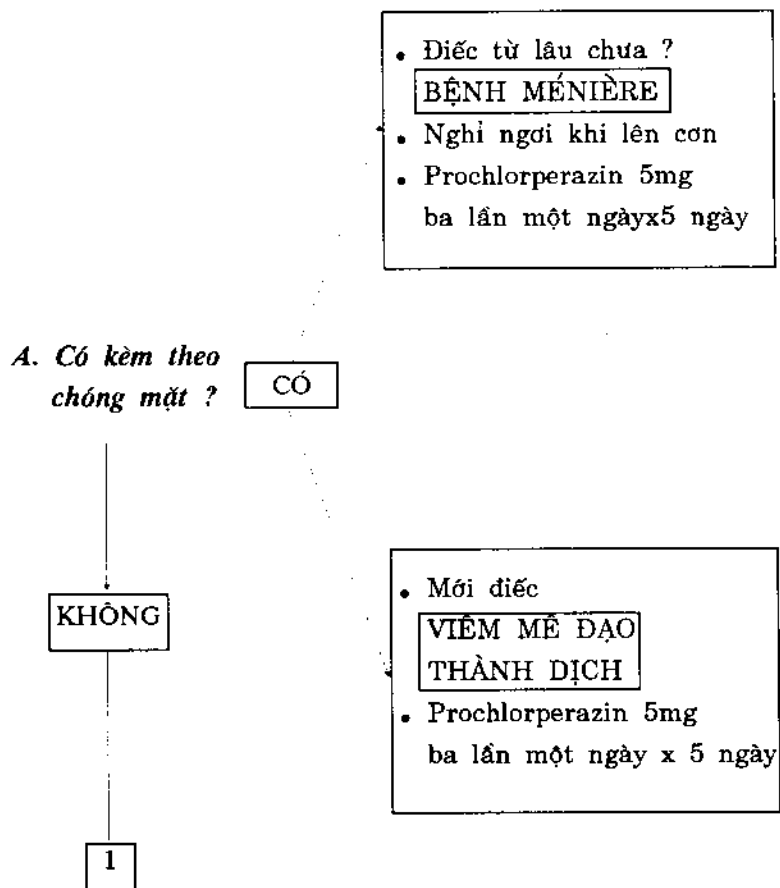
Những nguyên nhân khác của cơn đổ có thể là đau khớp kiểu Charcot hoặc rối loạn tâm thần (một nguyên nhân thường gặp).

3. Chóng mặt

Khi ngã, bệnh nhân có chóng mặt không? Gian buống có quay cuồng không ? Có nôn mửa không ? Nếu có, đó là chóng mặt thật sự. Nhưng loại chóng mặt này ít gặp. Nếu chóng mặt từ lâu và kết hợp với diếc kéo dài, thì có thể chẩn đoán là bệnh Ménière. Nghỉ ngơi; dùng prochlorperazin 5mg ba lần trong một ngày, trong không quá năm ngày có thể có kết quả tốt. Nếu tiếp tục dùng prochlorperazin kéo dài thì 1 -2 năm sau người bệnh có thể bị Parkinson và té ngã. Người thầy thuốc cần giải thích mối nguy hiểm đó cho họ ngay từ khi mới dùng thuốc.

Bảng 3.2. SƠ ĐỒ XỬ LÝ ĐỀ MẮT THĂNG BẰNG HAY TẾ NGÃ

1. Bệnh sử



1

- Khi đứng ?
 - Đo huyết áp, ở tư thế nằm và
 - Tư thế đứng
tụt HA > 20 mm Hg? Có
- TỤT HUYẾT ÁP
TƯ THẾ**
- Soát lại cách dùng thuốc

**B. Có liên quan
đến tư thế?**

CÓ

- Khi đang gắng sức ?
- LƯU LƯỢNG
CỦA TIM THẤP**
- Tránh gắng sức

- Khi cử động cổ ?

**VẤN ĐỀ CỦA THỤ
THỂ CƠ HỌC HAY
HỘI CHỨNG ĐỐT
SỐNG - ĐÁY NÃO**

- Khuyến không nên ngoái
cổ đột ngột

KHÔNG

**C. Kết hợp với
dánh trống
ngực ?**

CÓ

- Tìm các chứng loạn nhịp
tim, cần theo dõi điện tâm
đồ trong 24 giờ để loại
- LOẠN NHỊP TIM
KỊCH PHÁT**
- Nếu có : điều trị

KHÔNG

2

**D. Kết hợp với
trượt chân?**

CÓ

- Thị giác ?
- Hút chân ?
- Rối loạn cột sau
- Xem xét môi trường

KHÔNG

**E. Nguyên nhân
khác**

- Bệnh cơ, bệnh khớp
- Động kinh
- Bệnh Parkinson
- Thiếu máu
- Bệnh chuyển hoá
- Ngất khi ho
- Ngất khi đi tiểu
- Hạ đường huyết
- Liên quan đến thời gian
dùng thuốc
- Uống rượu ở nhà ?

2. Khám bệnh

A. Chung

- Thị lực
- Nét mặt
- Thính giác
- Dáng đi
- Nghiệm pháp tâm thần

B. Các hệ thống

Danh sách các bệnh phải tìm

- Tim mạch
 - Rối loạn nhịp tim
 - Lấy HA nằm và đứng
- Hô hấp
 - Bệnh làm tắc đường hô hấp mạn tính
 - Ho và ngất
- Tiêu hóa
 - Thiếu máu, gan to, u
- Tiết niệu
 - Có sờ thấy bàng quang không ?
- Vận động cơ thần kinh
 - Bệnh Parkinson
 - Đột quỵ
 - Bệnh thần kinh :
 - + vận động
 - + cảm giác
 - Bệnh cơ
 - Viêm khớp
 - Thấp khớp Charcot
- Ngoại cảnh ở nhà
 - Lúc thăm bệnh tại nhà, có thấy chăn đệm lung tung ? dây điện ? đèn ?
 - Gợi ý của cán bộ hướng dẫn sinh hoạt
 - Đánh giá chỗ ở, nếu có thể được ?

3. Xét nghiệm

- Xét nghiệm máu
 - Điện tâm đồ, đường máu, urê máu và điện giải, thử nước tiểu.
-

KẾT LUẬN

Cuộc nghiên cứu gần đây cho thấy trong số người có tuổi bị té ngã chỉ có 16% là không tìm được nguyên nhân. Người thấy thuốc thực hành trong cộng đồng có thể tìm ra 50% nguyên nhân té ngã và xử lý, tức là chữa nguyên nhân, giải thích cho bệnh nhân và người trong gia đình hiểu.

Chương 4

Bất động và loét

BẤT ĐỘNG

Bất động có thể cấp tính hay bán cấp tính, có thể thường xuyên hoặc mạn tính. Thông thường thì bất động từ từ ít được chú ý tới vì bản thân người cao tuổi, gia đình họ, cả nhân viên y tế, đều coi việc đó như là một phần của lão hoá.

Sự hạn chế cử động và phụ thuộc dần dần vào người khác ảnh hưởng rõ ràng đến tâm lý người cao tuổi. Ở Xingapo một cuộc đi điều tra bằng phỏng vấn những người trong ngành y và gần ngành y cho thấy: sự phụ thuộc kéo dài vào người khác là nỗi lo lắng lớn nhất, trước khi chết (Merriman A, Lau C, 1987).

Cử động khó khăn kết hợp với những triệu chứng sau đây :

- Bị đau khi cử động
- Cử động cứng nhắc và chậm chạp
- Suy yếu và mệt mỏi
- Mất thăng bằng
- Những vấn đề tâm thần, thí dụ trầm cảm.

Bảng 4.1. PHÂN LOẠI LÂM SÀNG NHỮNG NGUYÊN NHÂN BẤT ĐỘNG

	<i>Nguyên nhân</i>	<i>Xử lý</i>
<i>Cấp tính</i>	Đột quỵ	- Điều trị và phục hồi chức năng
	Chấn thương đầu	- Chụp Xquang và điều trị
	Gãy xương chân	- Điều trị và phục hồi chức năng
	Thấp khớp cấp	- Điều trị đau
	Nhồi máu cơ tim	- Điều trị
	Liệt nhẹ	- Phục hồi chức năng
	Vẹo xương sống vùng cổ	- Dùng vòng cổ
	Thủ phát	- Giảm đau
<i>Bán cấp tính</i>	Viêm khớp	- Xem dưới (Hình 4.1).
	Loãng xương	
	Thấp khớp	
	Trầm cảm	- Điều trị
	Đái tháo đường	- Điều trị
	Bệnh Parkinson	- Điều trị và phục hồi chức năng
	Suy thận	- Điều trị
	Dày cong móng	- Cắt móng
<i>Bán cấp tính; hiếm hơn</i>	Bệnh Paget	
	Thoái hoá đốt sống bán cấp	
	Thấp khớp đau nhiều cơ	- Dùng steroid
	Thiếu năng tuyến giáp	- Điều tra nghiên cứu và điều trị
	Nhuễn xương.	- Điều tra nghiên cứu và điều trị.

Về mặt lâm sàng, những nguyên nhân của bất động được trình bày và sắp xếp trong bảng 4.1.

Một phần ba người cao tuổi than phiền bị đau chung chung (Williamson 1987, Lau và Phoon, 1988) nhưng nhiều người cao tuổi chịu đựng những đau đó, coi như là bạn đường của tuổi già.

Trong 44% các ca, bệnh nhân kêu ca về đau khớp nhưng người khác kêu đau xương và cơ.

Thấp khớp	
● Khớp xương:	- Viêm xương - khớp - Đau kiểu thấp khớp - Bệnh gút
● Cơ :	- Đau - Chuột rút
● Xương :	- Gãy xương - Loãng xương - Nhuyễn xương

Hình 4.1. Một số bệnh bán cấp gây hạn chế cử động.

1. Đau khớp

Thompson và cộng sự (1974) cho biết: 72% ca viêm khớp ở người có tuổi là do viêm xương-khớp (arthrite ostéo - articulaire) và 13% là do thấp khớp (arthrite rhumatismale).

Viêm xương-khớp

Xuất hiện dưới hai hình thức :

a) *Toàn thể*, với những bướu Heberden ở các khớp ngón tay và

b) *Khu trú*, ở một số khớp. Theo Thompson thì 50% là khớp gối và 25 % là khớp cổ chân.

Khám bệnh : không thấy gì nhiều, ngoại trừ chụp X quang các khớp đau.

Ở người cao tuổi, tốc độ lắng hồng cầu thường trên 30mm/giờ. Yếu tố thấp khớp dương tính ở 1/6 người có tuổi. Nồng độ acid uric tăng lên theo tuổi.

Cách xử lý :

a) Loại trừ căng thẳng cho khớp, không làm cho tình hình xấu thêm như đi lắc lư, leo trèo hoặc thêm gót cho giày để ổn định một khớp hông.

b) Nếu người quá béo thì khuyến khích giảm cân để giảm đau và làm dễ chịu hơn.

c) *Lý liệu pháp* :

- Để khớp đau ở tư thế thích hợp và khi đau giảm, tập dần dần.

- Chườm nóng hoặc lạnh đối với khớp viêm cấp tính.

- Khi thay đổi tư thế của khớp mà giảm đau, thì gia đình có thể giúp làm.

d) *Hộ lý* : ghế di đại tiện , giường phải vừa cao, làm thêm tay vịn trong nhà xí hoặc quanh tường để giúp cho bệnh nhân di chuyển.

e) *Giảm đau* : paracetamol và thuốc chống viêm không có steroid, kết quả giảm đau rõ rệt. Song nên nhớ là các

thuốc chống viêm không có steroid có tác dụng phụ như các triệu chứng tiêu hoá, chảy máu đường tiêu hoá, độc cho thận, giữ muối và nước, suy tim (Van den Ouweland và cs, 1988). Điều quan trọng là thuốc men phải phù hợp với từng cá nhân bệnh nhân. Khi thấy có thuốc mới phải thận trọng; chỉ dùng cho người cao tuổi khi thuốc đó đã được dùng thử ở người trẻ hơn. Có một vài người cao tuổi đã bị tai nạn điều trị (thậm chí tử vong) khi dùng thuốc chống viêm không có steroid, mới.

f) Nếu là viêm khớp lớn cấp tính, tiêm steroid vào khớp có thể làm giảm đau nhanh và chóng cử động khớp được. Cách này chỉ dùng khi cấp cứu, không được dùng thường xuyên.

g) Thay khớp có thể được dùng khi khớp đó bị hạn chế cử động, bệnh nhân yêu cầu tha thiết. Nên nhớ rằng: khi tăng cường cử động ở khớp này thì lại tăng cường căng thẳng ở các khớp khác.

Thấp khớp

Thấp khớp có thể xuất hiện lần đầu ở người trên 60 tuổi. Thường gồm : đau nhiều khớp, rối loạn các hệ thống và thiếu máu. Có thể đau ở cơ và dây chằng; các biểu hiện ngoài khớp ở phổi, v.v... ít thấy ở người cao tuổi. Có những biến chứng như viêm một khớp do nhiễm khuẩn cấp hay nang Bakes vỡ ra trong bắp chân, đưa đến viêm tắc tĩnh mạch sâu.

Nguyên tắc điều trị : loại trừ viêm nhiễm, hạn chế sự huỷ hoại khớp xương, kiểm chế những triệu chứng ở các hệ thống và tránh biến chứng của cả bệnh lẫn điều trị.

Xử lý :

a) Báo cho kíp y tế. Sử dụng người giúp đỡ để hạn chế đau, đặt những khớp đau ở tư thế tối ưu, tránh co cơ, và tập dần dần khi đỡ đau.

b) Thuốc : nếu thuốc chống viêm không có steroid được dùng, phải theo dõi máu, huyết sắc tố. Những thuốc khác : thuốc sốt rét, penicillamin, vàng, corticosteroid, các thuốc độc đối với tế bào, thuốc giảm miễn dịch cần có thấy thuốc kê đơn.

c) Phẫu thuật chỉnh hình : cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc thực hành, thầy thuốc lão khoa và thầy thuốc ngoại khoa để có chỉ định cho đúng đắn, theo dõi chắc chắn, tránh các biến chứng như nhiễm khuẩn (người có tuổi miễn dịch kém đi).

Bệnh gút

Ở tuổi cao, 10% ca gút xảy ra lần đầu tiên. Triệu chứng : đau dữ dội cấp tính và tăng nhạy cảm trên một khớp.

Thuốc men: indomethacin 50 mg ba lần một ngày để giảm viêm, cộng với alopurinol hàng ngày sau cơn đau.

2. Đau ở cơ

Người cao tuổi thường bị đau ở các nhóm cơ. Hỏi bệnh đơn giản cũng cho biết họ đau tái phát, đau cấp tính hay đau mạn tính.

Những cơn đau cấp tính, khu trú ở một cơ nào đó, có thể kết hợp với nhiễm virus. Chườm nóng, xoa bóp bằng

dầu xoa, sẽ làm dịu đau. Thuốc chống viêm không có steroid đặc biệt là aspirin (nếu bệnh nhân không có tiền sử có những phản ứng phụ) làm bớt đau nhưng chỉ nên dùng 3 ngày thôi.

Dau nhiều cơ bắt đầu đột ngột thường là phối hợp với nhiễm virus hoặc một bệnh nặng hơn và cần được chỉ định khám bệnh một cách toàn diện và đầy đủ. Đau tái diễn cần được chữa lý liệu nếu có thể và một đợt ngắn thuốc chống viêm không có steroid nếu cần.

Chuột rút

Cơ người có tuổi đặc biệt là cơ ở chân hay bị chuột rút. Chuột rút xảy ra lúc ngủ và bệnh nhân thường thức dậy, đi loanh quanh để giảm bớt những cơn đau như hành hạ.

Trong cơn đau, các phương pháp lý liệu có tác dụng, trong đó có xoa bóp cơ đau hoặc dè ngón chân cái xuống sàn (nhất là khi chuột rút ở gân Achille).

Cách xử lý : phải biết được là bị chuột rút và để phòng. Quinin sulfat hay bisulfat 300mg uống vào ban đêm giúp để phòng chuột rút. Thực tế đa số bệnh nhân uống vào ban đêm, trong 3 - 4 đêm, sau đó có thể uống cách một đêm một. Chưa biết tại sao quinín lại có tác dụng.

Phòng được chuột rút và đau do chuột rút làm cho bệnh nhân rất biết ơn thấy thuốc.

3. Đau xương

Gãy xương

Tuổi càng cao càng dễ gãy xương và nguyên nhân là do loãng xương; bệnh này và bệnh nhuyễn xương rất phổ biến ở phương Tây. Khi ở một chi nào đó đau đột nhiên và hạn chế cử động, thì đó là báo động về khả năng gãy xương.

Số những người cao tuổi bị gãy xương hông ngày một tăng, do khả năng bị ngã tăng và sức bền vững của xương giảm. Gãy xương hông có tỷ lệ tử vong và phụ thuộc cao. Những đơn vị chấn thương, chỉnh hình lão khoa kết hợp với những kíp phục hồi chức năng, đang cố gắng làm giảm những hậu quả đó.

Loãng xương

Bệnh này do mất chất cơ bản của xương, ở phụ nữ sau khi mãn kinh thì tỷ lệ loãng xương cao hơn. Ở tuổi 80, 100 % nữ và 50% nam bị loãng xương (Nordin, 1985).

Cách xử lý :

a) *Liệu pháp thay thế hormon* : tỷ lệ mất Ca ở phụ nữ bình thường sau khi mãn kinh là 20 - 40mg/ngày. Tỷ lệ này có thể giảm đi bằng cách dùng liệu pháp oestrogen với liều đủ để chế ngự các triệu chứng mãn kinh khác. Nhưng dùng nội tiết trị liệu có thể có biến chứng :

- a') Khả năng bị bệnh huyết khối tắc mạch tăng
- b') Nguy cơ sinh ung thư tử cung tăng.

c') Chảy máu sau mãn kinh có thể xảy ra. Do đó không thể dùng α strogen rộng rãi.

b) Các cách chữa loãng xương khác :

a') Uống thêm Ca. Chỉ ở phụ nữ trẻ và trung niên mới khuyên nên dùng. Ở phụ nữ có tuổi không có kết quả rõ ràng.

b') Vitamin D không phòng được loãng xương. Nó lại tăng mất xương do tăng tiêu xương.

c') Các steroid đồng hoá hoặc fluorid bổ sung cũng không cho kết quả tốt.

Sự luyện tập đều đặn ở phụ nữ trẻ và phụ nữ sau khi mãn kinh có thể làm giảm loãng xương.

Nhuuyễn xương

Nhuuyễn xương (osteomalacia) là do calci hoá không đầy đủ của chất cơ bản collagen vì thiếu vitamin D.

Ở các nước phương Tây, bệnh này gặp ở 4 % bệnh nhân lão khoa và 30 % bệnh nhân gãy xương chậu. Ở Đông Nam Á bệnh này chưa thành vấn đề, có lẽ do ở đây có đủ ánh sáng mặt trời quanh năm (cần cho việc chuyển tiền vitamin D thành vitamin D).

Nhưng đứng trước một bệnh nhân cao tuổi hấp thu kém, đau nhiều chỗ, nồng độ calci và phosphat trong máu thấp, nồng độ phosphatase kiềm cao, cũng cần nghĩ đến bệnh nhuuyễn xương.

Cách điều trị : calciferol uống 1,25mg/ngày trong 2-4 tuần, tiếp theo: cho vitamin D và viên calci 1 ngày 2 viên.

BẤT ĐỘNG MẠN TÍNH

Năm 1935, một cuộc nghiên cứu ở Bệnh viện Middlesex ở London cho thấy 25 % bệnh nhân liệt giường lâu, sau khi được phục hồi chức năng, có thể trở lại tự sinh hoạt được (Warren, 1939).

Đừng bao giờ chấp nhận phải bất động vĩnh viễn mà không nghiên cứu sâu vào bệnh sử và điều kiện gia đình của bệnh nhân. Nhờ có thấy thuốc khuyến khích và làm cho tin tưởng, nhờ có kíp y tế có hiệu lực, có thành viên gia đình tận tâm, bệnh nhân có thể trở lại tự sinh hoạt được. Cần nhớ thêm rằng sự phụ thuộc của bệnh nhân vào người chung quanh có thể đến sớm do bất kỳ một nguyên nhân nào kể trên mà một vài nguyên nhân đó có thể chữa được, thí dụ: thiếu năng tuyến giáp, trầm cảm, v.v..

Nguyên tắc chăm sóc người cao tuổi phụ thuộc hoàn toàn

1. Tránh bỏ mặc bệnh nhân trên giường : khuyến khích thay đổi tư thế trong ngày và nếu có thể đưa ra ánh sáng mặt trời một lúc nào đó trong ngày (để phòng nhuyễn xương).

2. Khuyến khích ăn nhiều bữa nhỏ, ít calo, để tránh béo phì.

3. Khuyến khích tinh thần: nghe nhạc , nghe đài, xem tivi, xem hội họa, khâu vá, tùy theo tình hình và trạng thái tâm thần. Cần cho bệnh nhân thấy rằng thể chất yếu không có nghĩa là tinh thần yếu.

4. Làm cho bệnh nhân và người chăm sóc thấy tầm quan trọng của vệ sinh, của việc đi đại tiện đều đặn, và tránh bị ỉa dầm dãi.

5. Bảo đảm người giúp đỡ bệnh nhân nhất là cho bệnh nhân an. Khuyến khích gia đình để cho người bệnh càng chủ động, càng tự lập, càng tốt.

6. Để phòng và xử lý loét.

LOÉT DO ĐÈ ÉP

1. Bệnh sinh

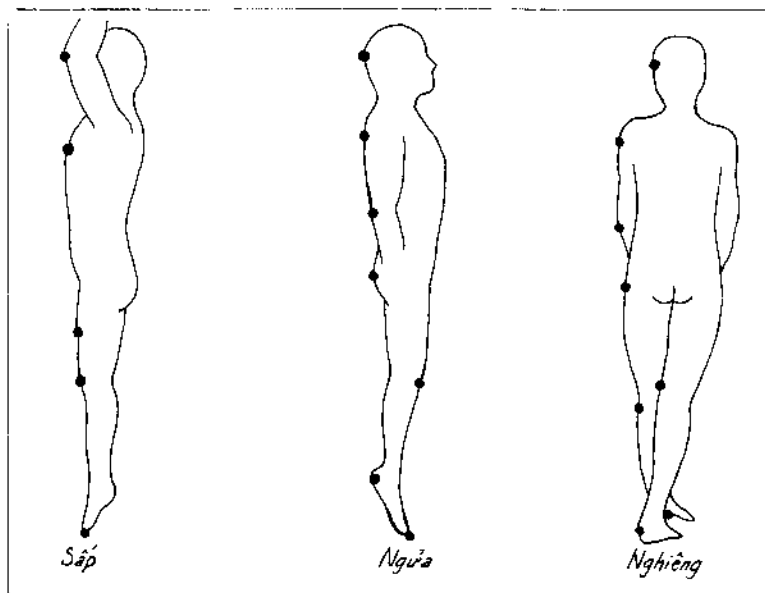
Cơ thể người ta chịu được áp lực tới 250.000ib/một inch². Nhưng trong những trường hợp bất thường sau đây thì sẽ có tổn thương:

- Áp lực cao nhất thời thí dụ búa bổ
- Nằm ở một bề mặt không bằng phẳng trong một thời gian dài và
- Sức đè đứng thẳng.

Áp lực

Áp lực thấp chỉ làm trở ngại máu tĩnh mạch về tim. Nếu áp lực mao mạch cao quá, dòng máu bị ngừng lại và xảy ra hoại tử (áp lực tĩnh mạch là 12mmHg, áp lực mao mạch: 32mmHg). Nếu áp lực quá cao (25 - 30mmHg trên mức bình thường) trong thời gian lâu thì nguy hiểm. Áp lực thấp mà lâu nguy hiểm hơn áp lực cao trong thời gian ngắn. Các mô trẻ chịu áp lực lâu hơn là các mô già, Các mô già dễ bị hỏng và có xu hướng bị xơ vữa động

mạch. Hình 4.2 cho thấy những nơi dễ bị loét do đè ép ở một bệnh nhân bất động.



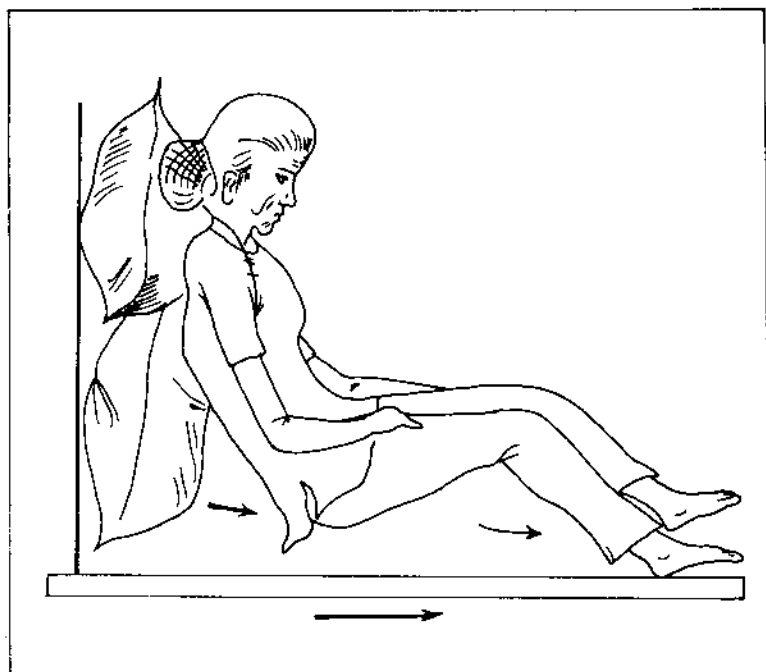
Hình 4.2. Những nơi thường xảy ra loét do đè ép.

Những yếu tố tăng hoặc giảm áp lực trong lâm sàng là:

a) Trượt về phía trước (Hình 4.3) làm tăng cử động có lợi cho sức khỏe. Nó bị giảm đi do ma sát tăng, thí dụ sự ẩm ướt, những mảnh vụn ở giường, những nếp răn của khăn trải giường và giảm cử động tự phát.

b) Bệnh nhân phải được nâng lên khỏi khăn trải giường. Vết trượt ma sát thường xuất hiện khi bệnh nhân nặng nề bị kéo lê về phía sau ở trên giường. Người cao tuổi yếu đuối có những nếp gấp ở da, những nếp gấp này tăng

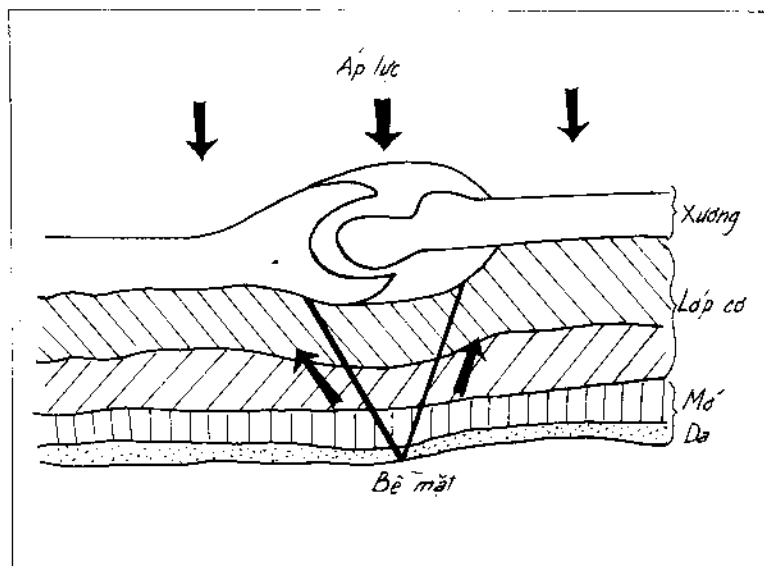
lên nhiều và gây ra sức đè ép ở các nếp gấp khi bị kéo lê như thế.



Hình 4.3. Trượt về phía trước ngăn ngừa hình thành loét.

c) Áp lực = cân nặng / bề mặt tiếp xúc. Vì vậy, những xương nằm ở dưới có áp lực hữu hiệu lớn hơn, thí dụ các vị ngồi (Hình 4.4).

d) Những cử động tự phát điều hoà áp lực ở những khoảng thời gian đều đặn. Khi bị hôn mê, liệt, bị thương, các chi bị đau, bệnh Parkinson, khi bị đánh thuốc mê, thì các cử động tự phát bị giảm.



Hình 4.4. Sự nén ép của mô mềm do xương.

2. Xếp loại lâm sàng các loét do đè ép

Loét bề mặt: đau và dễ phát hiện

Loét sâu: không đau và do đó khó phát hiện.

Loét sâu : ở cơ, dây chằng và đôi khi cả xương. Có thể thành nhọt. Da có thể bình thường. Khi phát hiện ra thì đã thành nặng, người bị bất động đã bị rủi ro.

Những đệm trên giường của bệnh nhân cũng có áp lực đối với cơ thể.

Bảng 4.2. CÁC ÁP LỰC CỦA MỘT VÀI LOẠI GIƯỜNG

<i>Loại đệm và mặt bằng</i>	<i>Áp lực tối đa (mm Hg)</i>
Đệm hơi	26
Gối lông, đệm lông	36
Giường chìm trong nước	38
Đệm mút	68
Đệm vải kép len	122
Bàn mổ (Allen và Hanberry)	140
Đệm lò xo	164
Bàn mổ	>260
Sàn giải lạnh	>260

Theo Lancet 1973, tr.279, Redfern và cs.

Trừ có đệm hơi, tất cả những đệm và mặt bằng khác vượt quá các áp lực tối đa kể trên đều có thể gây loét nếu bệnh nhân bất động. Để tránh loét, các bệnh nhân phải định kỳ trở mình đều đặn. Cần chú ý là giường chìm trong nước hạn chế cử động.

3. Các yếu tố đưa đến bất động

- Tại chỗ: liệt, chi đau
- Chung: viêm phổi, urê máu cao
- Ngộ độc thuốc: thuốc mê, thuốc an thần, L-dopa, thuốc hạ đường huyết, digoxin
- Yếu tố khác: bệnh thần kinh, tuần hoàn ngoại vi suy yếu, nghẽn mạch, tắc tĩnh mạch sâu, thờ yếu, bệnh Parkinson.

Nên nhớ rằng: tuy bạn cứu được một bệnh nhân bị viêm phổi thì người đó cũng không ơn bạn nếu sau đó một vài tháng người ấy chết trong những điều kiện đau đớn của loét (do đè ép).

4. Đề phòng loét do đè ép

- Quan tâm đến các bệnh nhân có rủi ro cao.
- Khuyến khích cử động tự phát
- Khuyến khích các cử động thụ động định kỳ đều đặn
- Bảo quản mặt bằng gây đè ép
- Quan tâm đến tình hình chung

a) Xác định những bệnh nhân có rủi ro cao: xem bảng 4.3.

b) Khuyến khích cử động tự phát: tránh các thuốc giảm đau, an thần, nhất là các phenothiazin và haloperidol; cho các thuốc chống đau tại chỗ (bộ phận); tránh giường-nước.

c) Cử động thụ động: nằm ngửa, nằm nghiêng bên trái, bên phải; trở mình 1 giờ một lần, đối với người cao tuổi 2 giờ một lần là quá lâu.

d) Chăm sóc chỗ loét: những chỗ thường loét là mông, vùng xương cụt, vùng mấu chuyễn, ụ ngồi, gót (xem hình vẽ ở trên).

Một ngày rửa ráy 2 - 3 lần, cho bột talc, không dùng cồn. Tránh để ẩm ướt, để phân nước tiểu dính vào.

e) Chăm sóc toàn thân: chữa nhanh các bệnh cấp tính như: viêm phổi, mất nước, thiếu máu, chăm sóc ruột.

Bảng 4.3. ĐIỂM NORTON : CHO ĐIỂM ĐỂ PHÁT HIỆN NGUY CƠ BỊ LOÉT VÀ ĐỂ PHÒNG NGỪA LOÉT DO ĐÈ ÉP

-
- Điều kiện thể chất : 4 tốt
3 khá
2 yếu
1 kém
 - Điều kiện tinh thần : 4 lơ đãng
3 không tỉnh cảm, lãnh đạm
2 lẫn
1 sững sờ
 - Hoạt động : 4 đi lại được
3 đi có người đỡ
2 không rời ghế
1 không rời giường
 - Cử động : 4 đầy đủ
3 hơi hạn chế
2 rất hạn chế
1 bất động
 - Đại tiểu tiện : 4 chủ động
3 có lúc không chủ động
2 thường không chủ động
1 dầm dể

Dánh giá : điểm cao nhất 20

<14 điểm : có nguy cơ bị loét

<12 điểm : nhiều nguy cơ bị loét.

Số điểm bị tụt đột nhiên: nguy hiểm khó tránh.

5. Xử lý các loét do đè ép

a) Giảm lực đè ép đến mức tối thiểu, tăng cường cử động, thay đổi tư thế.

b) Đối với các loét bề mặt: đặt gạc, băng không thấm nước nhưng lại thoáng, lên trên. Đối với các loét sâu: hàng ngày loại bỏ các lớp hoại tử để vết loét hở có thể dẫn lưu, che một lớp gạc ngâm trong một chất dầu nhờn, ví dụ nước khử trùng với clorua và paraffin lỏng.

c) Nuôi dưỡng bệnh nhân. Nếu thiếu máu: truyền máu, cho các vitamin nhất là vitamin C.

d) Đối với giường đệm :

- Phân bố áp lực cho đều
- Không được cản trở cử động
- Thoải mái, dễ chịu
- Chịu được nước
- Rẻ, dễ lau chùi, rửa ráy. Nên dùng đệm Spanco rẻ và nhẹ
- Tránh dùng các vật liệu cao su (hoặc vật liệu không xốp) để làm đệm.
- Dùng các đệm da cừu (ở đầu gối, ở gót chân).
- Gối có gợn sóng thay đổi áp lực nhẹ nhàng, nhưng xoay trở bệnh nhân là động tác không gì thay thế được.
- Giường - nước: nặng, đắt tiền và cản trở cử động.

KẾT LUẬN

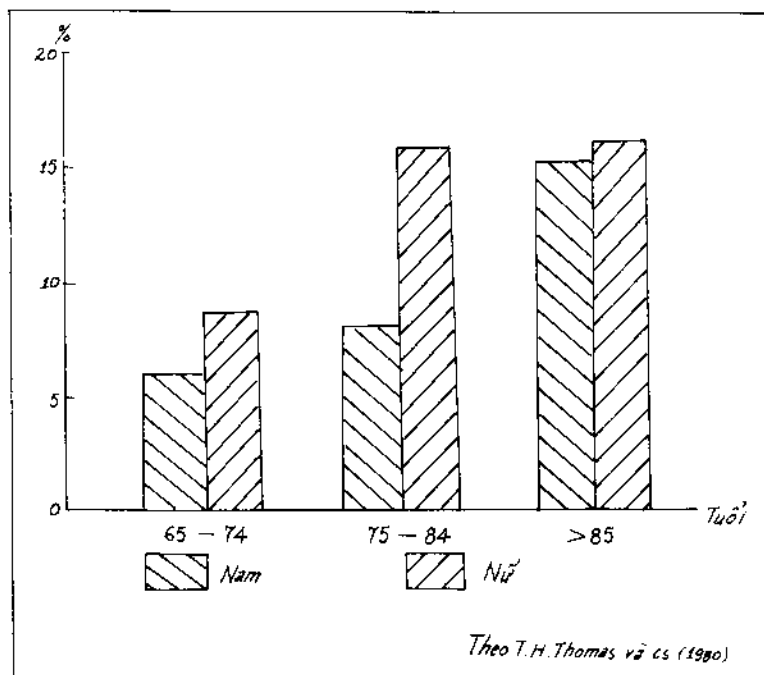
Những loét do đè ép có thể đề phòng được nếu thấy thuốc và điều dưỡng viên cảnh giác và quan tâm. Khi loét đã xảy ra thì băng thích hợp cùng với trở mình luôn luôn có thể đề phòng hoại tử và tránh cho gia đình những nhiệm vụ hộ lý khó khăn.

Chương 5

Không cầm được tiểu tiện

VÀO ĐỀ

Ở nhiều nước, người ta chưa chú ý đến sự phát triển của triệu chứng không cầm được tiểu tiện(viết tắt:KCDTT) trong dân chúng. Nhưng gần đây một cuộc điều tra ở



Hình 5.1. Không cầm được tiểu, đại tiện ở người trên 65 tuổi ở Anh. 1980.

Anh (1980) bằng phỏng vấn qua bưu điện những người cao tuổi trong cộng đồng cũng như ở bệnh viện cho thấy ở những người dưới 65 tuổi, KCDTT xảy ra đều đặn có nghĩa là ít nhất hai lần trong một tháng ở 6,9 % nam giới và 11,6% nữ giới. Những tỷ lệ % đó tăng lên với tuổi ; ở tuổi trên 85, thì 15,4% nam và 16,2 % nữ bị không cầm được tiểu tiện (Thomas và cs., 1980. Hình 5.1).

Tại sao lại có tình hình trên ? KCDTT không có nguyên nhân là quá trình lão hoá, mà do nhiều yếu tố, sẽ được phân tích dưới đây.

CHỨC NĂNG BÌNH THƯỜNG

Đa số người lớn bình thường đi tiểu từ 4 đến 7 lần trong một ngày đêm và không đi vào đêm. Có một số phải dậy đi tiểu đêm một lần.

Khi bàng quang đầy tới nửa (gần 250ml) thì đa số được báo động và có đủ thời gian để đi đến buồng vệ sinh khi buồng đó thuận tiện. Nếu không đáp ứng báo động đó, khi bàng quang đã có tới 400ml-600ml, thì đi tiểu thành ra việc gấp, do những cơ bóp của bàng quang. Người bình thường không có sự rỉ ra vì họ vẫn giữ được niệu đạo ở thể đóng.

MẤT KHẢ NĂNG CẦM TIỂU TIỆN

Khi khả năng cầm tiểu tiện bị mất, người cao tuổi trở thành rất lúng túng, ngại không muốn đi ra, xấu hổ khi thấy gia đình, bạn bè biết điều đó. Sự kiện này có thể dẫn đến cô độc và trầm cảm.

Dại đa số người KCDTT lại ở nhà. Một số người khi nằm viện hoặc khi thay đổi môi trường đã trở thành KCDTT. Vì ở bệnh viện hoặc nơi mới, nhà vệ sinh ở xa không như ở nhà, đến không tiện. Với tuổi tác, bàng quang không co bóp được đầy đủ hiệu lực và vẫn còn nước tiểu tồn đọng lại. Thời gian giữa hai lần đi tiểu bị rút ngắn (tương đương với 250ml trừ đi lượng nước tiểu tồn đọng). Những co bóp tăng cường trở thành khẩn cấp. Nhiều người cao tuổi chế ngự được cho đến khi có thay đổi môi trường đột ngột.

Một yếu tố nữa là *bệnh táo bón*. Khi ruột già đầy phân, nó ép vào bàng quang làm cho bàng quang không thể chứa đầy như bình thường nhất là ở người táo bón nặng trong tư thế đứng. Khi ở người cao tuổi, bàng quang không chịu được sức ép thêm đó thì xảy ra KCDTT.

Nguyên nhân của không cầm được tiểu tiện

- Những vấn đề của bàng quang
- Kiểm soát thần kinh đối với bàng quang bị suy kém
- Những vấn đề liên quan đến thay đổi môi trường.
- Có bệnh thêm vào
- Dùng thuốc.

1. Những vấn đề của bàng quang

A. Bàng quang yếu

Khi lượng nước tiểu còn thấp hơn bình thường, bàng

quang đã co bóp. Số lần đi tiểu trong ngày tăng lên, đái dầm xảy ra.

B. Không cảm được tiểu tiện do stress

Nguyên nhân này gặp ở phái nữ nhiều hơn vì niệu đạo của họ ngắn, các cơ bụng và bẹn yếu do đẻ nhiều lần, táo bón mạn tính hay béo phì. Một yếu tố thêm vào nữa là thay đổi nội tiết sau khi mãn kinh. Tất cả những cái đó dẫn tới tình trạng niệu đạo khép vào kém.

C. Dòng nước tiểu bị tắc nghẽn

Sự việc này dẫn đến ứ nước tiểu và tràn đậy. Ở nam giới những nguyên nhân thông thường nhất là to tuyến tiền liệt và phân lèn chặt. Ở nam giới phân lèn chặt gây tắc nghẽn vì niệu đạo dài, trong khi ở nữ giới phân lèn chặt gây KCDTT do ép nén bàng quang.

D. Nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Khi thử nước tiểu, thấy 25% người cao tuổi bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Đó là do niệu đạo đóng không kín, ở nữ là do thiếu α strogen cho âm đạo, niệu đạo và tam giác (trigone). Nếu bệnh nhân KCDTT cấp tính, cần điều trị nhiễm khuẩn niệu đạo.

E. Những nguyên nhân khác

a) Bệnh nội tiết như đái tháo đường bỏ qua không điều trị, các bệnh tuyến yên và bệnh tuyến giáp.

b) Những bệnh gây tắc như sỏi, u.

2. Kiểm soát thân kinh đối với bàng quang bị suy kém

A. Thiếu hiệp đồng giữa mở ra và đóng vào của niệu đạo. Khi bàng quang co bóp, niệu đạo phải được mở ra. Sự thiếu hiệp đồng giữa bàng quang và niệu đạo có thể xảy ra trong bệnh Parkinson, bệnh đái tháo đường hoặc tổn thương não mạn tính.

B. Bàng quang co bóp yếu: do có tổn thương trong vòng cung phản xạ. Điều này có thể xảy ra trong các bệnh đái tháo đường, Parkinson hay tổn thương não.

3. Những vấn đề phải đối phó

A. Nhà vệ sinh ở xa

Việc này xảy ra với thay đổi môi trường đặc biệt khi bệnh nhân vào viện, vào nhà dưỡng lão hoặc khi bắt buộc nằm tại giường.

B. Cử động đau hoặc chậm chạp

Có thể do bị đột quỵ, viêm khớp, giai đoạn lạnh của bệnh Parkinson hay giảm khéo léo của tay.

C. Những vấn đề của chức năng tâm thần

Khi bị suy não mạn tính, bệnh nhân có thể không chú ý đến cảm giác của bàng quang và khi chú ý đến, không biết phải làm gì. Người ấy có thể đi tiểu nhầm chỗ, như đi vào một chậu hoa hay một sọt giấy. Người ấy đến nhà vệ sinh không biết để làm gì lại đi ra. Những bệnh tâm thần như trầm cảm hay nghiện rượu cũng có thể gây ra không cảm được tiểu tiện.

4. Những bệnh kết hợp

Những bệnh kết hợp, làm cho bệnh nhân chậm chạp và phụ thuộc vào người khác, cũng có thể gây không cầm được tiểu tiện. Ví dụ: gãy xương đùi, tai nạn, hay đái tháo đường mới phát hiện.

5. Bệnh do thuốc

Những thuốc gây KCDTT (đái dầm) có thể xếp loại như sau:

A. Thuốc làm giãn cơ trơn

Phenothiazin: prochlorperazin, thioridazin, chloro-promazin ; các chất levodopa như Sinemet, và Madopar; propanthelin, hydralazin và salbutamol.

B. Thuốc làm tăng trương lực đường bài xuất

Propanalol, ergotomin.

C. Thuốc làm giảm trương lực đường bài xuất gây không cầm được tiểu tiện do stress thí dụ methylidopa.

D. Các chất chống cholinergic

Amitryptillin và imipramin.

E. Thuốc lợi tiểu

Gây đi đái nhiều. Trừ khi bệnh nhân được báo trước, điều đó có thể gây không cầm được tiểu tiện.

XỬ LÝ KHÔNG CẦM ĐƯỢC TIỂU TIỆN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU

Chẩn đoán không cầm được tiểu tiện

- Nghi ngờ
- Hỏi bệnh sử
- Khám bệnh : - chung
- chuyên khoa, khu đáy chậu.

1. Nghi ngờ không cầm được tiểu tiện

Không gì thay thế được thăm bệnh tại nhà. Người cao tuổi đặc biệt dễ dặt đối với KCĐTT. Thăm bệnh tại nhà, thấy quần áo giặt đang phơi, loại quần áo giặt, mùi trong nhà, định hướng được vấn đề. Khi đã rõ, đặt ra một cách tế nhị với bệnh nhân, chiếm lòng tin của họ, để họ có thời gian.

2. Lấy bệnh sử

A. Bệnh nhân bị không cầm được tiểu tiện từ bao giờ?

Có liên quan gì đến việc vào bệnh viện, thay đổi môi trường, mới bị bất động, ốm đau, phẫu thuật hay theo sau một cuộc cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo?

B. Loại không cầm được tiểu tiện

Có khẩn cấp không? Loại do stress, tràn đầy hay hỗn hợp?

C. Kiểu mẫu

Một việc quan trọng là hỏi bệnh nhân hoặc người trong gia đình để biết trong 24 giờ lúc nào nước tiểu chảy ra và lúc nào không có nước tiểu. Lúc đó sẽ biết đại đấm xảy ra ban đêm hay ban ngày, hay cả ngày lẫn đêm, sẽ biết sự liên hệ của nó với thuốc men hoặc với sự thay đổi tư thế nào đó của bệnh nhân.

D. Những triệu chứng kết hợp

Có kết hợp với sự căng thẳng khi đi tiểu, có nghĩa là khi ở nhà vệ sinh thì nước tiểu ra khó, nhưng sau đó lại ra (khi đã ra khỏi nhà vệ sinh). Có triệu chứng đi tiểu ngập ngừng hay khó đi tiểu (dysuria) không ?

E. Bệnh lý khác

Đặc biệt tìm xem có táo bón không ? Có bệnh nào khác phối hợp như ung thư, đái tháo đường, bệnh Parkinson hay viêm khớp ? Có cuộc phẫu thuật nào vừa mới tiến hành, thí dụ cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo không ? Kiểm tra trạng thái tâm thần của bệnh nhân. Có lẫn không ? Có bệnh nào khác chống lên nữa không?

F. Thuốc

Đặc biệt, kiểm tra các thuốc lợi tiểu, thuốc ngủ, thuốc chống cholinergic và thuốc chống trầm cảm.

G. Xác định bệnh sử

Qua một thành viên gia đình tin cậy hoặc một bạn thân.

3. Khám bệnh

Phải tế nhị và chiếm được cảm tình.

A. Khám thể chất

Khám chất thể đầy đủ là rất quan trọng kể cả khám hệ thần kinh đầy đủ. Nhớ rằng một bệnh thần kinh nào đó và bệnh Parkinson có thể gây KCDTT. Nếu nghi là bệnh nhân đã lẩn, thì làm thử nghiệm tâm thần.

B. Khám chuyên khoa

a) Bụng: bàng quang có sờ thấy không ?

b) Đáy chậu: nói với bệnh nhân bài tiết trước khi khám. Giữ nước tiểu lại để xét nghiệm .

Ở nam : khám lỗ niệu đạo. Có hẹp niệu đạo không? Khám trực tràng. Có phân lèn chặt không? Tuyến tiền liệt có to không? Có u nào không?

Ở nữ : khám núm ở niệu đạo. Bảo họ ho, khi ho có vãi nước tiểu không? Khi ho, âm đạo có sa xuống không? Âm đạo có khô không? Có rõ là thiếu năng nội tiết oestrogen không ? Có thoát vị bàng quang, thoát vị trực tràng không ? Có sa âm đạo không ? Khám trực tràng để tìm phân lèn chặt hoặc u. Tiếp tục khám bệnh bằng đặt một ống thông và đo lượng nước tiểu tón đọng . Nếu lượng đó dưới 100ml thì là bình thường đối với người cao tuổi, nếu quá 100ml thì phải xử lý (xem bên dưới).

Điều trị không cầm được tiểu tiện

Khi đã loại trừ các nguyên nhân thoáng qua (nhất thời) mới khẳng định KCDTT(đái dầm). Nếu là thoáng qua thì chữa nguyên nhân gây ra, còn nếu là KCDTT (đái dầm) đã được khẳng định thì cần để phòng các biến chứng.

Xử lý những nguyên nhân lâm sàng của không cầm được tiểu tiện

Thoảng qua : điều trị nguyên nhân

- Không cầm được tiểu tiện do stress
- Phân bị lèn chặt do táo bón
- Nước tiểu tổn đọng
- Nhiễm khuẩn
- Viêm teo âm đạo
- Tâm lý
- Đái nhiều
- Do thuốc
- Nhà vệ sinh ở xa

Đá khẳng định : để phòng biến chứng

- Băng + khố
- Thông (gián đoạn , thường xuyên)
- Các yếu tố khác

Xử lý không cầm được tiểu tiện thoảng qua

1. Không cầm được tiểu tiện do stress

Nếu bệnh nhân chưa cao tuổi có thể tiến hành các bài tập về đáy chậu. Chuyển giao thầy thuốc lý liệu . Nếu sa âm đạo nặng và bệnh nhân muốn mổ thì chuyển giao thầy thuốc phẫu thuật phụ khoa. Nếu bệnh nhân không

muôn mớ thì một vòng đặt trong âm đạo có thể giữ bằng quang không cho sa xuống. Phải thay vòng 3 tháng một lần. Dùng nước, xà phòng rửa sạch vòng rồi lại đặt lại sau khi đã rửa âm đạo.

2. Phân bị lên chặt

3. Nước tiểu tổn đọng

Nếu tổn đọng do to tuyến tiền liệt, phải mổ.

Tổn đọng không có nguyên nhân rõ ràng có thể do thiếu hiệp đồng giữa bàng quang và niệu đạo. Có thể dạy cho bệnh nhân tự thông lấy hoặc người trong gia đình thông tiểu tiện về ban đêm trong khoảng một tuần. Khi nước tiểu tổn đọng bị loại rồi thì co bóp, đóng mở có thể được trở lại bình thường.

4. Nhiễm khuẩn

Điều trị nhiễm khuẩn đường niệu. Nếu quá ba đợt kháng sinh mà không đỡ thì cũng thôi kháng sinh, vì có thể có kháng thuốc.

5. Viêm teo âm đạo

Có thể điều trị bằng kem có α strogen, cách một đêm dùng một lần. Đối với bệnh nhân cao tuổi sức yếu, dùng ethinyl- α stradiol 0,01mg hàng ngày, trong 6 tuần. Thỉnh thoảng lại dùng một đợt điều trị. Chứa chảy máu thường không thành vấn đề.

6. Yếu tố tâm lý

Không nên cho là bệnh nhân dai dăm để, để thu hút

sự quan tâm của người chung quanh. Theo kinh nghiệm của tôi thì không có ai làm vậy, nếu là người không quân trí

7. Đái nhiều

Nếu bệnh nhân thường xuyên đái ra những lượng lớn nước tiểu, xem có bệnh đái tháo đường không ? Có dùng quá nhiều thuốc lợi tiểu không? Thận có vấn đề gì không?

8. Thuốc

Xem việc dùng thuốc, chấn chỉnh lại. Tốt nhất là viết rõ ràng cách dùng thuốc và đưa cho người nhà để thi hành và theo dõi.

9. Vấn đề nhà vệ sinh

Nếu bệnh nhân bị bất động tạm thời, thì dùng xô vớt, ghế đi ỉa.

Xử lý không cầm được tiểu tiện đã khẳng định

Xử lý bằng cách không cho nước tiểu làm ướt da và tránh mùi.

Tránh táo bón, dùng băng thấm hoặc dùng các ống thông (catheter) trong một số ca chọn lọc. Tổ chức cấp chăm sóc gồm điều dưỡng viên, người trong gia đình, cán bộ hướng dẫn sinh hoạt và cả bệnh nhân nữa.

Để phòng loét (do đè ép) bằng cách giữ bệnh nhân ở tình trạng động nếu có thể. Trờ mình bệnh nhân, thay đổi tư thế từng giờ một, trong suốt 24 giờ /ngày.

1. Băng và quần dùi

Băng hiện đại hút nước mạnh có thể làm cho bệnh nhân được khô ráo và không có mùi khó chịu. Thấy thuốc phải làm quen với các loại băng được bán ở trong khu vực của mình. Một vài nhà sản xuất cử người hướng dẫn cách dùng cho người bệnh mua hàng của họ. Các loại băng này được bệnh nhân và gia đình chấp nhận.

2. Ống thông

Trước khi dùng ống thông phải trao đổi với bệnh nhân và gia đình. Nói rõ mọi tình huống và để cho họ quyết định. Các băng và quần hiện đại thuận lợi nhưng đắt tiền, nếu bệnh nhân phải tự túc thì cũng có khó khăn.

Các loại thông có thể chia làm : gián đoạn và thường xuyên.

A. Thông gián đoạn (thông từng lúc)

Có thể huấn luyện cho bệnh nhân hoặc người trong gia đình làm. Loại này có chỉ định ở bệnh nhân có triệu chứng tâm thần và ứ đọng nước tiểu, hoặc bị một tổn thương tuỷ sống. Phải dặn bảo đảm vệ sinh(trước khi thông và sau khi thông: rửa ống thông bằng xà phòng và nước). Số lần thông gần như số lần đi tiểu trong ngày và làm vào lúc thuận lợi cho bệnh nhân. Cách thông này ít nhiễm khuẩn hơn là thông lưu. Cái lợi là ít biến chứng, thực hiện vệ sinh dễ dàng và người trong gia đình có thể học cách làm được.

B. Thông thường trực

Có chỉ định đối với bệnh nhân ướt dầm dể, đã có hoặc có nguy cơ loét. Thông thường dùng ống thông Foley bằng cao su hoặc silicon. Ống thông silicon có lợi là nó có thể để được ba tháng tại chỗ nếu rửa qua ống thông được đều đặn. Cỡ thông thường là 16 G - 18 G. Chỉ nên để một khối lượng chất lỏng trong bóng Foley từ 5 - 10ml thôi, vì nếu ống thông kích thích bệnh nhân thì họ có ý, muốn kéo ống thông ra.

Nếu trong bóng có trên 10ml thì niệu đạo có thể bị tổn thương.

Nếu có rò rỉ chung quanh ống thông, cho propanthelin 15mg, ba lần /ngày. Nếu dùng một ống thông cỡ to hơn thì niệu đạo sẽ giãn ra hơn. Bảo đảm nước thông và tránh dùng kháng sinh. Hàng tuần phải súc rửa ống thông bằng nước muối sinh lý hoặc nước lã đun sôi. Nếu nghi nhiễm khuẩn đường tiết niệu, rửa bằng quang bằng dung dịch 1:5000 chlorhexiden hàng ngày trong 3 ngày.

3. Các yếu tố khác

Cần cân nhắc khi chưa khám được tiểu tiện đã khẳng định.

A. Chi phí

Bệnh nhân cao tuổi ít tiền, không mua được băng đất tiến. Có người không có tiền thuê điều dưỡng viên đến làm việc tại nhà. Ở nhiều nước, có giúp đỡ nhân đạo về tài chính nhưng nhiều người có tuổi cũng không muốn nhận.

B. Nhu cầu dịch vụ cho người không cảm được tiểu tiện

Ở Xingapo có một số công ty đã tổ chức dịch vụ này. Có " đường dây nóng" : ai bị KCDTT thì gọi điện thoại cho họ một cách kín đáo. Ở những cộng đồng nhỏ, dịch vụ này làm không khó và đáng được khuyến khích. Điều này quan trọng vì KCDTT tạm thời có thể được ngăn chặn, không trở thành thường xuyên khi đường dây nóng được tổ chức tốt.

C. Tín ngưỡng truyền thống về không cảm được tiểu tiện

Ở nhiều nước, người ta cho rằng KCDTT(đái dầm) là cộng rơm cuối cùng, là sự suy thoái cuối cùng trước khi chết. Theo một thành ngữ Quảng Châu, đái dầm cũng có nghĩa là suy sụp cuối cùng, cần đưa ra khỏi nhà (Lim CY).

4. Huấn luyện các điều dưỡng viên

Việc này cần thiết, đặc biệt là ở các khoa trong bệnh viện. Điều dưỡng viên phát hiện KCDTT (đái dầm) ở bệnh nhân lần đầu, có thể ngăn cản triệu chứng này phát triển. Đây là một bệnh nhân cao tuổi vì họ đái dầm còn xuất hiện ở các bệnh phòng, có thể có tác động tai hại tới trạng thái tâm thần bệnh nhân.

TÁO BÓN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Người cao tuổi thường bị táo bón. Nhiều người cao tuổi kêu ca về táo bón, nhưng lại bị thành kiến là bị loạn thần kinh chức năng. Buồn thay, họ rất khổ vì táo bón. Có nhiều nguyên nhân của táo bón ở người cao tuổi. Tuổi tác làm cho ruột bị yếu đi, phân bị khô. Chế độ ăn

lại ít chất xơ. Người cao tuổi uống ít vì sợ đi tiêu nhiều. Có nhiều người cao tuổi quen với thuốc tẩy và không thoát được thuốc nhuận tràng. Những tổn thương hậu môn đau đớn cũng ảnh hưởng đến cử động của ruột. Viêm khớp, v.v... làm cử động bị hạn chế và đau.

Ngồi hoặc gối xồm khi đại tiện không ra hết được phân. Việc dùng thuốc cũng có ảnh hưởng : một số thuốc gây táo bón thí dụ thuốc chống cholinergic, thuốc giảm đau, thuốc chống trầm cảm và các hợp chất có sắt uống. Các yếu tố tâm lý kể cả bệnh trầm cảm và sa sút trí tuệ cũng gây táo bón. Cuối cùng đường thoát phân có thể bị cản do một u nào đó.

Những biến chứng của táo bón

Một trực tràng quá tải gây kích thích, bốn chôn mà người bệnh lúng túng hoặc bất lực khi nói tới. Nếu bệnh nhân đã lần thì lại càng lần. Nếu bệnh nhân trước đây không lần, một tình trạng lần cấp tính có thể xuất hiện lần đầu tiên. Khi táo bón nặng hơn nữa thì sự tắc ruột có thể xuất hiện gây ra nôn mửa. Khi bệnh nhân dùng nhiều thuốc nhuận tràng quá, có thể xảy ra không cảm được đại tiện tràn lan.

Cách xử lý

1. Để phòng

a) Cần nhớ rằng người có tuổi ốm yếu dễ bị táo bón. Khi cho thuốc nhuận tràng phải giải thích cho họ và người thân cận kẻ về cách dùng.

b) Sau khi ra viện, nghỉ tới táo bón theo sau bất động, bị thêm bệnh, v.v.... Chẩn đoán và điều trị.

2. Điều trị

Nếu phân quá khô, quá cứng, lèn chặt trực tràng, phải lấy ra bằng tay. Việc lấy hết phân ra kéo dài hàng tuần nên cần có điều dưỡng viên am hiểu tham gia. Người có tuổi không thể để cho móc phân ra hàng ngày mà thường chỉ 2 buổi trong một tuần là đủ. Nếu phân mềm có thể dùng cách thụt tháo. Khi phía dưới trực tràng chưa thông mà đã cho thuốc nhuận tràng thì bệnh nhân có thể đau quặn ở bụng. Khi đã lấy hết phân ra rồi thì bắt đầu chế độ sau đây:

Thuốc nhuận tràng : Senokot cách một đêm lại dùng 2 - 5 viên.

Thuốc đặt hậu môn : sáng sớm hôm sau nếu không có nhu động của ruột, thì đặt hậu môn 1 viên glycerin cộng với 1 viên Dulcolax.

Đối với người dùng thuốc nhuận tràng đều đặn nên tránh cho những hợp chất có paraffin hay dầu. Ở người cao tuổi, ốm yếu những hợp chất đó gây:

- Viêm phổi sặc
- Ruột non bị trảng dầu, nên hấp thu kém các vitamin tan trong mỡ.
- Rỉ dầu quanh hậu môn.

KHÔNG CẦM ĐƯỢC ĐẠI TIỆN

KCDDT (lạ dùn) thấy ít hơn KCDTT và có thể khắc phục được trong đại bộ phận trường hợp.

Nguyên nhân của không cầm được đại tiện

- Tồn đọng phân do: nứt (hậu môn) hoặc trĩ, thay đổi môi trường, ngăn không thích ăn, ăn ít, rối loạn tâm thần, thuốc : sát, kháng sinh, giảm đau, chống trầm cảm.
- Ỉa chảy do nhiễm khuẩn, viêm ruột non, hội chứng ruột bị kích thích, sa trực tràng, viêm trực - kết tràng, kém hấp thu, bệnh thần kinh trong đái tháo đường.
- Nguyên nhân khác : thuốc nhuận tràng , kháng sinh, giảm đau, suy não, bất lực do thần kinh.

Xử lý không cầm được đại tiện

1. **Hỏi bệnh sử :** Đã lâu chưa ? Tính toán thời gian ? Trước đây đi đại tiện như thế nào ? Có dùng thuốc nhuận tràng hay không? Tập quán ăn ? Các dịp đi đại tiện ?

2. **Khám thể chất:** toàn diện như trong KCDTT.

3. **Xét nghiệm:** xét nghiệm phân, X quang bụng, xét nghiệm máu (tìm thiếu máu), protein máu, đường máu.

4. Điều trị

a) Nếu phân lên chát : lấy đi bằng tay Thụt phosphat, thụt dầu. Ăn nhiều chất có sợi.

b) Nếu không thành công, dùng cách tháo có kế hoạch: Senokot về đêm tiếp theo đó: thụt hay thuốc đặt hậu môn sáng hôm sau, một tuần ba lần.

c) Ía chảy: điều trị nguyên nhân.

5. Những dụng cụ nhỏ thụt phosphat bán ở hiệu thuốc có thể dùng cho bệnh nhân tự chữa, còn gọi là microlax hay atomic.

Chương 6

Bệnh Parkinson

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Trong bệnh Parkinson những tế bào của hạch đáy (basal ganglia) giảm xuống dưới 20% mức bình thường.

Những triệu chứng tương tự có thể xảy ra nếu chất dopamin ở liềm đen bị giảm xuống dưới 20%, như khi bị tác động của một số thuốc thí dụ phenothiazin hay butyrophenon. Khi thôi thuốc, sau nhiều tuần và nhiều tháng, thường ra thì tình hình lại trở lại bình thường.

Hội chứng Parkinson là tên gọi cho một hội chứng lâm sàng gồm thiếu năng vận động, cứng đơ và run lấy bầy. Hội chứng này có thể xảy ra trong các bệnh thiếu năng tuyến giáp, bệnh mạch máu não, sa sút trí tuệ trước tuổi già, và hội chứng suy não mạn tính.

Những nguyên nhân khác của bệnh Parkinson, trong đó các tế bào của liềm đen bị huỷ hoại là ngộ độc do carbon monoxid và gấm dây hơn, ngộ độc do mangan và ngộ độc MPTP là sinh chất phụ khi tổng hợp heroin tại nhà. Dạng bệnh Parkinson này mới được mô tả ở một số người sản xuất heroin ở Mỹ.

Bảng 6.1 SỰ QUAN HỆ GIỮA HỘI CHỨNG PARKINSON VÀ BỆNH PARKINSON

	Hội chứng Parkinson		
	Bệnh Parkinson	Giảm dopamin	Phần các rối loạn khác
Sự thay đổi trong não	Giảm chức năng của những tế bào liếm đen do :	Tế bào nguyên vẹn	Suy não mạn tính do :
Nguyên nhân	• Tự phát 90% • Tế bào bị huỷ do toxin (độc tố), thí dụ: ngộ độc do mangan, đồng (bệnh Wilson) methyl phenyl tetrahy. dropyridin (MPTP)	Do thuốc: phenothiazin, butyrophenon	Bệnh Alzheimer Xơ cứng động mạch Thiếu năng tuyến giáp Say rượu.

Việc phát hiện sự sa sút trí tuệ trước tuổi già và hội chứng suy não mạn tính rất quan trọng. Những bệnh nhân đó bị lú lẫn trước khi dùng các thuốc chữa bệnh Parkinson. Họ không đáp ứng tốt với thuốc và tình trạng lú lẫn của họ có thể tăng thêm. Những triệu chứng của họ thường do sự lan rộng những vấn đề bệnh lý của vỏ não không phải chỉ do bệnh lý của hạch đáy mà thôi.

Không ai nghi ngờ rằng liệu pháp chống cholinergic (thí dụ dùng benzhexol) có thể gây lú lẫn bất phục hồi ở một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân đã ở nhóm tuổi cao hơn khi bắt đầu liệu pháp đó. Đó là do việc giảm acetylcholin, một chất rất cần cho não. Như vậy là phải tránh dùng những thuốc chống cholinergic ở những bệnh nhân cao tuổi, yếu đuối.

DỊCH TẾ HỌC

Trong dân số chung thế giới, bệnh Parkinson tự phát được tìm thấy ở 100 - 180 người trên 100.000 người (10 - 18 người trên một vạn) ; so với số người trên 60 tuổi thì tỷ lệ mắc bệnh này là 1 - 1,5 %. Do tỷ lệ bệnh này tăng theo tuổi nên mức tuyệt đối của nó tăng lên với việc tăng số người cao tuổi.

Chẩn đoán phân biệt bệnh Parkinson

- Những nguyên nhân khác của hội chứng Parkinson
 - Thiếu năng tuyến giáp
 - Bệnh mạch máu não
 - Sa sút trí tuệ tiền lão
 - Hội chứng não mạn tính
- Những nguyên nhân khác gây run rẩy (tremor) ở tuổi già
 - Hội chứng Parkinson
 - Sinh lý
 - Tiểu não

Năm 1988, ở Xingapo số người trên 60 tuổi so với dân số là 10%. số bệnh nhân Parkinson là 3000. Năm 2030, số người trên 60 tuổi so với dân số là 25%, số bệnh nhân Parkinson dự kiến là 7500.

Nên nhớ là không phải run rẩy nào cũng đều là bệnh Parkinson. Người có tuổi thường run tay.

- *Chúng run trong bệnh Parkinson* : rất rõ ràng khi nghỉ, nếu chú ý đến nó thì nó lại tối tệ hơn và có tính chất lan viên. Khi ngủ và khi cử động tự ý thì nó biến đi.
- *Run vô căn* (hay run người già, run lạnh tính) tăng lên khi nâng cốc, khi có stress và chỉ uống chút ít rượu là nó biến đi. Đây là một yếu tố để chẩn đoán.
- *Run sinh lý* thì chúng ta ai cũng có song nó không có ý nghĩa gì. Khi lo lắng hay cường tuyến giáp thì nó tăng lên.
- *Run do tiểu não* chỉ nhận thấy khi tự ý cử động và nếu làm thử nghiệm cho tay lên mũi thì thấy run rõ hơn. Run này thường kết hợp với những triệu chứng tiểu não khác.

LÂM SÀNG

Thường người bị bệnh Parkinson đến khám bệnh ở khoa thần kinh. Hiện nay, khi số người cao tuổi tăng lên, số bệnh nhân tăng lên thì đa số họ được khám bệnh ở các thầy thuốc chuyên khoa về lão khoa, ở những nước

đã có chuyên khoa này. Ở những nước mà lão khoa chưa thành chuyên khoa, thì bệnh nhân Parkinson do thấy thuốc thực hành chung khám, trừ trường hợp cấp cứu.

Những biến chứng của một bệnh thoái hoá mạn tính ở người cao tuổi thường rộng hơn là bản thân bệnh đó. Những vấn đề nhu nuốt khó, táo bón, bệnh tiết niệu và không cảm được tiểu tiện, gia đình hiểu sai và đánh giá sai thái độ của bệnh nhân, tất cả những cái đó đều phải được quan tâm.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thường là vận động chậm chạp, giảm chức năng vận động, cứng đơ, run hoặc đau. Thỉnh thoảng không chẩn đoán ra là do thấy thuốc chỉ tìm triệu chứng run, triệu chứng này có thể không thấy ở bệnh nhân cao tuổi. Vận động chậm chạp và giảm chức năng vận động dẫn đến suy yếu và gây trở ngại đến lối sống. Muộn hơn, chúng dẫn đến ăn khó, viết chữ bé. Những triệu chứng này là do thiếu hiệp đồng các nhóm cơ nhỏ và khi làm vài động tác cùng một lúc thì lại càng kém. Muốn khắc phục tình trạng này, bệnh nhân rất mệt, kêu đau cơ hoặc đau bộ phận.

Ở những ca kéo dài, bệnh nhân gặp khó khăn trong khi giữ một tư thế, nói khó khăn và chỉ nói từng tiếng một, mất kiểm soát đối với các cử động không theo ý muốn, như vậy bệnh nhân nằm liệt giường và không giao tiếp được nữa. Da cũng bị tác động do tăng bài tiết. Bằng

quang và ruột bị trở ngại có thể do phân bị lèn chặt và tiểu tiện không cầm được.

Những biến chứng thường gặp nữa là viêm phổi, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, có thể dẫn đến tử vong.

Chứng lẫn không phải là một đặc trưng mà Parkinson đã mô tả, nhưng chứng này rất hay gặp ở bệnh nhân Parkinson. Có thể đó là do nhờ có L dopa mà họ sống lâu (trong 25% số ca người bệnh sống được thêm 20 năm kể từ khi phát bệnh) hoặc do dùng thuốc mà tác dụng phụ là những biểu hiện tâm thần. Nhưng ngày càng rõ là có một số sự kiện bệnh lý, thí dụ những mớ rối sợi thần kinh cũng cùng một bệnh lý tìm thấy trong não của bệnh sa sút trí tuệ kiểu Alzheimer.

Các gia đình xử lý tốt nếu họ được giúp đỡ, nhưng họ thất vọng trước những biểu hiện tâm thần của bệnh nhân.

Xử lý bệnh Parkinson

- **Xử lý chung**
 - Giúp đỡ gia đình
 - Giúp đỡ người bệnh
- **Thuốc men đặc hiệu**
 - Chống cholinergic
 - Dopaminergic
 - Tăng tác dụng dopamin
 - Các thuốc khác

Xử lý chung

1. Giúp đỡ gia đình

Giải thích từ đầu cho gia đình và cho bệnh nhân. Gia đình phải được thuyết phục thường xuyên. Người chăm sóc chính chịu sức ép lớn. Bác sĩ điều trị phải sử dụng kíp của mình để giúp đỡ gia đình cũng như trao đổi đều đặn với người chăm sóc.

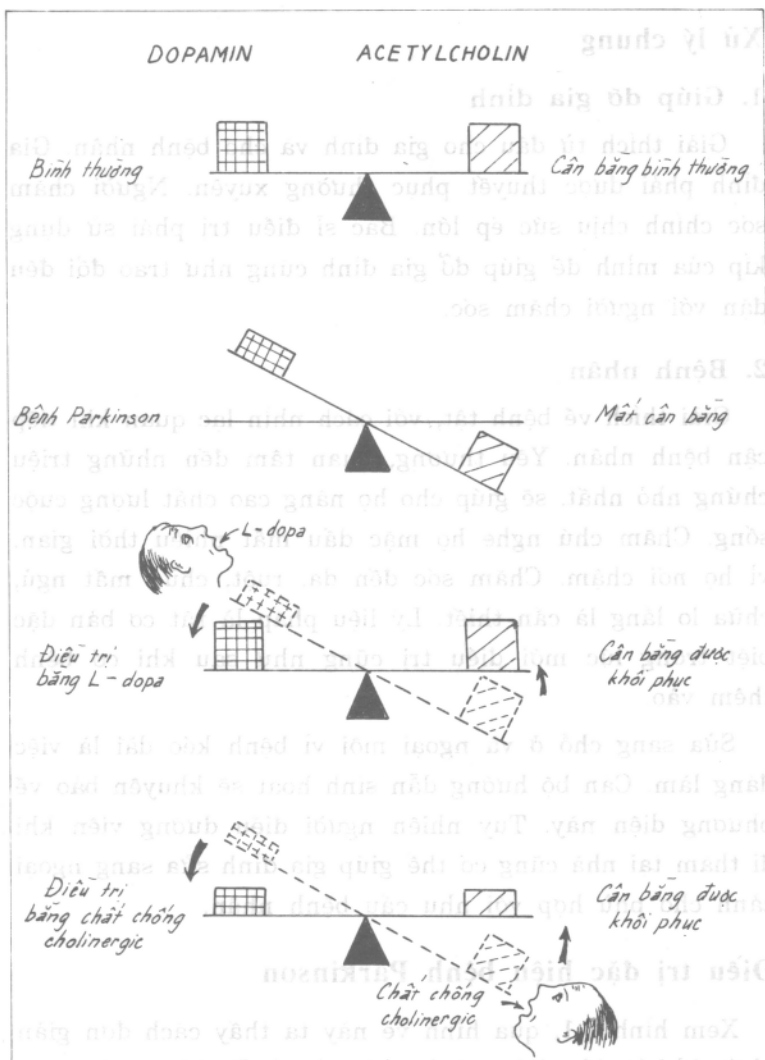
2. Bệnh nhân

Giải thích về bệnh tật, với cách nhìn lạc quan khi tiếp cận bệnh nhân. Yêu thương, quan tâm đến những triệu chứng nhỏ nhất, sẽ giúp cho họ nâng cao chất lượng cuộc sống. Chăm chú nghe họ mặc dầu mất nhiều thời gian, vì họ nói chậm. Chăm sóc đến da, ruột, chữa mất ngủ, chữa lo lắng là cần thiết. Lý liệu pháp là rất cơ bản đặc biệt trong lúc mới điều trị cũng như sau khi có bệnh thêm vào.

Sửa sang chỗ ở và ngoại môi vì bệnh kéo dài là việc đáng làm. Cán bộ hướng dẫn sinh hoạt sẽ khuyến bảo về phương diện này. Tuy nhiên người điều dưỡng viên khi đi thăm tại nhà cũng có thể giúp gia đình sửa sang ngoại cảnh cho phù hợp với nhu cầu bệnh nhân.

Điều trị đặc hiệu bệnh Parkinson

Xem hình 6.1, qua hình vẽ này ta thấy cách đơn giản nhất để bắt đầu điều trị đặc hiệu bệnh Parkinson là tăng lượng dopamin trong não, hoặc giảm acetylcholin.



Hình 6.1. Cân cân dopamin - acetylcholin.

1. Điều trị bằng thuốc chống cholinergic

Những thuốc chống cholinergic vẫn được dùng cho bệnh nhân còn trẻ bị run tay hoặc bài tiết quá nhiều. Không nên dùng cho người cao tuổi yếu đuối vì chúng có thể gây lẫn không phục hồi nhất là khi cho lần đầu.

Khi thôi thuốc rồi vẫn không thể phục hồi được. Cơ chế có lẽ là việc tiếp tục giảm acetylcholin trong não. Trong bệnh suy não mạn tính, mức acetylcholin đã thấp rồi. Nhưng nếu bệnh nhân chịu đựng được các chất chống cholinergic, không có phản ứng phụ thì họ vẫn có thể tiếp tục dùng.

Các tác dụng phụ là loé mắt, khô miệng và choáng váng(chóng mặt). Ở người có tuổi dễ cảm thụ có thể xảy ra ứ nước tiểu cấp tính và thiên đầu thống. Thuốc chống cholinergic thông dụng nhất là benzhexol, nhưng cũng có thể dùng benztropin và orphenadrin.

2. Thuốc tăng dopamin

Levodopa (L dopa) Đó là thuốc chủ bài trong điều trị bệnh Parkinson cho người cao tuổi. Nhưng nó chỉ cho kết quả tốt trong 6 - 10 năm đầu kể từ khi bắt đầu điều trị. Đó có thể là do các thụ thể (receptor) dopamin bị giảm đi theo tuổi. Ngày nay người ta chỉ cho levodopa khi chất lượng cuộc sống bị đe dọa bởi các triệu chứng của bệnh Parkinson. Những hợp chất có levodopa thường có thêm một chất ức chế decarboxylase. Chất men decarboxylase phá vỡ levodopa, làm cho chất này không

qua được hàng rào của máu não. Chất ức chế decarboxylase (benserazid và carbidopa) tác động một cách có hệ thống và giúp cho L dopa hoạt chất qua được hàng rào máu não với nồng độ cao hơn. Các hợp chất levodopa hiện nay dùng là Madopar (levodopa + benserazid) và Sinemet (levodopa + carbidopa). Hàm lượng thuốc trong mỗi viên (hoặc bao con nhộng) tùy theo mỗi nước sản xuất và thấy thuốc cần biết nồng độ đó ở trong nước mình.

Tác động của thuốc ngắn, nên phải phân đều trong ngày. Có những tác dụng phụ không mong muốn nhưng phải chú ý. Vẫn nên nhớ là chỉ dùng khi bệnh gây cản trở cho lối sống. Sau đây là một thí dụ về chế độ dùng thuốc, để cho liều phù hợp với đáp ứng và tránh tác dụng phụ.

Bảng 6.2. THÍ DỤ VỀ ĐIỀU TRỊ BẰNG L-DOPA Ở NGƯỜI CAO TUỔI (DÙNG SINEMET HAY MADOPAR)

Ngày	Bữa sáng	Bữa trưa	Bữa tối	Đêm
1	62.5	-	-	-
2	62.5	-	-	-
3	62.5	-	-	-
4	62.5	62.5	-	-
7	62.5	62.5	62.5	-
10	125.0	62.5	62.5	-
13	125.0	125.0	62.5	-
16	125.0	125.0	125.0	-

Khi có đáp ứng thì không được tăng thêm liều nữa, bệnh đỡ hẳn tức là không có tác dụng phụ. Nếu bệnh chưa đỡ mà đã có tác dụng phụ thì phải thôi levodopa. Liều 24 giờ không được quá 500mg nhưng tác dụng phụ có thể xảy ra trước khi dùng tới liều đó.

Liều thuốc uống phải ăn nhịp với thời gian hoạt động của bệnh nhân. Trừ khi bệnh nhân có nhu cầu dậy ban đêm hoặc trở mình trên giường, nên cho liều cuối cùng trong ngày lúc 18 giờ. Cách cho đó làm giảm mé sáng trong khi ngủ và tổng liều được giữ ở mức tối thiểu, để giảm thiểu tác dụng phụ.

A. Tác dụng phụ

Có thể có *ảo giác* làm cho bệnh nhân cảm thấy họ phát điên. Họ tỉnh và có thể tả ảo giác của mình, những ảo giác làm họ sợ hãi. Phải giải thích cho họ đó là tác dụng phụ của thuốc.

B. Loạn vận động

Loạn vận động (dyskinesia) là một chỉ định giảm liều thuốc. Tác dụng phụ này có thể nặng, làm mất ngủ và gây sút cân.

C. Huyết áp thấp tư thế

Đây là một tác dụng phụ gây tàn phế cho người cao tuổi vì có thể dẫn đến bất động hoàn toàn. Triệu chứng thường thấy là té ngã mặc dầu té ngã có thể do nguyên nhân khác trong bệnh Parkinson. Phải lấy huyết áp khi ngồi và đứng; nếu tụt huyết áp (tâm thu hoặc tâm trương) quá 20mm Hg thì đó là một chỉ định phải giảm liều.

Đáng tiếc, bromocriptin (một chất tăng tác dụng của L dopa) cũng gây tụt huyết áp.

3. Các thuốc tăng tác dụng của dopamin

A. *Bromocriptin*

Bromocriptin có thể làm tăng tác dụng của L dopa ở một số người cao tuổi. Thuốc tăng cảm thụ những tế bào còn lại để sử dụng dopamin. Do những tế bào trên cũng giảm đi theo tuổi, cho nên nếu bệnh tiến triển thì thuốc kém tác dụng. Sự tăng liều bị hạn chế bởi chứng lẫn (một tác dụng phụ).

Một lần nữa lại cần nhấn mạnh đến việc theo dõi liều lượng và tác dụng phụ. Nếu ở người cao tuổi, tác dụng phụ xảy ra trước khi bệnh đỡ thì phải thôi thuốc ngay. Tác dụng phụ gồm: giảm huyết áp tư thế, mơ mơ màng màng, uể oải, nôn mửa và những thay đổi về tâm thần. Thuốc phải được dùng trong 22 tuần mới có kết quả (Teychenne và cs., 1981) Ở người cao tuổi phải bắt đầu từ liều thấp. Thuốc cần 2 giờ để có tác dụng, cho nên liều đầu tiên phải được uống khi thức dậy. Cách cho thuốc như sau:

Bảng 6.3. CÁCH DÙNG BROMOCRIPTIN

Tuần lễ	Khi thức dậy (mg)	Trưa (mg)	Đêm (mg)
1	1.25	-	-
2	1.25	1.25	-
3	1.25	1.25	1.25
4	2.50	1.25	1.25

Ở bệnh nhân trẻ hơn, có thể dùng bromocriptin đơn thuần hoặc kết hợp với L dopa. Còn quá sớm để có thể kết luận là thuốc này tăng tác dụng của L dopa quá 10 năm.

B. Amantadin

Amantadin (Symmetrel) là một chất chống virus, một chất tăng tác dụng của L dopa nhẹ hơn là bromocriptin. Lúc đầu người ta cho rằng tác dụng của amantadin giảm đi trong vòng một vài tháng. Gần đây, Williamson thông báo có một số người có tuổi dùng được trong nhiều năm, khi thôi thuốc thấy xấu đi rõ rệt. Tác dụng phụ nhẹ, nhưng nếu dùng liều cao thì có thể xảy ra: những triệu chứng tiêu hoá, phù nề, phát ban, khô miệng, lẫn, trầm cảm và ảo giác.

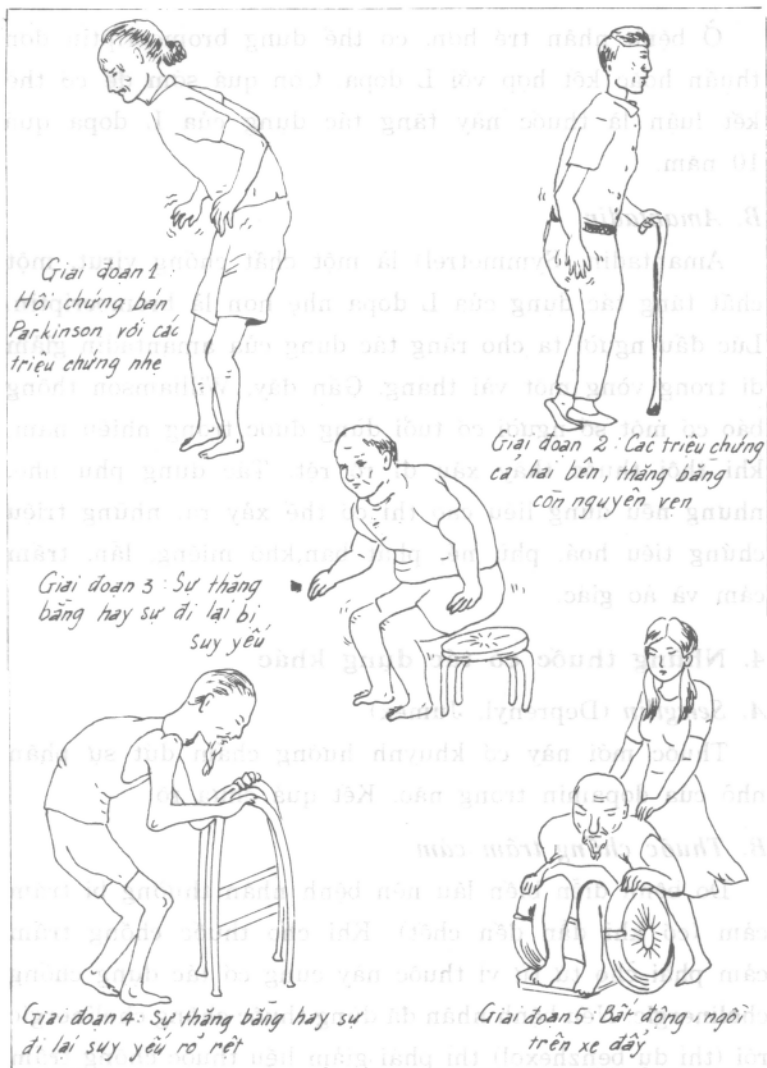
4. Những thuốc có tác dụng khác

A. Selegilin (Deprenyl, Jumex)

Thuốc mới này có khuynh hướng chấm dứt sự phân nhỏ của dopamin trong não. Kết quả chưa rõ.

B. Thuốc chống trầm cảm

Do bệnh diễn biến lâu nên bệnh nhân thường bị trầm cảm (có khi dẫn đến chết). Khi cho thuốc chống trầm cảm phải cho từ từ vì thuốc này cũng có tác dụng chống cholinergic. Nếu bệnh nhân đã dùng thuốc chống cholinergic rồi (thí dụ benzhexol) thì phải giảm liều thuốc chống trầm cảm đi.



Hình 6.2. Bảng thang của Hoehn & Yahr để phân đoạn sự tiến triển của bệnh Parkinson.

Do bệnh nhân Parkinson dùng nhiều thuốc nên cần làm phiếu dùng thuốc, để cho bệnh nhân và gia đình hiểu và làm theo (xem hình 10.3).

Giúp đỡ xử lý bệnh Parkinson

Bảng 6.4 sẽ nói đến cách xử lý bệnh Parkinson tùy theo từng giai đoạn. Cần nhớ rằng từng cá nhân lại có nhu cầu riêng ở những thời điểm khác nhau. Thấy thuốc chăm sóc sức khỏe ban đầu phải chú ý và đón trước những nhu cầu đó.

Tiền chi phí cho chữa bệnh

Cũng giống như dái tháo đường, bệnh Parkinson là một bệnh cần đến thuốc men và chăm sóc suốt đời. Ở Xingapo, chỉ riêng tiền thuốc đặc hiệu, như L dopa (Madopar, Sinemet) và bromocriptin (Parlodol) cần đến hàng trăm đô la trong một tháng.

Một số chính phủ hiểu tình hình đó và đã có trợ cấp. Nhưng ở một số nước khác, bệnh nhân chưa được hưởng điều đó. Cần có cách hỗ trợ cho họ.

Người thầy thuốc đặt vấn đề với các nhà chức trách có thẩm quyền để xin trợ cấp cho những trường hợp nói trên.

Bậc thang bệnh trạng

Thầy thuốc phải ghi nhận những tiến bộ và tiến trình của bệnh nhân Parkinson sau một khoảng thời gian nhất định. Bậc thang bệnh trạng của Hoehn và Yahr sẽ giúp cho đánh giá tình trạng hàng năm và làm tiên lượng. (Hình 6.2).

Bảng 6.4. XỬ LÝ BỆNH PARKINSON

Giai đoạn của bệnh theo bậc thang Hoehn và Yahr	Vai trò của thầy thuốc	
I Bệnh nhẹ II.	Chưa bắt đầu dùng thuốc nếu chưa có vấn đề gì trong lao động hoặc trong hoạt động hàng ngày.	Giáo dục bệnh nhân và gia đình
III. Vừa	Bắt đầu điều trị : giải thích tác dụng thuốc và tác dụng phụ. a) Run rẩy; b) Cứng đờ. Vận động chậm chạp. Giảm chức năng vận động.	Nếu tuổi >55 Ldopa +DI* ±bromocriptin. Nếu tuổi <55 chỉ cho bromocriptin hoặc Ldopa + DI hoặc phối hợp
IV. Nặng V.	Có thể tăng liều và đã đến liều tối đa. Hết mức tăng liều Có thể giảm thuốc.	Giảm liều Ldopa và bromocriptin hay amantadin.

(*) DI : ức chế decarboxylase

Điều trị lý liệu và các cách điều trị khác	Những vấn đề y học và xã hội cần sự giúp đỡ và giải thích của thầy thuốc
Gặp nhà điều trị học Gặp cán bộ y tế xã hội	Những hiểu lầm của gia đình
Liệu pháp phục hồi chức năng và tổ chức điều trị duy trì.	Táo bón Khó khăn về tiết niệu. Án kềm Cử động khớp hạn chế.
Nếu tuổi <65, dùng thuốc chống cholinergic	Các tác dụng phụ của thuốc. - Giấc mơ xấu - Áo giác - Té ngã - Huyết áp thấp tư thế
Nhờ cán bộ hướng dẫn sinh hoạt giúp đỡ	Phân lèn chặt Không cầm được tiểu tiện. Loét do đè ép.
Xử lý không cầm được tiểu tiện, chăm sóc tại nhà.	Phản xạ ho kềm. Nhiễm khuẩn ngực (phổi) Stress của người chăm sóc Vấn đề tài chính.

TIỀN ĐOÁN TRONG BỆNH PARKINSON

Ghép não gần đây nhất đã đem lại hy vọng cho các bệnh nhân Parkinson. Lúc đầu các nhà ngoại khoa Thụy Điển ghép bằng những mô sản xuất ra adrenal dopamin của chính bệnh nhân, song sau một vài tháng mô đó bị chết trong não và loại ra. Gần đây nhất khi dùng mô não từ bào thai 8 - 10 tuần, có vẻ như tổ chức này sinh sản được ở người nhận (bệnh nhân). Chưa biết kết quả lâu dài và vấn đề này cũng đặt ra những vấn đề về y đức.

Năm 1987, một kíp người Mêhicô đã tiến hành ghép bào thai ở hai bệnh nhân, sau đó là Hitchcock ở Birmingham (Anh). Cả hai kíp (Mêhicô, Anh) thông báo có tiến bộ ngay. Cần theo dõi lâu dài các bệnh nhân này (các chương trình ở Lund và London). Chưa ai làm thêm ca nào (1988).

Nhiều bệnh nhân muốn được ghép. Thấy thuốc cần theo dõi vấn đề này.

NHÓM HỖ TRỢ

Ở nhiều nước những nhóm hỗ trợ được thành lập để nâng cao hiểu biết về bệnh Parkinson cho bệnh nhân, gia đình, cộng đồng, để giúp đỡ cho bệnh nhân và người thân của họ. Thấy thuốc và điều dưỡng viên phải đóng vai trò tích cực trong việc phổ biến thông tin cho những người ít hiểu biết.

KẾT LUẬN

Bệnh Parkinson là một thí dụ về bệnh thoái hoá ở tuổi cao, với những hậu quả sâu sắc cho bệnh nhân và gia đình. Thấy thuốc điều trị bệnh nhân cần học hỏi về tác động qua lại của bệnh tật, môi trường và các yếu tố xã hội tức là về sức khoẻ của người cao tuổi. Vì bệnh Parkinson không thể chữa khỏi ở thời đại chúng ta nên thấy thuốc phải biết cách xử lý với một cách nhìn sáng suốt các vấn đề có liên quan. Những bệnh nhân đó và người chăm sóc họ cần sự giúp đỡ của thấy thuốc và kíp y tế. Nhờ có sự giúp đỡ, chất lượng cuộc sống được tốt hơn.

Chương 7

Đột quy

VÀO ĐỀ

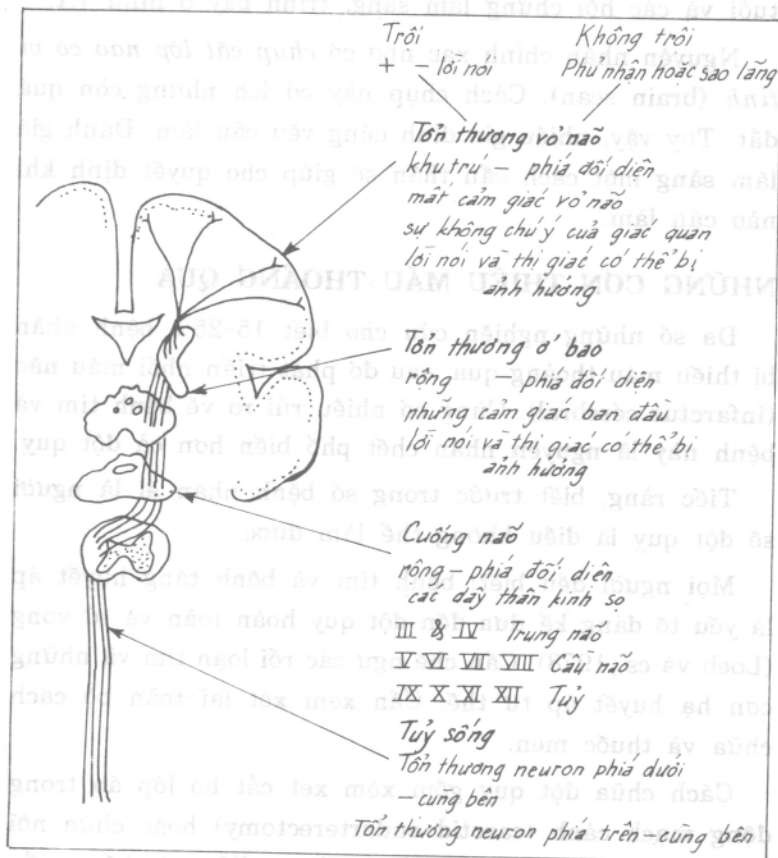
Số đột quy trên toàn thế giới tăng lên rõ rệt, do số người cao tuổi đã tăng. 1/8 số người chết ở Anh là do đột quy, còn ở Xingapo thì những tai biến tuần hoàn não là nguyên nhân chết cao hàng thứ ba.

Tuổi tác là yếu tố bất lợi trong tiên lượng bệnh tật ở người cao tuổi. Từ 33 đến 50% số họ chết trong 3 tuần đầu. Trong số người sống sót, thì 25% tự lập được, 50% tự lập có người giúp và 25% hoàn toàn phụ thuộc vào người xung quanh. Những tỷ lệ này tùy thuộc vào khả năng phục hồi chức năng cho bệnh nhân cao tuổi, các số liệu trên là ở nước Anh (Coakley, 1985). Người ta đã thấy rằng những người cao tuổi được vào nằm trong khoa đột quy (đơn vị đột quy) hoặc một phòng lão khoa, có đủ tiện nghi để phục hồi chức năng, thì đạt được trình độ chức năng cao hơn. Một thống kê khác trong một khoa đột quy cho thấy nếu cán bộ hướng dẫn sinh hoạt được đưa đến sớm, thì tiên lượng về khả năng tự lập của bệnh nhân tốt hơn. Có lẽ là do cả bệnh nhân lẫn gia đình sẽ làm quen với khái niệm tự lập về chức năng tốt hơn.

Nguyên nhân đột quỵ ở người cao tuổi

80%... nhồi máu não

20%... nghẽn mạch hay chảy máu.



Hình 7.1. Các vị trí thông thường của tổn thương và các kết quả lâm sàng gây ra.

Nguyên nhân ngoài mạch máu ở người cao tuổi ,thấp: 1,2% là u, như một thống kê gần đây cho biết (O' Brien và cs., 1987).

Vị trí: vị trí thông thường của tổn thương ở người cao tuổi và các hội chứng lâm sàng, trình bày ở hình 7.1.

Nguyên nhân chính xác nhờ có *chụp cắt lớp não có vi tính* (brain scan). Cách chụp này có ích nhưng còn quá đắt. Tuy vậy, nhiều gia đình cũng yêu cầu làm. Đánh giá lâm sàng một cách cẩn thận sẽ giúp cho quyết định khi nào cần làm.

NHỮNG CON THIẾU MÁU THOẢNG QUA

Đa số những nghiên cứu cho biết 15-25% bệnh nhân bị thiếu máu thoáng qua, sau đó phát triển nhồi máu não (infarctus cérébral). Cũng có nhiều rủi ro về bệnh tim và bệnh này là nguyên nhân chết phổ biến hơn cả đột quy.

Tiếc rằng, biết trước trong số bệnh nhân ai là người sẽ đột quy là điều không thể làm được.

Mọi người đều biết: bệnh tim và bệnh tăng huyết áp là yếu tố đáng kể đưa đến đột quy hoàn toàn và tử vong (Loeb và cs., 1978). Cần chế ngự các rối loạn tim và những cơn hạ huyết áp tư thế. Cần xem xét lại toàn bộ cách chữa và thuốc men.

Cách chữa đột quy gồm xem xét cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh (carotid endarterectomy) hoặc chữa nội khoa với những chất chống đông hoặc điều trị chống tiểu cầu (antiplatelet therapy).

ĐỘT QUY CẤP TÍNH

Có phải là đột quy không?

Chẩn đoán phân biệt với đường huyết cao hoặc hạ đường huyết, khối tụ máu (hématome) dưới màng cứng (bệnh nhân bất tỉnh sâu với liệt nửa người nhẹ) hay u (nếu đột quy không toàn bộ trong vòng 24 giờ). U chiếm 0,4% các đột quy ở người cao tuổi, thường có thêm lú lẫn và thiếu năng thần kinh tiến triển. Để chẩn đoán, khi cần, và có khả năng, dùng X quang cắt lớp có vi tính (scanning or computer tomography).

Ở nhà hay ở bệnh viện?

Nếu là thiếu máu thoáng qua hoặc đột quy nhẹ thì để ở nhà. Sau khi được giải thích, dù tiên lượng xấu, gia đình vẫn muốn giữ bệnh nhân tại nhà. Họ cần được giúp đỡ về điều dưỡng, phòng tránh loét, chăm sóc bàng quang và ruột, và có thể cả cho ăn uống. Đó là cơ hội lý tưởng để sử dụng kíp y tế, điều dưỡng viên tại nhà và có thể cả cán bộ y tế xã hội. Các ca khác cần được đưa vào bệnh viện.

Tiên lượng?

Bảng 7.1. CÁC DẤU HIỆU TIÊN LƯỢNG (WADE, 1986).

<i>Thiếu hụt thần kinh</i>	<i>Tiên lượng</i>
Liệt nửa người không biến chứng (86%)	Tốt
Chỉ có loạn chức năng não cao hơn (100%)	Tốt
Chỉ có bán manh (100%)	Tốt
Liệt nửa người và bán manh	Theo dõi
Liệt nửa người và loạn chức năng não cao hơn	Theo dõi
Loạn chức năng não cao hơn và bán manh	Tốt
Loạn chức năng não cao hơn, liệt nửa người và bán manh	Xấu

Giúp đỡ gia đình

Giải thích:

- Điều gì đã xảy ra
- Các cách tiến hành và các điều tra nghiên cứu (Bảng 7.2).
- Mục đích điều trị thường là chức năng, không nhằm khôi phục sự tự lập hoàn toàn.
- Tiên lượng

Thuốc men trong đột quỵ cấp tính

Nên nhớ là người cao tuổi chịu đựng thuốc kém. Tránh

dùng thuốc mới chưa có hiệu quả chắc chắn ở người cao tuổi.

1. Thuốc hạ huyết áp

Trong 48 giờ đầu tiên sau khi đột quy, huyết áp tăng. Mức tâm trương có thể đến 140 ở một bệnh nhân trước đó chưa rõ bị tăng huyết áp. Hạ huyết áp có thể làm cho vùng nhồi máu lan rộng.

Tiếp tục điều trị nếu bệnh nhân đã dùng thuốc hạ huyết áp. Nếu bệnh nhân chưa dùng thì đừng cho, chờ tới ngày thứ ba hay thứ tư, khi huyết áp đã đứng lại. Sau đó cũng chỉ dùng loại hạ huyết áp nhẹ như diazid hoặc một thiazid.

2. Thuốc giãn mạch máu

Gồm: co-dergocrin mesylat, cyclandelat, naftidrofuryl oxylat.

Không có thuốc nào trong số đó có hiệu quả đối với người cao tuổi bị đột quy. Ngược lại, chúng lại có thể làm cho chỗ nhồi máu lan rộng.

3. Thuốc chống đông máu

Chỉ được dùng trong đột quy không rõ chỗ nghẽn máu. Nếu dùng không đúng chúng có thể biến nhồi máu thành chảy máu.

4. Điều trị chống tiểu cầu

Dùng để đề phòng đột quy mới hoặc để phòng đột quy do thiếu máu thoáng qua.

Aspirin ngăn cản tạo thành thromboxan và sự kết tụ tiểu cầu. Trái lại aspirin lại tác động đến tổng hợp prostacyclin trong thành mạch máu, chất này tăng kết tụ tiểu cầu. Một vài cuộc thử nghiệm cho thấy aspirin có thể có ích cho nam bệnh nhân.

Dipyridamol dùng riêng không tác dụng, nhưng kết hợp với aspirin thì có thể có tác dụng.

Bảng 7.2. NHỮNG XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUY

- Xét nghiệm máu (toàn bộ), kể cả tiểu cầu
 - Tốc độ lắng hồng cầu
 - Nồng độ urê và chất điện giải
 - Đường huyết và đường niệu
 - Cholesterol máu.
 - Nghiệm pháp phát hiện giang mai
 - Xét nghiệm nước tiểu
 - Điện tâm đồ
 - Xét nghiệm tìm hồng cầu hình liềm (khi có điều kiện).
-

ĐỘT QUY MẠN TÍNH TRONG CỘNG ĐỒNG

Khi bệnh nhân ra viện, vai trò thầy thuốc gồm:

Giúp đỡ gia đình: giải thích về các tổn thương, chữa trầm cảm nếu có, chữa phân lèn chặt và không cầm được tiểu tiện (do thuốc); chỉ bảo phương tiện phục hồi chức

năng có thể thực hiện được trong cộng đồng, nếu cần và khi nào cần.

Phục hồi chức năng: do một cán bộ hướng dẫn sinh hoạt đảm nhiệm. Có khi người đó là do hăng sản xuất dụng cụ phục hồi chức năng phải đến. Người đó hướng dẫn cách mặc, cách sắp xếp ngoại môi để bệnh nhân càng tự lập càng tốt. Chăm sóc ban ngày nhằm khuyến khích bệnh nhân cao tuổi và cho gia đình được thư giãn. Thỉnh thoảng đưa đi bệnh viện cũng giúp cho gia đình sả hơi để tiếp tục chăm sóc bệnh nhân. Ở Xingapo và một số nước Đông Nam Á có chế độ đó.

Những câu lạc bộ người bị đột quỵ đã thành công ở phương Tây. Những câu lạc bộ đó là những nhóm trợ lực giúp cho người bệnh và gia đình. Đó lại là dịp để gia đình và bệnh nhân gặp các nhà chuyên môn. Nhà chuyên môn lại hướng dẫn cho họ các điều cần thiết.

Trước hết, thấy thuốc thực hành cần sẵn sàng xử lý những bệnh tật thêm vào và những vấn đề nảy sinh.

NHỮNG LỜI KHUYÊN CỦA CUỘC HỘI THẢO VỀ ĐỘT QUỴ 1988

Hội thảo họp ở Trường đại học hoàng gia Anh (Kings College London).

Mặc dầu tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao, điều trị tốn kém, cần nhiều nhân lực, đột quỵ cũng không phải là một ưu tiên cao của y học.

Hội thảo khuyên nên có một điều phối viên ở mỗi khu vực (của nước Anh) có đủ khả năng sử dụng bệnh viện và tập thể cộng đồng.

Do số đột quy tăng, số sống sót nhiều, nên cần tăng cường các phương tiện phục hồi chức năng, để họ có thể sống tự lập hơn trong cộng đồng.

Đối với các nước khu vực châu Á:

1. Nên tập trung bệnh nhân bị đột quy vào một khoa trong bệnh viện, không nên để phân tán.

2. Những dịp đột quy lưu động có thể là cầu nối giữa bệnh viện với cộng đồng. Các vùng thôn quê rất cần họ.

3. Phải phát triển chăm sóc ban ngày và chăm sóc ngoài giờ để giúp đỡ bệnh nhân và gia đình. Việc này có thể được thực hiện nhờ huy động những người tình nguyện địa phương.

4. Phải xem xét nhu cầu của bệnh nhân đột quy tại nhà và nhu cầu của những người trong gia đình (thường cũng là những người cao tuổi).

5. Trước khi ra viện, phải xem xét năng lực của người chăm sóc bệnh nhân.

6. Phải tăng cường truyền thông về đột quy và phục hồi chức năng cho bệnh nhân, gia đình kết hợp chặt chẽ với các tổ chức hỗ trợ địa phương.

7. Thấy thuốc chăm sóc sức khoẻ ban đầu có vai trò chủ yếu trong chăm sóc bệnh nhân, xét nghiệm chẩn đoán, liên hệ với các tổ chức hỗ trợ, theo sát cuộc thăm bệnh

nhân tại nhà của điều dưỡng viên hoặc nhân viên chủ yếu khác của ekip y tế.

KẾT LUẬN

Đột quy là một thí dụ về bệnh thoái hoá, ngày một nhiều lên với tuổi tác trong dân chúng, có những đòi hỏi đáng kể tài chính và nhân lực

Trong việc xử lý đột quy cấp tính, thuốc men và kỹ thuật y học cao cũng chỉ đóng một vai trò tương đối nhỏ. Tăng cường phục hồi chức năng trong lúc xảy ra đột quy, tiếp theo đó là sự giúp đỡ cho bệnh nhân và gia đình trong cộng đồng, sẽ nâng cao được mức tự lập và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và gia đình họ.

Chương 8

Bệnh tim mạch

VÀO ĐỀ

Tuổi càng cao thì bệnh tim mạch càng phổ biến; ở người trên 65 tuổi, nó là một nguyên nhân hay gặp của tử vong, đối với cả nam lẫn nữ và trên toàn thế giới.

Bệnh tim thiếu máu chiếm phần quan trọng trong bệnh lý tim người cao tuổi . Ở Glasgow, năm 1977, một cuộc điều tra trong cộng đồng cho thấy 20% nam và 12% nữ trên 65 tuổi bị bệnh tim thiếu máu (Kennedy và cs., 1977).

Bệnh tim do tăng huyết áp tương đối hiếm gặp ở tuổi cao vì những người này là sống sót của bệnh tăng huyết áp trước đây. Nhưng những người cao tuổi có tăng huyết áp lại dễ bị thiếu máu cơ tim vì tổ chức dẫn truyền bị tăng tính kích thích, do đó đã bị giảm nhạy bén với những tác động sinh hoá như thiếu oxy mô và hạ kali trong máu.

Suy tim xung huyết là một triệu chứng chung của nền tảng bệnh lý ở người cao tuổi, thường bị một bệnh khác thêm vào và làm cho nặng thêm. Cách xử lý rất khác ở người trẻ tuổi và xử lý sai có thể dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong.

1. Bệnh tim thiếu máu

Những yếu tố rủi ro của bệnh tim thiếu máu không cùng một tiên lượng ở người cao tuổi và người trẻ. Những cố gắng để hạ cholesterol máu, thôi thuốc lá và giảm huyết áp chỉ được xem xét dưới ánh sáng của tuổi thọ trung bình và chất lượng của cuộc sống ở một khu vực nào đó.

Cơn đau thắt ngực

Cơn đau thắt ngực là một triệu chứng do cơ tim thiếu máu nhất thời (thoảng qua) với thiếu oxy sau đó ở cơ tim. Ở người cao tuổi, đau có thể giảm đi, do bệnh nhân bất động hoặc ít cử động. Triệu chứng thông thường hơn là khó thở và mệt nhọc.

Trong số người cao tuổi tương như bình thường, ở nhà thì 40%-60% có điện tâm đồ không bình thường, nhưng chưa có triệu chứng lâm sàng. 20% có đau thắt ngực với điện tâm đồ bệnh lý rõ ràng.

Chẩn đoán

Nếu thấy đau không liên tục ở ngực, khó chịu hoặc khó thở, mà những triệu chứng đó tăng lên do luyện tập, cố gắng, ăn no hay cảm động, thì phải nghĩ đến đau thắt ngực.

Chẩn đoán sẽ được xác định do điện tâm đồ. Điều trị các triệu chứng.

Xử lý đau thắt ngực

- Xem xét lại lối sống
- Tránh các yếu tố làm nặng thêm
- Giảm cân nếu phì nộn
- Dùng thuốc
- Phẫu thuật

Dưới đây chỉ bàn về dùng thuốc và phẫu thuật.

Dùng thuốc

a) *Nitrat*: glyceryl trinitrat là thuốc điều trị hàng đầu, nếu triệu chứng không thường xuyên. Viên thuốc đặt dưới lưỡi có thể bị loại bỏ đi khi cơn đau giảm. Như thế tránh được các tác dụng phụ như loé mắt hoặc nhức đầu.

Những nitrat thải chậm có thể dùng để phòng bệnh nếu triệu chứng thường xuyên hơn,

b) *Thuốc chặn beta* (beta blocker) có thể được dùng nếu nitrat không làm hết đau. Dùng loại thuốc này ở người cao tuổi có thể có tác dụng phụ, nên phải dùng liều thấp hơn và theo dõi chặt chẽ. Các phản chỉ định cũng có nhiều, do các thụ thể beta phân bố rộng rãi trong cơ thể.

- Nhịp tim chậm
 - Suy tâm thất trái
 - Bloc nhĩ-thất
 - Tác đường hô hấp mạn tính
 - Hoại thư, hoại tử hay khập khiễng cách hồi.
-

Phải thận trọng khi dùng cho người bị đái tháo đường, suy thận hay suy gan.

c) *Chất kháng calci* có thể dùng nếu chất chen beta bị phản chỉ định. Dùng nifedipin 5mg ba lần trong một ngày. Khi suy tim thì không được dùng. Tác dụng phụ gồm: nhức đầu, choáng váng, run tay, rối loạn tiêu hóa và đỏ bừng da. Không được dùng lâu cho người cao tuổi.

Phẫu thuật

Khi đau thắt ngực dùng thuốc không chữa được thì có thể xét đến đường tắt động mạch vành. Kết quả khá ở 70-96% bệnh nhân (Gann và cs., 1977; Tucker và cs., 1977). Nhưng ở người có tuổi có thể tỷ lệ tử vong cao hơn, biến chứng sau khi mổ nhiều hơn. Nếu thuận lợi, thì tỷ lệ sống sau mổ cũng giống như tỷ lệ sống sau mổ của dân chúng nói chung.

Nhồi máu cơ tim

Là do cơ tim bị thiếu máu thường xuyên và những sợi cơ tim bị chết.

70% người có tuổi không kêu đau ở ngực, triệu chứng thông thường là cảm giác khó chịu đột ngột, yếu đuối, không thở được, té ngã, đột quỵ hoặc cơn lảo đảo đột ngột.

Cách xử lý

Tốt nhất là để người cao tuổi ở nhà (Colling và cs., 1976); Hill Hampton và Mitchell, 1978). Chỉ đưa đi bệnh viện nếu nhịp tim chậm kéo dài, huyết áp thấp và tình trạng sức khỏe không ổn định. Đưa từ môi trường quen thuộc đến một môi trường xa lạ có ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị.

Nói cho bệnh nhân và gia đình biết là bệnh nặng, song kết quả điều trị ở nhóm tuổi này thường tốt hơn.

Nếu có đau, cho morphin 10mg hay ít hơn. Chống lo lắng bằng diazepam 2-5mg nếu cần.

Lúc đầu phải nằm nghỉ trên giường sau đó thỉnh thoảng phải ngồi dậy một thời gian ngắn sẽ có lợi cho bệnh nhân. Nếu tình hình khá lên, thì từ ngày thứ hai có thể cử động nhẹ. Nên ăn nhẹ và hàng ngày dùng thuốc nhuận tràng nhẹ để chống táo bón. Nếu có suy tim, phải điều trị triệu chứng (xem dưới).

2. Tăng huyết áp

Khi huyết áp tối đa trên 160mmHg, huyết áp tối thiểu trên 95mmHg, thì gọi là tăng huyết áp (TCYTTH). Theo định nghĩa trên, thì 60% người cao tuổi bị tăng huyết áp. Trong một cuộc nghiên cứu mới đây, người ta thấy với người cao tuổi thì lấy mức tăng huyết áp là 180/105 là thực tế hơn.

Oliver (1982) cho rằng, vì chỉ có số ít người cao tuổi mắc tăng huyết áp, nên chữa các yếu tố rủi ro ở những người đó có thể nguy hiểm, vì tác dụng phụ của thuốc là rủi ro lớn hơn. Oliver đã đúng đắn khi cho rằng sự tấn công vào việc điều trị các yếu tố rủi ro tỷ lệ nghịch với tuổi của bệnh nhân.

Nguyên nhân của tăng huyết áp ở người cao tuổi

- Vô căn: do những thụ thể sức ép (baroreceptor) bị thay đổi và sức cản ngoại vi đã tăng lên.
- Thứ phát (ít có): thận, thuốc, nội tiết.

Chẩn đoán

Đo huyết áp ba lần riêng biệt, tốt nhất là ở nhà bệnh nhân và sau 5 phút nghỉ ngơi.

Xử lý

Chữa hay không chữa?

Có tổn thương cơ quan không? thí dụ tim to, suy tim, thay đổi trong đáy mắt hay tổn thương thận? Ở người cao tuổi, ít thấy.

Có đột quỵ không? nên nhớ rằng ở người cao tuổi, thuốc giảm huyết áp có thể gây té ngã, bất tỉnh, lẫn và trầm cảm.

Khi bệnh nhân dưới 75 tuổi và có huyết áp trên 175/100 kéo dài, thì hãy điều trị.

Không dùng thuốc điều trị

- Nếu bệnh nhân suy não tiến triển
- Nếu bệnh nhân không chịu được thuốc
- Nếu bệnh nhân trên 80 tuổi.

Cuộc hội thảo ở châu Âu gần đây về tăng huyết áp ở người cao tuổi đã chỉ ra rằng chữa tăng huyết áp ở người trên 80 tuổi không đem lại lợi ích nào (Amery và cs., 1986).

A. Lời khuyên

Chừa dài tháo đường (tìm, chữa), bỏ thuốc lá, ăn ít muối, tránh stress, tăng cường nghỉ ngơi.

B. Trị liệu

- Hàng thứ nhất: Thuốc lợi tiểu thí dụ thiazid, cộng kali hay diazid 1 viên /ngày.
- Hàng thứ hai: chẹn beta (nhớ tác dụng phụ)
- Hàng thứ ba: kết hợp hàng thứ nhất và hàng thứ hai.

Nếu cả ba loại điều trị trên có phản chỉ định do đái tháo đường, bệnh gút, bệnh tắc đường hô hấp mạn tính, thì dùng methyl dopa liều nhỏ (phản chỉ định của methyl dopa: trầm cảm và hạ huyết áp tư thế). Cho vào ban đêm một liều, vì đột quỵ thường xảy ra về sáng, trước khi thức giấc.

Các chất kháng calci có thể dùng cho người có tuổi bị đau thắt ngực và tăng huyết áp, song cũng chỉ vào hàng thứ ba của trị liệu, trước khi có thêm kinh nghiệm

3. Loạn nhịp tim

40% người cao tuổi bị loạn nhịp nhĩ và thất từng thời kỳ. Nhưng cái làm họ khổ sở lại là bệnh tim, những rối loạn chuyển hoá, thiếu oxy mô, digoxin.

* **Nhịp tim chậm xoang** (sinus bradycardia). Những nguyên nhân thường là sinh lý, bệnh lý của nút xoang-nhĩ, hoặc thuốc (thí dụ digoxin, chẹn beta). Những nguyên nhân khác: rối loạn chuyển hoá, thiếu năng giáp, áp lực trong não tăng hay nhồi máu cơ tim.

* **Rung nhĩ**. Có thể nhất thời hay thường xuyên; xảy ra ở 2-3% người cao tuổi. Nếu nhịp thất bình thường và không có triệu chứng gì, không cần điều trị. Nếu có triệu chứng và nhịp thất nhanh thì điều trị bằng digoxin.

Rung nhĩ với nhịp thất nhanh là chỉ định duy nhất dùng digoxin ở người cao tuổi (Bảng 8.2).

* Những loạn nhịp tim khác hiếm hơn

a) *Nhịp tim nhanh trên thất kịch phát*: do bệnh tim thiếu máu, hoặc ngộ độc digoxin. Có thể gây suy tim sớm.

Điều trị: xoa bóp xoang động mạch cảnh, thủ thuật valsavre, digoxin, chẹn beta hay disopyramid.

Bảng 8.2. CHẾ ĐỘ DÙNG DIGITALIN CHO NGƯỜI CAO TUỔI

-
- Liều lớn đầu tiên 0,75mg, từ ngày thứ hai 0,25mg hai lần một ngày cho đến khi nhịp thất trong khoảng 60-80.
 - Liều duy trì: 0,0625-0,125 mg/ngày.
 - Nếu tâm thất đập nhanh là nhất thời thì sau đó có thể thôi digoxin. Có một số người cần digoxin suốt đời nhưng khi tuổi cao hơn, liều phải nhỏ đi, vì khả năng dị hoá (catabolic) của cơ thể thay đổi.
-

b) Nhịp tim nhanh thất: nếu nhanh ít có thể chịu đựng được. Nếu triệu chứng lú lẫn hoặc hạ huyết áp xuất hiện, thì điều trị bằng phenytoin hay disopyramid.

c) BLOC tim: chữa triệu chứng. Nếu thất bại có lẽ cần đặt máy tạo nhịp (pacemaker). Bệnh nhân phải được giúp đỡ để cân nhắc nên hay không nên, tác dụng thuận hoặc nghịch và tự chọn lấy quyết định.

4. Suy tim xung huyết

Chẩn đoán suy tim xung huyết không nên chỉ căn cứ vào phù nề mắt cá chân không thối. Nguyên nhân phù nề này thông thường nhất là do máu tĩnh mạch trở về kém và ngừng trệ do quá trình lão hoá hoặc do ít cử động. Suy tim xung huyết có thể bên trái, bên phải hoặc cả hai bên. Có thể cấp tính, mạn tính hoặc phát triển từ từ.

Triệu chứng

Mệt mỏi là triệu chứng thông thường nhất. Một triệu chứng khác là khó thở.

Chẩn đoán

Phải khám toàn thân nếu có nghi ngờ. Nhớ là người cao tuổi có nước trong màng phổi vẫn chưa thấy hoặc thấy ít chứng khó thở. Các triệu chứng sau đây có thể xuất hiện (hoặc một bộ phận hoặc toàn thể): mạch tĩnh mạch cánh đập mạnh, phù mắt cá chân, tiếng tim thứ ba, nhịp tim nhanh.

Xử lý

Cấp tính: thuốc lợi tiểu theo đường tĩnh mạch, thuốc giãn phế quản.

Nhẹ hoặc mạn tính: lợi tiểu + kali. Chỉ cho digoxin khi có rung nhĩ không khống chế được. Digoxin có thể gây suy tim, nên nếu nghi ngờ thì thôi không dùng.

Xử lý chung: nghỉ ở giường hoặc trên ghế bành. Khi bệnh nhân thấy khoẻ hơn, cử động dần dần.

KẾT LUẬN

Các bệnh tim ở người cao tuổi cũng giống như các bệnh tim ở người lớn trẻ hơn, nhưng do đã có thay đổi trong chuyển hóa, trong dùng thuốc và tuổi đã cao nên các bệnh tim này phải được xử lý một cách khác. Thấy thuốc còn phải tính đến các vấn đề phẫu thuật và hoàn cảnh gia đình.

Chương 9

Một số rối loạn nội tiết

Bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi

DỊCH TẾ HỌC

Bệnh đái tháo đường phụ thuộc vào insulin ít thấy ở Đông Nam Á, nhất là ở người cao tuổi.

Ở chương này tập trung nói về đái tháo đường không phụ thuộc insulin.

Ở các nước phát triển, 10-16% người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường, trong khi tỷ lệ mắc bệnh đó ở toàn thế là 2%.

Ở phương Đông, tỷ lệ người đái tháo đường có tuổi cao hơn, ngày càng tăng cùng với tuổi tác và sự phát triển kinh tế của dân chúng. Thai và cs. (1986) cho thấy ở Xingapo tỷ lệ chung năm 1975 là 2% đã lên đến 4,7% năm 1985. Cùng với sự gia tăng theo tuổi, cũng thấy sự khác nhau giữa các sắc tộc (Bảng 9.1).

Bảng 9.1. NGHIÊN CỨU Ở XINGAPO (THAI VÀ CS., 1986). TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO SẮC TỘC VÀ THEO GIỚI TÍNH

Giới tính	Nam		Nữ	
Nhóm tuổi	Số điều tra	Tỷ lệ mắc %	Số điều tra	Tỷ lệ mắc bệnh %
Người Hoa				
< 20 t.	40	0,0	49	0,0
20 - 29t.	196	0,5	177	1,1
30 - 39t.	197	1,0	201	0,5
40 - 49t.	141	5,0	156	3,2
50 - 59t.	79	13,9	81	9,9
60t.	63	15,9	37	24,3
Tổng cộng	716	4,3	701	3,6
Người Malaixia				
< 20 t.	17	0,0	16	0,0
20 - 29t.	85	0,0	74	0,0
30 - 39t.	35	2,9	48	2,1
40 - 49t.	31	16,1	45	6,7
50 - 59t.	31	32,3	36	19,4
60t.	20	20,0	10	30,0
Tổng cộng	219	9,1	229	6,1

Người Ấn Độ				
<20 t.	7	0,0	5	0,0
20 - 29t.	57	0,0	57	0,0
30 - 39t.	40	0,0	36	2,8
40 - 49t.	14	28,6	32	9,4
50 - 59t.	23	26,1	12	25,0
Tổng cộng	160	12,5	145	4,8

Như vậy, ở Xingapo, cứ 4 người cao tuổi thì có 1 người đái tháo đường. Có một số đã không được phát hiện, có thể họ không có triệu chứng nào mà họ tự thấy cả. Do đó, khi có thể, cần tìm đường huyết ở tất cả bệnh nhân cao tuổi.

Đái tháo đường gặp nhiều hay ít ở các sắc tộc khác nhau, và các nước khác nhau.

Hãy xem bảng sau đây:

Bảng 9.2. TỶ LỆ MẮC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHÔNG PHỤ THUỘC INSULIN Ở MỘT VÀI NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

Nước	Sắc tộc	Nhóm tuổi	Tỷ lệ mắc bệnh %
Ôxtrâylia	Caucasian	20+	2,3
	Thổ dân	20+	11,0
Xingapo	Hoa		1,5
	Malaixia	15+	(2,4)
	Ấn		6,1

USA	Da đỏ	15+	35,0
Malaixia	Malaixia		(1,8)
	Ấn	30+	4,2
	Hoa		4,7
Nam Phi	Ấn		10,4
	Malaixia	15+	6,6
	Phi		3,6

Nguồn tư liệu: Zimmet P: Đái tháo đường trên thế giới 1982. Sổ tay thực hành đái tháo đường trên thế giới.

Chú thích : tỷ lệ đái tháo đường ở Ấn Độ- 2%.

TRIỆU CHỨNG

Cần nghĩ đến đái tháo đường ở những người phì nộn (obese), nhất là những người phì nộn từ lâu và trong gia đình cũng có người như vậy. Cũng không hiếm gặp đái tháo đường ở cặp vợ chồng hay ở cùng gia đình. 41% số bệnh nhân đái tháo đường ở Penang, năm 1983 (Merriman và Ross) có một hoặc hơn một người trong gia đình cũng bị đái tháo đường. Cũng trong cuộc nghiên cứu đó, 75% nữ và 54% nam, mặc dầu đang điều trị đái tháo đường, bị phì nộn. Khó ở, người yếu, mệt nhọc, bị nhiễm khuẩn, bị loét (dạ dày, tá tràng) nguồn gốc thần kinh, bị bệnh thần kinh ngoại vi, đục thể thủy tinh, nhìn kém, ngứa âm hộ, hậu môn, làm cho thấy thuốc được báo động về đái tháo đường, song nhiều người cao tuổi không hề kêu ca gì về những vấn đề đó.

BIẾN CHỨNG

Nhiều người cao tuổi khi đến khám bệnh đã có biến chứng. Người ta nhận thấy rằng người bị đái tháo đường ít được theo dõi và điều trị bao nhiêu thì bị nhiều biến chứng và bị sớm bấy nhiêu. Tuy nhiên, nhất thiết mỗi bệnh nhân đái tháo đường phải được kiểm tra tối thiểu một năm một lần xem có bột phát và biến chứng nào không và chuyển đến chuyên khoa điều trị nếu cần.

Bảng 9.3. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THẤY TRONG 3 CUỘC NGHIÊN CỨU Ở PHƯƠNG ĐÔNG

	Penang (Merriman, 1983-84)	Xingapo (Chia và cs., 1978)	Hong Kong (Yeong, 1975)
	n=100	n=133	n=1326
Albumin niệu	41	-	-
Nhiễm khuẩn da	37	4	-
Dục thể thủy tinh	35	-	12,2
Tăng huyết áp	32	26,3	31,5
Bệnh thần kinh	32	7	13,1
ngoại vi			
Bệnh của võng mạc	22	14	13,1
Bệnh tim thiếu máu	19	8	5
Bệnh thần kinh	10	-	-
thực vật			
Lao	9	-	-
Bệnh thận	4*	11,3	6,6
Tai biến mạch	2	-	5,6
mẫu não			

* Urê hoặc creatinin tăng.

Một trong những biến chứng thông thường nhất và đáng ngại nhất của đái tháo đường ở người cao tuổi là bệnh ở mạch máu ngoại vi, dẫn đến hoại tử và cắt bỏ. Chăm sóc chân, dùng giấy tất bảo vệ, tránh dùng dép Nhật với quai giữa các ngón (như dép Thái Lan - Lười người dịch). Bệnh nhân hoặc người nhà phải kiểm tra chân đều đặn, xem có bị nứt nẻ hoặc loét, dùng gương để nhìn sau gót. Rửa chân nhẹ nhàng một ngày hai lần, xử lý kịp thời những vết thương, vết xước có thể phòng được hoại tử ở những chân được cung cấp máu ngoại vi nghèo nàn.

Ở bảng 9.3, trình bày những biến chứng của đái tháo đường trong 3 cuộc nghiên cứu ở phương Đông.

XỬ LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Chế độ ăn uống

Chế độ ăn uống là cơ sở của điều trị

Ở những nước thiếu thầy thuốc dinh dưỡng, thầy thuốc thực hành phải biết những nguyên tắc đơn giản về dinh dưỡng trong đái tháo đường và cách hướng dẫn cho bệnh nhân.

Cách tính toán chế độ ăn uống

A. Tính số calo cần thiết để duy trì một trọng lượng cơ thể thích hợp.

Số calo trung bình cần cho một người trên 60 tuổi : đối với nam giới là 2450 kilocalo/ngày, đối với nữ giới là 1900 kilocalo/ngày (Tan, 1988).

Nếu người cao tuổi ít hoạt động thì số calo cần thiết còn ít hơn chỉ dẫn.

Nếu bệnh nhân phì nộn thì phải giảm ăn đi 500 kcal, nếu gầy phải cho thêm calo.

B. Chế độ ăn hiện đại cho người đái tháo đường :

- Ít mỡ (25-30% số calo).
- Nhiều chất xơ (1 ngày từ 30-35g nếu có thể).
- 50-60% số calo do phức hợp carbonhydrat

Như vậy là:

a) Giảm thịt mỡ và dầu dừa trong nấu nướng và dùng các mỡ hỗn hợp, không no.

b) Khuyến khích ăn gạo lứt, bánh mì đen, đậu (đậu xanh, đậu Hà Lan, đậu lăng), quả cả vỏ, rau xanh.

c) Carbonhydrat thí dụ chế độ ăn uống 1500 kcal. 60% của 1500 kcal = 900 kcal là carbonhydrat, 1g carbonhydrat cho 4 kcal.

Vậy $900/4 = 220$ g carbonhydrat

Số xuất 10 g = 22.

Khuyến khích uống 2 suất sữa một ngày, hoặc lượng sản phẩm đậu tương tương đương

Hướng dẫn các nguyên tắc của chế độ ăn uống

Khi có điều kiện, tìm sự hướng dẫn của thầy thuốc dinh dưỡng. Nếu có khó khăn, thầy thuốc điều trị lập một danh sách thực phẩm của thực phẩm địa phương.

Danh sách này gồm các thành phần sau đây:

a) Thực phẩm mà bệnh nhân có thể ăn không hạn chế.

b) Thực phẩm cần tránh, không ăn.

c) Thực phẩm thay thế (danh sách các suất carbohydrat có thể thay thế nhau, mỗi suất 10g carbohydrat).

Chú thích: Chế độ ăn uống phải phù hợp với các nhu cầu của bệnh nhân, với truyền thống sắc tộc và những điều kiện xã hội.

Phải cho bệnh nhân hiểu rằng có thể theo một chế độ ăn phù hợp với bệnh đái tháo đường mà không cần thực phẩm gì hoặc món ăn nào đặc biệt. Nếu bệnh nhân có thể ăn nhiều bữa nhỏ để có đủ chất carbohydrat trong chế độ ăn, thì tiếp tục dùng các thuốc giảm đường huyết thông thường.

Nếu bệnh nhân không ăn được, người ấy và gia đình phải được hướng dẫn là thuốc men phải tùy theo mức đường trong máu hoặc trong nước tiểu.

Thỉnh thoảng, cần tiêm insulin liều nhỏ, nhưng khi đã đỡ thì phải ngừng ngay.

Điều rất quan trọng là thấy thuốc (dinh dưỡng hoặc chung) phải xem lại chế độ ăn đều đặn. Mỗi lần thăm bệnh, phải hỏi trọng lượng của bệnh nhân.

2. Thuốc uống

- Sulphonyl ureas
- Biguanid

A. Sulphonyl ureas

Người bị đái tháo đường gầy còm có thể chọn thuốc này. Tác dụng của thuốc này tùy thuộc vào chức năng

của các tế bào bêta, thuốc gắn chặt với các protein và đại bộ phận chuyển hoá trong gan. Vì người cao tuổi còn dùng nhiều thuốc khác (chữa tăng huyết áp, chữa trầm cảm, chữa viêm khớp, v.v.) nên thấy thuốc thực hành phải biết tác động tương đồng của các thuốc đó. Những tác động tương đồng đó là sự cạnh tranh chiếm các chỗ gắn protein hoặc cảm ứng hay ức chế các men gan (xem chương 10).

Bảng 9.4. SULPHONYL UREAS VÀ TÁC ĐỘNG TƯƠNG ĐỒNG VỚI NHỮNG THUỐC THƯỜNG DÙNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI.

Thuốc làm <i>tăng</i> tác dụng hạ đường huyết của sulphonyl ureas:	Thuốc <i>đối kháng</i> lại tác dụng của sulphonyl ureas:
Salicylat	Corticosteroid
Sulphonamid	Furosemid
Clofibrat	Thiazid
Chloramphenicol	Rifampicin
Propanalol	Estrogen
Phenylbutazon	Acetazolamid
MAO inhibitor	Indomethacin
	Isoniazid

- Chlorpropamid không nên dùng cho người cao tuổi vì thời gian bán huỷ của nó kéo dài, có thể gây hạ đường huyết kéo dài. Nếu việc này xảy ra, thì đó là một cấp cứu, yêu cầu nằm bệnh viện từ 1-2 tuần lễ, tiêm glucose vào tĩnh mạch cho đến khi

tất cả thuốc được thải trừ. Thẩm tách (dialysis) không đem lại kết quả vì không thẩm tách được thuốc. Những triệu chứng do hạ đường huyết là lần từ từ, đột quỵ hay chậm chạp. Tất cả các triệu chứng đó đều có thể quy là do tuổi tác cao.

- Tolbutamid có thời gian bán huỷ ngắn hơn và có thể dùng an toàn với một liều độc nhất (500-1500 mg) vào buổi sáng, vì nó chuyển hoá chậm ở người cao tuổi .
- Glibenclamid có thời gian bán huỷ trung gian và có thể dùng được.

B. Biguanid

Phenformin, chất biguanid đầu tiên đã bị thôi không dùng nữa vì nó có khuynh hướng gây toan hoá lactic (lactic acidosis). Thuốc biguanid thường dùng là Melformin.

Biguanid không kích thích bài tiết insulin nên không gây hạ đường huyết ở người thường và rất hiếm gây hạ đường huyết ở người đái tháo đường . Nhưng để cho chúng tác động, một hoạt động nào đó của tế bào beta vẫn cần. Chúng làm giảm ngon miệng, gây sụt cân, nên được dùng chữa những người đái tháo đường phì nộn khi một mình chế độ ăn không đem lại kết quả.

Biguanid tác động bằng cách làm giảm hấp thu glucose và aminoacid, làm tăng hấp thu glucose ngoại vi ở cơ, nhưng không ở mỡ. Ở liều cao, chúng làm giảm quá trình sinh glucose trong gan và tăng lactat trong máu. Do đó trong một số điều kiện có thể xảy ra toan hoá trong máu.

Bảng 9.5. SO SÁNH CÁC THUỐC ƯƠNG THƯỜNG DÙNG ĐỂ CHỮA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Tên	Tên biệt được	Hàm lượng 1 viên (mg)	Liều hàng ngày cho người cao tuổi (mg)	Chuyển hoá	Thời gian bán huy ở người cao tuổi (giờ)
<i>Sulphonyl ureas</i>					
Tolbutamid*	Rastinon	500	500-1500	Gan	8-12
Chlorpropa- mid**	Diabenese	100&250	100-250	Gan	36-72
Glibencla- mid	Daonil Euglucon	2,5 5,0	2,5-10,0	Gan	16-20
<i>Biguanid</i>					
Metformin***	Glucophage	500-850	500-1500	Thận	6-10

* Nên dùng cho người đái tháo đường gây còm.

** Không dùng cho người cao tuổi, vì có thể gây hạ đường huyết.

*** Nên dùng cho người đái tháo đường phì nộn khi chỉ có ăn kiêng cũng không có kết quả tốt.

Không dùng biguanid trong các bệnh gan hoặc thận, trong điều kiện thiếu oxy (như tắc phổi mạn tính) hay nghiện rượu nặng. Dùng biguanid lâu có thể dẫn tới hấp thu kém vitamin B₁₂ và B₆. Theo dõi sát sao khi sút cân đáng kể cũng như khi đường huyết trở lại bình thường thì thôi biguanid kịp thời.

Tác dụng phụ gồm cảm giác tanh ở lưỡi, buồn nôn, khó tiêu, nôn mửa, đầy hơi, chuột rút, đi rửa. Những tác dụng phụ này xảy ra trong 10 ngày đầu vì vậy cần sớm nhận định, khi bắt đầu dùng thuốc. Nên bắt đầu bằng liều nhỏ (500 mg/ngày) và tăng dần lên khi có nhu cầu.

INSULIN Ở NGƯỜI CAO TUỔI BỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHÔNG PHỤ THUỘC INSULIN

Chỉ định

- Có thêm bệnh hoặc có phẫu thuật
- Khi kết hợp sulphonyl ureas và biguanid thất bại

Có chỉ định dùng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường không phụ thuộc insulin trong những trường hợp sau đây:

1. Lúc có thêm bệnh hoặc có phẫu thuật

Khi bệnh nhân được phẫu thuật, mặc dầu đường huyết bình thường vẫn cần insulin. Sau khi mổ, tùy theo mức đường huyết, giảm và bỏ insulin dần dần. Nếu đường huyết bắt đầu tăng, dùng thuốc uống, tiếp tục chế độ ăn.

2. Khi kết hợp sulphonyl ureas với biguanid không đem lại kết quả tốt

Đó là một điều hiếm thấy; người thầy thuốc cần chú ý bỏ insulin khi tuổi cao hơn. Khi sút cân và với quá trình lão hoá, đái tháo đường đỡ hơn trước và hạ đường huyết có thể thành vấn đề.

Chẩn đoán

Thử đường huyết lúc đói và/hoặc 2 giờ sau khi ăn; không cần làm thử nghiệm dung nạp glucose ở người cao tuổi, đặc biệt nếu người ấy sức khoẻ yếu.

Bảng 9.6. CÁC TRỊ SỐ GLUCOSE Ở TUỔI TRÊN 75

	Bình thường (mmol/l)	Thử lại sau 1 tuần (mmol/l)	Chữa bệnh đái tháo đường (mmol/l)
Lúc đói	4-8	8-10	>10
2 giờ sau khi ăn	8-11	11-13	>13

Xử lý thực tế (theo Drury, 1985)

1. Đái tháo đường không phụ thuộc insulin thể phì nộn

a) Ít calo, ít mỡ, 60% số calo do carbonhydrat, ăn nhiều chất xơ trong 4-6 tuần.

b) Nếu đường huyết vẫn còn cao, cho metformin 500mg/ngày và tăng liều từ từ nếu cần.

c) Nếu đường huyết vẫn cao, cho tolbutamid 1000 mg hàng ngày trong 2 tuần.

d) Nếu đường huyết vẫn cao bắt đầu insulin.

2. Đái tháo đường không phụ thuộc insulin với trọng lượng cơ thể bình thường

a) Theo chế độ ăn uống trong 4-6 tuần

b) Nếu đường huyết vẫn cao bắt đầu tolbutamid 500mg/ngày trong 2 tuần, và tăng liều dần dần nếu cần:

c) Nếu đường huyết vẫn cao cho thêm metformin 500 mg.

d) Nếu chưa chế ngự được đường huyết cao đổi sang insulin.

3. Đái tháo đường không phụ thuộc insulin với mất cân nghiêm trọng

Bắt đầu insulin và tiếp tục cho đến khi bệnh nhân trở lại cân nặng bình thường. Lúc đó làm như ở phần 2 trên đây.

Kiểm tra

Nếu ngưỡng thận của bệnh nhân đã được xác định thì bệnh nhân hoặc người nhà có thể thử nước tiểu lấy và biết được mức đã chế ngự được bệnh. Tìm đường trong máu tối thiểu một lần trong 6 tháng, nhưng thử mau hơn nếu bệnh nhân bị ốm hoặc đường nước tiểu dai dẳng dương tính. Hàng năm phải thử và khám:

Mắt: thị lực, tìm đục thể thủy tinh, bệnh của võng mạc.

Mạch ngoại vi, nước tiểu tìm albumin và nhiễm khuẩn; hệ thần kinh trung ương đặc biệt là cảm giác (giác quan); khám thể chất chung: tim, phổi và huyết áp.

Các trường hợp cấp cứu

- Hạ đường huyết
- Hôn mê tăng thẩm thấu không có ceton và tiền hôn mê.
- Trạng thái nhiễm acid ceton chỉ xuất hiện ở thể thanh thiếu niên của bệnh đái tháo đường tuổi già

Hạ đường huyết thường xảy ra nhất và thường không chẩn đoán ra.

Hôn mê và tiền hôn mê cường thẩm thấu không có ceton có thể xảy ra ở người đái tháo đường không được phát hiện hoặc bệnh nhân đái tháo đường không phụ thuộc insulin đã được xác định và thường bị nhầm với bệnh khác. Tỷ lệ tử vong là 80%, nhưng nếu chẩn đoán và xử lý tức khắc, kịp thời, đúng đắn thì bệnh nhân có thể sống sót.

Triệu chứng: đái rất nhiều, thường sau một bữa tiệc thí dụ: sau khi ăn cưới. Phải cảnh giác đối với các nước giải khát, chúng có thể có đến 50% đường, làm tăng đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường có tuổi.

Bệnh nhân mất nước nghiêm trọng, lưỡi dính vào vòm gây nói khó. Người trong gia đình tưởng lầm là đột quỵ,

nhất là khi bệnh nhân hơi mê. Mất cân rất nhanh (tới 15 kg trong 2-3 ngày).

Chẩn đoán được xác định khi tìm thấy nước tiểu đầy đường và chỉ có vết hoặc không có aceton. Tuy nhiên nếu thấy thuốc được mời đến muộn, thì thận đã suy, nước tiểu đã ít, khó chẩn đoán, chỉ nghi thôi.

Đây là một trường hợp cấp cứu, phải đưa gấp vào bệnh viện, để thay thế dịch qua đường tĩnh mạch dưới dạng dung dịch nhược trương (hypotonic).

Nhiễm acid ceton ít thấy song vẫn có thể xảy ra lần đầu ở người cao tuổi, vì thế đái tháo đường phụ thuộc insulin có thể được phát hiện lần đầu tiên ở người cao tuổi (tuy ít thấy). Trong số bệnh nhân đái tháo đường phụ thuộc insulin càng có nhiều người sống được đến tuổi cao, nên càng có thể gặp biến chứng này.

HỖ TRỢ VIỆC GIÁO DỤC VÀ QUẢN LÝ TỐT HƠN

1. Ở nhiều nước người ta tổ chức hội những người đái tháo đường. Nhiều hội xuất bản những tài liệu bằng tiếng địa phương rất có ích. Có thể tổ chức những sinh hoạt chuyên môn trong cộng đồng để chia sẻ kinh nghiệm và có các chuyên viên hướng dẫn.

2. Một thầy thuốc địa phương có thể viết một cuốn sách đơn giản đái tháo đường là gì và những nguyên tắc về chế độ ăn uống, điều trị, kiểm tra và phòng ngừa.

Trong cuốn sách nhỏ đó có một vài tờ trắng để bệnh nhân ghi kết quả thử nước tiểu và thấy thuốc ghi kết quả thử máu. Khi khám bệnh, bệnh nhân phải đem cuốn sách nhỏ đến. Cuốn sách nhỏ này rất có ích khi bệnh nhân đi du lịch luôn.

BỆNH TUYẾN GIÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Dịch tễ học

Bệnh tuyến giáp tương đối phổ biến ở người cao tuổi. Phải nhớ những điều sau đây:

1. Những thử nghiệm chức năng tuyến giáp không bình thường ở người cao tuổi có thể do những nguyên nhân khác ngoài bệnh tuyến giáp.

2. Nhiều người cao tuổi có những triệu chứng của thiếu năng tuyến giáp, nhưng do những nguyên nhân khác như phì nộn, táo bón, trầm cảm, suy nhược, v.v...

3. Những người có bệnh tuyến giáp thường các triệu chứng không điển hình.

Campbell và cs. (1981) đã điều tra tỷ lệ mắc bệnh tuyến giáp ở cộng đồng, tại nhà, tại bệnh viện, tại nhà điều dưỡng. Ở tuổi trên 80, chỉ có 1% thiếu năng tuyến giáp và 0,5% cường năng. Ngược lại, theo Lamberg (1960), 37% những ca nhiễm độc do tuyến giáp (thyrotoxicosis) trên 60 tuổi. Thomesen (1972) thấy 30% là trên 60 tuổi.

Nhiễm độc tuyến giáp

Nguyên nhân

- Bệnh tự miễn
- Ung thư tuyến giáp
- Ung thư ở một nơi khác, thí dụ carcinoma cuống phổi sản xuất ra hormon lạc chỗ, có lẽ là hormon kích thích tuyến giáp (TSH)
- Uống quá nhiều thyroxin sodium T₄ (Eltronxin) khi chữa thiếu năng tuyến giáp
- Có khi kết hợp với stress

Triệu chứng

Thường tuyến giáp của bệnh nhân không sờ thấy được. Các triệu chứng có thể không điển hình; có thể có bất kỳ hoặc có tất cả các triệu chứng sau : trầm cảm, sút cân, táo bón, ìa chảy, bệnh tim - tuyến giáp, yếu cơ, tăng calci máu hoặc khó thở.

Xử lý

Rất hiếm khi cần phẫu thuật. Iodin phóng xạ cần có thời gian để tác động, làm giảm triệu chứng và có thể gây thiếu năng tuyến giáp (mặc dầu khi tuổi cao điều này ít xảy ra). Cho carbimazol 10-25 mg/ngày, có thể giảm triệu chứng. Khi đã đạt kết quả, tiếp tục liều duy trì 5-10 mg/ngày, cho tới 1 năm. Tác dụng phụ: phát ban, mất bạch cầu hạt ít thấy.

Thiếu năng tuyến giáp

Nguyên nhân

- Bệnh tự miễn
- Thứ phát sau điều trị nhiễm độc tuyến giáp, thí dụ cắt một phần tuyến giáp hay điều trị bằng iodin phóng xạ.

Triệu chứng

Diễn hình là sự suy thoái. Bệnh cảnh bao gồm những triệu chứng lão khoa điển hình: bất động, không ổn định, đau thắt ngực, thường kết hợp với nhịp tim chậm, tràn dịch màng ngoài tim.

Nghi ngờ: bệnh nhân trước đây đã điều trị cường năng tuyến giáp.

Xử lý

Cho dần dần chất thyroxin sodium với liều 25-50 μ g/ngày. Cứ 2-3 tuần lại tăng liều lên, cho đến khi các triệu chứng giảm và chức năng tuyến giáp bình thường về mặt sinh hoá. Liều duy trì: 50-100 μ g/ngày trong suốt đời.

Chương 10

Dùng nhiều loại thuốc

DINH NGHĨA

Khi một bệnh nhân dùng một lúc (ở một thời điểm nào đó) trên 5 loại thuốc khác nhau thì ta nói là người ấy bị ảnh hưởng bởi dùng nhiều loại thuốc (polypharmacy). Nhưng ở người cao tuổi, khi người đó dùng 3 loại thuốc hoặc hơn cùng một lúc, số lượng các phản ứng nghịch của thuốc đã tăng lên nhiều rất nhiều.

TẠI SAO DÙNG NHIỀU LOẠI THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI ?

Người cao tuổi có đặc trưng là nhiều chứng bệnh và nhiều than phiền về bệnh tật, thường kết hợp với stress về xã hội và tài chính. Người thấy thuốc thận trọng sẽ bỏ thời gian ra để tìm hiểu những vấn đề đó. Khi thời gian bị hạn chế, bệnh nhân được kê một đơn thuốc, thấy thuốc cảm thấy dễ chịu, nhưng bệnh nhân không phải bao giờ cũng thế!

Người cao tuổi lại có nhiều người trong gia đình lo lắng, tốt bụng, nhấn mạnh rằng cần phải làm một cái gì đó cho bệnh nhân.

Thấy thuốc còn có thể chịu sức ép tế nhị nhưng có khi thiếu lương tâm của các hãng dược.

Ở nhiều nước, bệnh nhân có khuynh hướng đi từ bác sĩ này đến bác sĩ khác, uống theo tất cả các đơn được kê cùng một lúc.

Nhiều thầy thuốc nghĩ rằng bệnh nhân chờ đợi được kê đơn thuốc cho mỗi triệu chứng. Nhưng một cuộc điều tra của Stimpson năm 1976 cho thấy chỉ có 30-50% bệnh nhân chờ đợi điều đó, trong lúc 80-90% thấy thuốc cho rằng đã tìm đúng thuốc. Ở người trên 70 tuổi tại Anh, một cuộc điều tra trong thực hành y tế chung cho thấy 50% bệnh nhân đã được điều trị lâu dài về bệnh tim, trầm cảm, hay lo âu.

Chương này sẽ đề cập đến vấn đề tại sao lại càng có nhiều người cao tuổi bị đau do dùng nhiều loại thuốc và có các nội dung sau đây:

- Hướng dẫn về dược lý học ở người cao tuổi cho thấy thuốc thực hành.
- Những thuốc hay dùng cho người cao tuổi và phản ứng nghịch của thuốc thường gặp ở Anh.
- Cách tránh dùng nhiều loại thuốc và phản ứng nghịch của thuốc.
- Cách xử lý đối với bệnh nhân cao tuổi dùng nhiều loại thuốc hoặc bị phản ứng nghịch.

Dược lý học của người cao tuổi

- Dược động học
- Dược động lực học
- Phục tùng (compliance) quy tắc dùng thuốc.

I. Được động học gồm:

- Sự hấp thu
- Sự phân phối
- Chuyển hoá
- Bài tiết

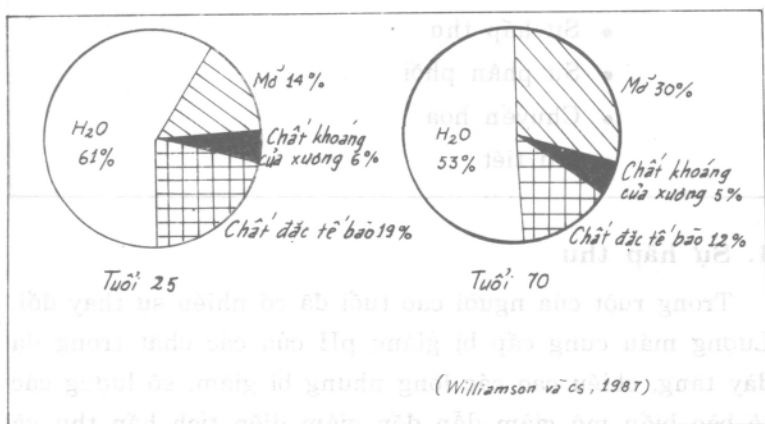
1. Sự hấp thu

Trong ruột của người cao tuổi đã có nhiều sự thay đổi. Lượng máu cung cấp bị giảm; pH của các chất trong dạ dày tăng, chiều cao các lông nhung bị giảm, số lượng các tế bào biểu mô giảm dẫn đến giảm diện tích hấp thu và thành lập những túi thừa (diverticuli) ở ruột non và ruột già. Mặc dầu có những thay đổi đó, sự hấp thu thuốc rất ít khi bị thay đổi. Một nguy cơ lớn hơn là tác động qua lại của nhiều loại thuốc. Thí dụ, metoclopropamid làm dạ dày trống rỗng nhanh và làm giảm hấp thu. Những thuốc chống trầm cảm và những thuốc kháng cholinergic làm cho dạ dày trống rỗng chậm và làm tăng hấp thu.

2. Sự phân phối

A. Cơ cấu của cơ thể

Cơ cấu của cơ thể thay đổi tùy theo tuổi. Như đã thấy ở hình 10.1, ở tuổi từ 25 đến 70, lượng nước trong cơ thể giảm làm cho nồng độ của thuốc trong các dịch của cơ thể cao hơn, trong lúc lượng mỡ trong cơ thể tăng lên làm cho việc phóng thích và thời gian bán huỷ của những thuốc tan trong mỡ ở người cao tuổi lâu hơn.

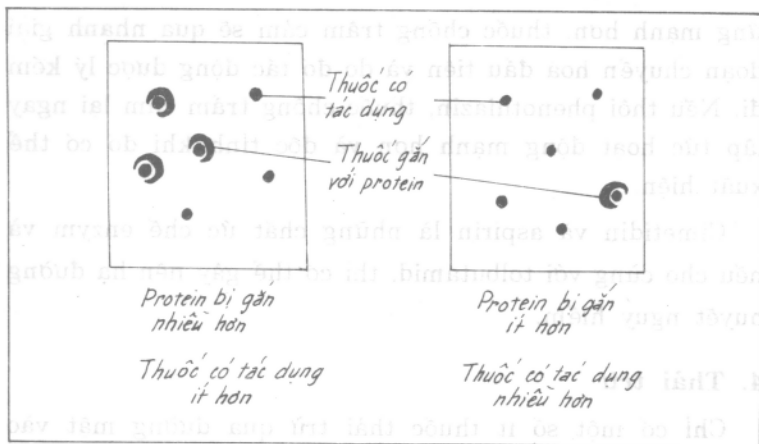


Hình 10.1. Sự thay đổi cơ cấu cơ thể theo tuổi.

B. Gắn với protein

Chất protein bị giảm ở người cao tuổi có sức khỏe kém và nhiều bệnh tật, nhất là khi bị suy tim xung huyết hoặc bị bệnh gan. Vì vậy, hiện tượng gắn với protein, làm giảm tác động của thuốc, hiện tượng đó cũng bị giảm (Hình 10.2).

Khi uống tolbutamid, một thuốc gắn nhẹ với protein lại uống thêm phenothiazin hay salicylat là thuốc gắn mạnh với protein, thì tolbutamid có thể bị di chuyển và điều đó có thể dẫn đến hạ đường huyết nguy hiểm.



Hình 10.2. Gắn với protein

3. Chuyển hoá

Từ 30 tuổi đến 70 tuổi, gan người ta mất đi một phần tư trọng lượng của nó. Những tế bào gan, lưu lượng máu và hoạt động các men cũng đều bị giảm. Những thuốc bài tiết qua gan lần đầu, ở người cao tuổi, có nồng độ cao hơn. Do đó tác động của chlormethiazol, labetolol và lignocain được tăng lên, ở người cao tuổi.

Giai đoạn chuyển hoá đầu tiên ở gan được tiến hành với các men (enzyme) vi lượng; chúng giúp cho sự khử, oxy hoá hay thủy phân chất thuốc. Những men vi lượng được thuốc cảm ứng, một số thuốc cảm ứng mạnh, cảm ứng những men vi lượng không đặc hiệu giúp cho sự chuyển hoá những men cảm ứng không mạnh bằng.

Thí dụ: một bệnh nhân uống thuốc chống trầm cảm ba vòng và lại uống thêm phenothiazin. Phenothiazin cảm

ứng mạnh hơn, thuốc chống trầm cảm sẽ qua nhanh giai đoạn chuyển hoá đầu tiên và do đó tác động dược lý kém đi. Nếu thôi phenothiazin, thuốc chống trầm cảm lại ngay lập tức hoạt động mạnh hơn và độc tính khi đó có thể xuất hiện.

Cimetidin và aspirin là những chất ức chế enzym và nếu cho cùng với tolbutamid, thì có thể gây nên hạ đường huyết nguy hiểm.

4. Thái trừ

Chỉ có một số ít thuốc thái trừ qua đường mật vào ruột. Đại bộ phận thái trừ qua thận hoặc qua sự lọc của cầu thận hoặc sự bài tiết của ống thận.

Lưu lượng máu qua thận và sự lọc của cầu thận giảm khoảng 50% giữa các tuổi 20 và 90. Từ tuổi 40 trở đi cứ mỗi năm bài tiết của ống thận giảm 1%. Đó là do sự kết hợp các yếu tố bao gồm sự mất các nephron (phần còn lại chức năng bình thường), xơ cứng thận và to tuyến tiền liệt ở nam giới.

Sự giảm sức lọc qua cầu thận và sự bài tiết của ống thận bị kém đi do stress, mất nước và bệnh cấp tính. Nếu creatinin trong huyết thanh tăng lên thì khi dùng thuốc phải rất cẩn thận.

Thí dụ thời gian bán huỷ của penicillin gần như tăng gấp đôi ở người cao tuổi. Những aminoglycosid như streptomycin và gentamycin đạt nồng độ độc rất nhanh và phải được tránh dùng ở người cao tuổi.

II. Dược động lực học

Người thầy thuốc thực hành cần biết những thay đổi sau đây đã làm thay đổi dược động lực học ở người cao tuổi:

Những yếu tố dược động lực học đã bị thay đổi ở người cao tuổi

- Tính thấm của hàng rào máu não tăng lên
- Đau mút của cơ quan cảm giác bị biến đổi
- Đáp ứng các thụ thể sức ép có thay đổi (thận trọng khi điều trị hạ huyết áp).
- Các cơ chế điều hoà nội môi và tự động bị biến đổi, tác động đến đường huyết và điều khiển bằng quang.

Những thay đổi về dược động lực học dẫn đến tình trạng là các phản ứng nghịch của thuốc dễ xảy ra.

Những thuốc nào hay gây phản ứng nghịch ở người cao tuổi ?

Williamson và Chopin (1981) nghiên cứu ở Anh cho thấy mặc dầu các thuốc lợi tiểu là thường hay gây nhất, những thuốc chữa bệnh tâm thần, hạ huyết áp, chống cứng cơ, chống run rẩy có tỷ lệ % phản ứng nghịch cao vào loại nhất. Digoxin là thuốc gây phản ứng nghịch đứng vào hàng thứ tư. Những cuộc nghiên cứu cho thấy 10,8% người cao tuổi dùng một thuốc bị phản ứng nghịch; ở các

bệnh nhân dùng 6 thứ thuốc, tỷ lệ đó là 27%. Hơn nữa, 10% số bệnh nhân nhận vào các đơn vị lão khoa là do phản ứng nghịch của thuốc.

Sau khi ngừng thuốc, chỉ có 69% khỏi hoàn toàn và trong điều trị bệnh Parkinson chỉ có 46% khỏi hoàn toàn.

Khi dùng nhiều thuốc với các đường bài tiết khác nhau thì các thuốc đó cạnh tranh nhau để được thải trừ. Thí dụ các thiazid, tolbutamid và penicillin cạnh tranh nhau trong ống thận, thường lại được dùng cùng nhau.

Bệnh cấp tính có thể làm giảm đột ngột khả năng thải trừ của thận. Điều này đặc biệt rõ ở bệnh nhồi máu cơ tim cấp tính, khi bị ỉa chảy hoặc nôn mửa, và trong nhiễm khuẩn đường hô hấp.

Những điểm thực tế trong dùng thuốc ở người cao tuổi

Ở bệnh nhân cao tuổi và yếu đuối :

- Giảm liều và giữ khoảng cách bình thường
- Cho liều bình thường nhưng với khoảng cách dài hơn
- Nếu chức năng thận kém, giảm liều và kéo dài khoảng cách.

III. Phục tùng quy tắc

75% bệnh nhân cao tuổi có thể mắc sai lầm trong việc dùng thuốc. Những nhóm có rủi ro đặc biệt là:

Nhóm có rủi ro về phục tùng quy tắc

- >85 tuổi.
- Sống một mình
- Lũ lẫn
- Dùng nhiều loại thuốc.
- Nhìn kém hoặc nghe kém
- Tin vào cách chữa khỏi bệnh cổ truyền hơn là cách chữa phương Tây.

Những sai lầm thường gặp trong phục tùng quy tắc

- Bệnh nhân không mua được thuốc và thôi thuốc luôn.
- Tự chữa bằng các thuốc ngoài tiêu chuẩn, thuốc để lại từ lần ốm trước, thuốc của người khác hoặc thuốc cổ truyền.
- Dùng không đúng thời gian
- Nhầm thuốc nọ ra thuốc kia.

Thấy thuốc viết ở phiếu điều trị đơn giản những chỉ dẫn dễ đọc và những lời giải thích cho bệnh nhân cũng tăng cường sự phục tùng quy tắc và giúp đỡ cho cả người trong gia đình nữa. Khi khám bệnh, bệnh nhân đem phiếu điều trị đi theo và những thuốc mới, cách điều trị mới lại được viết thêm vào. Người thấy thuốc tiếp theo cũng biết được cách điều trị trước (Hình 10.3).

[illegible]

Hình 10.3. Phiếu dùng thuốc gần gũi cho người cao tuổi.

NHỮNG THUỐC THƯỜNG DÙNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI VÀ NHỮNG PHẢN ỨNG NGHỊCH

Những thuốc có phản ứng nghịch

- Digoxin
- Thuốc lợi tiểu
- thuốc hạ huyết áp
- Thuốc hướng tâm thần
- Thuốc ngủ
- Thuốc an thần
- Thuốc chống trầm cảm
- Thuốc chống bệnh Parkinson

1. Digoxin

Những chỉ định ở người cao tuổi là :

- a) Rung nhĩ không bị kiểm chế
- b) Nhịp tim nhanh trên thất.

Triệu chứng ngộ độc: lẫn, khó chịu không nôn mửa (triệu chứng thường gặp ở lứa tuổi trẻ hơn), biếng ăn và sút cân.

Ở tuổi từ 40 đến 80, sự thải trừ digoxin qua thận giảm 40%.

2. Lợi tiểu

Khi có phù nề tư thế, không dùng thuốc lợi tiểu cho người cao tuổi yếu đuối. Khuyến nên dùng một ghế kê chân, một ghế du đưa, hoặc luyện tập.

Phản ứng nghịch gồm:

- Hạ kali huyết.
- Hạ huyết áp tư thế.
- Hạ natri huyết và chết.
- Hạ magie oxid.

Lợi tiểu mạnh tác động nhanh và có thể gây không cầm được tiểu tiện ở người cao tuổi có khuyết tật, không thể đến nhà vệ sinh nhanh chóng. Bệnh nhân phải được báo trước về tình huống này. Nếu tuyến tiền liệt của bệnh nhân lại to ra, thì lúc đó có thể xảy ra ứ nước tiểu cấp.

Các thiazid là thuốc lợi tiểu đáng kén chọn cho người cao tuổi, nhưng bệnh nhân phải được theo dõi về đường niệu và đường huyết.

3. Thuốc hạ huyết áp

Ở người cao tuổi, tăng huyết áp chỉ nên được điều trị khi có nguy cơ đau thắt ngực hoặc quá tải tâm thất trái. Những nghiên cứu gần đây của Ủy ban châu Âu về tăng huyết áp ở người cao tuổi cho thấy chữa tăng huyết áp ở người trên 80 tuổi là vô ích (Amery và cs., 1986).

Phản ứng nghịch gồm:

- Dái tháo đường do thiazid.

- Chẹn bêta: tim đập chậm, mạch chậm, hạ huyết áp tư thế, lừ khừ, mệt nhọc. Khi bệnh nhân có bệnh suy tim xung huyết, bệnh tắc nghẽn đường hô hấp mạn tính và đái tháo đường thì nên tránh dùng chẹn bêta. Dùng những chất chống Ca (thí dụ nifedipin) có thể an toàn hơn.

Aldomet và những dẫn xuất cây rauwolfia gây trầm cảm. Cần tránh dùng hydralazin và catopril, một chất ức chế enzym ACE (angiotensin converting enzyme) ở người cao tuổi, yếu sức, do có nguy cơ giảm huyết áp đột ngột.

Phải khám bệnh lại, đánh giá tình hình người cao tuổi sau khi ra viện; có thể có một bác sĩ mới ra trường nhiệt tình cho người ấy uống thuốc giảm huyết áp khi thấy huyết áp cao. Cách chữa đó có thể làm cho bệnh nhân mất tự lập. Bệnh nhân phải được khám lại sớm sau khi ra viện và nếu cần ngừng thuốc hạ huyết áp.

4. Thuốc hướng tâm thần

A. Thuốc ngủ

Người cao tuổi đã thay đổi trong kiểu ngủ. Nếu một đêm người trẻ hơn chỉ cần dậy 2 lần, người cao tuổi phải dậy tới 7 lần. Hơn nữa, người cao tuổi sống cuộc đời không bận rộn lắm và muốn ngủ chợp ban ngày.

Thuốc ngủ giảm các động tác nhanh của mắt khi vào giấc ngủ, làm cho bệnh nhân thấy kém khoan khoái, tươi tỉnh sau giấc ngủ.

Cần tránh dùng benzodiazepin ở người cao tuổi vì nhiều thuốc loại đó tác dụng lâu dài, có thể gây mất phân đoán và té ngã. Nên dùng loại tác động ngắn nếu cần, thí dụ temazepan (Normison) và cũng chỉ trong những đợt ngắn. Chlormethiazol có tác dụng tốt ở một số người cao tuổi và không có tác dụng phụ nào nghiêm trọng. Chloral hoặc dichloralphenazon (Welldorm ở Anh) cũng không gây dư vị khó chịu và những tác dụng phụ khác.

B. Thuốc an thần

Khi có vấn đề trong thái độ, cách đối xử của bệnh nhân, khi bị paranoia trong suy não mạn tính, thì cần dùng thuốc an thần.

Nên tránh các benzodiazepin, vì chúng rất mạnh và có thời gian bán hủy tăng.

Thioridazin (Melleril) đủ để làm cho người lang thang ban đêm trở lại bình tĩnh. Nhưng các phenothiazin có tác dụng phụ sau đây: mơ màng, lú lẫn, loạn choạng, hạ huyết áp tư thế, táo bón và hội chứng Parkinson.

Tránh prochlorperazin vì choáng váng hoặc té ngã. Thuốc này chỉ công hiệu khi có chóng mặt thực sự, một chứng hiếm có. Và cũng chỉ nên cho thời gian ngắn.

C. Thuốc chống trầm cảm

Loại thường dùng cho người cao tuổi là loại ba vòng; chúng có tác dụng chống cholinergic rõ rệt, gồm: khô mồm, lóe mắt, thiên đầu thống, táo bón, hạ huyết áp tư thế và những vấn đề của tiểu tiện.

Những thuốc chống trầm cảm mới ít tác dụng phụ hơn, song lại cũng kém hiệu lực.

5. Thuốc chống bệnh Parkinson

Nên nhớ rằng từ 10% đến 20% người cao tuổi không đáp ứng với điều trị. Những người vừa lần, vừa bị bệnh Parkinson, khi biết đến chẩn đoán này, đã thấy tình hình khó khăn, ít hy vọng.

Cách dùng thuốc chữa bệnh Parkinson, các tác dụng phụ của chúng đã được trình bày ở chương 6.

TRÁNH DÙNG NHIỀU THUỐC VÀ CÁC PHẢN ỨNG NGHỊCH CỦA THUỐC

Dùng thuốc cho người cao tuổi phải bảo đảm an toàn

Có cần dùng thuốc không?

Cần có thời gian để chẩn đoán chính xác, do đó thấy thuốc phải tạo thời gian và xem lại bệnh nhân nếu cần.

Thuốc dùng có thật đúng chỉ định không?

Những lời khuyên và các cách thích ứng với lối sống có thể đủ chăng?

- Xem lại các chế độ dùng thuốc của bệnh nhân một cách đều đặn.
- Lời chỉ dẫn rõ ràng và
- Bắt đầu từ liều thấp.

Bệnh nhân có đang dùng thuốc khác không ?

- Do các bác sĩ khác kê đơn.

- Do bạn bè?
- Do người chữa bệnh theo cổ truyền.
- Ngoài kế hoạch

Khi cho thuốc nào đó cho một bệnh nhân cao tuổi mà ta chưa quen biết phải xem xét kỹ về thuốc đó, về thông tin đối với nó. Ở Anh có sách dùng thuốc quốc gia, cứ ba tháng lại cập nhật hóa một lần, sách đó có thể dùng để tham khảo được.

XỬ LÝ BỆNH NHÂN DÙNG NHIỀU THUỐC VÀ CÓ PHẢN ỨNG NGHỊCH

1. Chẩn đoán

Cảnh giác với những người có rủi ro: người yếu đuối, người có nhiều vấn đề về sức khỏe; người lẩn, người đã mất giác quan (nhìn, nghe); người sống một mình, người trên 80 tuổi và người có bệnh chống chất.

Lấy bệnh sử dùng thuốc cẩn thận

Chú ý đến thời gian bán hủy và tác dụng phụ của những thuốc thường dùng.

Chọn một người trong gia đình hoặc sắp xếp để thầy thuốc hoặc điều dưỡng viên đến thăm tại nhà, kiểm tra việc dùng thuốc.

2. Xử lý

Ngừng thuốc nào có thể ngừng được. Nếu bệnh nhân lẩn phải chọn người hoặc thành viên gia đình giám sát giúp đỡ.

TÓM TẮT

Những người cao tuổi dễ bị phản ứng nghịch của thuốc vì thuốc tác động trong cơ thể đã thay đổi, sức nhạy cảm đối với thuốc đã thay đổi, sự phục tùng quy tắc kém đi và nhiều bệnh tật khác đòi hỏi dùng nhiều thuốc. Các phản ứng nghịch tăng lên khi số thuốc tăng.

Thấy thuốc chữa bệnh cho người cao tuổi phải nắm chắc thời gian bán huỷ và tác dụng phụ của các thuốc thường dùng cho họ. Tốt nhất là dùng một số ít thuốc đã được thử thách, trong các điều kiện bình thường. Thấy thuốc nên có trong tay danh sách số ít thuốc đó, theo yêu cầu của mình.

Chỉ nên dùng những thuốc mới hơn khi đã thử dùng có kết quả tốt cho người ít tuổi hơn và đã được dùng thử cho một số người cao tuổi với số lượng đủ để chứng tỏ sự an toàn của thuốc:

Chương 11

Tâm lý và cá tính người cao tuổi

VÀO ĐỀ

Khi tuổi trung bình của dân chúng tăng lên thì số người trên 75 tuổi (gọi là rất già) cũng tăng lên. Những rối loạn tâm thần ở tuổi "đại lão" xuất hiện nhiều hơn; ở các nước phương Tây, đã xảy ra vụ dịch trầm lặng của bệnh sa sút trí tuệ người già. Tiếc thay, sự kiện này được nói đến quá nhiều trên các báo khoa học cũng như báo chí địa phương. Điều này làm cho có người sợ trở thành già sa sút trí tuệ, trong số người cao tuổi khoẻ mạnh. Quy mô của vấn đề này tùy thuộc tỷ lệ % "người rất già" so với dân số. Để hiểu bệnh nhân cao tuổi, thấy thuốc phải hiểu những nỗi sợ và niềm vui của người cao tuổi ngày nay.

CÁ TÍNH NGƯỜI CAO TUỔI

Trong cuốn sách "Tâm lý của người cao tuổi", Bromley đã định nghĩa khái niệm "đường đời" và giúp cho hiểu tâm lý người cao tuổi. Chúng ta chịu ảnh hưởng của kinh nghiệm sống bản thân, đồng thời cũng chịu ảnh hưởng của thái độ người khác đối với chúng ta. Tổng thể sự việc đó được phản ánh ở cách chúng ta tự đánh giá hoặc

trong giá trị của chúng ta trong xã hội. Ngày nay vô tuyến truyền hình ở các nước đang phát triển đến tận hang cùng ngõ hẻm, sự sùng bái tuổi trẻ đã thắng sự tôn trọng truyền thống mà những người cao tuổi đã có trong nhiều thế hệ. Ngày nay người cao tuổi thường bị bắt trong cái bẫy phát triển; được nuôi dưỡng với những giá trị truyền thống, họ bước vào tuổi già chỉ để thấy những giá trị truyền thống sụp đổ, làm cho họ mất lòng kính trọng mà họ đã có đối với những người cao tuổi hơn họ. Điểm này gây chấn thương tâm lý, đặc biệt là khi những tín ngưỡng vào kiếp sau hoà quyện với lòng hiếu thảo và sự thờ phụng ông cha. Khoảng trống giữa các thế hệ ngày càng rộng và ở một số nước, người cao tuổi bất lực trong việc tiếp xúc với cháu họ, vì cả hai bên không nói một ngôn ngữ chung.

Tất cả những người cao tuổi đều khác nhau, điểm chung độc nhất giữa họ với nhau là quãng thời gian dài họ sống trên hành tinh này. Tâm lý mỗi người cao tuổi đều được hình thành do kinh nghiệm bản thân và sự thích ứng của họ với các sự kiện đời sống trước đó. Thường chấn thương tâm lý (stress) lớn nhất đến với người cao tuổi do sự mất mát bạn trăm năm hoặc các bè bạn đã giúp đỡ họ trong một thời gian nào đó của cuộc sống. Mất việc làm, mất sự đóng góp cho gia đình và cộng đồng, mất vị trí vai trò, sự giảm sút về thể chất, đó là những yếu tố gây stress ở người cao tuổi. Với tâm lý ốm đau và bị chấn thương như vậy, không lấy gì làm lạ là có một tỷ lệ cao những rối loạn tâm lý ở nhóm người cao tuổi.

THÍCH ỨNG VỚI TUỔI GIÀ

Reichard và cs. (1962) đã nghiên cứu 87 người cao tuổi. Các tác giả cố gắng phân loại nhân cách trong nhóm này và trình bày 5 điển hình theo cơ chế bảo vệ đã giúp họ đối phó hoặc tự bảo vệ trước những thay đổi do tuổi tác.

Có một phần ba không xếp loại được. Số còn lại được phân loại như sau:

1. Người có tính chất xây dựng: lạc quan, hướng về tương lai. Có uy tín với gia đình, bè bạn, người cao tuổi đó được chuẩn bị tốt nhất để sống trong tuổi già.

2. Người phụ thuộc, thụ động, con người "nằm ghế đu đưa". Về mặt xã hội, người này có thể chấp nhận được, nhưng họ thụ động, phụ thuộc hơn là chủ động và tự lo liệu cho mình.

3. Người không làm chủ được tình cảm, bảo thủ, công thức và đam mê, con người "mang áo giáp".

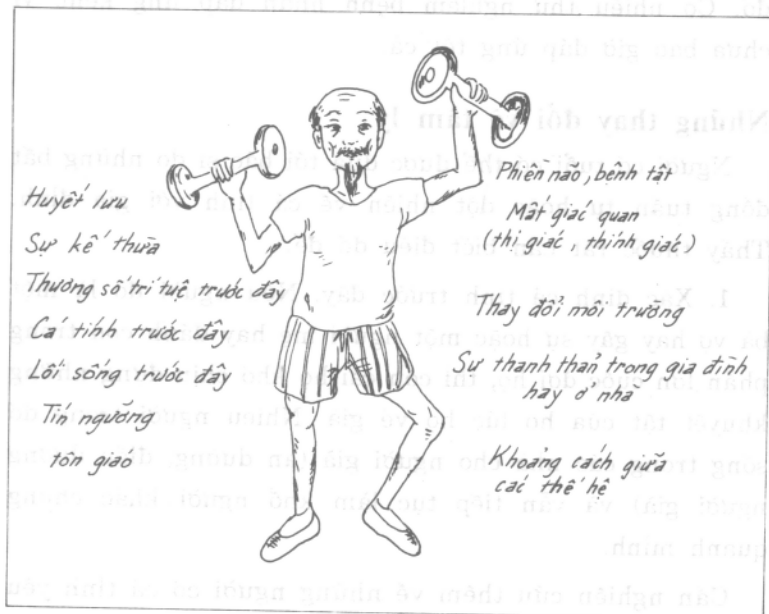
4. Người giận giữ, không thân thiện, người này trách cứ những người khác vì thất bại của mình. Hoài nghi, có khi hoang tưởng. Thường người ấy nhìn kết quả công việc không cân bằng, không được chuẩn bị để thích hợp với tuổi già, và sợ chết. Người ấy mong muốn như người trẻ nhưng lại không thấy ưu điểm của người trẻ.

5. Người "tự ghét mình", chia sẻ tấn công vào chính mình. Họ tự trách mình về việc mất địa vị xã hội, coi cái chết như lối thoát cho các vấn đề của mình.

Cuộc nghiên cứu này được đề cập đến để mang lại một hiểu biết nào đó về các cơ chế bảo vệ mà người thầy thuốc có thể gặp khi khám bệnh. Mặc dầu cuộc nghiên cứu tiến hành ở Mỹ, nhưng nó có thể vận dụng ở Anh và ở một số nền văn minh khác.

NHỮNG YẾU TỐ CÓ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CÁCH ĐỐI XỬ CỦA NGƯỜI GIÀ

Những yếu tố khác cũng tác động đến cá tính và cách cư xử của người già. Đó là: những thay đổi hữu cơ trong não, trong hệ thần kinh và trong mạch máu não.



Hình 11.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến trạng thái tâm thần của người có tuổi.

Hình 11.1 trình bày vấn đề này. Hiện có nhiều cơ sở khách quan để khẳng định những mất mát về giác quan (nghe, nhìn) có liên hệ đến hoang tưởng.

Tuổi tác và sự thông minh

Thương số trí tuệ không thay đổi với tuổi tác, nhưng những biểu hiện ra lời nói hoặc ngoài lời nói của sự thông minh có thể kém đi, do những yếu tố như đã trình bày ở hình 11.1. Khi làm các thử nghiệm về thông minh ở người có tuổi phải lưu tâm đến thương số trí tuệ trước đó. Có nhiều thử nghiệm bệnh nhân đáp ứng kém, vì chưa bao giờ đáp ứng tốt cả.

Những thay đổi về tâm lý

Người có tuổi có thể được đưa tới bác sĩ do những bất đồng tuần tự hoặc đột nhiên về cá tính với gia đình. Thấy thuốc rất cần biết điều đó để:

1. Xác định cá tính trước đây. Nếu người đó là một bà vợ hay gây sự hoặc một người mẹ hay đánh con trong phần lớn cuộc đời họ, thì con cái họ khó chịu đựng những khuyết tật của họ lúc họ về già. Nhiều người trong đó sống trong các nhà cho người già (an dưỡng, điều dưỡng người già) và vẫn tiếp tục làm khổ người khác chung quanh mình.

Cần nghiên cứu thêm về những người có cá tính yêu thương, dễ chịu trước đây, nhưng mới đây trở nên khó tính.

2. Trước đây người đó đương đầu với những sự kiện trong đời như vào nằm viện hoặc một người thân mất như thế nào?

3. Gần đây có gì thay đổi trong tình hình thể chất, xã hội hay tâm lý không? Nhiều vấn đề có thể xử lý được khi hỏi ý kiến gia đình hoặc có một vài điều chỉnh trong sắp xếp cuộc sống. Trong những trường hợp này, những cán bộ xã hội hoặc nhà tâm lý học rất cần thiết, song nếu thiếu họ thì một điều dưỡng viên có kinh nghiệm, được huấn luyện, cũng có thể giúp ích cho bệnh nhân cao tuổi, trong chăm sóc và khuyến bảo họ.

Đối với những rối loạn tâm thần ở tuổi già, cách xử lý lại phải khác và sẽ được đề cập đến trong chương sau.

Chương 12

Rối loạn tâm thần xảy ra lần đầu ở người cao tuổi

VÀO ĐỀ

Những người bị tâm thần lúc trẻ có thể sống được đến tuổi già. Việc xử lý những trường hợp đó, đã có các sách chuyên khoa tâm thần học trình bày.

Người cao tuổi trước đó cá tính vững vàng, có thể bị ốm về tâm thần lần đầu tiên khi ở tuổi cao, gây đau khổ cho cả gia đình và khó khăn về chẩn đoán cho thấy thuốc. Trong chương này sẽ trình bày một cách phân loại đơn giản những bệnh đó và cách xử lý những bệnh đó trong cộng đồng.

Dại bộ phận những ca đó có thể được thấy thuốc chăm sóc sức khoẻ ban đầu, xử lý trong cộng đồng, song thỉnh thoảng phải có thấy thuốc chuyên khoa đến thăm hoặc chỉ đạo.

Bảng 12.1. PHÂN LOẠI CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN XẢY RA LẦN ĐẦU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

	- Cấp tính
• Lẫn :	- Cấp tính chuyển sang mạn tính
	- Mạn tính
	- Trầm cảm
• Rối loạn khác :	- Paraphrenia
	- Lo âu

ĐƯA AI GIẢI QUYẾT?

Người cao tuổi bị lẫn trong trường hợp bất động có thể được đưa vào khoa lão nếu bệnh viện có khoa này.

Người cao tuổi bị lẫn vẫn di động được cần điều trị ở khoa tâm thần, hay tốt nhất một khoa lão-tâm thần.

LẦN

Phân loại thực tế

Những hội chứng lâm sàng của chứng lẫn cấp tính và mạn tính chồng chéo lên nhau. Theo Williamson (1986) nên phân loại một cách thực tế như sau:

Phân loại lâm sàng chứng lẫn

Giai đoạn A: Tình trạng lẫn cấp tính không có tiền sử lẫn.

Giai đoạn B: Tình trạng lẫn cấp tính ở một bệnh nhân đã có sa sút trí tuệ (chưa được chẩn đoán).

Giai đoạn C: Sa sút trí tuệ đã rõ, có hoặc không có tình trạng lẫn chồng lên.

1. Giai đoạn A: lẫn cấp tính

Đồng nghĩa: mê sảng, hội chứng não cấp tính, suy não cấp tính, tình trạng lẫn, nhiễm độc.

Bảng 12.2. NHỮNG CHẨN ĐOÁN CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG LẶN CẤP TÍNH

-
- Nhiễm khuẩn
 - Rối loạn chuyển hoá thí dụ: hạ đường huyết
 - Thiếu oxy mô: từng ổ hay toàn thể.
 - Suy tim xung huyết.
 - Thuốc và dùng nhiều thuốc.
 - Hội chứng thu mình vào
 - Chấn thương tâm lý.
-

Lẫn cấp tính ở người cao tuổi có thể so sánh với cơn động kinh ở trẻ em. Nó thường do một rối loạn thể chất cấp tính làm cơ sở.

Chẩn đoán lần cấp tính (lũ lẫn) có thể được xác định khi nghiên cứu bệnh sử, bệnh sử này ngắn ngủi, chưa bao giờ có lẫn. Bệnh nhân nào khi đến thấy thuốc có những rối loạn cư xử cấp tính cũng cần được khám bệnh toàn diện và điều trị nguyên nhân cơ bản của hội chứng đó.

Thấy thuốc phải quan tâm đến điểm này: những rối loạn trong cư xử đó có thể dẫn bệnh nhân đến những hành vi phạm pháp. Thí dụ một người ông đã bị bắt vì đánh cháu mình. Thấy thuốc khám bệnh thấy ông ta không đáng nghi ngờ là đầu óc rối loạn, ngoài việc ông ta đã bị đột quỵ, làm cho bị loạn ngôn ngữ, và có những bùng nổ về tính tình, vì bị thất vọng. không làm người khác hiểu về mình.

Đó là một ca điển hình về tổn thương hữu cơ của não, làm cho bệnh nhân có cách cư xử bất thường nếu bị chấn thương về thể chất hoặc tâm lý.

Khi một người cao tuổi bị di chuyển, thí dụ từ nhà vào một nhà dưỡng lão, hoặc vào bệnh viện, cũng có thể gây những hậu quả tương tự, nhất là nếu người đó không được hỏi ý kiến trước hoặc không đồng ý.

Bệnh án I

Bà Tan 79 tuổi, sức khoẻ yếu, sống với con gái đã có chồng (đang làm việc) và 3 cháu tuổi từ 16-20. Con rể bà bị một tai nạn giao thông và con gái bà phải ở nhiều giờ trong bệnh viện với chồng. Những cán bộ xã hội gợi ý nên đưa bà già đến một trong những "nhà dưỡng lão" tốt nhất, để bà được chăm sóc.

Bà được phổ biến chuẩn bị cho việc di chuyển với một câu giải thích đơn giản và đã đồng ý. Khi vào đến nhà dưỡng lão đó, bà khó thích ứng được với ngoại cảnh mới, và ngay buổi sáng đầu tiên bà đã lú lẫn, dãi dấm trên giường một bà khác. Khi người chăm sóc đến gần, bà thét đuổi họ, nói rằng họ đến để giết bà.

Bà bị cưỡng bức dùng chlorpromazin 50 mg theo sự chỉ đạo qua điện thoại của một thầy thuốc địa phương. Bà ngủ một giờ, sau đó tìm cách leo ra khỏi giường, ngã xuống sàn nhà và bị gãy xương đùi. Khi vào phòng chính hình, bà bị nằm bẹp trên giường và tiếp tục dãi dấm. Bà bị buồn bực đến nỗi sau khi được xử lý phẫu thuật, bà từ chối không ăn gì. Bà bị giữ ở giường và nuôi qua ống thông.

Khi thấy thuốc lão khoa đến khám, bà có thái độ tấn công, hoang tưởng và nói là muốn chết. Khi bệnh sử đã được tháo gỡ, ống thông nuôi bà được tháo ra, phân lèn chặt trong hậu môn được lấy ra và giải quyết dãi dấm. Nhờ giải thích liên tục bà lại vận động và trở về nhà với tâm lý bình thường, quyết định không bao giờ bỏ nhà ra đi nữa!

Ca bệnh kể trên không có gì bất thường, khi người chăm sóc không biết hết những nhu cầu riêng của người cao tuổi. Thời gian để giải thích các thủ thuật và di chuyển thường còn quan trọng hơn là thời gian điều trị.

Xử lý lẫn cấp tính

Cách xử lý: điều trị sự rối loạn đã là cơ sở cho hội chứng. Như ca tường thuật ở trên, nó gồm: tác động đến

môi trường chung quanh, giải thích cho bệnh nhân và gia đình và trước hết mọi động tác điều trị là phải coi bệnh nhân như những người lành mạnh có thể tự quyết định lấy việc của họ.

Khi có bệnh thực thể, bệnh đó phải được chữa. Khi nào có thể được, thì cần tránh dùng thuốc an thần. Việc sử dụng thuốc an thần sẽ được bàn đến ở phần sau:

2. Giai đoạn B: cấp tính chuyển sang mạn tính

Bệnh sa sút trí tuệ sớm thường người trong gia đình không nhận thấy; một bà vợ thương chồng sẵn sàng bỏ qua những thiếu sót của người mình yêu. Có khi bà vợ ốm hoặc chết, người trong gia đình mới nhận thấy sự lú lẫn của bệnh nhân.

Bệnh án 2

Bà Wong Pohchong đã lấy chồng được 50 năm. Lúc nào bà cũng là bà mẹ xứng đáng trong một gia đình mẫu hệ. Bà 83 tuổi, bà sống với ông chồng 80 tuổi, con trai và con dâu. Cách đây 10 năm bà đã không thổi nấu cơm cho con dâu, nhưng cả 2 vợ chồng vẫn đi mua bán. Ông Lee, chồng bà vì một cơn đau tim phải đưa vào bệnh viện cấp cứu. Sáng hôm sau người con dâu dặn dò mẹ chồng đi chợ. Bà Wong, khi đi chợ trở về, chỉ đem có hai quả cam và mất hết tiền. Bà không giải thích được tại sao, người tỏ ra rất lúng túng và lẩn. Bà tiếp tục đi mua bán hai hôm nữa, song không làm nổi. Ông Lee cho rằng bà đã không tích cực mua bán trong 10 năm nay, do bà không nhớ phải mua gì và không giữ nổi tiền.

Như vậy, ta thấy tình trạng lú lẫn cấp tính chuyển sang mạn tính có thể là biểu hiện của sự sa sút trí tuệ dần dần. Giai đoạn cấp tính đã để lại một tình trạng tâm thần kém hơn trước. Bệnh nhân không nên chịu thay đổi hoàn cảnh nhiều trong giai đoạn cấp tính, nếu có thay đổi những người trong gia đình phải làm công tác chuẩn bị tư tưởng cẩn kẽ, để người đó có thể đương đầu với vấn đề.

3. Giai đoạn C: lú lẫn mạn tính

Tình trạng này còn gọi là: sa sút trí tuệ, bệnh già, suy não mạn tính, hội chứng não mạn tính và gọi chung là bệnh Alzheimer (mặc dầu trong bệnh Alzheimer chỉ có một phần các rối loạn thôi). Tình trạng lú lẫn tiến triển này có thể bị một bệnh thực thể hoặc một chấn thương tâm lý đẩy mạnh lên; nó cứ tiến triển, lúc nhanh, lúc chậm.

Số người lú lẫn mạn tính tăng lên cùng với sự tăng trưởng của những người cao tuổi trong dân chúng. Trong nhiều cuộc điều tra, ở tuổi 65 thì 1/10; ở tuổi trên 80 thì 1/5 người cao tuổi bị sa sút trí tuệ.

Hình thức lú lẫn tùy theo từng bệnh nhân, mỗi người một khác. Chứng quên dần dần có thể là triệu chứng phổ thông nhất, nhưng chứng này lại gắn với những điểm trong cá tính bây giờ bị cường điệu lên, làm cho gia đình cho là người có tuổi "trêu chọc" hoặc mách khỏe.

Phân loại sinh bệnh học hội chứng lẫn mạn tính ở người cao tuổi

- Không có tổn thương cấu trúc
- Có tổn thương cấu trúc :
 - Bệnh Alzheimer
 - Nhồi máu nhiều nơi
 - Tràn dịch não bên trong

A. Không có tổn thương cấu trúc ở não

Đây là do rối loạn chức năng hoặc thực thể hoặc tâm lý. Tình trạng này có thể phục hồi hoàn toàn. Nhưng không may, tình trạng này không được nhận ra và nó phát triển thành mạn tính.

B. Có tổn thương cấu trúc

Theo khám nghiệm tử thi, thì có ba khám phá lớn. Đó là:

a) *Những thay đổi kiểu bệnh Alzheimer:* trong đám rối các sợi thần kinh, có những thay đổi vĩ mô và vi mô, bao gồm cả mất tổ chức não, những thất bại giãn rộng, khe não bị rộng ra. Tổn thương này thường phối hợp với thể tiến triển của sa sút trí tuệ và thường tác động đến các chức năng thực thể cho tới khi các chức năng này bị kiệt quệ. Bệnh nhân nằm liệt trên giường ở tư thế bào thai, không đáp ứng gì với những sự kiện chung quanh. Có lúc nuốt trở thành vấn đề, phản xạ ho bị suy yếu, đưa đến viêm phổi sặc và chết.

b) Nhồi máu nhiều nơi: thiếu năng mạch máu diện rộng dẫn đến nhồi máu nhiều nơi của mô não. Bệnh sử kết hợp với bệnh lý này biểu thị sự tiến triển từng bước với sự hư hại đột ngột sau đó là sự tiếp tục đều đều cho đến khi một nhồi máu mới xuất hiện. Những bệnh nhân đó có thể bị đột quy.

c) Tràn dịch não bên trong: hội chứng này ít thấy nhưng có thể xảy ra ở người cao tuổi trước đây bình thường. Trong một số ít trường hợp xấu đi nhanh, với ba triệu chứng là tâm thần thay đổi, rối loạn dáng đi và đái dầm, lấp một xung điện có thể làm cho bệnh nhân đỡ chút ít.

Bệnh Alzheimer và hội chứng nhồi máu nhiều nơi cùng xảy ra ở 10-20% trường hợp.

Xử lý lẫn mạn tính

Khi đến khám bệnh, có thể phát hiện là bệnh nhân đã bị lẫn trong nhiều năm. Các gia đình vẫn thích ứng cho đến khi hoặc người thường xuyên chăm sóc bị quá căng thẳng (do phải tăng thời gian chăm sóc), hoặc do một khủng hoảng mới nào đó xảy ra trong gia đình.

Ở những giai đoạn sớm, để chẩn đoán, có thể sử dụng nghiệm pháp tâm thần đơn giản, kiểu như của Isaacs Walkey. Nghiệm pháp này đã có những trục trặc khi bắt đầu có lẫn. Nghiệm pháp này cần được hiệu chỉnh cho thích hợp với những sự kiện quen thuộc về văn hoá và đường đời của bệnh nhân. Thí dụ: tác giả thấy rằng ở phụ nữ Hindu, thuộc một làng gần Banares ở Ấn Độ, có

khó khăn khi cao tuổi, vì theo người Hindu, thì điều quan trọng là được sống, còn sống được bao lâu thì không quan trọng; những người phụ nữ đó không nói tên chồng ra vì việc đó sẽ đem lại bất hạnh, và còn nhiều tín ngưỡng khác nữa. Nhưng họ lại có thể kể tên các vị thần, tên con cái và những người thân.

Bảng 12.3. NGHIÊN CỨU CÂU HỎI THEO ISAACS WALKEY VÀ NHỮNG CÂU ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU CHỈNH CHO PHÙ HỢP VỚI ĐỊA PHƯƠNG BANARES, ẤN ĐỘ

<i>Isaacs Walkey</i>	<i>Câu hỏi đã điều chỉnh</i>
Tên nơi này là gì?	Tên nơi này là gì?
Hôm nay là ngày nào?	Hôm nay là ngày nào?
Tháng này là tháng nào	Tháng này là tháng nào?
Năm nay là năm nào?	Tên cha (cụ) là gì?
Cụ bao nhiêu tuổi	Cụ thành lập gia đình từ khi nào?
Năm sinh của cụ là năm nào?	Cụ sinh ở làng nào?
Sinh nhật cụ vào tháng nào?	Làng cụ tên là gì?
Bây giờ là mấy giờ?	Bây giờ là mấy giờ?
Cụ ở đây từ bao giờ?	Cụ ở đây từ bao giờ?
Tôi là ai ?	Tôi là ai?
Ghi điểm:	
8-9 Không có suy yếu đáng kể về tâm thần.	
5-7 Suy yếu vừa.	
0-4 Suy yếu nặng.	

Những khía cạnh thực tiễn

Biết mình lẫn có thể làm bệnh nhân buồn rầu. Có thể giúp đỡ họ bằng cách khuyên họ và gia đình hướng về thực tế. Sắp xếp việc làm trong ngày để bệnh nhân có thể theo trật tự mà làm; cần nhớ gì thì ghi chép để tự nhắc; ghi chép cả giờ nào đi vệ sinh, giờ nào uống thuốc, v.v... Cách này làm cho bệnh nhân thấy mình còn làm chủ được đời sống của mình: đó là một điều quan trọng.

Xử lý (người lẫn) cần có một kíp đa ngành, kể cả người chăm sóc như là một thành viên của kíp có trách nhiệm chính và là người cần được sự giúp đỡ chính. Người đó phải được hỏi ý kiến và được phổ biến cách xử lý và các cách điều trị. Ở những nước chưa có các kíp thì vận dụng bạn bè, người hàng xóm để chăm sóc bệnh nhân khi người chăm sóc có khó khăn, hoặc giúp cho bệnh nhân ăn, giúp làm cơm cho họ, v.v... Nhiều nước tổ chức các trung tâm ban ngày cho người cao tuổi, để chăm sóc các cụ ban ngày, lúc gia đình đi làm việc. Do số các cụ già ngày một tăng, số trung tâm này cũng cần tăng.

Những nhóm hỗ trợ những người trong gia đình có hiệu lực ở các nước mà vấn đề đó đã trở thành một vấn đề lớn; nhất là khi người trong gia đình đang bị stress.

Dùng thuốc

Cho đến khi viết những dòng này, chưa có thuốc nào trị hoãn được tiến triển của lẫn ở người có tuổi, hoặc chữa được chứng đó. Trên thị trường, có nhiều thuốc hứa

hẹn có tác dụng song rất đắt. Khi dùng thuốc đó cho bệnh nhân, phải rất thận trọng, vì chúng có thể làm cho bệnh nhân bị lẫn đối với những thuốc cơ bản và chúng cũng rất đắt tiền.

Cần tránh dùng thuốc, càng tránh lâu được bao nhiêu càng hay bấy nhiêu.

Khuyến duy trì một môi trường có tính chất gia đình và ổn định, tránh đưa đi bệnh viện hoặc nhà dưỡng lão. Tăng cường sự hiểu biết và tính khoan dung của gia đình bằng cách giải thích những vấn đề cư xử của bệnh nhân khi những vấn đề này nổi lên. Phát hiện bệnh tật, chúng không cấm được tiểu tiện hoặc không cấm được đại tiện và chữa một cách thích đáng.

Những vấn đề đặc biệt

- Bất an về đêm
- Cư xử gây gổ
- Không cấm được tiểu tiện (hoặc đại tiện)

Bất an về đêm hay biến đêm thành ngày

Có thể chữa bằng cách cho chlormethiazol 600-1200 mg về đêm. Cách này có thể có hiệu quả trong một số ca; một dẫn xuất của chloral như dichlorphenazon (Welldorm) rất an toàn. Temazepam 10-20 g cũng có ích (đó là một benzodiazepin tác động ngắn).

Cư xử gây gổ

Dùng phenothiazin, thuốc hợp với người có tuổi sức yếu hơn cả là thioridazin 25 mg vào ban đêm và cho thêm một liều như vậy ban ngày nếu cần thiết.

Không cấm được tiểu tiện hay đại tiện

Thường xảy ra khi bệnh nhân quên đến nhà vệ sinh hay khi có đến lại quên không biết làm gì. Cần nhắc bệnh nhân bằng chuông điện hoặc vẽ các hình trong nhà vệ sinh để chỉ cần làm gì khi đến đây, có thể tránh được đái dầm (hoặc ỉa dùn).

Bệnh nhân lẫn có thể tích đọng phân. Lấy phân đi có thể làm bớt đái dầm.

Giúp đỡ gia đình và xử lý bệnh nhân trong cộng đồng càng lâu càng tốt không những giúp đỡ bệnh nhân, mà giúp đỡ cả gia đình (có thể gia đình có mặc cảm tội lỗi với bệnh nhân). Tình thương yêu của người thấy thuốc có tác dụng nâng đỡ về tâm lý rất cần thiết trong những ca đó.

NHỮNG TRẠNG THÁI TÂM THẦN KHÁC XẢY RA LẦN ĐẦU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1. Trầm cảm

Trầm cảm thường xảy ra ở người cao tuổi vì những lý do sau đây. Tuổi già là thời gian mà ta mất bè bạn, người thân yêu, đau khổ vì mất mát cá nhân, cộng với sự suy kiệt về thể chất và tính hay quên. Nhiều người cao tuổi đã có thời sung sướng, trân trọng các giá trị của

quá khứ, nhưng không có ai chia sẻ những hồi ức đó, để cho họ bị cô độc. Một số người cao tuổi mong chấm dứt cuộc đời, phát biểu ý đó với người chung quanh và cả với thầy thuốc. Lòng mong mỏi một sớm nào đó không trở dậy nữa cần được phân biệt với người cao tuổi trầm ngâm về cuộc đời của mình. Người cao tuổi bị trầm cảm có thể có những hành động bất ngờ nhất. Họ ở tuổi có thể thực hiện ý định của mình một cách thành công. Ở Anh, số người cao tuổi chỉ chiếm 15% dân số, nhưng chiếm 1/3 số tự tử (Brice Pitt, 1986). Vì vậy trầm cảm ở người cao tuổi là một trường hợp cấp cứu và cần được điều trị ngay tức khắc.

Triệu chứng

Thường gặp một số trong các triệu chứng sau đây:

- Tình trạng thu mình vào, không chú ý gì đến gia đình hoặc bạn bè trước đây.
- Mất bình tĩnh, không thể ngồi yên một chỗ.
- Khóc lóc, đánh giá mình nghèo hèn.
- Không ăn được, chán ăn.
- Táo bón.
- Dậy quá sớm và đánh thức cả nhà dậy.
- Tâm trạng thay đổi trong ngày, buổi sáng thường rất buồn (đa số cuộc tự sát vào buổi sáng), buổi chiều khá hơn.
- Sụt cân.
- Triệu chứng thân thể.

- Có tiền sử rối loạn tâm trạng
- Mới có hành vi tâm thần.

Bệnh án 3

Ông Sim Soo Lan, 66 tuổi, kêu ca với gia đình là mình bị đau nặng ở ngực. Trong 6 tháng trước, hai bạn ông đã chết vì bệnh tim. Dần dần ông không đến câu lạc bộ địa phương nữa và vì buồn ông ở giữa hai cầu thang, ông thôi không đi ra ngoài nữa. Ông ngồi ở một góc phòng và thu mình lại. Khi ông kêu đau ngực, con gái ông hẹn đưa ông đi khám một bác sĩ chuyên khoa tim mạch. Ông được bác sĩ này chữa bệnh tăng huyết áp thể trung bình và nói rằng tim ông không bị thiếu máu khi gắng sức.

Một tháng sau ông nói với gia đình là ông không còn có ích cho họ và muốn tự tử. Cơn đau đánh thức ông dậy lúc 3 giờ sáng. Ông được đưa đến bác sĩ lão khoa. Lần này trầm cảm rất rõ nét; nhưng vì ông phì nộn, nên có nghi là bị thoát vị thực quản hoành cách mô; bệnh này được xác định và phổ biến cho bệnh nhân. Ông rất trầm cảm và được uống amitryptillin 25 mg vào ban đêm; lại nói rõ các phản ứng phụ với ông. Ông được khuyên nên giảm cân (theo sự chỉ dẫn của một bác sĩ dinh dưỡng), được khuyên theo tư thế nằm ngủ hợp lý và dùng antacid. Ba tháng sau, ông không phải chữa thoát vị nữa vì đã xuống cân. Sáu tháng sau ông thôi không uống thuốc chống trầm cảm, trở lại làm việc ở trung tâm cộng đồng địa phương và lại hoà nhập tích cực vào đời sống gia đình.

Xử lý trầm cảm

- Khuyến bảo bệnh nhân và gia đình.
- Thiện cảm
- Thuốc men
 - Loại 3 vòng
 - Loại 4 vòng
- Điều trị bằng điện chấn

A. Khuyến bảo

Giải thích cho bệnh nhân và gia đình. Phải có thiện cảm và cảm thông với bệnh nhân; không nên nói với người ấy phải "thoát khỏi tình trạng này". Phải nhân nhượng họ và từng bước khuyến khích họ trên đường phục hồi sức khoẻ. Gia đình và người chăm sóc không được cho là họ điên, mà phải tin tưởng là họ sẽ khỏi bệnh.

B. Thuốc men

a) *Loại 3 vòng*: loại thuốc chống trầm cảm này có tác dụng trên 20 năm nay và đã là cuộc cách mạng trong điều trị chống trầm cảm. Amitryptillin, thuốc quen thuộc với nhiều thầy thuốc, chữa tốt thể trầm cảm thiếu bình tĩnh. Imiprimin thường dùng để chữa thể trầm cảm thu mình vào. Cả hai đều công hiệu, nhưng phải dùng 10 ngày trở lên mới có tác dụng đầy đủ. Cả hai đều có tác dụng phụ nặng. Người cao tuổi chỉ nên bắt đầu bằng một nửa liều quy định cho người lớn.

Một số sắc tộc có nhiều tác dụng phụ hơn các sắc tộc khác. Tác dụng phụ gồm: khô miệng, táo bón, tiến triển nhanh của thiên đầu thống hay to tiến liệt tuyến với ứ đọng nước tiểu cấp tính và rối loạn nhịp tim.

Bắt đầu với 10 mg hai lần một ngày hay 25 mg về đêm, tăng liều nếu cần và khi các tác dụng phụ cho phép. Các thuốc 3 vòng nhẹ hơn như dothiapen cũng có hiệu quả. Cho ít tác dụng phụ song hiệu quả không bằng amitryptillin hoặc imiprimin.

b) Loại 4 vòng: thí dụ mianserin cho ít tác dụng phụ hơn và ở trong tay người có kinh nghiệm, thuốc chống trầm cảm này có hiệu quả. Cũng như đối với tất cả các thuốc, phải dùng thử cho 1-2 bệnh nhân để rút kinh nghiệm, trước khi dùng rộng rãi.

C. Điện chẩn

Khi uống các thuốc chống trầm cảm không có kết quả, thì liệu pháp này là cần thiết. Phải chọn bệnh nhân cho kỹ và chỉ sử dụng cho người rất nặng, trầm cảm đe dọa đến tính mạng. Bệnh nhân phải có đủ thể chất để chịu đựng được. Cách gây mê và gây co giật phải được thay đổi cho phù hợp với tuổi tác và điều kiện của bệnh nhân. Thường cần làm 3-4 lần thì mới có hiệu quả.

2. Paraphrenia

Triệu chứng

Bệnh này xảy ra ở một người cao tuổi, sinh hoạt và giao tiếp bình thường về gần hết mọi phương diện, duy chỉ bị ảo thị hoặc ảo thính làm cho người ấy hầu như hoang tưởng đối với một người nào hay một vật nào đó.

Tình trạng này thường liên kết với sự mất giác quan và giống như trong thí nghiệm người tình nguyện ở trong buồng tối một vài tuần lễ không nghe, không trông, không sờ thấy gì. Vì vậy hành động dự phòng đối với những người mù điếc (mất giác quan) là luôn hướng dẫn họ, luôn giải thích cho họ cái gì xảy ra chung quanh họ, và tiếp xúc với họ để họ thấy mình không bị lãng quên.

Bệnh án số 4

Bà Tan Poh Choo bị goá đã 10 năm nay và do mất loài nặng bị đưa ra khỏi đội hợp xướng các bà nội trợ. Lúc trước niềm vui thích lớn nhất của bà là nghe tuồng Trung Quốc, nhưng gia đình nhận thấy là gần đây bà thôi không nghe radiô cátxét qua ống nghe tai nữa. Một hôm con gái bà đem ống nghe tai đặt vào tai bà, để khuyến khích bà nghe radiô cátxét. Bệnh nhân nói ngay là bà không thích nghe "những lời nói dối" đó. Con gái tiếp tục an ủi mẹ, cho đến hôm bà mẹ lấy dao cắt bánh để chém con, người con gái đưa mẹ đi khám bệnh, hỏi bác sĩ xem mẹ mình có điên không? Khi khám bệnh, thấy bệnh nhân cộng tác rất đúng đắn chỉ có hai triệu chứng bất thường là nhìn kém do đục thể thủy tinh và nhiều dáy tai dút nút lấy lỗ tai, hoàn toàn tắc. Lần khám bệnh sau, bệnh nhân nói với bác sĩ, là có ai nói vào tai bà rằng bà là một bà già bẩn thỉu, họ sẽ nói với gia đình bà về quá khứ tối tệ của bà.

Bệnh nhân được rỏ thuốc vào tai và rửa tai. Bà được đưa đến một bác sĩ chuyên khoa mắt và được điều trị

đục thể thủy tinh. Trong lúc đó, bà uống thuốc thioridazin 25 mg vào ban đêm. Ba tuần lễ sau, bà lại nghe tiếng Trung Quốc và chờ chữa đục thể thủy tinh. Sáu tháng sau, bà được thay thể thủy tinh bằng lăng kính ở cả 2 bên, bà lại nấu cơm cho cả gia đình và hoà nhập vào gia đình lớn của bà.

Bệnh paraphrenia có thể tái phát. Nó có thể là một biểu hiện của suy não mạn tính, như trong bệnh án 5 sau đây:

Bệnh án số 5

Ông Soh Tee Tee, 85 tuổi, trong thời gian gần đây, đã bị bệnh quên. Một đêm, ông mặc quần áo và nói là đến bệnh viện thăm bà vợ đang đẻ. Cả nhà nói cho ông biết là vợ ông đã mất, tất cả con cái đều đã lớn khôn. Ông trở về giường. Một giờ sau, ông lại thức dậy, nói là có người gọi điện thoại cho ông vào bệnh viện, vì vợ ông đã bị một tai nạn. Giải thích mãi không được, người con trai ông đưa bố xuống một xe tắc xi. Ông đến bệnh viện. Ông mô tả các ảo thị và ảo thính. Ông được chữa bằng thioridazin 25 mg một đêm, liều đó được tăng lên tới 50 mg một đêm, 6 tháng sau các ảo giác trở lại. Thời gian sau, càng ngày ông càng lẫn. Nhưng nhờ gia đình giúp đỡ ông hướng vào thực tiễn và sau hai lần điều trị ở bệnh viện, ông đã có thể ở lại nhà, và đi dự một trung tâm chăm sóc người già ban ngày.

Cách điều trị

Chữa paraphrenia bằng phenothiazin có hiệu quả; nhưng

các phenothiazin có thể gây bệnh Parkinson, do giảm lervodopa trong não. Phải cho liều nhỏ thôi và ngừng thuốc khi đã đỡ. Thuốc phenothiazin ít gây phản ứng phụ nhất ở người cao tuổi là thioridazin (Melleril).

3. Lo âu

Chứng này thường xảy ra ở một bà có tuổi, vốn đã lo lắng nhiều bề trước đó. Cũng như những nét khác của cá tính, lo âu trở nên nhiều hơn khi tuổi tác càng cao. Làm cho gia đình hiểu và an tâm, thỉnh thoảng dùng thuốc an thần, có thể giúp cho gia đình có bà mẹ quá lo lắng, bớt bị bồn, lúng túng, bị sa sút đi.

THUỐC AN THẦN Ở TUỔI GIÀ

Thuốc an thần nhẹ

Các benzodiazepin có một vị trí hạn chế ở người cao tuổi. Nếu dùng thường xuyên chúng có thể gây lú lẫn, trầm cảm, té ngã do mơ màng hoặc mất phối hợp, và giải ức chế. Sự phụ thuộc về tâm lý và thể chất có thể xảy ra với những biểu hiện tâm thần nặng trong giai đoạn thu mình vào (withdrawal).

Chỉ có thể dùng liều thấp và trong thời gian ngắn mà thôi.

Để giúp ngủ tốt chỉ nên cho temazepan, một thuốc an thần tác dụng ngắn dùng trong một thời gian ngắn, để phá vỡ chu kỳ mất ngủ. Nên tránh những loại thuốc ngủ tác động lâu hơn như flurazepam, lorazepam và nitrazepam,

có thể làm cho người cao tuổi bị chậm chạp và cả đến bị té ngã ban ngày.

Những thuốc an thần mạnh

A. Phenothiazin

Đã được nói đến ở bên trên. Nên tránh chlorpromazim, do nó có thể gây giảm huyết áp tư thế. Có thể dùng thioridazin nếu cần, nhưng chỉ trong vòng 1-6 tháng là phải thôi, vì hội chứng Parkinson có thể xảy ra. Có thể thử dùng orphenadrin khi không bỏ được phenothiazin, để giảm các tác dụng ngoài bố tháp.

B. Butyrophenon

Ở người cao tuổi bị rối loạn tâm thần, có thể dùng haloperidol, nhưng thuốc này cũng gây tác dụng ngoài bố tháp. Thuốc có ích khi dùng liều nhỏ trong chăm sóc cuối cùng để chống buồn nôn.

KẾT LUẬN

Ở những nước với các tổ chức lão khoa và lão khoa tâm thần, đã có nhiều tiến bộ trong xử lý những rối loạn tâm thần ở người cao tuổi trong cộng đồng. Người thầy thuốc cộng đồng có thể sử dụng những kinh nghiệm đó, không cần đưa vào bệnh viện một bệnh nhân đã bị rối loạn. Điểm này là một thách thức về tổ chức dịch vụ, sao cho phù hợp với trình độ văn hoá và trình độ phát triển của mỗi nước.

Khi giải quyết điều trị và xử lý người cao tuổi bị bệnh tâm thần, thầy thuốc phải chú ý tới sức ép đối với người chăm sóc chính. Người này đòi hỏi phải được nâng đỡ về tâm lý, sắp xếp để thỉnh thoảng được nghỉ ngơi cho đỡ căng thẳng, nếu không sẽ có trục trặc không phải do bệnh nhân, mà chính do người chăm sóc bị quá căng thẳng.

Chương 13

Đau và chống đau ở người cao tuổi bị bệnh vào thời kỳ III (cuối cùng)

VÀO ĐỀ

Người thấy thuốc chăm sóc bệnh nhân cao tuổi nhất định phải tham gia vào thời kỳ III, tức là thời kỳ cuối cùng. Chăm sóc bệnh nhân trẻ hơn cần nâng đỡ họ về tâm lý hơn là bệnh nhân cao tuổi; đa số bệnh nhân cao tuổi chấp nhận số phận của mình ở giai đoạn trước khi xảy ra giai đoạn cuối của bệnh (Kubler Ross, 1970).

Chăm sóc một bệnh nhân ung thư hay một bệnh nhân nào đó kéo dài trước khi chết là một thử thách đối với người chăm sóc; nó đòi hỏi một cách tiếp cận toàn diện, đa chuyên khoa, để cho bệnh nhân và gia đình đạt tới giai đoạn giao tiếp cởi mở và chấp nhận.

Những tư liệu về nhà tế bần hiện đại (hospice) sẽ được trình bày riêng (Merriman, 1986). Ngày nay, nhà tế bần chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối một cách đầy đủ và giúp đỡ cho gia đình họ, trong những điều kiện mà bệnh nhân và gia đình mong muốn.

Điều này có thể thực hiện được bằng sự chăm sóc, điều trị và nghiên cứu triển khai từ nhà tế bần đến gia

đình (nhà bệnh nhân), bệnh viện và đến tất cả nơi nào có người hấp hối.

BỆNH NHÂN Ở GIAI ĐOẠN CUỐI CÙNG LÀ AI?

Theo Dame Cicily Saunders, đó là một bệnh nhân, tiếp theo chẩn đoán chính xác, chắc chắn chết trong một thời gian không lâu nữa, và đối với họ không còn là phải chữa khỏi nữa, mà là chữa nâng đỡ tinh thần, cơ thể, tạm thời làm dịu đau.

NHU CẦU CỦA BỆNH NHÂN Ở GIAI ĐOẠN CUỐI VÀ CỦA GIA ĐÌNH NGƯỜI ĐÓ

Họ yêu cầu bác sĩ điều trị và kịp y tế :

- Chữa đau
- Chữa triệu chứng
- Có lời khuyên bảo thiện cảm và chân thành.

1. Chữa đau

- Hiểu về đau
- Mục đích của chữa đau
- Đau trong chăm sóc cuối cùng.
- Làm dịu cơn đau

A. Hiểu về đau

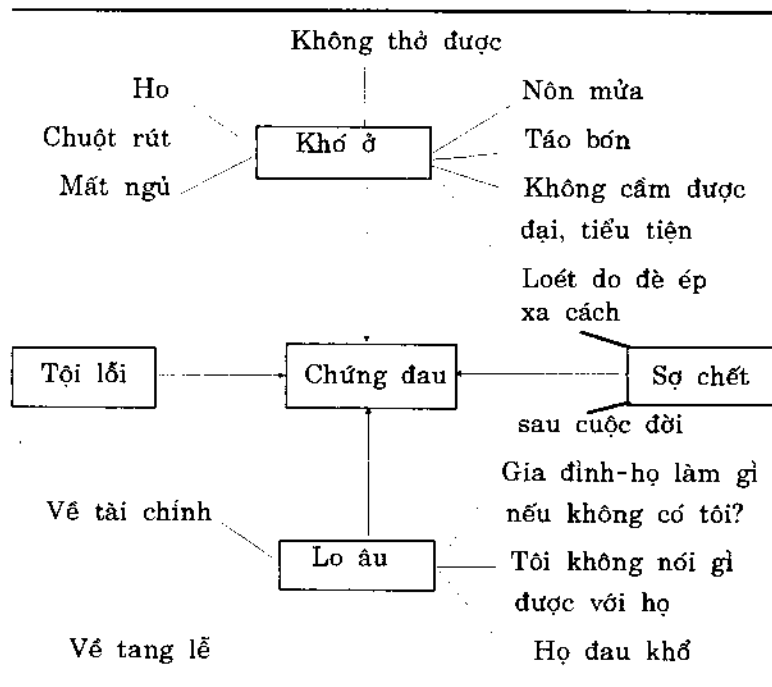
Như ta đã biết, đau có thể cấp tính hoặc mạn tính. Đau cấp tính có thể chịu đựng được, vì cả thầy thuốc và bệnh nhân đều biết là nó ngắn ngủi, thí dụ: đau sau một tai nạn, hay là sau khi mổ.

Đau mạn tính có thể không ở giai đoạn cuối hoặc ở giai đoạn cuối. Trong đau do ung thư, thì ung thư càng có di căn, đau càng lan. Như vậy có nghĩa là phải dùng thuốc giảm đau dài hạn, như vậy là các thuốc giảm đau quy ước dùng để chống đau ngắn hạn có thể không thích hợp.

Bảng 13.1. QUAN NIỆM VỀ ĐAU

Đau	Cấp tính, thí dụ sau khi mổ
	không ở giai đoạn cuối cùng, thí dụ viêm khớp
	Mạn tính
	Ở giai đoạn cuối cùng

Bảng 13.2. BẢN CHẤT PHỨC TẠP CỦA ĐAU



Bảng trên cho thấy biết bao nhiêu yếu tố tác động vào nỗi đau của người sắp chết. Những yếu tố đó phải được phát hiện và xử lý một cách cảm thông và một đôi khi cũng cần đến cả những thuốc giảm đau đồng tác (co-analgesic).

B. Mục đích của xử lý đau là:

- Làm cho bệnh nhân có thể nghỉ ngơi ban đêm : tạo ra những đêm không đau.

- Cho bớt đau hoặc không đau ban ngày.
- Cho cử động không đau.

Đánh dấu chỗ đau - T: bên trong N: bên ngoài

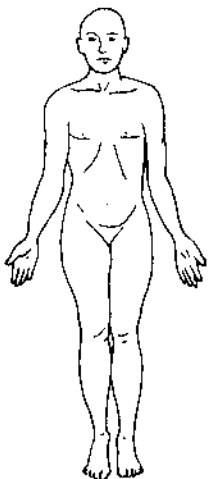
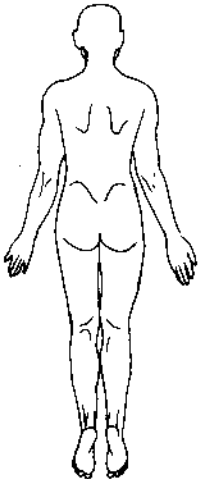
Đau
Nhẹ
Vừa
Nặng

Thuộc hiện tượng

Đã chèn ngực
1 phần ☐
Không được ☐

BIỂU ĐỒ CƠ THỂ VẼ ĐAU

Chỗ đau đầu tiên Số:

Bệnh nhân nói

Đau đêm ☐

Đau khi nghỉ ☐

Đau khi cử động ☐

Gia đình nói

Đau đêm ☐

Đau khi nghỉ ☐

Đau khi cử động ☐

Chẩn đoán tạm thời nguyên nhân đau:

Hình 13. 1. Biểu đồ cơ thể để đánh giá đau.

C. Đau trong giai đoạn cuối cùng ung thư

Trong y văn thế giới đều nói là 70% bệnh nhân ung thư bị đau. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước hàng ngày có 3 triệu rưỡi người ung thư bị đau và coi chống đau là một vấn đề sức khoẻ chung, hàng đầu (1986).

Hiện nay có thể chế ngự đau được trên 90% ca, nhờ các cuộc nghiên cứu ở các nhà tế bần bằng cách dùng thuốc giảm đau một cách đều đặn, với liều đủ có tác dụng. Chủ bài chống đau là các chất có thuốc phiện.

Muốn chữa đau có hiệu quả, điều quan trọng là phải tìm ra nguyên nhân của đau. Đau do chính bệnh nhân chỉ ra. Nó được điều chỉnh bởi tâm trạng, tinh thần.

Ở Oxford, trong một cuộc nghiên cứu về bệnh nhân đau trong giai đoạn cuối của ung thư, người ta thấy rằng 20% đau một chỗ, còn 80% đau hai chỗ hoặc hơn (Twycross, 1986). Một điều quan trọng là cần xác định, khi có thể làm được, chỗ đau và nguyên nhân đau (Hình 13.1).

D. Giảm đau

- Giải thích
- Thay đổi quá trình của bệnh
- Nâng ngưỡng của đau
- Thay đổi lối sống.
- Thuốc giảm đau

Để giảm đau, cần theo các bước sau đây:

a) Giải thích cho bệnh nhân và gia đình cơ chế của đau và những đề nghị để chế ngự nó. Việc bệnh nhân

hiếu quan điểm của thầy thuốc về giảm đau là rất quan trọng.

b) Thay đổi quá trình của bệnh bao gồm dùng liệu pháp tia X thí dụ đối với di căn xương, hoá học liệu pháp nếu u đó nhạy đối với hoá chất hay nội tiết liệu pháp, trong carcinoma tuyến tiền liệt hoặc carcinoma tuyến vú. Những corticosteroid có thể thay đổi quá trình của bệnh ở não và thần kinh, hay giảm phù nề chung quanh một u thí dụ trong carcinoma mũi-họng.

c) Nâng cao ngưỡng của đau bằng phương tiện vật lý hoặc bằng giảm lo âu hay trầm cảm. Thầy thuốc giải đáp một cách cởi mở và chân thành cũng có hiệu quả giảm đau. Những thuốc giảm đau đồng tác có thể cần thiết để giảm lo âu hoặc trầm cảm.

d) Thay đổi lối sống có thể cần thiết nếu vì một số hoạt động nào đó bệnh nhân thấy bị đau hơn..

e) Thuốc giảm đau.

Nguyên tắc dùng thuốc giảm đau:

a') Cho uống, thường có thể được

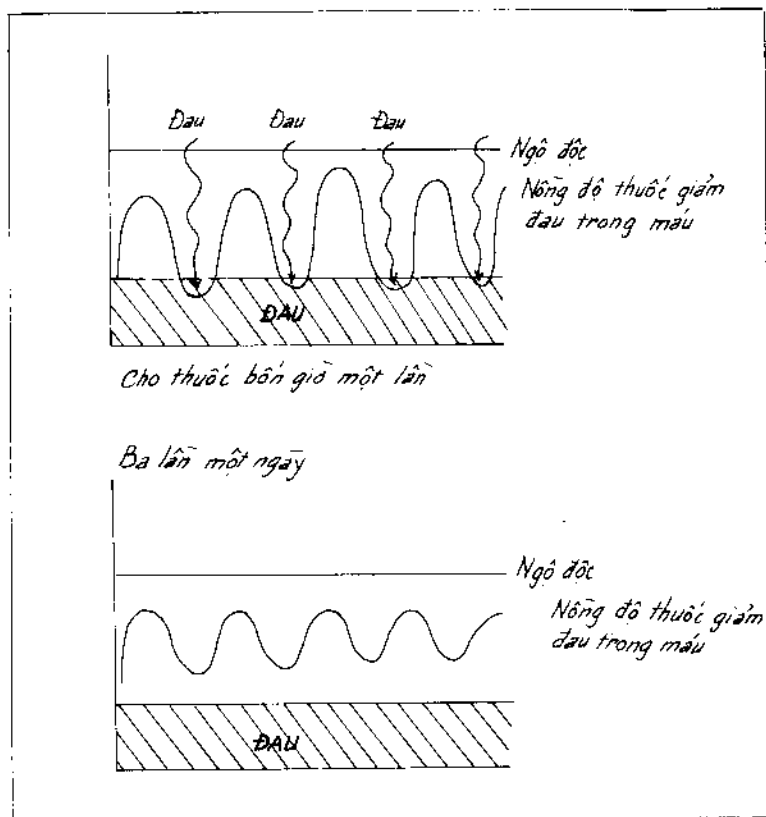
b') Đau dai dẳng cần được điều trị dự phòng (Hình 13.2).

c') Liều lượng theo từng cá nhân bệnh nhân.

d') Thuốc bổ trợ là quy luật cần thiết, hơn là ngoại lệ.

- Thuốc nhuận tràng lúc nào cũng cần
- Thuốc chống nôn thường cũng như thế (antimetics).
- Đau xương, nhất là về đêm, cần thêm aspirin
- Đau do chèn dây thần kinh: dùng prednisolon hay dexamethason.

- Nếu lo âu: dùng thuốc chống lo âu
 - Nếu trầm cảm (thấy ở 25% số bệnh nhân hấp hối), dùng thuốc chống trầm cảm.
- e) Có chịu được thuốc không? Không thành vấn đề

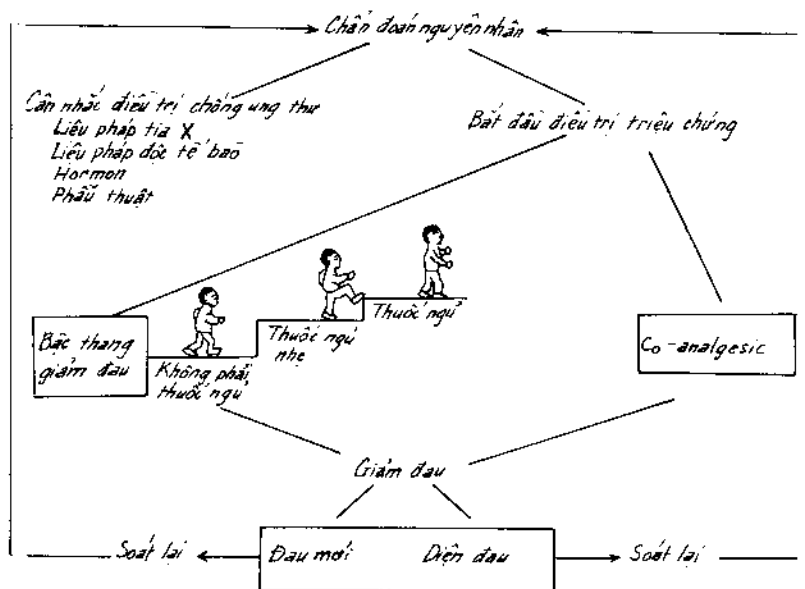


Hình 13.2. Cách cho thuốc bốn giờ một lần và cách cho thuốc ba lần một ngày.

thực tế. Khi cho thuốc uống với liều chống đau, sự nghiện hay phụ thuộc tâm lý không xảy ra (Hanks, 1988).

f) Nếu giải quyết giảm đau được do phẫu thuật, liệu pháp tia X hay phong bế dây thần kinh, thì giảm liều của thuốc.

Trong chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối nếu một thuốc không làm giảm đau, thì huy động thuốc mạnh hơn; đi theo bậc thang không nên đi ngang (Hình 13.3).



Hình 13.3. Sơ đồ xử lý đau do ung thư ở giai đoạn cuối.

Nên nhớ về thuốc ngủ:

a) Không nên dùng một lúc thuốc ngủ chủ vận và thuốc ngủ đối kháng, vì chúng có thể làm đau trở lại.

b) Không nên dùng pentazocin lâu do các phản ứng tâm thần. Những phản ứng này, nhất là ở người cao tuổi có thể gặp với buprenorphin.

c) Không nên dùng pethidin vì tác động ngắn và ở liều gây giảm đau lại có phản ứng phụ

d) Buprenorphin (Temgesic) có ích vì nó có thể được đặt dưới lưỡi. Thời kỳ bán huỷ của nó dài hơn morphin và có thể cho các liều cách nhau 8 giờ. Nó thay thế morphin ở liều thấp và vừa.

Bảng 13.3. CÁC CHẤT GIẢM ĐAU TRONG UNG THƯ, DÙNG Ở ĐÔNG NAM Á

Không phải là thuốc

ngủ gồm :

aspirin

mefenamic acid (Ponstan)

thuốc chống viêm không

có steroid

} dùng trong đau nhẹ và
đau xương

paracetamol

dùng trong đau nhẹ và
nếu bệnh nhân không
chịu được thuốc chống
viêm không có steroid

Thuốc ngủ gồm:

Thuốc ngủ chủ vận

Nhẹ: codein

Mạnh: pethidin

morphin

methadon

Thuốc ngủ đối kháng

pentazocin (Talwin)

buprenorphin (Temgesic)

Buprenorphin với liều 5 mg/ngày có hiệu quả cao nhất và nếu đau tiếp tục phải chuyển sang morphin với liều cao hơn liều khởi đầu (50mg, cứ 4 giờ một lần). Phản ứng phụ giống như của morphin.

e) Methadon dùng được, song nếu dùng đều đặn, nó tích lũy và phản ứng phụ nặng, nhất là về quá trình tư duy. Cho nên không nên coi thuốc này là có thể dùng hàng ngày.

f) Morphin: đó là thuốc giảm đau chọn lọc dùng trong đau nặng do ung thư. Ở người cao tuổi, thường bắt đầu cho 2,5 mg 4 giờ một lần và một liều gấp đôi vào ban đêm. Nếu sau liều đầu tiên đau chưa dịu thì phải tăng liều lên 50% nữa (hoặc một trường hợp nữa là sau 24 giờ chưa dịu 90% đau). Phải theo dõi kỹ người cao tuổi và người suy gan hay thận. Trình tự cho thuốc: 2,5; 5; 10; 15; 20; 25; 35; 50; 80 mg v.v.. 4 giờ một lần.

Những vấn đề chung nhất với morphin

Đó là:

a) *Tình trạng mơ màng ban đầu*: phải báo trước cho bệnh nhân biết. Sau hai ngày thì tình trạng này hết. Nếu đau đã giảm mà mơ màng chưa hết, kéo dài đến ngày thứ ba thì giảm liều morphin, v.v...

b) *Nôn mửa ban đầu*: xảy ra ở một phần ba bệnh nhân. Thuốc chống nôn: prochlorperazin 5mg, ba lần một ngày, trong 5 ngày hoặc haloperidol 1,5 mg/ngày trong 5 ngày. Sẽ hết nôn mửa trong vòng 5 ngày ở đại bộ phận trường hợp. Nếu còn mửa, tìm nguyên nhân khác.

c) *Táo bón*: đó là vấn đề có thật và phải tính đến trong tất cả các ca. Bệnh nhân nào dùng codein hoặc morphin phải đồng thời theo chế độ nhuận tràng tức là dùng Senokot 2-5 viên một đêm hoặc cách một đêm; thêm 2 - Dulcolax, thuốc đạn hay thụt sáng hôm sau nếu thuốc nhuận tràng không đem lại kết quả.

Cùng với morphin phải dùng thuốc mềm phân lactulose 15ml ba lần/ngày , sau đó dùng liều duy trì 10 ml/ngày.

Nên tránh các thuốc nhuận tràng có paraffin ở người cao tuổi vì có thể gây:

- Viêm phổi sặc
- Hấp thu kém các vitamin tan trong mỡ do ruột non bị trắng dầu.
- Nhóp nháp chung quanh hậu môn

Morphin có thể dùng liều tương ứng với đau, khi đau xảy ra. Đã có người dùng tới 1200 mg trong 4 giờ theo đường uống, nhưng theo kinh nghiệm chúng tôi (Merriman) liều cao nhất đã dùng là 400 mg/ 4 giờ và 800 mg ban đêm cho một nữ bệnh nhân 41 tuổi. Đại bộ phận người cao tuổi thấy dễ chịu ở liều thấp.

2. Điều trị triệu chứng

Khi thể trạng bệnh nhân sút kém, nhiều triệu chứng nổi lên và phải được điều trị đặc hiệu. Cần xử lý những triệu chứng sau đây (Baines, 1986; Twycross và Lack, 1986).

Triệu chứng:

- Ngán ăn, nôn, mửa
- Khô mồm
- Ho
- Táo bón và đi rữa
- Khó thở
- Nấc
- Đi tiểu luôn như không cảm được tiểu tiện
- Mọc nấm
- Ngứa
- Mất ngủ
- Lo âu và trầm cảm
- Lẫn
- Bất an trước khi chết
- Co giật
- Cấp cứu, chảy máu, nghẽn phổi, gãy xương

Nói cho bệnh nhân và gia đình biết là những triệu chứng đó có thể kiểm chế được; cho họ số điện thoại của bác sĩ chuyên khoa. Làm cho họ bớt hoảng sợ.

3. Bác sĩ: người cố vấn có thiện cảm và trung thực

Bác sĩ phải sẵn sàng trả lời những câu hỏi rất tế nhị ở giai đoạn cuối của bệnh nhân.

Bệnh nhân nên chết ở đâu?

Theo Dame Cicily Saunders: "Bệnh nhân nên chết ở chỗ thích hợp nhất với họ và gia đình, tốt nhất là họ tự chọn lấy".

Phòng vấn trên 500 người (ngành y và ngoài ngành y) ở một nước Đông Nam Á, họ trả lời: 73,1% thích chết ở nhà (Merriman, Lau Ting, 1987). Có lẽ ở nơi khác cũng thế.

Trong một cuộc điều tra ở Mỹ:

80% bệnh nhân ở giai đoạn cuối muốn chết ở nhà.

80% người thân họ thích họ chết ở bệnh viện (Wilkes, 1984 kể lại).

Đó là vì các phương tiện chống đau, chữa triệu chứng không đầy đủ ở nhà. Những cuộc thăm viếng tại nhà của các bác sĩ, với kíp y tế có thể nâng đỡ bệnh nhân và gia đình cho đến khi kết thúc.

Những yếu tố tâm lý và tôn giáo

Những khái niệm về văn hoá và tôn giáo của bệnh nhân cao tuổi khác với con cái họ, nhất là ở các xã hội đô thị phát triển nhanh. Bác sĩ phải hiểu thấu cái khác nhau đó. Bệnh nhân lo lắng khi đưa đám họ thiếu một số nghi lễ hoặc thủ tục; họ muốn thảo luận về sự lo lắng đó. Thấy thuốc nên đặt câu hỏi : bác có gì cần ghi không?

Những quan niệm cổ truyền về thuốc men và nghi lễ cần được xem xét nghiêm túc và cho tiếp tục nếu nó không ảnh hưởng xấu về mặt thực thể đến bệnh nhân.

Thầy thuốc có nên nói với bệnh nhân về tình trạng của họ không ?

Nên nói, nếu ông ấy (hoặc bà ấy) muốn biết. Chúng ta phải chân thành đối với bệnh nhân, ở giai đoạn này của cuộc đời họ. Họ cần biết để có kế hoạch với gia đình ; để làm lành với người thân.

Thường gia đình yêu cầu đừng nói cho bệnh nhân biết; thầy thuốc, tôn trọng nguyện vọng của gia đình, có thể giải thích rằng: không nói đối bệnh nhân.

Thảo luận chẩn đoán với bệnh nhân nên làm riêng tư để bệnh nhân có thể hỏi nhiều điều một cách tự do. Bệnh nhân thấy có đồng người của kíp chăm sóc cũng ngại nói.

TỔ CHỨC CHĂM SÓC Ở NHÀ TẾ BẦN

Chăm sóc tế bồn thể hiện ở :

- Kíp chăm sóc an ủi trong bệnh viện
- Nhà tế bồn (hospice)
- Nhân viên nhà tế bồn đến chăm sóc bệnh nhân ở nhà.

1. Các kíp chăm sóc an ủi

Ở một số nước, các kíp này do nhà nước tổ chức, để nâng cao sự chăm sóc bệnh nhân và sự giao tiếp giữa bệnh viện và cộng đồng. Họ làm việc ở bệnh viện, phát triển ra cộng đồng. Kíp gồm một bác sĩ, một điều dưỡng viên, được chuyên về chăm sóc an ủi, có thể hướng dẫn

người khác về các vấn đề đó và trao đổi với thành viên của kíp để tham khảo.

Vai trò của kíp như sau:

- Tư vấn: mời chuyên viên, một cách kín đáo
- Khuyến bảo: cách điều trị đau và triệu chứng, quan hệ với các cơ quan, đoàn thể để dàn xếp các việc cần thiết.
- Giúp đỡ: bệnh nhân, gia đình, nhân viên trong thời gian bệnh nhân hấp hối và sau khi chết
- Huấn luyện
- Nghiên cứu các nhu cầu địa phương.

2. Vai trò nhà tế bần

Bệnh nhân ung thư vào giai đoạn cuối cần được các bác sĩ chuyên khoa giúp đỡ để điều trị đau và triệu chứng. Gần đây, một số nhà tế bần đã đáp ứng được điều đó (WHO, 1986). Các nhà dưỡng lão chưa thể làm được.

Nhà tế bần phải được độc lập, không thuộc nhà dưỡng lão. Tỷ lệ phục vụ ở đây phải cao: 1/1. Nhà tế bần được xây dựng giống một nhà riêng hơn là một bệnh viện. Có phòng ngủ (không có khoa), có buồng khách (để họp), một buồng yên tĩnh cho cầu nguyện và một buồng cho gia đình.

Lý tưởng nhất là nhà tế bần nhận bệnh nhân để điều trị đau và triệu chứng, để cho gia đình có lúc nghỉ ngơi sau khi đã chăm sóc kiên trì. Nhưng một số bệnh nhân

không được sự giúp đỡ của gia đình hoặc cộng đồng sẽ được chăm sóc ở đây cho tới lúc chết.

Nhà tế bần nhận bệnh nhân, dù họ có thể trả tiền được hay không. Ngân sách nhà tế bần ở phương Tây lúc đầu do các hội từ thiện tài trợ. Ở một số nước thì nhà nước cung cấp hoàn toàn. Theo kinh nghiệm chúng tôi (A. Merriman), thì các cộng đồng địa phương nên giúp đỡ cho công tác nhà tế bần; họ thấy ảnh hưởng tốt của việc điều trị đau và triệu chứng, và bệnh nhân có thể gặp gỡ gia đình mình hoặc ở nhà hoặc ở nhà tế bần, hoặc ở bệnh viện.

Đăng ký của các nhà tế bần

Nhà tế bần thực hiện chăm sóc y tế tích cực ở giai đoạn cuối của bệnh nhân và phải có quản lý đặc biệt. Các nhà tế bần đó thuộc Bộ Y tế và tiêu chuẩn của chúng phải được giữ vững. Nhân viên phải được huấn luyện đặc biệt về chăm sóc bệnh nhân ở nhà tế bần.

3. Vai trò của nhà tế bần tại nhà bệnh nhân

Ở nhiều nước châu Á, ít khi thấy thuốc đến thăm bệnh ở nhà và những cuộc thăm bệnh đó cũng tốn kém. Đại bộ phận bệnh nhân chúng ta thích ở nhà nếu chữa đau và chữa triệu chứng tốt, và chết ở nhà. Các nhà tế bần ở Xingapo có tổ chức phục vụ tại nhà, giúp đỡ rất nhiều cho các gia đình, cho phép bệnh nhân sống qua thời gian quý báu và chết ở nhà của mình. Cô điều dưỡng viên tình nguyện nhận chăm sóc một bệnh nhân sống gần nhà

tế bản và tối thiểu một tuần thăm một lần hoặc gọi điện thoại. Khi cần, cô có thể đến thăm nhiều lần hơn. Cô điều dưỡng viên được sự giúp đỡ của một bác sĩ tình nguyện; bác sĩ đến thăm lúc đầu và sau này cũng đến thăm khi cần thiết.

Nhiều người tình nguyện cũng giúp đỡ bằng lời khuyên và vật chất. Những người này hoặc thuộc ngành y hoặc không, cần được theo một lớp huấn luyện về chăm sóc bệnh nhân ở nhà tế bản bao gồm chữa đau và chữa triệu chứng.

Chăm sóc toàn diện ở nhà tế bản

"Bạn có ý nghĩa vì bạn tồn tại

Bạn có ý nghĩa cho tới lúc cuối cùng
của cuộc đời mình

Và chúng tôi làm hết sức mình.

Không những để bạn ra đi yên ổn

Mà bạn sống cho đến lúc mất".

Bà Cicily Saunders

Sự chăm sóc người ốm sắp chết có ảnh hưởng đến người chăm sóc. Thấy thuốc phải biết được chỗ mạnh và chỗ yếu của mình. Thấy thuốc phải sẵn sàng giúp đỡ cho kíp chăm sóc và thỉnh thoảng phải được kíp giúp đỡ.

TÓM TẮT

Chăm sóc người cao tuổi bị ung thư giai đoạn cuối là phức tạp. Nhưng nhờ có tiến bộ gần đây đặc biệt là

phong trào nhà tế bần, có thể giúp đỡ họ nhiều chữa đau và chữa triệu chứng cho đa số họ.

Cuối cùng thầy thuốc cần nhớ rằng họ không miễn trừ khỏi số phận chung, mà lệ thuộc vào cùng quy luật về sự chết và bệnh tật như những người khác, và họ phải chăm sóc người ốm ân cần và dịu dàng hơn nếu họ nhớ rằng chính bản thân họ là bạn cùng chịu đau khổ của những bệnh nhân ấy.

Phụ lục

Danh mục tối thiểu các thuốc thường dùng cho người cao tuổi

Thấy thuốc cần hiểu biết về các thuốc này, đặc biệt là thời gian bán huỷ và tác dụng phụ của chúng. Khi cần thiết, thấy thuốc tham khảo sách dùng thuốc quốc gia Anh hay một sách hướng dẫn nào tương tự đối với bất kỳ thứ thuốc nào còn chưa biết rõ. Nên đọc bản chính để có nhiều thông tin.

Đường tiêu hoá và chuyển hoá

- | | |
|------------------------------|--|
| Kháng acid | ● Magnesium trisilicat |
| Chống co thắt /
chống nôn | ● Haloperidol, metoclopramid,
prochlorperazin |
| Thuốc chữa loét | ● Cimetidin |
| Thuốc chống ỉa chảy | ● Loperamid (dùng trong
thời gian ngắn) |
| Nhuận tràng | ● Chất xơ nhuận tràng, thuốc
làm mềm phân (vd.
docusat sodium),
thuốc kích thích nhẹ
(vd. Senokot)
<i>Tránh dùng thuốc nhuận
tràng có paraffin.</i> |

Thuốc hạ đường
huyết (uống)

- Tolbutamid (cho người gầy)
- Metformin (cho người béo)
- dùng thời gian ngắn và
có theo dõi).

Tim mạch

Glycosid tim

- Digoxin

Thuốc chữa co thắt
động mạch vành.

- Glyceryl trinitrat,
isorbid dinitrat,
metoprolol tartrat, nifedipin

Thuốc chữa tăng
huyết áp

- Bendrofluazid, atenolol,
methyl dopa, nifedipin

Lợi tiểu

- Bendrofluazid, furosemid,
amilorid, spironolacton.

Thuốc chữa bệnh da

Intertrigo

- Rửa luôn, giữ khô,
dùng kem hoặc bột nystatin

Bệnh zona

- Idoxuriden, carbamazepin

Da khô

- Tránh dùng xà phòng,
dùng dầu (cho trẻ em)
pha nước rửa.

Nội tiết

Viêm âm đạo,
không cảm được tiểu
tiện ở nữ

- Ethinyl oestradiol

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| Rối loạn tự miễn | • Prednisolon |
| Rối loạn tuyến giáp | • L-thyroxin, carbimazol. |

Nhiễm khuẩn

- | | |
|-----------------|--|
| Đường tiết niệu | • Trimethoprim, ampicillin. |
| Ngực | • Ampicillin, cotrimoxazol, erythromycin |
| Đường tiêu hoá | • Thông thường không cần kháng sinh. |

Cơ, xương, khớp

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Thuốc chống viêm không có steroid | • Aspirin, benorylat, acid mefenamic, ibuprofen, naproxen |
| Thuốc khác | • Paracetamol (chỉ định thứ nhất: viêm xương khớp) |
| Tiêm vào khớp | • Methyl prednisolon, lignocain. |
| Làm mềm cơ | • Baclofen |
| Chuột rút | • Quinin sulfat |

Hệ thần kinh (trung ương)

- | | |
|----------|--|
| Giảm đau | • Aspirin, paracetamol, benorylat, codein, morphin sulfat, buprenorphin.
Tất cả công hiệu khi dùng đường uống và tất cả đều có thể gây táo bón. |
|----------|--|

Chống co giật	● Phenytoin, carbamazepin, sodium valproat, diazepam (t/m).
Thuốc chống Parkinson	● Madopar, Sinemet
Khi bệnh nhân cư xử gây gổ	● Thioridazin
Thuốc ngủ	● Temazepam, dichloralphenazon, chlormethiazol.
Chống trầm cảm	● Amitryptillin, mianserin, imipramin, dothiepin.

Hô hấp

Giãn phế quản	● Salbutamol, terbutalin.
Hỗn dịch ho	● Linctus đơn giản

Thuốc chữa bệnh mắt

Thiên đầu thống	● Pilocarpin, timolol maleat.
Mắt khô	● Thuốc nhỏ mắt có methylcellulose

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

SỔ TAY Y HỌC NGƯỜI CAO TUỔI

Chịu trách nhiệm xuất bản:

**HOÀNG TRỌNG QUANG
NGUYỄN THỊ KIM LIÊN**

Biên tập tái bản:

BS. ĐINH THỊ THU

Sửa bản in:

BS. ĐINH THỊ THU

Trình bày bìa:

DOÃN VƯỢNG

In 2.000 cuốn khổ 13x19cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Giấy đăng ký kế hoạch xuất bản số 28 - 612/XB – QLXB
ngày 19/6/2000. In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2000.



017 3.4

Mã số: $\frac{61 - 610.3}{YH - 2000}$ 612 - 2000

Giá: 18.000đ