CÁC HỘI CHỨNG LÃO KHOA

TÁC GIẢ

Mark Swanson: Đại học Alabama

Jenna Lighthizer: Đại học bang Northeastern

THẨM ĐỊNH

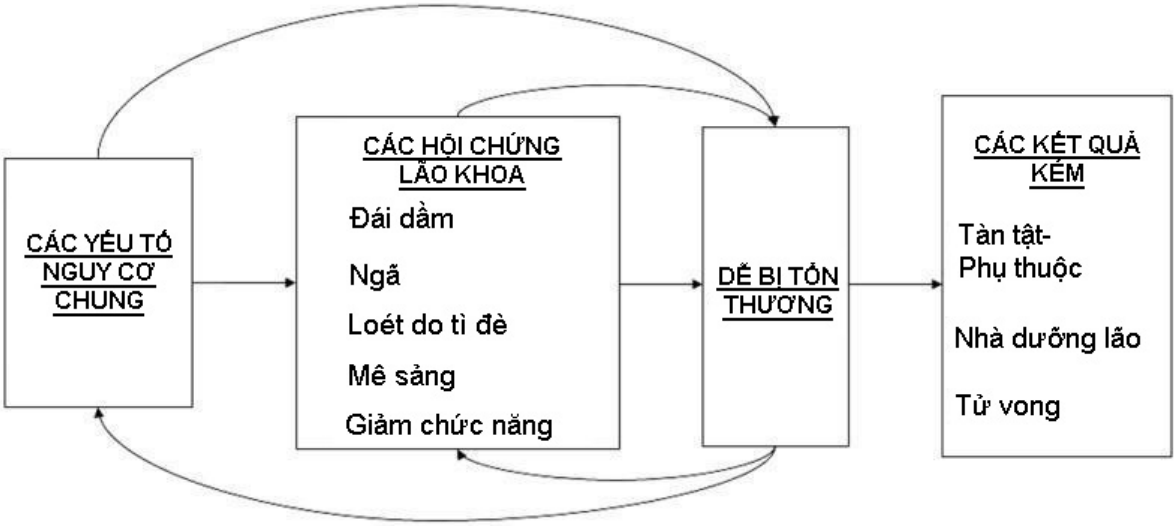
Vladimir Yevseyenkov, OD

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

CÁC HỘI CHỨNG LÃO KHOA 2
NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC HỘI CHỨNG LÃO KHOA 3
NGÃ Ở NGƯỜI GIÀ 4
NGƯỜI GIÀ LÁI XE 5

CÁC HỘI CHỨNG LÃO KHOA

Các hội chứng lão khoa là những tình trạng thường gặp ở người già ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ quan và thường không có một căn nguyên duy nhất. Chúng thường có những yếu tố nguy cơ chung là tăng với tuổi già, tăng với tổn hại vận động, tăng với tổn hại chức năng, và giảm nhận thức. Thị lực kém là một yếu tố nguy cơ quan trọng có ở nhiều hội chứng lão khoa. Ở chương này, chúng ta sẽ giới thiệu các hội chứng lão khoa và đề cập chi tiết 2 vấn đề: ngã ở người già và người già lái xe.



Hình 1: Quan hệ nhân quả của các hội chứng lão khoa

Các hội chứng thường gặp gồm:

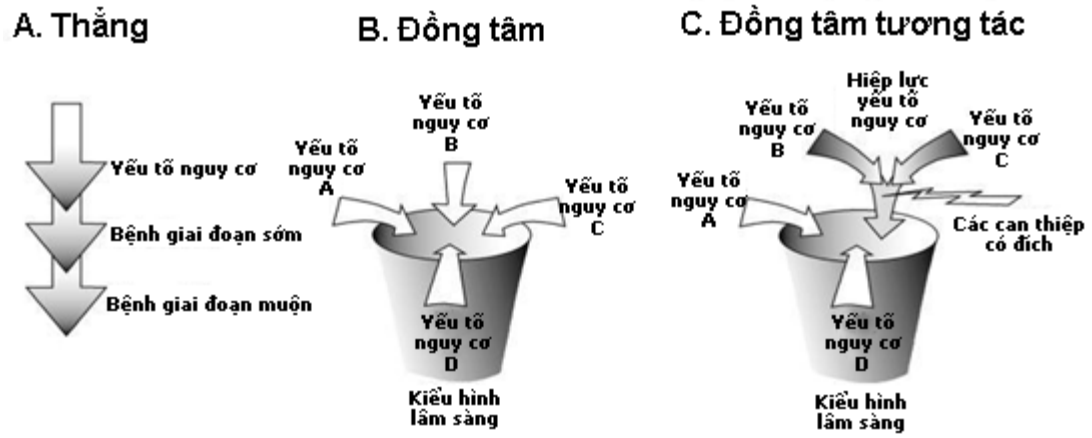
- **Mê sảng:** Thay đổi cấp tính tình trạng tâm thần, khá phổ biến và gặp ở 5-10% số nhập viện của bệnh nhân tuổi già, ở những người già đi lại được tăng từ 1% đến 15% ở tuổi 65 đến 85
- **Lái xe**: Người già có tỉ lệ đụng xe cao hơn các nhóm tuổi khác, ngoài những nam thanh niên liều mạng
- **Chóng mặt**: 15-30% số người già có chóng mặt không thường xuyên
- **Ngã**: là đổ ra sàn hoặc một mức thấp hơn không phải do xô đẩy, mỗi năm có khoảng 30% số người già bị ngã, là nguyên nhân thứ 6 của tử vong ở người già và có ảnh hưởng lớn về mặt kinh tế
- **Giảm chức năng**: là giảm khả năng thực hiện các sinh hoạt hàng ngày hoặc các hoạt động sống độc lập, tỉ lệ giảm chức năng là khoảng 10-15% sau 2 năm
- **Dễ bị tổn thương**: Thường được xác định bằng sút cân không chủ ý trên 4,5 kg so với năm trước, tốc độ đi lại chậm, mệt mỏi, yếu ớt, mức hoạt động thấp, giảm trọng lượng cơ. Đối với người lớn >65 tuổi, tỉ lệ là 20% ở nam giới và 25% ở nữ giới, đối với người >85 tuổi, tỉ lệ trên 30% ở nam dưới và 45% ở nữ giới

- **Đại tiểu tiện mất kiểm soát**: là đái dầm hoặc ỉa đùn, tỉ lệ bệnh tăng đột ngột trên 70 tuổi, ở nữ giới nhiều hơn 3-15% so với nam giới, tỉ lệ ỉa đùn là 5-15%

- **Ngất**: là mất ý thức, tỉ lệ khoảng 20% ở người trên 65 tuổi

NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC HỘI CHỨNG LÃO KHOA

Các hội chứng lão khoa không phù hợp với mô hình bệnh truyền thống (Hình A). Tương tự, chúng dường như không không phù hợp với đơn giản sự kết hợp các yếu tố nguy cơ riêng lẻ (Hình B). Chúng dường như được mô tả tốt nhất bằng cả sự kết hợp và sự tương tác của các yếu tố nguy cơ.



Hình 2: Các thuyết về sự phát triển hội chứng lão khoa

Thí dụ, một bệnh nhân có thị lực kém có thể cắt bớt các hoạt động như đi lại, giảm sức cơ. Sự giảm sức cơ ở chân dẫn đến ngã. Thị lực không trực tiếp gây ra ngã nhưng gián tiếp dẫn đến biến cố bất lợi. Hệ thống chăm sóc y tế được thiết kế để chăm sóc cho những bệnh nhân ở mô hình A (cách tiếp cận silo) hoặc mô hình B (cách tiếp cận đa ngành). Ở cách tiếp cận silo, mỗi chuyên khoa tham gia vào việc chăm sóc một bệnh nhân làm việc của mình và điều trị bệnh dựa vào mức độ nặng của bệnh. Ở mô hình B có thể có nhiều chuyên gia tham gia nhưng không có sự phối hợp chăm sóc. Đây là mô hình điển hình của chúng ta “hãy đi khám các bác sĩ khác”.

Mô hình đa ngành của chăm sóc người già đòi hỏi cách tiếp cận nhóm. Trong thí dụ trên, xử lí thị lực kém mà không xử lí giảm sức cơ sẽ không cải thiện khả năng kết quả kém, tương tự, xử lí sức cơ mà không chăm sóc vấn đề mắt thì cũng sẽ không hiệu quả.

NGÃ Ở NGƯỜI GIÀ

- Mất khả năng di chuyển trong môi trường của mình ảnh hưởng trầm trọng đến sinh hoạt hàng ngày.
- Ngã gây ra nhiều hạn chế vận động, dẫn đến tăng thêm những lo ngại sức khỏe ở người già trong thời kì hồi phục.
- Tâm lí sợ ngã khiến cho nhiều người già hạn chế hoạt động.

SỐ LIỆU THỐNG KÊ VỀ NGÃ Ở NGƯỜI GIÀ

- Ngã là nguyên nhân chính của bệnh tật và chết do chấn thương ở người trên 65 tuổi.
- Khoảng 30% số người sống ngay tại môi trường nhà riêng bị ngã một lần mỗi năm.
- Ngã dẫn đến 40% các trường hợp phải vao nhà dưỡng lão.
- Những người già bị ngã đến mức độ phải nhập viện có 33-50% khả năng chết trong vòng 1 năm.
- Chấn thương không định trước là nguyên nhân đứng thứ 5 của chết và 2/3 số chết này là do ngã.
    - Năm 2000, tổn thương não do chấn thương chiếm 46% số chết do ngã.
    - Hậu quả nặng nhất của ngã (ngoài chết) là gãy xương.
        - 5% ngã dẫn đến gãy xương, nhưng 87% các trường hợp gãy xương ở người già là do ngã.
        - Gãy xương thường gặp nhất xảy ra ở hông, chân, mắt cá chân cẳng tay, bàn tay, và xương chậu.
            - Nữ giới dễ bị gãy cổ xương đùi hơn do loãng xương (khoảng 80%).
            - Nam giới dễ bị chết do ngã hơn nữ giới.

NHỮNG YẾU TỐ NÀO GÂY RA NGUY CƠ NGÃ?

- Những yếu tố nội tại:
    - Giảm các giác quan (bao gồm giảm thị lực)
    - Giảm nhận thức (tất cả những yếu tố làm lãng trí một người)
    - Bệnh của hệ thần kinh trung ương (thí dụ đột quị, bệnh Parkinson, v.v.)
    - Bệnh tim mạch
    - Biến đổi cơ-xương và dễ bị tổn thương
    - Dùng nhiều thuốc (từ 4 thuốc trở lên)
    - Tuổi > 80
    - Trầm cảm
    - Tiền sử bị ngã
    - Sử dụng các dụng cụ trợ giúp (thí dụ gậy, khung tập đi)
- Những yếu tố ngoại lai:
    - Các mức độ hoạt động, các yếu tố môi trường

ĐỀ PHÒNG NGÃ

Các biện pháp dự phòng để loại trừ ngã bao gồm:

- Tập thể dục
- Dùng thuốc hợp lí, đặc biệt là các thuốc hướng tâm thần
- Điều chỉnh giảm thị lực
- Đánh giá nguy cơ môi trường trong nhà và hướng dẫn về an toàn
- Điều trị các bệnh tim mạch

GIÚP ĐỠ MỘT BỆNH NHÂN

- Những bệnh nhân già bao giờ cũng cần được theo dõi khi quay trở lại phòng khám.
- Bất kì người nào có những lo lắng có thấy được cần được hỏi về bệnh sử ngã và những vấn đề thăng bằng.
- Xem lại các thuốc cùng với bệnh nhân và biết rõ các thuốc làm cho bệnh nhân có nguy cơ cao hơn.
- Sẵn sàng hợp tác với các nhân viên y tế khác để màng lại cho bệnh nhân sự chăm sóc tốt nhất.

NGƯỜI GIÀ LÁI XE

- Người già lái xe đã gây ra những lo ngại càng tăng về an toàn công cộng trong 10 năm qua.
    - Điều này là do sự tăng tỉ lệ người già và một loạt tai nạn liên quan đến người già.

- Số liệu thống kê về người già lái xe
    - Theo Ban an toàn giao thông quốc gia, có 31 triệu người già có bằng lái xe ở Hoa kì vào năm 2007.
    - Năm 2008, có 183000 người già bị chấn thương do tai nạn (8% tổng số).
    - Hầu hết số chết ở người già xảy ra vào ngày thường (72%), vào ban ngày (80%), và liên quan đến các xe cộ khác (69%).

NGƯỜI GIÀ LÁI XE CÓ NGUY CƠ LỚN HƠN KHÔNG?

- Những người 16-19 tuổi bị tai nạn nhiều gấp 5 lần so với những người 80 tuổi hoặc hơn.
- Người già thường đeo dây an toàn nhiều hơn và ít lái xe hơn khi say rượu.
- Số liệu thống kê cho thấy nhóm tuổi càng già thì số tai nạn và đụng xe gây tử vong càng thấp.
- Điều gì làm cho những con số này phản ánh không đúng sự thật?
    - Người già lái xe có tỉ lệ số dặm lái xe nhỏ hơn nhiều so với các nhóm tuổi khác, điều này thường xuyên tạc các con số.
    - Tỉ lệ chết theo số dặm lái xe không thay đổi trong suốt thời kì tuổi người lớn, và bắt đầu tăng ở tuổi 65-69.
        - Ở tuổi 75, mức bằng của lái xe thanh niên.
        - Sau tuổi 85, mức gần bằng 4 lần của thanh niên.
    - Các nguyên nhân thường gặp của đụng xe ở người già gồm không nhường đường, rẽ sai, và đi quá gần xe trước.

NHỮNG YẾU TỐ NGUY CƠ ẢNH HƯỞNG ĐẾN VIỆC LÁI XE

- Tuổi duy nhất không phải là yếu tố nguy cơ!
- **Các bệnh thực thể**
    - Bệnh tim mạch, đặc biệt là nếu kèm theo huyết áp thấp và ngất.
    - Các bệnh thần kinh gồm co giật, bệnh Parkinson, xơ cứng rải rác, hoặc bệnh thần kinh ngoại vi.
    - Các bệnh chuyển hóa như đái tháo đường hoặc giảm năng tuyến giáp.
    - Các bệnh cơ-xương như viêm khớp, loãng xương, bệnh cột sống hoặc bàn chân.
    - Các bệnh tâm thần như trầm cảm hoặc nghiện ma túy.
    - Các bệnh hô hấp như là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và ngừng thở khi ngủ.
    - Các bệnh thận như suy thận.

- Tiền sử có biến cố cấp tính như:
  - Đau tim, đột quị hoặc chấn thương sọ não, ngất hoặc chóng mặt, co giật, phẫu thuật, và mê sảng do bất kì nguyên nhân nào.
- Những thay đổi bình thường do tuổi già như:
  - Giảm thính lực, tăng thời gian phản ứng sinh lí, những vấn đề chú ý.
- Các thuốc có thể gây ra nguy cơ giảm khả năng lái xe.
  - Thuốc kháng cholinergic, thuốc chống co giật, thuốc chống trầm cảm, thuốc chống nôn, thuốc kháng histamine, thuốc chống tăng huyết áp, thuốc chống Parkinson, thuốc chống loạn thần, Benzodiazepine, thuốc an thần, thuốc giãn cơ, thuốc giảm đau gây nghiện, và chất kích thích

- **Giảm nhận thức**
  - Sa sút trí tuệ như bệnh Alzheimer hoặc do đột quị có thể gây tổn hại nặng khả năng quyết định và định hướng.
  - Nghiên cứu đã thấy rằng ở những người bị bệnh Alzheimer nhẹ, 94% tự nhận thấy mình là người lái xe an toàn, trong khi chỉ 41% thực tế có thể qua được bài kiểm tra lái xe trên đường.
  - Hội thần kinh học Hoa kì khuyến cáo rằng nếu một thành viên gia đình có bệnh Alzheimer hoặc các bệnh sa sút trí tuệ khác bị vi phạm giao thông, bị tai nạn lặp lại, hoặc thể hiện bạo lực trên đường thì đã đến lúc nghĩ đến việc ngừng lái xe.
- **Các bệnh mắt**
  - Đục thể thủy tinh, bệnh võng mạc đái tháo đường, thoái hóa hoàng điểm, glôcôm, viêm võng mạc sắc tố, và tổn hại thị trường

THỊ LỰC VÀ LÁI XE

Thị lực tốt rất quan trọng đối với tất cả những người lái xe. Tổn hại thị lực xa hoặc thị trường sẽ làm giảm khả năng lái xe an toàn. Một người lái xe bị tổn hại thị lực nhiều có thể không nhìn thấy xe khác, những người đi bộ và hoặc biển báo giao thông. Họ cũng mất nhiều thời gian hơn để nhận biết và phản ứng với một tình huống có khả năng nguy hiểm. Thị trường cũng quan trọng trong một số nhiệm vụ lái xe thông thường, như hòa vào luồng giao thông hoặc đổi làn xe, và phát hiện người đi bộ và xe ở phía ngoài.

KHI NÀO BẠN CẦN PHẢI NÓI VỚI BỆNH NHÂN?

- Quyết định khi nào cho lời khuyên hoặc làm một báo cáo:
  - Những yêu cầu thị lực xa? Những yêu cầu thị trường?
  - Những yêu cầu thời gian phản ứng?
  - Giảm nhận thức? Những tổn hại thực thể?
  - Yêu cầu con cái?

VIỆC CẤP GIẤY PHÉP LÁI XE

Mặc dù những giả định trên, bằng chứng khoa học không thống nhất về sự liên kết giữa thị trường và thị lực xa và nguy cơ đụng xe. Thí dụ:

- Mức độ mà giảm thị lực làm tăng nguy cơ đụng xe là trong khoảng từ 1,17 đến 7,6 lần.
- Giá trị ngưỡng thực tế cần được đặt ra đối với thị trường vẫn còn chưa rõ ràng.
- Phần lớn các nghiên cứu cho thấy là không có liên kết giữa nguy cơ đụng xe và rối loạn sắc giác.

  - Trong khi có bằng chứng rằng những người có rối loạn sắc giác khó phát hiện đèn đỏ và dừng lại khi kiểm tra, những người này thường thích nghi và bù trừ cho tật này trong khi lái xe.
- Những điểm không rõ ràng này trong nghiên cứu đã dẫn đến các tiêu chuẩn khác nhau để kiểm tra khả năng lái xe qua các vùng khác nhau.
- Thí dụ, ở Hoa kì, tất cả các tiểu bang có yêu cầu các mức thị lực khác nhau để cấp giấy phép.
  - Thí dụ chỉ về thị lực:
    - Tất cả 50 tiểu bang đòi hỏi đo thị lực xa
    - 40 tiểu bang đo thị trường
    - 15 tiểu bang kiểm tra sắc giác
    - 6 tiểu bang kiểm tra nhận thức chiều sâu
    - 3 tiểu bang kiểm tra sự phối hợp mắt
    - 0 tiểu bang kiểm tra độ nhạy tương phản
- Ở Australia, các test dưới đây được yêu cầu để đánh giá năng lực lái xe:
  - Thị lực xa
  - Thị trường, bao gồm nhìn một mắt
  - Song thị
- Cần biết những yêu cầu mức độ thị lực ở vùng của bạn để đánh giá chính xác.

THẢO LUẬN VÀ BÁO CÁO VỀ VẤN ĐỀ LÁI XE

- Mất quyền lái xe ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Bác sĩ có thể đối mặt với những vấn đề pháp lí và đạo đức khi tư vấn cho các bệnh nhân về lái xe.
- Trách nhiệm pháp lí của chúng ta là cảnh báo cho bệnh nhân các bệnh gây ra nguy cơ chấn thương trong khi lái xe.
- Các test thị giác là một đánh giá không đầy đủ khả năng lái xe chức năng.
- Yêu cầu báo cáo khác nhau đáng kể giữa các vùng.
  - Một số vùng yêu cầu, một số vùng cho phép, và các vùng khác không cho phép.
  - Bạn phải biết những yêu cầu ở vùng của mình.

KHI NÀO BẠN NÊN KHUYẾN CÁO?

- Các câu hỏi bệnh sử được khuyến cáo bởi Hiệp hội Y học Hoa kì:
  - Ông/bà có bao giờ bị lạc trong khi lái xe?
  - Ông/bà có bao giờ quên là mình đang đi đâu không?
  - Ông/bà có bị phạt trong 2 năm qua không?
  - Ông/bà có suýt bị tai nạn hoặc đụng xe trong 2 năm qua không?
  - Ông/bà có bao giờ bị hỏng gương bên không?
  - Những người lái xe khác có bao giờ bóp còi xe hoặc có những hành động không đứng đắn không?
  - Ông/bà có bao giờ không chú ý hoặc đọc nhầm biển báo giao thông không?
  - Ông/bà có dựa vào sự giúp đỡ của một người cùng lái xe không?

NHỮNG YẾU TỐ CẦN XEM XÉT TRƯỚC KHI BÁO CÁO

- Bệnh nhân cách bao lâu lại lái xe?

- Bệnh nhân có lái xe ban đêm, trong thời tiết xấu, trong các môi trường có nguy cơ, ở các khu vực đông đúc không, v.v?
- Bệnh nhân có chở hành khách không?
- Cần nhớ là bạn không thu hồi bằng lái xe mà chỉ có khuyến cáo dựa vào niềm tin đạo đức và/hoặc pháp lí của mình rằng bệnh nhân là một nguy cơ.