tuân thủ quy trình kỹ thuật đúng cách và công tác điều dưỡng theo dõi sát sau thủ thuật là những yếu tố quan trọng giúp giảm nguy cơ biến chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi IH, Cho YK.** Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Procedure, Complications and Management. Brain Neurorehabil. Mar 2022; 15(1):e2. doi:10.12786/bn.2022.15.e2
2. **Wei M, Ho E, Hegde P.** An overview of percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in the intensive care unit. J Thorac Dis. Aug 2021;13(8):5277-5296. doi:10.21037/jtd-19-3728
3. **Casas Deza D, Monzon Baez RM, Lamuela Calvo LJ, et al.** Complications and survival following percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. Rev Esp Enferm Dig. Oct 2024;116(10): 526-531. doi:10.17235/reed.2024. 10335/2024
4. **Tae CH, Lee JY, Joo MK, et al.** Clinical practice guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy. Clin Endosc. Jul 2023;56(4):391-408. doi:10.5946/ce.2023.062
5. **Vũ Hồng Anh, Đỗ Nguyệt Ánh, Vũ Đức Định.** Đánh giá kết quả mở thông dạ dày ra da bằng nội soi (PEG) tại Bệnh viện E Trung Ương. Y học Việt Nam. 2017;452(2)
6. **Limpias Kamiya KJL, Hosoe N, Takabayashi K, et al.** Factors predicting major complications, mortality, and recovery in percutaneous endoscopic gastrostomy. JGH Open. May 2021;5(5):590-598. doi:10.1002/jgh3.12538
7. **Shehata M, Al Hosani I, Ahmed I, et al.** Factors Associated With Short-Term Complications After Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Tube Insertion: A Retrospective Cohort Study. Cureus. Mar 2024;16(3): e55741. doi:10.7759/cureus. 55741
8. **Boeykens K, Duysburgh I, Verlinden W.** Prevention and management of minor complications in percutaneous endoscopic gastrostomy. BMJ Open Gastroenterol. Jul 2022;9(1)doi:10.1136/bmjgast-2022-000975
9. **Trần Mạnh Bắc, Nguyễn Đình Quân, Bùi Văn Dũng và CS.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tối ảnh hưởng tới kết quả mở thông dạ dày bằng phương pháp đẩy trên người cao tuổi tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. Y học Việt Nam. 2022;Tập 516 Số 2 (2022) doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v516i2.3045

ĐẶC ĐIỂM ĐAU Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC SA SÚT TRÍ TUỆ

Cao Thanh Ngọc[1,2], Hoàng Thị Thanh[2], Nguyễn Minh Đức[2], Bùi Đăng Khoa[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau là một trong những vấn đề sức khỏe thường gặp và quan trọng đối với bệnh nhân sa sút trí tuệ. Tuy nhiên, do khả năng giao tiếp hạn chế nên nỗi đau của họ thường bị đánh giá thấp và không được điều trị đúng mức. Ở những bệnh nhân sa sút trí tuệ với khả năng báo cáo hoặc diễn đạt cơn đau bằng lời nói khó khăn, dẫn đến cơn đau không được phát hiện và không được điều trị, hệ quả là rối loạn giấc ngủ, giảm cảm giác thèm ăn, giảm tương tác xã hội và làm giảm chất lượng cuộc sống. Hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về đau ở người bệnh cao tuổi sa sút trí tuệ.Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm trả lời cho câu hỏi đặc điểm đau ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ như thế nào. **Mục tiêu:** Đặc điểm và tỷ lệ đau ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả thực hiện trên 390 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) sa sút trí tuệ đến khám tại phòng khám thần kinh của bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh và phòng khám sa sút trí tuệ của bệnh viện Thống Nhất từ tháng 8 /2023 tới tháng 05/2024. Người bệnh được thu thập các thông tin về nhân trắc học, các đặc điểm bệnh lý, đa bệnh đa thuốc theo mẫu hồ sơ bệnh án có sẵn, đánh giá tình trạng đau, vị trí đau, mức độ đau theo thang điểm PAINAD. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 390 bệnh nhân, trong đó nữ chiếm 51%, tuổi trung bình là 75,8 ± 7,98. Về bệnh đồng mắc thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (khoảng 88,2%), kế đến là thoái hóa khớp (57,2%) và loãng xương (49,5%). Bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ đồng mắc đái tháo đường, bệnh thận mạn lần lượt là 49,2% và 48,2%. Những bệnh lý và tiền căn khác với tỷ lệ thấp hơn là đột quỵ cũ (31,2%), bệnh mạch vành mạn (27,9%), rối loạn giấc ngủ (22,8%), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (13,8%) và bệnh lý chiếm tỷ lệ thấp nhất là suy tim với 5,1%. Nghiên cứu ghi nhận 211 bệnh nhân bị đau chiếm tỷ lệ là 54,1% và 179 bệnh nhân ghi nhận không đau với tỷ lệ là 45,9%. Trong đó đau thì mức độ đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (30,5%), kế đến là mức độ đau trung bình (14,9%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là mức độ đau nặng (8,7%).Và đau khớp (đau khớp vai, khớp gối, khớp bàn…) chiếm tỷ lệ cao nhất (31%), kế đến là đau đầu (12,1%), đau lưng (8,2%), đau sau zona (1,5%) và các lý do đau khác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ là 54,1%. Trong đó 8,7% là mức độ đau nặng, 14,9% là mức độ đau trung bình và mức độ đau nhẹ là 30,5%. Đau khớp (đau khớp vai, khớp gối, khớp bàn…) chiếm tỷ lệ cao nhất (31%), kế đến là đau đầu (12,1%), đau lưng (8,2%), đau sau zona (1,5%) và các lý do đau khác chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,3%. ***Từ khóa:*** Đau, sa sút trí tuệ

[1]*Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đăng Khoa
Email: khoa.bd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025
Ngày duyệt bài: 20.5.2025

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH DEMENTIA

Background: Pain is a common and significant issue in elderly patients with dementia. However, due to their limited ability to communicate effectively, pain in these patients is often underestimated and inadequately treated. Dementia patients frequently lack the capacity to accurately report or express their pain, leading to delayed treatment. As a result, they suffer from insomnia, reduced appetite, and a lower quality of life. Currently, there are limited studies focusing on this area. Therefore, we conducted this research to evaluate the characteristics of pain in elderly individuals with dementia. **Objectives:** To investigate the characteristics and prevalence of pain in the elderly with dementia. **Methods:** This descriptive study was conducted on 390 elderly patients (aged ≥ 60 years) at the Neurology Clinic, University Medical Center Ho Chi Minh City, and the Dementia Clinic, Thong Nhat Hospital, from August 2023 to May 2024. Demographic information, clinical symptoms, clinical examination findings, and pain characteristics, including severity and location based on the PAINAD scale, were recorded. **Results:** Among 390 elderly patients in the study (51% female, mean age 75.8 ± 7.98), hypertension was the most common comorbidity (88.2%), followed by osteoarthritis (57.2%) and osteoporosis (49.5%). Dementia patients had high rates of diabetes (49.2%) and chronic kidney disease (48.2%). Other conditions included stroke (31.2%), coronary artery disease (27.9%), sleep disorders (22.8%), chronic obstructive pulmonary disease (13.8%), and heart failure (5.1%), which was the least frequent. The study recorded 54.1% of patients with pain and 45.9% without pain. Mild pain was the most common (30.5%), followed by moderate (14.9%) and severe pain (8.7%). Joint pain was the most frequent (31%), followed by headaches (12.1%), back pain (8.2%), post-herpetic pain (1.5%), and other causes at 1.3%. **Conclusion:** The prevalence of pain in elderly dementia patients is 54.1%, with 8.7% experiencing severe pain, 14.9% moderate, and 30.5% mild. Joint pain (shoulder, knee, foot) is most common (31%), followed by headaches (12.1%), back pain (8.2%), post-herpetic pain (1.5%), and other causes (1.3%).

Keywords: Pain, Dementia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một trong những vấn đề sức khỏe thường gặp và quan trọng đối với bệnh nhân sa sút trí tuệ. Tuy nhiên, do khả năng giao tiếp hạn chế nên nỗi đau của họ thường bị đánh giá thấp và không được điều trị đúng mức[1]. Trong cộng đồng, hơn một nửa số bệnh nhân sa sút trí tuệ bị đau hàng ngày. Tỷ lệ đau mạn tính ở bệnh nhân sa sút trí tuệ trong cộng đồng người Pháp trong giai đoạn 2017 – 2019 dao động 57,7 – 57,9%[2].

Đau tác động tiêu cực đến các vấn đề sức khỏe của người cao tuổi. Đau góp phần làm xấu đi tình trạng nhận thức như mê sảng, dẫn đến các hành vi như kích động và hung hăng, kê đơn không phù hợp với thuốc chống loạn thần và tăng tác dụng phụ của một số thuốc. Tuy nhiên, người bệnh phải chịu đựng nỗi đau có thể kiểm soát được nhưng không được công nhận một cách phù hợp. Do đó việc đánh giá cơn đau không đúng cách ở những người bị suy giảm nhận thức, chẳng hạn như những người sa sút trí tuệ với khả năng báo cáo hoặc diễn đạt cơn đau bằng lời nói khó khăn, dẫn đến cơn đau không được phát hiện và không được điều trị.

Hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về đau ở người bệnh cao tuổi sa sút trí tuệ.Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm trả lời cho câu hỏi đặc điểm đau ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ như thế nào?

Mục tiêu: *Đặc điểm và tỷ lệ đau ở người cao tuổi mắc sa sút trí tuệ*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có sa sút trí tuệ tại phòng khám thần kinh của bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh và phòng khám sa sút trí tuệ của bệnh viện Thống Nhất từ ngày 21/08/2023 – 31/05/2024

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mê sảng, yếu liệt, run nặng, giảm thính lực – thị lực nặng, tiền căn tâm thần (trầm cảm, tâm thần phân liệt), suy giảm cảm giác nghiêm trọng, chăm sóc cuối đời.
- Bệnh nhân cần điều trị nội trú hoặc có bệnh lý cần được điều trị ngoại khoa cấp cứu.
- Bệnh nhân không thể trả lời những câu hỏi.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu. Ước lượng tỷ lệ đau cho bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ được tính theo công thức sau:

$$N \geq \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: N: cỡ mẫu nghiên cứu (bệnh nhân)

- $\alpha = 0,05$
- $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, độ tin cậy là 95% nên $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.
- $p = 0,51$: tỷ lệ đau trên bệnh nhân sa sút trí tuệ tính theo dữ liệu nghiên cứu của Alba Malara và cộng sự, 2016[2].
- d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn; Nghiên cứu này lấy d = 0,05. Tính ra cỡ mẫu nghiên cứu N ≥ 384 (bệnh nhân).

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục.

Phương pháp thực hiện. Người bệnh chọn vô nghiên cứu được tầm soát suy giảm nhận thức bằng việc sử dụng thang điểm MMSE.

Trong đó:

- MMSE dưới 24 với bệnh nhân biết chữ.
- MMSE dưới 17,5 với bệnh nhân mù chữ[8].

Sau đó được đánh giá suy giảm chức năng theo thang điểm Lawton – Hoạt động sinh hoạt hàng ngày IADL, Xác định chẩn đoán suy giảm nhận thức nhẹ hay SSTT dựa vào tiêu chuẩn DSM – 5. Nếu bệnh nhân đã được chẩn đoán sa sút trí tuệ (ghi nhận trong sổ khám bệnh hoặc giấy ra viện trước đây) thì không cần tầm soát suy giảm nhận thức và tiến hành đánh giá đau, vị trí đau, mức độ đau trên bệnh nhân SSTT theo thang điểm PAINAD. Người bệnh được thu thập các thông tin về nhân trắc học, các đặc điểm về bệnh lý, đa bệnh đa thuốc theo mẫu hồ sơ bệnh án có sẵn.

Biến số chính của nghiên cứu

– Tuổi: là biến định lượng, tính tròn năm = năm hiện tại - năm sinh.

– Giới: là biến định danh gồm nam, nữ

– Tiền căn bệnh lý: biến định danh, các tiền căn bệnh lý của bệnh nhân đã được chẩn đoán trước đó bao gồm bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, suy tim, bệnh mạch vành mạn, bệnh thận mạn

Bảng 1: Biến số nghiên cứu

Biến số	Cánh đánh giá	Loại biến, cách trình bày
Suy yếu	Đánh giá bằng các thang điểm Lawton, Katz	Biến định tính, tỷ lệ %
Đau	Có tình trạng đau khi hỏi bệnh	Biến định tính, tỷ lệ %
Lý do đau	Phân nhóm các tổn thương đau: đau đầu, đau khớp (đau khớp vai, khớp gối, khớp bàn ngón tay, khớp háng…), đau lưng, Đau sau zona, đau khác, không đau	Biến định tính, tỷ lệ %
Mức độ đau	Thang điểm đánh giá đau PAINAID (Pain Assessment in Advanced Dementia)	Biến định tính, tỷ lệ %

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được mã hóa bằng Epidata, xử lý và phân tích bằng STATA 14.

Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ, biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (phân phối không chuẩn)

So sánh 2 tỉ lệ sử dụng phép kiểm chi bình phương. So sánh 2 trung bình sử dụng kiểm định T-test (phân phối chuẩn) hoặc kiểm định Mann-Whitney (phân phối không chuẩn).

Y đức. Nghiên cứu chỉ quan sát đơn thuần và không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 754/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 21/08/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 390 bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ từ 21/08/2023 đến 31/05/2024, trong đó nữ chiếm 51%, tuổi trung bình là 75,8 ± 7,98.

Bảng 2: Đặc điểm về tuổi của dân số nghiên cứu (n=390)

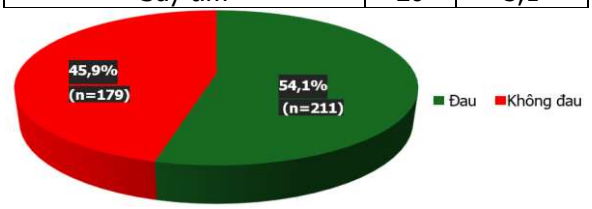
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
60 – 69 tuổi	104	26,7
70 – 79 tuổi	155	39,7
≥ 80 tuổi	131	33,6

Bảng 3: Một số đặc điểm về hội chứng lão hóa (n=390)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Suy yếu	229	58,7
Nguy cơ trầm cảm	28	7,2
Đa bệnh	325	83,3
Đa thuốc	137	35,1

Bảng 4: Các bệnh đồng mắc và tiền căn trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ (n=390)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	344	88,2
Thoái hóa khớp	223	57,2
Loãng xương	193	49,5
Đái tháo đường	192	49,2
Bệnh thận mạn	188	48,2
Đột quỵ cũ	121	31,2
Bệnh mạch vành mạn	109	27,9
Rối loạn giấc ngủ	89	22,8
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	54	13,8
Suy tim	20	5,1

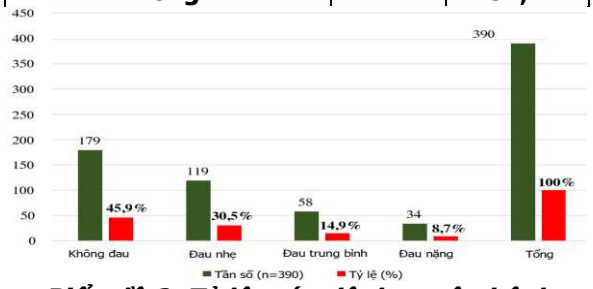


Biểu đồ 1: Tỷ lệ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ (n=390)

Bảng 5: Các lý do đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ (n=211)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đau khớp (đau khớp vai, khớp gối, khớp bàn…)	121	31,0
Đau đầu	47	12,1
Đau lưng	32	8,2
Đau sau zona	6	1,5

Đau khác	5	1,3
Tổng	**211**	**54,1**



Biểu đồ 2: Tỷ lệ mức độ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ (n=390)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 75,8 (± 7,98); tuổi thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 99 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 70 đến 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,7%). Kết quả về độ tuổi trung bình này khá tương đồng với nghiên cứu của Vasiliki Orgeta cùng cộng sự[4] tiến hành trong cộng đồng ở nước Anh với độ tuổi trung bình là 75,55.

Nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ giới tính nữ chiếm 51%, nam chiếm 49%. Tỷ lệ nữ giới cao hơn và khá tương đồng với kết quả một số nghiên cứu như nghiên cứu của tác giả Bùi Minh Tuấn và cộng sự[7] tại huyện Mang Thít, tỉnh Vĩnh Long với tỷ lệ bệnh nhân nữ sa sút trí tuệ là 65,5%; nghiên cứu ở Ireland của tác giả O'Brien I cho kết quả tỷ lệ nữ sa sút trí tuệ là 68,9%.Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam tương tự với các nghiên cứu khác được lý giải là tuổi thọ của nữ giới cao hơn nam giới ở hầu hết các quốc gia. Bên cạnh đó, trong các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được thì giới tính nữ có nhiều khả năng mắc bệnh Alzheimer hơn nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân sa sút trí tuệ có tăng huyết áp là 88,2%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Trung Quốc của Xiaoqiang Xiao tỷ lệ tăng huyết áp trên bệnh nhân sa sút trí tuệ là 62,8%[6]; Sự khác biệt này là do yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở các đối tượng dân số nghiên cứu khác nhau. Người Việt Nam có lượng tiêu thụ muối, đồ uống có đường cao và tỷ lệ hút thuốc lá, uống rượu bia cao ở nam giới.

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ bệnh mạch vành mạn là 27,9% cao hơn kết quả nghiên cứu ở Đài Loan của tác giả Hao – Kuang Wang[7] với tỷ lệ là 21,66%; nghiên cứu của Bilgin Başgöz cùng các cộng sự[3] tại Thổ Nhĩ Kỳ là 15,1%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đồng mắc đái tháo đường là 49,2%, cao hơn tỷ lệ 15,1% trong nghiên cứu của Bilgin Başgöz cùng các cộng sự[8] tại Thổ Nhĩ Kỳ.Sự khác biệt là vì đặc điểm phân bố dịch tễ bệnh lý khác nhau, cỡ mẫu nghiên cứu và đối tượng dân cư khác nhau đã phần nào ảnh hưởng đến kết quả.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 390 bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ với tỷ lệ đau theo thang điểm PAINAD là 54,1%. Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu ở Israel của tác giả Netta Bentur và cộng sự[8] với tỷ lệ đau trên đối tượng bệnh nhân sa sút trí tuệ sống cùng gia đình và không sống cùng gia đình lần lượt là 57,1% và 57,5. Từ các kết quả trên cũng cho thấy tỷ lệ đau trên bệnh nhân sa sút trí tuệ là khá cao, do đó càng quan trọng và cần thiết cho việc phát hiện sớm và đánh giá đúng về tình trạng đau, là điều kiện nền tảng giúp chăm sóc và điều trị toàn diện cho bệnh nhân, đồng thời làm giảm hậu quả tàn tật, giảm ảnh hưởng lên hoạt động chức năng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đau là 54,1% trong đó mức độ đau nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 30,5%; 14,9%; 8,7%. Bệnh nhân có mức độ đau nặng có tỷ lệ đau gấp 7,0 lần so với bệnh nhân không đau. Bệnh nhân có mức độ đau trung bình có tỷ lệ đau gấp 3,7 lần so với bệnh nhân không đau. Bệnh nhân có mức độ đau nhẹ có tỷ lệ đau gấp 1,9 lần so với bệnh nhân không đau. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Tỷ lệ các mức độ đau này khá tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Alba Malara[6] ở Calabria, Ý có tỷ lệ đau được PAINAD đánh giá là 51,8% trong đó 34,9% đau nhẹ; 15,7% đau trung bình và 1,2% đau nặng. Mặc dù nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu kể trên đều cho thấy mức độ đau nhẹ chiếm cao nhất, mức độ đau nặng chiếm thấp nhất nhưng vẫn có sự khác biệt về tỷ lệ cụ thể của từng mức độ đau. Có thể được giải thích là do khác nhau về công cụ đánh giá đau, về thời điểm tiến hành nghiên cứu và đặc điểm dân cư vì các nghiên cứu nước ngoài trên đều là người dân thuộc châu Âu, châu Mỹ và châu Đại Dương tương đối khác với dân cư châu Á chúng ta.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ về các lý do đau của bệnh nhân tại phòng khám như sau: đau khớp 31,0%; đau đầu 12,1%; đau lưng 8,2%; đau sau zona 1,5% và các lý do đau khác 1,3%.

Nghiên cứu của tác giả Pei – Chao Lin và cộng sự[9] ở Đài Loan với lý do đau hàng đầu là đau xương khớp (29,27%), đau đầu và đau nửa đầu (13,82%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên về tỷ lệ đau xương khớp, chiếm phần lớn trong các lý do đau của bệnh nhân sa sút trí tuệ. Điều này cũng

phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân có loãng xương và thoái hóa khớp chiếm đa số trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 49,5% và 57,2%.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ là 54,1%.

- Tỷ lệ các mức độ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ: 8,7% là mức độ đau nặng, 14,9% là mức độ đau trung bình và mức độ đau nhẹ là 30,5%.

Tình trạng đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ khá thường gặp và gây ra những tác động tiêu cực đến sức khỏe, tinh thần, chức năng sinh hoạt và chất lượng cuộc sống nhưng vì những hạn chế trong việc bày tỏ, thể hiện nỗi đau mà tình trạng này chưa được phát hiện sớm cũng như công nhận đúng mức, do đó cần chủ động tư vấn, tuyên truyền về vấn đề này một cách rộng rãi trong cộng đồng dân cư và hướng dẫn nhân viên y tế lẫn người chăm sóc sử dụng các thang điểm đánh giá đau phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Dalen-Kok AH, Achterberg WP, Rijkmans WE, et al.** Pain assessment in impaired cognition: observer agreement in a long-term care setting in patients with dementia. Pain management. Sep 2019;9(5):461-473
2. **Kerckhove N, Bornier N, Mulliez A, et al.** Prevalence of Chronic Pain Among People with Dementia: A Nationwide Study Using French Administrative Data. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. Dec 2023;31(12):1149-1163.
3. **Do KN, Le LTT, Dang SC, et al.** An Assessment of Physical Activity and Risk Factors in People Living with Dementia: Findings from a Cross-Sectional Study in a Long-Term Care Facility in Vietnam. Geriatrics. 2024;9(3):57.
4. **Vasiliki Orgeta, Martin Orrell FRCPsych, Barry Hounsome, et al.** Self- and Carer-Rated Pain in People With Dementia: Influences of Pain in Carers. Journal of pain and symptom management. June 2015;49(6):1042-1049.
5. **Helvik AS, Bergh S, Kabukcuoğlu K, et al.** Prevalence and persistent prescription of analgesic drugs in persons admitted with dementia to a nursing home - A longitudinal study. PloS one. 2022;17(12):e0279909.
6. **Boltz M, Resnick B, Kuzmik A, et al.** Pain Incidence, Treatment, and Associated Symptoms in Hospitalized Persons with Dementia. Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses. Apr 2021;22(2):158-163.
7. **Bùi MT, Nguyễn TK, Văn CM.** Tình hình sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi trên địa bàn huyện Mang Thít, tỉnh Vĩnh Long năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 10/31 2023;(65):165-170. doi:10.58490/ctump.2023i65.1770
8. **Atee M, Morris T, Macfarlane S, Cunningham C.** Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. Journal of pain and symptommanagement.Jun2021;61(6):1215-12 26.
9. **Wang H-K, Hung C-M, Lin S-H, et al.** Increased risk of hip fractures in patients with dementia: a nationwide population-based study. BMC Neurology. 2014/09/12 2014;14(1):175. 2

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG DINOPROSTONE TRÊN THAI QUÁ NGÀY DỰ SINH CÓ CHỈ SỐ BISHOP CẢI TIẾN <6 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Lâm Thị Ngọc Thảo[1], Huỳnh Thanh Liêm[2], Lê Minh Triết[2], Nguyễn Thanh Thủy[2], Lâm Đức Tâm[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là biện pháp can thiệp trong sản khoa giúp thai phụ sinh thường, giảm tỉ lệ mổ lấy thai, được đánh giá qua chỉ số Bishop. Việc kết hợp siêu âm đo độ dài cổ tử cung (CTC) để tạo ra chỉ số Bishop cải tiến đã nâng cao hiệu quả của KPCD. **Mục tiêu:** Khảo sát tính hiệu quả, an toàn của Dinoprostone đặt âm đạo làm chính muồi CTC và đặc điểm lâm sàng của việc KPCD trên thai quá ngày dự sinh với điểm Bishop cải tiến <6 và không có chống chỉ định sinh ngã âm đạo. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 65 trường hợp thai quá ngày dự sinh có chỉ định KPCD bằng Dinoprostone tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trong năm 2024 với đánh giá CTC bằng thang điểm Bishop cải tiến. **Kết quả:** Tỉ lệ thành công của KPCD là 64,62%. Yếu tố liên quan đến thành công là chỉ số Bishop cải tiến trước KPCD (OR = 0,677, KTC 95% [0,464-0,986], p=0,042). Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng sinh ngã âm đạo gồm tiền sử sản khoa, chỉ số Bishop sau KPCD và cân nặng sơ

[1]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
[2]*Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm
Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025
Ngày duyệt bài: 20.5.2025