

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI ĐAU MẠN TÍNH Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CAO TUỔI

Trần Viết Lực^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan với đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường typ 2 cao tuổi. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 275 người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán đái tháo đường điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Người bệnh được phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất đánh giá tình trạng đau mạn tính, các thông tin chung, các đặc điểm bệnh đái tháo đường, biến chứng của đái tháo đường và tình trạng trầm cảm. Tỷ lệ đau mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nữ giới, người đã nghỉ hưu, thời gian mắc đái tháo đường ≥ 5 năm, có ít nhất 1 biến chứng của đái tháo đường, có biến chứng thần kinh ngoại vi hoặc có trầm cảm. Nhóm người bệnh có đau mạn tính có chỉ số khối cơ thể và tỷ lệ eo/hông trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có đau mạn tính. Mô hình hồi quy đa biến cho thấy giới nữ (OR=2,36); có biến chứng thần kinh ngoại vi (OR=14,59); trầm cảm (OR=6,3) có mối liên quan với gia tăng tỷ lệ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi. Tóm lại, nghiên cứu cho thấy đau mạn tính có mối liên quan với giới nữ, biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường và trầm cảm.

Từ khóa: Người cao tuổi, đau mạn tính, đái tháo đường.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là tình trạng tăng glucose máu mạn tính đang ngày một trở nên phổ biến và gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Thêm vào đó, già hóa dân số tăng nhanh đặc biệt tại Việt Nam dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ các bệnh lý không lây nhiễm như đái tháo đường và các hậu quả của nó đã tạo nên thách thức không nhỏ cho hệ thống chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

Một trong số các vấn đề thường gặp ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi là tình trạng đau mạn tính. Ở người cao tuổi nói chung, tỷ lệ đau mạn tính dao động từ 25-85%.¹ Ở người bệnh đái tháo đường, tỷ lệ đau mạn tính có thể dao động từ 15% đến 60% ở các quần thể khác

n nhau.² Đau mạn tính được coi là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn, gây ra gánh nặng kinh tế và xã hội đáng kể. Từ sức khỏe thể chất đến sức khỏe tinh thần, đau mạn tính can thiệp vào tất cả các khía cạnh trong cuộc sống của người bệnh. Đau mạn tính và đái tháo đường đều là những bệnh lý thường gặp trên người cao tuổi. Tuổi cao có liên quan đáng kể với gia tăng nguy cơ đau mạn tính.³ Nghiên cứu của Wackström ghi nhận tỷ lệ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường có tuổi từ 65-75 là 64%.⁴ Tương tự với các bệnh lý có đau mạn tính nói chung, đau mạn tính trên người bệnh đái tháo đường làm thay đổi đáng kể chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng đến khả năng tự quản lý bệnh đái tháo đường của người bệnh. Đau mạn tính và đái tháo đường có mối liên quan chặt chẽ được chứng minh liên quan với các cơ chế bệnh sinh về vai trò của các thụ thể kinin trong bệnh đái tháo đường và trong phản ứng đau và viêm.

Tác giả liên hệ: Trần Viết Lực

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/04/2023

Ngày được chấp nhận: 22/05/2023

Cùng với quá trình lão hóa, các biến chứng mạn tính đặc biệt là biến chứng thần kinh ngoại vi ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi có liên quan mật thiết với sự gia tăng tình trạng đau mạn tính. Đau mạn tính cũng có thể ảnh hưởng đến không chỉ chất lượng cuộc sống của người bệnh mà còn liên quan đến sự tuân thủ điều trị, các vấn đề về sức khỏe tâm thần như lo âu, trầm cảm. Tuy nhiên, tình trạng đau mạn tính thường bị bỏ sót hoặc điều trị không đầy đủ trong quá trình thực hành lâm sàng. Các yếu tố làm gia tăng nguy cơ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi đặc biệt là các yếu tố có thể thay đổi được còn chưa được chỉ ra trong các nghiên cứu đặc biệt ở Việt Nam. Kiểm soát đầy đủ đau mạn tính cùng với các yếu tố nguy cơ của đau mạn tính có thể giúp nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh đái tháo đường cao tuổi. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu được công bố về tỉ lệ đau mạn tính và các yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích một số yếu tố liên quan với đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường tít 2 cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh đái tháo đường ≥ 60 tuổi khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 10/2018 đến tháng 08/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh ≥ 60 tuổi được chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ ADA năm 2018 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có một trong các tình trạng sau:

- (1) đang mắc các bệnh lý cấp tính nặng,
- (2) suy giảm nhận thức mức độ vừa - nặng

(sử dụng trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu Mini Mental State Examination, MMSE để sàng lọc với tổng điểm MMSE ≤ 19 điểm là suy giảm nhận thức trung bình - nặng bị loại khỏi nghiên cứu);

(3) có bệnh lý rối loạn tâm thần hoặc không hoàn thành bộ câu hỏi nghiên cứu hoặc;

(4) có thoái hóa khớp (thoái hóa khớp gối, cột sống) hoặc loãng xương.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Các biến số nghiên cứu

Các thông tin được thu thập thông qua hỏi bệnh, khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm các thông tin về:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới, nghề nghiệp (nghỉ hưu hoặc đang đi làm: hiện tại vẫn đang làm việc cụ thể toàn thời gian hoặc bán thời gian), chỉ số khối cơ thể (Body mass index – BMI), tỉ lệ eo/hông.

Đau mạn tính: Phỏng vấn người bệnh về tình trạng đau. Đau mạn tính được định nghĩa là tình trạng đau không chữa lành được hoặc đau kéo dài hơn thời gian chữa lành thông thường. Đau được xem như mạn tính nếu kéo dài hơn 3 tháng.⁵ Thông tin về vị trí đau mạn tính cũng được thu thập.

Các đặc điểm của đái tháo đường: thời gian mắc đái tháo đường, biến chứng mạn tính của đái tháo đường (biến chứng mạch máu nhỏ, biến chứng mạch máu lớn, biến chứng thần kinh ngoại vi) được thu thập dựa vào hồ sơ bệnh án ngoại trú tại bệnh viện Lão khoa Trung ương, xét nghiệm đường máu lúc đói và nồng độ HbA1c gần nhất.

Đánh giá biến chứng thần kinh ngoại vi của đái tháo đường dựa theo thang điểm Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI). Thang điểm MNSI gồm 2 phần là phần hỏi

bệnh sử và phần khám lâm sàng. Phần hỏi tiền sử bao gồm 15 câu hỏi với câu trả lời là có (1 điểm) và không (0 điểm). Phần khám lâm sàng là khám bàn chân bao gồm 5 mục: quan sát, phát hiện loét, khám phản xạ gân gót, khám cảm giác rung ngón cái và khám monofilament. Các phần này được cho 3 mức điểm 0 điểm, 0,5 điểm và 1 điểm tùy vào mức độ bất thường. Điểm tối đa cho phần khám lâm sàng là 5 điểm. Người bệnh được đánh giá có biến chứng thần kinh ngoại vi khi điểm hỏi bệnh sử ≥ 7 hoặc điểm khám lâm sàng $\geq 2,5$.

Đánh giá trầm cảm: sử dụng thang điểm đánh giá trầm cảm ở người cao tuổi (Geriatric Depression Scale-GDS-15) gồm 15 câu hỏi phỏng vấn để sàng lọc trầm cảm ở người bệnh. Tổng điểm GDS-15 dao động từ 0-15 điểm. Tổng điểm từ 0-5 điểm được đánh giá là ít khả năng bị trầm cảm; tổng điểm > 5 được đánh giá là có nguy cơ trầm cảm.

Xử lý số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

1. Tỷ lệ và vị trí đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ và vị trí đau mạn tính ở đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau mạn tính	Có	186	67,6
	Không	89	32,4
Vị trí đau mạn tính (n=186)	Gối, cẳng – bàn chân	174	93,5
	Vai – tay	55	29,6
	Lưng – hông	22	11,8
	Đầu mặt cổ	2	1,1
	Vùng bụng	1	0,5

Tỷ lệ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi trong nghiên cứu là 67,6%. Vị

Sử dụng các thuật toán thống kê gồm: tính tỷ lệ%, tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ % theo test Khi bình phương và so sánh giá trị trung bình của các nhóm theo t-test. Mô hình hồi quy đa biến logistic được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và đau mạn tính. Mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc của nghiên cứu y sinh học. Người bệnh được giải thích trước khi tham gia và đồng ý tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì. Thông tin cung cấp được giữ bí mật. Nghiên cứu được thực hiện nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và không vì mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 275 người bệnh đái tháo đường cao tuổi có tuổi trung bình là $70,2 \pm 7,2$ (tuổi nhỏ nhất là 60 tuổi, tuổi cao nhất là 89 tuổi). Tỷ lệ nữ giới là 59,6%.

trí đau mạn tính thường gặp là ở chi dưới (gối, cẳng chân và bàn chân: 93,5%).

2. Một số yếu tố liên quan với đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi

Bảng 2. Mối liên quan giữa đau mạn tính và một số đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Đau mạn tính				p
		Có (n = 186)		Không (n = 89)		
		n	%	n	%	
Giới	Nam	66	59,5	45	40,5	< 0,05
	Nữ	120	73,2	44	26,8	
Nhóm tuổi	60 – 69	94	67,1	46	32,9	> 0,05
	70 – 79	70	71,4	28	28,6	
	≥ 80	22	61,1	14	38,9	
Nghề nghiệp	Đang đi làm	5	38,5	8	61,5	< 0,05
	Nghỉ hưu	181	69,1	81	30,9	
Phân loại BMI (kg/m ²)	< 23	67	62,6	40	37,4	> 0,05
	≥ 23	119	70,8	49	29,2	
Tuổi TB (năm)		70,3 ± 7,1		69,9 ± 7,5		> 0,05
BMI trung bình (kg/m ²)		24,4 ± 2,8		23,5 ± 2,4		< 0,05
Tỉ lệ eo/mông		0,95 ± 0,1		0,93 ± 0,1		< 0,05

Tỉ lệ đau mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nữ giới và đối tượng đã nghỉ hưu ($p < 0,05$). Chỉ số BMI trung bình và tỉ lệ eo/mông trung bình của nhóm có đau mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm không có đau mạn tính ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa đau mạn tính và một số đặc điểm đái tháo đường

Đặc điểm đái tháo đường		Đau mạn tính				p
		Có (n = 186)		Không (n = 89)		
		n	%	n	%	
Thời gian mắc đái tháo đường	≥ 5 năm	169	74,8	57	25,2	< 0,05
	< 5 năm	17	34,7	32	35,3	
Thời gian mắc đái tháo đường trung bình		13,9 ± 7,3		8,2 ± 5,6		< 0,05
Biến chứng mạn tính đái tháo đường	Không có biến chứng	30	36,1	53	63,9	< 0,05
	Có ít nhất 01 biến chứng	156	81,3	36	18,7	
Biến chứng thần kinh do đái tháo đường	Có	154	87,5	22	12,5	< 0,05
	Không	32	32,3	67	67,7	

Đặc điểm đái tháo đường	Đau mạn tính				p	
	Có (n = 186)		Không (n = 89)			
	n	%	n	%		
Kiểm soát HbA1c	Đạt (< 7,5)	90	64,7	49	35,3	>0,05
	Không đạt (≥ 7,5)	96	70,6	40	29,4	
Đường máu đói trung bình (mmol/l)		9,1 ± 3,9		8,5 ± 3,6		>0,05
Nồng độ HbA1c trung bình (%)		7,8 ± 1,8		7,7 ± 1,9		>0,05

Tỉ lệ đau mạn tính ở người bệnh có thời gian mắc đái tháo đường từ 5 năm trở lên, có ít nhất 1 biến chứng đái tháo đường hoặc có biến chứng thần kinh do đái tháo đường cao hơn có

ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm đối tượng có đau mạn tính có thời gian mắc đái tháo đường trung bình dài hơn so với nhóm không có đau mạn tính ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đau mạn tính và trầm cảm

Đặc điểm đái tháo đường	Đau mạn tính				p	
	Có (n = 186)		Không (n = 89)			
	n	%	n	%		
Nguy cơ trầm cảm	Có	62	91,2	6	8,8	< 0,05
	Không	124	59,9	83	40,1	

Tỉ lệ đau mạn tính trong nhóm có nguy cơ trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ đau mạn tính trong nhóm không trầm cảm ($p < 0,05$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến đau mạn tính (n = 275)

Yếu tố	Đau mạn tính	
	OR	95%CI
Nữ giới	2,36	1,1 - 4,9
Tuổi ≥ 80	0,45	0,2 - 1,2
Thừa cân béo phì (BMI ≥ 23)	1,19	0,6 - 2,4
Thời gian mắc đái tháo đường ≥ 5 năm	1,06	0,4 - 2,9
HbA1C chưa đạt mục tiêu (HbA1c ≥ 7,5)	1,67	0,5 - 5,7
Có biến chứng thần kinh ngoại vi	14,59	5,9 - 35,7
Trầm cảm	6,3	2 - 20,1

Giới nữ, người bệnh có biến chứng thần kinh ngoại vi hoặc có nguy cơ trầm cảm có mối liên quan đáng kể với gia tăng nguy cơ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đau mạn tính ở nữ giới cao hơn nam giới, nữ giới có nguy cơ gặp tình trạng đau mạn tính cao hơn gấp 2,36 lần so với nam giới. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trước đây cho rằng tỉ lệ gặp đau mạn tính ở nữ giới cao hơn nam giới trong dân số chung⁶ cũng như trên đối tượng người bệnh đái tháo đường.⁷ Sự khác biệt giữa hai giới về tỉ lệ đau mạn tính có thể do một số nguyên nhân: ngưỡng cảm nhận đau và ngưỡng chịu đựng đau của nữ giới thấp hơn nam giới; nữ giới thường quan tâm, lo lắng đến tình trạng sức khỏe của bản thân cũng như của người khác nhiều hơn nam giới; nữ giới sẵn sàng ghi nhận và báo cáo tình trạng sức khỏe của mình cũng như ưu tiên chăm sóc cho sức khỏe hơn nam giới.⁸ Ngoài ra, đa số nữ giới thường mắc các bệnh lý của hệ cơ xương khớp như thoái hóa khớp gối, thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm... do thường xuyên đứng lâu/thay đổi tư thế liên quan đến các công việc như nội trợ, chăm sóc gia đình.

Khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ đau mạn tính ở nhóm đối tượng nghỉ hưu cao hơn nhóm đối tượng đang đi làm, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê. Mối liên quan giữa công việc và tình trạng đau mạn tính có thể giải thích do liên quan với điều kiện kinh tế, ít hoạt động thể lực và yếu tố tâm lý. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Bingefors ghi nhận tình trạng đau có liên quan đến tình trạng thất nghiệp ở nam giới, khó khăn về kinh tế ở nữ giới và các yếu tố khác như nghỉ hưu sớm, mức độ hoạt động thể lực thấp ở cả hai giới.⁸

Thêm vào đó, đau mạn tính cũng có mối liên quan với tình trạng thừa cân, béo phì với giá trị BMI trung bình và tỉ lệ eo/hông ở nhóm có đau mạn tính cao hơn có ý nghĩa thống kê. Béo phì và đau mạn tính đều gây ra những lo ngại nghiêm trọng về sức khỏe trong cộng đồng đặc biệt ở người cao tuổi. Nhiều nghiên cứu cho thấy đau mạn tính là tình trạng thường gặp ở những người béo phì. Các cơ chế về mối quan hệ giữa đau mạn tính và béo phì chưa rõ ràng đặc biệt ở người cao tuổi có đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa, tuy nhiên có thể giải thích bằng một số cơ chế như yếu tố cơ học/cấu trúc, chất trung gian hóa học trong viêm, kháng insulin, trầm cảm, giấc ngủ và lối sống. Bởi vì béo phì là một trạng thái tiền viêm và các cơ chế gây viêm góp phần vào sự phát triển của cơn đau, viêm có thể là một phần của con đường nhân quả. Thêm vào đó, cả béo phì và đau mạn tính đều liên quan đến trầm cảm và lo âu.⁹ Béo trung tâm cũng được chứng minh là có mối liên quan độc lập với đau mạn tính ở người cao tuổi sau khi điều chỉnh tình trạng kháng insulin, viêm và các bệnh đồng mắc.¹⁰

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ đau mạn tính ở nhóm mắc đái tháo đường từ 5 năm trở lên cao hơn rõ rệt so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 5 năm. Thời gian mắc bệnh được chứng minh là một trong những yếu tố nguy cơ chính gây ra biến chứng thần kinh ngoại vi, biểu hiện đau do nguyên nhân thần kinh của bệnh đái tháo đường.¹¹⁻¹² Theo nghiên cứu của Jaiswal và cộng sự, tỉ lệ xuất hiện đau do nguyên nhân thần kinh của đái tháo đường tăng lên gấp đôi ở nhóm có thời gian mắc bệnh từ >10 năm so với nhóm mắc bệnh từ 5 - 10 năm.¹¹

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc có ít nhất một biến chứng của đái tháo đường làm tăng tỉ lệ xuất hiện đau mạn tính đặc biệt ở người bệnh có biến chứng thần kinh ngoại vi. Điều này cũng dễ dàng lý giải do đái tháo đường là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa

mạn tính, gây ảnh hưởng đến tất cả các cơ quan trong cơ thể. Việc phát hiện được các biến chứng của đái tháo đường trên lâm sàng đã chứng tỏ người bệnh đã có thời gian mắc bệnh kéo dài, kiểm soát đường huyết kém, cũng như có các yếu tố nguy cơ tim mạch như béo phì, tăng huyết áp, tuổi cao kết hợp thúc đẩy sự xuất hiện các biến chứng của bệnh đái tháo đường. Các yếu tố này cũng làm tăng tỉ lệ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường.^{7,10} Biến chứng thần kinh ngoại vi cũng là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng đau mạn tính trên người bệnh đái tháo đường, và ở nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy, người bệnh có biến chứng thần kinh ngoại vi có nguy cơ xuất hiện đau mạn tính cao gấp 14,59 lần người bệnh không có biến chứng thần kinh ngoại vi. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, đau là một biểu hiện thường gặp trong bệnh lý thần kinh ngoại vi đái tháo đường, với nhiều dạng biểu hiện như rát bỏng, đau như kim châm, đau như dao đâm, đồng thời, thường diễn biến dai dẳng và kháng trị với nhiều phương pháp điều trị.¹³ Cơ chế bệnh sinh của tình trạng này chủ yếu do nguyên nhân rối loạn chuyển hóa và các yếu tố mạch máu. Sự gia tăng nồng độ và tích trữ sorbitol và fructose, các sản phẩm tận trong chu trình chuyển hóa glucid, các gốc tự do, và sự hoạt hóa của protein kinase C – tất cả các yếu tố này dẫn tới tổn thương trực tiếp sợi thần kinh.¹³

Vai trò của trầm cảm trong việc hình thành và phát triển tình trạng đau mạn tính từ lâu đã được chỉ rõ qua nhiều nghiên cứu.¹⁴ Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy trầm cảm là một yếu tố nguy cơ dẫn tới sự gia tăng khả năng xuất hiện đau mạn tính trên các đối tượng người bệnh đái tháo đường người cao tuổi, cụ thể là các đối tượng có nguy cơ trầm cảm sẽ dẫn đến có nguy cơ xuất hiện đau mạn tính cao gấp 6,3 lần các đối tượng không trầm cảm. Đau mạn tính là một tình trạng gây gia tăng stress, đồng thời là một yếu tố đóng vai trò quan trọng

trong xác định trầm cảm, và việc hai yếu tố đau và trầm cảm xuất hiện đồng thời thường sẽ có xu hướng làm gia tăng thêm mức độ của cả hai.¹⁴ Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự chùng lấp đáng kể giữa đau với các thay đổi hoạt tính thần kinh do trầm cảm và các thay đổi trong cơ chế hóa sinh thần kinh. Sự chùng lấp này đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc hình thành và phát triển đau mạn tính, cũng như trạng thái trầm cảm do đau mạn tính.¹⁴ Mối quan hệ giữa đau mạn tính và trầm cảm là hai chiều, vì một trong hai rối loạn này làm tăng nguy cơ phát triển tình trạng khác và đặc biệt là đau có liên quan chặt chẽ đến khởi phát và tái phát trầm cảm. Người bệnh đái tháo đường đau mạn tính có sự tăng 2,5 lần đến 10 lần bị lo âu hoặc trầm cảm, khởi phát trầm cảm có liên quan đến tăng số lượng vị trí đau và mức độ đau cao hơn. Hơn nữa, có mối lo ngại rằng sự hiện diện của cơn đau ảnh hưởng tiêu cực đến việc nhận biết và điều trị trầm cảm: người bệnh trầm cảm có nhiều khả năng xuất hiện triệu chứng đau hơn khi tâm trạng không tốt. Mối liên quan giữa trầm cảm và đau mạn tính cần được nhận diện và xử trí kịp thời, bởi nó gây ra nhiều tác động tiêu cực lên tâm lý, cảm xúc, và chất lượng cuộc sống ở người bệnh đái tháo đường, không những thế, nó còn ảnh hưởng đến quá trình điều trị, hành vi kiểm soát và thái độ tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Giới nữ, người bệnh có biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường hoặc người bệnh có nguy cơ trầm cảm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với gia tăng nguy cơ đau mạn tính ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi. Dự phòng, chẩn đoán sớm và điều trị đầy đủ trầm cảm, kiểm soát đường huyết giúp giảm biến chứng ngoại vi do đái tháo đường là cần thiết giúp giảm nguy cơ đau mạn tính ở đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stompór M, Grodzicki T, Stompór T, Wordliczek J, Dubiel M, Kurowska I. Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. *Med Sci Monit.* 2019 Apr 12; 25: 2695-2701. doi: 10.12659/MSM.911260. PMID: 31018630; PMCID: PMC6475124.
2. Krein SL, Heisler M, Piette JD, Makki F, Kerr EA. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care.* 2005; 28(1): 65-70. doi:10.2337/diacare.28.1.65.
3. Aldossari KK, Shubair MM, Al-Zahrani J, Alduraywish AA, AlAhmary K, Bahkali S, Aloudah SM, Almustanyir S, Al-Rizqi L, El-Zahaby SA, Toivola P, El-Metwally A. Association between Chronic Pain and Diabetes/Prediabetes: A Population-Based Cross-Sectional Survey in Saudi Arabia. *Pain Res Manag.* 2020 Jun 24;2020:8239474. doi: 10.1155/2020/8239474. PMID: 32676137; PMCID: PMC7333061.
4. Wackström N, Koponen A, Suominen S, Simonsen N. Chronic pain and physical activity among older adults with type 2 diabetes, *European Journal of Public Health*, Volume 28, Issue suppl_4, November 2018, cky218.057, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky218.057>.
5. Nagda J, Bajwa ZH. "Definitions and classifications of pain", *Principles & Practice of Pain medicine.* 2004; 51-54.
6. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ.* 2015; 350: h532. Published 2015 Feb 13. doi:10.1136/bmj.h532.
7. Abbott CA, Malik RA, van Ross ER, Kulkarni J, Boulton AJ. Prevalence and characteristics of painful diabetic neuropathy in a large community-based diabetic population in the U.K. *Diabetes Care.* 2011; 34(10): 2220-2224. doi:10.2337/dc11-1108.
8. Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain--a gender perspective. *Eur J Pain.* 2004; 8(5): 435-450. doi:10.1016/j.ejpain.2004.01.005.
9. Tietjen GE, Peterlin BL, Brandes JL, Hafeez F, Hutchinson S, Martin VT, Dafer RM, Aurora SK, Stein MR, Herial NA, Utleay C, White L, Khuder SA. Depression and anxiety: effect on the migraine-obesity relationship. *Headache.* 2007;47(6):866-875.
10. Ray L, Lipton RB, Zimmerman ME, Katz MJ, Derby CA. Mechanisms of association between obesity and chronic pain in the elderly. *Pain.* 2011 Jan;152(1):53-59. doi: 10.1016/j.pain.2010.08.043. PMID: 20926190; PMCID: PMC3004990.
10. Jaiswal M, Divers J, Dabelea D, et al. Prevalence of and Risk Factors for Diabetic Peripheral Neuropathy in Youth With Type 1 and Type 2 Diabetes: SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetes Care.* 2017; 40(9): 1226-1232. doi:10.2337/dc17-0179.
11. Li L, Chen J, Wang J, Cai D. Prevalence and risk factors of diabetic peripheral neuropathy in Type 2 diabetes mellitus patients with overweight/obese in Guangdong province, China. *Prim Care Diabetes.* 2015; 9(3): 191-195. doi:10.1016/j.pcd.2014.07.006.
12. Tesfaye S, Selvarajah D. Advances in the epidemiology, pathogenesis, and management of diabetic peripheral neuropathy. *Diabetes Metab Res Rev.* 2012; 28 Suppl 1:8-14. doi:10.1002/dmrr.2239.
13. Callaghan BC, Gao L, Li Y, et al. Diabetes and obesity are the main metabolic drivers of peripheral neuropathy. *Ann Clin Transl Neurol.* 2018; 5(4): 397-405. Published 2018 Feb 14.

doi:10.1002/acn3.531

14. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clin Interv Aging*. 2017; 12: 709-720. Published 2017 Apr 21. doi:10.2147/CIA.S113576.

15. Roughan WH, Campos AI, García-Marín LM, et al. Comorbid Chronic Pain and Depression: Shared Risk Factors and Differential Antidepressant Effectiveness. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 643609. Published 2021 Apr 12. doi:10.3389/fpsy.2021.643609.

Summary

SOME FACTORS RELATED TO CHRONIC PAIN IN THE ELDERLY WITH TYPE 2 DIABETES

This study aimed to investigate some factors associated with chronic pain in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. A cross-sectional descriptive study on 275 patients ≥ 60 years old diagnosed with diabetes, examined and treated as outpatients at the National Geriatric Hospital. Patients were interviewed according to a unified set of questions to assess chronic pain, general information, diabetes features, complications of diabetes, and depression. The prevalence of chronic pain was statistically significantly higher in females, retired people, patients who had a duration of diabetes ≥ 5 years, at least 1 chronic complication of diabetes, peripheral neuropathy due to diabetes, or depression. The patients with chronic pain group had significantly higher body mass index (BMI) and average waist/hip ratio than those without chronic pain. The multivariate logistic regression model showed females (OR=2.36); peripheral nerve complications (OR=14.59); depression (OR=6.3) were associated with an increased prevalence of chronic pain in elderly diabetic patients. In summary, the study showed that chronic pain was associated with female gender, diabetic peripheral neuropathy, and depression.

Keywords: Chronic pain, diabetes, elderly.