

UNDERLYING DISEASES IN THE ELDERLY: CURRENT SITUATION, RISKS, AND MANAGEMENT SOLUTIONS

Pham Xuan Ninh

Faculty of Nursing, Trung Vuong University

ROR ID: <https://ror.org/05xzsm645>

Email: xuanninh.dr@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0003-2042-2497>

Article History

Received: 15/5/2026

Reviewed: 25/6/2026

Revised: 23/7/2026

Accepted: 25/7/2026

Released: 30/9/2026

DOI: <https://doi.org/10.64223/tvj.e2026.v2.i7.a105>

Abstract:

In the context of rapid population aging in Vietnam and many countries worldwide, underlying diseases in the elderly are becoming one of the factors directly affecting health, quality of life, and mortality risk. This article aims to provide an overview of the characteristics of common underlying diseases in the elderly, analyze the impact of these diseases on public health, and propose some management and prevention solutions. The study was conducted using a literature review method, synthesizing research works, professional guidelines, and recommendations from domestic and international health organizations related to underlying diseases in the elderly. The results show that chronic non-communicable diseases such as hypertension, cardiovascular disease, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, chronic liver disease, and obesity are the most common underlying diseases in this age group. The simultaneous presence of one or more underlying diseases impairs immune function, increases the risk of acute illnesses, prolongs treatment time, and increases the rate of complications and mortality. Therefore, this article emphasizes the role of early detection, management of chronic diseases, regular health monitoring, maintaining a healthy lifestyle, and enhancing health education and communication to effectively control underlying diseases, contributing to improved quality of life and increased longevity for the elderly.

Keywords: Underlying diseases; Elderly people; Chronic diseases; Non-communicable diseases; Health management; Prevention.

OECD Fields of Science and Technology

(FOS 2025): 3.02.08; 3.02.06; 3.02.17; 3.02.21; 3.02.22

UNESCO Fields of Science and Technology

(ISCED-F 2013/FOS): 0912; 0919;

ICD-11 (WHO) QA00–QF9Z: MG2A; 5A11; BA40; CA40; GB60

MeSH (Medical Subject Headings): D005260; D060825; D003920; D003920; D003924; D001927

ICF (WHO): b4; b5; d570

JEL Classification: I10; I12; I18

SDGs (United Nations): SDG 3; SDG 10; SDG 1

1. Giới thiệu

Già hóa dân số đang diễn ra với tốc độ nhanh trên phạm vi toàn cầu và Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng này. Theo đó, tỷ lệ người cao tuổi

mắc đồng thời nhiều bệnh mạn tính ngày càng gia tăng, làm thay đổi mô hình bệnh tật và đặt ra nhiều thách thức đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe. Khác với các bệnh cấp tính có thể điều trị trong thời

gian ngắn, bệnh nền thường tồn tại kéo dài, tiến triển mạn tính và đòi hỏi quá trình quản lý y tế liên tục nhằm kiểm soát diễn biến bệnh cũng như hạn chế các biến chứng lâu dài.

Ở người cao tuổi, bệnh nền không chỉ xuất hiện với tần suất cao hơn mà còn có xu hướng đồng mắc nhiều bệnh trên cùng một cá thể. Sự phối hợp của nhiều rối loạn bệnh lý làm suy giảm khả năng thích nghi của cơ thể, giảm dự trữ chức năng của các cơ quan và làm tăng tính dễ tổn thương trước các tác nhân gây bệnh từ môi trường. Chính vì vậy, người cao tuổi mắc bệnh nền thường có nguy cơ nhập viện, kéo dài thời gian điều trị, gia tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn so với nhóm không có bệnh nền.

Các bệnh nền phổ biến ở người cao tuổi chủ yếu tập trung ở 4 nhóm bệnh mạn tính lớn. Thứ nhất là nhóm bệnh hô hấp, bao gồm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Thứ hai là nhóm bệnh tim mạch như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, suy tim và các bệnh lý cơ tim. Thứ ba là nhóm bệnh rối loạn chuyển hóa, điển hình là đái tháo đường, thừa cân và béo phì. Cuối cùng là nhóm bệnh gan mạn tính, bao gồm viêm gan kéo dài và xơ gan. Đây đều là những bệnh có đặc điểm diễn biến lâu dài, cần được theo dõi định kỳ và điều trị liên tục nhằm duy trì chức năng cơ quan cũng như hạn chế các biến chứng.

Sự hiện diện của bệnh nền còn làm thay đổi đáp ứng miễn dịch và khả năng chống chịu của cơ thể đối với các bệnh lý cấp tính. Nhiều nghiên cứu cho thấy người cao tuổi mắc bệnh mạn tính thường dễ bị nhiễm khuẩn, nhiễm Virus và có nguy cơ diễn biến nặng hơn khi mắc các bệnh truyền nhiễm hoặc các rối loạn cấp tính khác. Vì vậy, bệnh nền không chỉ là vấn đề điều trị từng bệnh riêng lẻ mà còn là yếu tố quyết định tiên lượng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Trong bối cảnh tuổi thọ trung bình của người Việt Nam ngày càng tăng, việc nhận diện đầy đủ đặc điểm của các bệnh nền, đánh giá các yếu tố nguy cơ và đề xuất các giải pháp quản lý phù hợp có ý nghĩa quan trọng đối với công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Đây cũng là cơ sở để xây dựng các chiến lược dự phòng, quản lý bệnh mạn tính và nâng cao chất lượng cuộc sống của nhóm dân số đang ngày càng gia tăng này.

2. Tổng quan nghiên cứu

Trong những năm gần đây, bệnh nền ở người cao tuổi đã trở thành một trong những chủ đề được quan tâm trong y học lão khoa, y học cộng đồng và quản lý bệnh không lây nhiễm. Các nghiên cứu quốc tế chủ yếu tập trung vào ba hướng chính. Hướng thứ nhất đánh giá đặc điểm dịch tễ học và xu hướng gia tăng của các bệnh mạn tính theo tuổi, giới và khu vực địa lý. Hướng thứ hai phân tích mối liên quan giữa bệnh nền với nguy cơ xuất hiện các biến

chứng tim mạch, hô hấp, chuyển hóa và suy giảm chức năng ở người cao tuổi. Hướng thứ ba tập trung xây dựng các mô hình quản lý bệnh mạn tính nhằm giảm tỷ lệ nhập viện, hạn chế biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Một xu hướng nổi bật trong các nghiên cứu gần đây là chuyển từ cách tiếp cận từng bệnh riêng lẻ sang nghiên cứu tình trạng đa bệnh lý (Multimorbidity). Nhiều công trình cho thấy phần lớn người cao tuổi không chỉ mắc một bệnh mạn tính mà thường đồng thời có từ hai bệnh nền trở lên. Sự kết hợp giữa các bệnh lý tim mạch, hô hấp, rối loạn chuyển hóa và bệnh gan làm thay đổi tiên lượng điều trị, tăng nguy cơ tương tác thuốc và đặt ra yêu cầu phải quản lý người bệnh theo cách tiếp cận toàn diện thay vì điều trị từng bệnh độc lập.

Song song với đó, nhiều nghiên cứu đã nhấn mạnh vai trò của các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được như hút thuốc lá, chế độ dinh dưỡng không hợp lý, ít hoạt động thể lực, sử dụng rượu bia, ô nhiễm môi trường và kiểm soát bệnh chưa hiệu quả. Các yếu tố này không chỉ làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh nền mà còn thúc đẩy quá trình tiến triển của bệnh và làm xuất hiện nhiều biến chứng nghiêm trọng hơn trong quá trình lão hóa.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh nền ở người cao tuổi chủ yếu được thực hiện tại các bệnh viện hoặc trên từng nhóm bệnh cụ thể như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và suy tim. Phần lớn các công trình tập trung mô tả đặc điểm lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị hoặc xác định các yếu tố nguy cơ của từng bệnh riêng biệt. Trong khi đó, các nghiên cứu tổng hợp theo hướng hệ thống hóa những nhóm bệnh nền thường gặp, phân tích mối liên hệ giữa các bệnh và đề xuất các giải pháp quản lý tổng thể đối với người cao tuổi còn chưa nhiều.

Từ thực trạng đó, bài viết lựa chọn cách tiếp cận tổng quan tài liệu nhằm hệ thống hóa các nhóm bệnh nền phổ biến ở người cao tuổi dưới góc nhìn quản lý sức khỏe. Thay vì đi sâu vào cơ chế bệnh sinh của từng bệnh, bài viết tập trung phân tích đặc điểm dịch tễ, yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng, những biến chứng thường gặp và các định hướng quản lý phù hợp đối với từng nhóm bệnh nền, qua đó góp phần cung cấp cơ sở tham khảo cho hoạt động dự phòng và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

2.1. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD)

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh lý hô hấp mạn tính đặc trưng bởi tình trạng hạn chế lưu lượng khí thở ra kéo dài và tiến triển, không hồi phục hoàn toàn sau khi sử dụng thuốc giãn phế quản. Bản chất của bệnh là quá trình viêm mạn tính tại đường dẫn khí và nhu mô phổi, dẫn đến hẹp đường thở, phá hủy cấu trúc phế nang và giảm khả năng trao

đổi khí. COPD hiện được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật và tử vong trên toàn cầu, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Sáng kiến toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD), COPD hiện ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người trên thế giới và nằm trong ba nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu dịch tễ cho thấy tỷ lệ mắc COPD ở người từ 40 tuổi trở lên dao động khoảng 4–5%, trong đó nam giới và người có tiền sử hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể.

Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

COPD là hậu quả của quá trình tiếp xúc kéo dài với các yếu tố gây tổn thương đường hô hấp. Trong đó, hút thuốc lá vẫn là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất, liên quan đến phần lớn các trường hợp mắc bệnh. Ngoài hút thuốc chủ động, hút thuốc thụ động cũng làm gia tăng nguy cơ mắc COPD.

Bên cạnh thuốc lá, nhiều yếu tố khác cũng được chứng minh có vai trò trong cơ chế sinh bệnh như:

- Ô nhiễm không khí ngoài trời và trong nhà;
- Tiếp xúc lâu dài với bụi nghề nghiệp, hóa chất hoặc khí độc tại nơi làm việc;
- Khởi sinh khởi từ việc sử dụng than, củi hoặc nhiên liệu đốt trong không gian kín;
- Yếu tố di truyền, đặc biệt là thiếu hụt Alpha-1 Antitrypsin;
- Tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn từ nhỏ hoặc quá trình lão hóa của hệ hô hấp.

Ở người cao tuổi, COPD thường đồng thời xuất hiện với các bệnh mạn tính khác như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, suy tim hoặc hội chứng ngưng thở khi ngủ. Các bệnh đồng mắc này làm tăng nguy cơ nhập viện, kéo dài thời gian điều trị và làm giảm chất lượng cuộc sống.

Biểu hiện lâm sàng

Diễn biến của COPD thường chậm và tiến triển qua nhiều năm. Các triệu chứng thường gặp bao gồm:

- Ho mạn tính kéo dài, có hoặc không kèm khạc đờm;
- Khạc đờm tái diễn, đặc biệt vào buổi sáng;
- Khó thở tăng dần theo thời gian, ban đầu chỉ xuất hiện khi gắng sức, về sau có thể xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi;
- Cảm giác nặng ngực, giảm khả năng gắng sức và nhanh mệt.

Trong quá trình diễn biến bệnh, người bệnh có thể xuất hiện các đợt cấp COPD, thường do nhiễm khuẩn hô hấp hoặc thay đổi môi trường. Đợt cấp làm các triệu chứng hô hấp tăng nhanh, có thể gây

suy hô hấp cấp và là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến nhập viện cũng như tử vong.

Điều trị và quản lý bệnh

COPD hiện chưa có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn. Mục tiêu điều trị là làm giảm triệu chứng, hạn chế đợt cấp, duy trì chức năng hô hấp và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Điều trị bao gồm sự phối hợp giữa các biện pháp không dùng thuốc và dùng thuốc. Trong đó, cai thuốc lá là giải pháp quan trọng nhất giúp làm chậm tiến triển bệnh. Người bệnh cần được hướng dẫn phục hồi chức năng hô hấp, duy trì hoạt động thể lực phù hợp, tiêm phòng cúm và phế cầu định kỳ, đồng thời hạn chế tiếp xúc với các yếu tố ô nhiễm môi trường.

Điều trị bằng thuốc chủ yếu dựa trên các nhóm thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn hoặc kéo dài, Corticosteroid dạng hít trong các trường hợp phù hợp, cùng một số thuốc chống viêm hoặc thuốc điều hòa miễn dịch theo chỉ định. Việc lựa chọn phác đồ cần căn cứ vào mức độ triệu chứng, nguy cơ đợt cấp và các bệnh đồng mắc theo khuyến cáo của GOLD.

Ý nghĩa đối với người cao tuổi

Ở người cao tuổi, COPD không chỉ ảnh hưởng đến chức năng hô hấp mà còn làm suy giảm khả năng vận động, tăng nguy cơ suy dinh dưỡng, té ngã, trầm cảm và phụ thuộc trong sinh hoạt hằng ngày. Khi kết hợp với các bệnh lý tim mạch hoặc rối loạn chuyển hóa, COPD làm gia tăng đáng kể nguy cơ tử vong và chi phí điều trị. Vì vậy, phát hiện sớm, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ và quản lý bệnh liên tục tại cộng đồng là những giải pháp có ý nghĩa quan trọng nhằm kéo dài tuổi thọ và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi.

2.2. Tăng huyết áp ở người cao tuổi

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch mạn tính phổ biến nhất ở người cao tuổi, được đặc trưng bởi tình trạng huyết áp động mạch duy trì ở mức cao kéo dài. Theo các khuyến cáo hiện hành, bệnh được chẩn đoán khi huyết áp tâm thu và/hoặc huyết áp tâm trương đạt hoặc vượt ngưỡng quy định sau nhiều lần đo đúng quy trình. Đây là bệnh tiến triển âm thầm, ít biểu hiện triệu chứng trong giai đoạn đầu nhưng lại là yếu tố nguy cơ hàng đầu của đột quỵ, bệnh mạch vành, suy tim, bệnh thận mạn và nhiều biến chứng tim mạch khác.

Theo WHO, gần một nửa số người trưởng thành mắc tăng huyết áp chưa được chẩn đoán hoặc chưa kiểm soát hiệu quả. Quá trình già hóa dân số, cùng với sự thay đổi về lối sống và gia tăng các bệnh chuyển hóa, đang làm tỷ lệ mắc tăng huyết áp tiếp tục tăng ở nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam.

Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Phần lớn các trường hợp tăng huyết áp thuộc

nhóm tăng huyết áp nguyên phát, không xác định được nguyên nhân cụ thể nhưng chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ như tuổi cao, di truyền, thừa cân, chế độ ăn nhiều muối, ít vận động, hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia và căng thẳng kéo dài.

Khoảng 5–10% trường hợp thuộc nhóm tăng huyết áp thứ phát, liên quan đến các bệnh lý khác như bệnh thận mạn, hẹp động mạch thận, rối loạn nội tiết (hội chứng Cushing, cường Aldosteron nguyên phát, u tủy thượng thận), bệnh tuyến giáp hoặc tác dụng của một số thuốc.

Ở người cao tuổi, sự giảm đàn hồi thành động mạch, xơ vữa mạch máu và các bệnh mạn tính phối hợp là những yếu tố quan trọng làm tăng tỷ lệ mắc và mức độ nặng của bệnh.

Biểu hiện lâm sàng

Đa số người bệnh không có triệu chứng rõ rệt trong thời gian dài. Khi huyết áp tăng cao hoặc xuất hiện biến chứng, người bệnh có thể gặp:

- Đau đầu, đặc biệt vùng chẩm hoặc sau gáy;
- Hoa mắt, chóng mặt;
- Hồi hộp, đánh trống ngực;
- Đau tức ngực;
- Khó thở khi gắng sức;
- Mờ mắt hoặc giảm thị lực thoáng qua.

Do triệu chứng không đặc hiệu, việc đo huyết áp định kỳ đóng vai trò quyết định trong phát hiện sớm bệnh.

Biến chứng

Nếu không được kiểm soát tốt, tăng huyết áp kéo dài gây tổn thương nhiều cơ quan đích.

Đối với hệ tim mạch, bệnh làm tăng nguy cơ phì đại thất trái, suy tim, bệnh động mạch vành và nhồi máu cơ tim. Đối với não, tăng huyết áp là nguyên nhân quan trọng gây đột quỵ thiếu máu não hoặc xuất huyết não. Ngoài ra, bệnh còn làm tổn thương thận, võng mạc, mạch máu ngoại vi và góp phần làm suy giảm chức năng nhận thức ở người cao tuổi.

Điều trị và quản lý

Mục tiêu điều trị tăng huyết áp không chỉ là đưa huyết áp về ngưỡng kiểm soát mà còn giảm nguy cơ biến cố tim mạch và kéo dài tuổi thọ.

Điều trị cần kết hợp giữa thay đổi lối sống và sử dụng thuốc hạ huyết áp lâu dài. Người bệnh được khuyến cáo giảm lượng muối trong khẩu phần ăn, duy trì cân nặng hợp lý, tăng cường vận động, bỏ thuốc lá, hạn chế rượu bia và kiểm soát các bệnh lý đồng mắc như đái tháo đường hoặc rối loạn Lipid máu.

Việc lựa chọn thuốc phải được cá thể hóa dựa trên tuổi, mức huyết áp, bệnh đồng mắc và nguy cơ tim mạch tổng thể. Quan trọng hơn, người bệnh cần

tuân thủ điều trị lâu dài và tái khám định kỳ nhằm duy trì hiệu quả kiểm soát huyết áp và hạn chế các biến chứng.

2.3. Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease - CAD)

Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease - CAD) là thuật ngữ dùng để chỉ nhóm bệnh lý xảy ra khi các động mạch vành - hệ thống mạch máu có chức năng cung cấp oxy và chất dinh dưỡng cho cơ tim - bị hẹp hoặc tắc nghẽn. Đây là một trong những bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do bệnh động mạch vành vẫn ở mức cao, chiếm khoảng 11–36% trong các trường hợp tử vong do bệnh tim mạch và có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây.

Hội chứng động mạch vành cấp bao gồm đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp. Tình trạng này thường xuất hiện khi mảng xơ vữa trong lòng động mạch vành bị nứt vỡ, kích hoạt quá trình hình thành huyết khối làm hẹp hoặc tắc hoàn toàn lòng mạch, dẫn đến giảm đột ngột lượng máu nuôi cơ tim.

Đau thắt ngực xảy ra khi lưu lượng máu đến cơ tim bị suy giảm nhưng chưa gây hoại tử cơ tim. Người bệnh thường có cảm giác đau hoặc tức nặng vùng trước tim, đau sau xương ức và có thể lan lên cổ, hàm dưới, vai hoặc cánh tay trái. Con đau thường kèm theo khó thở, hồi hộp, vã mồ hôi, buồn nôn hoặc cảm giác đầy tức vùng thượng vị. Ở giai đoạn không ổn định, cơn đau có thể xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi hoặc khi xúc động mạnh, kéo dài trên 15 phút và ít đáp ứng với thuốc giãn mạch.

Nhồi máu cơ tim cấp là hậu quả của tình trạng tắc hoàn toàn một hoặc nhiều nhánh động mạch vành, làm vùng cơ tim tương ứng bị thiếu máu kéo dài dẫn đến hoại tử.

Nguyên nhân quan trọng nhất của nhồi máu cơ tim là xơ vữa động mạch. Các mảng xơ vữa hình thành và phát triển theo thời gian, làm hẹp lòng mạch, đồng thời khi bị nứt vỡ sẽ tạo điều kiện hình thành cục máu đông gây tắc động mạch vành. Ngoài ra, nhồi máu cơ tim cũng có thể xuất hiện do huyết khối từ nơi khác di chuyển đến gây tắc mạch, mặc dù nguyên nhân này ít gặp hơn.

Nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành và nhồi máu cơ tim, trong đó phổ biến nhất là tuổi cao, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân, béo phì và lối sống ít vận động. Các yếu tố nguy cơ này thường phối hợp với nhau ở người cao tuổi, làm gia tăng đáng kể nguy cơ biến cố tim mạch.

Triệu chứng điển hình của nhồi máu cơ tim là đau ngực dữ dội, cảm giác bóp nghẹt hoặc đè ép vùng ngực trái, cơn đau kéo dài trên 20 phút và có thể lan lên cổ, hàm dưới, vai trái, cánh tay trái hoặc

sau lưng. Người bệnh thường kèm theo khó thở, vã mồ hôi lạnh, buồn nôn, nôn, hoa mắt, chóng mặt, tụt huyết áp hoặc rối loạn ý thức.

Nhồi máu cơ tim có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng như rối loạn nhịp tim, sốc tim, suy tim cấp hoặc mạn tính, viêm màng ngoài tim sau nhồi máu (hội chứng Dressler) và ngừng tim đột ngột. Đây đều là những biến chứng có tỷ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

2.4. Bệnh đái tháo đường

Đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng tăng Glucose máu kéo dài do cơ thể thiếu Insulin, giảm tiết Insulin hoặc giảm đáp ứng với Insulin. Đây là một trong những bệnh nền phổ biến nhất ở người cao tuổi, đồng thời là yếu tố nguy cơ quan trọng của nhiều bệnh lý tim mạch, thận, thần kinh và mắt.

Theo cơ chế bệnh sinh, đái tháo đường được chia thành hai thể chính là đái tháo đường típ 1 và đái tháo đường típ 2.

Đái tháo đường típ 1 xảy ra khi hệ miễn dịch phá hủy các tế bào Beta của tuyến tụy, làm cơ thể không còn khả năng sản xuất Insulin. Bệnh thường gặp ở trẻ em, thanh thiếu niên hoặc người dưới 30 tuổi và người bệnh phải điều trị bằng Insulin suốt đời.

Đái tháo đường típ 2 là thể bệnh phổ biến nhất, chiếm khoảng 90–95% tổng số trường hợp mắc bệnh. Nguyên nhân chủ yếu là tình trạng đề kháng Insulin kết hợp với suy giảm chức năng tế bào Beta của tuyến tụy, khiến lượng Insulin không đủ để kiểm soát đường huyết. Tuổi cao, thừa cân, béo phì, chế độ ăn nhiều năng lượng, ít vận động và tăng huyết áp là những yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh.

Các triệu chứng điển hình của đái tháo đường típ 2 bao gồm ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều và sụt cân. Ngoài ra, người bệnh có thể xuất hiện khô miệng, khát nước kéo dài, mệt mỏi, nhìn mờ, nhiễm khuẩn tái diễn hoặc các vết thương lâu lành. Tuy nhiên, ở nhiều người cao tuổi, bệnh tiến triển âm thầm và chỉ được phát hiện khi đã xuất hiện biến chứng.

Nếu không được kiểm soát tốt, đái tháo đường có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng. Các biến chứng thường gặp bao gồm bệnh động mạch vành, đột quỵ não, suy thận mạn, bệnh võng mạc dẫn đến giảm thị lực hoặc mù lòa, tổn thương thần kinh ngoại biên và loét bàn chân, nhiều trường hợp phải cắt cụt chi. Người mắc đái tháo đường cũng có nguy cơ tử vong cao hơn do các bệnh tim mạch so với người không mắc bệnh.

Điều trị đái tháo đường cần kết hợp giữa thay đổi lối sống và sử dụng thuốc. Đối với đa số bệnh nhân đái tháo đường típ 2, Metformin vẫn được khuyến cáo là thuốc lựa chọn đầu tay. Một số thuốc hạ đường huyết khác như Diamicon MR, Forxiga,

Glucophage hoặc Insulin được chỉ định tùy theo tình trạng bệnh và mức độ kiểm soát đường huyết. Bên cạnh điều trị bằng thuốc, người bệnh cần duy trì chế độ ăn hợp lý, hạn chế đường và tinh bột tinh chế, tăng cường rau xanh, chất xơ, kết hợp luyện tập thể lực và kiểm soát cân nặng nhằm giảm nguy cơ xuất hiện các biến chứng lâu dài.

2.5. Bệnh viêm gan

Viêm gan là tình trạng các tế bào gan bị tổn thương kèm theo phản ứng viêm, làm suy giảm chức năng chuyển hóa, giải độc và tổng hợp của gan. Bệnh có thể diễn biến dưới hai thể lâm sàng là viêm gan cấp tính và viêm gan mạn tính. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, viêm gan mạn có thể tiến triển thành xơ gan, suy gan và ung thư biểu mô tế bào gan, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tuổi thọ của người bệnh.

Nguyên nhân gây viêm gan

Viêm gan có nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó nhiễm Virus là nguyên nhân phổ biến nhất trên phạm vi toàn cầu. Đến nay đã xác định được ít nhất năm loại Virus gây viêm gan gồm Virus viêm gan A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) và E (HEV). Trong đó, Virus viêm gan A và E chủ yếu lây truyền qua đường tiêu hóa do sử dụng thực phẩm hoặc nguồn nước nhiễm bẩn; các Virus viêm gan B, C và D chủ yếu lây truyền qua đường máu, quan hệ tình dục không an toàn hoặc từ mẹ sang con trong thời kỳ mang thai và sinh nở.

Ngoài nguyên nhân do Virus, viêm gan còn có thể xuất hiện do lạm dụng rượu bia kéo dài, sử dụng thuốc hoặc hóa chất gây độc cho gan, các bệnh lý tự miễn và một số rối loạn chuyển hóa.

Các thể viêm gan do Virus

-Viêm gan A do Virus HAV gây ra, chủ yếu lây qua đường tiêu hóa. Bệnh thường diễn biến cấp tính và đa số người bệnh hồi phục hoàn toàn sau vài tuần đến vài tháng. Tuy nhiên, ở người cao tuổi hoặc người có bệnh gan từ trước, bệnh vẫn có thể diễn biến nặng và gây suy gan cấp.

-Viêm gan B là bệnh truyền nhiễm do Virus HBV gây nên, có khả năng lây truyền qua máu, quan hệ tình dục và từ mẹ sang con. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư gan. Nhiều trường hợp người bệnh không có triệu chứng rõ ràng trong nhiều năm nhưng Virus vẫn âm thầm gây tổn thương nhu mô gan.

-Viêm gan C do Virus HCV gây ra, chủ yếu lây qua đường máu. Phần lớn trường hợp nhiễm HCV chuyển sang mạn tính nếu không được điều trị sớm. Bệnh tiến triển âm thầm nhưng có nguy cơ cao dẫn đến xơ gan, suy gan và ung thư gan.

-Viêm gan D chỉ xuất hiện ở những người đã nhiễm Virus viêm gan B vì HDV cần sự hiện diện

của HBV để nhân lên. Đồng nhiễm hoặc bội nhiễm HDV thường làm bệnh tiến triển nặng hơn và làm tăng nguy cơ xơ gan cũng như ung thư gan.

-Viêm gan E do Virus HEV gây ra, lây truyền chủ yếu qua nguồn nước và thực phẩm nhiễm bẩn. Đa số trường hợp hồi phục hoàn toàn, tuy nhiên bệnh có thể diễn biến rất nặng ở phụ nữ mang thai, người cao tuổi và người suy giảm miễn dịch.

Triệu chứng lâm sàng

Ở giai đoạn đầu, viêm gan thường diễn biến âm thầm và ít biểu hiện đặc hiệu, vì vậy nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi bệnh đã chuyển sang giai đoạn mạn tính hoặc xuất hiện biến chứng.

Các triệu chứng thường gặp bao gồm:

-Vàng da, vàng củng mạc mắt do Bilirubin tăng cao trong máu, đây là dấu hiệu đặc trưng của nhiều bệnh lý gan.

-Đau tức hoặc cảm giác nặng vùng hạ sườn phải do gan bị viêm và sưng to.

-Mệt mỏi kéo dài, chán ăn, buồn nôn, sốt nhẹ và suy giảm thể lực.

-Nước tiểu sẫm màu, phân bạc màu do rối loạn chuyển hóa sắc tố mật.

-Ngứa da, nổi mẩn do các sản phẩm chuyển hóa không được gan đào thải tích tụ trong cơ thể.

Ở nhiều bệnh nhân viêm gan B hoặc viêm gan C mạn tính, các triệu chứng lâm sàng có thể rất nghèo nàn, khiến bệnh dễ bị bỏ sót nếu không được khám sức khỏe định kỳ và làm các xét nghiệm chuyên biệt.

Điều trị

Việc điều trị viêm gan phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh và mức độ tổn thương gan.

Đối với viêm gan A, điều trị chủ yếu là điều trị hỗ trợ. Người bệnh cần nghỉ ngơi hợp lý, bổ sung dinh dưỡng, hạn chế các thuốc gây độc cho gan và tuyệt đối không sử dụng rượu bia. Phần lớn trường hợp hồi phục hoàn toàn sau 1-2 tháng.

Đối với viêm gan B mạn tính, mục tiêu điều trị là ức chế sự nhân lên của Virus, giảm tổn thương tế bào gan và hạn chế nguy cơ tiến triển thành xơ gan hoặc ung thư gan. Hiện nay, các thuốc kháng Virus đường uống như Tenofovir và Entecavir được sử dụng phổ biến nhờ hiệu quả cao và khả năng kiểm soát Virus lâu dài.

Đối với viêm gan C, sự ra đời của nhóm thuốc kháng Virus tác động trực tiếp (Direct-Acting Antivirals - DAAs) đã tạo bước tiến quan trọng trong điều trị. Các phác đồ điều trị hiện nay có thể đạt tỷ lệ khỏi bệnh trên 95% sau khoảng 8-12 tuần ở phần lớn người bệnh.

Đối với viêm gan do rượu, biện pháp điều trị quan trọng nhất là ngừng hoàn toàn việc sử dụng rượu bia, kết hợp điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, điều trị

hỗ trợ và theo dõi chức năng gan định kỳ. Nếu tiếp tục sử dụng rượu, nguy cơ tiến triển sang xơ gan và suy gan sẽ tăng lên đáng kể.

Ý nghĩa dự phòng

Viêm gan là nhóm bệnh có thể phòng ngừa hiệu quả thông qua các biện pháp như tiêm vắc xin phòng viêm gan A và B, bảo đảm vệ sinh an toàn thực phẩm, không dùng chung kim tiêm, quan hệ tình dục an toàn, hạn chế sử dụng rượu bia và khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm bệnh lý gan. Đối với người cao tuổi, việc quản lý tốt các yếu tố nguy cơ và điều trị sớm các bệnh gan mạn tính có ý nghĩa quan trọng trong việc hạn chế biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong do bệnh gan.

3. Thảo luận và khuyến nghị

Kết quả tổng quan cho thấy bệnh nền ở người cao tuổi chủ yếu tập trung vào các nhóm bệnh mạn tính không lây như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, đái tháo đường và các bệnh lý gan mạn tính. Điểm chung của các bệnh này là diễn biến kéo dài, khó điều trị khỏi hoàn toàn, thường tồn tại đồng thời trên cùng một người bệnh và có xu hướng tiến triển nặng theo tuổi. Khi tuổi thọ dân số ngày càng tăng, gánh nặng bệnh nền không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân mà còn làm gia tăng nhu cầu chăm sóc y tế dài hạn và chi phí điều trị cho gia đình cũng như hệ thống y tế.

Một đặc điểm đáng chú ý là phần lớn các bệnh nền có chung nhiều yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, chế độ ăn không hợp lý, thừa cân - béo phì, ít hoạt động thể lực và tình trạng rối loạn chuyển hóa. Điều này cho thấy các biện pháp dự phòng không nên được triển khai riêng lẻ cho từng bệnh mà cần tiếp cận theo hướng quản lý tổng hợp các yếu tố nguy cơ, kết hợp giữa thay đổi hành vi sức khỏe với điều trị và theo dõi lâu dài.

Bên cạnh điều trị bằng thuốc theo đúng phác đồ chuyên khoa, việc quản lý người bệnh cần chú trọng đến chế độ dinh dưỡng, luyện tập thể lực phù hợp, kiểm soát cân nặng, duy trì giấc ngủ hợp lý và theo dõi định kỳ các chỉ số sức khỏe. Đây là những yếu tố đã được chứng minh có vai trò quan trọng trong việc hạn chế tiến triển bệnh, giảm nguy cơ biến chứng tim mạch, hô hấp, chuyển hóa và kéo dài tuổi thọ cho người bệnh.

Đối với từng nhóm bệnh, các biện pháp chăm sóc cần được cá thể hóa.

Đối với người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), chế độ dinh dưỡng cần bảo đảm cung cấp đầy đủ năng lượng và Protein nhằm hạn chế tình trạng sụt cân, duy trì khối cơ và cải thiện chức năng hô hấp. Người bệnh nên chia nhỏ khẩu phần ăn thành nhiều bữa trong ngày, tăng cường thực phẩm giàu chất xơ, đồng thời tránh ăn quá no vì có thể làm tăng cảm giác khó thở.

Ở bệnh nhân đái tháo đường, mục tiêu dinh dưỡng là duy trì đường huyết ổn định thông qua việc lựa chọn các thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp, hạn chế đường đơn và tinh bột hấp thu nhanh, tăng cường rau xanh, ngũ cốc nguyên hạt và kiểm soát tổng năng lượng khẩu phần. Việc kết hợp chế độ ăn hợp lý với hoạt động thể lực thường xuyên giúp cải thiện độ nhạy Insulin và giảm nguy cơ biến chứng lâu dài.

Đối với người bệnh tăng huyết áp và bệnh động mạch vành, cần thực hiện chế độ ăn giảm muối, hạn chế chất béo bão hòa và Cholesterol, tăng cường rau xanh, trái cây, cá biển và các loại dầu thực vật giàu Acid béo không bão hòa. Đồng thời, cần duy trì luyện tập thể lực phù hợp với tình trạng sức khỏe, kiểm soát cân nặng, ngừng hút thuốc lá và hạn chế tối đa sử dụng rượu bia nhằm giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim và đột quỵ.

Đối với các bệnh lý gan mạn tính, đặc biệt là viêm gan Virus B và C, người bệnh cần được theo dõi chức năng gan định kỳ, tuân thủ điều trị thuốc kháng Virus khi có chỉ định và tuyệt đối hạn chế sử dụng rượu bia cũng như các thuốc có độc tính đối với gan. Tiêm vắc xin phòng viêm gan A và viêm gan B cho các đối tượng có nguy cơ vẫn là một trong những biện pháp dự phòng hiệu quả nhất hiện nay.

Từ góc độ y tế công cộng, việc quản lý bệnh nền ở người cao tuổi cần được triển khai theo mô hình quản lý bệnh mạn tính liên tục tại cộng đồng. Cần tăng cường hoạt động khám sức khỏe định kỳ, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ, tư vấn thay đổi lối sống, nâng cao kiến thức tự chăm sóc sức khỏe và tăng cường sự phối hợp giữa tuyến y tế cơ sở với các cơ sở điều trị chuyên khoa. Đây là giải pháp có

ý nghĩa quan trọng trong việc giảm tỷ lệ nhập viện, hạn chế biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

5. Kết luận

Bệnh nền ở người cao tuổi là nhóm bệnh mạn tính có tỷ lệ mắc cao, diễn biến kéo dài và là nguyên nhân hàng đầu làm gia tăng nguy cơ tàn tật, giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. Các bệnh thường gặp gồm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, đái tháo đường và các bệnh gan mạn tính. Mặc dù cơ chế bệnh sinh khác nhau, các bệnh này đều có nhiều yếu tố nguy cơ chung và thường tồn tại đồng thời trên cùng một người bệnh, làm cho việc điều trị trở nên phức tạp hơn.

Kết quả tổng quan cho thấy việc kiểm soát hiệu quả bệnh nền không chỉ phụ thuộc vào điều trị bằng thuốc mà còn đòi hỏi sự phối hợp đồng bộ giữa thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng hợp lý, luyện tập thể lực, theo dõi sức khỏe định kỳ và tuân thủ điều trị lâu dài. Việc phát hiện sớm và quản lý tốt các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa quyết định trong việc hạn chế biến chứng, giảm tỷ lệ nhập viện và kéo dài tuổi thọ khỏe mạnh cho người cao tuổi.

Trong bối cảnh già hóa dân số đang diễn ra nhanh tại Việt Nam, cần tiếp tục hoàn thiện các chương trình quản lý bệnh mạn tính tại cộng đồng, tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao năng lực chăm sóc ban đầu và phát triển các mô hình quản lý bệnh nền liên tục tại tuyến y tế cơ sở. Đây là hướng tiếp cận bền vững nhằm giảm gánh nặng bệnh tật, nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi và góp phần sử dụng hiệu quả nguồn lực của hệ thống y tế.

Tài liệu tham khảo

- American Diabetes Association. (2022). *Standards of medical care in diabetes—2022*. *Diabetes Care*, 45(Suppl. 1), S1–S264. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc22-SINT>
- American Diabetes Association. (2024). *Standards of care in diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1), S1–S350. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>
- American Geriatrics Society. (2023). *American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052–2081. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Bộ Y tế. (2023). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)*. <https://kcb.vn>
- Bộ Y tế. (2024). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*. <https://moh.gov.vn>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *About chronic diseases*. <https://www.cdc.gov/>

- chronicdisease/about/index.htm
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373–383. DOI: [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., & Malanda, B. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138, 271–281. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.02.023>
- European Society of Cardiology. (2024). *2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension*. *European Heart Journal*. <https://www.escardio.org/Guidelines>
- Global Initiative for Asthma. (2024). Global strategy for asthma management and prevention. <https://ginasthma.org>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2024). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2024 report)*. <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- Guaraldi, G., Orlando, G., Zona, S., Menozzi, M., Carli, F., Garlassi, E., Berti, A., Rossi, E., Roverato, A., & Palella, F. J., Jr. (2011). Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clinical Infectious Diseases*, 53(11), 1120–1126. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/cir627>
- Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports*, 12, 284–293. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
- Halliwell, B., & Gutteridge, J. M. C. (2015). *Free radicals in biology and medicine* (5th ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/free-radicals-in-biology-and-medicine-9780198717478>
- Harrison, S. L., Kouladjian O'Donnell, L., Bradley, C. E., Milte, R., Dyer, S. M., Gnanamanickam, E. S., Liu, E., Hilmer, S. N., & Crotty, M. (2018). Associations between the drug burden index and mortality in older adults: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(7), 566–573.e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.02.002>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *Global Burden of Disease (GBD) Results Tool*. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2024). *KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease*. *Kidney International*, 105(4S), S1–S150. [https://www.kidney-international.org/issue/S0085-2538\(24\)X0003-4](https://www.kidney-international.org/issue/S0085-2538(24)X0003-4)
- Lipsitz, L. A. (2004). Physiological complexity, aging, and the path to frailty. *Science of Aging Knowledge Environment*, 2004(16), pe16. DOI: <https://doi.org/10.1126/sageke.2004.16.pe16>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Mayo Clinic. (2024). *Heart attack: Symptoms and causes*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/heart-attack/symptoms-causes/syc-20373106>
- National Institute on Aging. (2023). *Aging and your health*. <https://www.nia.nih.gov/health>
- National Kidney Foundation. (2024). *About chronic kidney disease*. <https://www.kidney.org/kidney-topics/chronic-kidney-disease-ckd>
- National Library of Medicine. (2024). *MedlinePlus: Chronic diseases*. <https://medlineplus.gov/chronicdiseases.html>
- Nunes, B. P., Flores, T. R., Mielke, G. I., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 130–138. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.008>
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Robledo, L. M. G., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549–562. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., ... & GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: Update from the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982–3021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- Salive, M. E. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*, 35(1), 75–83. DOI: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxs009>
- Singh, D., Agusti, A., Anzueto, A., Barnes, P. J., Bourbeau, J., Celli, B. R., Criner, G. J., Frith, P., Halpin, D. M. G., Han, M., López Varela,

- M. V., Martinez, F., Montes de Oca, M., Papi, A., Pavord, I., Roche, N., Sin, D. D., Stockley, R., Vestbo, J., Wedzicha, J. A., & Vogelmeier, C. (2019). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: The GOLD science committee report 2019. *European Respiratory Journal*, 53(5), 1900164. DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.00164-2019>
- Tinetti, M. E., Fried, T. R., & Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition—Multimorbidity. *JAMA*, 307(23), 2493–2494. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5265>
- United Nations. (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. <https://desa.un.org/world-social-report-2023>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). *World Population Ageing 2022*. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-ageing-2022>
- United States Preventive Services Task Force. (2021). Screening for hypertension in adults: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *JAMA*, 325(16), 1650–1656. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4987>
- van den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: What's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, 2(2), 65–70. DOI: <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
- World Health Organization. (2022). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2024). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

BỆNH NỀN Ở NGƯỜI CAO TUỔI: THỰC TRẠNG, NGUY CƠ VÀ GIẢI PHÁP QUẢN LÝ

Phạm Xuân Ninh

Khoa Điều dưỡng, Trường Đại học Trung Vương

ROR ID: <https://ror.org/05xzsm645>

Email: xuanninh.dr@gmail.com

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0003-2042-2497>

Lịch sử bài báo

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện: 25/6/2026

Ngày tác giả sửa: 23/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/7/2026

Ngày phát hành: 30/9/2026

DOI: <https://doi.org/10.64223/tvj.e2026.v2.i7.a105>

Tóm tắt:

Trong bối cảnh già hóa dân số diễn ra nhanh tại Việt Nam và nhiều quốc gia trên thế giới, bệnh nền ở người cao tuổi đang trở thành một trong những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống và nguy cơ tử vong. Bài viết nhằm tổng quan đặc điểm của các bệnh nền thường gặp ở người cao tuổi, phân tích tác động của các bệnh lý này đối với sức khỏe cộng đồng, đồng thời đề xuất một số giải pháp quản lý và dự phòng. Nghiên cứu được thực hiện bằng phương pháp tổng quan tài liệu, tổng hợp các công trình nghiên cứu, hướng dẫn chuyên môn và khuyến cáo của các tổ chức y tế trong và ngoài nước liên quan đến bệnh nền ở người cao tuổi. Kết quả cho thấy, các bệnh không lây nhiễm mạn tính như tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản, bệnh gan mạn tính và béo phì là những bệnh nền phổ biến nhất ở nhóm tuổi này. Sự hiện diện đồng thời của một hoặc nhiều bệnh nền làm suy giảm chức năng miễn dịch, gia tăng nguy cơ mắc các bệnh cấp tính, kéo dài thời gian điều trị và làm tăng tỷ lệ biến chứng cũng như tử vong. Trên cơ sở đó, bài viết nhấn mạnh vai trò của việc phát hiện sớm, quản lý bệnh mạn tính, theo dõi sức khỏe định kỳ, duy trì lối sống lành mạnh và tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm kiểm soát hiệu quả bệnh nền, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ của người cao tuổi.

Từ khóa: Bệnh nền; Người cao tuổi; Bệnh mạn tính; Bệnh không lây nhiễm; Quản lý sức khỏe; Dự phòng.

OECD Fields of Science and Technology

(FOS 2025): 3.02.08; 3.02.06; 3.02.17; 3.02.21; 3.02.22

UNESCO Fields of Science and Technology

(ISCED-F 2013/FOS): 0912; 0919;

ICD-11 (WHO) QA00–QF9Z: MG2A; 5A11; BA40; CA40; GB60

MeSH (Medical Subject Headings): D005260; D060825; D003920; D003920; D003924; D001927

ICF (WHO): b4; b5; d570

JEL Classification: I10; I12; I18

SDGs (United Nations): SDG 3; SDG 10; SDG 1