

Khảo sát tình hình sử dụng thuốc giảm đau trong quản lý đau cho bệnh nhân ung thư tại Khoa Chống đau và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

A survey on the use of analgesics in cancer pain management for cancer patients at Department of Pain Control and Palliative Care, 108 Military Central Hospital

Nguyễn Tứ Sơn**, Đặng Thị Thủy*,
Ngô Thị Xuân Thu*, Nguyễn Thị Liên Hương**,
La Văn Trường*, Nguyễn Đức Trung*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Trường Đại học Dược Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân ung thư và đánh giá mức độ đau trước và sau khi điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc. Có 43 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** 4 loại thuốc giảm đau được sử dụng, bao gồm paracetamol, diclofenac, tramadol (opioid yếu) và morphin (opioid mạnh). Kết hợp paracetamol và opioid yếu được sử dụng nhiều nhất (69,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng thuốc hỗ trợ giảm đau trong phác đồ đầu là 21/43 (48,8%). Điểm đau nặng nhất, nhẹ nhất, trung bình, hiện tại đều giảm có ý nghĩa thống kê sau khi bệnh nhân được điều trị. Mức độ đau nặng nhất trong 24 giờ qua giảm 2 điểm. Giảm nhiều nhất là mức độ đau hiện tại (4 điểm). Điểm đau của bệnh nhân đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên, một số bệnh nhân đau nặng chưa được dùng thuốc giảm đau có tác dụng nhanh và mạnh hơn. **Kết luận:** Các biện pháp phối hợp thuốc giảm đau đã được áp dụng và bước đầu đánh giá có hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân. Một số trường hợp cần cân nhắc lựa chọn thuốc phù hợp với mức độ đau ban đầu để cho hiệu quả giảm đau sớm hơn.

Từ khóa: Giảm đau, ung thư, chăm sóc giảm nhẹ.

Summary

Objective: To investigate the use of pain relievers in cancer patients and to assess pain level before and after treatment. **Subject and method:** Longitudinal study. 43 cancer patients participated the study. **Result:** There were 4 analgesics in the study including paracetamol, diclofenac (NSAID), tramadol (weak opioid) and morphine (strong opioid). A combination of paracetamol and a weak opioid was the most use (69.8%). The proportion of patients who used adjuvants in the first regimen was 21/43 (48.8%). After the treatment, the pain score of current pain, the worst pain, the average pain, the least pain decreased significantly ($p < 0.05$). However, some patients with severe pain needed to be prescribed more appropriately. **Conclusion:** Multi-modal for cancer pain management was observed in the study. Most of patients experienced pain relieve after the treatment.

Keywords: Pain relief, cancer, palliative care.

Ngày nhận bài: 28/10/2020, ngày chấp nhận đăng: 25/3/2020

Người phản hồi: Đặng Thị Thủy, Email: lytrang12345@gmail.com – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Ung thư là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới, với 18,1 triệu ca mắc mới và 9,6 triệu ca tử vong trong năm 2018 [10]. Đau do ung thư là một trong những triệu chứng phổ biến, với khoảng 55% bệnh nhân điều trị ung thư gặp phải [7]. Tỷ lệ này là 66% ở những bệnh nhân ung thư tiến triển, di căn hoặc ung thư giai đoạn cuối [10]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đau từ vừa đến nặng là 50%, 33% bệnh nhân có sự suy giảm nghiêm trọng khả năng làm việc do đau [4]. Đau ung thư là một gánh nặng kinh tế đáng kể cho hệ thống y tế. Thiếu điều trị cơn đau làm gia tăng các trường hợp nhập viện, có thể gây chậm trễ hoặc giảm hiệu quả điều trị ung thư và do đó, tăng tổng chi phí chăm sóc sức khỏe [7].

Ý kiến chuyên gia và dữ liệu từ kinh nghiệm của một số quốc gia có thu nhập thấp, nơi mức độ bao phủ điều trị giảm đau thường thấp hoặc không tồn tại, cho thấy rằng khoảng 80% số người chết vì ung thư trải qua cơn đau vừa hoặc nặng kéo dài trung bình trong 90 ngày [10]. Do đó, nghiên cứu về đau, thuốc giảm đau và hiệu quả giảm đau là cần thiết để nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư. Để tổng kết dữ liệu về dùng thuốc giảm đau cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng và Khoa Dược, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân ung thư và đánh giá mức độ đau trước và sau khi dùng thuốc giảm đau tại Khoa Chẩn đoán và Chăm sóc giảm nhẹ (A6-A), Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân đau do ung thư được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Chẩn đoán và Chăm sóc giảm nhẹ trong thời gian từ ngày 11/5/2020 đến ngày 31/5/2020. Nghiên cứu lựa chọn các bệnh nhân từ 18 trở lên, tình nguyện tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán xác định ung thư, có đau ung thư, được chỉ định thuốc giảm đau và có đủ hồ sơ nghiên cứu

theo quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân có tình trạng cấp cứu liên quan tới ung thư hoặc bệnh nhân không hoàn thành được bộ câu hỏi đánh giá sẽ không đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, theo dõi dọc.

Mẫu nghiên cứu: lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được mời tham gia nghiên cứu, đánh giá ban đầu dựa trên bảng kiểm đau tóm tắt (Brief Pain Inventory - BPI) để đánh giá đau trên bệnh nhân [1], [10]. Các thông tin về dùng thuốc giảm đau được thu thập từ bệnh án. Bệnh nhân được đánh giá lại sau 24 - 48 giờ dùng thuốc giảm đau và bất cứ thời điểm thay đổi phác đồ thuốc giảm đau.

Công cụ đánh giá đau: Đánh giá đau bằng thang số Numeric Rating Scale (NRS) 10 điểm. Mức độ đau được chia thành các mức: Đau nhẹ (1 - 3 điểm), đau trung bình (4 - 7 điểm), đau nặng (8 - 10 điểm) [1], [10]. Các câu hỏi được đưa ra hỏi về mức độ đau tại thời điểm hỏi, đau nặng nhất trong 24 giờ, đau nhẹ nhất trong 24 giờ, đau trung bình trong 24 giờ.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được lưu trữ bằng phần mềm Excel 2013 và xử lý bằng phần mềm Rstudio version 1.3.959. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Kết quả

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 11/5/2020 đến ngày 31/5/2020 có 43 bệnh nhân (nam/nữ: 31/12) đạt tiêu chuẩn lựa chọn của đề tài. Các loại ung thư chính ghi nhận trong nghiên cứu gồm: Gan (5 bệnh nhân), đại tràng (4), phổi (4), dạ dày (3), cổ tử cung (3), thực quản (3), tuyến tiền liệt (3).

Đặc điểm phác đồ giảm đau được lựa chọn ban đầu: Phối hợp thuốc giảm đau trong mẫu nghiên cứu sử dụng trong phác đồ ban đầu được thể hiện trong Bảng 1. Theo kết quả ở bảng, có 3 thuốc giảm

đau được sử dụng trong phác đồ ban đầu gồm 2 loại thuốc giảm đau ngoại vi, 1 loại thuốc giảm đau trung ương yếu. Hoạt chất được sử dụng phổ biến là paracetamol với 39 bệnh nhân sử dụng (90,7%), sau đó là tramadol với 33 bệnh nhân sử dụng (76,7%), diclofenac chỉ được sử dụng trên 8 bệnh nhân (18,6%). Về phối hợp thuốc, 31 bệnh nhân (72,1%) được dùng 2 thuốc giảm đau, 3 bệnh nhân (7,0%) được dùng 3 loại thuốc giảm đau. Kết hợp paracetamol và opioid yếu được sử dụng nhiều nhất

(69,8%). Về đường dùng, hầu hết bệnh nhân sử dụng đường uống (41/43 bệnh nhân), có 6 bệnh nhân được sử dụng đường tiêm bắp. Có 7 loại thuốc hỗ trợ giảm đau thuộc các nhóm khác nhau được sử dụng bao gồm: Corticoid (Peforin), an thần (Seduxen), chống trầm cảm (Amitriptylin hydrochlorid), chống động kinh, co giật (Gabarica 400), chống co thắt (No-Spa Inj, Buscopan), chống hủy xương (Ledrobon).

Bảng 1. Phối hợp thuốc được sử dụng trong phác đồ ban đầu

Thuốc giảm đau	Loại phối hợp thuốc	Số BN (%)
Paracetamol	Paracetamol đơn độc	5 (11,6)
NSAIDs	Diclofenac đơn độc	1 (2,3)
	Diclofenac + hỗ trợ giảm đau	3 (7,0)
Paracetamol + NSAIDs	Paracetamol + diclofenac	1 (2,3)
Paracetamol + opioid yếu	Paracetamol + tramadol	14 (32,6)
	Paracetamol + tramadol + hỗ trợ giảm đau	16 (37,2)
Paracetamol + NSAIDs + opioid yếu	Paracetamol + tramadol + Diclofenac	1 (2,3)
	Paracetamol + tramadol + diclofenac + hỗ trợ giảm đau	(4,7)

Đặc điểm về liều dùng của thuốc giảm đau: Được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Liều dùng của các thuốc giảm đau trong phác đồ ban đầu

Hoạt chất	Liều dùng 1 lần	Liều dùng 1 ngày	Số lần dùng
Paracetamol	325mg	750 - 975mg	2 - 3
Diclofenac	75mg	75 - 225mg	1 - 3
Tramadol	37,5mg	112,5 - 150mg	2 - 3
Morphin	10mg	40mg	4

Đặc điểm phác đồ điều chỉnh trong quá trình điều trị: Có 13/43 bệnh nhân được điều chỉnh phác đồ thuốc giảm đau trong quá trình điều trị. Sự điều chỉnh phác đồ được trình bày với mức độ đau nặng nhất ban đầu ghi nhận được ở bệnh nhân trong Bảng 3. Nhìn chung, các cách thay đổi phác đồ là giữ nguyên (nhưng đổi thuốc), từ phối hợp giảm đau ngoại vi sang phối hợp có giảm đau trung ương yếu hoặc lên mức giảm đau mạnh hơn. Tuy nhiên, 1 bệnh nhân đau nặng chuyển từ phối hợp có opioid yếu sang GĐNV là loại giảm đau ít khuyến cáo cho bệnh nhân đau mức độ nặng.

Bảng 3. Đặc điểm điều chỉnh phác đồ giảm đau

Mức độ đau nặng nhất (ban đầu)	Trước điều chỉnh	Sau điều chỉnh	Số lượng (%)
Trung bình	GĐNV	Opioid yếu	2 (4,7)
	Opioid yếu	Opioid yếu	4 (9,3)
Nặng	Opioid yếu	GĐNV	1 (2,3)
	Opioid yếu	Opioid yếu	1 (2,3)
	GĐNV	Opioid yếu	4 (9,3)
	Opioid yếu	Opioid mạnh	1 (2,3)

Ghi chú: GĐNV: Giảm đau ngoại vi.

Đặc điểm các thuốc hỗ trợ giảm đau: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng thuốc hỗ trợ giảm đau trong phác đồ đầu là 21/43 (48,8%). Các thuốc an thần, chống trầm cảm được dùng phổ biến nhất là 27,9% và 18,6% bệnh nhân (Bảng 4).

Bảng 4. Các thuốc hỗ trợ giảm đau được sử dụng trong phác đồ ban đầu

STT	Tên thuốc	Đường dùng	Số BN (%)
1	Amitriptylin HCl 25mg	Uống	8 (18,6%)
2	Diazepam 5mg	Uống	12 (27,9%)
3	Gabapentin 400mg	Uống	4 (9,3%)
4	Drotaverin chlorhydrat 40mg/2ml	Tiêm bắp	3 (7,0%)
5	Hyoscine-N-butylbromid 20mg/1ml	Tiêm bắp	1 (2,3%)
6	Methyl prednisolon 40mg	Tiêm tĩnh mạch	1 (2,3%)
7	Zolendronic acid 4mg/100ml	Truyền tĩnh mạch	6 (14,0%)

Khảo sát mối liên quan giữa phác đồ điều trị đau ban đầu và đánh giá đau ban đầu: Phân tích mối quan hệ giữa phác đồ đau ban đầu và đánh giá đau ban đầu cho kết quả trong bảng 5. Thuốc giảm đau opioid yếu được lựa chọn chủ yếu cho các loại đau vừa và nặng. Tuy nhiên, có 31,6% bệnh nhân đau ở mức nặng chỉ được kê đơn thuốc giảm đau ngoại vi. Ngược lại, 2 trong 3 bệnh nhân đau nhẹ vẫn được sử dụng các opioid yếu.

Bảng 5. Mối quan hệ giữa phác đồ điều trị đau ban đầu và đánh giá đau ban đầu

Mức độ đau nặng nhất (Số BN)	Paracetamol ± NSAID ± hỗ trợ giảm đau		Opioid yếu ± paracetamol ± NSAID ± hỗ trợ giảm đau	
	Paracetamol hoặc NSAID	Paracetamol + NSAID	Opioid yếu + paracetamol	Opioid yếu + paracetamol + NSAID
Đau nhẹ (n = 3)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)
Đau vừa (n = 21)	3 (14,3%)	0 (0,0%)	17 (81,0%)	1 (4,8%)
Đau nặng (n = 19)	5 (26,3%)	1 (5,3%)	11 (57,9%)	2 (10,5%)
Tổng số (n = 43)	9 (20,9%)	1 (2,3%)	30 (69,8%)	3 (7,0%)

Sự thay đổi mức độ đau trước và sau khi điều trị bằng thuốc giảm đau

Trước khi điều trị đau, mức độ đau nặng nhất trong 24 giờ, đa số bệnh nhân đau ở mức vừa và nặng (93,0%), trong đó chủ yếu là đau vừa (48,8%). Khi đánh giá mức độ đau nhẹ nhất trong 24 giờ trước khi điều trị, đa số bệnh nhân không đau hoặc chỉ đau ở mức nhẹ (76,7%) (Bảng 5). Sau điều trị bằng thuốc giảm đau ban đầu, ở mức độ đau nặng nhất trong 24 giờ qua, có sự tăng tỷ lệ bệnh nhân không đau (0,0% lên 4,7%) và đau nhẹ (từ 7,0% lên 32,6%); giảm tỷ lệ bệnh nhân đau vừa (từ 48,8% xuống 37,2%) và nặng (từ 44,2% xuống 25,6%). Xu hướng tương tự được quan sát thấy khi đánh giá

mức độ đau nhẹ nhất trong 24 giờ qua, mức độ đau trung bình trong 24 giờ qua và mức độ đau hiện tại. Sự thay đổi rõ nhất được ghi nhận khi đánh giá mức độ đau hiện tại, tỷ lệ bệnh nhân không đau tăng từ 0,0% lên 48,8%; đau vừa giảm từ 51,2% xuống 23,3% và đau nặng giảm từ 27,9% xuống 4,7% (Bảng 6). Nghiên cứu đã tiến hành phân tích thống kê so sánh điểm đau trước và sau khi dùng thuốc bằng hình thức ghép cặp. Kết quả trong bảng 5 cho thấy mức độ đau nặng nhất trong 24 giờ giảm 2 điểm. Mức độ đau hiện tại giảm nhiều nhất so với trước khi điều trị (4 điểm). Điểm đau của bệnh nhân đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Thay đổi mức độ đau trước và sau khi điều trị

Tiêu chí khảo sát	Mức độ đau	Trước điều trị		Sau điều trị		Chênh lệch	p
		Trung vị	Số BN (%)	Trung vị	Số BN (%)		
Mức độ đau nặng nhất trong 24 giờ	Không đau	7	0 (0,0)	5	2 (4,7)	2	0,001
	Đau nhẹ		3 (7)		14 (32,6)		
	Đau vừa		21 (48,8)		16 (37,2)		
	Đau nặng		19 (44,2)		11 (25,6)		
Mức độ đau nhẹ nhất trong 24 giờ	Không đau	2	12 (27,9)	0	25 (58,1)	2	0,001
	Đau nhẹ		21 (48,8)		14 (32,6)		
	Đau vừa		10 (23,3)		4 (9,3)		
	Đau nặng		0 (0,0)		0 (0,0)		
Mức độ đau trung bình trong 24 giờ	Không đau	5	0 (0,0)	2	5 (11,6)	3	0,001
	Đau nhẹ		15 (34,9)		21 (48,8)		
	Đau vừa		27 (62,8)		17 (39,5)		
	Đau nặng		1 (2,3)		0 (0,0)		
Mức độ đau tại thời điểm đánh giá	Không đau	5	0 (0,0)	1	21 (48,8)	4	0,001
	Đau nhẹ		9 (20,9)		10 (23,3)		
	Đau vừa		22 (51,2)		10 (23,3)		
	Đau nặng		12 (27,9)		2 (4,7)		

4. Bàn luận

Tại thời điểm đánh giá ban đầu, có 40/43 bệnh nhân ở mức đau vừa và nặng. Điều này cho thấy tính chất chung của các bệnh nhân vào các khoa chăm

sóc giảm nhẹ thường đã có các cơn đau do bệnh ung thư cần được sử dụng thuốc giảm đau. Trong mẫu nghiên cứu, các bệnh nhân được sử dụng phác đồ phối hợp nhiều thuốc là phổ biến. Đó là sự kết

hợp của các thuốc giảm đau có cơ chế tác dụng khác nhau như nhóm ngoại vi (paracetamol, NSAID), phối hợp với thuốc giảm đau trung ương (tramadol, codein, morphin), dùng đồng thời với các thuốc hỗ trợ giảm đau (chống trầm cảm, chống động kinh, an thần, corticoid). Các phác đồ này được khuyến cáo mạnh mẽ trong các hướng dẫn chính thức về dùng thuốc giảm đau cho ung thư như NCCN [6] hay Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [10]. Các phối hợp thuốc cũng đã được mô tả trong các nghiên cứu trước đó được thực hiện trên bệnh nhân ung thư ở Việt Nam [2], [4]. Việc sử dụng kết hợp các thuốc hỗ trợ giảm đau đã được chứng minh là có lợi trong việc kiểm soát nhiều hội chứng đau do ung thư và được khuyến cáo trong điều trị đau ung thư [10]. Việc dùng thuốc (ban đầu và thay đổi thuốc) cũng đã được cân nhắc trên mức độ đau của bệnh nhân thể hiện trong kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 và Bảng 4. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân đau nặng dùng thuốc giảm đau trung ương mạnh như morphin còn chưa cao. Thuốc này chủ yếu được lựa chọn thay thế khi phác đồ ban đầu không cho hiệu quả mong muốn. Điều này cũng đã được ghi nhận ở một số hướng dẫn điều trị tại các nước có nguồn lực hạn chế. Theo đó, opioid yếu có thể được kê đơn khi không có sẵn opioid mạnh cho các bệnh nhân đau nặng [11].

Về liều dùng paracetamol được kê với liều 325-500 mg/lần, 2-3 lần/ngày là trong giới hạn cho phép. Tuy nhiên, khoảng cách liều của các bệnh nhân dùng paracetamol đơn độc là khá xa (2 - 3 lần/ngày) so với khuyến cáo có thể dùng 4 - 6 lần/ngày [3], [5], [10], đặc biệt là với các loại đau tạng. Diclofenac được dùng với liều 75mg/lần, 1 - 3 lần/ngày phù hợp với các khuyến cáo liều trong các tài liệu [3], [5]. Các thuốc giảm đau trung ương có morphin (liều dùng 10mg/lần, 4 lần/ngày) và tramadol (32,5mg/lần, 1 - 4 lần/ngày) phù hợp với hướng dẫn [3], [5], [10].

Số lượng thuốc giảm đau được sử dụng trong mẫu nghiên cứu không đa dạng như được ghi nhận trong một số nghiên cứu đã thực hiện trước đó [2], [4]. Trong đó, nghiên cứu của Vương Thị Thanh Tâm [2] có 9 loại thuốc giảm đau được sử dụng bao gồm 6 thuốc giảm đau ngoại vi là paracetamol và 5

NSAID (diclofenac, meloxicam, piroxicam, ketorolac và nefopam); 3 loại thuốc giảm đau trung ương là 1 opioid yếu (codein) và 2 opioid mạnh (morphin và fentanyl). Các thuốc này được sử dụng dưới dạng 14 loại biệt dược. Trong nghiên cứu của của Thịnh, D. H. Q. và cộng sự trên bệnh nhân Đông Nam Á [8], [9], các opioid được sử dụng gồm opioid yếu (tramadol, codein, hydrocodein) và opioid mạnh (morphin, fentanyl, oxycodon). Sự khác biệt này có thể do danh mục thuốc tại các bệnh viện khác nhau và cỡ mẫu trong nghiên cứu này không đủ lớn. Tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn opioid bất kỳ là 76,7%. Tỷ lệ này tương tự trong nghiên cứu của Vương Thị Thanh Tâm năm 2010 (75,8% bệnh nhân được sử dụng opioid) và nghiên cứu của của Thịnh, D. H. Q. và cộng sự trên bệnh nhân Đông Nam Á [8], [9] (90,7% bệnh nhân được sử dụng opioid). Tỷ lệ opioid mạnh được sử dụng là 2,3%, tương tự nghiên cứu của Vương Thị Thanh Tâm (4,2%) [2] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Thịnh, D. H. Q. và cộng sự (52,4%) [8], [9]. Morphin mạnh được sử dụng chủ yếu trong các nghiên cứu đều là morphin (72% đến 100%). Như vậy, có thể thấy, tỷ lệ sử dụng opioid mạnh ở Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 vẫn còn hạn chế.

Về hiệu quả giảm đau, nghiên cứu cũng đã chỉ ra các phác đồ giảm đau trên bệnh nhân có hiệu quả rõ rệt trên tất cả các kết quả đánh giá đau: Đau nặng nhất, nhẹ nhất và trung bình trong 24 giờ và điểm đau hiện tại. Khi xét đến mức độ đau, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân không đau tăng 4,7%; đau nhẹ tăng 25,6%; tỷ lệ bệnh nhân đau vừa giảm 11,6% và đau nặng giảm 18,6%. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Vương Thị Thanh Tâm năm 2010 [2], với tỷ lệ không đau tăng 12,7% và đau nhẹ tăng 43,4%. Mặc dù tỷ lệ kê đơn opioid và non-opioid giữa hai nghiên cứu là tương đồng, tỷ lệ sử dụng các thuốc hỗ trợ giảm đau ở nghiên cứu của Vương Thị Thanh Tâm cao hơn khoảng 50%. Điều này có thể gợi ý về vai trò của các thuốc hỗ trợ giảm trong việc kiểm soát nhiều hội chứng đau do ung thư [10].

5. Kết luận

Nghiên cứu tuy được thực hiện trên một mẫu nhỏ bệnh nhân nhưng cũng đã phản ánh được việc điều trị đau cho bệnh nhân ung thư tại khoa về chăm sóc giảm nhẹ. Kết quả cho thấy việc phối hợp nhiều thuốc đã được quan tâm và thực hiện dựa trên mức độ đau của bệnh nhân. Các phối hợp này cũng phù hợp với các khuyến cáo điều trị đau. Thuốc giảm đau trung ương yếu vẫn được ưu tiên hơn cho các trường hợp đau vừa và nặng trước khi dùng các thuốc giảm đau trung ương mạnh như morphin. Nghiên cứu cũng chỉ ra các phác đồ giảm đau cho bệnh nhân đã mang lại hiệu quả tích cực thể hiện qua việc giảm điểm đau trước và sau khi dùng thuốc. Một số trường hợp cần cân nhắc lựa chọn thuốc phù hợp với mức độ đau ban đầu để cho hiệu quả giảm đau sớm hơn. Tuy nhiên do cỡ mẫu chưa lớn nên có thể cần thực hiện tiếp trên quy mô lớn hơn và sử dụng công cụ đánh giá đau toàn diện hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Krakauer Eric L (2007) *Chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân HIV/AIDS và ung thư ở Việt Nam*. Tài liệu tập huấn cơ bản, tr. 3-54.
2. Vương Thị Thanh Tâm (2010) *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc giảm đau trên bệnh nhân ung thư tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu-Bệnh viện Bạch Mai*. Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, tr. 10-43.
3. Bộ Y tế (2018) *Dược thư quốc gia Việt Nam, lần xuất bản thứ hai*. Nhà xuất bản Y học, tr. 515-517, 1400-1402.
4. Cielito C. Reyes-Gibby, Nguyen Ba Duc et al (2006) *Status of cancer pain in Hanoi, Vietnam: A Hospital-Wide Survey in a Tertiary Cancer Treatment Center*. Journal of Pain and Symptom Management 31: 1-13.
5. Group BMJ (2017) *British National Formulary BNF 73*. Royal Pharmaceutical Society: 414-445.
6. Swarm RA et al (2019) *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Adult Cancer Pain*. J Natl Compr Canc Netw 17(8): 977-1007.
7. Neufeld NJ, Elnahal SM et al (2017) *Cancer pain: a review of epidemiology, clinical quality and value impact*. Future Oncol 13(9): 833-841.
8. Thịnh DHQ, Sriraj W et al (2018) *Analgesic prescription patterns and pain outcomes in Southeast Asia: Findings from the analgesic treatment of cancer pain in Southeast Asia Study*. J Glob Oncol 4: 1-10.
9. Thịnh DHQ, Sriraj W et al (2018) *Patient and physician satisfaction with analgesic treatment: Findings from the analgesic treatment for cancer pain in Southeast Asia (ACE) study*. Pain Res Manag 2193710.
10. WHO (2018) *WHO Guidelines for the Pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*: 1-40.
11. Ahmedzai SH, Bautista MJ et al (2019) *Optimizing cancer pain management in resource-limited settings*. Support Care Cancer 27(6): 2113-2124.