

# TỔNG QUAN CẬP NHẬT VỀ XỬ TRÍ ĐAU MẠN TÍNH

PGS.TS.BS. NGUYỄN THI HÙNG

## TÓM TẮT:

Đau mạn tính kéo dài trên 3 tháng, do nhiều yếu tố khác nhau, tác động đến hệ thống kiểm soát cơn đau của cơ thể; ảnh hưởng đến 10% trên toàn cầu, cơn đau mãn tính đặt ra một thách thức đáng kể, thường được kiểm soát với hiệu quả hạn chế khi sử dụng opioid. Về mặt khoa học, đau mãn tính liên quan đến những thay đổi về thần kinh và vai trò quan trọng của các tế bào không phải tế bào thần kinh trong sinh lý bệnh. Các phương pháp tiếp cận đa ngành kết hợp thuốc, vật lý trị liệu và can thiệp nhận thức-hành vi tỏ ra hiệu quả. Cơn đau mãn tính đan xen với các yếu tố tâm lý và xã hội, ảnh hưởng đến kết quả của bệnh nhân và nhấn mạnh tầm quan trọng của các can thiệp tâm lý xã hội. Ngăn ngừa cơn đau mãn tính liên quan đến việc quản lý các yếu tố nguy cơ và thúc đẩy thay đổi lối sống tích cực và tự quản lý.

**Kết luận:** Việc quản lý cơn đau mãn tính hiệu quả đòi hỏi nỗ lực hợp tác, kết hợp các biện pháp can thiệp bằng thuốc và không dùng thuốc, đồng thời thúc đẩy việc điều chỉnh lối sống tích cực để cải thiện kết quả của bệnh nhân.

**Từ khóa:** đau mạn tính, thần kinh, lối sống

## CHRONIC PAIN MANAGEMENT: A BRIEF OVERVIEW

**Abstract:** Chronic pain, lasting over 3 months, results from diverse factors, impacting the body's pain control system; affecting 10% globally, chronic pain poses a significant challenge, often managed with limited efficacy using opioids. Scientifically, chronic pain involves neural changes and the crucial role of non-neuronal cells in pathophysiology. Multidisciplinary approaches integrating medications, physical therapy, and cognitive-behavioral interventions prove effective. Chronic pain intertwines with psychological and social factors, influencing patient outcomes and emphasizing the importance of psychosocial interventions. Preventing chronic pain involves managing risk factors and promoting positive lifestyle changes and self-management. **Conclusion:** Effective chronic pain management necessitates a collaborative effort, combining pharmacological and non-pharmacological interventions, and fostering positive lifestyle modifications for improved patient outcomes. **Keywords:** chronic pain, nerve, lifestyle

## 1. BỆNH SINH CỦA ĐAU MẠN TÍNH

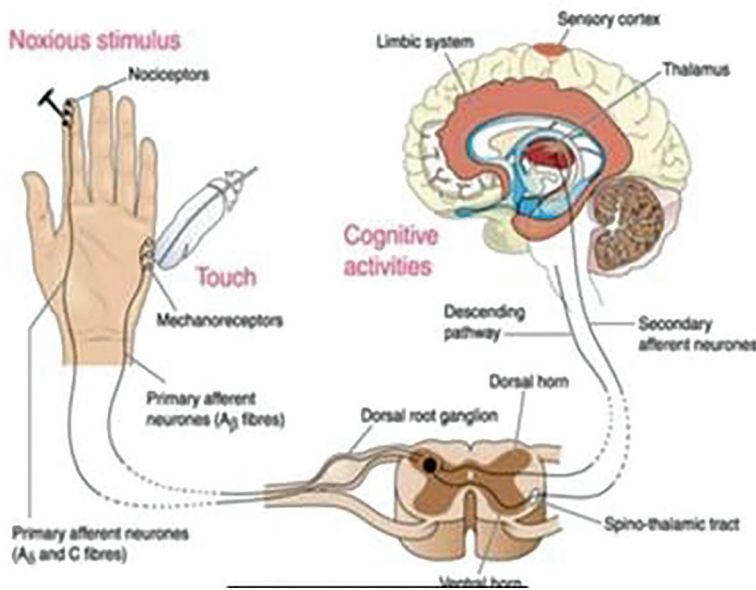
Đau thụ thể có một vai trò bảo vệ, báo động cho người bệnh để tìm biện pháp ngăn chặn tổn thương mô trong giai đoạn cấp tính. Tuy nhiên, khi đau trở thành mạn tính (kéo dài hơn 3 tháng) là do sự xuất hiện của nhiều yếu tố liên quan đến bệnh sinh như: phản ứng viêm, tổn thương mô, hoạt động của u bướu, nhiễm trùng, các rối loạn về tự miễn, mạch máu hay chuyển hoá.

Các tình trạng bệnh lý này, có thể làm thay đổi hệ thống kiểm soát đau của cơ thể gồm các đường dẫn truyền đau hướng tâm và li tâm dẫn đến sự tăng nhạy cảm đau, và cơ thể mất cơ chế bảo vệ đau.

Đau mạn tính là một vấn đề lớn của cộng đồng, ước tính khoảng 10% mỗi năm trên thế giới, tức là khoảng 60 triệu người đã trải qua đau mạn

tính. Tuy nhiên, ở một số nước đang phát triển thì tỷ lệ này có thể từ 20% đến 29%. Xử trí đau mạn tính chưa có kết quả như kỳ vọng, có thể do nguyên nhân đau mạn tính tùy thuộc vào đau như: đau trong cơ xương khớp, đau do phẫu thuật, đau do thần kinh, đau liên quan đến ung thư... Mà cơ chế bệnh sinh của các loại đau này cũng chỉ được hiểu rõ một phần, ngoài ra các thuốc giảm đau thụ thể hay thuốc giảm đau thần kinh không thể có hiệu quả như mong đợi ở các bệnh nhân đau mạn tính, và đôi khi còn có những tác dụng phụ, hoặc gây tình trạng lệ thuộc vào thuốc.

Trong thực tế, các thuốc Opioids giữ một vai trò quan trọng trong điều trị đau mạn tính, đặc biệt là đau ung thư và các bệnh nội khoa giai đoạn cuối. Quan điểm sử dụng thuốc Opioids vẫn còn nhiều vấn đề ở các nước đang phát triển. Đau mạn tính là



Hình 1. Mối liên quan giữa đau và phản ứng của não bộ

hậu quả của rối loạn chức năng dẫn truyền đau ở nhiều vị trí trong hệ thần kinh, đưa đến tình trạng tăng cảm nhận đối với đau (tăng cảm đau và loạn cảm đau), và có khi gây ra những cơn đau tự phát. Các tổn thương mô và tình trạng viêm dẫn đến tình trạng giảm ngưỡng đau và tăng nhạy cảm ở đầu tận cùng của thụ thể đau, gây nên tình trạng tăng cảm đau. Hiện tượng này gọi là sự nhạy cảm hoá ngoại biên, còn sự nhạy cảm hoá trung ương là hiện tượng tăng nhạy cảm của các nơ ron và các đường dẫn truyền từ trung ương, do tăng hiệu ứng kích thích màng tế bào, và dẫn truyền qua tiếp hợp thần kinh cùng với sự xuất hiện tình trạng của đường kiểm soát đau đi xuống đến sườn sau tuỷ sống.

Sự nhạy cảm hoá ngoại biên và trung ương là biểu hiện của một sự điều biến thần kinh cảm giác bản thể, để đáp ứng với tình trạng viêm và tổn thương mô tế bào. Chính hiện tượng này, góp phần tạo ra đau mạn tính. Chức năng hoạt động của nơ ron thay đổi, bao gồm sự thay đổi tổng hợp các chất dẫn truyền và phát tín hiệu. Hoạt động thay đổi ở các thụ thể và các kênh ion là nguyên nhân đưa đến sự nhạy cảm hoá của hệ thống dẫn truyền đau ngoại biên và trung ương.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy, những tế bào không phải là nơ ron như là tế bào miễn dịch, tế bào mô đệm có vai trò quan trọng trong sự

phát sinh và điều chỉnh tình trạng đau mạn tính, bằng cách phóng thích ra các chất trung gian hoá học thần kinh để điều hoà cơ chế đau. Có thể kể đến vai trò của tế bào đệm hình sao, đại thực bào, tế bào T ở hệ thần kinh ngoại biên, các tế bào ít nhánh và tế bào đệm hình sao ở hệ thần kinh Trung ương đều có sự tác động vào quá trình viêm thần kinh, có ảnh hưởng đến bệnh sinh của đau mạn tính. Như vậy, các nghiên cứu gần đây đã cho thấy, có rất nhiều mối tương tác giữa các nơ ron, tế bào đệm và tế bào miễn dịch trong cơ chế bệnh sinh của đau mạn tính.

## 2. CƠ SỞ KHOA HỌC CỦA XỬ TRÍ ĐAU MẠN TÍNH

Như vậy, trong trường hợp đau mạn tính, hệ thần kinh gồm các đường điều hoà hướng tâm và li tâm được tái điều chỉnh liên tục để đáp ứng với các tín hiệu kích thích kéo dài. Hậu quả là các tế bào thần kinh có sự nhạy cảm với đau và trở nên đối kháng lại hệ thống kiểm soát đau. Nếu không được điều trị hiệu quả, các tín hiệu đau vẫn tiếp tục dẫn truyền dù tổn thương đã hồi phục (như hội chứng chi ma ở bệnh nhân bị cắt cụt chi).

Đau là phản ứng của não bộ, nên khi các cảm thụ đau dẫn truyền cảm giác đau đến sừng sau của tuỷ sống, rồi lên vùng đồi thị và vỏ não cảm giác đối bên, thì không phải là chỉ có

cảm nhận về cảm giác đau đơn thuần mà còn có sự tham gia của những vùng não bộ khác qua trung gian của các mạng nối thần kinh liên hợp rất phức tạp. Các nhà khoa học Pháp và Mỹ đã chứng minh là sự cảm xúc (lo lắng, buồn phiền) liên hệ đến cường độ đau và sức chịu đựng của con người và được lưu trữ như một ký ức về đau (vùng hạnh nhân, vùng thái dương trong, vùng thùy chái). Các dẫn truyền này còn được kết nối với vùng trán trước để khi cơ thể bị đau, sẽ có những thái độ phản ứng thích hợp qua những động thái cụ thể (vùng hoạch định hành động cụ thể). Như vậy, tính chất của đau (cường độ, thời gian đau, tần suất, loại đau...) sẽ khác nhau tùy theo cá thể và cũng có một phần yếu tố di truyền (ví dụ gen NCX3).

Sự tương tác giữa các yếu tố thể chất và tinh thần, cảm xúc giải thích được tại sao khi bệnh nhân bị đau mạn tính (tức là đau kéo dài hơn 3 tháng) đều có tình trạng lo âu, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, thay đổi về nhân cách hoặc một số người có bệnh nội khoa đi kèm thì bệnh ấy lại nặng hơn.

Các nghiên cứu thực nghiệm trên các trường hợp đau sau phẫu thuật và đau thần kinh trong thời gian gần đây đều cho thấy điều trị bằng một phương pháp, bằng một chuyên khoa, đều không có hiệu quả cao. Trong thực tế, khi người bệnh bị đau mạn tính, nếu điều trị bằng thuốc đơn thuần thường không có hiệu quả như mong muốn, do đó không những phải kết hợp nhiều loại thuốc, mà phải phối hợp nhiều chuyên khoa khác để điều trị (vật lý trị liệu, điều chỉnh thần kinh, phục hồi chức năng, liệu pháp điều trị nhận thức hành vi, tâm lý liệu pháp, châm cứu...).

Như vậy, đau được coi như là một tình trạng bệnh lý, và ngoài những cảm giác và giác quan bị ảnh hưởng những cảm xúc và tâm lý của người bệnh cũng thay đổi theo thời gian. Hiện nay, y học đã chứng minh, những biện pháp khuyến khích người bệnh chấp nhận hay thay đổi thái độ hành vi để thích ứng với tình trạng đau mạn tính, sẽ giúp cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân rất nhiều. Các nghiên cứu gần đây về đau lưng mạn cho thấy Yoga làm giảm bớt cường độ đau của

phổ cập trên thế giới hiện nay, khuyến khích người bệnh và thân nhân cùng tham gia và kiểm soát đau, động viên, thay đổi cách suy nghĩ và có cái nhìn tích cực lạc quan hơn sẽ góp phần cải thiện chất lượng của người bệnh đau mạn tính. Báo cáo của giáo sư Catherine Bushnell (Chủ tịch IASP) trong hội nghị Châu Á Thái Bình Dương vừa qua cho thấy: Yoga làm tăng khả năng tập trung, chú ý của bệnh nhân, cải thiện các cảm xúc âm tính của bệnh nhân và có thể điều chỉnh được sự dẫn truyền đau ly tâm. Yoga vừa là bộ môn tập luyện điều chỉnh về động tác và ảnh hưởng vào thiền hành. Hình ảnh học thần kinh cũng đã chứng minh: Yoga làm tăng bề dày chất xám ở não, đặc biệt ở vùng liên quan đến đường kiểm soát đau li tâm. Các nghiên cứu cũng cho thấy: Những người thực hành Yoga sẽ có chất xám dày hơn những người không tập tại nhiều vùng trên não, kể cả vùng kiểm soát đau. Tất nhiên Yoga cần điều chỉnh thích hợp cho từng đối tượng.

Đối với đau thần kinh hay đau đầu mạn tính hàng ngày, các phương pháp Thiền và thư giãn khác, cũng giúp giảm bớt tình trạng đau của người bệnh. Đặc biệt, kỹ thuật kích thích từ trường xuyên sọ trong thời gian gần đây đã được triển khai ở Việt Nam, và đã có hiệu quả cao trên bệnh nhân đau thần kinh và đau đầu mạn tính hàng ngày. Các khuyến cáo của hội đồng cố vấn Âu Châu về kỹ thuật kích thích từ trường xuyên sọ từ năm 2018, đã xếp kỹ thuật kích thích từ trường xuyên sọ vào chứng cứ A trong hướng dẫn điều trị đau thần kinh. Một số khuyến cáo khác cho thấy: điều trị đau đầu mạn tính có hiệu quả với kỹ thuật kích thích từ trường xuyên sọ nhưng kỹ thuật này không có hiệu quả cao đối với điều trị Migrain mạn tính. Tuy nhiên vào năm 2013, tổ chức FDA ghi nhận kỹ thuật kích thích từ trường xuyên sọ có thể điều trị được trên bệnh nhân Migrain mạn tính có biểu hiện về đau.

Như vậy, một phương thức điều trị không thể nào giải quyết được đau mạn tính như những bệnh nhân đau lưng mạn, đau thần kinh, đau cơ sợi... đều cần sự phối hợp điều trị cả các phương pháp dùng thuốc và không



Hình 2: Các yếu tố tương tác sinh học-tâm lý-xã hội học trong đau mạn tính

bệnh nhân. Việc tổ chức các câu lạc bộ cho bệnh nhân tự kiểm soát cơn đau và hỗ trợ lẫn nhau về trải nghiệm xử trí đau làm cho chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân này cải thiện tốt hơn.

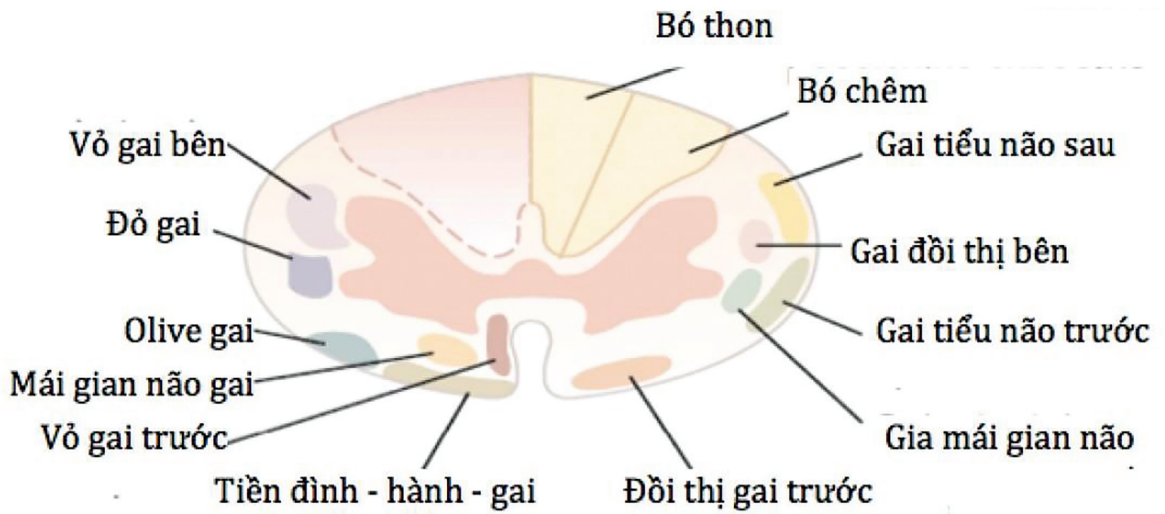
Để ngăn ngừa đau cấp trở thành mạn, còn phải kiểm soát các yếu tố nguy cơ như: béo phì, khiêng vác nặng, di truyền và môi trường, hút thuốc, các bệnh biến dạng bẩm sinh ở cột sống. Do đó bệnh nhân cần được điều trị đúng và đủ để ngăn chặn cơn đau cấp trong các thủ thuật ngoại khoa, sản khoa, hay đối với các tổn thương lúc đầu của đau thần kinh. Vì khi đau trở thành mạn tính, những yếu tố liên quan tâm thể rất quan trọng, một sự phối hợp điều trị liên chuyên khoa là rất cần thiết.

Người ta nhận thấy, những bệnh nhân đau mạn tính sống lạc quan, tập thể dục thường xuyên và chấp nhận

tình trạng đau của mình để có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Như vậy, nếu kiểm soát tốt đau trước, trong và sau các cuộc phẫu thuật như chấn thương chỉnh hình, phẫu thuật tim mạch, phẫu thuật sản khoa, thì tỉ lệ đau mạn tính xuất hiện sau đó rất thấp. Còn các nghiên cứu về đau thần kinh trong thời gian gần đây cho thấy: Sự phối hợp điều trị bằng phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc cho kết quả điều trị tốt hơn hẳn so với việc điều trị thuốc đơn thuần.

Một số nghiên cứu gần đây cho thấy, nếu điều trị bằng một loại thuốc hay nhiều loại thuốc thì hiệu quả điều trị chỉ đạt được 40% đến 50%. Như vậy, đối với các bệnh nhân đau mạn tính, không thể chỉ dựa vào thuốc để kiểm soát được các cơn đau dai dẳng. Chính các phương pháp không dùng thuốc và chương trình kiểm soát đau



**Các đường đi xuống**

**Các đường đi lên**

*Ảnh minh họa*

dùng thuốc cho từng đối tượng và trong từng giai đoạn cụ thể, vì đau mạn tính bao hàm những phản ứng tương tác phức tạp về sinh học, tâm lý học, xã hội học. Do đó, một phương pháp điều trị đơn thuần không thể có hiệu quả để làm giảm đau hay là làm giảm các biến chứng của đau mạn tính. Chuẩn mực chính là tích hợp nhiều phương pháp can thiệp dùng thuốc và không dùng thuốc, tác động vào các tình huống cá thể hóa trên bệnh nhân đau mạn tính.

**3. KẾT LUẬN**

Việc điều trị đau mạn tính rất cần sự phối hợp của người bệnh và thân nhân. Sử dụng các phương pháp dùng thuốc các liệu pháp không dùng thuốc như: liệu pháp thay đổi nhận thức hành vi, thiền định, Yoga, các phương pháp vật lý trị liệu hay phục hồi chức năng, giúp cho chất lượng cuộc sống bệnh nhân đau mạn tính được tốt hơn, cường độ và tần suất đau giảm hơn. Những bệnh nhân đau mạn

tính, đặc biệt là đau trong ung thư, cần có suy nghĩ tích cực và lạc quan, thay đổi cách nghĩ về cơn đau, tránh suy nghĩ tiêu cực và tập trung quá nhiều về cơn đau. Thường xuyên thực hành thiền định, hãy hoạt động những việc có ích, tránh căng thẳng về tinh thần. Tìm các thú vui giải trí thích hợp, dành thời gian cho gia đình và bạn bè, tham gia vào việc tự kiểm soát cơn đau cùng với các bệnh nhân khác và người hỗ trợ.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Borsook D. (2012). Neurological diseases and pain. Brain 2012;135(2):320–44.
2. Chen N, Zhang J, Wang P, et al. (2015). Functional alterations of pain processing pathway in migraine patients with cutaneous allodynia. Pain Med 2015;16(6): 1211–2.
3. Harden RN, Kaye AD, Kitanar T, et al. (2013). Evidence-based guidance for the management of postherpetic neuralgia in primary care. Postgrad Med 2013;125(4): 191–202.
4. Silva GD, Lopes P, Fonoff ET, et al. (2015). The spinal anti-inflammatory mechanism of motor cortex stimulation: cause of success and refractoriness in neuropathic pain. J Neuroinflammation 2015;12(1):10.
5. Rivkin A, Rivkin MA. (2014). Perioperative nonopioid agents for pain control in spinal surgery. Am J Health Syst Pharm 2014;71(21):1845–57.