

Kết quả điều trị đa mô thức trên các bệnh nhân đau mạn tính tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Triệu Thị Tạo¹, Bùi Thị Huyền¹, Nguyễn Thị Khánh¹, Trần Văn Tuấn²
Món Thị Uyên Hồng², Lê Thị Quyên², Nguyễn Thị Minh Nguyệt², Nguyễn Đình Duy¹

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên¹
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng các bệnh lý đau mạn tính điều trị bằng phương pháp đa mô thức tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng: Gồm 121 bệnh nhân mắc các bệnh lý đau mạn tính điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 6 năm 2022.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Độ tuổi trung bình: $68,63 \pm 15,21$. Bệnh nhân được điều trị nội khoa đơn thuần: 35,5%; điều trị nội khoa kết hợp phục hồi chức năng 58,7%; điều trị nội khoa kết hợp ngoại khoa 5%, điều trị kết hợp giữa nội khoa, ngoại khoa và phục hồi chức năng 0,8%. Thang điểm VAS trước điều trị: $5,26 \pm 1,28$, VAS sau điều trị $2,38 \pm 0,67$ ($p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh nhân đau mạn tính đáp ứng tốt với điều trị bằng phương pháp đa mô thức.

Từ khóa: Đau mạn tính, điều trị đa mô thức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là cảm giác khó chịu xảy ra khi gặp phải tổn thương mô tế bào, các dây thần cảm giác đóng vai trò truyền cảm giác đau đến não bộ. Theo thời gian và tính chất, có thể chia thành 3 loại là đau cấp tính, đau bán cấp và đau mạn tính. Trong đó, đau mạn tính là những cơn đau kéo dài trên 3 tháng, tái đi tái lại nhiều lần dù tổn thương đã lành. Đa phần đau

mạn tính xuất phát từ những bệnh lý mạn tính, khó hồi phục như: đau dây V, đau lưng, hội chứng cổ vai cánh tay, viêm xương khớp, viêm khớp dạng thấp, ung thư, đau sau phẫu thuật, đột quỵ... Đau mạn tính có thể xảy ra sau một cơn đau cấp tính, nhưng kéo dài hơn do nhiều yếu tố tác động.

Đau mạn tính ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe tinh thần, là nguyên nhân dẫn đến trầm cảm, thay đổi tính cách, giảm hoạt động xã hội. Đặc biệt, những người bị cơn đau mạn tính hành hạ thường có thời gian ngủ ngắn hơn, chất lượng giấc ngủ kém, tinh thần lo lắng nhiều, bệnh nhân gặp phải tình trạng đau mạn tính đều bị ảnh hưởng sức khỏe và tâm lý rất nghiêm trọng, do đó lựa chọn phương pháp điều trị phối hợp là cần thiết bên cạnh điều trị bệnh lý gây đau với mục đích là giảm cường độ đau, giảm tái phát cơn đau. Nhiều người khi bị đau thường nghĩ đến sử dụng thuốc giảm đau, tuy nhiên loại thuốc này tác dụng nhanh nhưng không đem lại hiệu quả tốt với đau mạn tính. Tùy vào trường hợp mà điều trị đau mạn tính khác nhau, hiện tại chưa có thuốc điều trị đau mạn tính tối ưu, song ưu tiên kết hợp điều trị thuốc và các biện pháp không dùng thuốc là cần thiết để người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn, giảm căng thẳng tinh thần cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Khảo sát thực trạng các bệnh lý đau mạn

tính điều trị tại khoa Thần kinh bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm những bệnh nhân mắc các bệnh lý đau mạn tính điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022.

- Địa điểm: Khoa Thần kinh - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không phân biệt nam nữ, có thời gian đau trên 3 tháng.
- + Bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông.
- + Bệnh nhân đau vai gáy.
- + Đau dây thần kinh số V.
- + Đau thần kinh sau zona.
- + Đau đầu Migrain.

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + Các bệnh nhân đau thời gian dưới 3 tháng.
- + Tuổi < 18 .

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang
- Phương pháp nghiên cứu: mô tả có phân tích
- Các bước tiến hành
 - + Tất cả các bệnh nhân bị đau mạn tính thỏa

mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ để đưa vào nghiên cứu.

+ Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất theo từng nhóm bệnh ở tiêu chuẩn lựa chọn

+ Các bệnh nhân được khám lâm sàng, chỉ định các kỹ thuật cận lâm sàng để hoàn thiện bệnh án nghiên cứu.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- + Tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân gây bệnh.
- + Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ đau trước và sau điều trị
- + Các phương pháp điều trị được áp dụng trên bệnh nhân
- + Các thủ thuật áp dụng trong điều trị trên các bệnh nhân đau mạn tính
- + Thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau

2.4. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Các số liệu thu thập cho nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích khoa học và các thông tin liên quan cá nhân sẽ được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số BN (n= 121)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	46	38,0
	Nữ	75	62,0
Tuổi trung bình		68,63 $\pm$ 15,21	
Nghề nghiệp	Hành chính	2	1,7
	Công nhân	5	4,1
	Nông dân	49	40,5
	Hưu trí	58	47,9
	Khác	7	5,8

Nhận xét: Giới mắc bệnh nữ nhiều hơn nam, tuổi trung bình trong số các bệnh nhân nghiên cứu là 68,63. Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân và người hưu trí 98,4%.

Bảng 3.2. Phân bố nguyên nhân gây đau mạn tính theo giới.

Nguyên nhân	Giới	Nam		Nữ		Tổng
		Số BN (n= 46)	Tỷ lệ %	Số BN (n=75)	Tỷ lệ %	
Đau cột sống cổ		7	5,8	7	5,8	14 (11,6%)
Đau cột sống ngực và thắt lưng		32	26,4	59	48,8	91 (75,2%)
Đau dây thần kinh số V		4	3,3	5	4,1	9 (7,4%)
Đau sau Zona		3	2,5	2	1,7	5 (4,2%)
Đau đầu Migrain		0	0	2	1,7	2 (1,7%)
Tổng		46	38%	75	62%	121 (100%)

Nhận xét: Nhóm nguyên nhân đau cột sống ngực và thắt lưng chiếm tỷ lệ cao, trong đó nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới.

Bảng 3.3. Mức độ đau phân bố theo nhóm bệnh

Nguyên nhân	Mức độ		Đau nhẹ		Đau vừa		Đau nặng		Đau rất nặng		Đau không chịu được	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau cột sống cổ	2	1,7	10	8,3	2	1,7	0	0	0	0	0	0
Đau cột sống ngực và thắt lưng	7	5,8	23	19,0	44	36,4	16	13,2	1	0,8	0	0
Đau dây thần kinh số V	0	0	2	1,7	5	4,1	1	0,8	1	0,8	0	0
Đau sau Zona	0	0	2	1,7	3	2,5	0	0	0	0	0	0
Đau đầu Migrain	0	0	0	0	2	1,7	0	0	0	0	0	0
Tổng	9	7,4	37	30,6	56	46,3	17	14,0	2	1,7	0	0

Nhận xét: Các bệnh nhân chủ yếu ở mức độ đau vừa và đau nặng chiếm tỷ lệ 76,9%.

Bảng 3.4. Cận lâm sàng

Cận lâm sàng		Số BN (n= 121)	Tỷ lệ %	Tổng
Không làm		16	13,2	73 (60,3%)
X quang		29	24	
CT scanner		3	2,5	
MRI	Thoát vị	21	17,4	
	Xẹp đốt sống	45	37,2	
	Xung đột mạch máu thần kinh	1	0,8	
	U hoặc K	2	1,7	
	Bình thường	4	3,3	

Nhận xét: Số bệnh nhân đau mạn tính được chụp MRI chiếm tỷ lệ 60,3%, các kỹ thuật khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.5. Một số phương pháp điều trị đau mạn tính

STT	Phương pháp điều trị	Số BN (n=121)	Tỷ lệ %
1	Nội khoa đơn thuần	43	35,5
2	Nội khoa + PHCN	71	58,7
3	Nội khoa + Ngoại khoa	6	5,0
4	Nội khoa + Ngoại khoa + PHCN	1	0,8
	Tổng	121	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp nội khoa kết hợp với PHCN chiếm tỷ lệ cao nhất 58,7%.

Bảng 3.6. Một số thủ thuật áp dụng trong điều trị đau mạn tính

STT	Thủ thuật	Số BN (n=121)	Tỷ lệ %
1	Tiêm phong bế rễ thần kinh	58	47,9
2	Tiêm ngoài màng cứng	14	14
3	Tiêm thẩm phân	2	1,7
4	Đổ xi măng sinh học	39	32,1
5	Không	4	3,3
6	Diệt hạch Gasser	1	0,8
	Tổng	121	100

Nhận xét: Số bệnh nhân đau mạn tính được tiêm phong bế rễ thần kinh và đổ xi măng sinh học chiếm tỷ lệ nhiều nhất lần lượt là 47,9%; 32,1%.

Bảng 3.7. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Thang điểm VAS	Trước điều trị $\bar{X} \pm SD$	Sau điều trị $\bar{X} \pm SD$	P
Nguyên nhân			
Đau cột sống cổ	4,07 ± 0,47	1,71 ± 0,47	< 0,05
Đau cột sống ngực và thắt lưng	5,42 ± 1,26	2,46 ± 2,67	< 0,05
Đau dây thần kinh số V	5,44 ± 1,51	2,67 ± 1,00	< 0,05
Đau sau Zona	4,80 ± 0,84	2,40 ± 0,55	< 0,05
Đau đầu Migrain	5,0 ± 0,00	2,5 ± 0,71	> 0,05
Tổng	5,26 ± 1,28	2,38 ± 0,67	< 0,05

Nhận xét: Sử dụng thang điểm VAS đánh giá mức độ đau của bệnh nhân trước và sau điều trị bằng phương pháp đa mô thức cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,05.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ đau mạn tính ở giới nữ/nam là 1,63 (75/46 BN). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu NHANES của tác giả Umeda và Kim (2019)¹ là 1,43: Sự chênh lệch giới tính trong tỷ lệ đau mạn tính ở giới nữ gặp nhiều hơn là do giới nữ sử dụng thời gian cho hoạt động dục thể thao, giải trí ít hơn giới nam. Kết quả nghiên cứu của Wang và cộng sự (2017)² lại cho rằng: Giới nữ gặp nhiều hơn giới nam là do liên quan đến biến đổi hormone sinh dục; phụ nữ mãn kinh tỷ lệ hormone thấp do vậy tỷ lệ thoái hóa ở giới nữ gặp nhiều hơn.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $68,63 \pm 15,2$. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Kalichman và cộng sự³ tuổi trung bình là $52,7 \pm 10,8$ tuổi. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với y văn thế giới là lứa tuổi đau mạn tính chủ yếu gặp ở lứa tuổi tuổi trung niên và người lớn tuổi.⁴ Đau mạn tính thường gặp ở người nông dân và người cao tuổi kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Xiao và cộng sự.⁵

4.2. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân gây đau mạn tính chủ yếu do bệnh lý đau cột sống cổ, đau cột sống ngực và cột sống thắt lưng do thoái hóa, thoát vị, xếp đốt sống chiếm 86,8% và gặp ở giới nữ nhiều hơn, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Manchikanti và cộng sự (2009)⁶: Tỷ lệ đau cột sống suốt đời đã được báo cáo là 54% đến 80%. Chúng tôi cho rằng: Các bệnh đau dây thần kinh số V, đau thần kinh sau Zona, đau đầu Migrain không phổ biến như đau cột sống nên số bệnh nhân trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ nhỏ lần lượt là 7,4%; 4,2%; 1,7%. Do số lượng mẫu nghiên cứu nhỏ nên không đại diện được sự khác biệt giữa giới nam và giới nữ.

Các nguyên nhân gây đau mạn tính trong nghiên

cứu này đo theo thang điểm VAS có mức độ đau vừa và đau nặng lúc vào viện chiếm tỷ lệ nhiều nhất 76,9%; chiếm tỷ lệ ít nhất là mức độ đau không thể chịu đựng được (1,7%) trong đó có 1 bệnh nhân đau dây thần kinh số V phù hợp với y văn miêu tả là đau rất “ghê gớm” và thường được ví là loại đau khủng khiếp nhất mà con người biết đến.⁷

Trong nghiên cứu này số bệnh nhân được sử dụng kỹ thuật cao như chụp MRI để phục vụ cho chẩn đoán chiếm tỷ lệ nhiều (60,3%) và số bệnh nhân được sử dụng các thủ thuật để giảm đau cao, chiếm tỷ lệ nhiều nhất là tiêm phong bế rễ thần kinh và đồ xi măng sinh học lần lượt là 47,9%; 32,1%. Vì mẫu nghiên cứu được thu thập tại khoa nội Thần kinh nên 100% số bệnh nhân được điều trị nội khoa trong đó phương pháp kết hợp với tập phục hồi chiếm tỷ lệ cao nhất 58,7% kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Borys và cộng sự (2015).⁸

Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS trước điều trị là $5,26 \pm 1,28$; sau điều trị $2,38 \pm 0,67$. Sử dụng biện pháp điều trị đa mô thức trong đau mạn tính có hiệu quả tốt, sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Borys và cộng sự (2015),⁸ Kopf và Gjoni (2015)⁹ đã khẳng định rằng: Điều trị đa mô thức là sự lựa chọn thích hợp và cần thiết trong điều trị các cơn đau mạn tính.

KẾT LUẬN

- Trong các nguyên nhân gây đau mạn tính đau cột sống chiếm tỷ lệ nhiều nhất 86,8%.

- Giới nữ gặp nhiều hơn giới nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,43.

- Độ tuổi trung bình $68,63 \pm 15,2$.

- Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm VAS: trước điều trị là $5,26 \pm 1,28$; sau điều trị: $2,38 \pm 0,67$. Bệnh nhân đau mạn tính đáp ứng tốt với phương pháp điều trị đa mô thức với $p < 0,05$.

SUMMARY

Results of a multimodal treatment program for patients with chronic pain at Thai Nguyen central hospital

Objective: To evaluate the current status of chronic pain diseases treated by multimodality method at the Department of Neurology - Thai Nguyen Central Hospital.

Subjects: 121 patients with chronic pain diseases inpatient treatment at the neurology department - Thai Nguyen Central Hospital from January 2022 to June 2022. Methods: Cross-sectional study.

Results: Average age: 68.63 ± 15.21 . Patients treated with medical: 35.5%; medical treatment combined with rehabilitation 58.7%; medical treatment combined with surgery 5%, combined treatment between medicine, surgery and rehabilitation 0.8%. VAS score before treatment: 5.26 ± 1.28 , VAS after treatment 2.38 ± 0.67 .

Conclusion: Patients with chronic pain responded to multimodality therapy.

Keywords: Chronic pain, multimodality treatment.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Umeda M, Kim Y. Gender Differences in the Prevalence of Chronic Pain and Leisure Time Physical Activity Among US Adults: A NHANES Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6):988. doi:10.3390/ijerph16060988
2. Wang YXJ, Káplár Z, Deng M, Leung JCS. Lumbar degenerative spondylolisthesis epidemiology: A systematic review with a focus on gender-specific and age-specific prevalence. *J Orthop Transl*. 2016;11:39-52. doi:10.1016/j.jot.2016.11.001
3. Kalichman L, Kim DH, Li L, Guermazi A, Berkin V, Hunter DJ. Spondylolysis and spondylolisthesis: prevalence and association with low back pain in the adult community-based population. *Spine*. 2009;34(2):199-205. doi:10.1097/BRS.0b013e31818edcfd
4. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. *Clin J Pain*. 2005;21(6):513-523. doi:10.1097/01.ajp.0000146217.31780.ef
5. Xiao H, McCurdy SA, Stoecklin-Marais M, Li CS, Schenker MB. Agricultural work and chronic musculoskeletal pain among Latino farm workers: the MICASA Study. *Am J Ind Med*. 2013;56(2):216-225. doi:10.1002/ajim.22118
6. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA, American Society of Interventional Pain Physicians. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain Physician*. 2009;12(4):E35-70.
7. Comparison of the long-term results of microvascular decompression and percutaneous trigeminal neurolysis for the treatment of trigeminal neuralgia. *Int Congr Ser*. 2002;1247:629-643. doi:10.1016/S0531-5131(02)01108-1
8. Borys C, Lutz J, Strauss B, Altmann U. Effectiveness of a Multimodal Therapy for Patients with Chronic Low Back Pain Regarding Pre-Admission Healthcare Utilization. *PLoS ONE*. 2015;10(11). doi:10.1371/journal.pone.0143139
9. Kopf A, Gjoni E. [Multimodal therapy programs for chronic pain]. *Anaesthesist*. 2015;64(2):95-107. doi:10.1007/s00101-014-2418-4.