

Hệ thống đơn vị chống đau: hiệu quả hoạt động và tầm nhìn

Nguyễn Văn Chương

Chủ tịch Hội Chống đau Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo Các chứng đau ở Việt Nam có tỷ lệ rất cao (86,53% dân số), trong đó có 63,43% đau mạn tính và 67,71% có ảnh hưởng tới hoạt động nghề nghiệp; 37,84% có đau nặng và rất nặng. Trung bình 54,1 năm trong cuộc đời, các bệnh nhân phải chịu 1,86 năm sống trong đau đớn. Việc điều trị đau rất tốn kém (46,55% bệnh nhân chi trả cho việc khám và điều trị ≥ 150 USD trong 6 tháng gần đây). Kết quả điều trị đau hạn chế; 61,98% số bệnh nhân đau hài lòng với kết quả điều trị, 19,5% không hài lòng. Để nâng cao hiệu quả điều trị đau trên lâm sàng Hội Chống đau Hà Nội đã xây dựng Hệ thống Đơn vị chống đau (ĐVCD) theo mô hình riêng và đã hoạt động hiệu quả trong 7 năm qua.

Mục tiêu: 1. Xác định nguyên nhân gây hạn chế kết quả điều trị đau; 2. Tìm ra giải pháp nâng cao kết quả điều trị đau trong thực hành lâm sàng; 3. Giới thiệu 3 bệnh nhân nặng, khó đã được điều trị thành công và nêu bài học cho mỗi trường hợp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phân tích kết quả hoạt động khám và điều trị của 6 ĐVCD thuộc Hội Chống đau Hà Nội, tọa đàm về kinh nghiệm điều trị giữa các ĐVCD.

Kết quả: xác định được nguyên nhân cản trở kết quả điều trị đau là: *Về khách quan*; Bệnh nhân trì hoãn đi khám; Không có cận lâm sàng chẩn đoán đau; Đau chưa được quan tâm đúng mức; Thiếu hành lang pháp lý và điều kiện làm việc thuận lợi; *Về chủ quan*: Cán bộ y tế không được đào tạo về đau nên thiếu kỹ năng quản lý đau cơ bản; Nhiều loại đau, nhiều liệu pháp điều trị, quá nhiều khuyến cáo (gây hoang mang, lệ thuộc vào khuyến cáo; vận

dụng thụ động giáo điều; Bệnh nhân đã được khám và điều trị ở nhiều nơi, qua nhiều chuyên gia làm bác sĩ trẻ thiếu tự tin khi điều trị tiếp. Giải pháp cho các vấn đề trên là: Tích cực đào tạo và tự đào tạo về đau; Tiếp cận bệnh nhân đau *Chắc chắn* (nắm chắc giải phẫu vùng, nắm vững kỹ năng khám lâm sàng thần kinh, C-X-K..., nắm vững lâm sàng các loại đau); *Tỉ mỉ* (Khai thác bệnh sử tỉ mỉ, thao tác khám tỉ mỉ, chính xác); *Khoa học* (Phân tích tìm cấu trúc gây đau từ ngoài vào trong, xác định chính xác cấu trúc đang bị đau); *Sáng tạo* (Phải có “bản lĩnh lâm sàng” trong chẩn đoán và điều trị đau, Sử dụng thuốc và khuyến cáo một cách sáng tạo, không dập khuôn máy móc, giáo điều). *Có kỹ năng thực hiện các thủ thuật lâm sàng* (phong bế thần kinh, tiêm gân-cơ-khớp...). Qua 3 bệnh nhân khó được điều trị thành công nhờ thủ thuật lâm sàng, các bài học sau cần sáng tỏ: Kỹ năng phong bế thần kinh và tiêm cơ-khớp-dây chằng là chìa khóa cho điều trị đau thành công; Cần có bản lĩnh lâm sàng để chẩn đoán và vận dụng một cách sáng tạo các liệu pháp điều trị đau. Tự tin, quyết đoán trong hành động.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chứng bệnh đau chiếm tỷ lệ rất cao trong cộng đồng và trong thực hành khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế của Việt Nam. Theo thống kê năm 2015 của Hội Chống đau Hà Nội, có tới 86,53% dân số Việt Nam phải chịu các chứng đau khác nhau vào thời điểm điều tra, trong đó có 63,43% số người bị đau mạn tính và 67,71% đau có ảnh hưởng tới hoạt động nghề nghiệp. Số người có đau nặng và rất nặng 37,84%. Với tuổi trung bình 54,1 năm,

các bệnh nhân phải chịu 1,86 năm sống trong đau đớn. Việc điều trị chăm sóc bệnh nhân đau rất tốn kém (46,55% số người có đau chi trả cho việc khám và điều trị ≥ 150 USD trong 6 tháng gần đây). Tuy nhiên kết quả điều trị đau vẫn còn hạn chế; chỉ có 61,98% số bệnh nhân được điều trị đau hài lòng với kết quả điều trị, 19,5% không hài lòng. Chính vì vậy đa số bệnh nhân đã phải đi khám và điều trị ở nhiều bệnh viện khác nhau từ địa phương đến trung ương nên hành trình khám chữa bệnh lại càng thêm mệt mỏi và tốn kém. Để giải nâng cao chất lượng điều trị đau Hội Chống đau Hà Nội đã tư vấn, thành lập 14 ĐVCD tại các bệnh viện cấp tỉnh và ngành. Sau 7 năm hoạt động chúng tôi đã thống kê hoạt động của 6 ĐVCD tiêu biểu và tổng hợp ý kiến của các nhà lâm sàng tại các ĐVCD thuộc các bệnh viện tỉnh và ngành nhằm đánh giá hoạt động theo các mục tiêu sau:

1. Xác định nguyên nhân gây hạn chế kết quả điều trị đau
2. Tìm ra giải pháp nâng cao kết quả điều trị đau trong thực hành lâm sàng
3. Giới thiệu 3 bệnh nhân nặng, khó đã được điều trị thành công và nêu bài học cho mỗi trường hợp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: thống kê, phân tích số liệu
Địa điểm nghiên cứu: đa trung tâm, gồm 6 ĐVCD thuộc các bệnh viện và cơ sở khám chữa bệnh.

Thời gian nghiên cứu: 10 tháng (từ tháng 3 đến tháng 12/2019).

Phương pháp nghiên cứu:

- Phân tích số liệu hoạt động khám chữa đau: của 6 ĐVCD (ĐVCD Hà Nội; BVQY110; BV198; Khoa CXK-TK và TT Đột quỵ BV Phú Thọ; BV PHCN Nghệ An); với 29 nhân viên phục vụ; 29.823 lượt bệnh nhân được khám chữa bệnh.
- Tổ chức hội thảo khoa học chuyên đề, tọa đàm với nhân viên điều tra nguyện vọng.

Nội dung nghiên cứu:

- Mô tả và nhận xét nhân sự (tuổi, giới, học vị, chuyên ngành, tình trạng đào tạo chống đau, năng lực và kỹ năng thực hành)
- Thống kê các chỉ định điều trị cần thiết và khả năng đáp ứng của đơn vị.
- Thống kê các liệu pháp và hoạt động điều trị đau.
- Tọa đàm trao đổi về kinh nghiệm điều trị giữa các ĐVCD dưới hình thức hội nghị chuyên đề tháng 3 tại BV Quân y 103 và tháng 10/2019 tại BV Đa khoa/BV Trường Đại học Y Thái Nguyên.

Xử lý số liệu: tính tỷ lệ đơn thuần, tổng hợp ý kiến.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN:

3.1. Đặc điểm chung

- **Đặc điểm về tổ chức:**

Được chỉ đạo trực tiếp sát sao của Ban Giám đốc, tổ chức hoạt động được hỗ trợ vĩ mô từ trên xuống trong việc điều chuyển phân luồng bệnh nhân. Được đặt tại và quản lý bởi các khoa Cơ Xương-Khớp; Thần kinh và Phục hồi chức năng.

- **Đặc điểm nhân sự**

Bảng 1. Thành phần nhân sự

ĐV Chống đau		Hà Nội	BVQY 110	BV 198	Khoa CXK-Tk	TT Đột quỵ	PHCN Nghệ An
Số lượng	Nam	2	2	1	2	2	2
	Nữ	2	4	3	3	3	3
	Cộng	4	6	4	5	5	5

Học vị	Bác sĩ	3	2	2	3	3	2
	Điều dưỡng	1	2	2	2	2	3
	Dược sĩ		1				
	Tài chính		1				
	Tiến sĩ	1			1	1	
	Thạc sĩ/CK1; CK2	2	2	2	2	2	
	Đào tạo chuyên sâu đau	0	0	0	0	0	0
Chuyên ngành	Thần kinh	3	1	2	1	3	
	Cơ-xương-khớp				2		1
	PHCN/ YHCT		1				1

Nhận xét và bàn luận: Mỗi ĐVCD có 2-3 bác sĩ và 1-2 điều dưỡng viên; Chuyên ngành của các bác sĩ cơ bản là Thần kinh; nội Cơ- Xương- khớp và phục hồi chức năng; 100% bác sĩ chưa được đào tạo quản lý đau cơ bản. Với lực lượng chuyên môn này các ĐVCD đã hoạt động rất hiệu quả. Tuy nhiên chúng tôi cũng thấy mỗi ĐVCD nên có các bác sĩ của ít nhất 3 chuyên ngành là Thần kinh, Cơ- Xương- Khớp và Điều trị vật lý mới đảm bảo được yêu cầu lâm sàng, một điều quan trọng nữa là các bác sĩ và điều dưỡng

viên tại đây cần được đào tạo cơ bản về chống đau.

3.2. Kết quả hoạt động

- *Tính chung hoạt động của 6 trong 10 tháng như sau:*

Khám và điều trị: 29.823 lượt BN.

Tiêm ngoài màng cứng, tiêm cột sống và Phong bế dây TK: 14.300 lượt BN.

Tiêm bao gân và điểm bấm: 1.579 lượt BN.
Điều trị vật lý: 6.928 lượt BN.

- *Yêu cầu thực tế lâm sàng và năng lực đáp ứng của 6 ĐV Chống đau.*

Bảng 2. Năng lực hoạt động chống đau của 6 ĐV Chống đau so với nhu cầu thực tế

STT	Hoạt động		Số BN	Năng lực đáp ứng BN (%)
1	Khám nhận biết và chẩn đoán bệnh	Đau đầu do mạch máu (migraine, viêm động mạch thái dương nông, đau đầu chuỗi, đau đầu do căng thẳng)	4.005	3.765 (94,0)
		Đau dây thần kinh ngoài sọ (DTK chẩm, DTK tai lớn, DTK tai- thái dương, DTK VII, DTKV...)	440	379 (86,14)
		Đau đầu do viêm xoang	577	402 (69,67)
		Bệnh DTK vùng thân (DTK trên gai, DTK dưới gai, DTK liên sườn)	120	72 (60,0)
		Bệnh thần kinh các chi (DTK hông ta, DTK chày, DTK mác, DTK trụ, giữa, quay)	211	171 (81,04)
		Bệnh lý gân và dây chằng	1.579	877 (55,54)
		Bệnh lý nội khớp	95	87 (91,58)
		Cộng	7.027	5.753 (81,87)

STT	Hoạt động	Số BN	Năng lực đáp ứng BN (%)
2	Thực hiện thủ thuật	Tiêm ngoài màng cứng CS cổ	67
		Tiêm ngoài màng cứng CSTL	592
		Phong bế DTK	771
		Tiêm cạnh sống	5.755
		Tiêm gân, điểm bám gân	1.579
		Cộng	8.764
3	Hoạt động điều trị vật lý và phục hồi chức năng	24.533	20.033 (81,66)
Tổng cộng		40.324	32.803 (81,35)

Nhận xét và bàn luận: Số lượt khám chữa trung bình 1 mỗi ngày ở 1 ĐVCD là tương đối cao: $(40.324/10/6/28 = 24,00 \text{ BN})$. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu khám chữa đau chung ở 6 ĐVCD khá tốt: 81,35%, trong đó khám phát hiện và chẩn đoán bệnh đáp ứng được 81,87%, thực hiện thủ thuật đáp ứng 80,07% và ứng dụng các liệu pháp điều trị vật lý và phục hồi chức năng đáp ứng 81,66%. Tuy nhiên những bệnh gây đau đớn hiểm gặp thường không được phát hiện đầy đủ do các bác sĩ chưa được trang bị kiến thức chuyên ngành cần thiết về Thần kinh hoặc Nội Cơ - Xương - Khớp; nhiều thủ thuật lâm sàng còn lặt lể với các nhân viên trong ĐVCD, hoặc các tình huống phức tạp chưa có nguyên tắc xử lý thống nhất.

3.3. Tọa đàm trao đổi về kinh nghiệm điều trị

- Hình thức tổ chức: Trong năm Hội Chống đau Hà Nội đã phối hợp với các cơ sở bệnh viện tổ chức được 2 buổi sinh hoạt khoa học (Hội nghị chuyên đề tháng 3 tại BV Quân y 103 và tháng 10/2019 tại BV Đa khoa/BV Trường Đại học Y Thái Nguyên). Tại đây các bác sĩ thuộc 14 ĐVCD và các bác sĩ chuyên ngành khác làm việc thực tế điều trị đau hàng ngày từ các tỉnh đã thảo luận về nâng cao chất lượng hoạt động điều trị đau tại các cơ sở.

- Hội nghị xác định được 2 nhóm nguyên nhân chính cản trở hoạt động khám chữa đau là các nguyên nhân chủ quan và nguyên nhân khách quan.

Về nguyên nhân khách quan: Bệnh nhân trì hoãn đi khám khiến bệnh nặng và mạn tính làm khó chữa; Không có cận lâm sàng chẩn đoán đau, không có minh chứng xác định chẩn đoán; bản thân chứng bệnh đau còn chưa được quan tâm đúng mức; Thiếu hành lang pháp lý để có động lực và điều kiện làm việc thuận lợi.

Về chủ quan: Cán bộ y tế không được đào tạo về đau, thiếu kỹ năng quản lý đau cơ bản nên làm việc lúng túng; Khám đau phức tạp cần nhiều kỹ năng lâm sàng, không biết khám không chẩn đoán được; Đau chồng lấn nhiều mô trên 1 vùng cơ thể - làm khó chẩn đoán phân biệt; Nhiều loại đau, nhiều liệu pháp điều trị - khó chọn liệu pháp phù hợp do thiếu kỹ năng; Quá nhiều khuyến cáo: gây hoang mang, lệ thuộc vào khuyến cáo, vận dụng thụ động giáo điều; Bệnh nhân đã được khám và điều trị nhiều nơi, chuyên gia - làm bác sĩ trẻ thiếu tự tin khi điều trị tiếp.

3.4. Giải pháp cho các vấn đề trên là:

Tích cực đào tạo và tự đào tạo về đau; Tiếp cận bệnh nhân đau phải đảm bảo:

- *Chắc chắn* (nắm chắc giải phẫu vùng, nắm

vững kỹ năng khám lâm sàng thần kinh, Cơ- Xương- Khớp, nắm vững lâm sàng các loại đau).

- *Tỉ mỉ* (Khai thác bệnh sử tỉ mỉ, thao tác khám tỉ mỉ, chính xác); *Khoa học* (Phân tích tìm cấu trúc gây đau từ ngoài vào trong, xác định chính xác cấu trúc đang bị đau).

- *Sáng tạo* (Phải có “bản lĩnh lâm sàng” trong chẩn đoán và điều trị đau, Sử dụng thuốc và khuyến cáo một cách sáng tạo, không dập khuôn máy móc, giáo điều và không phụ thuộc vào khuyến cáo).

- *Có kỹ năng thực hiện các thủ thuật lâm sàng* (phong bế thần kinh, tiêm gân-cơ-khớp...). Cần có bản lĩnh lâm sàng để chẩn đoán và vận dụng một cách sáng tạo các liệu pháp điều trị đau. Tự tin, quyết đoán trong hành động, tạo được sự khác biệt.

3.5. Các ca khó được điều trị thành công và các bài học

1) BN Nguyễn Hữu S. 35 tuổi; Chẩn đoán: Đau do zona tuần thứ 4

- Ngày 25/1/2020 (mồng 1 tết Canh Tý) bệnh khởi phát bệnh với 12-15 cơn/ ngày, VAS 9-10

- Thuốc đã sử dụng: 4v tegretol, 4v amitriptylin, 2v lyrica, 3v neurontin) nhưng không đỡ. Sau gần 1 tháng (21/2/2020) tới cơ sở của chúng tôi điều trị. Chúng tôi duy trì thuốc uống và chỉ định phong bế dây thần kinh trên hố, ngay sau ngày đầu điều trị bệnh giảm 50%, sau 21 ngày điều trị bệnh nhân hết đau. Khi được về bệnh nhân tự bỏ thuốc uống tuy nhiên không có cơn đau lại. Bệnh khỏi tới nay.

Bài học rút ra: Tự tin, quyết đoán, kỹ năng thực hiện thủ thuật Phong bế thần kinh có vai trò quyết định.

2) Bệnh nhân Trần Thị L. 81 tuổi; Chẩn đoán: Đau do herpes virius tuần thứ 4. Từ ngày 13/7/2021 đến 23/7 đau dữ dội, VAS 8-10; bệnh nhân tới cơ sở của chúng tôi và được điều trị kháng virus, corticoid uống, vitamin B, chống gạc tự do, 300 gabapentin, 1500 lyrica, bệnh không giảm.

Ngày 30/7 bệnh nhân được phong bế rễ D7-D8 trái, ngay sau đó đau giảm 80%, vì giãn cách covid-19 bệnh nhân không tới tiêm lại; ngày 13/8 đau vẫn giảm 80%; tình trạng sau đó từ 25/8 tới nay bệnh nhân hết đau hoàn toàn. Bệnh nhân được điều trị hết đau với 1 lần phong bế duy nhất.

Bài học rút ra: Thủ thuật phong bế thần kinh cần được chỉ định sớm, có thể điều trị khỏi đau do zona với chỉ 1 lần phong bế duy nhất.

3) Nguyễn Thị Ph. 66 t; chẩn đoán đau sau herpes; Bị bệnh 1 năm; đau liên tục, VAS 7-9. Bệnh nhân đã được điều trị tại 4 bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương và đã có các chẩn đoán: *bệnh mạch vành*, zona TK; các thuốc chuyên ngành cũng đã được chỉ định, đặc biệt bệnh nhân đã được chuyên gia nước ngoài khám điều trị và đã được điều trị áp đông, sau áp giảm 30% được 1 tuần sau đau lại như cũ. Tháng 6/2021 tới chúng tôi điều trị nhưng bị gián đoạn do dịch Covid-19, cuối tháng 10/2021 được điều trị tiếp, tháng 11/2021 bệnh giảm 80%, sau đó bệnh nhân đã hết đau tới nay .

Bài học: Phong bế thần kinh vẫn có thể thành công khi thủ thuật hiện đại khác (áp đông) thất bại.

4) Đỗ Đình L. 54t; Chẩn đoán: HC TLH phải tháng thứ 3 do TVĐĐ LSS1, tình trạng lâm sàng nặng nề VAS 8-9, bất động, không di chuyển được, điều trị lâu không giảm, nhiều BS cho chỉ định mổ. Bệnh nhân được điều trị tiêm NMC sau 5 ngày đỡ 50%, sau 15 ngày đỡ 80%. Sau đó bệnh nhân được chỉ định tiêm collagen. 3 tuần bệnh nhân hết đau hoàn toàn. Hình ảnh MRI sau 1 năm theo dõi: khối thoát vị nhỏ đi rpx rết không còn chèn ép rễ thần kinh.

Bài học: Tiêm NMC CSTL có thể thành công ở các trường hợp lâm sàng rất nặng nề; khối thoát vị có thể giảm rõ rệt thể tích sau liệu pháp tiêm NMC.

4. KẾT LUẬN:

- Kết quả điều trị đau phụ thuộc nhiều vào bệnh nhân. Việc trì hoãn đi khám chữa bệnh kịp thời gây khó khăn cho công tác điều trị, thiếu hành lang pháp lý khiến hoạt động điều trị đau không có động lực.

- Để đạt kết quả điều trị đau chất lượng bác sĩ

cần tiếp cận công việc một cách chắc chắn, tỉ mỉ, sáng tạo và bác sĩ cần được trang bị kỹ năng thực hiện các thủ thuật lâm sàng.

- Qua 5 bệnh nhân khó được điều trị thành công nhờ thủ thuật lâm sàng cho thấy kỹ năng phong bế thần kinh và tiêm cơ-khớp-dây chằng là chìa khóa cho điều trị đau thành công.

SUMMARY

Introduction; The rate of people suffering from pain in Vietnam is very high (86.53% population), of which 63.43% are chronic pain and affect their professional activities 67.71%. People with severe and very severe pain 37.84%. In average age of 54.1 years of lie, the patients suffered 1.86 years of pain. Pain management is very expensive (46.55% of people pay for pain treatment $\geq$ 150 USD in the last 6 months). The results of pain treatment are still limited; even 61.98% of the patients were satisfied with the treatment results, 19.5% were not satisfied. Hanoi Pain Society has established a own system of Pain Units and they have been working for 7 years.

Objectives: 1. Determine the cause of the limitation of pain treatment results; 2. Finding solutions to improve pain treatment results in clinical practice; 3. Introduce 5 severe and difficult patients who have been successfully treated and give lessons for each case.

Subjects and methods: Analysis of the results of examination and treatment of 6 Pain Units of the Hanoi Pain Society, discussion on treatment experience among pain units.

Results: identified causes hindering the results of pain treatment as follows: *Objectively;* Patient delay in going to the doctor; There is no paraclinical diagnosis of pain; Pain has not been given enough attention; Lack of legal framework for motivation and work conditions; *Subjective:* Health workers are not trained in pain- lack of basic pain management skills; Many types of pain, many therapies, too many recommendations: causing bewilderment, difficult to choose the right therapy; dogma use, dependence on recommendations. *The solutions to the above problems are:* Active pain training and self-training; Approaching pain patients *definitely* (knowing regional anatomy, mastering the skills of clinical neurology, musculoskeletal specialty ..., clinical understanding of all types of pain); *Meticulous* (Exploiting detailed history, manipulating the patient's diagnosis and treatment). meticulous, precise); *Science* (Analyzing to find the structure causing pain from the outside to the inside, accurately identifying the structure that is causing pain); *Creativity* (Must have "clinical bravery" in pain diagnosis and treatment, Creative use of medications and recommendations, mechanically). Skilled in performing clinical procedures (blockade) nerve, tendon-muscle-joint injection, etc.). Through 5 patients with difficult, severe pain, who are successfully treated by clinical procedures, the following lessons need to be clarified: Nerve blockade skills and musculoskeletal-ligament injection are the key to successful pain management; Clinical expertise is required to diagnose and creatively apply pain therapies. Confident and decisive in action.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương, Thái Thị Xuân, Đỗ Thị Lệ Thúy, Vũ Hải Yến, Lê Thị Bích Thủy, Nguyễn Hữu Quang, Nguyễn Tiến Quyền, Nguyễn Đức Minh, Trần Văn Tuấn, Nguyễn Quang Ân, Đinh Huy Cường; Nguyễn Thị Diện (2020)**; Giới thiệu câu lạc bộ đơn vị chống đau và những con số ấn tượng năm 2019; Thần kinh học Việt Nam; 12; 29-2020-21-24
2. **Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM (2012)**, Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. J Pain. 2012 Aug;13(8):773-83. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012.
3. **Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006)**, Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment, Eur J Pain, May;10(4):287-333.
4. **Donald Schopflocher, Paul Taenzer and Roman Jovey (2011)**, The prevalence of chronic pain in Canada. Pain Res Manag. 2011 Nov-Dec; 16(6): 445–450. PMCID: PMC3298051.
5. **Nguyễn Văn Chương; Nguyễn Thùy Linh, Nguyễn Việt Trung (2020)**; Đau dây V do zonz: bài học từ ca bệnh điều trị thành công; Thần kinh học Việt Nam số 29-2020; 17-21;
6. **Nguyễn Văn Chương; Nguyễn Thúy Linh; Nguyễn Việt Trung (2022)**; Đau dây thần kinh tam thoa liên quan với herpes zoster virus: cập nhật - thách thức - triển vọng; Thần kinh học Việt Nam số tháng 32 năm 2022, tr.72-78
7. **Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Minh Hiện, Phan Việt Nga, Phạm Đình Đài, Dương Tạ Hải Ninh, Nguyễn Thị Cúc, Tạ Hồng Nhung (2018)**; Cơ cấu mặt bệnh điều trị nội trú trong 1 năm tại 2 khoa lâm sàng của Bộ môn Nội Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103- Học viện Quân y (số liệu từ 2006-2015). Y học Việt Nam; 471; đặc biệt; 25-36.
8. **Nguyen Van Chuong, Dinh Cong Pho, Nguyen Thi Thanh Thuy, Dinh Toan Nguyen, Nguyen The Luan, Luu Hong Minh, Luong Thi Khai, Nguyen Thuy Linh, Nguyen Trung Kien (2019)** Pain incidence, assessment, and management in Vietnam: a cross-sectional study of 12,136 respondents; Journal of Pain Research 2019;12 769–777