



Điều Trị Đau Thiết Yếu

Tài liệu hội thảo

2016

Tác giả:
Dr Wayne Morriss
Dr Roger Goucke

ĐIỀU TRỊ ĐAU THIẾT YẾU

Tài liệu hội thảo

Tái bản lần 2
2016

Wayne Morris

Bác sĩ gây mê
Christchurch, New Zealand

Roger Goucke

Bác sĩ điều trị đau
Perth, Tây Úc

Khóa Điều trị đau thiết yếu được phát triển nhờ sự hỗ trợ của bộ môn Y học đau, Trường Gây mê Úc – New Zealand



Điều trị đau thiết yếu của Wayne Morriss và Roger Goucke được cấp phép theo Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

Bạn được phép chia sẻ (copy, phân phối và phổ biến công trình này) và được chỉnh sửa (để phù hợp với hoàn cảnh công việc). Bạn phải trích dẫn tác giả khi sử dụng công trình này. Không được phép sử dụng công trình này cho mục đích thương mại. Với bất kỳ việc tái sử dụng hay phân phối nào, cần làm rõ các điều khoản cấp phép công trình này. Bất kỳ điều khoản nào trên đây có thể được dỡ bỏ nếu bạn được cấp phép từ người giữ bản quyền.

Title - Essential Pain Management

Subtitle: Workshop Manual

ISBN: 978-0-9873236-1-3

Format: Paperback

Publication Date: 08/2016

Lời cảm ơn

Chúng tôi trân trọng gửi lời cảm ơn tới Trường gây mê Úc – New Zealand đã ủng hộ chúng tôi phát triển chương trình này.

Chúng tôi bày tỏ lòng biết ơn tới quý Ronald Geoffrey Arnott, hội Gây mê hồi sức Úc, Liên hiệp Quốc tế các hội gây mê, hội Quốc tế về nghiên cứu đau

Chúng tôi chân thành cảm ơn các đồng nghiệp đã góp ý và giúp đỡ chúng tôi xây dựng tài liệu này, đặc biệt Linda Huggins và Gwyn Lewis (New Zealand), Max Sarma và Haydn Perndt (Australia), Gertrude Marun và Harry Aigeeleng (Papua New Guinea), Luke Nasedra (Fiji) và Kaeni Agiomea (Solomon Islands). Đồng thời xin cảm ơn River Gibson giúp vẽ các biểu đồ và Diane Perndt đã giúp trình bày quyển sách.

Chúng tôi vô cùng biết ơn Timothy Pack đã cho chúng tôi sử dụng mô hình RAT của ông.

Rất cảm ơn Michael O'Connor (Anh Quốc), Maurice Hennessy (Úc), Ramesh Menon (New Zealand), Muralidhar Joshi và Palanisamy Vijayanand (Ấn Độ), và Carolina Hayock Loor (Honduras) đã giúp đỡ trong lần tái bản này.

Lưu ý

Chúng tôi đã cố gắng hết sức để cung cấp những thông tin chính xác nhất về liều lượng thuốc và các điều trị khác, tuy nhiên tài liệu này vẫn có thể có lỗi. Ngoài ra, phác đồ điều trị thay đổi tùy quốc gia. Vậy điều quan trọng là người điều trị cần kiểm tra lại lần nữa liều lượng thuốc và sử dụng phán đoán lâm sàng của mình để điều trị.

NỘI DUNG

- 4 Giới thiệu
- 5 Đau là gì?
- 6 Tại sao cần điều trị đau?
- 8 Đánh giá mức độ đau
- 10 Phân loại đau
- 12 Sinh lý và bệnh học đau
- 20 Tổng quan điều trị đau
- 26 Sử dụng thuốc điều trị đau
- 30 Những rào cản của việc điều trị đau
- 32 Sử dụng hệ thống RAT
- 36 Ví dụ về RAT
- 42 Thảo luận nhóm
- 50 Vượt qua rào cản

PHỤ LỤC

- 52 Phụ lục 1: danh mục thuốc cho người lớn
- 56 Phụ lục 2: liều thuốc cho bệnh nhi
- 58 Phụ lục 3: bậc thang giảm đau WHO
- 59 Phụ lục 4: sử dụng morphine cho đau do ung thư
- 60 Phụ lục 5: danh mục thuốc thiết yếu của WHO

GIỚI THIỆU

Đau ảnh hưởng tất cả chúng ta – bất kể già trẻ, giàu nghèo. Đau có nhiều nguyên nhân – ung thư, chấn thương, nhiễm trùng, phẫu thuật – và chúng ta trải nghiệm đau theo nhiều cách khác nhau.

Đau thường là một vấn đề “bị che giấu” và được điều trị không tốt. không phải khi nào chúng ta cũng nhận ra một người đang bị đau. Có rất nhiều rào cản cho việc điều trị đau – ví dụ thái độ của mọi người về vấn đề điều trị đau, thiếu nhân lực cũng như thuốc men.

Đau thường có thể được cải thiện bằng những điều trị rất đơn giản.

Về khía cạnh nào đó, đau như một con chuột (rat) – thứ gây ra nhiều vấn nạn nhưng lại ít khi được nhìn thấy.



Chữ R.A.T cũng là viết tắt của những bước tiếp cận bệnh nhân đau

R = Recognize – nhận diện

A = Assess – đánh giá

T = Treat – điều trị

Điều trị đau thiết yếu (EPM) là một hệ thống giúp tiếp cận điều trị đau và dạy những người khác về điều trị đau.

Những mục tiêu cơ bản của hội thảo này là:

- **Giúp cải thiện nhận diện, đánh giá, và điều trị đau**
- **Giúp giải quyết các rào cản trong điều trị đau**

ĐAU LÀ GÌ?

Hãy nghĩ về một người đã hoặc đang bị đau. Họ mô tả cơn đau của mình như thế nào?

Hội Quốc tế về nghiên cứu đau (International Association for Study of Pain – IASP) định nghĩa đau như sau:

“Đau là một trải nghiệm cảm giác và cảm xúc khó chịu liên quan tới, hoặc dường như liên quan với, các tổn thương mô thực tế hoặc tiềm tàng.”

Định nghĩa này khá phức tạp, tuy nhiên một số điểm quan trọng có thể thấy được:

- Đau là khó chịu
- Cảm xúc (khía cạnh tâm lý) là quan trọng
- Đau không phải lúc nào cũng liên quan tới những tổn thương mô nhìn thấy được. Nói cách khác, bệnh nhân vẫn có thể bị đau ngay cả khi chúng ta không nhìn thấy được nguyên nhân.

Không phải lúc nào bệnh nhân cũng có biểu hiện đau. Cách tốt nhất để biết là hỏi họ xem có đau không.

Một định nghĩa đơn giản hơn về đau là:

“ Đau là cái mà bệnh nhân gọi là đau.”

TẠI SAO NÊN ĐIỀU TRỊ ĐAU?

Ca 1:

Cô T 33 tuổi bị ung thư cổ tử cung. Khối ung thư đã di căn cột sống và cô bị đau đến mức không làm gì được. Bác sĩ nói rằng không có cách nào để điều trị cho cô. Cô đã kết hôn và có hai đứa con, 11 tuổi và 8 tuổi.

Tại sao nên điều trị đau ở bệnh nhân này?

Ca 2:

Ông G 54 tuổi vừa trải qua cuộc phẫu thuật bụng mở điều trị tắc ruột thứ phát do ung thư. Bạn khám bệnh nhân tại khoa ngoại ngay sau cuộc phẫu thuật. Bệnh nhân bị đau dữ dội.

Tại sao nên điều trị đau ở bệnh nhân này?

Đau cấp tính là triệu chứng của tổn thương mô. Đau không được điều trị sẽ gây ra các thay đổi về quá trình viêm trong cơ thể, điều này có thể dẫn đến các tác hại về phương diện tâm lý cũng như thể chất người bệnh. Ngoài ra, đau cấp nếu không được kiểm soát tốt có thể tiến triển thành đau mạn.

Việc điều trị đau hiệu quả mang lại những **lợi ích** cho bản thân bệnh nhân, gia đình, và xã hội (cho bệnh viện và xa hơn nữa là cộng đồng).

Lợi ích cho bệnh nhân:

- Điều trị đau là một việc làm “nhân đạo”
 - Giảm thống khổ
 - Tăng sự tự tin (đặc biệt những bệnh nhân ung thư đang chết dần chết mòn vì đau)
- Giảm các vấn đề thực thể
 - Ngủ tốt hơn, ăn ngon miệng hơn
 - Vận động sớm, hồi phục nhanh hơn sau chấn thương hay phẫu thuật
 - Ít biến chứng y khoa
(ví dụ. đau tim, viêm phổi, thuyên tắc tĩnh mạch sâu)
- Giảm các vấn đề về tâm thần
 - Giảm trầm cảm và lo lắng

Lợi ích cho gia đình:

- Có khả năng thực hiện vai trò của một thành viên trong gia đình
- Có khả năng chu cấp cho gia đình

Cho xã hội:

- Giảm chi phí cho y tế
 - Bệnh nhân được ra viện sớm hơn
 - Ít có khả năng tái nhập viện hơn
- Bệnh nhân có khả năng làm việc và đóng góp cho cộng đồng

Có lý do nào để KHÔNG điều trị đau?

Không có bằng chứng nào cho thấy lợi ích của việc trì hoãn điều trị đau. Đôi khi mọi người có những phát biểu không đúng về việc điều trị đau. Ví dụ, không điều trị đau làm người ta mạnh mẽ hơn, điều trị đau làm trì hoãn chẩn đoán ngoại khoa. Không có bằng chứng nào cho những phát biểu này.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ

Đánh giá mức độ đau là đánh giá “dấu hiệu sinh tồn thứ 5” (cùng với nhiệt độ, mạch, huyết áp, và nhịp thở)

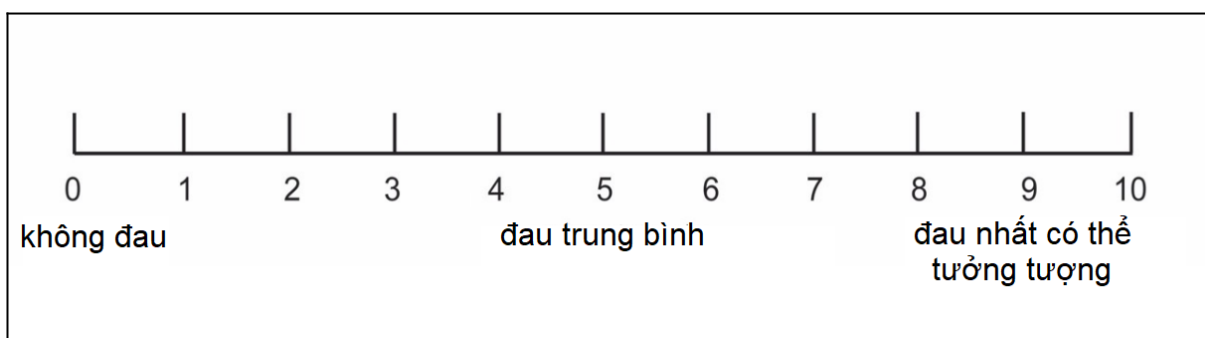
Đánh giá mức độ đau quan trọng vì:

- Giúp hướng dẫn lựa chọn điều trị
- Lượng giá đáp ứng

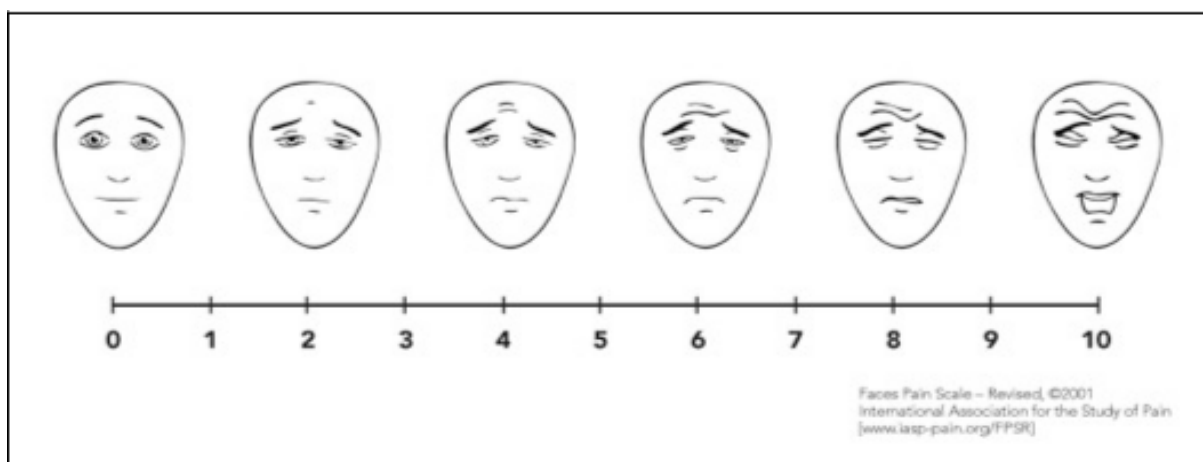
Mức độ đau có thể đánh giá nhanh và dễ dàng bằng việc sử dụng hệ thống thang điểm đơn giản:

- Thang điểm lời nói (ví dụ. đau nhẹ/vừa/nặng hoặc từ 0 đến 10)
- Thang điểm tương tự trực quan (VAS)
- Thang điểm khuôn mặt (FPS)

Thang điểm tương tự trực quan (Visual Analogue Scale – VAS)



Thang điểm đau theo khuôn mặt (Faces Pain Scale)



Đánh giá đau cả lúc nghỉ ngơi và lúc vận động là rất quan trọng (nhiều bệnh nhân chỉ có vẻ đau nhẹ lúc nghỉ ngơi nhưng lại không thể vận động do quá đau).

Đau ảnh hưởng đến bệnh nhân như thế nào? Ví dụ?

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bụng hở
 - Bệnh nhân có thể ho, dậy khỏi giường hay đi bộ không?
- Bệnh nhân đau mạn tính do ung thư
 - Bệnh nhân có thể tự chăm sóc bản thân ở nhà không? Có thể làm việc không?

Thang điểm Hoạt động chức năng (functional activity scale – FAS) có thể được dùng để đánh giá những hạn chế về chức năng so với các hoạt động thông thường

- A: không có hạn chế
- B: hạn chế nhẹ hoặc vừa
- C: hạn chế nhiều

Ví dụ với bệnh nhân sau phẫu thuật bụng hở, yêu cầu bệnh nhân đánh giá mức độ đau lúc nghỉ ngơi và lúc vận động, ví dụ dậy khỏi giường, những điểm số sau có thể được ghi nhận:

- Điểm đau khi nghỉ ngơi: 2/10
- Điểm đau khi dậy khỏi giường: 8/10
- FAS: C

PHÂN LOẠI ĐAU

Không phải đau nào cũng giống nhau

Việc phân loại đau (đưa ra chẩn đoán đau) là rất quan trọng vì nó giúp chúng ta lựa chọn phương án điều trị tốt nhất.

Đau có thể được phân loại theo nhiều cách, tuy nhiên việc sử dụng 3 câu hỏi sau sẽ rất hữu ích:

1. Bệnh nhân đã bị đau trong bao lâu?
2. Nguyên nhân là gì?
3. Cơ chế như thế nào?

1. Đau cấp hay mạn (thời gian)

Đau có thể cấp tính (kéo dài dưới 3 tháng) hoặc mạn tính (kéo dài hơn 3 tháng hoặc tồn tại dai dẳng sau khi tổn thương mô đã lành). Đôi khi bệnh nhân đau mạn tính cũng trải qua những đợt đau cấp (cấp trên nền mạn).

Có bằng chứng cho thấy đau cấp tính kiểm soát không tốt có thể tiến triển thành đau mạn.

2. Đau do ung thư với không do ung thư (nguyên nhân)

Đau do ung thư

- Ví dụ đau khung chậu do ung thư cổ tử cung, đau xương do ung thư di căn
- Đau có xu hướng xấu đi theo thời gian nếu không được điều trị (đau tiến triển)
- Thường đau do ung thư là mạn tính, tuy nhiên bệnh nhân cũng có thể có đau cấp tính (ví dụ. đau chỗ gãy xương do di căn)

Đau không do ung thư

- Có rất nhiều nguyên nhân, bao gồm:
 - Phẫu thuật hoặc chấn thương
 - Bệnh lý thoái hóa (ví dụ. thoái hóa khớp)
 - Đau chuyển dạ
 - Chèn ép hoặc tổn thương thần kinh (ví dụ. đau thần kinh tọa, đau thần kinh)

Đau không do ung thư (tiếp)

- Đau có thể cấp tính và khỏi trong một thời gian nhất định hoặc mạn tính
- Nguyên nhân có thể thấy hoặc không

3. Đau cảm thụ với đau thần kinh (cơ chế)

Đau có thể được phân loại theo cơ chế (chu trình sinh lý hoặc bệnh lý tạo ra cơn đau). Hiện có rất nhiều nghiên cứu trong mảng này – hiểu được chính xác nguyên nhân ở cấp độ thần kinh sẽ giúp lựa chọn phương án điều trị cụ thể tốt hơn.

Đau có thể là cảm thụ, thần kinh, hoặc hỗn hợp (vừa cảm thụ, vừa thần kinh). Các loại đau này cũng sẽ được thảo luận ở phần Sinh lý và bệnh học đau.

Đau cảm thụ:

- Loại đau phổ biến nhất sau tổn thương mô
- Đôi khi được gọi là đau sinh lý hay đau do viêm
- Gây ra bởi sự kích thích lên các thụ thể đau nằm trong mô bị tổn thương
- Có tính bảo vệ
- Bệnh nhân thường mô tả cơn đau là buốt, đau nhói hoặc nhức và thường dễ định khu (bệnh nhân có thể chỉ chính xác vị trí đau)
- **Ví dụ:** đau do gãy xương, viêm ruột thừa, bỏng

Đau thần kinh

- Đau do tổn thương hoặc bệnh lý của hệ thần kinh cảm giác
- Đôi khi được gọi là đau bệnh lý
- Có thể không nhìn thấy tổn thương
- Không có chức năng bảo vệ
- Bệnh nhân mô tả cơn đau là bỏng rát hoặc đau nhói lan sang nơi khác. Bệnh nhân cũng có thể than phiền về cảm giác tê và châm chích. Cơn đau thường khó khu trú.
- **Ví dụ:** đau sau đoạn chi, đau do đái tháo đường, đau thần kinh tọa

SINH LÝ VÀ BỆNH HỌC ĐAU

Hiểu được sinh lý và bệnh học đau giúp ta biết được cách điều trị nó.

Sinh lý học đau bao gồm nhiều bước từ nơi bị tổn thương đến não – đây được gọi là con đường nhận cảm đau (hình 1.). Tín hiệu đau có thể bị biến đổi (điều biến) tại nhiều điểm trên con đường nhận cảm đau, điều này ảnh hưởng đến cường độ và bản chất cơn đau mà chúng ta cảm nhận được.

Bệnh học đau bao gồm những tổn thương hoặc bất thường của con đường nhận cảm đau. Điều này có thể dẫn đến tình trạng đau thần kinh.

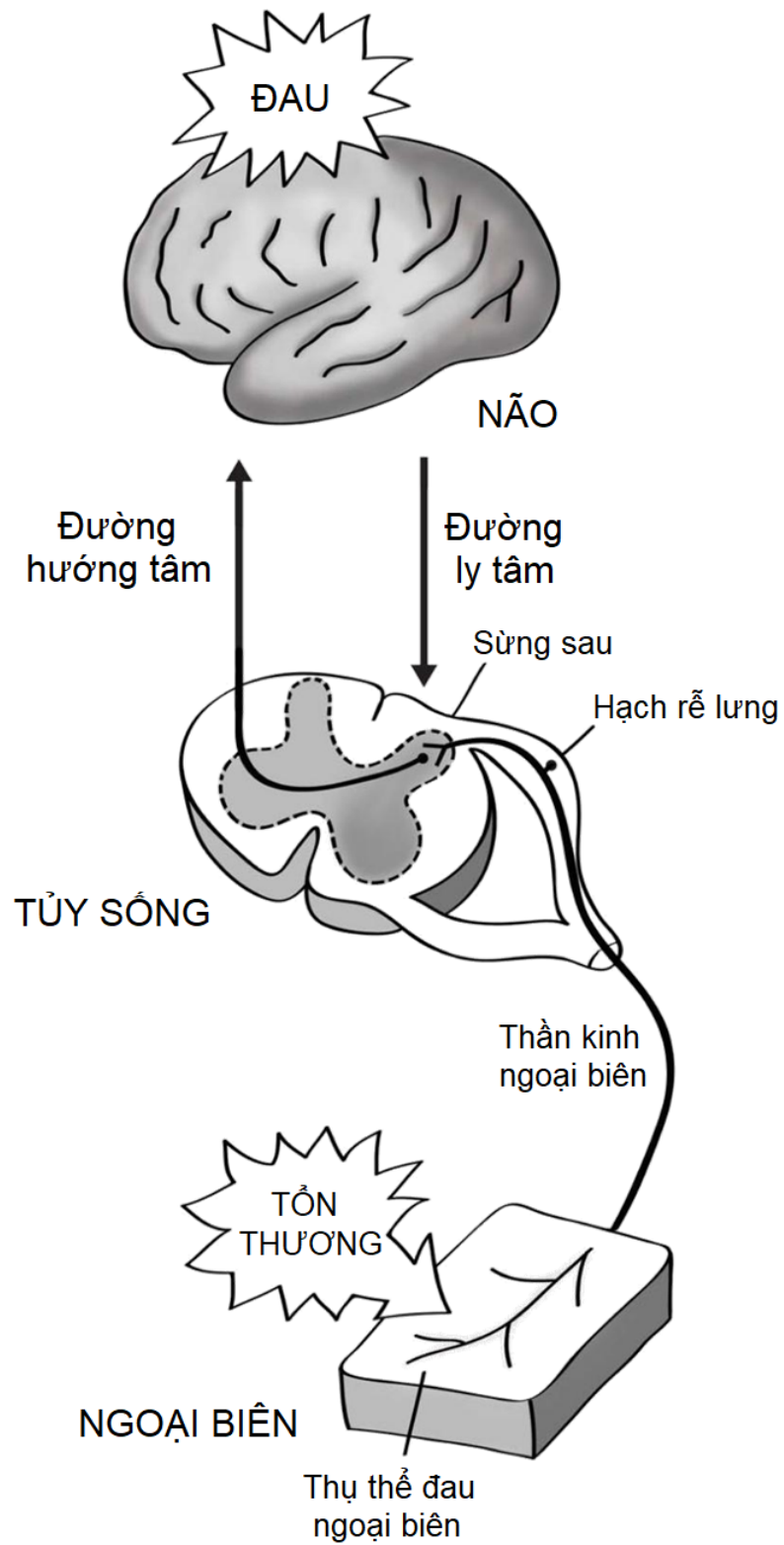
Những điều trị khác nhau (có hoặc không dùng thuốc) tác động tại các vị trí khác nhau trên con đường nhận cảm đau. Thông thường ta cần nhiều liệu pháp điều trị để đạt được kết quả tốt.

Sự nhận cảm đau và đau

Sự nhận cảm đau và tri giác đau (cách ta cảm thấy đau) là không giống nhau.

Tri giác đau chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm:

- Niềm tin/ suy nghĩ về đau
- Yếu tố tâm thần (như lo lắng, tức giận)
- Yếu tố văn hóa, như kỳ vọng
- Bệnh kèm
- Tính cách, và cách chống chọi với cơn đau
- Yếu tố xã hội (như gia đình, công việc)

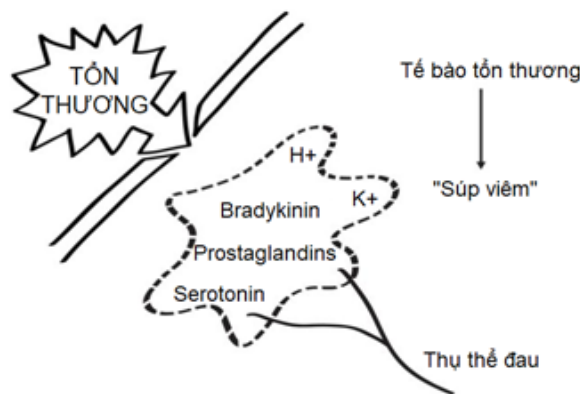


Hình 1: Con đường nhận cảm đau

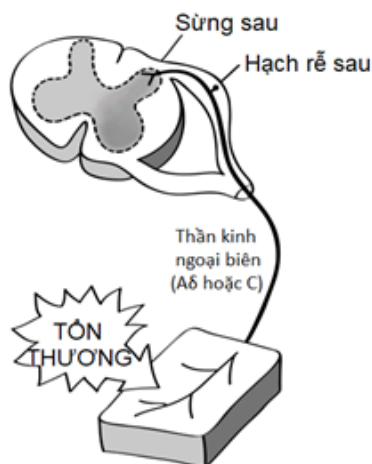
Con đường nhận cảm đau

1. Ngoại biên (hình 2 và 3)

- Thụ thể đau (nociceptor) bị kích hoạt bởi các kích thích nhiệt cực đoan (nóng hoặc lạnh), kích thích cơ học (áp suất), hay hóa học.
- Điều này dẫn đến sự kích hoạt các sợi thần kinh cảm nhận đau Aδ và C
- Tổn thương mô làm giải phóng ra các hóa chất gây viêm – soup viêm (như H^+ , prostaglandine, chất P). Các hóa chất trung gian làm tăng/khuếch đại tín hiệu đau, và quá trình này được gọi là sự nhạy cảm hóa ngoại biên.
- Tín hiệu đau được dẫn truyền theo sợi Aδ và C theo rễ sau vào đến sừng sau tủy sống.



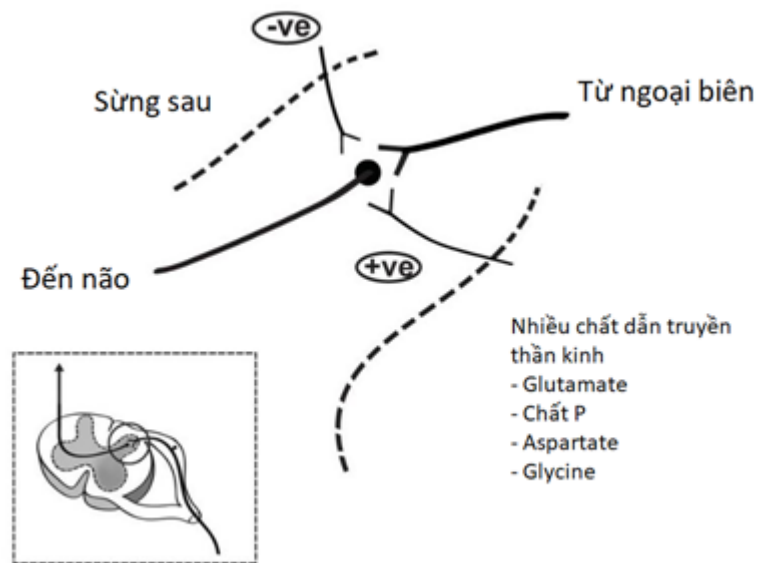
Hình 2: "Soup viêm" và sự kích hoạt thụ thể đau



Hình 3: Sự dẫn truyền tín hiệu đau từ ngoại biên đến sừng sau tủy sống

2. Tủy sống

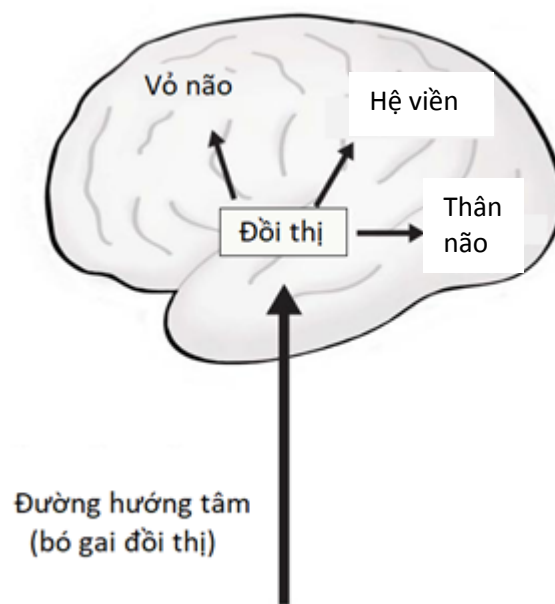
- Sừng sau tủy sống là trạm tiếp nhận đầu tiên, đây là một vị trí sống còn vì hai lý do sau:
 - Sợi AĐ và C tiếp nối (synapses) với *neuron thứ 2* tại đây.
 - Đây cũng là đầu vào của những sợi thần kinh ngoại biên và tủy sống khác có tác dụng điều biến lên tín hiệu đau
- Neuron thứ 2 bắt chéo sang bên đối diện của tủy sống và đi lên trong dải gai-đồi thị đến đồi đồi thị tại nền não.



Hình 4: Các kết nối của sừng sau tủy sống

3. Não

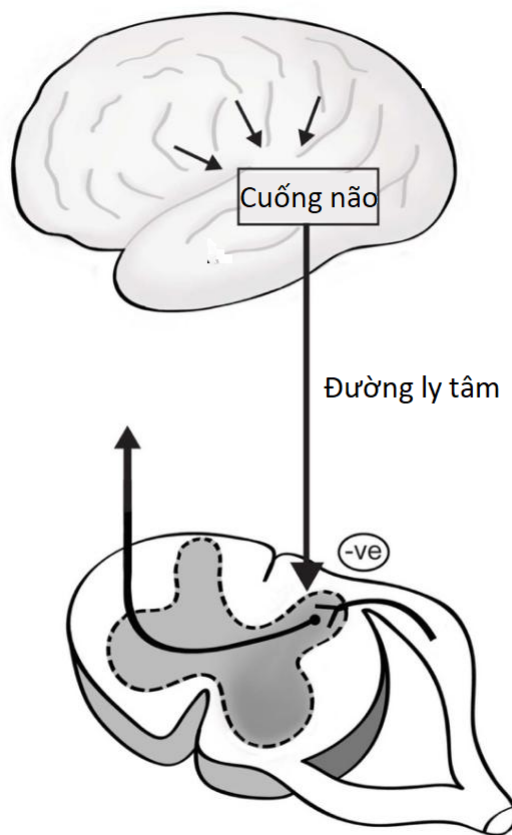
- Đồi thị là trạm tiếp nhận thứ 2. Nó có nhiều liên kết với các phần khác của não, bao gồm:
 - Vỏ não
 - Hệ viền
 - Thân não
- Vỏ não, hệ viền và thân não đều góp phần chi phối tri giác đau.
- Vỏ não đóng vai trò quan trọng trong việc định khu đau (nhận biết vị trí tổn thương)
- Hệ viền chịu trách nhiệm cho những cảm xúc ta trải qua khi bị đau (như lo lắng, sợ hãi).
- Thân não đóng vai trò quan trọng trong các phản xạ đáp ứng với đau và phối hợp điều biến tín hiệu đau.



Hình 5: Kết nối tại não

4. Điều biến (hình 6)

- Tín hiệu đau có thể bị biến đổi (điều biến) tại tủy sống hoặc não bộ.
- Tại sừng sau tủy sống, sợi thần kinh đau ngoại biên hay sợi thần kinh tủy sống có thể tăng (kích thích) hoặc giảm (ức chế) đau.
- Đường ức chế ly tâm chính chạy từ thân não xuống tủy sống đến sừng sau, tại đây nó ức chế tín hiệu đau ngoại biên.



Hình 6: Điều biến đau theo chiều ly tâm

Điều gì xảy ra trong đau thần kinh (đau bệnh lý)?

Hiệp hội Quốc tế về nghiên cứu đau (IASP) định nghĩa đau thần kinh là:

“Đau gây ra bởi tổn thương hoặc bệnh lý của hệ thần kinh cảm giác bản thể”

Tổn thương hoặc bệnh lý này gây ra những bất thường về tri giác và tín hiệu đau truyền lên não.

Đau có thể xảy ra một cách ngẫu nhiên (khi không có kích thích) hoặc sau những kích thích bình thường không gây đau (như chạm nhẹ). Các thay đổi về tâm thần (như lo lắng) có thể góp phần vào cơn đau.

Không giống đau cảm thụ, đau thần kinh không có chức năng bảo vệ.

Cơ chế:

Có thể có những thay đổi về mặt cấu trúc hoặc hóa học ở hệ thần kinh ngoại biên hoặc trung ương. Ví dụ:

- Mô thần kinh bất thường, như u thần kinh nơi đoạn chi.
- Phát xung bất thường của sợi thần kinh đau.
- Những thay đổi về tín hiệu hóa học tại sừng sau tủy sống.
- Kết nối bất thường của các sợi thần kinh tại sừng sau tủy sống
- Mất chức năng ức chế bình thường

Ví dụ:

- Chấn thương thần kinh, đoạn chi
- Bệnh lý thần kinh đái tháo đường
- Ung thư xâm lấn (như ung thư cổ tử cung xâm lấn đám rối cùng chậu)
- Đau mạn tính sau đau cấp tính điều trị kém kéo dài

GHI CHÚ

TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ ĐAU

Vì có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến mức độ và loại đau mà ta cảm nhận, nên thường việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị cho một bệnh nhân là cần thiết.

Cả điều trị không thuốc lẫn có thuốc đều quan trọng.

Những phương pháp điều trị không thuốc nào hiện có tại nơi bạn công tác?

**Những thuốc điều trị đau nào hiện có tại nơi bạn công tác?
Dạng bào chế nào (ví dụ. tiêm, si-rô, đặt trực tràng) hiện có?**

Điều trị không thuốc

Cả các yếu tố thể chất và tâm thần đều ảnh hưởng cách chúng ta cảm nhận đau.

Điều trị bao gồm:

- Thể chất
 - RICE (nghỉ ngơi – Rise; chườm đá – Ice; băng ép – Compression; nâng phần chi bị tổn thương – Elevation)
 - Phẫu thuật (ví dụ, dẫn lưu ổ áp-xe, cắt ruột thừa viêm)
 - Châm cứu, mát-xa, vật lý liệu pháp
- Tâm lý
 - Giải thích
 - Trấn an
 - Tư vấn

Điều trị thuốc

Điều trị thuốc là điều trị chính. Mỗi thuốc tác động lên một điểm khác nhau trên con đường nhận cảm đau, vì vậy việc kết hợp nhiều thuốc là rất quan trọng. Ngoài ra, việc kết hợp thuốc giúp giảm các tác dụng phụ, ví dụ việc kết hợp paracetamol với morphine giúp giảm liều morphine, qua đó giúp giảm các tác dụng phụ liên quan đến morphine.

Điều trị giả dược là gì?

Điều trị giả dược là việc kê cho bệnh nhân thứ mà vốn không có tác dụng dược lý (ví dụ tiêm nước cất cho bệnh nhân đau). Vì yếu tố tâm lý là rất quan trọng, cơn đau của bệnh nhân có thể cải thiện.

Điều trị không thuốc có thể bao gồm cả hiệu ứng giả dược

Điều trị giả dược hiệu quả không có nghĩa là từ đầu bệnh nhân đã không đau hay bệnh nhân đang nói dối! Hiệu ứng giả dược là một thành phần quan trọng của nhiều điều trị y khoa.

Phân loại thuốc điều trị đau (thuốc giảm đau)

Ghi chú: xin xem phụ lục để biết thông tin và liều từng thuốc cụ thể

1. Giảm đau thông thường

- Paracetamol/acetaminophen (Pamol, Panadol, Tylenol)
- Kháng viêm không steroid (NSAIDs)
 - Aspirin
 - Ibuprofen (Brufen, Nurofen)
 - Diclofenac (Voltaren)

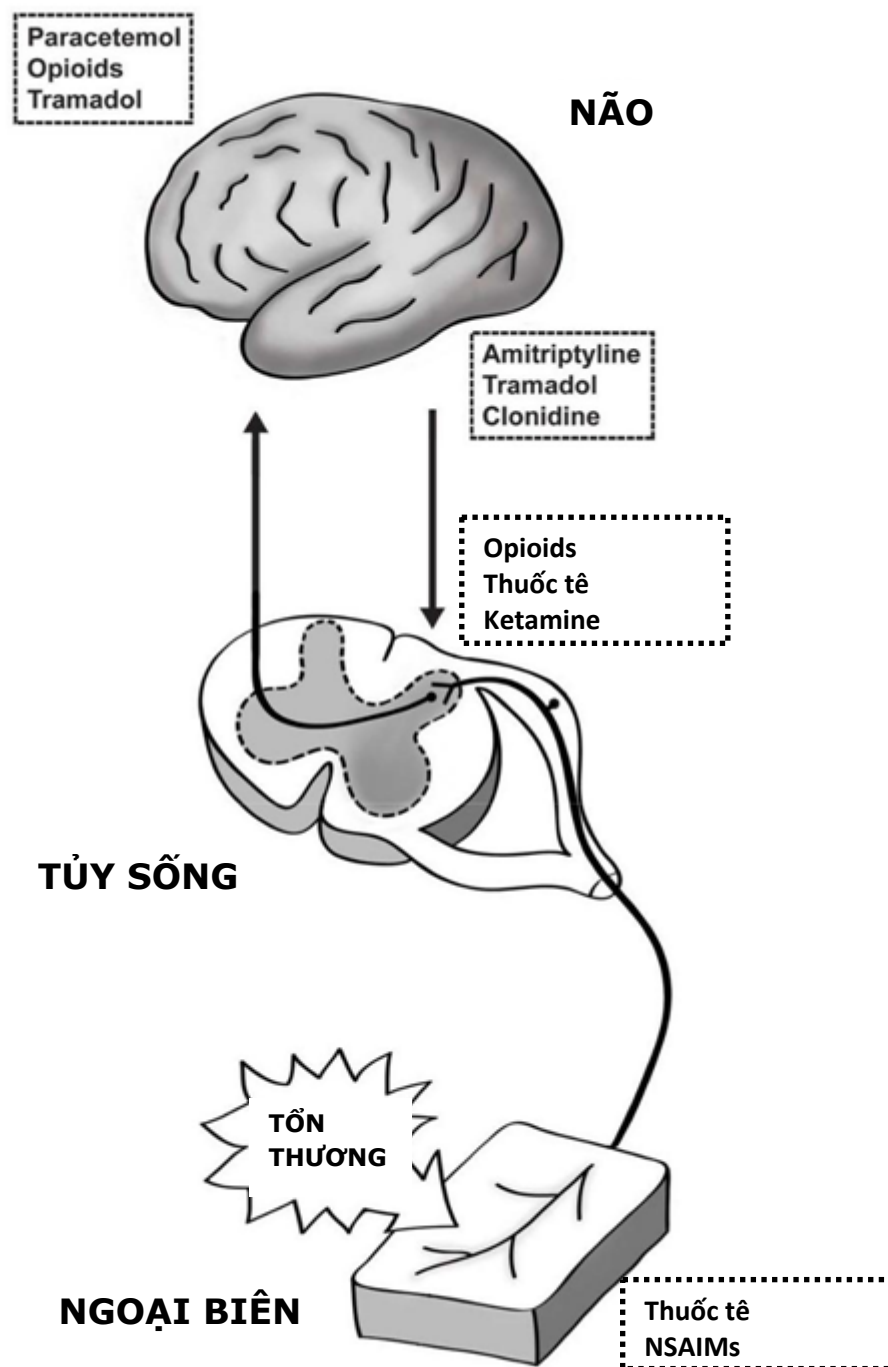
2. Các opioid

- Opioid yếu
 - Codeine
 - Tramadol (cũng có tác dụng trên đường ức chế ly tâm)
- Opioid mạnh
 - Morphine
 - Pethidine (Demerol)
 - Oxycodone

3. Các thuốc khác

- Chống trầm cảm ba vòng
 - Amitriptyline
 - Nortriptyline
- Chống co giật
 - Carbamazepine (Tegretol)
 - Natri valproate (Epilim)
 - Gabapentin
 - Pregabalin
- Thuốc tê
 - Lignocaine/lidocaine (Xylocaine)
 - Bupivacaine (Marcaine)
- Thuốc khác
 - Ketamine
 - Clonidine

Các thuốc giảm đau tác dụng ở đâu?



Hình 7. Các vị trí tác dụng của thuốc giảm đau

Các thuốc giảm đau tác dụng như thế nào?

Giảm đau thông thường	
Paracetamol	Thay đổi mức độ prostaglandin trong não
NSAIDs	Chủ yếu thay đổi mức độ prostaglandin ngoại biên, qua đó làm giảm viêm
Các opioid	
Codeine	Tác động lên thụ thể opioid tại não và tủy sống
Tramadol	Tác dụng yếu lên thụ thể opioid, đồng thời tăng cường tín hiệu ức chế ly tâm tại tủy sống
Morphine, pethidine, oxycodone	Tác dụng trên thụ thể opioid tại não và tủy sống
Các thuốc giảm đau khác	
Chống trầm cảm ba vòng	Tăng cường tín hiệu ức chế ly tâm tại tủy sống
Chống co giật	Ổn định màng, có thể tác động thông qua giảm phát xung bất thường của sợi thần kinh đau
Thuốc tê	Tạm thời phong bế tín hiệu đau ngoại biên (ví dụ tê thẩm hay phong bế thần kinh) hoặc tủy sống (ví dụ tê tủy sống)
Ketamine	Phong bế thụ thể NMDA tại não và tủy sống (đặc biệt tại sừng sau)
Clonidine	Tăng cường tín hiệu ức chế ly tâm tại tủy sống

SỬ DỤNG THUỐC GIẢM ĐAU

Hiệu quả của thuốc giảm đau

Hiệu quả của từng thuốc giảm đau phụ thuộc vào loại đau. Bảng 1 trình bày tác dụng của các thuốc đối với từng loại đau khác nhau.

Điều quan trọng cần chú ý là thường cần phải phối hợp thuốc, ví dụ kết hợp paracetamol với morphine cho đau cảm thụ cấp nặng.

	Đau cảm thụ cấp nhẹ	Đau cảm thụ cấp nặng	Đau thần kinh cấp	Đau mạn không do ung thư	Đau ung thư mạn
Paracetamol	+++	++	+	+	+
NSAIDs	++	++	+	+/-	+/-
Codeine	++	+	-	-	+/-
Tramadol	++	++	++	+	+
Morphine	-	+++	++	--	+++
Chống trầm cảm ba vòng	-	-	++	++	++
Chống co giật	-	-	++	+	+

Bảng 1: tác dụng giảm đau của các thuốc

- Không hiệu quả, có thể gây hại
- Thường không hiệu quả hoặc không có chỉ định
- ± Đôi khi hiệu quả
- +
- ++ Hiệu quả, tác dụng trung bình
- +++ Hiệu quả, tác dụng mạnh
- TCAs = chống trầm cảm 3 vòng

Đau do ung thư

Sử dụng bậc thang WHO (hình 8 và phụ lục 3). Bậc thang này được phát triển cho loại đau nặng dần theo thời gian theo sự tiến triển của ung thư. Các bậc thang bao gồm:

1. Đau nhẹ

Dùng các thuốc giảm đau thông thường.

2. Đau vừa

Tiếp tục giảm đau thông thường. Thêm codeine hoặc tramadol.

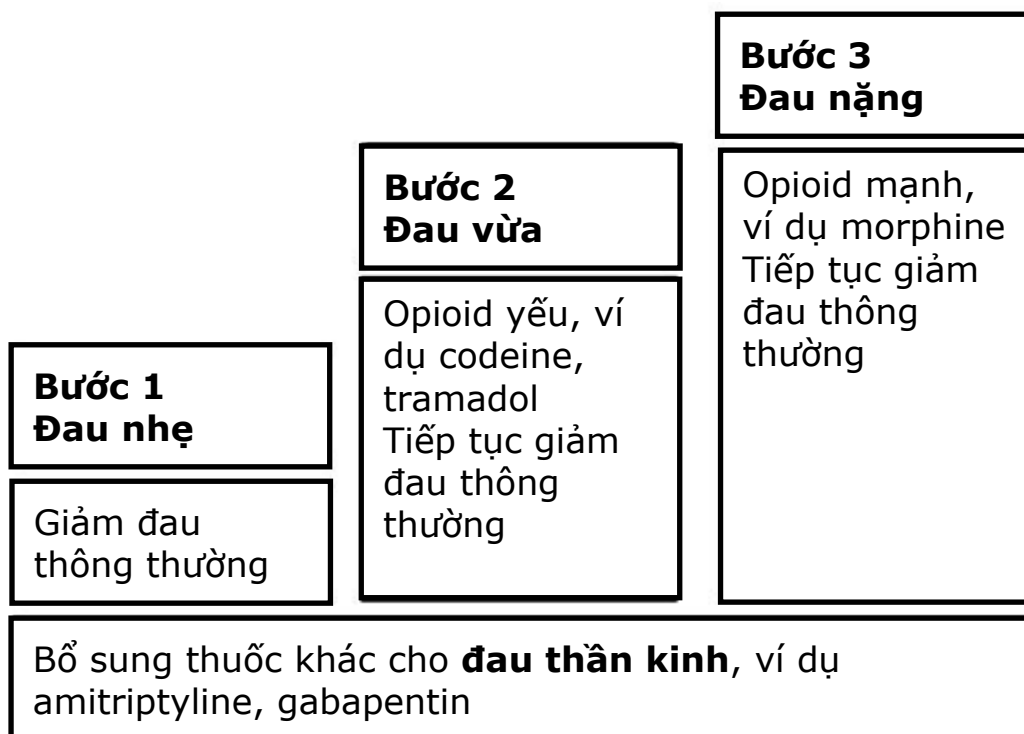
3. Đau nặng

Tiếp tục giảm đau thông thường. Thêm opioid mạnh, thường là morphine.

Bậc thang WHO nhấn mạnh việc sử dụng thuốc đều đặn và bằng đường uống.

Các thuốc bổ trợ có thể cần thiết, ví dụ:

- Opioid mạnh và NSAIDs cho đau xương cấp trên nền mạn
- Chống trầm cảm ba vòng hoặc chống co giật cho đau thần kinh cấp hoặc mạn.



Hình 8. Bậc thang WHO (có điều chỉnh)

Đau cảm thụ

Với đau cảm thụ cấp nặng, sử dụng bậc thang WHO ngược (hình 9). Bắt đầu ở đỉnh thang và xuống dần (giảm hiệu lực thuốc) khi đau cải thiện:

1. Đau nặng

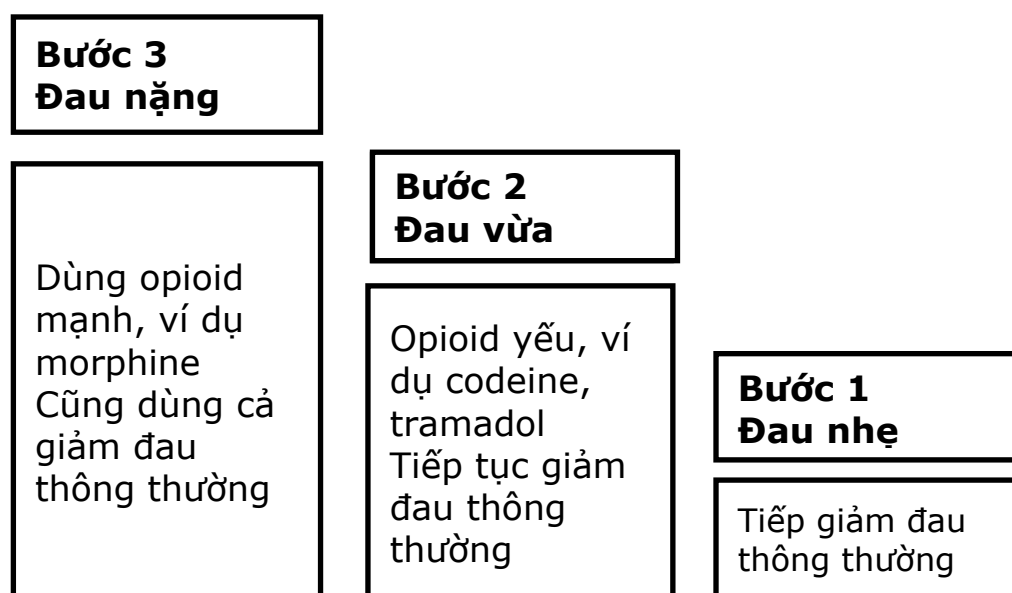
Dùng opioid mạnh kết hợp với một thuốc giảm đau thông thường.

2. Đau vừa

Tiếp tục giảm đau thông thường. Chuyển từ opioid mạnh sang codeine hoặc tramadol.

3. Đau nhẹ

Dùng opioid nhưng duy trì giảm đau thông thường.



Hình 9. Bậc thang WHO ngược

Đau thần kinh

Thuốc chống trầm cảm ba vòng và thuốc chống co giật có thể đóng vai trò quan trọng. Thuốc giảm đau thông thường cũng có thể hiệu quả.

Tramadol có thể có hiệu quả nhờ tác dụng trên đường ức chế ly tâm.

Đôi khi opioid mạnh có tác dụng trên đau thần kinh cấp tính nặng, nhưng có thể không được hiệu quả lắm và việc sử dụng chúng cần được tái đánh giá thường xuyên.

Đau mạn tính không do ung thư

Điều trị thuốc cho nhóm này có thể phức tạp vì có thể vừa đau cảm thụ vừa thần kinh. Chống trầm cảm ba vòng và chống co giật có thể hiệu quả. Điều quan trọng là phải cân nhắc tác dụng phụ của thuốc, ví dụ NSAIDs, khi điều trị kéo dài.

Nói chung, nên **tránh** dùng opioid ở loại đau này.

Các điều trị không dùng thuốc thường rất quan trọng.

NHỮNG RÀO CẢN CỦA ĐIỀU TRỊ ĐAU

Đau thường được kiểm soát không tốt. Đây là nguyên nhân của việc này?

Những rào cản nào nơi bạn công tác?

Những rào cản có thể có:

- **Yếu tố bệnh nhân**

- Bệnh nhân không chịu đi khám
- Bệnh nhân thấy đau là bình thường
- Bệnh nhân có thể thấy việc kê đau là yếu đuối
- Bệnh nhân sợ nghiện hoặc sợ tác dụng phụ của thuốc
- Khó giao tiếp với bệnh nhân (ví dụ trẻ nhỏ, thiếu năng trí tuệ, rào cản ngôn ngữ)

- **Thuốc**

- Nguồn cung không ổn định
- Phác đồ bệnh viện có thể không có những thuốc cần thiết
- Có thể thiếu dạng bào chế phù hợp (ví dụ morphine giải phóng nhanh đường uống)

- **Nhân viên y tế**

- Có thể do thiếu nhân lực
- Nhân viên y tế có thể quá bận rộn
- Có thể do không nhận diện được bệnh nhân đau
- Thiếu kiến thức về đau và cách điều trị
- Thiếu khả năng kê đơn hoặc cho những thuốc phù hợp

- **Vấn đề hệ thống**

- Điều trị đau có thể không được ưu tiên
- Có thể không có văn hóa đánh giá và điều trị đau
- Thiếu phác đồ điều trị đau
- Không có mẫu ghi nhận đau (ví dụ trong biểu đồ theo dõi hậu phẫu hoặc biểu đồ dấu hiệu sinh tồn thường quy)

SỬ DỤNG HỆ THỐNG RAT

R = Recognize (Nhận diện)

A = Assess (Đánh giá)

T = Treat (Điều trị)

+ Reassess (Tái đánh giá)



1. NHẬN DIỆN

Đôi khi chúng ta quên rằng cần phải hỏi bệnh nhân liệu họ có đau không, và đôi khi bệnh nhân lại không muốn hoặc không thể nói. Nếu chúng ta không quan sát hoặc không hỏi, thì chúng ta sẽ không thấy!

Bệnh nhân có đau không?

- Hỏi
- Nhìn (cau có, cử động dễ dàng không, vã mồ hôi?)

Có người nào khác biết bệnh nhân bị đau không?

- Nhân viên y tế khác?
- Thành viên khác trong gia đình?

2. ĐÁNH GIÁ

Để điều trị đau tốt hơn, chúng ta cần tìm hiểu nguyên nhân và loại đau. Nhiều khi việc điều trị nguyên nhân gây ra cơn đau lại dễ hơn điều trị đau. Bên cạnh đó, chúng ta cũng có thể chọn được thuốc phù hợp hơn để điều trị.

a) MỨC ĐỘ CƠN ĐAU NHƯ THẾ NÀO?

- Điểm đau là bao nhiêu?
 - Lúc nghỉ
 - Lúc vận động
- Đau ảnh hưởng đến bệnh nhân như thế nào?
 - Bệnh nhân có thể cử động, ho không?
 - Bệnh nhân có thể làm việc không?

b) LOẠI ĐAU LÀ GÌ?

Đau cấp hay mạn?

Nguyên nhân của đau cảm thụ cấp có thể rất rõ ràng nhưng đau mạn thì có thể phức tạp hơn. Trong đau mạn, yếu tố tâm lý có thể quan trọng hơn, và có thể có cả đặc điểm đau cảm thụ lẫn thần kinh.

Có thể là đau cấp trên nền mạn (ví dụ gãy xương trên bệnh nhân đau mạn tính do ung thư).

Đau do ung thư hay không do ung thư?

Bệnh của người đó có giải thích được triệu chứng đau?

Nguyên nhân của đau có thể rõ ràng và cần những can thiệp nhất định. ví dụ:

- Gãy xương cần được nẹp hoặc phẫu thuật
- Nhiễm trùng cần được làm sạch và kháng sinh

Đau cảm thụ, đau thần kinh hay đau hỗn hợp?

Đau thần kinh nhiều khả năng xuất hiện trong các trường hợp sau:

- Đái tháo đường
- Tổn thương thần kinh (bao gồm cả đoạn chi)
- Đau mạn tính

Hỏi các triệu chứng cụ thể

- Bỏng rát hoặc đau nhói, lan sang chỗ khác
- Châm chích, tê bì
- Đau chi ma

c) CÁC YẾU TỐ KHÁC GÓP PHẦN VÀO CƠN ĐAU

- Yếu tố thực thể
 - Bệnh nền
 - Bệnh kèm
- Yếu tố tâm lý và xã hội
 - Tức giận, lo lắng, trầm cảm
 - Thiếu sự hỗ trợ xã hội

3. ĐIỀU TRỊ

Điều trị có thể chia thành có và không dùng thuốc. Cả hai phương pháp đều quan trọng.

Rất nhiều yếu tố có thể góp phần vào cơn đau của bệnh nhân, vì vậy không có một phác đồ nào cố định cho mọi bệnh nhân. Điều trị cụ thể phụ thuộc vào từng bệnh nhân, loại tổn thương hoặc bệnh, loại đau và những yếu tố ảnh hưởng khác.

a) ĐIỀU TRỊ KHÔNG THUỐC **(cho cả đau cảm thụ và thần kinh)**

- **Thể chất**
 - Nghỉ ngơi, chườm đá, băng ép, nâng cao chi tổn thương (RICE)
 - Có thể cần phẫu thuật
 - Chăm sóc điều dưỡng
 - Châm cứu, mát-xa, vật lý liệu pháp
- **Tâm lý**
 - Giải thích và trấn an
 - Hỗ trợ từ nhân viên xã hội hoặc mục sư nếu phù hợp

b) ĐIỀU TRỊ THUỐC

- **Đau cảm thụ**
 - Cân nhắc dùng paracetamol, NSAIDs, tramadol, codeine, morphine
 - Sử dụng kết hợp, ví dụ paracetamol + NSAID + opioid
 - Sử dụng bậc thang WHO ngược cho đau cấp nặng. Bắt đầu từ đỉnh thang – cân nhắc liều nhỏ morphine tĩnh mạch để kiểm soát sớm cơn đau. Xuống thang dần khi đau cải thiện
 - Sử dụng bậc thang WHO cho đau tiến triển theo ung thư. Bắt đầu từ bậc thấp nhất và tiến lên dần!
- **Đau thần kinh**
 - Bậc thang WHO và bậc thang WHO ngược có thể không thực sự hiệu quả
 - Cân nhắc sử dụng chống trầm cảm ba vòng (amitriptyline) hoặc chống động kinh (carbamazepine hoặc gabapentin) sớm. Tramadol cũng có thể hiệu quả
 - Đừng quên điều trị không thuốc

4. TÁI ĐÁNH GIÁ

Việc tái đánh giá là cần thiết để xem phương pháp điều trị của chúng ta có hiệu quả không. Thực hiện lại RAT

Nhớ ghi nhận mức độ đau. Đau là dấu hiệu sinh tồn thứ 5!

VÍ DỤ VỀ RAT

VÍ DỤ 1

Bệnh nhân nam 32 tuổi bị cuốn tay vào máy khi đang làm việc. Anh ta bị gãy xương hở ở bàn tay.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

1. NHẬN DIỆN

- Đau dễ nhận thấy
- Nguyên nhân rõ ràng, bệnh nhân có khả năng bị căng thẳng

2. ĐÁNH GIÁ

- **Mức độ**
 - Đau có thể vừa đến nặng
- **Loại**
 - Đau cấp, nguyên nhân cơ xương (không do ung thư)
 - Đau cảm thụ, có thể được mô tả buốt, nhức
 - Có thể có đau thần kinh nếu có tổn thương dây thần kinh
- **Các yếu tố khác**
 - Các yếu tố khác có thể góp phần vào cơn đau (ví dụ lo lắng, nhiễm trùng nếu tổn thương đến muện)

3. ĐIỀU TRỊ

- **Điều trị không thuốc**
 - Giảm viêm (bất động, treo tay)
 - Có thể cần phẫu thuật
 - Dự phòng hoặc điều trị nhiễm trùng
 - Giải thích, trấn an

- **Điều trị thuốc**

- Đau sẽ cải thiện với những thuốc thông thường (ví dụ paracetamol) nhưng có thể cần bổ sung các thuốc khác
- Paracetamol 1g mỗi 4 giờ hàng ngày
- Cân nhắc thêm codeine 30-60mg mỗi 4 giờ
- NSAIDs sẽ giảm viêm nhưng có thể ảnh hưởng sự liền xương
- Morphine hiệu quả và có thể cần nếu đau nặng

4. TÁI ĐÁNH GIÁ

- Lặp lại RAT
- Ghi nhận điểm đau

Tóm tắt

Đau cảm thụ cấp từ vừa đến nặng do vết thương

- **Điều trị vết thương**
- **Giảm đau đơn giản hàng ngày**
- **Morphine nếu đau nặng**

VÍ DỤ 2

Bệnh nhân nữ 55 tuổi đến khám với khối u vú lớn đã di căn cột sống. Cô ấy rất đau đớn.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

1. NHẬN DIỆN

- Bệnh nhân có thể bị đau tại cả vị trí khối u lẫn cột sống
- Một đau lưng mới khởi phát có thể bị bỏ qua
- Hãy hỏi bệnh nhân về cơn đau của họ!

2. ĐÁNH GIÁ

- Việc đánh giá có thể gặp khó khăn do có 2 loại đau cùng lúc
- **Mức độ**
 - Cả hai vị trí đều có thể đau nặng
- **Loại đau**
 - Đau mạn tính do ung thư nặng lên theo thời gian, đau cơ xương cấp do di căn cột sống (ví dụ xẹp thân đốt sống gây chèn ép thần kinh)
 - Có thể vừa có đặc điểm của đau thần kinh lẫn đau cảm thụ. Triệu chứng đau thần kinh có thể sẽ xuất hiện, đặc biệt nếu có chèn ép dây thần kinh – bỏng rát, châm chích
- **Các yếu tố khác**
 - Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng cơn đau của bệnh nhân – thể chất, tâm lý lẫn xã hội.
 - Hãy cố gắng cùng bệnh nhân và gia đình tìm ra những yếu tố này

3. ĐIỀU TRỊ

- **Những điều trị không thuốc**
 - Điều trị khối u vú – chăm sóc điều dưỡng, có thể cần phẫu thuật, điều trị nhiễm trùng nếu có
 - Hỗ trợ về mặt tâm lý hoặc xã hội
 - Các điều trị khác?

- **Các điều trị thuốc**

- Giảm đau thông thường kết hợp opioid
- Nếu có thể, kiểm soát cơn đau cấp nặng bằng morphine tĩnh mạch
- Chuyển sang morphine uống khi cơn đau được kiểm soát
- Cân nhắc dùng amitriptyline nếu có biểu hiện đau thần kinh (đặc biệt nếu có mất ngủ)

4. TÁI ĐÁNH GIÁ

- Lặp lại RAT
- Ghi nhận điểm đau

Tóm tắt

Đau cấp nặng trên nền đau mạn. Nguyên nhân hỗn hợp – đau mạn tính do ung thư và đau cơ xương cấp tính. Cơ chế cả đau thần kinh lẫn cảm thụ

- Có thể gặp khó khăn khi đánh giá
- Điều trị không thuốc đóng vai trò quan trọng
- Duy trì thuốc giảm đau thông thường đều đặn
- Kiểm soát cơn đau cấp nặng bằng morphine tĩnh mạch, sau đó chuyển sang morphine uống hàng ngày
- Amitriptyline có thể hiệu quả

VÍ DỤ 3

Bệnh nhân nam 51 tuổi, tiền sử 2 năm đau thắt lưng thỉnh thoảng lan xuống chân phải. Gần đây ông ấy bị ngã và bây giờ đi lại khó khăn.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

1. NHẬN DIỆN

- Bệnh nhân có thể không thể hiện rằng mình bị đau
- Những người khác có thể nghĩ rằng bệnh nhân trốn việc
- Hãy hỏi bệnh nhân về triệu chứng đau của họ!

2. ĐÁNH GIÁ

- **Mức độ**
 - Có thể đau vừa đến nặng
 - Lượng giá điểm đau của bệnh nhân, ví dụ bằng thang điểm lời nói (VRS) và thang điểm hoạt động chức năng (FAS)
- **Loại đau**
 - Đau mạn tính, nguyên nhân cơ xương (không do ung thư)
 - Lăn ngã gần đây có thể gây ra đợt đau cấp trên nền mạn
 - Đau có thể khó định khu và có cả biểu hiện đau thần kinh lẫn cảm thụ (ví dụ bỏng rát, châm chích)
- **Các yếu tố khác**
 - Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng tới cơn đau – thể chất, tâm lý và xã hội

3. ĐIỀU TRỊ

- **Điều trị không thuốc**
 - Nghỉ ngơi thường không có tác dụng trong đau lưng mạn
 - Đôi khi có những vấn đề cấp tính trên nền bệnh mạn cần phải phẫu thuật (ví dụ xẹp đĩa đệm)
 - Châm cứu, mát-xa, và vật lý liệu pháp có thể hiệu quả
 - Hỗ trợ về mặt tâm lý hay xã hội
 - Vấn đề công việc
 - Vấn đề gia đình

- **Điều trị thuốc**

- Paracetamol và NSAID có thể hiệu quả, đặc biệt đối với đợt đau cấp trên nền mạn
- Nói chung, morphine không hiệu quả với đau lưng mạn tính. Tình huống có thể cần thiết cho cơn đau cảm thụ cấp tính
- Cân nhắc amitriptyline nếu có biểu hiện đau thần kinh (đặc biệt nếu có mất ngủ)

4. TÁI ĐÁNH GIÁ

- Lặp lại RAT
- Ghi nhận điểm đau

Tóm tắt

Đau vừa đến nặng, đợt cấp trên nền mạn, cơ chế hỗn hợp vừa cảm thụ vừa thần kinh

- **Có thể khó khăn trong đánh giá**
- **Điều trị không thuốc là quan trọng**
- **Duy trì giảm đau thông thường hàng ngày**
- **Morphine thường không hiệu quả (trừ khi đau cảm thụ nặng)**
- **Amitriptyline có thể hiệu quả**

THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG

CA 1

Bệnh nhân nam 22 tuổi bị gãy xương đùi phải do ngã từ xe tải xuống. Không có tổn thương rõ ràng nào khác. Anh ta nói bị đau rất nhiều ở đùi.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 2

Bệnh nhân nữ 44 tuổi bị ung thư cổ tử cung vào viện vì cô không thể tự chăm sóc bản thân ở nhà

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 3

Bệnh nhân nam 60 tuổi vừa trải qua cuộc phẫu thuật bụng hở điều trị tắc ruột. Ông ta nằm không dám cử động và có vẻ rất đau.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 4

Bé gái 5 tuổi bị ung thư xương tiến triển đã di căn từ chân sang cột sống. Bệnh nhân khóc thường xuyên và sợ bị chích kim.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 5

Bệnh nhân nam 49 tuổi bị đái tháo đường lâu năm, bị cắt cụt chi dưới gối do hoại tử. Bạn khám bệnh nhân 4 tuần sau cắt cụt và anh ta kêu đau ở phần chi bị cắt.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 6

Trẻ nam 9 tuổi có khả năng bị viêm ruột thừa và đang chờ phẫu thuật.

Bạn kiểm soát đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 7

Bệnh nhân nữ 24 tuổi đến khám với tiền sử đau đầu nặng 2 năm nay. 6 tháng trước bác sĩ nói với cô ấy rằng “không có vấn đề gì trong đầu cô cả”.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

CA 8

Trẻ gái 12 tuổi nhập viện 3 ngày trước vì bị bóng ở ngực và bụng. Bệnh nhân cần được thay băng mỗi 2-3 ngày.

Bạn điều trị đau ở bệnh nhân này như thế nào bằng RAT?

VƯỢT QUA RÀO CẢN

Rào cản nào là lớn nhất cho việc điều trị đau nơi bạn công tác? Có rào cản nào dễ thay đổi không?

Những thay đổi nào có thể cải thiện việc điều trị đau nơi bạn công tác?

GHI CHÚ

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: công thức thuốc người lớn

Chú ý: Công thức thuốc chính xác (ví dụ hàm lượng viên thuốc) có thể thay đổi.

Liều morphine cụ thể tùy thuộc vào từng bệnh nhân.

Chữ viết tắt:

- IM = tiêm bắp – TB, IV = tĩnh mạch – TM, PO = uống, PR = trực tràng – TTr, SC = dưới da – DD
- OD = mỗi ngày 1 lần, BD= mỗi ngày 2 lần, TDS = mỗi ngày 3 lần, QDS = mỗi ngày 4 lần

1. Giảm đau thông thường

Thuốc	Công dụng	Thận trọng	Liều người lớn
Paracetamol/ Acetaminophen (Pamol, Panadol, Tylenol)	Nói chung an toàn. Dùng tốt cho đau nhẹ nhưng có thể có hiệu quả đối với hầu hết đau cảm thụ. Thường cần phối hợp thuốc khi điều trị đau nặng. Cũng được dùng để hạ sốt	Không phải bệnh nhân nào cũng có thể dùng thuốc viên hay dạng lỏng. Có thể gây tổn thương gan khi quá liều	Thường dùng đường uống nhưng có thể đặt TTr Uống hoặc TTr: 1G (2 viên 500mg) QDS Liều tối đa: 4G/24h
Aspirin	Có thể dùng với paracetamol. Tốt cho đau cảm thụ.	Không phải bệnh nhân nào cũng có thể uống. Tác dụng phụ: Trên đường tiêu hóa, ví dụ viêm dạ dày Tổn thương thận Tích nước Tăng nguy cơ chảy máu	Uống: 600mg (2 viên 300mg) mỗi 4-6h Liều tối đa: 3.6G/24h

Diclofenac (Voltaren, Volrarol)	Như aspirin	Như aspirin nhưng có thể TB hoặc TTr	Uống: 25-50mg TDS TTr: 100mg OD TB: 75mg DB Liều tối đa: 150mg/24h
Ibuprofen (Brufen, Nurofen)	Như aspirin	Như aspirin	Uống: 400mg QDS
Naproxen (Naprosyn)	Như aspirin	Như aspirin	Uống: 500mg BD

2. Opioid

Thuốc	Công dụng	Thận trọng	Liều người lớn
Codeine	Nói chung rất an toàn. Thường kết hợp với paracetamol và/hoặc NSAIM để điều trị đau vừa	Không phải bệnh nhân nào cũng có thể dùng thuốc dạng viên hoặc dạng lỏng. Tác dụng phụ giống những opioid khác: Táo bón Suy hô hấp nếu liều cao Hiểu nhầm về vấn đề nghiện. Mỗi bệnh nhân cần liều khác nhau (cần điều chỉnh liều)	Thường dùng đường uống nhưng đôi khi TB Uống hoặc TB: 30- 60mg mỗi 4h
Tramadol (Tramal)	Có thể kết hợp với paracetamol và/hoặc opioid để điều trị đau cảm thụ. Đôi khi cũng hiệu quả trong đau thần kinh. Ít gây suy hô hấp và táo bón hơn morphine	Không phải chỗ nào cũng có. Buồn nôn và nôn Lẫn	Uống hoặc TM: 50-100 mg QDS

Morphine	Rất an toàn và hiệu quả nếu dùng đúng cách. Thường kết hợp với paracetamol và/hoặc NSAIM để điều trị đau vừa đến nặng. Morphine uống thường rất hiệu quả trong đau do ung thư. Nói chung nên tránh sử dụng cho đau mạn tính không do ung thư. Có dạng viên uống giải phóng nhanh, si-rô, hoặc viên uống giải phóng chậm	Những vấn đề giống các opioid khác: Táo bón Suy hô hấp nếu liều cao Buồn nôn và nôn Hiểu nhầm về gây nghiện Liều uống và tiêm khác nhau	Có thể dùng đường uống, TM, TB hay DD Liều khác nhau cho từng bệnh nhân. Liều uống cao gấp 2-3 lần liều tiêm. Uống (giải phóng nhanh): 10-30mg mỗi 4h (ví dụ cho đau do ung thư) Uống (giải phóng chậm): 2 lần mỗi ngày (có thể cần liều cao hơn cho đau do ung thư) TM: 2.5-10mg (ví dụ trong hoặc sau phẫu thuật) TB hoặc DD: 5-10mg mỗi 4h
Pethidine (Demerol)	Như morphine. Thường kết hợp với paracetamol và hoặc/NSAIM cho đau vừa đến nặng.	Như morphine. Chất chuyển hóa (norpethidine) có thể gây co giật nếu dùng liều cao trong hơn 48h	Uống: 50-100mg mỗi 4h Liều TM hay TB cao gấp 10 lần morphine. TM: 25-50mg (ví dụ trong hoặc sau phẫu thuật) TB hoặc DD: 50-100mg mỗi 4h
Oxycodone (Oxynorm, Oxycontin)	Như morphine Có thể dùng cho đau do ung thư. Có dạng giải phóng nhanh (Oxynorm) hoặc chậm (Oxycontin)	Như morphine. Không phải chỗ nào cũng có.	Uống (giải phóng nhanh): 5-10mg mỗi 4h Uống (giải phóng chậm): 10mg mỗi ngày 2 lần, tăng liều nếu cần thiết.

3. Các thuốc giảm đau khác (theo thứ tự bảng chữ cái)

Thuốc	Công dụng	Thận trọng	Liều người lớn
Amitriptyline	Hiệu quả trong đau thần kinh. Cũng được dùng để điều trị trầm cảm và mất ngủ	An thần Hạ huyết áp tư thế Tác dụng phụ trên hệ cholinergic: Khô miệng Bí tiểu Táo bón	Uống: thường 25mg buổi tối "Bắt đầu chậm, tăng chậm" đặc biệt ở người già (ví dụ bắt đầu bằng 10mg, tăng liều mỗi 2-3 ngày nếu dung nạp được)
Carbamazepine (Tegretol)	Chống co giật ("ổn định màng tế bào") Hiệu quả trong đau thần kinh	An thần Mất thăng bằng Liều cao gây lẫn	Uống: 100-200mg BD, tăng lên 200-400mg QDS nếu dung nạp được "Bắt đầu chậm, tăng chậm" đặc biệt ở người già
Clonidine	Có thể hiệu quả với đau kháng trị	Không phải chỗ nào cũng có An thần Tụt huyết áp	TM: 15-30mcg mỗi 15 phút đến 1-2mcg/kg Uống: 2mcg/kg
Gabapentin	Chống co giật ("ổn định màng tế bào") Hiệu quả trong đau thần kinh.	An thần	Uống: 100mg TDS, tăng lên 300mg TDS nếu dung nạp được
Ketamine	Có thể hiệu quả cho những đau nặng (cảm thụ hoặc thần kinh). Cũng được dùng để gây mê	An thần (chỉ cần liều nhỏ để điều trị đau) Ác mộng, mê sảng, ảo giác	TM: 5-10mg cho đau cấp nặng Truyền DD: 100mg trong 24h trong vòng 3 ngày, có thể tăng lên 300mg, sau đó 500mg trong 24h
Natri valproate (Epilim)	Chống co giật ("ổn định màng tế bào") Hiệu quả trong đau thần kinh.	Tác dụng phụ đường tiêu hóa, an thần	Uống: 200mg mỗi 8-12h

Phụ lục 2: liều thuốc trẻ em

Chú ý Công thức thuốc chính xác (ví dụ hàm lượng viên thuốc) có thể thay đổi.

Liều morphine chính xác phụ thuộc vào từng bệnh nhân

Chữ viết tắt:

- IM = tiêm bắp – TB, IV = tĩnh mạch – TM, PO = uống, PR = trực tràng – TTr, SC = dưới da – DD
- OD = mỗi ngày 1 lần, BD= mỗi ngày 2 lần, TDS = mỗi ngày 3 lần, QDS = mỗi ngày 4 lần

1. Giảm đau thông thường

Paracetamol/ acetaminophen	Uống hoặc TTr: 15mg/kg mỗi 4h Liều tối đa: 90mg/kg trong 24h
Aspirin	Uống: 15mg/kg mỗi 4-6h Không dùng cho trẻ dưới 10 tuổi
Diclofenac	Uống hoặc TTr: 1mg/kg BD hoặc TDS
Ibuprofen	Uống: 5mg/kg QDS
Indomethacin	Uống: 0.5-1mg/kg TDS
Naproxen	Uống: 5-10mg/kg BD hoặc TDS Không dùng cho trẻ dưới 2 tuổi

2. Opioid

Codeine (xem dưới đây)	Uống: 0.5-1mg/kg mỗi 4h
Tramadol	Uống hoặc TM: 1-2mg/kg QDS
Morphine – nhanh	TM: 0.02mg/kg mỗi 10 phút (ví dụ hậu phẫu) TB hoặc DD: 0.1-0.2mg/kg mỗi 3-4h Uống (giải phóng nhanh): 0.2-0.4mg/kg mỗi 3-4h (ví dụ đau do ung thư)
Morphine – chậm	Uống (giải phóng chậm): bắt đầu với 0.6mg/kg BD, tăng liều sau mỗi 48h nếu cần
Pethidine/ meperidine	TM: 0.5mg/kg mỗi 10 phút (ví dụ hậu phẫu) TB: 1mg/kg mỗi 3-4h
Oxycodone	TM, DD hoặc uống (giải phóng nhanh): 0.1mg/kg mỗi 4h Uống (giải phóng chậm): 0.2-0.5mg/kg BD

3. Thuốc giảm đau khác

Amitriptyline	Uống: 0.5mg/kg buổi tối
Carbamazepine	Uống: 2mg/kg 2-3 lần/ngày
Clonidine	Uống: 2.5mg/kg tiền mê cho thủ thuật
Natri valproate	Uống: 5mg/kg 2-3 lần/ngày Có thể tăng lên 10mg/kg

Chú ý:

Tại Vương quốc Anh và nhiều nước khác, **codeine không khuyến cáo** cho trẻ 12 tuổi trở xuống.

Phụ lục 3: Bậc thang WHO

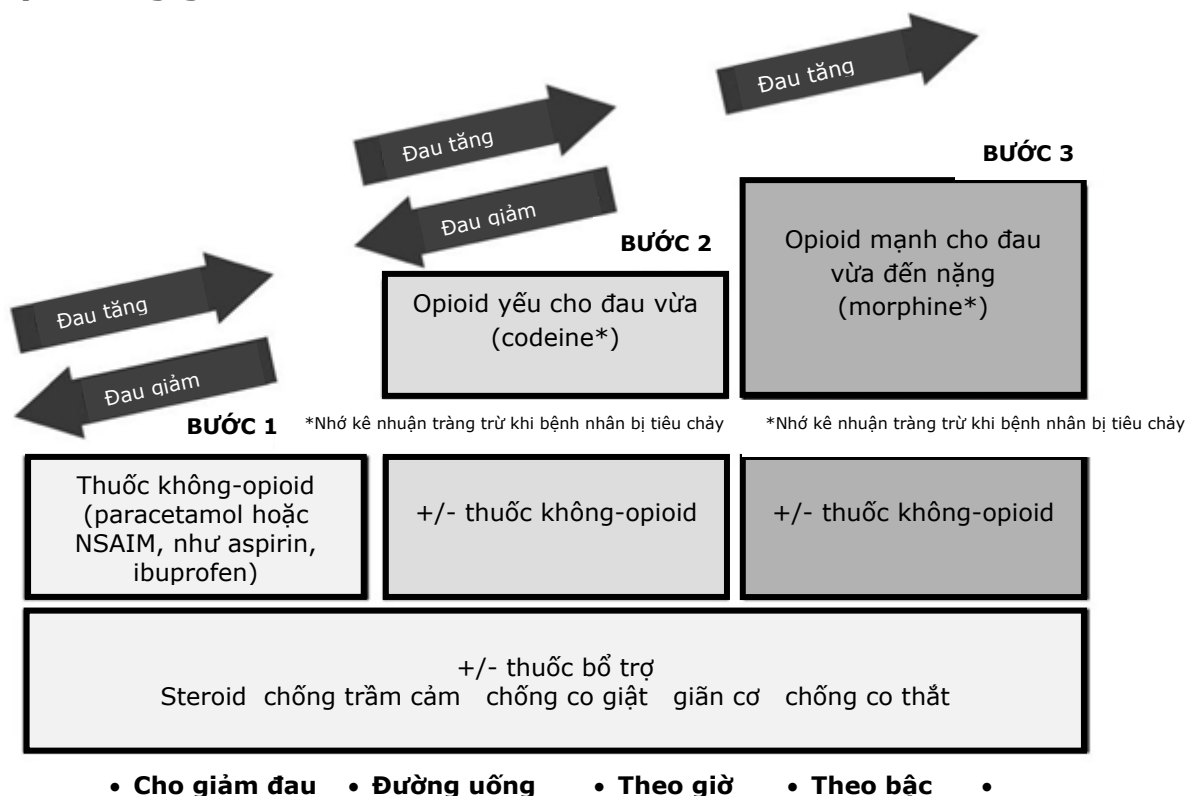
“Bậc thang” này được phát triển chủ yếu cho điều trị đau do ung thư. Nó có thể dùng tốt cho một số loại đau khác, ví dụ đau thần kinh.

Đối với đau do ung thư, liều morphine chuẩn cho từng bệnh nhân là liều mà bệnh nhân có thể cảm nhận được sự hiệu quả.

Thuốc nên được dùng:

1. Đường uống – để có thể mang thuốc về nhà
2. Theo giờ - thuốc cần được dùng đều đặn để bệnh nhân không đau trở lại trước liều tiếp theo
3. Theo bậc thang – từ từ tăng liều và độ mạnh của thuốc cho đến khi bệnh nhân hết đau
4. Đối với mỗi cá nhân – không có một liều morphine nào chuẩn cho tất cả. Liều chuẩn là liều mà bản thân bệnh nhân cảm thấy được hiệu quả giảm đau.
5. Lưu ý chi tiết – bao gồm cả thời điểm tốt nhất để dùng thuốc và điều trị tác dụng phụ (ví dụ cho nhuận tràng để điều trị táo bón).

Bậc thang giảm đau



Phụ lục 4: sử dụng morphine trong điều trị đau do ung thư

Morphine là thuốc quan trọng nhất trong điều trị đau do ung thư. Đau cấp tính nặng có thể cần được kiểm soát bằng morphine tiêm nhưng nên chuyển sang dạng uống ngay khi có thể dưới sự kiểm soát.

Liều uống bằng 2-3 lần liều tiêm

Các bước để kiểm soát đau bằng morphine

1. Kiểm soát cơn đau nặng nhanh chóng bằng morphine tiêm hoặc uống giải phóng nhanh. Dùng mỗi 4h nếu cần.
2. Tính liều morphine cần cho 24h.
Ví dụ: bệnh nhân đang dùng 10mg morphine TB/DD mỗi 4h
Morphine TB/DD cần cho 1 ngày = $6 \times 10\text{mg} = 60\text{mg}$
Liều morphine uống tương đương là 2-3 lần (120-180mg)
3. Chia đôi liều morphine uống mỗi ngày và cho dùng dạng giải phóng chậm 2 lần mỗi ngày.
Ví dụ: liều morphine uống mỗi ngày 120-180mg
Bắt đầu với morphine giải phóng chậm 60mg uống 2 lần mỗi ngày
Tăng lên uống 90mg 2 lần mỗi ngày nếu cần thiết
4. Tiếp tục dùng morphine giải phóng nhanh bổ sung mỗi 4 giờ nếu cần cho "cơn đau dữ dội". Nếu cần liều bổ sung thường xuyên, cần tính lại liều uống hàng ngày và tăng liều morphine giải phóng chậm.

Phụ lục 5: danh sách thuốc thiết yếu của WHO

Bảng sau dựa vào danh sách mẫu của WHO, tái bản lần thứ 16 (có cập nhật). Những thuốc có tác dụng điều trị đau có thể tìm thấy trong nhiều mục khác nhau của danh sách (ví dụ thuốc chống động kinh, thuốc dùng trong rối loạn cảm xúc).

Để xem danh sách đầy đủ, xin truy cập:

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

Giảm đau, hạ sốt, kháng viêm không steroid (NSAIDs) (Mục 2)	
Thuốc không-opioid và NSAIDs (mục 2.1)	
Acetylsalicylic acid (aspirin)	Viên đạn đặt trực tràng: 50-150mg Viên uống: 100-500mg
Ibuprofen (>3 tháng)	Viên uống: 200mg; 400mg
Paracetamol	Dung dịch uống: 125mg/5ml Viên đạn đặt trực tràng: 100mg Viên uống: 100-500mg
Giảm đau opioid (mục 2.2)	
Codeine	Viên uống: 15mg (dạng phosphate); 30mg (dạng phosphate)
Morphine	Dạng tiêm: ống 10mg/1ml (morphine hydrochloride hoặc morphine sulfate) Dung dịch uống: 10mg/5ml (morphine hydrochloride hoặc morphine sulfate) Viên uống: 10mg (morphine sulfate) Viên uống (giải phóng kéo dài): 10mg; 30mg; 60mg (morphine sulfate)
Chống co giật, chống động kinh (mục 5)	
Carbamazepine	Dung dịch uống: 100mg/5ml Viên (nhai): 100mg; 200mg Viên (có thể bẻ nhỏ): 100mg; 200mg

Valproic acid (natri valproate)	Dung dịch uống: 200mg/5ml Viên (có thể nghiền): 100mg Viên (bao phim): 200mg; 500mg
Thuốc dùng cho rối loạn cảm xúc (mục 24)	
Amitriptyline	Viên uống: 25mg (hydrochloride)
Các thuốc khác	
Thuốc gây mê (mục 1.1)	
Ketamine	Dạng tiêm: nồng độ 50mg/ml trong lọ 10ml (dạng hydrochloride)
Nitrous oxide	Dạng hít
Thuốc tê	
Bupivacaine	Dạng tiêm: ống 0.25%; 0.5% (hydrochloride)
Lidocaine (lignocaine)	Dạng tiêm: ống 1%; 2% (hydrochloride)
Lidocaine + epinephrine (lignocaine + adrenaline)	Dạng tiêm: lọ 1%; 2% (hydrochloride) + epinephrine 1:200,000
Thuốc chống nôn (mục 17.2)	
Dexamethasone	Dạng tiêm: ống 1ml chứa 4mg/ml Dung dịch uống: 0.5mg/ml; 2mg/ml Dạng rắn: 0.5mg; 0.75mg; 1.5mg; 4mg
Metoclopramide (không dùng cho trẻ sơ sinh)	Dạng tiêm: ống 2ml chứa 5mg/ml (hydrochloride) Viên uống: 10mg (hydrochloride)
Ondansetron (>1 tháng)	Dạng tiêm: ống 2ml chứa 2mg/ml (hydrochloride) Dung dịch uống: 4mg/5ml Dạng rắn: tương đương 4mg/5ml; 8mg; 24mg

GHI CHÚ
