



IASP 2025
GLOBAL YEAR
Pain Management, Research and Education
in Low- and Middle-Income Settings

FACT SHEET

Điều chỉnh các khuyến cáo của thế giới về đau để thích ứng với bối cảnh địa phương: Chiến lược cho các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình

Tác giả:

Robyna Irshad Khan MBBS, FCPS, MHSc — Phó Giáo sư Gây mê, Phó Trưởng Khoa Y tế Liên ngành, Đại học Aga Khan, Karachi, Pakistan.

Usman Bashir, MBBS, FRCA, FFPMRCA — Bệnh viện & Trung tâm Nghiên cứu Chuyên khoa King Faisal, Vương quốc Ả Rập Xê Út.

Gauhar Afshan, MBBS, FCPS — Giáo sư Gây mê & Y học Đau, Đại học Aga Khan, Karachi, Pakistan.

Giới thiệu

Các khuyến cáo quản lý đau là công cụ then chốt trong y tế toàn cầu, được thiết kế để cải thiện điều trị, giảm bất bình đẳng và bảo toàn phẩm giá của bệnh nhân. Thông thường, các khuyến cáo này được phát triển ở các nước có nguồn lực cao, dựa trên bằng chứng khoa học vững chắc và chuyên môn lâm sàng. Tuy nhiên, ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (LMICs), nơi hệ thống y tế có thể thiếu dịch vụ chuyên khoa, thuốc thiết yếu hoặc nhân lực đào tạo, các khuyến cáo này thường cần được điều chỉnh cẩn trọng để đạt hiệu quả. Việc điều chỉnh các khuyến cáo toàn cầu cho phép các LMIC thu hẹp khoảng cách giữa các tiêu chuẩn dựa trên bằng chứng và thực tiễn tại chỗ. Cách tiếp cận này tôn trọng các giá trị địa phương, tối ưu hóa nguồn lực hạn chế và cải thiện chăm sóc mà không làm suy giảm tính toàn vẹn lâm sàng. Bằng cách điều chỉnh các khuyến nghị hiện có để phù hợp với khả năng cung ứng thuốc, năng lực nhân lực, tập quán văn hóa và ưu tiên dịch tễ học, việc thích ứng trở nên khả thi và cần thiết. [2]

Tại sao việc điều chỉnh để thích ứng ở địa phương lại quan trọng

Nhiều khuyến cáo quản lý đau toàn cầu giả định rằng có sẵn cơ sở hạ tầng chẩn đoán, đội ngũ đa ngành và một loạt các thuốc men. Những giả định này lại không đúng ở nhiều nơi trên thế giới. [3, 9] Ở nhiều LMIC, cung cấp dịch vụ y tế bị phân tán, nguồn lực hạn chế và khả năng tiếp cận giảm đau còn rất kém. Thêm vào đó, kinh nghiệm và cách biểu hiện cơn đau bị ảnh hưởng bởi giá trị văn hóa và niềm tin cộng đồng. Những hiểu lầm về thuốc giảm đau, đặc biệt là opioid, rất phổ biến, thường liên quan đến nỗi sợ nghiện hoặc kỳ thị xã hội. [7] Do vậy, việc thích ứng khuyến cáo không chỉ là một vấn đề thực tiễn mà còn là một vấn đề đạo đức. Nếu không được điều chỉnh, chăm sóc tiêu chuẩn hóa sẽ không thể đến được những người cần nhất.

Những thách thức khi triển khai các khuyến cáo toàn cầu ở LMIC

Việc thực hiện thường bị cản trở bởi sự kết hợp của các rào cản chính sách, cơ sở hạ tầng và xã hội. Tiếp cận với opioid vẫn bị hạn chế do khuôn khổ pháp lý chặt chẽ và hệ thống phân phối chưa phát triển. [10] Ngay cả khi các thuốc này được phê duyệt, chuỗi cung ứng thường đứt gãy ở cấp địa phương, đặc biệt ở khu vực nông thôn và ngoại thành. Có sự thiếu hụt nghiêm trọng nhân lực y tế được đào tạo chuyên sâu về quản lý đau. [11] Hầu hết các dịch vụ hiện có tập trung ở bệnh viện lớn tại đô thị, khiến chúng không thể tiếp cận với phần lớn dân số. [12] Kỳ thị liên quan đến cả đau và việc sử dụng thuốc giảm đau càng làm nản lòng bệnh nhân trong việc tìm kiếm hoặc tiếp tục điều trị. Những yếu tố này cùng nhau tạo ra một môi trường mà đau không được điều trị trở thành điều bình thường và nỗi khổ trở nên vô hình. [7]

Chiến lược để thích ứng hiệu quả

- Việc thích ứng khuyến cáo bắt đầu bằng ưu tiên hóa nhu cầu dịch tễ học địa phương. Các quốc gia cần xác định trước những tình trạng đau nào phổ biến và gây tàn tật nhất, chẳng hạn như chấn thương không được điều trị, ung thư giai đoạn muộn, hoặc đau cơ xương mạn tính, và tập trung vào các can thiệp giải quyết những thực tế này. [4]
- Bên cạnh đó, đánh giá nguồn lực chi tiết là điều thiết yếu. Biết rõ những thuốc men, thiết bị và nguồn nhân lực sẵn có giúp đảm bảo rằng các phác đồ được điều chỉnh có thể thực hiện được, chứ không chỉ là lý tưởng.
- Các yếu tố văn hóa-xã hội, ngôn ngữ và chính trị phải được xem xét ngay từ đầu. Khuyến cáo nên được dịch sang các ngôn ngữ địa phương và điều chỉnh để phù hợp văn hóa. Việc tích hợp các thực hành truyền thống an toàn và quen thuộc như yoga, giác hơi, hoặc các thuốc thảo dược, có thể tăng lòng tin và tuân thủ của bệnh nhân. [2] Mô hình tiếp cận sinh-tâm lý-xã hội (biopsychosocial approach) cần được đưa vào thay vì chỉ mô hình sinh-y học. Các khuyến cáo được điều chỉnh phải hòa hợp với các giá trị và niềm tin địa phương, miễn là không làm tổn hại đến an toàn và hiệu quả. [2]
- Phát triển lực lượng lao động là một lĩnh vực then chốt khác. Vì hầu hết LMIC thiếu chuyên gia về đau, công tác đào tạo cần hướng đến bác sĩ đa khoa, điều dưỡng và nhân viên y tế cộng đồng. [5] Lực lượng này có thể cung cấp dịch vụ quản lý đau tuyến đầu nếu được cung cấp công cụ thực hành và hỗ trợ ra quyết định. Các phác đồ đơn giản hóa, thang đo đau có minh họa đã được xác thực và ứng dụng di động thiết kế cho người có trình độ đọc thấp có thể hỗ trợ việc phân quyền chăm sóc này.
- Các khuyến nghị về thuốc phải dựa trên bằng chứng và thực tế. Thay vì dựa vào các thuốc không có sẵn hoặc quá đắt, khuyến cáo điều chỉnh nên tập trung vào thuốc dễ tiếp cận như paracetamol, ibuprofen, và opioid được phép sử dụng tại địa phương khi phù hợp. [4, 10] Giá cả phải chăng và sự ổn định chuỗi cung ứng là yếu tố then chốt để duy trì thực thi lâu dài.
- Ở những nơi phù hợp để sử dụng opioid, các quốc gia cần xem xét và cải cách các luật thuốc lỗi thời, căn chỉnh với khuyến cáo của WHO và khuôn khổ quyền con người quốc

tế. Cân bằng giữa nhu cầu hợp lệ về giảm đau và lo ngại về lạm dụng đòi hỏi các chính sách minh bạch, nâng cao năng lực và trách nhiệm giải trình, chứ không phải là cấm đoán hoàn toàn.

Ví dụ điển hình về việc thích ứng thành công

1. Tại Pakistan, Đại học Aga Khan đã phát triển Khuyến cáo Quản lý Đau Cấp tính được điều chỉnh theo cơ sở hạ tầng và luồng công việc lâm sàng địa phương. [1] Sáng kiến này cho thấy các viện học thuật có thể đóng vai trò then chốt trong việc thu hẹp khoảng cách giữa bằng chứng toàn cầu và thực tế quốc gia.
2. Tại Uganda, các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ do điều dưỡng điều hành đã cải thiện đáng kể việc tiếp cận morphine đường uống, đặc biệt ở các quận nông thôn. Sau khi được đào tạo chuyên sâu và hỗ trợ về mặt pháp lý, điều dưỡng trở thành nhà cung cấp chính thuốc giảm đau, phản ánh tiềm năng của chiến lược chuyển giao nhiệm vụ (task-shifting). [6]
3. Trong khi đó, Mạng Lưới Ung thư Quốc gia Ấn Độ đã tạo ra các khuyến cáo chăm sóc giảm nhẹ phân tầng theo nguồn lực, cho phép các cơ sở ở các mức độ khác nhau thực hiện thực hành tốt trong phạm vi khả năng của họ. [8] Những ví dụ này cho thấy việc thích ứng là khả thi và có thể tạo ra thay đổi lớn.

Vai trò các bên liên quan trong quá trình thích ứng

Quy trình thích ứng khuyến cáo vốn mang tính hợp tác. Nhà cung cấp dịch vụ y tế và quản trị bệnh viện cần dẫn dắt việc triển khai lâm sàng. Nhà hoạch định chính sách và cơ quan quản lý có vai trò quan trọng trong việc đảm bảo rằng luật quốc gia và hệ thống tài chính hỗ trợ, chứ không cản trở chăm sóc giảm đau công bằng. Các nhà nghiên cứu có trách nhiệm đánh giá hiệu quả của các bản điều chỉnh và tạo bằng chứng phù hợp với bối cảnh. Tổ chức xã hội dân sự, bao gồm nhóm vận động bệnh nhân và các tổ chức phi lợi nhuận, có thể khuếch đại yêu cầu về dịch vụ giảm đau tốt hơn, nêu bật những bất công và giám sát các nhà ra quyết định. Cuối cùng, các cơ quan y tế toàn cầu và nhà tài trợ nên cung cấp hỗ trợ kỹ thuật và tài chính, mà không áp đặt các mô hình một khuôn khổ cứng nhắc. [3, 4]

Lời kêu gọi hành động nhân đạo

Việc thất bại trong việc giải quyết tình trạng đau chưa được điều trị không chỉ là một khoảng trống trong cung cấp dịch vụ - đó là một bất công về đạo đức. Không hệ thống y tế nào có thể tự nhận là công bằng hoặc nhân ái nếu để nỗi khổ tiếp diễn trong khi đã có các phương pháp an toàn và hiệu quả. [7] Các LMIC phải đầu tư vào đào tạo lực lượng lao động, rà soát rào cản pháp lý, đơn giản hóa tiếp cận thuốc thiết yếu và điều chỉnh mô hình chăm sóc đau phù hợp với bối cảnh địa phương. Khi làm như vậy, họ vừa tôn vinh khoa học của y học dựa trên bằng chứng vừa bảo vệ nhân phẩm con người.

Tài liệu tham khảo

1. Aga Khan University. Acute Pain Management Guideline. https://guidelines.aku.edu/guideline_view.php?pdf=uploads/Acute%20Pain%20.pdf&id=174
2. Human Rights Watch. Global State of Pain Treatment: Access to Medicines and Palliative Care [Internet]. 2011. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>.
3. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2022 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2022.html>.
4. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés H, Rodríguez NM, Alleyne G, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Rajagopal MR, del Rocío Sáenz Madrigal M, Sheinbaum Pardo C, Stringer K, Torres C, Vargas-Peláez CM, Pastrana T. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief. *Lancet*. 2018;391(10128):1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
5. MacRae MC, Fazal O, O'Donovan J. Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002368. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002368>
6. Merriman A, Mwebesa E, Zirimenya L. Improving access to palliative care for patients with cancer in Africa: 25 years of Hospice Africa. *Ecancermedicalscience*. 2019;13:946. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.946>
7. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018;18(9):265–270. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006>
8. National Cancer Grid. NCG Guidelines Manual 2021 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.ncgindia.org/assets/ncg-guidelines-2021/ncg-guidelines-manual-2021.pdf>.
9. Powell RA, Schwartz L, Nouvet E, Sutton B, Petrova M, Marston J, Radbruch L, Harding R. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. *Lancet*. 2017;389(10078):1498–1499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30978-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30978-9)
10. Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25(1):6-18. <https://doi.org/10.3109/15360288.2010.536307>

11. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. J Glob Health. 2019 Dec;9(2):020317. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020317>
12. Tapsfield J, Bates MJ. Hospital based palliative care in sub-Saharan Africa; a six month review from Malawi. BMC Palliat Care. 2011;10:12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-12>

Dịch bởi

- Thân Văn Quyền, Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện 199, Đà Nẵng, Việt Nam