



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

FACT SHEET

Thiết lập các dịch vụ quản lý đau tại các khu vực có thu nhập thấp và trung bình

Tác giả:

- Mary Suma Cardosa, Bệnh viện Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malaysia
- Fiona Blyth, Đại học Sydney, Úc
- Mulugeta Bayisa Chala, Tiến sĩ, Viện nghiên cứu Lawson, Bệnh viện St. Joseph's Health Care London, Canada
- Thân Văn Quyền, Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện 199, Đà Nẵng, Việt Nam

BỐI CẢNH

Nhu cầu về các dịch vụ quản lý đau tại các khu vực có thu nhập thấp và trung bình:

Tất cả các loại đau – đau cấp tính, đau mạn tính, và đau do ung thư – đều đang chưa được điều trị chưa đầy đủ trên phạm vi toàn cầu⁹, mặc dù dữ liệu từ Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease) cho thấy gánh nặng bệnh tật không gây tử vong cao từ đau lưng dưới và các tình trạng liên quan đến đau khác¹².

Tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, gánh nặng này tương tự như ở các quốc gia thu nhập cao; ở một số nơi, gánh nặng đau dự kiến còn gia tăng do dân số già hóa. Ngoài ra, một khu vực thu nhập thấp và trung bình còn đối mặt với tình trạng chẩn đoán quá mức đau và áp dụng các hình thức điều trị kém giá trị, gây hại thêm cho người bệnh và tạo ra sự lãng phí trong hệ thống^{13 15}.

Vì các dịch vụ đau ít được triển khai hơn nhiều ở những khu vực này, nên có một nhu cầu cấp thiết về các dịch vụ quản lý đau chi phí-hiệu quả và dễ tiếp cận

Các loại hình dịch vụ quản lý đau:

1. Dịch vụ Đau cấp tính (Acute Pain Service): Thông thường do các bác sĩ gây mê đảm nhiệm và chủ yếu dành cho đau cấp tính sau phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, dịch vụ này có thể được điều dưỡng đảm nhiệm và có sự giám sát của bác sĩ gây mê.
2. Quản lý đau do ung thư (Cancer Pain Management): Thường nằm trong phạm vi của dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ (Palliative Care Service), có thể do bác sĩ chuyên khoa đau, bác sĩ gây mê, bác sĩ ung thư, bác sĩ nội khoa, hoặc bác sĩ phẫu thuật điều hành.

3. Phòng khám Đau (Pain Clinic): Thông thường tiếp nhận chủ yếu là bệnh nhân đau mạn tính không do ung thư, nhưng cũng có thể bao gồm bệnh nhân ngoại trú có đau do ung thư; thường được điều hành bởi bác sĩ chuyên khoa đau hoặc bất kỳ nhân viên y tế nào có quan tâm đến quản lý đau và đã qua đào tạo thích hợp.

Lý tưởng là tất cả các dịch vụ đau nên mang tính liên chuyên ngành, tức là “điều trị đa mô thức do một nhóm đa chuyên ngành phối hợp trong đánh giá và điều trị, cùng sử dụng một mô hình sinh học – tâm lý – xã hội và có mục tiêu chung.” (Xem thuật ngữ IASP để biết định nghĩa của “đa mô thức” và “đa chuyên ngành”).

Nhóm đa chuyên ngành lý tưởng nên bao gồm bác sĩ thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau (ví dụ: gây mê hồi sức, y học đau, thần kinh, phẫu thuật thần kinh, thấp khớp, y học phục hồi chức năng, chỉnh hình...), nhà tâm lý học lâm sàng hoặc bác sĩ tâm thần, chuyên viên vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, điều dưỡng, dược sĩ, và các nhân viên y tế liên quan khác¹⁰. Tuy nhiên, trên thực tế, nhiều khu vực còn chưa có đủ nhóm nhân lực y tế nói trên, chưa nói đến việc cùng làm việc trong một đội ngũ liên chuyên ngành. Vấn đề này thường gặp ở nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình, cũng như trong một số khu vực ở quốc gia thu nhập cao (ví dụ: cộng đồng bản địa tại vùng sâu vùng xa).

CÁC THÁCH THỨC

Hệ thống y tế và Chính sách:

Quản lý đau không phải là ưu tiên của hầu hết các chính phủ, và có rất ít hoặc không có nguồn lực được phân bổ để hỗ trợ dịch vụ chăm sóc đau². Bên cạnh đó, sự khan hiếm hoặc không có khả năng tiếp cận thuốc giảm đau, bao gồm opioid. Tình trạng này trầm trọng hơn bởi nỗi sợ hãi đối với opioid và tác dụng phụ của chúng, cũng như các quan niệm và niềm tin văn hóa liên quan đến đau và cách quản lý đau⁶.

Các chính sách hoặc chiến lược quốc gia về quản lý đau hầu như không tồn tại trong các quốc gia thu nhập thấp và trung bình. Các dịch vụ đau trong bối cảnh hạn chế nguồn lực thường chỉ giới hạn ở một số loại đau hoặc thủ thuật nhất định, do một bác sĩ đơn lẻ đảm nhiệm (ví dụ: giảm đau sau phẫu thuật cấp tính, quản lý đau ung thư qua dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, phong bế thần kinh và các can thiệp khác)⁴.

Hạn chế về nguồn lực:

Thiếu hụt nghiêm trọng về nguồn lực tài chính, cơ sở vật chất, và nhân lực tại các khu vực có thu nhập thấp và trung bình. Nhiều nhân viên y tế phải kiêm nhiệm nhiều vai trò; do đó, việc thiết lập một dịch vụ đau thường phải thực hiện song song với nhiệm vụ chính của họ. Ngoài ra, những thành viên chuyên biệt của đội ngũ liên chuyên ngành, ví dụ: nhà tâm lý học lâm sàng, đặc biệt là những người có đào tạo và kinh nghiệm về quản lý đau, thường rất thiếu hoặc hoàn toàn không có trong nhiều khu vực có thu nhập thấp và trung bình⁵.

Tiếp tục sử dụng mô hình sinh học (biomedical model) trong quản lý đau:

Nguyên nhân là do thiếu hiểu biết về mô hình sinh học – tâm lý – xã hội của đau, cũng như thiếu các kỹ năng liên chuyên ngành, đặc biệt đối với đau mạn tính không do ung thư. Các nhân viên y tế có thể thiếu kỹ năng để áp dụng mô hình chăm sóc ít quen thuộc này trong thực hành lâm sàng thường ngày. Do đó, các phương pháp điều trị thường tập trung vào vật lý trị liệu thụ động, thuốc, hay các can thiệp giảm đau (ví dụ: phong bế thần kinh, tiêm steroid ngoài màng cứng...). Trong khi những biện pháp này có thể phù hợp cho đau cấp tính và một số loại đau do ung thư, thì chúng không hiệu quả, thậm chí có thể gây hại đối với đau mạn tính không do ung thư; hơn nữa, chúng còn làm tiêu tốn nguồn lực quý giá cho những điều trị vô ích ở nhiều bệnh nhân đau¹. Ngược lại, nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của tiếp cận sinh học – tâm lý – xã hội, được triển khai bởi một đội ngũ đa chuyên ngành⁷

GIẢI PHÁP

Vận động hành lang và chính sách:

Việc vận động phân bổ nguồn lực cho dịch vụ đau có thể được củng cố bằng cách trình bày gánh nặng bệnh tật không gây tử vong cao do các tình trạng liên quan đến đau, sử dụng dữ liệu từ Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease). Bên cạnh đó, chứng minh tác động của quản lý đau hiệu quả ở cấp địa phương cũng rất quan trọng (ví dụ: giảm biến chứng sau phẫu thuật nhờ quản lý đau cấp tính tốt, bệnh nhân đau mạn tính có thể trở lại làm việc sớm hơn). Tiếng nói của bệnh nhân (những người sống chung với đau) có thể vô cùng mạnh mẽ. Ngoài ra, cần vận động ở cấp chính phủ để thay đổi chính sách y tế, ví dụ: thúc đẩy việc xây dựng Chính sách Quốc gia về quản lý đau, tham khảo các mô hình chính sách từ những quốc gia khác^{3 11} và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh LMICs. Các nhà quản lý y tế cũng cần được đào tạo để đảm bảo rằng nguồn quỹ sẵn có được sử dụng cho các can thiệp hiệu quả (high-value care) thay vì lãng phí vào những can thiệp ít hiệu quả (low-value care)¹³.

Đào tạo và Giáo dục:

Các bác sĩ tiên phong đã thành công trong việc thiết lập dịch vụ đau ở các LMICs thường là những “nhà vô địch” (champions) đầy nhiệt huyết, kiên trì và sáng tạo⁵, họ sẵn sàng chia sẻ kinh nghiệm bản thân. Sự hỗ trợ từ đồng nghiệp và nhân viên y tế thuộc chuyên ngành khác cũng rất hữu ích. Khi nguồn lực hạn chế, việc tạo ra các cơ hội đào tạo và giáo dục thích hợp cho nhân viên y tế làm việc tại các cơ sở có quản lý đau là vô cùng quan trọng. Các chương trình giáo dục phải bao gồm kiến thức và hiểu biết về mô hình sinh học – tâm lý – xã hội của đau, năng lực áp dụng các phương pháp điều trị dựa trên bằng chứng cho các loại đau khác nhau. Các thành phần quan trọng của đào tạo gồm điều trị bằng thuốc, các liệu pháp nhắm vào vận động và chức năng, các phương pháp tự quản lý đau chủ động. Đồng thời cũng bao gồm việc đa kỹ năng hoá (multi-skilling) cho toàn bộ nhân viên y tế tham gia phòng khám đau, ví dụ: những nhân viên không phải nhà tâm lý học vẫn có thể cung cấp giáo dục cho bệnh nhân về các tiếp cận tâm lý trong quản lý đau mạn tính⁴.

Quản lý đau dựa vào cộng đồng:

Quản lý đau dựa vào cộng đồng là then chốt trong kế hoạch tích hợp nhằm giải quyết sự gia tăng bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ đau tại các bối cảnh thu nhập thấp và trung bình. Các dịch vụ đau tại các bệnh viện thường tốn kém và khó tiếp cận với nhiều người bệnh tại các khu vực thiếu nguồn lực^{4 14}. Quản lý đau dựa vào cộng đồng có hiệu quả về chi phí, thúc đẩy can thiệp sớm, tạo cơ hội tăng cường tính liên tục trong chăm sóc, và trao quyền cho người bệnh cùng cộng đồng của họ, nhờ cung cấp các lựa chọn quản lý đau gần nơi sinh sống. Vì vậy, cần ưu tiên việc phi tập trung hóa (decentralizing) dịch vụ quản lý đau và tích hợp chúng vào chăm sóc cộng đồng và y tế cơ sở trong các hệ thống y tế hạn chế nguồn lực. Cách tiếp cận này tận dụng nguồn lực địa phương sẵn có và cấu trúc y tế hiện hành để mở rộng chăm sóc tới các nhóm dân cư ít được phục vụ (ví dụ: vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa). Các hệ thống y tế ở LMICs nên đổi mới chiến lược để tận dụng lực lượng lao động hiện có, chẳng hạn như nhân viên y tế cộng đồng, trong việc quản lý đau cơ bản, bao gồm sàng lọc và chuyển tuyến. Đầu tư vào quản lý đau dựa vào cộng đồng mang lại giải pháp thay thế để đối phó với gánh nặng ngày càng tăng của các tình trạng đau trong LMICs. Cách tiếp cận này cũng phù hợp với nỗ lực toàn cầu về bao phủ y tế toàn dân (UHC) và tiếp cận công bằng với dịch vụ y tế⁸.

CÁC MẸO THỰC TIỄN ĐỂ THÀNH CÔNG (Practical Tips for Success):

Ví dụ về các dịch vụ đau đa chuyên ngành thành công tại các LMICs đã được mô tả trong Chương 5 của Sổ tay Trung tâm Đau Đa chuyên ngành của IASP¹⁰.

Một số mẹo thực tiễn cho những ai mong muốn xây dựng dịch vụ đau trong bối cảnh hạn chế nguồn lực:

- 1. Đào tạo là điều cốt yếu:** Người muốn thiết lập dịch vụ đau cần được đào tạo nền tảng dựa trên mô hình sinh học – tâm lý – xã hội để hiểu rõ vai trò của các chuyên khoa khác nhau trong nhóm và nhấn mạnh cách tiếp cận toàn diện đối với quản lý đau.
- 2. Kiên trì và quyết tâm:** Tại nhiều LMICs, quản lý đau truyền thống dựa vào phương thức đơn lẻ. Việc chuyển sang tiếp cận đa chuyên ngành có thể là một sự thay đổi mang tính văn hóa và đòi hỏi nhiều thời gian, nỗ lực để thành công.
- 3. Xây dựng đội ngũ là điều quan trọng:** Do bản chất đa diện của đau mạn tính, việc quản lý cần sự đóng góp từ nhiều chuyên khoa. Việc thành lập dịch vụ đau đa chuyên ngành đòi hỏi nhiều thời gian và công sức, không thể do một cá nhân đảm nhiệm. Cần bắt đầu bằng cách chia sẻ công việc với đồng nghiệp, giúp họ hiểu rõ kỳ vọng và cách họ có thể đóng góp cho mục tiêu chung.
- 4. Cần sự cổ vũ và hỗ trợ:** Ở nhiều LMICs, quản lý đau chưa được công nhận là một lĩnh vực y khoa chuyên biệt, chứ chưa nói đến một dịch vụ đa chuyên ngành. Việc triển khai dịch vụ như vậy có thể đòi hỏi thay đổi chính sách. Do đó, việc kết nối với các cá nhân có ảnh hưởng ở trong nước và quốc tế là rất quan trọng để vận động và khuếch đại nỗ lực.

Tài liệu tham khảo

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: [10.2519/jospt.2022.10788](https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10788)
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
4. Cardoso MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries-challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: [10.1097/j.pain.0000000000003369](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003369). PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardoso MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87-94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: [10.1136/bmj.h444](https://doi.org/10.1136/bmj.h444)
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: [10.1016/S2214-109X\(15\)70154-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70154-3)
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018 Sep;18(9):265-270. doi: [10.1016/j.bjae.2018.05.006](https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006). Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.

10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.
11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsanq.pdf>. Accessed 30 Jan2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. Pain. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: [10.1097/j.pain.0000000000000454](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000454). PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low-and Middle-Income Countries Series. journal of orthopaedic & sports physical therapy. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: [10.2519/jospt.2024.12406](https://doi.org/10.2519/jospt.2024.12406)
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. BJA: British Journal of Anaesthesia, 116(2), 153-155. doi: [10.1093/bja/aev449](https://doi.org/10.1093/bja/aev449)
15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. BMJ Global Health 2022;7:e008696. doi:10.1136/ bmjgh-2022-008696

Người phản biện:

- Lester Jones, MScMed(PM), Viện Công nghệ Singapore, Singapore
- Margarita Calvo, Tiến sĩ, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chi Lê
- Saurab Sharma, Tiến sĩ, Bệnh viện Royal North Shore, Úc

Dịch bởi

- Thân Văn Quyền, Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện 199, Đà Nẵng, Việt Nam
- Trần Văn Ý, Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Bình Dân, TP. HCM, Việt Nam