

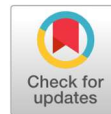


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):213-220

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.26>



Đau ở người bệnh ung thư giai đoạn cuối và các mối liên quan

Huỳnh Thụy Phương Hồng¹, Chu Thị Loan¹, Nguyễn Phương Đan², Nguyễn Huỳnh Ngọc Phúc³,
Trần Thị Lan Hương^{1,*}

¹Trường Điều dưỡng – Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Khoa Điều trị giảm nhẹ, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đau là triệu chứng phổ biến và nghiêm trọng ở người bệnh (NB) ung thư (K), đặc biệt giai đoạn cuối. Đau làm suy giảm chức năng thể chất, ảnh hưởng tâm lý, giấc ngủ và chất lượng cuộc sống; đau không kiểm soát có thể làm gia tăng mong muốn được chết sớm. Mức độ đau còn chịu tác động của các yếu tố lâm sàng, nhân khẩu học. Tại Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này ở NB K giai đoạn cuối còn hạn chế.

Mục tiêu: Xác định điểm đau trung bình của NB K giai đoạn cuối và các mối liên quan ảnh hưởng đến mức độ đau

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 65 NB K giai đoạn cuối từ tháng 09/2024 đến 05/2025 tại khoa Điều trị giảm nhẹ, bệnh viện (BV) Chợ Rẫy. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi gồm thông tin nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng và thang đo Brief Pain Inventory (BPI). Phân tích sử dụng kiểm định t, ANOVA và phân tích tương quan (Pearson, Spearman). Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Kết quả: Điểm đau trung bình theo thang đo BPI là $3,77 \pm 2,06$. Mức độ ảnh hưởng của đau lên các hoạt động có điểm trung bình là $4,12 \pm 2,73$. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng với điểm đau BPI ($p > 0,05$). Ngoại trừ thời gian điều trị tại BV có mối liên quan nghịch với mức độ đau ($p = 0,03$).

Kết luận: Đau ở NB K giai đoạn cuối ở mức trung bình nhưng gây ảnh hưởng đáng kể đến hoạt động sống. Cần tiếp cận kiểm soát đau toàn diện, chú trọng các yếu tố kinh tế – xã hội và cá thể hóa điều trị để cải thiện chất lượng cuộc sống cho NB.

Từ khóa: đau; ung thư giai đoạn cuối; mối liên quan

Ngày nhận bài: 06-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 10-05-2026 / Ngày đăng bài: 18-05-2026

*Tác giả liên hệ: Trần Thị Lan Hương. Trường Điều dưỡng – Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: huongtran@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

PAIN AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH END-STAGE CANCER

Huynh Thuy Phuong Hong, Chu Thi Loan, Nguyen Phuong Dan, Nguyen Huynh Ngoc Phuc, Tran Thi Lan Huong

Background: Pain is a prevalent and distressing symptom among cancer patients, particularly those in the advanced stages. Pain impairs physical function and negatively impacts psychological well-being, sleep quality, and overall quality of life; furthermore, uncontrolled pain can heighten the desire for hastened death. The intensity of pain is also influenced by various clinical and socio-demographic factors. In Vietnam, research addressing this issue specifically in end-stage cancer patients remains limited.

Objectives: To determine the mean pain score of end-stage cancer patients and identify associated factors affecting pain levels.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 65 end-stage cancer patients from September 2024 to May 2025 at the Palliative Care Department, Cho Ray Hospital. Data were collected through direct interviews using a questionnaire comprising socio-demographic information, clinical characteristics, and the Brief Pain Inventory (BPI). Statistical analysis included t-tests, ANOVA, and correlation analysis (Pearson, Spearman). Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: The mean pain score according to the BPI scale was 3.77 ± 2.06 . The mean score for pain interference with daily activities was 4.12 ± 2.73 . No statistically significant associations were found between socio-demographic or clinical characteristics and BPI pain scores ($p > 0.05$). An exception was the duration of hospitalization, which showed a significant negative correlation with pain intensity ($p = 0.03$).

Conclusions: Pain in end-stage cancer patients is at a moderate level but significantly impacts daily activities. A comprehensive management approach addressing socio-economic factors and individualized care is essential to enhance patient quality of life.

Keywords: pain; end-stage cancer; association

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là một trong những triệu chứng phổ biến và gây ảnh hưởng nghiêm trọng nhất ở người bệnh (NB) ung thư (K), đặc biệt trong giai đoạn cuối. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ đau ở NB K vẫn ở mức cao, dao động từ 50–70%, và có xu hướng tăng ở các giai đoạn muộn của bệnh [1]. Đau không chỉ gây suy giảm chức năng thể chất mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý, giấc ngủ và chất lượng cuộc sống của NB [2]. Con đau không thuyên giảm có thể làm tăng mong muốn được chết nhanh chóng [3]. Bởi vì đau mang tính chủ quan, do đó, việc đánh giá chính xác cơn đau của NB K giai đoạn

cuối cũng gặp rất nhiều khó khăn.

Ở NB K giai đoạn cuối, đau thường có cơ chế phức tạp và đa yếu tố, bao gồm đau do khối u xâm lấn, di căn, cũng như các tác dụng không mong muốn của điều trị. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong kiểm soát đau, bao gồm việc sử dụng opioid và các chiến lược chăm sóc giảm nhẹ (CSGN), một tỷ lệ đáng kể NB vẫn chưa được kiểm soát đau đầy đủ [4]. Ngoài ra, mức độ đau còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau như đặc điểm lâm sàng, nhân khẩu học, tình trạng tâm lý và hỗ trợ xã hội [5,6]. Việc nhận diện đầy đủ các yếu tố liên quan này có ý nghĩa quan trọng trong việc tối ưu hóa kiểm soát đau và cải thiện chất lượng cuộc sống cho NB.

Tuy nhiên, tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt

Nam, các nghiên cứu về đau ở NB K giai đoạn cuối, đặc biệt là các nghiên cứu phân tích mối liên quan, vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tình trạng đau và xác định các yếu tố liên quan ở NB K giai đoạn cuối, góp phần cung cấp cơ sở khoa học cho các can thiệp chăm sóc phù hợp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

NB mắc bệnh K giai đoạn cuối đang được điều trị và chăm sóc tại khoa Điều trị giảm nhẹ (ĐTGN) bệnh viện (BV) Chợ Rẫy. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 09/2024 đến tháng 05/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

NB đồng ý tham gia nghiên cứu; có khả năng đọc, hiểu tiếng Việt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

NB trong tình trạng nặng: lơ mơ, hôn mê;
NB đang sử dụng thuốc chống trầm cảm, lo âu trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Được tính dựa trên công thức ước lượng một trung bình:

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{d} \right)^2$$

Trong đó:

Z = 1,96 với độ tin cậy 95%; d: sai số cho phép 1,0.

σ : độ lệch chuẩn, chọn $\sigma = 3,69$ dựa vào nghiên cứu “Pain and Self-Care Behaviors in Adult Patients with ESLD: A Longitudinal Description” của Hansen L [7]. Tổng cỡ mẫu tối thiểu tính được là 53 NB.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Nghiên cứu viên tiếp cận tất cả các NB K giai đoạn cuối đang điều trị và chăm sóc tại khoa ĐTGN, chọn những NB đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn vào; giới thiệu mục đích nghiên cứu, cung cấp bản thông tin nghiên cứu và mời NB tham gia vào nghiên cứu. Nếu NB đồng ý tham gia, cho họ ký vào phiếu đồng thuận.

NB được phỏng vấn về các câu hỏi liên quan đến các thông tin chung về dân số học, thu thập hồ sơ bệnh án về thông tin lâm sàng, đánh giá mức độ đau theo thang đo BPI.

2.2.4. Công cụ nghiên cứu

Bộ câu hỏi gồm 3 phần khai thác thông tin nhân khẩu học, lâm sàng, đánh giá mức độ đau (BPI) của NB K giai đoạn cuối.

Thang đo BPI được phát triển bởi Cleeland CS và hiện được quản lý, cấp phép sử dụng bởi Trung tâm Ung thư MD Anderson. Theo các công bố quốc tế, thang đo có tính nhất quán nội tại cao với hệ số Cronbach’s alpha dao động từ 0,77 đến 0,91 [8]. Cấu trúc BPI gồm 2 phần chính: Phần 1 gồm 4 câu hỏi, đánh giá mức độ đau tại các thời điểm; mỗi câu được đánh giá trên thang điểm từ 0 đến 10 với 0 là “không đau” và 10 là “đau không thể chịu nổi”; điểm đau trung bình được tính bằng trung bình cộng của 4 mục. Phần 2 gồm 7 mục đánh giá mức độ đau ảnh hưởng đến các khía cạnh sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của NB, được chấm điểm từ 0 (không ảnh hưởng) đến 10 (ảnh hưởng hoàn toàn); điểm tổng được tính bằng trung bình cộng của 7 mục. Điểm càng cao cho thấy mức độ đau, mức ảnh hưởng của đau càng nhiều.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và được xử lý bằng phần mềm Stata 15.

Sử dụng thống kê mô tả (tần suất, tỷ lệ %, trung vị (khoảng tứ phân vị), trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn).

Tính phân phối chuẩn của các biến định lượng được đánh giá bằng kiểm định độ lệch và độ nhọn (Skewness and Kurtosis test). Các biến có giá trị $p > 0,05$ được xem là có phân phối chuẩn và được phân tích bằng các kiểm định tham số tương ứng.

Sử dụng thống kê phân tích để phân tích mối liên quan: kiểm định t, kiểm định ANOVA, và phân tích tương quan (Pearson, Spearman).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của NB K giai đoạn cuối

Trung bình tuổi của những người tham gia nghiên cứu là 58, 42 ($\pm 13,41$), dao động từ 23 đến 84 tuổi. Về giới tính, nam chiếm ưu thế hơn với 69,2%. Dân tộc kinh chiếm tỷ lệ lớn (95,4%), 48 NB (73,8%) hài lòng về tài chính đang có (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của NB K giai đoạn cuối (n=65)

	N	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	45	69,2
Nữ	20	30,8
Tuổi (năm)*	58,42	13,41 23; 84
Nơi cư trú		
TPHCM	10	15,4
Khác	55	84,6
Dân tộc		
Kinh	62	95,4
Khác	3	4,6
Trình độ học vấn		
Tiểu học	16	24,6
Trung học cơ sở	32	49,2
Trung học phổ thông	10	15,4
Từ trung cấp trở lên	7	10,8
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	3	4,7
Đã kết hôn	54	83,0
Khác	8	12,3
Sự hài lòng về tài chính		
Hài lòng	48	73,8
Bất mãn	17	26,2
Tình trạng việc làm		
Ổn định	21	32,3
Tạm thời	13	20,0
Thất nghiệp	31	47,7
Số anh/chị, em ruột*	5,5	2,4 1; 10
Số con ruột còn sống**	3	2;4 0; 11

Tất cả số liệu trình bày dưới dạng n (%) [tần số (tỷ lệ)]; ngoại trừ *: Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn; ** Trung vị (Khoảng tứ phân vị); Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất

3.2. Đặc điểm lâm sàng của NB K giai đoạn cuối

K hệ tiêu hóa chiếm tỷ lệ lớn nhất trong nhóm nghiên cứu (60%); tại thời điểm tham gia nghiên cứu có 38 NB được áp dụng phương pháp điều trị CSGN, 16 NB được hóa trị và 11 NB còn lại có thể được can thiệp phẫu thuật hoặc kết hợp phẫu thuật với hóa trị hoặc xạ trị (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của NB K giai đoạn cuối (n=65)

	N	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán bệnh		
K hệ tiêu hóa	39	60,0
K hệ hô hấp	20	30,8
K cơ quan khác	6	9,2
Phương pháp điều trị		
1= Hóa trị đơn thuần	16	24,6
2= Các phương pháp khác/Phối hợp (Phẫu thuật, Xạ trị, Kết hợp)	11	13,9
3=CSGN	38	58,5
Vết thương		
Có	4	6,2
Không	61	93,8
Thuốc giảm đau		
Có	50	76,9
Không	15	23,1
Thời gian sử dụng thuốc lần cuối (phút)*	54,9	48,3 5; 170
Thời gian điều trị tại BV (ngày)**	3	2; 5 1; 28

Tất cả số liệu trình bày dưới dạng n (%) [tần số (tỷ lệ)]; ngoại trừ *: Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn; ** Trung vị (Khoảng tứ phân vị); Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất

3.3. Điểm đau trung bình của NB K giai đoạn cuối

Mức độ đau trung bình của NB theo thang đo BPI là 3,77 điểm, trong đó thấp nhất là 0 điểm tức NB báo cáo không đau và cao nhất là 9 điểm. Mức độ ảnh hưởng của đau lên các hoạt động có điểm trung bình là 4,12, trong đó thấp nhất 0 điểm tức đau không làm ảnh hưởng và cao nhất là 10 điểm, điểm tối đa của mức độ ảnh hưởng (Bảng 3).

Bảng 3. Điểm đau trung bình của NB K giai đoạn cuối (n=65)

	TB	ĐLC	GTNN; GTLN
Mức độ đau	3,77	2,06	0; 9
Mức độ ảnh hưởng của đau	4,12	2,73	0; 10

Mức độ đau: hỏi 4 câu về mức độ đau trong 24 giờ qua

Mức độ ảnh hưởng của đau: hỏi về mức độ đau ảnh hưởng đến hoạt động chung, tâm trạng, đi lại, làm việc, các mối quan hệ với người khác, giấc ngủ, tận hưởng cuộc sống

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn; GTNN: giá trị nhỏ nhất, GTLN: giá trị lớn nhất

3.4. Mối liên quan giữa đau với các đặc điểm nhân khẩu học của NB K giai đoạn cuối

Không tìm thấy bất kỳ mối liên quan nào giữa các đặc điểm

nhân khẩu học của NB ung thư giai đoạn cuối với điểm trung bình đau BPI ở cả 2 nội dung (mức độ đau và mức độ ảnh hưởng của đau) ($p > 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đau với các đặc điểm nhân khẩu học của NB K giai đoạn cuối (n=65)

	Mức độ đau			Mức độ ảnh hưởng của đau		
	TB ($\pm$ ĐLC)	r/ ρ - rho	p-value	TB ($\pm$ ĐLC)	r/ ρ - rho	p-value
Giới tính						
1=Nam	3,58 (2,16)	-	0,28 ^a	3,99 (2,87)	-	0,59 ^a
2=Nữ	4,19 (1,82)			4,39 (2,45)		
Tuổi (năm)	-	-0,06	0,63 ^b	-	0,1	0,41 ^b
Nơi cư trú						
1=TPHCM	3,03 (2,71)	-	0,22 ^a	3,39 (2,12)	-	0,37 ^a
2=Khác	3,91 (1,92)			4,25 (2,83)		
Dân tộc						
1=Kinh	3,73 (2,08)	-	0,49 ^a	3,99 (2,72)	-	0,09 ^a
2=Khác	4,58 (1,66)			6,71 (1,76)		
Trình độ học vấn						
1=Tiểu học	3,79 (1,91)			4,75 (3,04)		
2= Trung học cơ sở	3,73 (2,21)	-0,02	0,88 ^d	3,78 (2,66)	-0,08	0,50 ^d
3= Trung học phổ thông	3,8 (1,66)			4,49 (2,80)		
4= Từ trung cấp trở lên	3,86 (2,62)			3,69 (2,47)		
Tình trạng hôn nhân						
1=Độc thân	3,0 (2,65)			3,19 (2,91)		
2=Đã kết hôn	3,75 (2,06)	-	0,69 ^c	3,97 (2,71)	-	0,28 ^c
3=Khác	4,19 (2,12)			5,49 (2,74)		
Sự hài lòng về tài chính						
1=Hài lòng	3,52 (2,16)	-	0,1 ^a	3,90 (2,68)	-	0,28 ^a
2=Bất mãn	4,47 (1,61)			4,74 (2,87)		
Tình trạng việc làm						
1=Ổn định	3,45 (2,23)			3,15 (2,43)		
2=Tạm thời	3,65 (2,31)	-	0,60 ^c	3,98 (3,12)	-	0,09 ^c
3=Thất nghiệp	4,03 (1,87)			4,84 (2,62)		
Số anh/chị, em ruột	-	0,02	0,89 ^b	-	-0,05	0,69 ^b
Số con ruột còn sống	-	0,08	0,51 ^d	-	0,20	0,11 ^d

r: Hệ số tương quan Pearson; ρ - rho: Hệ số tương quan Spearman; p - value: giá trị p; a: kiểm định t với phương sai 2 nhóm bằng nhau, b: tương quan Pearson, c: kiểm định ANOVA, d: tương quan Spearman

3.5. Mối liên quan giữa đau với các đặc điểm lâm sàng của NB K giai đoạn cuối

Kết quả Bảng 5 cho thấy, không tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng của NB ung thư giai đoạn cuối với điểm trung bình đau BPI ở cả 2 nội dung (mức độ đau và mức độ ảnh hưởng của đau) ($p > 0,05$). Ngoại trừ kết quả phân

tích tương quan cho thấy có mối tương quan nghịch, mức độ yếu nhưng có ý nghĩa thống kê giữa thời gian nằm viện điều trị và mức độ đau của NB ($r = -0,27$; ρ - rho = 0,03). Cụ thể, những NB có thời gian nằm viện dài hơn thường có mức độ đau thấp hơn.

Bảng 5. Mối liên quan giữa đau với các đặc điểm lâm sàng của NB K giai đoạn cuối (n=65)

	Mức độ đau			Mức độ ảnh hưởng của đau		
	TB ($\pm$ ĐLC)	r/p- rho	p-value	TB ($\pm$ ĐLC)	r/p- rho	p-value
Chẩn đoán bệnh						
1=K hệ tiêu hóa	4,1 (2,03)			4,77 (2,51)		
2=K hệ hô hấp	3,31 (2,05)	-	0,28 ^c	3,26 (2,88)	-	0,06 ^c
3=K cơ quan khác	3,13 (2,25)			2,79 (2,83)		
Phương pháp điều trị						
1= Hóa trị đơn thuần	3,66 (1,98)			3,44 (2,45)		
2= Các phương pháp khác/Phối hợp (Phẫu thuật, Xạ trị, Kết hợp)	4,16 (1,77)	-	0,79 ^c	4,92 (2,28)	-	0,38 ^c
3=CSGN	3,70 (2,21)			4,18 (2,95)		
Vết thương						
1=Có	3,0 (0,98)	-	0,45 ^a	3,82 (1,69)	-	0,82 ^a
2=Không	3,82 (2,11)			4,14 (2,79)		
Thuốc giảm đau						
1=Có	3,87 (2,09)	-	0,48 ^a	4,23 (2,79)	-	0,54 ^a
2=Không	3,43 (2,02)			3,74 (2,55)		
Thời gian sử dụng thuốc lần cuối (phút)	-	-0,04	0,79 ^b	-	0,22	0,12 ^b
Thời gian điều trị tại BV (ngày)	-	-0,27	0,03 ^d	-	-0,17	0,19 ^d

r: Hệ số tương quan Pearson; p- rho: Hệ số tương quan Spearman; p - value: giá trị p; a: kiểm định t với phương sai 2 nhóm bằng nhau, b: tương quan Pearson, c: kiểm định ANOVA, d: tương quan Spearman; CSGN: chăm sóc giảm nhẹ

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát mức độ đau và các yếu tố liên quan ở NB K giai đoạn cuối, qua đó góp phần làm rõ vai trò của các yếu tố nhân khẩu học, và lâm sàng trong trải nghiệm đau theo thang đo BPI. Kết quả cho thấy đau ở nhóm đối tượng nghiên cứu mang tính chất đa chiều và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau, mặc dù không phải tất cả các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận điểm đau trung bình là $3,77 \pm 2,06$, tương ứng mức độ đau trung bình thấp. Chỉ số này tương đồng với các báo cáo về tỉ lệ đau ở NB K giai đoạn cuối thường dao động từ 50-70% [1]. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng của đau lên các hoạt động sống ($4,12 \pm 2,73$) cao hơn cường độ đau đơn thuần, tương đồng với nghiên cứu của Snijders RAH [2], đau không chỉ là cảm giác thực thể mà còn gây suy giảm chức năng nghiêm trọng. Mặc dù điểm trung bình không quá cao, nhưng sự tồn tại của các trường hợp đau mức độ 9-10 phản ánh thực trạng một số NB vẫn chưa được kiểm soát đau đầy đủ như nghiên cứu của Mestdagh F đã cảnh báo [4].

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, học vấn, hay tình trạng tài chính với mức độ đau ($p > 0,05$). Tuy nhiên, ghi nhận lâm sàng cho thấy NB thất nghiệp và nhóm bất mãn về tài chính có xu hướng chịu mức độ đau cao hơn so với các nhóm còn lại. Các nghiên cứu gần đây [5,9] cũng cho thấy NB có khó khăn tài chính có mức độ đau cao và kiểm soát triệu chứng kém hơn, cho thấy bất bình đẳng về kinh tế - xã hội có thể ảnh hưởng đến trải nghiệm đau. Kết quả này gợi ý rằng gánh nặng kinh tế có thể là một yếu tố tâm lý gián tiếp làm trầm trọng thêm trải nghiệm đau, đồng thời gợi ý cần xem xét các yếu tố trung gian như khả năng tiếp cận dịch vụ CSGN và hỗ trợ xã hội. Tuy nhiên, kết quả có thể do cỡ mẫu còn hạn chế ($n=65$), sự đồng nhất tương đối về đặc điểm dân số nghiên cứu, hoặc ảnh hưởng của các yếu tố trung gian như khả năng tiếp cận CSGN và hành vi tự chăm sóc chưa được kiểm soát đầy đủ.

Về chẩn đoán, NB ung thư hệ tiêu hóa ghi nhận điểm đau cao nhất ($4,1 \pm 2,03$). Điều này phù hợp với đặc thù đau do xâm lấn tạng hoặc tắc nghẽn đặc trưng của nhóm bệnh lý này. Đáng chú ý, khác với một số báo cáo trước đây, nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước vết thương và mức độ đau ($p = 0,051$) hay

mức độ ảnh hưởng ($p = 0,37$). Kết quả này ủng hộ quan điểm cho rằng đau ung thư là hiện tượng đa yếu tố, không phụ thuộc đơn thuần vào diện tích tổn thương bề mặt mà liên quan sâu hơn đến tình trạng xâm lấn thần kinh, áp lực mô và phản ứng viêm [10]. Ngoài ra, ở các vết thương ác tính, mức độ đau được chứng minh liên quan nhiều đến đặc điểm mô và tình trạng vết thương hơn là kích thước đơn thuần [11]. Do đó, việc đánh giá đau trên lâm sàng cần dựa vào báo cáo chủ quan của NB hơn là chỉ dựa vào quan sát kích thước vết thương.

Nghiên cứu ghi nhận mối tương quan nghịch yếu nhưng có ý nghĩa thống kê giữa thời gian nằm viện và mức độ đau ($r = -0,27$; $p = 0,03$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tagami K, Laguna J cho thấy điểm đau có xu hướng giảm dần sau một thời gian điều trị nội trú [12,13]. Về mặt lâm sàng, thời gian nằm viện dài hơn tạo điều kiện cho đội ngũ y tế thực hiện quy trình dò liều thuốc giảm đau (opioid titration) chính xác, đồng thời giúp NB tiếp cận tốt hơn với các can thiệp đa mô thức (tâm lý, dinh dưỡng). Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc duy trì thời gian điều trị nội trú hợp lý để kiểm soát tối ưu triệu chứng cho NB ung thư giai đoạn cuối [14]. Một số nghiên cứu khác lại chỉ ra hướng ngược lại, nằm viện kéo dài có thể làm tăng đau toàn diện do stress tâm lý khi xa cách gia đình hoặc do các biến chứng [15].

Nghiên cứu này được thiết kế với cỡ mẫu tính toán dựa trên mục tiêu ước lượng điểm trung bình mức độ đau của NB. Do đó, khi thực hiện các phân tích so sánh và xét mối liên quan giữa các nhóm, kết quả có thể chưa đạt được năng lực thống kê tối ưu để phát hiện những sự khác biệt nhỏ. Các kết quả về mối liên quan trong nghiên cứu này nên được xem xét như những gợi ý ban đầu cho các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn. Các nghiên cứu trong tương lai nên có thiết kế dọc, cỡ mẫu lớn hơn, tiếp cận toàn diện trong đánh giá và kiểm soát đau, bao gồm cả yếu tố kinh tế – xã hội, kiểm soát tốt các yếu tố gây nhiễu để làm rõ hơn các mối liên quan.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận mức độ đau ở NB ung thư giai đoạn cuối ở mức trung bình ($3,77 \pm 2,06$) nhưng gây ảnh hưởng đáng kể đến các hoạt động sống ($4,12 \pm 2,73$). Thời gian điều trị tại bệnh viện là yếu tố lâm sàng duy nhất có mối liên quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ đau (ρ -rho = $-0,27$;

$p = 0,03$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau với các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng khác ($p > 0,05$). Kết quả nhấn mạnh vai trò của việc duy trì thời gian điều trị nội trú hợp lý và cá thể hóa các biện pháp kiểm soát đau để cải thiện chất lượng cuộc sống cho NB.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy đã hỗ trợ chúng tôi trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược TPHCM theo hợp đồng số 56/2024/HĐ-ĐHYD.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Huỳnh Thụy Phương Hồng

<https://orcid.org/0000-0001-7664-7669>

Chu Thị Loan

<https://orcid.org/0000-0002-8299-5165>

Nguyễn Phương Đan

<https://orcid.org/0009-0003-5690-2046>

Nguyễn Huỳnh Ngọc Phúc

<https://orcid.org/0009-0009-1094-5810>

Trần Thị Lan Hương

<https://orcid.org/0009-0005-8621-8987>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Huỳnh Thụy Phương Hồng, Trần Thị Lan Hương

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Huỳnh Thụy Phương Hồng, Trần Thị Lan Hương, Nguyễn Phương Đan

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Phương Đan, Nguyễn Huỳnh Ngọc Phúc

Giám sát nghiên cứu: Huỳnh Thụy Phương Hồng, Trần Thị Lan Hương

Nhập dữ liệu: Nguyễn Phương Đan

Quản lý dữ liệu: Chu Thị Loan, Nguyễn Phương Đan

Phân tích dữ liệu: Huỳnh Thụy Phương Hồng, Trần Thị Lan

Hương, Chu Thị Loan, Nguyễn Phương Đan

Viết bản thảo đầu tiên: Huỳnh Thụy Phương Hồng, Trần Thị Lan Hương

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Huỳnh Thụy Phương Hồng, Trần Thị Lan Hương, Chu Thị Loan

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 4287/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 27/12/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wangnamthip S, Panchoowong S, Donado C, Lobo K, Phankhongsap P, Sriveerachai P, et al. The Effectiveness of Cancer Pain Management in a Tertiary Hospital Outpatient Pain Clinic in Thailand: A Prospective Observational Study. *Pain Res Manag.* 2021;2021:5599023.
2. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel).* 2023;15(3):591.
3. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1703-11.
4. Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Curr Oncol.* 2023;30(7):6838-58.
5. Williams CP, Olisakwe S, El Dick J, Deng L, Azuero A, Pisu M, et al. Associations Between Cancer-Related Financial Hardship, Pain, and Opioid Use. *JCO Oncol Pract.* 2026; doi: 10.1200/OP-25-00683.
6. Van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-49.
7. Hansen L, Leo MC, Chang MF, Zucker BL, Sasaki A. Pain and self-care behaviours in adult patients with end-stage liver disease: a longitudinal description. *J Palliat Care.* 2014;30(1):32-40.
8. Center MAC. The Brief Pain Inventory. 2026; <https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>.
9. Malhotra C, Krishnan A, Yong JR, Teo I, Ozdemir S, Ning XH, et al. Socio-economic inequalities in suffering at the end of life among advanced cancer patients: results from the APPROACH study in five Asian countries. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):158.
10. Schmidt BL. The Neurobiology of Cancer Pain. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(12 Suppl):S132-5.
11. Tamai N, Mugita Y, Ikeda M, Sanada H. The relationship between malignant wound status and pain in breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;24:8-12.
12. Tagami K, Chiu SW, Kosugi K, Ishiki H, Hiratsuka Y, Shimizu M, et al. Cancer Pain Management in Patients Receiving Inpatient Specialized Palliative Care Services. *J Pain Symptom Manage.* 2024;67(1):27-38 e1.
13. Laguna J, Goldstein R, Allen J, Braun W, Enguidanos S. Inpatient palliative care and patient pain: pre- and post-outcomes. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(6):1051-9.
14. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383(9930):1721-30.
15. Mai TTT, Trinh OT, Do DV, Cheng-Pei L, Harding R. Health Outcomes and Symptom Intensity Over Time among Cancer Patients Receiving Palliative Care in Vietnam: A Prospective Cohort Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2025;26(8):3019-26.