NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LO ÂU Ở BỆNH NHÂN ĐAU MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỘ MÔN THẦN KINH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đặng Thành Chung[1], Nguyễn Đức Thuận[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa rối loạn lo âu (RLLA) và đau mạn tính. ***Đối tượng và phương pháp****:* 246 bệnh nhân (BN) điều trị nội trú tại Bộ môn Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 9/2018 - 4/2019 có biểu hiện đau mạn tính (thời gian đau kéo dài 3 tháng tính đến thời điểm tuyển chọn nghiên cứu). Đặc điểm đau được đánh giá theo vị trí, tính chất, mức độ. RLLA được chẩn đoán và tính theo thang điểm DASS 21. ***Kết quả****:* Trong tổng số 1.470 BN được khám tuyển, 500 BN có đau. Trong đó, BN đau mạn tính chiếm 49,2% (246/500 BN). Đánh giá về mức độ lo âu, 97,1% BN (68/70 BN) ở mức độ nhẹ và vừa, chỉ 1 BN ở mức độ nặng và rất nặng. BN có thời gian đau kéo dài > 1 năm; BN là nữ; ≥ 60 tuổi có mức độ đau vừa và nặng thì mức độ RLLA nặng hơn ($p < 0,05$). ***Kết luận****:* BN nữ, có thời gian đau kéo dài; tuổi cao kèm theo đau vừa và nặng thì mức độ RLLA nặng hơn ($p < 0,05$).

* Từ khóa: Đau mạn tính; Rối loạn lo âu.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội Nghiên cứu Đau Quốc tế (International Association for the Study of Pain - IASP) (1994): "Đau là một cảm giác khó chịu và là sự chịu đựng về cảm xúc, chủ yếu kèm theo tổn thương tổ chức hoặc được mô tả như một tổn thương tổ chức, hoặc cả hai". Đau là một triệu chứng phổ biến trên lâm sàng cũng như trong cộng đồng, đang dần trở thành một yếu tố tác động lên gánh nặng kinh tế và xã hội của mỗi quốc gia [1, 2]. RLLA là một loại rối loạn cảm xúc với tỷ lệ gặp ngày càng cao, đặc biệt ở những BN có bệnh lý mạn tính bao gồm đau mạn tính [3, 4, 5, 6]. Từ nhiều năm nay, Bộ môn Thần kinh (gồm Khoa Thần kinh và Khoa Đột quỵ), Bệnh viện Quân y 103 là nơi thu dung, điều trị, kiểm soát chứng đau ở nhiều bệnh lý khác nhau đạt kết quả tốt. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về mối liên quan giữa đau mạn tính với RLLA. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm: *Tìm hiểu mối liên quan giữa RLLA với đau mạn tính ở BN điều trị tại Bộ môn Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

246 BN điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh và Khoa Đột quỵ, Bộ môn Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 9/2018 - 4/2019.

[1]*Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y*

[2]*Bộ môn - Khoa Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y*

Người phản hồi: Nguyễn Đức Thuận (thuanneuro82@gmail.com)

Ngày nhận bài: 06/4/2020

Ngày bài báo được đăng: 19/5/2020

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN có biểu hiện đau mạn tính (thời gian đau kéo dài > 3 tháng; chẩn đoán căn cứ theo dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng; ≥ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN không giao tiếp và/hoặc không hợp tác.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có phân tích.

Bệnh nhân được khám lấy thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất. Đặc điểm đau được đánh giá theo vị trí, tính chất, cường độ (đau nhẹ, đau vừa, đau nặng, đau rất nặng tính theo thang điểm số: Numeric Rating Scale (NRS), trong đó đau nhẹ: 1 - 3 điểm, đau vừa: 4 - 6 điểm, đau nặng: 7 - 8 điểm, đau rất nặng, tàn phế: 9 - 10 điểm). Thang điểm stress, lo âu, trầm cảm DASS 21 bao gồm 21 câu hỏi được chia thành 3 phần: a) câu hỏi về các biểu hiện stress, b) câu hỏi về các biểu hiện RLLA; c) câu hỏi về các biểu hiện của rối loạn trầm cảm. Mỗi câu hỏi BN sẽ chọn 1 câu trả lời: a) không đúng: 0 điểm; b) đúng phần nào hoặc thỉnh thoảng đúng: 1 điểm; c) đúng phần nhiều hoặc phần lớn thời gian là đúng: 2 điểm; d) hoàn toàn đúng hoặc hầu hết thời gian là đúng: 3 điểm. Ở thang điểm DASS 21 có 7 câu hỏi về RLLA, mỗi câu hỏi thành phần, sau khi cho điểm sẽ nhân 2 lần và tính tổng. Tổng gồm 42 điểm và điểm ≥ 8 được chẩn đoán là RLLA.

** Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≥ 60	116	47,2
	< 60	130	52,8
	Trung bình	57,32 ± 13,29	
Giới	Nam	124	50,4
	Nữ	122	49,6
Vị trí đau	Cột sống cổ, thắt lưng và chi	133	54,1
	Đầu mặt	60	24,4
	Thân	40	16,2
	Khác	13	5,3
Thời gian đau (năm)	Trung bình	1,65 ± 1,16	
	< 3 năm	124	50,4
	≥ 3 năm	122	49,6
Mức độ đau (theo NRS)	Trung bình	6,67 ± 1,70	
	Nhẹ	34	13,8
	Vừa	90	36,6
	Nặng	101	41,1
	Rất nặng	21	8,5

Độ tuổi của nhóm nghiên cứu chủ yếu là tuổi trung niên và cao tuổi; tỷ lệ BN nam và nữ gần như nhau (1,02/1). Đau mạn tính có biểu hiện vùng cột sống cổ, thắt lưng và chi thể chiếm hơn 1/2 tổng số BN (54,1%). Thời gian đau kéo dài trung bình là 1,65 năm. Trong 246 BN có đau mạn tính, 86,2% BN có mức độ đau vừa trở lên (NRS ≥ 4).

2. Mối liên quan giữa đau mạn tính và RLLA

Bảng 2: Đặc điểm RLLA ở BN đau mạn tính.

BN / RLLA		Số lượng (n)		Tỷ lệ (%)	
Bình thường		176		71,5	
Mức độ lo âu	Nhẹ	70	31	28,5	12,6
	Vừa		37		15,1
	Nặng		1		0,4
	Rất nặng		1		0,4

70 BN (28,5%) có đau mạn tính kèm theo RLLA, trong đó, 68 BN (27,6%) rối loạn mức độ nhẹ và vừa.

Bảng 3: Liên quan giữa RLLA với giới tính và tuổi.

Đặc điểm		Điểm lo âu trung bình	RLLA (n, %)		Tổng
			Có (n = 70)	Không (n = 176)	
Giới tính	Nam (n, %)	4,40 ± 3,77	29 (23,8)	93 (76,2)	124
	Nữ (n, %)	5,96 ± 4,33	41 (33,1)	83 (66,9)	122
	p	< 0,05	< 0,05		246
Tuổi	< 60 (n, %)	4,75 ± 3,97	33 (25,4)	97 (74,6)	130
	≥ 60 (n, %)	5,84 ± 4,28	37 (31,91)	79 (68,01)	116
	p	< 0,05	< 0,05		246

Có sự khác biệt đáng kể giữa điểm lo âu ở 2 nhóm tuổi và 2 giới. Theo đó, nữ giới có điểm lo âu trung bình là 5,96 ± 4,33 cao hơn so với 4,40 ± 3,77 ở nam giới; tương tự điểm lo âu trung bình ở nhóm ≥ 60 tuổi là 5,84 ± 4,28; cao hơn nhóm < 60 tuổi là 4,75 ± 3,97, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4: Liên quan giữa RLLA với thời gian mắc bệnh.

Thời gian mắc bệnh	Điểm lo âu trung bình	RLLA (n, %)		Tổng
		Có (n = 70)	Không (n = 176)	
< 1 năm	4,08 ± 2,03	33 (26,6)	91 (73,4)	124
≥ 1 năm	5,5 ± 2,21	37 (30,3)	85 (69,7)	122
p	< 0,05	< 0,05		246

Kết quả cho thấy BN có thời gian đau mạn tính trên 1 năm có tỷ lệ mắc RLLA cao hơn; đồng thời những BN này có mức độ RLLA nặng hơn so với những BN đau mạn tính < 1 năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 5: Điểm lo âu ở nhóm BN đau mạn tính.

Số BN	n = 114	n = 132
Mức độ đau	Nhẹ và vừa	Nặng và rất nặng
Điểm lo âu trung bình	4,82 ± 2,37	5,69 ± 3,87
p	< 0,05	

Điểm lo âu trung bình ở BN đau nhẹ và vừa là 4,82 ± 4,37 so với 5,69 ± 3,87 ở nhóm BN đau nặng và rất nặng, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

BÀN LUẬN

** Một số đặc điểm chung của BN nghiên cứu:*

Tỷ lệ BN đau mạn tính chiếm 16,7% tổng số BN được khám sàng lọc và chiếm gần một nửa (49,2%) số BN có đau. Theo kết quả nghiên cứu của Lily RMZ (2014), đau ở người trưởng thành ở châu Á, chiếm tỷ lệ thấp nhất là 7% ở Malaysia, cao nhất là 61% ở Campuchia và Bắc Irắc [2]. Didier Bouhassira (2008), tỷ lệ đau mạn tính ở người trưởng thành ở Pháp là 31,7% [4]. Donald Schopflocher và CS (2011) cho thấy tỷ lệ đau mạn tính ở người Canada là 18,9%, tỷ lệ người nhiều tuổi cao hơn người trẻ tuổi, nữ nhiều hơn nam, trong đó gần 1/2 số BN có triệu chứng đau trên 10 năm [3]. Tại Việt Nam, theo một nghiên cứu đau tại cộng đồng (trên 12.000 BN), Nguyễn Văn Chương và CS cho thấy tỷ lệ đau mạn tính là 42,55%. Trong một nghiên cứu trên 9.298 BN từ 31 khu vực khác nhau ở Trung Quốc (2020), đau mạn tính gặp ở 33,86% BN [2].

** Mối liên quan giữa đau mạn tính và RLLA:*

Đau mạn tính và RLLA có mối tương quan với nhau đã được chứng minh không những trên động vật mà còn cả trên người. Đau mạn tính gây biến đổi tâm thần như nỗi sợ hãi và lo âu. Ngược lại, lo âu làm tăng thêm mức độ đau mạn tính [6]. Nghiên cứu sinh học phân tử thấy rằng có sự biến đổi hoạt động điện thế và cấu trúc ở màng trước và sau của khe synap cũng như xuất hiện trung khu hoạt động mới ở vỏ não. Những cấu trúc này chi phối cả đau mạn tính và RLLA. Ví dụ, đau ở BN đau xơ cơ là loại đau mạn tính làm tăng tỷ lệ rối loạn trầm cảm và lo âu [7]. Ở nghiên cứu khác trên 97 BN đau lưng mạn tính, tỷ lệ RLLA gấp 2 lần so với người khỏe mạnh [8].

Ngược lại, tỷ lệ BN than phiền về đau mạn tính cũng cao hơn ở BN có RLLA. Một nghiên cứu cộng đồng đã chỉ ra đau mạn tính gặp ở 58% người có biểu hiện RLLA toàn thể [9]. Một nghiên cứu khác ở bộ phận chăm sóc ban đầu ở Tây Ban Nha cũng ghi nhận gần như toàn bộ BN (93%) mắc RLLA có triệu chứng đau, trong đó đau thần kinh chiếm 59,4% [10]. Khi nghiên cứu về mối liên quan giữa RLLA và mức độ đau, tác giả chỉ ra rằng ở những BN phẫu thuật, mức độ RLLA trước cuộc mổ càng tăng thì mức độ đau sau mổ càng cao [11]. Cơ chế tác động qua lại giữa RLLA và đau mạn tính chưa thực sự rõ ràng. Có nhiều giả thuyết như: Có sự tồn tại ngẫu nhiên của hai chứng bệnh này hay là một yếu tố thứ 3 như biến đổi gen gây cả hai tình trạng trên; hoặc là đau mạn tính gây nên RLLA qua việc tạo nên cảm giác sợ hãi trước mỗi cơn đau và cũng có quan điểm cho rằng RLLA gây giảm ngưỡng chịu đau, vì vậy chứng đau dễ xuất hiện hơn [12].

KẾT LUẬN

Bệnh nhân đau mạn tính chiếm 49,2%; trong đó, BN đau mạn tính có RLLA chiếm 28,5%, chủ yếu là mức độ RLLA vừa và nhẹ. BN là nữ, có thời gian đau kéo dài; tuổi càng cao kèm theo đau vừa và nặng thì mức độ RLLA nặng hơn ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yongjun Z, Tingjie Z, Xiaoqiu Y, et al. A survey of chronic pain in China. Libyan J Med 2020; 15(1):30-35.

2. Lily RMZ. A systematic review of the prevalence and measurement of chronic pain in Asian adults. Pain Management Nursing 2014: 1-13.

3. Didier B. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. PAIN, Elsevier 2008; 136(3):380-387.

4. Roy R, Thomas M. A survey of chronic pain in an elderly population. Can Fam Physician 1986; 32:513-516.

5. Finn DP, Leonard B. Pain in psychiatric disorders. Mod Trend Pharmacopsychiatry. Karger 2015; 30:153-165.

6. Zhuo M. Neural mechanisms underlying anxiety-chronic pain interactions. Trends Neurosci 2016; 39(3):136-145.

7. Van Middendorp. The effects of anger and sadness on clinical pain reports and experimentally-induced pain thresholds in women with and without fibromyalgia. Arthritis Care Res. (Hoboken) 2010; 62:1370-1376.

8. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, et al. Prevalence, onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: A controlled study 1991; 45:111-121.

9. Romera I, Fernandez-Perez S, Montejo AL, et al. Generalized anxiety disorder, with or without comorbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. J Affect Disord 2010; 127:160-168.

10. Garcia-Campayo J, Caballero F, Perez M, et al. Pain related factors in newly diagnosed generalized anxiety disorder patients. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40:177-186.

11. Kain ZN. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. Pediatrics 2006; 118:651-658.

12. Galvez-Sánchez CM, Montoro CI, Duschek S, et al. Depression and trait-anxiety mediate the influence of clinical pain on health-related quality of life in fibromyalgia. J Affect Disord 2020; 265:486-495.