

## **BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VỀ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU UNG THƯ GIAI ĐOẠN CUỐI VỚI MORPHINE TRUYỀN TĨNH MẠCH LIÊN TỤC**

**Nguyễn Thị Phi Yến\*, Nguyễn Văn Thắng, Nông Hồng Thạch**

### **TÓM TẮT**

Ca lâm sàng mô tả hiệu quả kiểm soát đau bằng morphin truyền tĩnh mạch liên tục bằng phương pháp PCA (Patient-Controlled Analgesia) cho bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn cuối, có tổn thương não di căn gây đau đầu dữ dội, rên la liên tục, hạn chế dùng thuốc đường uống. Bệnh nhân được kiểm soát đau với morphin truyền tĩnh mạch liên tục bằng PCA. Kết quả ghi nhận giảm đau nhanh, cải thiện rõ rệt chất lượng sống, tác dụng phụ ít. Từ ca bệnh này cho thấy PCA là phương pháp kiểm soát đau hiệu quả, an toàn cho bệnh nhân ung thư.

**Từ khóa:** Morphin; PCA; đau; ung thư.

## **CASE REPORT THE EFFECTIVENESS OF CONTINUOUS INTRAVENOUS MORPHINE INFUSION IN PAIN RELIEF FOR ADVANCED CANCER PATIENTS**

### **ABSTRACT**

This case report describes the effectiveness of continuous intravenous morphine infusion using the Patient-Controlled Analgesia (PCA) method for pain management in a advanced-stage lung cancer patient with metastatic brain lesions causing severe headaches and continuous moaning, which limited oral medication use. The patient's pain was managed with continuous intravenous morphine administration via PCA. The results showed rapid pain relief, significant improvement in quality of life, and minimal side effects. This case demonstrates that PCA is an effective and safe pain control method for cancer patients.

**Keywords:** Morphin; PCA; pain; cancer.

---

**Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City**

\*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phi Yến

Email: ylhvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát đau hiệu quả là mục tiêu điều trị ưu tiên hàng đầu trong chăm sóc bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối. Việc kiểm soát đau hiệu quả không chỉ giúp cải thiện chất lượng sống mà còn giảm gánh nặng tâm lý và thể chất cho người bệnh và gia đình. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối, đau thường mang tính chất phức tạp, khó kiểm soát, đòi hỏi chiến lược điều trị phù hợp và linh hoạt.

Morphin là một opioid mạnh và là thuốc giảm đau chính, được sử dụng rộng rãi trong điều trị đau vừa đến nặng. Cách thức sử dụng morphin là yếu tố chính quyết định hiệu quả giảm đau và hạn chế tác dụng không mong muốn. Phương pháp giảm đau do người bệnh kiểm soát (Patient-Controlled Analgesia - PCA) với các opioid đã được ghi nhận về hiệu quả và an toàn cho người bệnh bị đau.

Báo cáo này trình bày một trường hợp sử dụng morphin truyền tĩnh mạch liên tục qua hệ thống PCA để kiểm soát đau cho bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối.

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

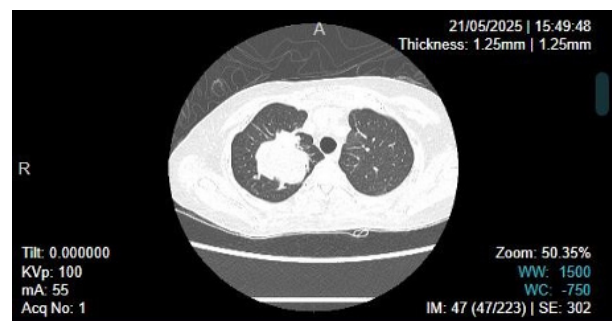
Bệnh nhân nam, 69 tuổi được chẩn đoán ung thư phổi đoạn IV cách ba năm với tổn thương di căn não. Giải phẫu bệnh sinh thiết u phổi phải thùy trên cho kết quả ung thư biểu mô tuyến có đột biến gen EGFR. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc nhắm trúng đích thế hệ thứ ba (third-generation EGFR-TKI) và trì hoãn xạ trị toàn não do chưa xuất hiện triệu chứng thần kinh trung ương.

Sau hai năm, tổn thương tại khối u phổi nguyên phát tiến triển kèm xuất hiện các nốt di căn màng phổi. Việc điều trị thất bại với ba phác đồ hóa trị trong một năm. Tổn thương di căn tại bán cầu đại não trái tăng kích thước, gây phù não. Bệnh nhân được chỉ định xạ trị toàn não, tuy nhiên đáp ứng điều trị không đạt hiệu quả mong muốn. Tình trạng

đau đầu ngày càng tăng, bệnh nhân được sử dụng các thuốc đường uống điều trị triệu chứng: giảm phù não (dexamethason), giảm đau (paracetamol, tramadol và pregabalin), đem lại hiệu quả giảm đau tạm thời trong khoảng hai tuần.

Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốt 38,5°C, vã mồ hôi, liệt nửa người phải, liệt dây thần kinh VII ngoại vi, lệch lưỡi, cơn co giật ở tay và chân xuất hiện rải rác trong ngày, nôn sau ăn, mất ngủ kéo dài, ăn uống kém, suy kiệt toàn thân. Chỉ số toàn trạng (ECOG) ở mức 3-4. Bệnh nhân đau đầu khu trú vùng đỉnh mức độ từ vừa đến nặng, thường xuyên rên la, kích thích và không có khả năng tự mô tả cơn đau, giao tiếp bằng các từ đơn như “đau” hoặc “cứu tôi”. Đánh giá mức độ đau qua thang điểm Wong-Baker Face Scale đạt 10/10 điểm.

Nhóm chăm sóc nhận định đây là bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối với đặc điểm đau mạn tính dạng hỗn hợp, mức độ nặng, có yếu tố thần kinh trung ương, viêm và tâm lý hoảng loạn kèm theo sáng, co giật, nguy cơ sặc cao, không còn khả năng tuân thủ thuốc đường uống. Mục tiêu điều trị được xác định là kiểm soát triệu chứng đau hiệu quả, nhanh chóng và an toàn. Việc điều trị giảm triệu chứng cũng giúp giải tỏa lo lắng cho các thành viên trong gia đình. Các thuốc được sử dụng bao gồm dexamethason, paracetamol, pregabalin, midazolam và morphin.





Hình 1. Hình ảnh tổn thương phổi và não của bệnh nhân theo thứ tự từ trái qua phải tại thời điểm nhập viện

### Sử dụng morphin trên ca bệnh

Khởi đầu bằng đường tĩnh mạch, liều 2 mg morphin hydroclorid mỗi 4 giờ khi bệnh nhân có cơn đau đột xuất. Sau 24 giờ, với tổng liều 12 mg, bệnh nhân vẫn vẫn rên la, nhăn nhó kêu đau, mức độ 8/10 điểm.

Do đó, nhóm quyết định chuyển sang phác đồ morphin truyền tĩnh mạch liên tục bằng phương pháp PCA, pha liều tổng 20 mg morphin hydroclorid: tốc độ nền (rate) 0,6 mg/giờ, liều cứu hộ (bolus) 1,2 mg/lần, thời gian khóa (lock out) trong 2 giờ, giới hạn liều (limit) 6mg trong 4 giờ.

Sau 24 giờ, bệnh nhân nằm yên, giảm biểu hiện đau nhưng vẫn ở mức 7/10 điểm (tổng liều 23 mg trong 24 giờ). Bệnh nhân được tăng liều nền lên 0,8 mg/giờ; rồi 1,2 mg/giờ trong ngày tiếp theo. Kết quả ghi nhận mức độ đau giảm rõ rệt, còn 2/10 điểm, không còn nét mặt đau, bệnh nhân nằm yên, tổng liều morphin đạt 35 mg trong 24 giờ. Sau đó, duy trì pha liều tổng 40 mg mỗi lần với PCA, kiểm soát đau hiệu quả liên tục trong suốt 45 ngày, liều dao động từ 38-43 mg/24 giờ. Người bệnh ngủ được, nằm yên, không khó thở, nhịp thở 22 lần/phút, không buồn nôn hay nôn, cần thực hiện hộ mệnh chống táo bón mỗi 3 ngày.

Qua ca bệnh này cho thấy việc sử dụng morphin truyền tĩnh mạch liên tục với PCA giúp xử trí tình

huống đau mức độ nặng thuận lợi, mức độ đau giảm tốt, từ 10 xuống 2/10 điểm theo thang điểm khuôn mặt. Người bệnh giảm mệt và hoảng loạn, đỡ kiệt sức vì đau. Tác dụng phụ rất thấp, người bệnh chỉ bị táo bón.

### 3. BÀN LUẬN

Sử dụng opioid được xem là nền tảng trong kiểm soát đau cho người bệnh ung thư. Opioid đường uống được ưu tiên vì hiệu quả, an toàn và thuận tiện trong thực hành [1]. Tuy nhiên, trong thực tế, nhiều trường hợp cần phải sử dụng đường tiêm do người bệnh không có khả năng uống hoặc hấp thu và/hoặc không thể kiểm soát đau với opioid đường uống.

Tiếp cận với ca bệnh, nhóm chăm sóc nhận định là ca bệnh đau mãn tính, dạng hỗn hợp, mức độ nặng, không kiểm soát được với giảm đau bậc 2 nên việc sử dụng một opioid mạnh là cần thiết. Ưu tiên lựa chọn opioid mạnh đường tiêm hợp lý hơn đường uống dựa trên mục tiêu cần giảm đau nhanh và phù hợp với tình trạng hiện của người bệnh. Hiệp hội Ung thư châu Âu (ESMO) khuyến cáo với trường hợp đau mức độ nặng, đau liên tục, cần sử dụng đường tiêm (tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da) để đạt được hiệu quả nhanh [2]. Hiệp hội Y học lâm sàng ung thư Mỹ (ASCO) cũng khuyến cáo chuyển đổi opioid khi khó khăn trong sử dụng thuốc hoặc hấp thu kém [3]. Điều này cũng phù hợp với các nguyên tắc về lựa chọn đường dùng thuốc để điều trị đau trong Hướng dẫn về chăm sóc giảm nhẹ của Bộ Y tế [1].

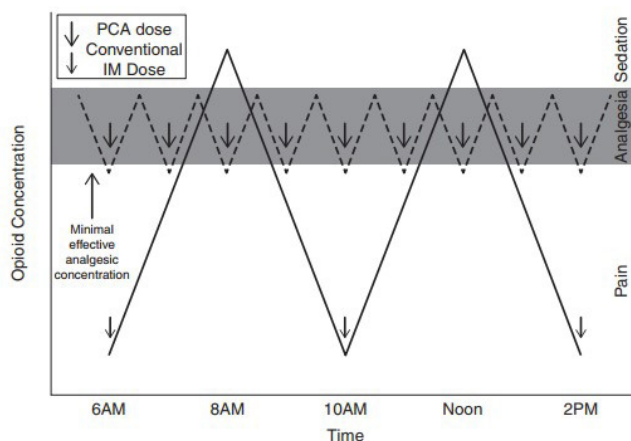
Tại thời điểm nhập viện, khởi liều cho người bệnh với morphin hydroclorid tiêm ngắt quãng. Morphine có thời gian khởi phát nhanh khi sử dụng qua đường tĩnh mạch (5-10 phút) [4], cho phép kiểm soát nhanh cơn đau. Thời gian bán thải của morphine đường tĩnh mạch ngắn (2-4 giờ) dẫn tới cần nhiều lần đưa thuốc với khoảng cách ngắn để đạt nồng độ ổn định.

Đánh giá lại sau 24 giờ thấy tình trạng đau của người bệnh chưa đạt được mục tiêu, nhóm điều trị quyết định chuyển sang truyền tĩnh mạch liên tục bằng PCA. Với PCA, bác sĩ có thể kiểm soát liều morphin và người bệnh có thể tự sử dụng liều cứu hộ thông qua một thiết bị chuyên dụng. Thiết bị này sử dụng bơm truyền thuốc được điều khiển bằng vi xử lý kết nối với nút bấm để người bệnh có thể bấm liều cứu hộ khi cần. Các thiết lập cơ bản đối với hệ thống PCA bao gồm: Tổng liều/tổng thể tích, tốc độ truyền, liều cứu hộ, thời gian khóa, giới hạn liều trong 1 giờ hoặc 4 giờ. Người bệnh sẽ không nhận được thuốc cho tới hết thời gian khóa, bất kể người bệnh bấm nút hay không. Điều này giúp hạn chế tình trạng quá liều thuốc xảy ra, là tình huống gây lo ngại khi sử dụng các opioid. Với những trường hợp cần sử dụng liều duy trì, có thể thiết lập tốc độ truyền liên tục. Tốc độ truyền này sẽ độc lập với liều cứu hộ. Khi không cần liều duy trì (liều nền), tốc độ truyền được thiết lập bằng 0. Bên cạnh thời gian khóa, giới hạn liều tối đa trong 1 giờ hoặc 4 giờ, cũng được thiết lập nhằm tăng cường an toàn cho người bệnh [5].

PCA ban đầu được sử dụng chủ yếu để kiểm soát đau sau phẫu thuật, sau đó, mở rộng để kiểm soát đau sau sinh, đau do chấn thương,... Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra việc sử dụng PCA giúp kiểm soát đau nhanh hơn và đạt được sự hài lòng của người bệnh [6], [7]. Với những ưu điểm này, sử dụng PCA để kiểm soát đau do ung thư dần được áp dụng rộng rãi và cho thấy hiệu quả, an toàn [8], [9].

Khi chuyển sang sử dụng morphin hydrochloride bằng PCA cho ca bệnh này, chúng tôi thiết lập các thông số: rate 0,6 mg/giờ, bolus 1,2 mg/lần, lockout 2 giờ, limit 6 mg trong 4 giờ.

Việc thiết lập liều duy trì sẽ giúp tránh dao động nồng độ thuốc trong máu, làm giảm tần suất các cơn đau đột xuất (Hình 2). Ngoài ra, việc điều chỉnh tốc độ truyền của opioid khi sử dụng PCA nên được thực hiện sau khi thuốc đạt trạng thái cân bằng trong máu. Trong ca bệnh này, với chức năng gan - thận bình thường, trạng thái cân bằng của morphin đạt được sau khoảng 8-10 giờ. Vì vậy, nhóm điều trị đã tiến hành điều chỉnh liều của PCA sau 24 giờ.



Hình 2. Biểu đồ này so sánh hiệu quả giảm đau đạt được với hai chế độ giảm đau khác nhau: tiêm bolus ngắt quãng do điều dưỡng thực hiện hoặc tiêm liều nhỏ thường xuyên với PCA. Vùng tô đậm thể hiện nồng độ thuốc giảm đau mục tiêu. Với chế độ do điều dưỡng thực hiện, có những khoảng thời gian nồng độ thuốc cao hơn và thấp hơn khoảng mục tiêu. Ngược lại, PCA khiến nồng độ opioid nằm trong khoảng mục tiêu trong phần lớn thời gian [10].

Sau khi điều chỉnh liều PCA, người bệnh được kiểm soát đau tốt, mức độ đau chỉ còn 2/10. Mức sử dụng morphin dao động khoảng 38 - 43 mg/24 giờ, cao hơn so với ngày đầu tiên sử dụng opioid (12 mg). Có mức liều chênh lệch này là do ở thời điểm khởi đầu chúng tôi đang tiến hành điều trị để tìm được liều giảm đau hiệu quả. Trong nghiên cứu của Geum và cộng sự (2025), tổng liều morphin sử dụng ở nhóm PCA tăng đáng kể và khác biệt có ý nghĩa tại thời điểm 48 giờ so với nhóm chuẩn liều thông thường (trung vị 76,80 mg so với 44,42 mg/ngày;  $p = 0,036$ ) [11]. Sử dụng PCA làm giảm có ý nghĩa số cơn đau đột xuất tại thời điểm 24 giờ và đạt tỷ lệ kiểm soát đau cao hơn mà không có sự khác biệt về các tác dụng không mong muốn. Trên ca bệnh này, chúng tôi cũng chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào ngoại trừ táo bón.

#### 4. KẾT LUẬN

Truyền liên tục tĩnh mạch morphin với PCA là một lựa chọn hợp lý, an toàn và hiệu quả trong kiểm soát đau do ung thư giai đoạn cuối. Phương pháp này nên được triển khai rộng rãi để cải thiện hiệu quả điều trị đau, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bộ Y Tế (2022), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, Ban hành kèm theo Quyết định số 183/QĐBYT ngày 25/01/2022
- [2]. Jost, L., Roila, F. & ESMO Guidelines Working Group (2009), Management of cancer pain: ESMO clinical recommendations, *Annals of Oncology*, 20, 170–173
- [3]. Paice, J. A., Bohlke, K., Barton, et al (2023), Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline, *Journal of Clinical Oncology*, 41(4), 914-930
- [4]. Sobieraj, D. M., Baker, W. L., Martinez, B. K., et al (2019), Comparative Effectiveness of Analgesics To Reduce Acute Pain in the Prehospital Setting. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, Maryland, USA. Chapter 2, Table 1
- [5]. Grass, J. A. (2005), Patient-controlled analgesia, *Anesthesia & Analgesia*, 101, S44–S61
- [6]. Macintyre, P. E. (2001), Safety and efficacy of patient-controlled analgesia, *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 36–46
- [7]. McNicol, E. D., & Ferguson, M. C. (2015), Patient controlled opioid analgesia versus nonpatient controlled opioid analgesia for postoperative pain, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), Art. No.: CD003348
- [8]. Lin, R., Feng, S., Wu, et al (2021), Comparing Patient-Controlled Analgesia Versus Non-PCA Hydromorphone Titration for Severe Cancer Pain: A Randomized Phase III Trial, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 19(10), 1148–1155
- [9]. Nijland, L., Schmidt, P., Frosch, M., et al (2019), Subcutaneous or intravenous opioid administration by patient-controlled analgesia in cancer pain: a systematic literature review, *Supportive Care in Cancer*, 27(1), 33–42

- [10]. Ferrante, F. M., & Covino, B. G. (1990), Patient-controlled analgesia: a historical perspective. In: Ferrante, F. M., Ostheimer, G. W., & Covino, B. G. (chủ biên), Patient-Controlled Analgesia. Nhà xuất bản Blackwell Scientific Publications. Boston. 3–9
- [11]. Geum, M. J., Lee, S. W., Lee, C. K., et al (2025), Optimizing Intravenous Patient-Controlled Analgesia for Cancer Pain: A Randomized Controlled Trial on Adjusted Background Infusion Rates, JCO Oncology Practice, (OP-24-00650)