

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4708

NGHIÊN CỨU VỀ MỨC ĐỘ ĐAU VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐAU Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI KHOA UNG BƯỚU BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

**Đặng Nhật Nam, Dương Lê Tấn Trường*, Phạm Minh Chiền,
Bùi Khánh Duy, Huỳnh Anh Đức, Văn Nhật Tuấn, Phạm Vinh**

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dltruong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/5/2026

Ngày phản biện: 29/7/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Con đau liên quan đến ung thư không chỉ đau đớn về thể xác mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần, chất lượng cuộc sống và làm xấu đi quá trình điều trị. Nghiên cứu này ghi nhận về đặc điểm triệu chứng và điều trị đau, nhằm cho thấy sự cần thiết của việc nâng cao chất lượng giảm đau cho bệnh nhân ung thư. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm triệu chứng đau, điều trị đau và tìm hiểu một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư tại Khoa Ung bướu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 85 bệnh nhân ung thư có triệu chứng đau và được điều trị thuốc giảm đau. **Kết quả:** Đau mức độ ít có 40,0%, mức trung bình chiếm 51,8% và mức nghiêm trọng chiếm 8,2%. Kiểu đau đau cảm thụ chiếm 85,9%, đau thần kinh chiếm 1,2%, còn 12,9% là kiểu phối hợp. Tỷ lệ thể trạng BMI bình thường mắc đau thần kinh/phối hợp thấp hơn nhóm thể trạng gầy ($p = 0,008$). Về đặc điểm kết hợp thuốc, 48,2% là không kết hợp. Tỷ lệ bệnh nhân dùng giảm đau có kết hợp với acetaminophen là 42,4%, tỷ lệ kết hợp với thuốc thần kinh là 15,3%, nhóm NSAID ít dùng để phối hợp hơn (8,2%). Thống kê cho thấy nhóm đau mức độ ít có tỷ lệ kết hợp thuốc cao hơn nhóm đau trung bình-nghiêm trọng ($p < 0,001$). **Kết luận:** Đau ở mức trung bình chiếm đa số và thường là đau cảm thụ hoặc đau phối hợp (thần kinh và cảm thụ). Bệnh nhân thể trạng bình thường có tỷ lệ đau thần kinh hoặc phối hợp thấp hơn nhóm thể trạng gầy. Cần chú trọng hơn về phối hợp thuốc điều trị giảm đau. Việc tư vấn dinh dưỡng và hỗ trợ chế độ ăn sớm góp phần cải thiện thể trạng làm giảm sự phối hợp cơ chế trong đau.

Từ khóa: Đau, ung thư, thuốc giảm đau.

ABSTRACT

PAIN SYMPTOMS AND ANALGESIC TREATMENT IN CANCER PATIENTS AT THE ONCOLOGY DEPARTMENT OF CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

**Dang Nhat Nam, Duong Le Tan Truong*, Pham Minh Chien,
Bui Khanh Duy, Huynh Anh Duc, Van Nhat Tuan, Pham Vinh**
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Malignancy-associated pain causes not only physical suffering but also impacts mental health and quality of life, while potentially compromising treatment outcomes. Assessing current symptom characteristics and analgesic patterns is vital to underscore the necessity for advanced pain care for oncology patients. **Objectives:** To describe the pain profiles and pharmacological interventions and their associated factors among cancer patients at the Oncology Department, Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 85 cancer patients presenting with pain symptoms and receiving analgesic treatment. **Results:** Pain severity was mild in 40.0%,

moderate in 51.8%, and severe in 8.2% of patients. Nociceptive pain was the most prevalent type (85.9%), alongside mixed (12.9%) and neuropathic pain (1.2%). The incidence of neuropathic or mixed pain was significantly lower in patients with a normal BMI compared to underweight individuals ($p = 0.008$). Regarding treatment, analgesic monotherapy was utilized in 48.2% of cases. Analgesic combination rates were 42.4% for acetaminophen, 15.3% for neuropathic adjuvants, and 8.2% for NSAIDs. Notably, combination analgesia was employed significantly more often in patients with mild pain than those with moderate-to-severe pain ($p < 0.001$). **Conclusion:** Moderate pain was the most prevalent intensity, typically occurring via nociceptive or mixed pathways. The study indicates that patients with a normal BMI status had a lower prevalence of neuropathic or mixed pain mechanisms compared to the underweight group. Clinical focus must shift toward optimizing combination therapies. Early nutritional support to preserve physical status may attenuate multifactorial pain mechanisms.

Keywords: Pain, cancer, analgesic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau trong ung thư là một trong những triệu chứng phổ biến. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngoãn (2023) cho thấy 38,2% bệnh nhân ung thư đau ở mức độ trung bình và 34,5% đau nặng [1]. Giai đoạn muộn/di căn thường đau nhiều hơn, chỉ số toàn trạng (PS) càng kém thì mức độ đau càng cao [2]. Trong thập kỷ qua, việc chú trọng hơn đến đánh giá và quản lý cơn đau có thể đã góp phần làm giảm tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của đau, nhưng tỷ lệ mắc đau còn cao, đặc biệt là ở ung thư tiến triển và giai đoạn cuối [3]. Trên thực tế đau do ung thư là sự phối hợp nhiều cơ chế từ tổn thương thực thể đến tiến triển và điều trị bệnh, kết hợp rối loạn chức năng và tâm lý; làm giảm khả năng tự chăm sóc, gây cản trở quá trình điều trị đau và căn nguyên gây đau [4]. Vì thế nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm triệu chứng đau, điều trị đau và tìm hiểu một số yếu tố liên quan, nhằm cung cấp thực trạng và hướng đến nghiên cứu về nâng cao dịch vụ giảm đau, cải thiện chất lượng cuộc sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư điều trị tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh đã được chẩn đoán xác định ung thư có triệu chứng đau và đang điều trị thuốc giảm đau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có rối loạn tâm thần đi kèm; hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Dựa trên thực tế lượng bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Ung bướu, có hồ sơ lưu tại khoa từ tháng 07/2025 đến tháng 01/2026. Tổng có 85 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Mô tả đặc điểm chung: giới, nhóm tuổi, thể trạng, nơi sống, bệnh lý đi kèm, chỉ số toàn trạng theo ECOG [5], vị trí ung thư nguyên phát, giai đoạn ung thư, số phương pháp điều trị ung thư (1 phương pháp hay có từ 2 phương pháp). Mô tả mức độ đau bằng thang điểm cường độ đau dạng số NRS (phân mức độ dựa theo hướng dẫn Bộ Y tế [6] và nghiên

cứu về thang đau của Mustaqe E. [7]): điểm số 1-3 là đau mức độ ít, 4-6 là đau trung bình, 7-10 là đau nghiêm trọng. Mô tả đặc điểm loại đau: cảm thụ, thần kinh, phối hợp (cảm thụ và thần kinh). Mô tả một số yếu tố liên quan đến kết hợp thuốc giảm đau và loại đau.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** nhóm nghiên cứu viên chia thành hai đội thu thập dữ liệu độc lập và so sánh với nhau; mọi sai khác trong dữ liệu được đối chiếu với hồ sơ gốc và tham vấn bác sĩ tại khoa. Số liệu được phân tích hồi quy logistic đánh giá mối liên quan của đặc điểm đau và các yếu tố.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 25.047.SV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/5/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm dân số của đối tượng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	52	61,2
	Nữ	33	38,8
Nhóm tuổi	18 – 39 tuổi	5	5,9
	40 – 59 tuổi	31	36,5
	Từ 60 tuổi trở lên	49	57,6
Thể trạng (phân loại theo BMI châu Á)	Gầy	21	24,7
	Bình thường	39	45,9
	Thừa cân	14	16,5
	Béo phì	11	12,9
Nơi sống	Nông thôn	59	69,4
	Thành thị	26	30,6

Nhận xét: Về giới tính, tỷ lệ nam cao hơn nữ (61,2% so với 38,8%). Về nhóm tuổi, hơn nửa là từ 60 tuổi trở lên (57,6%). Về thể trạng theo BMI, đa số là bình thường (45,9%) và gầy (24,7%). Về nơi sống, đa số là nông thôn (69,4%).

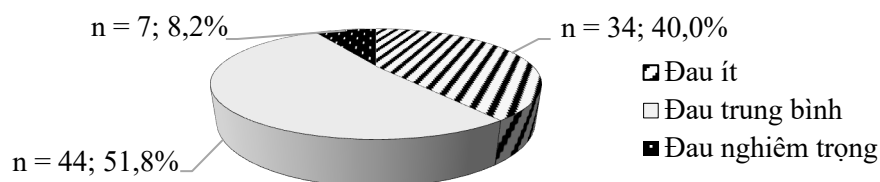
Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh lý của đối tượng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý đi kèm	Có	29	34,1
	Không	56	65,9
Chỉ số toàn trạng (PS)	0 – 1	74	87,1
	2 – 3	11	12,9
Vị trí ung thư nguyên phát	Đại trực tràng	30	35,3
	Phổi	13	15,3
	Dạ dày	9	10,6
	Tuyến tiền liệt	8	9,4
	Vú	5	5,9
	Gan	4	4,7
	Khác	16	18,8
Giai đoạn bệnh	I – II – III	20	23,5
	IV	65	76,5
Số phương pháp điều trị ung thư	1 phương pháp	57	67,1
	Có từ 2 phương pháp	28	32,9

Đặc điểm bệnh lý của đối tượng		Tần số	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm kết hợp thuốc	Thần kinh	13	15,3
	NSAID	7	8,2
	Acetaminophen	36	42,4
	Không kết hợp	41	48,2

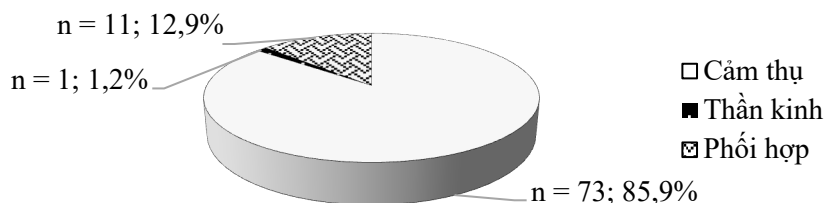
Nhận xét: 65,9% không có bệnh lý đi kèm. Chỉ số PS 0 – 1 chiếm 87,1%. Vị trí nguyên phát thường là đại trực tràng (35,3%), phổi, dạ dày, tuyến tiền liệt, vú, gan. Đa số rơi vào giai đoạn IV (76,5%). Người bệnh có 1 phương pháp điều trị ung thư chiếm 67,1%. Có 48,2% lượt điều trị không kết hợp thuốc, điều trị kết hợp với acetaminophen chiếm 42,4%; ít khi kết hợp với thuốc thần kinh (15,3%) và NSAID (8,2%).

3.2. Đặc điểm về triệu chứng đau và các yếu tố liên quan



Biểu đồ 1. Phân bố mức độ đau của các đối tượng

Nhận xét: Có 40,0% đối tượng đau mức độ ít, 51,8% đau trung bình, 8,2% đau nghiêm trọng.



Biểu đồ 2. Phân bố loại đau của các đối tượng

Nhận xét: 85,9% là đau cảm thụ, 1,2% đau thần kinh, 12,9% là kiểu đau phối hợp.

Bảng 3. Liên quan giữa loại đau và đặc điểm dân số của đối tượng

Đặc điểm dân số		Đau cảm thụ		Đau TK/PH		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		n	%	n	%	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nam	41	78,8	11	21,2	1	ref	1	ref
	Nữ	32	97,0	1	3,0	0,116 (0,014 – 0,950)	0,045	0,096 (0,011 – 0,866)	0,037
Nhóm tuổi	Dưới 60	31	86,1	5	13,9	0,968 (0,281 – 3,337)	0,959	1,856 (0,355 – 9,715)	0,464
	Từ 60 trở lên	42	85,7	7	14,3	1	ref	1	ref
Thể trạng	Gầy	14	66,7	7	33,3	1	ref	1	ref
	Bình thường	37	94,9	2	5,1	0,108 (0,020 – 0,584)	0,010	0,071 (0,010 – 0,498)	0,008
	Thừa cân	13	92,9	1	7,1	0,154 (0,017 – 1,427)	0,100	0,101 (0,009 – 1,111)	0,061
	Béo phì	9	81,8	2	18,2	0,444 (0,075 – 2,637)	0,372	0,275 (0,032 – 2,332)	0,236

Đặc điểm dân số		Đau cảm thụ		Đau TK/PH		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		n	%	n	%	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Nơi sống	Nông thôn	51	86,4	8	13,6	0,863 (0,235 – 3,166)	0,824	0,990 (0,215 – 4,553)	0,990
	Thành thị	22	84,6	4	15,4	1	ref	1	ref

Nhận xét: Tỷ lệ nữ đau TK/phối hợp thấp hơn nam có ý nghĩa thống kê ($p = 0,037$). Tỷ lệ thể trạng bình thường đau thần kinh/phối hợp thấp hơn thể trạng gầy ($p = 0,008$). Tỷ lệ đau thần kinh/phối hợp cũng cao hơn ở nhóm tuổi dưới 60, và nhóm ở thành thị.

3.3. Đặc điểm về kết hợp thuốc điều trị đau và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Liên quan giữa việc phối hợp thuốc để giảm đau và một số yếu tố bệnh lý

Đặc điểm bệnh lý		Không kết hợp		Có kết hợp		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		n	%	n	%	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Bệnh lý đi kèm	Không	29	51,8	27	48,2	1	ref	1	ref
	Có	12	41,4	17	58,6	1,522 (0,615 – 3,765)	0,364	4,088 (0,789 – 21,182)	0,093
Chỉ số PS	0 - 1	35	47,3	39	52,7	1,337 (0,375 – 4,769)	0,654	2,755 (0,497 – 15,282)	0,246
	2 - 3	6	54,5	5	45,5	1	ref	1	ref
Giai đoạn ung thư	I - II - III	11	55,0	9	45,0	1	ref	1	ref
	IV	30	46,2	35	53,8	1,426 (0,521 – 3,903)	0,490	2,414 (0,536 – 10,871)	0,251
Số phương pháp điều trị ung thư	Có 1	25	43,9	32	56,1	1,707 (0,685 – 4,253)	0,251	1,553 (0,406 – 5,936)	0,520
	Có từ 2	16	57,1	12	42,9	1	ref	1	ref
Mức độ đau	Đau ít	3	8,8	31	91,2	1	ref	1	ref
	Đau TB-NT	41	80,4	10	19,6	42,367 (10,745 – 167,053)	<0,001	84,111 (14,887 – 475,225)	<0,001

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cho thấy nhóm đau mức độ ít có tỷ lệ kết hợp thuốc cao hơn nhóm đau trung bình-nặng ($p < 0,001$). Các yếu tố khác cũng góp phần làm tăng tỷ lệ phối hợp thuốc những chưa rõ ràng về thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm triệu chứng đau và các yếu tố liên quan

Về mức độ đau, khoảng một nửa số người bệnh đau ở mức độ trung bình (51,8%), đau mức độ nghiêm trọng chiếm 8,2%, đau mức độ ít chiếm 40,0%. Kết quả này so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngoãn có sự khác biệt về tỷ lệ của mức độ nghiêm trọng (34,5%) dù vậy thì tỷ lệ đau mức độ trung bình trong kết quả của họ vẫn chiếm phần nhiều (38,2%) [1]. Nghiên cứu của Bùi Thanh Loan cũng ghi nhận đau mức độ trung bình chiếm chủ yếu (63%) và 21,7% đau nặng, 15,2% đau mức độ ít [8]. So với nghiên cứu của Vu thì lại tương đồng về tỷ lệ đau nghiêm trọng (5,2%) nhưng đau mức độ ít thì lại chiếm phần nhiều (56,9%) hơn đau mức độ trung bình (37,9%) [2]. Như vậy, đau mức độ trung bình thường chiếm phần nhiều trong các nghiên cứu, tỷ lệ đau mức độ nặng thường không có sự tương

đồng giữa các báo cáo. Điều này có thể do khả năng tiếp cận với điều trị đau là khác nhau tùy khu vực. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa ghi nhận ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau với các đặc điểm dân số và bệnh lý.

Về phân loại đau, 85,9% là đau cảm thụ, đau thần kinh chỉ có 1 ca (1,2%), còn lại là kiểu đau phối hợp (12,9%). Tỷ lệ này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngoan: 51,8% cảm thụ, 4,5% thần kinh, 43,6% đau phối hợp [1], và nghiên cứu của Mihailescu-Marín (2022): đau cảm thụ 31,9%, đau thần kinh/phối hợp 68,1% [9]. Mối liên quan giữa kiểu đau và nhóm tuổi có thể là ngẫu nhiên ($p > 0,05$). Tỷ lệ đau TK/PH cao hơn ở nhóm sống khu vực thành thị, và cũng chưa ghi nhận ý nghĩa thống kê ($p = 0,990$).

Mặt khác, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ nữ đau kiểu TK/PH thấp hơn nam ($p = 0,037$). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Chelles (2024), trong đó tỷ lệ đau thần kinh cao hơn ở nữ ($p = 0,126$) [10]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ số nam/nữ là 3/2, trong khi nghiên cứu của Chelles có tỷ lệ nữ chiếm 69,3%, có thể chính sự khác biệt về cơ cấu giới tính này đã dẫn đến khác biệt về thống kê. Do đó, thay vì phản ánh sự khác biệt sinh học về cảm nhận đau giữa hai giới, kết quả này nhiều khả năng là sự không đồng nhất về cấu trúc bệnh lý giữa nhóm nam và nữ.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân thể trạng bình thường có tỷ lệ đau thần kinh/phối hợp thấp hơn thể trạng gầy ($p = 0,008$). Xu hướng tương tự cũng được ghi nhận ở nhóm thừa cân và nhóm béo phì ($p > 0,05$). Chúng tôi lý giải kết quả này bằng mối liên quan giữa hội chứng suy mòn và sinh lý bệnh của đau ung thư. Thứ nhất, thể trạng gầy mòn thường là giai đoạn tiến triển hoặc tình trạng di căn rộng. Ở giai đoạn này, thường diễn ra nhiều hơn sự xâm lấn của khối u vào các cấu trúc thần kinh và xương, dẫn đến sự gia tăng tỷ lệ đau có nguồn gốc thần kinh. Thứ hai, tình trạng thiếu cơ là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ bệnh thần kinh ngoại biên do hóa trị (Chemotherapy-induced peripheral neuropathy – CIPN) với triệu chứng phổ biến bao gồm tê bì, đau nhói và cảm giác nóng rát các chi. Nghiên cứu của Velasco (2025) cho thấy thiếu cơ làm tăng 3,7 lần nguy cơ mắc CIPN trên lâm sàng (KTC 95%: 1,25 – 10,91; $p = 0,018$) [11].

4.2. Về đặc điểm kết hợp thuốc điều trị đau và các yếu tố liên quan

Về kết hợp thuốc, có 48,2% ca bệnh không kết hợp, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Tứ Sơn (20,9%) [12]. Hơn nữa, nhóm đau mức độ ít có tỷ lệ kết hợp thuốc cao hơn nhóm đau trung bình-nghiêm trọng ($p < 0,001$). Tuy vậy, hầu hết các bệnh nhân đau mức độ nghiêm trọng chỉ được kê đơn với opioid mạnh đơn thuần (5/7 ca có dùng opioid mạnh). Điều này tương tự với nghiên cứu của Al Lawati A. (2023) khi mà các bệnh nhân đau mức độ nặng chỉ được kê opioid mạnh thay vì kết hợp thuốc như bệnh nhân bậc đau mức độ ít hoặc trung bình [13]. Mặc dù theo các hướng dẫn, phác đồ phối hợp thuốc thường được khuyến cáo cho đau mức độ trung bình, nhưng với đau bậc 3 thì các bác sĩ thường chỉ dùng opioid mạnh đơn độc (morphine). Nếu bệnh nhân có đáp ứng giảm đau thì không kết hợp thêm paracetamol/NSAID hoặc thuốc hỗ trợ, nhằm giảm tác dụng phụ lên gan, thận, dạ dày. Tuy nhiên do cỡ mẫu hạn chế nên có một nghiên cứu thực hiện tiếp trên quy mô lớn hơn và sử dụng công cụ đánh giá đau toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 85 đối tượng là bệnh nhân ung thư có triệu chứng đau và đang điều trị bằng thuốc giảm đau tại Khoa Ung Bướu của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kết quả ghi nhận: đa số người bệnh đau ở mức trung bình, phần lớn

là đau cảm thụ và kiểu đau phối hợp. Nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có thể trạng bình thường có tỷ lệ đau thần kinh hoặc phối hợp cơ chế thấp hơn nhóm thể trạng gầy. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân đau mức độ ít được ghi nhận có tỷ lệ sử dụng phác đồ kết hợp thuốc giảm đau cao hơn đáng kể so với nhóm đau trung bình đến nghiêm trọng. Cần tăng cường thực hành phối hợp thuốc giảm đau; đặc biệt ở nhóm đau mức độ nghiêm trọng. Đồng thời, việc tư vấn dinh dưỡng và hỗ trợ chế độ ăn sớm có thể góp phần cải thiện thể trạng và giảm sự phối hợp cơ chế trong đau.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã hỗ trợ kinh phí thực hiện đề tài này theo Quyết định giao thực hiện số 1900/QĐ-ĐHYDCT ngày 22 tháng 5 năm 2025 của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngoãn, Nguyễn Lê Thanh Trúc và Trần Thị Kim Chi. Mức độ đau ở người bệnh ung thư đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023(49), 154-163, doi: 10.58490/ctump.2022i49.231.
2. Vu Son Dinh, Pham Phuong Cam, Nguyen Chinh Thi Minh and Trinh Thao Thi Phuong. Pain and its Interference with Daily Activities among Patients with Cancer in Vinh Phuc Province and Some Related Factors. *IJMSCRS*. 2023. 03(08), doi: 10.47191/ijmscrs/v3-i8-38.
3. Snijders R. A. H., Brom L., Theunissen M. and van den Beuken-van Everdingen M. H. J. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer 2022: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2023. 15(3), doi: 10.3390/cancers15030591.
4. Shah K., Geller D. A., Tohme S., Antoni M., Kallam C. J. *et al.* Predictors and Consequences of Cancer and Non-Cancer-Related Pain in Those Diagnosed with Primary and Metastatic Cancers. *Curr Oncol*. 2023. 30(10), 8826-8840, doi: 10.3390/curroncol30100637.
5. Azam F., Latif M. F., Farooq A., Tirmazy S. H., AlShahrani S. *et al.* Performance Status Assessment by Using ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Score for Cancer Patients by Oncology Healthcare Professionals. *Case Rep Oncol*. 2019. 12(3), 728-736, doi: 10.1159/000503095.
6. Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ, Quyết định số 183/QĐ-BYT ngày 25/01/2022.
7. Mustaqe E., Liolis E., Bekou E., Tchabashvili L., Tasios K. *et al.* Pain Scales: Types and Comparison. *Medical Science and Discovery*. 2024. 11(12), 395-398, doi: 10.36472/msd.v11i12.1232.
8. Bùi Thanh Loan, Đoàn Lực, Phan Thị Quỳnh Nga, Quách Phụng Linh và Nguyễn Tứ Sơn. Khảo sát việc sử dụng thuốc giảm đau và những rào cản trong quản lý đau ung thư trên bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện K2. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 508(1), doi: 10.51298/vmj.v508i1.1544.
9. Mihailescu-Marin M. M., Mosoiu D. V. and Dima L. Comprehensive Targeted Treatment for Neuropathic and Nociceptive Pain in Palliative Care Patients. *Am J Ther*. 2022. 29(5), e512-e519, doi: 10.1097/MJT.0000000000001536.
10. Chelles P. A., Oliveira L. C., Couto L. S., Sampaio S. G. dos S. M. and Bergmann A. Factors Associated with Neuropathic Pain in Cancer Patients Admitted to a Palliative Care Unit. *Rev. Bras. Cancerol*. 2024. 70(2), doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4603.
11. Velasco R., Besora S., Bellver M., Peiró I., Marco C. *et al.* P17.31.A Pre-Treatment Sarcopenia Is a Risk Factor for Developing Clinically Relevant Chemotherapy-Induced Peripheral Neurotoxicity. *Neuro-Oncology*. 2025. 27(Supplement_3), iii162-iii162, doi: 10.1093/neuonc/noaf193.547.

12. Nguyễn Tứ Sơn, Đặng Thị Thủy, Ngô Thị Xuân Thu, Nguyễn Thị Liên Hương, La Văn Trường và cộng sự. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc giảm đau trong quản lý đau cho bệnh nhân ung thư tại Khoa Chống đau và chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2021. 16(3), doi: 10.52389/ydls.v16i3.749.
 13. Al Lawati A., Al Wahaibi N. and Al Suleimani Y. Prescription Patterns of Analgesic Drugs in the Management of Pain Among Palliative Care Patients at a Tertiary Hospital in Oman: A Retrospective Observational Study. *Cureus*. 2023. 15(7), e41501, doi: 10.7759/cureus.41501.
-