

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
SCIENTIFIC RESEARCH

ĐIỆN QUANG CAN THIỆP TRONG KIỂM SOÁT ĐAU DO UNG THƯ

Interventional Radiology in Cancer-related Pain Management

*Nguyễn Trường Giang**

SUMMARY

Pain is a clinical symptom affecting the life quality in patients with cancer. Pain can be induced from different sources; therefore, pain management is also varied following pain mechanisms. Apart from traditional pain care therapies, interventional radiology may help in managing pain with minimal invasive techniques. This review focuses on imaging guided pain management methods used in patients with severe pain in advanced cancer stages when traditional pain control shown ineffective.

Key word: *Interventional Radiology, Pain management, Cancer.*

** Khoa Chẩn đoán Hình ảnh,
Bệnh viện Trung ương
Thái Nguyên
Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh,
Đại học Y - Dược Đại học
Thái Nguyên*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau do ung thư làm cho tình trạng bệnh nặng nề thêm và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư. Sử dụng thuốc giảm đau chứa opioids là phương thức giảm đau phổ biến trong ung thư hiện nay. Tuy nhiên các chế phẩm này tiềm ẩn những tác dụng phụ, tình trạng quen thuốc thường xảy ra sớm hay muộn và liều thuốc giảm đau thường phải tăng dần theo thời gian[1]. Từ những năm 1980, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra phác đồ kiểm soát đau theo bậc thang để điều trị đau có liên quan đến ung thư[2]. Liệu trình điều trị đau thường bắt đầu bằng các thuốc giảm đau không chứa opioid sau đó sử dụng những thuốc có chứa hoạt chất opioid với hoạt lực thấp và mạnh dần. Liệu trình điều trị thường phối hợp với thuốc chống trầm cảm cũng như giảm kích thích[3]. Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy có tới 12% bệnh nhân ung thư không đáp ứng tốt với thuốc giảm đau theo hướng dẫn của WHO với nhiều lý do khác nhau. Việc tăng liều thuốc gặp khó khăn bởi tác dụng phụ của các thuốc giảm đau. Do vậy việc kiểm soát đau nhờ các kỹ thuật can thiệp có thể giúp kiểm soát đau đáng kể ở những bệnh nhân ung thư đặc biệt ở giai đoạn cuối[4].

Đau do ung thư có thể do các cơ chế như đau do khối u khi ung thư xâm lấn và kích thích vào các điểm mút thần kinh cảm giác. Đau cũng có thể do hậu quả của quá trình điều trị như xạ trị hay phẫu thuật. Đau có thể xuất hiện trong hội chứng cận ung thư hoặc đau do những hậu quả của ung thư như gãy xương bệnh lý, hạ canxi máu hoặc tình trạng bất động kéo dài [5]. Đau có thể xuất phát từ tạng bị tổn thương, do tâm lý hay do tổn thương thực thể hệ thần kinh[3]. Các đám rối giao cảm/phó giao cảm có vai trò quan trọng trong dẫn truyền cảm giác đau đối với ung thư các tạng trong ổ bụng, vì vậy việc kiểm soát hệ thần kinh giao cảm là cần thiết trong kiểm soát đau [3]. Có nhiều kỹ thuật được áp dụng trong kiểm soát đau do ung thư phù hợp với các cơ chế đau. Giảm đau bằng thuốc thường được áp dụng rộng rãi và là kỹ thuật được lựa chọn đầu tiên. Song song với giảm đau triệu chứng, việc điều trị tổn thương ung thư cũng góp phần kiểm soát đau như trong ung thư di căn xương. Điều trị tâm lý, điều trị hỗ trợ cũng như kiểm soát đau bằng điện quang can thiệp

đang là những phương pháp hiệu quả trong kiểm soát đau do ung thư [5].

Một vài kỹ thuật điện quang can thiệp trong kiểm soát đau do ung thư như phong bế các hạch thần kinh thuộc hệ giao cảm/phó giao cảm, phong bế tại chỗ nơi phát sinh cơn đau, phong bế thần kinh ngoại vi hay giảm đau ngoài màng cứng. Bài báo cáo này tập trung chủ yếu vào lĩnh vực điện quang can thiệp trong kiểm soát đau do ung thư. Giảm đau trong ung thư có thể sử dụng các kỹ thuật phá hủy hay không phá hủy. Đối với điều trị giảm đau vĩnh viễn bằng phương pháp phá hủy có thể sử dụng hóa chất hay nhiệt độ [6].

II. KIỂM SOÁT ĐAU DO UNG THƯ CÁC TẠNG TRONG Ổ BỤNG

Đau do ung thư nguyên phát hay ung thư di căn ổ bụng đều được chi phối bởi các hạch thần kinh giao cảm/phó giao cảm trong đó có đám rối dương và đám rối hạ vị trên. Đám rối dương là mạng lưới hệ thống thần kinh giao cảm và phó giao cảm nằm ở khoang sau phúc mạc ngang mức các đốt sống ngực T12 và đốt sống thắt lưng L1[5]. Đám rối này nhận các sợi giao cảm từ các thần kinh và hạch thần kinh ở mạc nối lớn và mạc nối nhỏ. Các sợi thần kinh này kết nối với các đám rối mạc treo tràng trên và mạc treo tràng dưới. Đám rối dương chi phối hầu hết các tạng bao gồm dạ dày, gan, đường mật, tụy, lách, thận, tuyến thượng thận, mạc nối, ruột non và đại tràng[7].

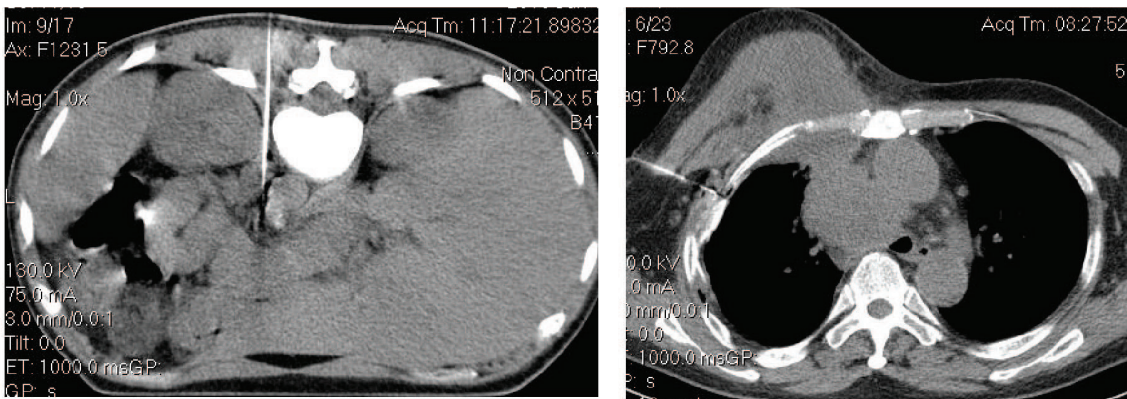
Phong bế đám rối dương và các hạch lân cận thường được thực hiện nhằm kiểm soát đau từ tạng do ung thư nguyên phát hay ung thư di căn vào ổ bụng. Có nhiều cách tiếp cận đám rối dương dưới điện quang can thiệp như dưới siêu âm, CT hay DSA. Mỗi phương pháp chẩn đoán hình ảnh có ưu thế cũng như hạn chế nhất định và thường được sử dụng theo kinh nghiệm và thói quen của các nhà can thiệp với từng mục đích khác nhau. Để tiếp cận đám rối dương, các nhà can thiệp có thể tiếp cận từ phía sau hoặc phía trước bệnh nhân với mục tiêu tiếp cận vị trí hạch thần kinh ở phía trước bên của đốt sống L1[8, 9]. Thuốc tê tại chỗ thường được sử dụng với liều nhỏ để xác định vị trí cần phong bế vì thời gian tác dụng ngắn. Để kéo dài thời gian giảm đau, các thuốc tê có thời gian tác dụng dài hoặc hủy hạch

là biện pháp hữu hiệu trong kiểm soát đau. Hạch thần kinh có thể bị hủy khi sử dụng hóa chất hay nhiệt độ. Hóa chất thường được sử dụng là cồn tuyệt đối hoặc phenol 10%[3].

Hủy hạch đám rối dương có hiệu quả trong kiểm soát đau tới 50% bệnh nhân và đặc biệt là bệnh nhân sau can thiệp đã được giảm liều thuốc giảm đau chứa Opioid một cách đáng kể và cải thiện chất lượng cuộc sống một cách rõ rệt. Tai biến của kỹ thuật này cũng đa dạng bao gồm tiêu chảy (khoảng 6%) và hạ huyết áp (~7.5%). Các biến chứng này sẽ giảm dần và hết sau khoảng 48 giờ sau can thiệp. Một số tai biến khác có thể xảy ra như tràn khí khoang màng phổi, chảy máu,

viêm phúc mạc, đau tăng lên hay ngộ độc rượu[10].

Bệnh nhân có ung thư ở tầng trên ổ bụng thường đáp ứng giảm đau khá tốt sau phong bế đám rối dương và thuốc giảm đau toàn thân giảm đáng kể. Tuy nhiên kỹ thuật này cũng có các chống chỉ định ở những bệnh nhân rối loạn động máu, nhiễm trùng toàn thân, tắc ruột[7]. Đối với các ung thư ở tầng dưới ổ bụng đặc biệt trong tiểu khung, phong bế hạch hạ vị trên có thể giúp kiểm soát đau đáng kể. Đám rối hạ vị trên nằm ở trước cột sống, ngang mức với khớp L5/S1 ngay dưới vị trí chia đôi động mạch chủ-chậu. Kỹ thuật và đường tiếp cận tương tự như can thiệp phong bế đám rối dương[11, 12].



Hình 1: Hủy đám rối dương (Hình bên trái) và hủy thần kinh ngoại vi (Hình bên phải) trong kiểm soát đau do ung thư tụy và ung thư phổi di căn xương sườn

III. KIỂM SOÁT ĐAU THẦN KINH NGOẠI VI BẰNG ĐIỆN QUANG CAN THIỆP

Đau tại chỗ như đau thành bụng, đau thành ngực do ung thư nguyên phát hay di căn nguyên nhân có thể do đau lan theo thần kinh cảm giác hoặc do ung thư xâm lấn/ di căn. Việc xác định được nguồn gốc của đau là cần thiết. Khám lâm sàng và test thuốc giảm đau giúp xác định được vị trí đau và đường lan của đau. Để kiểm soát đau lâu dài việc hủy thần kinh ngoại vi bằng nhiệt hoặc bằng cồn là cần thiết[13]. Kỹ thuật và đường tiếp cận vị trí đau đa dạng tùy theo vị trí và mức độ tổn thương. Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh sử dụng trong phong bế thần kinh ngoại vi có thể là siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính. Quy trình giảm đau thần kinh ngoại vi tương tự như hủy hạch đám rối dương[9]. Tuy nhiên lượng hóa chất (cồn hoặc phenol) sử dụng ít hơn và kỹ thuật này có thể

thực hiện nhiều lần nếu đau tái phát hoặc lan rộng ra các vị trí khác. Các nghiên cứu gần đây cho thấy phong bế thần kinh ngoại vi bằng cồn và phenol là phương pháp giảm đau hiệu quả ở những bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối với tỷ lệ biến chứng thấp [13].

IV. KẾT LUẬN

Điện quang can thiệp trong kiểm soát đau do ung thư thường được áp dụng ở giai đoạn muộn của ung thư khi bệnh nhân không đáp ứng tốt với các phương pháp giảm đau thông thường. Mặc dù tiềm ẩn những biến chứng trong và sau quá trình làm thủ thuật, phong bế hạch thần kinh tạng hoặc thần kinh ngoại vi dưới hướng dẫn của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mang lại lợi ích lớn trong việc giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Koyyalagunta, D., et al., *A systematic review of randomized trials on the effectiveness of opioids for cancer pain*. Pain Physician, 2012. **15**(3 Suppl): p. Es39-58.
2. Organization, W.H. *WHO's cancer pain ladder for adults*. 1986; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>.
3. Moeschler, S.M., et al., *Interventional modalities to treat cancer-related pain*. Hosp Pract (1995), 2014. **42**(5): p. 14-23.
4. Zech, D.F., et al., *Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study*. Pain, 1995. **63**(1): p. 65-76.
5. Scott-Warren, J. and A. Bhaskar, *Cancer pain management Part I: General principles*. BJA Education, 2014. **14**(6): p. 278-284.
6. Scott-Warren, J. and A. Bhaskar, *Cancer pain management: Part II: Interventional techniques*. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain, 2015. **15**(2): p. 68-72.
7. Bahn, B.M. and M.A. Erdek, *Celiac plexus block and neurolysis for pancreatic cancer*. Curr Pain Headache Rep, 2013. **17**(2): p. 310.
8. Kambadakone, A., et al., *CT-guided celiac plexus neurolysis: a review of anatomy, indications, technique, and tips for successful treatment*. Radiographics, 2011. **31**(6): p. 1599-621.
9. Erdek, M.A., et al., *Assessment of celiac plexus block and neurolysis outcomes and technique in the management of refractory visceral cancer pain*. Pain Med, 2010. **11**(1): p. 92-100.
10. Nagels, W., et al., *Celiac plexus neurolysis for abdominal cancer pain: a systematic review*. Pain Med, 2013. **14**(8): p. 1140-63.
11. Hong, J.H. and H.S. Jang, *Block of the ganglion impar using a coccygeal joint approach*. Reg Anesth Pain Med, 2006. **31**(6): p. 583-4.
12. de Leon-Casasola, O.A., E. Kent, and M.J. Lema, *Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer*. Pain, 1993. **54**(2): p. 145-51.
13. Matchett, G., *Intercostal Nerve Block and Neurolysis for Intractable Cancer Pain*. J Pain Palliat Care Pharmacother, 2016. **30**(2): p. 114-7.

TÓM TẮT

Đau là triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư. Đau có thể xuất hiện với nhiều cơ chế khác nhau, theo đó việc kiểm soát đau cũng được áp dụng dựa theo các cơ chế đó. Ngoài các kỹ thuật giảm đau truyền thống, điện quang can thiệp có thể giúp kiểm soát đau một cách hiệu quả ở bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối với những can thiệp tối thiểu. Bài viết này đề cập đến một số kỹ thuật can thiệp giảm đau dưới hướng dẫn của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối khi các kỹ thuật giảm đau truyền thống không còn hiệu quả.

Từ khóa: Can thiệp, giảm đau, ung thư

Ngày nhận bài: 30.5.2019. Ngày chấp nhận đăng: 30.6.2019

Người liên hệ: Nguyễn Trường Giang, Khoa Chẩn đoán Hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Email: giangxq@gmail.com