

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2**

---

**LÊ VĂN HIỂN**

**MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM NGỪA Ở BỆNH NHÂN LỘC MÁU CHU KỲ THEO  
THANG ĐIỂM 5D-ELMAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ  
2 NĂM 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Bắc Ninh – 2026**

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2**

---

**MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM NGỨA Ở BỆNH NHÂN LỘC MÁU CHU KỲ THEO  
THANG ĐIỂM 5D-ELMAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ  
2 NĂM 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Người thực hiện: Lê Văn Hiến**

**Bắc Ninh – 2026**

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....	4
1.1. Bệnh thận mạn(CKD) .....	4
1.2. Nguyên nhân gây bệnh thận mạn .....	4
1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán và chỉ định lọc máu chu kỳ .....	6
1.4. Nguyên lý lọc máu chu kỳ và vai trò của liệu lọc Kt/V.....	8
1.5. Ngừa liên quan đến bệnh thận mạn (CKD-aP) .....	8
1.6. Các công cụ lượng giá triệu chứng ngừa ở bệnh nhân lọc máu.....	15
1.7. Một số nghiên cứu CKD-aP trên thế giới và Việt Nam.....	21
1.8. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu .....	22
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	23
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	24
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.4. Phương pháp chọn cỡ mẫu nghiên cứu:.....	25
2.5. Phương pháp thu thập số liệu:.....	25
2.6. Các biến số nghiên cứu .....	26
2.7. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá.....	28
2.8. Xử lý số liệu.....	29
2.9. Sai số và cách không chế sai số.....	29
2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu .....	30
2.11. Sơ đồ quy trình nghiên cứu.....	31
CHƯƠNG 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ .....	32

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	32
3.2. Đặc điểm triệu chứng ngứa (Lượng giá theo thang điểm 5-D) .....	33
CHƯƠNG 4: DỰ KIẾN BÀN LUẬN .....	
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO .....	
PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU NGHIÊN CỨU .....	

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

<b>Chữ viết tắt</b>	<b>Thuật ngữ đầy đủ (Tiếng Anh)</b>	<b>Thuật ngữ đầy đủ (Tiếng Việt)</b>
CKD	Chronic Kidney Disease	Bệnh thận mạn
CKD-aP	Chronic Kidney Disease-Associated Pruritus	Ngứa liên quan bệnh thận mạn
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
5-D	5-Dimension Itch Scale	Thang điểm ngứa 5 chiều (Elman)
eGFR	Estimated Glomerular Filtration Rate	Mức lọc cầu thận ước tính
PTH	Parathyroid Hormone	Hormone tuyến cận giáp
THA		Tăng huyết áp
VAS	Visual Analog Scale	
NRS	Numerical Rating Scale	
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes	
KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative	
DOPPS	Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân loại mức độ ngứa.....	18
Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu.....	24
Bảng 3. 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	31
Bảng 3.2. Đặc điểm hiện mắc, thời gian và mức độ ngứa .....	31
Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố giải phẫu của triệu chứng ngứa.....	31
Bảng 3.4. Tác động của ngứa đến chất lượng giấc ngủ (Miền 4 - Thang điểm 5-D Elman) .....	32
Bảng 3.5. Ảnh hưởng của ngứa đến hoạt động chức năng và xã hội.....	33
Bảng 3.6. Đặc điểm diễn tiến và chiều hướng ngứa theo Miền 3.....	33

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một trong những thách thức y tế công cộng nghiêm trọng nhất của thế kỷ 21. Với tỉ lệ hiện mắc toàn cầu đạt ngưỡng 850 triệu người, BTM không chỉ là một gánh nặng về chi phí y tế mà còn là rào cản lớn đối với chất lượng cuộc sống con người [29] [23]. Tại Việt Nam, sự gia tăng của các bệnh lý đái tháo đường, tăng huyết áp dẫn đến số lượng bệnh nhân tiến triển sang giai đoạn cuối ngày càng tăng [4] [6].

Lọc máu chu kỳ là phương pháp điều trị thay thế chính giúp duy trì sự sống cho hàng triệu bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Tuy nhiên, sự tồn tại của bệnh nhân lọc máu thường đi kèm với những biến chứng đa cơ quan phức tạp. Trong số đó, ngứa liên quan đến bệnh thận mạn (CKD-aP) nổi lên như một triệu chứng ngoài da phổ biến nhất, mang tính chất dai dẳng và gây suy nhược cơ thể trầm trọng.

Các dữ liệu dịch tễ học quy mô lớn như nghiên cứu DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) ghi nhận khoảng 40% đến 50% bệnh nhân lọc máu bị ngứa từ mức độ trung bình đến nặng. Tại Việt Nam, các nghiên cứu thực chứng gần đây tại Bệnh viện Quân y 110 (2023) và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (2025) cho thấy tỷ lệ này ở mức báo động, dao động từ 55,5% đến 69,9%. Đáng chú ý, CKD-aP không chỉ là một rối loạn cảm giác đơn thuần mà còn là yếu tố dự báo độc lập làm gia tăng nguy cơ tử vong lên 13% - 21%, đồng thời gây rối loạn giấc ngủ trầm trọng ở khoảng 50% bệnh nhân, dẫn đến suy giảm sâu sắc chất lượng cuộc sống và sức khỏe tâm thần [9] [18].

Khoa Thận Tiết niệu - Lọc máu thuộc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số 2 được thành lập nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị suy thận mạn tính ngày càng

gia tăng tại địa phương, hiện đang quản lý và lọc máu chu kỳ cho 210 bệnh nhân. Mặc dù đội ngũ y tế đã có nhiều nỗ lực trong việc nâng cao hiệu quả lọc máu, công tác quản lý triệu chứng ngứa (CKD-aP) vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế.

Hiện nay, việc đánh giá triệu chứng này chủ yếu dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh hoặc các câu hỏi sàng lọc đơn giản, thiếu sự áp dụng các công cụ chuẩn hóa quốc tế như thang điểm 5D-Elman. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: ***“Mô tả đặc điểm ngứa ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ theo thang điểm 5D-Elman tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026”***

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

*Nhận xét tỷ lệ và đặc điểm triệu chứng ngứa (CKD-aP) theo thang điểm 5D-Elman ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2026.*

## CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

### 1.1. Bệnh thận mạn(CKD)

#### 1.1.1. Định nghĩa

Định nghĩa lâm sàng Bệnh thận mạn được xác lập là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi các bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, tồn tại kéo dài trên 03 tháng và gây ra những tác động tiêu cực đến sức khỏe tổng thể của người bệnh [4][12].

#### 1.1.2. Hệ lụy bệnh lý và các biến chứng đa cơ quan

Tiền triển của bệnh thận mạn không chỉ giới hạn tại hệ tiết niệu mà gây ra sự rối loạn nội môi đa hệ thống [19] [29]:

- Rối loạn chuyển hóa và dinh dưỡng: Bao gồm hội chứng suy mòn protein năng lượng, rối loạn chuyển hóa khoáng xương dẫn đến loãng xương và vôi hóa mạch máu.
- Biến chứng huyết học và tim mạch: Sự thiếu hụt erythropoietin gây thiếu máu mạn tính, kết hợp với tình trạng quá tải dịch làm gia tăng đáng kể các biến cố tim mạch nghiêm trọng như suy tim và nhồi máu cơ tim.
- Hội chứng nhiễm độc urê huyết mạn tính: Sự tích tụ của các độc tố urê huyết và tình trạng viêm vi thể hệ thống là căn nguyên trực tiếp dẫn đến các triệu chứng gây suy giảm chất lượng sống, điển hình là ngứa mạn tính liên quan đến bệnh thận và rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng.

### 1.2. Nguyên nhân gây bệnh thận mạn

Nguyên nhân gây bệnh rất đa dạng, được hệ thống hóa dựa trên vị trí tổn thương giải phẫu và bản chất bệnh lý hệ thống [4] [22] [19].

#### 1.2.1. Nhóm bệnh lý chuyển hóa và hệ thống

Đây là nhóm căn nguyên hàng đầu gây ra bệnh thận mạn trên quy mô toàn cầu và tại Việt Nam:

- Đái tháo đường (ĐTĐ) được xác định là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối tại các nước phát triển. Tổn thương thận do ĐTĐ xuất hiện ở khoảng 20% đến 40% bệnh nhân ĐTĐ, đặc trưng bởi tình trạng tăng siêu lọc cầu thận và albumin niệu tiến triển.

- Tăng huyết áp (THA) là nguyên nhân phổ biến thứ hai gây suy thận giai đoạn cuối sau đái tháo đường. THA mạn tính gây xơ hóa hệ thống vi mạch thận, làm giảm tưới máu nhu mô và thúc đẩy quá trình xơ hóa cầu thận. Tại các bệnh viện tuyến đầu của Việt Nam như Bệnh viện Xanh Pôn, THA chiếm tỉ lệ tới 41,9% các trường hợp suy thận mạn giai đoạn V.

- Lupus ban đỏ hệ thống: Viêm thận Lupus là một biến chứng tự miễn phức tạp, xảy ra ở trên 60% bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống trong quá trình diễn tiến bệnh, thường dẫn đến suy thận mạn giai đoạn cuối.

### ***1.2.2. Nhóm bệnh lý tại thận (Nguyên phát và Thứ phát)***

- Bệnh lý cầu thận: Bao gồm các thể nguyên phát như bệnh thận IgA, xơ hóa cầu thận ổ cục bộ và bệnh cầu thận thay đổi tối thiểu. Các thể thứ phát có thể xuất hiện sau nhiễm trùng vi khuẩn (liên cầu, tụ cầu) hoặc nhiễm virus (HBV, HCV, HIV).

- Bệnh ống - kẽ thận: Xuất phát từ tình trạng viêm kẽ thận mạn tính do nhiễm trùng tái phát hoặc ngộ độc thuốc điều trị.

- Bệnh thận đa nang di truyền: Đây là rối loạn di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường phổ biến nhất, chiếm khoảng 5% đến 10% các trường hợp suy thận cần điều trị thay thế thận.

### ***1.2.3. Nhóm bệnh lý đường tiết niệu và tắc nghẽn***

Các bất thường về cấu trúc và cơ học gây cản trở dòng chảy nước tiểu dẫn đến tổn thương thận mạn tính bao gồm:

- Sỏi thận và sỏi đường tiết niệu tái phát.
- Phì đại tuyến tiền liệt, van niệu đạo sau, u vùng tiểu khung gây chèn ép.
- Trào ngược bàng quang - niệu quản, các dị dạng bẩm sinh đường tiết niệu.

#### ***1.2.4. Tác động của độc chất và bệnh lý ác tính [1] [2] [4]***

- Thuốc và hóa chất: Việc sử dụng dài hạn các thuốc giảm đau không steroid, thuốc ức chế calcineurin, hợp chất lithium hoặc tiếp xúc với kim loại nặng (chì, thủy ngân) là những tác nhân khởi động tổn thương thận trực tiếp.
- Bệnh lý ung thư: Các bệnh máu ác tính như đa u tủy xương, Leukemia và Lymphoma có thể gây tổn thương thận thông qua thâm nhiễm tế bào ác tính hoặc lắng đọng các chuỗi nhẹ gây tắc nghẽn ống thận.

### **1.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán và chỉ định lọc máu chu kỳ**

#### ***1.3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn***

Theo hướng dẫn của KDIGO (2024) và Bộ Y tế Việt Nam [4]. Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thận mạn khi thỏa mãn ít nhất một trong các tiêu chí sau đây trong thời gian  $\geq 3$  tháng:

- Sự suy giảm chức năng lọc: Mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) duy trì dưới ngưỡng  $60\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$  da.
- Các chỉ dấu tổn thương cấu trúc hoặc chức năng thận:
  - + Albumin niệu dai dẳng.
  - + Bất thường cận lắng nước tiểu.
  - + Rối loạn điện giải hoặc các bất thường khác do bệnh lý ống thận.

- + Bất thường cấu trúc phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh.
- + Tiền sử đã thực hiện ghép thận.

Đối với bệnh nhân vừa phục hồi sau tổn thương thận cấp, việc chẩn đoán bệnh thận mạn cần được trì hoãn và đánh giá lại sau 3 tháng kể từ khi xuất viện để đảm bảo phản ánh chính xác bản chất mạn tính của tổn thương.

### ***1.3.2. Chỉ định lọc máu chu kỳ [4] [17] [22]***

Lọc máu chu kỳ (LMCK) là phương pháp thay thế thận phổ biến nhất, được chỉ định khi chức năng thận tự nhiên không còn đủ khả năng duy trì sự sống. Các chỉ định cụ thể bao gồm[4]:

Mức lọc cầu thận (eGFR): Thường bắt đầu khi  $eGFR < 15ml/phút/1,73m^2$  da. Đối với bệnh nhân đái tháo đường, việc lọc máu có thể được cân nhắc sớm hơn khi  $eGFR \leq 15ml/phút$  do tốc độ tiến triển biến chứng nhanh.

Triệu chứng lâm sàng của hội chứng urê máu cao: Xuất hiện tình trạng chán ăn, nôn, buồn nôn, rối loạn vị giác, viêm màng ngoài tim hoặc suy giảm chức năng tâm thần không cải thiện bằng điều trị nội khoa.

Rối loạn chuyển hóa và điện giải kháng trị:

- Tăng kali máu ( $K^+ > 6,5$  mmol/L) không đáp ứng với thuốc.
- Nhiễm toan chuyển hóa nặng (Bicarbonate  $< 12-15$  mEq/L).

Quá tải thể tích tuần hoàn: Thận không còn khả năng loại bỏ dịch dư thừa dẫn đến phù toàn thân, phù phổi cấp hoặc tăng huyết áp ác tính không đáp ứng với thuốc lợi tiểu.

Các biến chứng khác: Ngừa dữ dội (CKD-aP) gây suy nhược cơ thể hoặc khuynh hướng chảy máu do rối loạn chức năng tiểu cầu trong môi trường urê huyết cao.

#### **1.4. Nguyên lý lọc máu chu kỳ và vai trò của liệu lọc Kt/V**

Quá trình trao đổi chất giữa máu và dịch lọc qua màng bán thấm của quá lọc thận dựa trên ba cơ chế chính:

- Cơ chế khuếch tán: Đây là nguyên lý then chốt của lọc thận thông thường, dựa trên sự di chuyển của các chất hòa tan từ nơi có nồng độ cao (máu) sang nơi có nồng độ thấp (dịch lọc) qua màng bán thấm. Tốc độ khuếch tán phụ thuộc vào chênh lệch nồng độ, diện tích màng lọc và trọng lượng phân tử của chất tan. Cơ chế này đặc biệt hiệu quả trong việc loại bỏ các phân tử nhỏ như urê và creatinine.

- Cơ chế siêu lọc: Là quá trình loại bỏ nước dư thừa ra khỏi cơ thể dựa trên sự chênh lệch áp lực thủy tĩnh giữa khoang máu và khoang dịch lọc (áp lực xuyên màng - TMP). Việc kiểm soát siêu lọc là yếu tố quyết định để duy trì "trọng lượng khô" và ổn định huyết động cho bệnh nhân.

- Cơ chế đối lưu: Thường được ứng dụng trong kỹ thuật thẩm tách siêu lọc (HDF-online). Dịch được rút ra khỏi máu với tốc độ lớn bằng áp suất, kéo theo các chất hòa tan (hiệu ứng kéo theo dung môi). Cơ chế này cho phép loại bỏ hiệu quả các độc tố có trọng lượng phân tử trung bình và cao như  $\beta$ 2-microglobulin, PTH và các cytokine viêm mà cơ chế khuếch tán thông thường khó thực hiện được.

#### **1.5. Ngứa liên quan đến bệnh thận mạn (CKD-aP) [21] [22] [29]**

Ngứa liên quan đến bệnh thận mạn tính hiện được công nhận là một trong những biến chứng ngoài da phổ biến, dai dẳng và gây suy nhược nhất đối với bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Đây không chỉ là một triệu chứng da liễu đơn thuần mà là một hội chứng lâm sàng phức tạp, tác động sâu sắc đến chất lượng sống và các kết cục y khoa lâu dài [10].

### **1.5.1. Định nghĩa[19][20]**

Định nghĩa lâm sàng CKD-aP được định nghĩa là một cảm giác khó chịu chủ quan trên bề mặt hoặc sâu bên dưới da dẫn đến nhu cầu gãi, xuất hiện ở những bệnh nhân có sự suy giảm chức năng thận mức độ nặng.

### **1.5.2. Cơ chế bệnh sinh của CKD-aP [19][20][17][18][29]**

Cơ chế bệnh sinh của CKD-aP là một hội chứng hệ thống đa yếu tố.

#### **1.5.2.1. Rối loạn hệ thống Opioid nội sinh và sự nhạy cảm hóa thần kinh**

Mất cân bằng thụ thể Opioid: Cảm giác ngứa và đau được điều hòa bởi sự tương tác đối kháng giữa thụ thể  $\mu$ -opioid (MOR - thúc đẩy ngứa) và thụ thể  $\kappa$ -opioid (KOR - ức chế ngứa). Ở bệnh nhân CKD-aP, tình trạng urê huyết cao gây ra sự biểu hiện quá mức của MOR ở trung ương hoặc sự giảm điều hòa của KOR ở ngoại vi, dẫn đến trạng thái tăng cảm thụ ngứa.

Bệnh lý thần kinh ngoại biên: Sự tích tụ các độc tố uremic gây tổn thương các sợi thần kinh nhỏ, làm thay đổi cấu trúc và khiến các sợi này nảy chồi bất thường vào lớp biểu bì. Các neuron cảm giác trở nên tăng nhạy cảm với các kích thích bình thường (hiện tượng alloknesis), tự phát ra tín hiệu ngứa ngay cả khi không có tác nhân kích thích ngoại biên.

Dấu ấn dẫn truyền thần kinh: B-type natriuretic peptide được xác định đóng vai trò như một chất dẫn truyền thần kinh quan trọng trong lộ trình ngứa từ tủy sống lên não bộ, với nồng độ huyết tương tương quan thuận với cường độ ngứa ở bệnh nhân lọc máu.

#### **1.5.2.2. Miễn dịch và Viêm vi thể hệ thống[2] [3] [5]**

CKD-aP ngày càng được nhìn nhận là một tình trạng viêm hệ thống mạn tính mức độ thấp.

Mất cân bằng Th1/Th2 và IL-31: Bệnh nhân CKD-aP có sự chiếm ưu thế của dòng tế bào lympho T hỗ trợ type1 (Th1), dẫn đến tăng giải phóng các cytokine tiền viêm như IL-2, IL-6 và TNF- $\alpha$ . Đặc biệt, Interleukin-31 (IL-31), được mệnh danh là "cytokine gây ngứa", được giải phóng bởi tế bào Th2 và mast, kích hoạt trực tiếp các thụ thể trên neuron cảm giác để khởi phát cảm giác ngứa dữ dội.

Vai trò của tế bào Mast và Histamine: Mặc dù số lượng tế bào mast và nồng độ histamine trong dịch kẽ da ở bệnh nhân suy thận tăng cao, nhưng histamine không phải là chất trung gian chính, điều này giải thích cho việc các thuốc kháng histamine truyền thống thường không mang lại hiệu quả điều trị tối ưu.

#### ***1.5.2.3. Rối loạn chuyển hóa khoáng chất và xương[5] [6]***

Sự rối loạn trục Canxi - Photpho - Hormone tuyến cận giáp (PTH) đóng vai trò là tác nhân khuếch đại cảm giác ngứa.

Tăng Photpho và tinh thể Calci-Phosphate: Nồng độ photpho máu cao (> 5.5 mg/dL) thúc đẩy sự hình thành và lắng đọng các vi tinh thể calci-phosphate dưới hạ bì (hiện tượng calcinosis cutis). Các tinh thể này gây kích ứng cơ học và hóa học trực tiếp lên các thụ thể ngứa tại chỗ.

Cường cận giáp thứ phát: PTH tăng cao kích thích giải phóng histamine từ tế bào mast và làm tăng nồng độ canxi nội bào trong các sợi thần kinh, làm hạ thấp ngưỡng ngứa. Các nghiên cứu ghi nhận triệu chứng ngứa thường giảm rõ rệt sau phẫu thuật cắt tuyến cận giáp.

#### ***1.5.2.4. Tích tụ độc tố Uremia và Độc tố gắn kết Protein[5]***

Sự thanh thải không đầy đủ các sản phẩm chuyển hóa qua màng lọc là yếu tố duy trì cơn ngứa.

Độc tố gắn kết Protein (PBUTs): Các chất như Indoxyl sulfate và P-cresyl sulfate tích tụ nồng độ cao do không thể loại bỏ qua các màng lọc thông thường. Các PBUTs này kích hoạt thụ thể protease-activated receptor 2 (PAR-2) trên tế bào sừng, một lộ trình gây ngứa không phụ thuộc histamine.

Các ion hóa trị hai khác: Sự tích tụ nhôm, magie và vitamin A trong nhu mô da.

#### ***1.5.2.5. Biến đổi cấu trúc da và tình trạng Khô da***

Hàng rào bảo vệ da suy yếu: Tình trạng khô da gặp ở 50-90% bệnh nhân suy thận do sự teo của các tuyến mồ hôi và tuyến bã nhờn.

Cơ chế khuếch đại: Da khô gây nứt nẻ lớp sừng, làm tăng nồng độ pH bề mặt và tạo điều kiện cho các tác nhân kích ứng xâm nhập sâu hơn, đồng thời làm giảm ngưỡng kích hoạt của các đầu dây thần kinh cảm giác.

### **1.5.3. Đặc điểm lâm sàng và triệu chứng CKD-aP [19][20][21]**

#### ***1.5.3.1. Tính chất và cường độ cảm giác ngứa***

Tính chất mạn tính: CKD-aP được xác lập khi tình trạng ngứa kéo dài ít nhất 06 tuần. Cảm giác này thường được mô tả là "ngứa từ bên trong da thịt", mang sắc thái khó chịu như kiến bò, châm chích hoặc nóng rát.

Cường độ biến thiên: Mức độ ngứa dao động từ sự khó chịu nhẹ, ngắt quãng đến trạng thái dữ dội, gây bồn chồn liên tục và suy nhược cơ thể.

Sự suy nhược hệ thống: Bệnh nhân thường xuyên báo cáo trạng thái "cảm thấy kiệt sức", tỷ lệ này tăng vọt ở những nhóm có cường độ ngứa nghiêm trọng.

#### ***1.5.3.2. Kiểu hình Phân bố và tính chất đối xứng gương***

Kiểu hình phân bố của CKD-aP là một trong những đặc điểm lâm sàng đắt giá nhất để chẩn đoán phân biệt:

Tính chất đối xứng gương: Ngứa thường ảnh hưởng đến cả hai bên cơ thể một cách đối xứng và không tuân theo các khoanh tiết thân kinh.

Vị trí ưu thế: Các vùng có mật độ thụ thể thần kinh cảm giác cao thường bị ảnh hưởng nặng nề nhất, bao gồm vùng lưng (chiếm khoảng 32-55% trường hợp), tiếp theo là ngực, bụng, mặt và cánh tay (đặc biệt là tay có cầu nối động tĩnh mạch).

Vị trí ít bị ảnh hưởng: Một dấu hiệu quan trọng là triệu chứng ngứa rất hiếm khi xuất hiện ở lòng bàn tay, lòng bàn chân và vùng bẹn. Đặc điểm này giúp bác sĩ loại trừ các căn nguyên ứ mật (thường ngứa lòng bàn tay/bàn chân).

#### ***1.5.3.3. Biến thiên theo thời gian và chu kỳ lọc máu***

Tăng nặng về đêm: Đây là đặc điểm điển hình nhất của CKD-aP, gây gián đoạn giấc ngủ cho khoảng 45% - 50% bệnh nhân. Sự gián đoạn này trực tiếp dẫn đến mệt mỏi mạn tính, lo âu và giảm khả năng tập trung vào ban ngày.

Mối liên quan với lọc máu: Khoảng 25% bệnh nhân báo cáo ngứa nặng nhất trong hoặc ngay sau buổi lọc máu, có thể do sự giải phóng cytokine hoặc thay đổi nhanh nồng độ khoáng chất. Tuy nhiên, một bộ phận khác lại cảm thấy ngứa tăng lên vào những ngày không lọc máu do tích tụ độc tố urê và photpho.

#### ***1.5.3.4. Các biểu hiện da thứ phát và vòng xoắn bệnh lý***

CKD-aP thường xuất hiện trên nền da bình thường (không có tổn thương nguyên phát), nhưng quá trình cào gãi mạn tính dẫn đến các biến đổi hình thái da đặc thù:

- Khô da: Là tình trạng đồng mắc phổ biến nhất (50% - 90% bệnh nhân), đóng vai trò là yếu tố "khởi động" làm hạ thấp ngưỡng ngứa.
- Thương tổn do cào gãi: Bao gồm các vết trầy xước, sẹo tuyến tính và thay đổi sắc tố da.

- Biến chứng mạn tính: Sự kích thích cơ học kéo dài có thể gây ra Lichen đơn mạn tính (da dày, sần sùi) hoặc các nốt sần ngứa. Những tổn thương hở này là "cửa ngõ" gây nhiễm trùng da và nhiễm trùng huyết, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận có hệ miễn dịch suy yếu.

#### ***1.5.3.5. Các yếu tố kích ứng***

Triệu chứng ngứa thường bị kích phát hoặc làm trầm trọng thêm bởi các tác nhân ngoại cảnh và nội tại:

- Yếu tố môi trường: Thay đổi nhiệt độ đột ngột (nóng quá hoặc lạnh quá), độ ẩm thấp, hoặc sau khi tắm.
- Yếu tố tâm lý và lối sống: Căng thẳng (stress), đổ mồ hôi nhiều và sử dụng các sản phẩm vệ sinh có mùi hương hoặc chất tẩy mạnh.
- Yếu tố sinh hóa: Nồng độ phốt pho máu cao (> 5.5 mg/dL) hoặc tăng tích số Canxi-Phốt pho thường tương quan thuận với cường độ ngứa nặng.

#### ***1.5.4. Chẩn đoán phân biệt và loại trừ CKD-aP***

##### ***1.5.4.1. Tiêu chí xác lập tính mạn tính [28][29]***

Để được phân loại là CKD-aP, cảm giác ngứa phải thỏa mãn tiêu chuẩn về thời gian và bối cảnh bệnh lý:

- Thời gian: Triệu chứng phải tồn tại dai dẳng trong ít nhất 06 tuần.
- Bối cảnh: Ngứa xuất hiện trong bối cảnh suy giảm chức năng thận mức độ nặng hoặc đang điều trị thay thế thận mà không có bệnh lý da liễu hay hệ thống khác giải thích được. Nếu ngứa đã hiện diện từ trước khi có chẩn đoán CKD, cần ưu tiên tìm kiếm các căn nguyên ngoài thận.

##### ***1.5.4.2. Loại trừ các bệnh lý da liễu [29]***

Các bệnh lý như viêm da cơ địa, vẩy nến, mày đay mạn tính, ghẻ, nhiễm nấm da và bệnh Pemphigoid bong nước. Sự hiện diện của các ban đỏ đặc hiệu, mụn nước hoặc rãnh ghẻ gợi ý một bệnh lý da liễu độc lập.

Thương tổn thứ phát (Phù hợp với CKD-aP): Bao gồm các vết trầy xước do gãi, sẹo tuyến tính, dày sừng hoặc các nốt sần ngứa. Các thương tổn này trong CKD-aP thường có tính chất đối xứng gương và tập trung ở những vùng bệnh nhân có thể tay chạm tới.

#### ***1.5.4.3. Loại trừ các bệnh lý hệ thống không do thận***

- Nhiều rối loạn chuyển hóa và nội tiết có thể gây ngứa hệ thống tương tự môi trường urê huyết:

- Bệnh gan mật: Đặc biệt là ứ mật hoặc xơ gan mật nguyên phát. Một dấu hiệu phân biệt quan trọng là ngứa do gan thường khu trú rõ rệt ở lòng bàn tay và lòng bàn chân, trong khi CKD-aP thường bỏ qua các vùng distal này.

- Rối loạn nội tiết: Cường giáp, suy giáp và đái tháo đường kiểm soát kém.

- Bệnh lý huyết học và ác tính: Thiếu máu thiếu sắt, đa hồng cầu, u lympho Hodgkin và bệnh bạch cầu. Đặc biệt, ngứa do Hodgkin thường đi kèm các triệu chứng hệ thống như sốt, sụt cân và đổ mồ hôi đêm.

- Nhiễm trùng: HIV và viêm gan virus B, C.

#### ***1.5.4.4. Rà soát phản ứng do thuốc và vật tư lọc máu [27]***

Bệnh nhân suy thận thường chịu gánh nặng đa dược lý, do đó cần đánh giá mối quan hệ thời gian giữa việc sử dụng thuốc và khởi phát ngứa:

- Thuốc gây ngứa tiềm năng: Thuốc ức chế men chuyển, chẹn kênh calci, chẹn beta, statin, allopurinol và đặc biệt là các opioid nhóm mu-agonist (như morphine) vốn kích hoạt trực tiếp thụ thể gây ngứa trung ương.

- Vật tư kỹ thuật lọc máu: Nếu ngứa xuất hiện rõ rệt ngay trong 5-30 phút đầu buổi lọc, cần loại trừ phản ứng quá mẫn với màng lọc tổng hợp hoặc chất diệt trùng như Ethylene Oxide và formaldehyde.

#### ***1.5.4.5. Phân biệt với căn nguyên thần kinh và tâm thần [20]***

Căn nguyên thần kinh: Ngứa do chèn ép thần kinh như Notalgia paraesthetica (khu trú vùng lưng trên) hoặc Brachioradial pruritus (khu trú vùng cánh tay) thường phân bố theo khoanh tiết thần kinh, trái ngược với kiểu hình đối xứng không theo khoanh tiết của CKD-aP.

Căn nguyên tâm thần: Rối loạn ám ảnh cưỡng chế, trầm cảm hoặc các hoang tưởng về ký sinh trùng.

### **1.6. Các công cụ lượng giá triệu chứng ngứa ở bệnh nhân lọc máu [28][29]**

Ngứa do urê huyết (CKD-aP) là một trải nghiệm chủ quan phức tạp. Việc lượng hóa chính xác mức độ nghiêm trọng của ngứa là yêu cầu tiên quyết để đánh giá hiệu quả của các can thiệp lâm sàng. Hiện nay, các công cụ đo lường được chia thành hai nhóm chính: thang điểm đơn chiều và thang điểm đa chiều.

#### **1.6.1. Nhóm thang điểm đơn chiều (Unidimensional Scales) và các hạn chế.**

Các thang điểm đơn chiều truyền thống tập trung duy nhất vào việc đo lường cường độ của cảm giác ngứa tại một thời điểm (thường là trong 24 giờ qua). Ba công cụ phổ biến nhất bao gồm:

##### **Thang điểm trực quan (Visual Analogue Scale - VAS):**

- *Khái niệm:* Được biểu diễn bằng một đường thẳng dài 100mm, cực trái là "không ngứa" (0mm) và cực phải là "ngứa tồi tệ nhất có thể tưởng

tượng" (100mm). Bệnh nhân sẽ đánh dấu một vạch trên đường này để biểu thị mức độ ngứa của mình.

- *Ưu điểm:* Rất nhạy bén với những thay đổi nhỏ trong cường độ ngứa sau quá trình điều trị.

- *Hạn chế:* Đòi hỏi bệnh nhân phải có tư duy trừu tượng để chuyển đổi cảm giác thành một điểm trên đường thẳng. Ngoài ra, VAS mang tính chủ quan cao và việc chấm điểm thủ công (dùng thước đo) khá phức tạp.

#### **Thang điểm số (Numerical Rating Scale - NRS / WI-NRS):**

- *Khái niệm:* Bệnh nhân tự đánh giá cường độ ngứa tồi tệ nhất trong 24 giờ qua trên thang điểm từ 0 đến 10. Thường được phân loại: 0 (không ngứa), 1-3 (nhẹ), 4-6 (trung bình), 7-8 (nặng) và  $\geq 9$  (rất nặng).

- *Ưu điểm:* Đơn giản, thực hiện cực kỳ nhanh chóng (chỉ mất khoảng 10 giây) và dễ hiểu đối với người bệnh.

- *Hạn chế:* Khoảng cách phân chia thập phân ít nhạy hơn VAS và có xu hướng đánh giá quá mức (over-estimation) cường độ ngứa của người bệnh.

#### **Thang điểm đánh giá bằng lời nói (Verbal Rating Scale - VRS):**

- *Khái niệm:* Phân loại ngứa theo các tính từ mô tả như: không có, nhẹ, trung bình, nặng, và cực kỳ nặng.

- *Hạn chế:* Quá đơn giản, thường chỉ được sử dụng như một công cụ phụ trợ để quy đổi giá trị từ thang VAS hoặc NRS.

**Hạn chế chung của thang điểm đơn chiều:** Khuyết điểm lớn nhất của VAS, NRS và VRS là tính chất "đơn chiều". Ngứa do bệnh thận mạn có đặc tính dao động theo chu kỳ lọc máu, thường nghiêm trọng hơn vào ban đêm và phân bố không đồng đều trên cơ thể. Một con số đo lường cường độ đơn thuần

thất bại hoàn toàn trong việc phản ánh những tác động tàn phá của ngứa đến chất lượng giấc ngủ, các hoạt động xã hội, tâm trạng, và xu hướng diễn tiến của triệu chứng.

### **1.6.2. Thang điểm 5-D Elman: Giải pháp lượng giá đa chiều toàn diện [24]**

Nhằm khắc phục những giới hạn nghiêm trọng của các công cụ đơn chiều, Elman và cộng sự đã phát triển thang điểm 5-D Itch Scale (5-D Elman) vào năm 2010. Đây là một công cụ đa chiều được thiết kế đặc biệt để phục vụ cho các thử nghiệm lâm sàng và thực hành y khoa.

#### ***1.6.2.1. Cấu trúc và các miền đánh giá***

Thang điểm đánh giá năm khía cạnh của triệu chứng ngứa trong khoảng thời gian hồi tưởng là 02 tuần gần nhất:

- Thời gian: Đánh giá số giờ ngứa mỗi ngày.
- Mức độ: Định lượng cường độ của cảm giác ngứa.
- Chiều hướng: Đánh giá sự tiến triển của tình trạng ngứa so với 01 tháng trước đó.
- Đo lường tác động của ngứa đến bốn lĩnh vực: giấc ngủ, hoạt động giải trí/xã hội, việc nhà và công việc/học tập.
- Sự phân bố: Đánh giá các vùng cơ thể bị ảnh hưởng dựa trên danh sách 16 vị trí giải phẫu đặc thù.

#### ***1.6.2.2. Phương pháp tính điểm từng miền [24][28]***

Thang điểm 5-D bao gồm năm miền chính: Thời gian, Mức độ, Chiều hướng, Sự suy giảm chức năng và Vùng phân bố. Mỗi miền được quy đổi sang thang điểm từ 1 đến 5.

#### ***Thời gian***

Đánh giá số giờ ngứa trung bình mỗi ngày trong vòng 2 tuần qua:

- Dưới 6 giờ/ngày: 1 điểm.
- Từ 6 đến 12 giờ/ngày: 2 điểm.
- Từ 12 đến 18 giờ/ngày: 3 điểm.
- Từ 18 đến 23 giờ/ngày: 4 điểm.
- Ngứa cả ngày (24 giờ): 5 điểm.

### ***Mức độ***

Đánh giá cường độ của cảm giác ngứa dựa trên sự cảm nhận chủ quan:

- Không có/Không ngứa: 1 điểm.
- Nhẹ: 2 điểm.
- Trung bình: 3 điểm.
- Nặng: 4 điểm.
- Cực độ/Không thể chịu đựng nổi: 5 điểm.

### ***Chiều hướng***

Đánh giá xu hướng thay đổi của triệu chứng ngứa trong 2 tuần qua so với tháng trước đó:

- Hoàn toàn hết ngứa: 1 điểm.
- Cải thiện nhiều nhưng vẫn còn ngứa: 2 điểm.
- Cải thiện một ít nhưng vẫn còn ngứa: 3 điểm.
- Không thay đổi: 4 điểm.
- Tệ hơn/Ngứa nhiều hơn: 5 điểm.

### ***Sự suy giảm chức năng***

Đánh giá tác động của ngứa đối với các hoạt động sinh hoạt hàng ngày thông qua 4 lĩnh vực: giấc ngủ, giải trí/xã hội, việc nhà/việc vặt và công việc/trường học.

Quy tắc tính điểm : Lấy điểm số cao nhất của bất kỳ lĩnh vực nào trong 4 tiêu mục này làm điểm đại diện cho miền, đảm bảo gánh nặng thực sự được ghi nhận ở mức tối đa.

Phân mức điểm: Mỗi tiêu mục được tính từ 1 điểm (không ảnh hưởng) đến 5 điểm (ảnh hưởng nghiêm trọng/luôn luôn ảnh hưởng). Riêng đối với lĩnh vực giấc ngủ: 1 điểm (không ảnh hưởng) đến 5 điểm (ngủ muộn và thường xuyên thức giấc ban đêm).

### ***1.6.2.3. Vùng phân bố***

Bệnh nhân đánh dấu vào các vùng cơ thể có xuất hiện triệu chứng ngứa trong 2 tuần qua từ danh sách 16 vùng định sẵn (Đầu/Da đầu, Mặt, Ngực, Bụng, Lung, Mông, Cánh tay, Cẳng tay, Lòng bàn tay, Mu bàn tay/Ngón tay, Đùi, Cẳng chân, Lòng bàn chân, Mu bàn chân/Ngón chân, Điểm tiếp xúc quần áo, Bẹn).

Quy tắc tính điểm: Quy đổi tổng số vùng bị ngứa sang điểm số từ 1 đến 5:

- Tổng số vùng bị ngứa từ 0 - 2 vùng: 1 điểm.
- Tổng số vùng bị ngứa từ 3 - 5 vùng: 2 điểm.
- Tổng số vùng bị ngứa từ 6 - 10 vùng: 3 điểm.
- Tổng số vùng bị ngứa từ 11 - 13 vùng: 4 điểm.
- Tổng số vùng bị ngứa từ 14 - 16 vùng: 5 điểm.

### ***1.6.2.3. Cách tính tổng điểm [24]***

Tổng điểm của thang 5-D Elman là tổng cộng điểm số của 5 miền thành phần nêu trên.

- Giá trị tối thiểu: 5 điểm biểu thị trạng thái không ngứa hoặc triệu chứng đã giải quyết hoàn toàn.

- Giá trị tối đa: 25 điểm biểu thị mức độ ngứa nghiêm trọng nhất.

#### 1.6.2.4. Phân loại mức độ ngứa [27] [28][29]:

**Bảng 1.1. Phân loại mức độ ngứa**

Tổng điểm 5-D	Phân loại mức độ ngứa
$\leq 8$ điểm	Không ngứa/Không có triệu chứng
9 – 11 điểm	Ngứa mức độ nhẹ
12 – 17 điểm	Ngứa mức độ trung bình
18 – 21 điểm	Ngứa mức độ nặng
$\geq 22$ điểm	Ngứa mức độ rất nặng/Cực độ

#### 1.6.3. Sự vượt trội và giá trị của 5-D Elman

Sự ra đời của 5-D Elman đã giải quyết triệt để các khoảng trống mà VAS hay NRS để lại, thể hiện qua:

- **Tính bao quát và nhạy cảm lâm sàng:** Khác với VAS chỉ đo lường cường độ, 5-D ghi nhận được việc ngứa làm gián đoạn giấc ngủ như thế nào và vùng cơ thể nào bị ảnh hưởng. Đặc biệt đối với bệnh nhân lọc máu, ngứa thường mang tính hệ thống lan tỏa, do đó miền "Phân bố" của 5-D phản ánh rất chính xác mức độ trầm trọng của bệnh.

- **Tương quan mạnh với chất lượng cuộc sống (QoL):** Các nghiên cứu chỉ ra rằng, tổng điểm 5-D có mối tương quan mạnh mẽ với các chỉ số chất lượng cuộc sống chung hơn là thang điểm NRS

- **Tính tiện dụng và độ tin cậy cao:** Dù đánh giá đa chiều, 5-D được thiết kế dưới dạng câu hỏi trắc nghiệm ngắn gọn, thời gian hoàn thành dưới 5 phút, không đòi hỏi tư duy trừu tượng như VAS. Độ tin cậy test-retest của

thang điểm này cực kỳ cao (Hệ số tương quan nội lớp ICC = 0.96) và có tính nhất quán nội tại (Cronbach's alpha) tốt.

## **1.7. Một số nghiên cứu CKD-aP trên thế giới và Việt Nam.**

### **1.7.1. Nghiên cứu trong nước.**

- Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (Trần Tuấn Tú và cộng sự, 2025): Trên 219 bệnh nhân lọc máu chu kỳ, tỷ lệ ngứa ghi nhận ở mức rất cao là 69,9%. Trong nhóm có biểu hiện ngứa, mức độ ngứa chủ yếu dao động từ trung bình (39,9%) đến nặng (30,1%). Triệu chứng mang tính chất lan tỏa rõ rệt khi có tới 50,9% bệnh nhân bị ngứa từ 5 vùng cơ thể trở lên (chủ yếu ở bụng, lưng, đùi, cẳng chân) [18].

- Tại Bệnh viện Quân y 110 (Phạm Thị Huệ và cộng sự, 2023): Trên 90 bệnh nhân lọc máu chu kỳ, điểm 5-D trung bình chung là  $9,82 \pm 3,7$ . Về kiểu hình ngứa, phần lớn bệnh nhân ở mức độ nhẹ (43,3%) và vừa (27,8%), thời gian ngứa chủ yếu dưới 6 giờ/ngày (54,5%) và ngứa khu trú dưới 3 vùng cơ thể (56,7%) [9].

### **1.7.2. Nghiên cứu nước ngoài.**

- Tại Thổ Nhĩ Kỳ (Nghiên cứu của Ersoy & Akyar, 2019): Trên 181 bệnh nhân HD, tỷ lệ ngứa chiếm 49,3% với điểm 5-D trung bình là  $13,97 \pm 4,11$  (mức độ trung bình). Về kiểu hình: 40,3% bệnh nhân ngứa từ 6-12 giờ/ngày; phân bố chủ yếu ở lưng, cánh tay trên, ngực và bụng. Đáng chú ý, 38,7% bệnh nhân báo cáo ngứa "có giảm đôi chút nhưng vẫn hiện diện", cho thấy tính chất dai dẳng của CKD-Ap [19].

- Nghiên cứu của nhóm tác giả Latus, J., Lanot, A., Ständer, S., và Yosipovitch, G. (2025) công bố trên tạp chí *Clinical Kidney Journal* mang bản chất là một bản hướng dẫn thực hành lâm sàng (road map) toàn diện.

Mục tiêu cốt lõi của công trình là thiết lập một lộ trình tiếp cận chuẩn hóa giúp các nhà lâm sàng chẩn đoán và quản lý hiệu quả hội chứng ngứa liên quan đến bệnh thận mạn (CKD-aP) ở bệnh nhân lọc máu. Nghiên cứu xác định tỷ lệ hiện mắc CKD-aP ở mức độ từ trung bình đến nặng chiếm 31% - 40% trong quần thể bệnh nhân chạy thận nhân tạo, tình trạng này tác động tiêu cực đến đa khía cạnh của chất lượng cuộc sống và làm gia tăng đáng kể việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc y tế [29].

- Theo Ko và cộng sự (2013) nghiên cứu tiên cứu kéo dài 5 năm trên bệnh nhân thận nhân tạo tại Đài Loan, có trên 60% bệnh nhân gặp phải tình trạng ngứa kéo dài hơn 6 giờ mỗi ngày, đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên hệ giữa sự đầy đủ của quá trình lọc máu.

### **1.8. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu**

Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Bắc Ninh với quy mô 1.250 giường bệnh. Bệnh viện Bắc Ninh số 2 được đầu tư trang thiết bị hiện đại với đội ngũ nhân viên y tế trình độ chuyên môn cao. Trong những năm qua, Bệnh viện đã triển khai nhiều kỹ thuật mới, kỹ thuật chuyên sâu như: hạ thân nhiệt chỉ huy, điều trị tiêu sợi huyết cho bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn sớm, lọc máu, điện quang can thiệp, phẫu thuật thay khớp háng, thay khớp gối, phẫu thuật cột sống...góp phần cứu sống nhiều bệnh nhân nặng.

Khoa Thận tiết niệu lọc máu bệnh viện Bắc Ninh số 2 với 35 giường kế hoạch nội trú và 48 máy thận nhân tạo, 3 máy thẩm tách siêu lọc máu đang quản lý và điều trị 210 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối với tần suất lọc máu định kỳ.

## **CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối, hiện đang duy trì liệu pháp thay thế thận bằng lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.

#### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối do mọi nguyên nhân, đang lọc máu chu kỳ tại khoa Thận tiết niệu- Lọc máu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh số 2, có thời gian lọc máu chu kỳ  $\geq 3$  tháng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.**

##### **2.1.2.1. Căn nguyên gây ngứa ngoài thận.**

- Bệnh lý da liễu: Bệnh nhân mắc các bệnh lý gây tổn thương hàng rào biểu bì nguyên phát như vẩy nến, viêm da cơ địa, mày đay mạn tính, hoặc các bệnh nhiễm trùng/ký sinh trùng da như ghẻ, nấm da, và bệnh Pemphigoid bong nước.

- Bệnh lý hệ thống và nội tiết: Các rối loạn gây ngứa hệ thống không do thận bao gồm: bệnh gan mật gây ứ mật, rối loạn chức năng tuyến giáp, thiếu máu thiếu sắt đơn thuần, và các rối loạn huyết học ác tính như u lympho Hodgkin, đa hồng cầu hoặc HIV.

##### **2.1.2.2. Tình trạng cấp tính và biến chứng nặng**

- Biến chứng cấp tính: Bệnh nhân đang trong đợt cấp của các bệnh lý nhiễm trùng, nhồi máu cơ tim cấp, suy tim nặng, hoặc nhồi máu não/xuất huyết não mới trong vòng 03 tháng.

- Suy thận cấp: Các trường hợp tổn thương thận cấp hoặc đợt cấp của CKD.

#### **2.1.2.3. Rối loạn tâm thần và suy giảm nhận thức**

- Bệnh nhân bị sa sút trí tuệ, lú lẫn, hoặc mắc các bệnh lý tâm thần.
- Bệnh nhân khiếm khuyết về giao tiếp (câm, điếc).

#### **2.1.2.4. Các yếu tố can thiệp kỹ thuật đặc hiệu**

- Bệnh nhân có thay đổi phác đồ lọc máu trong 02 tuần.
- Bệnh nhân có kế hoạch thực hiện ghép thận hoặc phẫu thuật cắt tuyến cận giáp trong thời gian ngắn (02-04 tuần) kể từ lúc bắt đầu nghiên cứu.

#### **2.1.2.5. Sử dụng các loại thuốc gây nhiễu lâm sàng**

- Thuốc điều trị đích: Đang sử dụng các loại thuốc điều trị ngứa chuyên biệt như Gabapentin, Pregabalin, hoặc các chất chủ vận thụ thể  $\kappa$ -opioid (như Difelikefalin, Nalfurafine) trong vòng 01-02 tuần trước nghiên cứu.
- Thuốc giảm đau và hướng thần: Sử dụng thường xuyên các thuốc giảm đau nhóm Opioid, thuốc an thần mạnh, thuốc ngủ (như Zolpidem), hoặc các thuốc chống trầm cảm có đặc tính giảm ngứa thần kinh.
- Liệu pháp hỗ trợ: Đang điều trị bằng tia cực tím hoặc châm cứu giảm ngứa trong vòng 01 tháng trước thời điểm sàng lọc.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Địa điểm: Khoa thận Tiết niệu Lọc máu Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.
- Thời gian: Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2/2026 đến tháng 8/2026.

### **2.3. Thiết kế nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả.
- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang, tiền cứu.

## **2.4. Phương pháp chọn cỡ mẫu nghiên cứu:**

Chọn cỡ mẫu thuận tiện lấy toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu.

## **2.5. Phương pháp thu thập số liệu:**

### **2.5.1. Công cụ nghiên cứu**

- Bệnh án nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án.
- Cân điện tử, thước dây đo chiều cao.

Tất cả thông tin thu thập được ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất (xem phụ lục cuối trang).

### **2.5.2. Các bước tiến hành nghiên cứu**

Bước 1: Sàng lọc đối tượng và bảo đảm y đức:

- Rà soát khung danh sách bệnh nhân đang điều trị tại khoa Thận tiết niệu Lọc máu bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2. Áp dụng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Nghiên cứu viên tiếp cận bệnh nhân, giải thích rõ mục đích nghiên cứu và thu thập văn bản đồng thuận tham gia (Informed Consent) để đảm bảo tuân thủ tuyệt đối quy tắc y đức.

- Bước 2: Phỏng vấn và đánh giá lâm sàng:

- Thực hiện phỏng vấn trực tiếp tại giường bệnh trong thời gian bệnh nhân đang lọc máu nhằm tối ưu hóa tỷ lệ đáp ứng, sử dụng Bệnh án nghiên cứu đã chuẩn hóa.

- Khai thác thông tin nhân khẩu học, bệnh sử (đái tháo đường, tăng huyết áp, thời gian lọc máu) và đo lường chỉ số nhân trắc học (chiều cao, cân nặng khô, BMI).

◦ Ứng dụng thang điểm 5-D Elman để lượng giá đa chiều đặc điểm ngứa (thời gian, mức độ, chiều hướng, sự suy giảm chức năng và vùng phân bố) trong 2 tuần qua.

**Xử lý số liệu:** Dữ liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng mô hình hồi quy đa biến để xác định các yếu tố dự báo độc lập đối với tình trạng ngứa tại cơ sở nghiên cứu.

## 2.6. Các biến số nghiên cứu

**Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu**

<b>Tên biến số - Chỉ số</b>	<b>Định nghĩa và Phân loại biến số</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>I. Biến phụ thuộc (Đặc điểm lâm sàng ngứa)</b>		
1. Tổng điểm 5-D	Định nghĩa: Chỉ số tổng hợp đánh giá đa chiều về tình trạng ngứa. Phân loại: Biến liên tục	Phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi 5-D chuẩn hóa.
2. Thời gian ngứa	Định nghĩa: Thời gian triệu chứng hiện diện trong một ngày. Phân loại: Biến thứ bậc.	Phỏng vấn (Tiểu mục 1 của thang điểm 5-D).
3. Phân bố ngứa	Định nghĩa: Phạm vi ảnh hưởng của ngứa trên 16 vùng giải phẫu cơ thể. Phân loại: Biến thứ bậc.	Quan sát thực thể kết hợp phỏng vấn (Tiểu mục 5 của thang 5-D).
4. Ảnh hưởng giấc ngủ	Định nghĩa: Mức độ gián đoạn giấc ngủ do ngứa trong 2 tuần qua. Phân loại: Biến thứ bậc	Phỏng vấn (Tiểu mục 4 của thang điểm 5-D).

5. Ảnh hưởng hoạt động xã hội	<p>Định nghĩa: Mức độ suy giảm khả năng tương tác xã hội và giải trí do ngứa.</p> <p>Phân loại: Biến thứ bậc (5 mức: từ "Không bao giờ" đến "Luôn luôn").</p>	Phỏng vấn (Tiểu mục 4 của thang điểm 5-D).
<b>II. Biến độc lập (Yếu tố liên quan)</b>		
<b>A. Đặc điểm nhân khẩu và nền</b>		
1. Tuổi	<p>Định nghĩa: Tuổi tính theo năm dương lịch.</p> <p>Phân loại: Biến liên tục (năm).</p>	Trích xuất phần hành chính trong hồ sơ bệnh án.
2. Giới tính	<p>Định nghĩa: Giới tính sinh học của người bệnh.</p> <p>Phân loại: Biến nhị phân (Nam/ Nữ).</p>	Trích xuất phần hành chính trong hồ sơ bệnh án.
3. Nghề nghiệp	<p>Định nghĩa: Tình trạng việc làm và loại hình lao động hiện tại.</p> <p>Phân loại: Biến danh định.</p>	Phỏng vấn trực tiếp, đối chiếu hồ sơ bệnh án.
4. Thời gian lọc máu	<p>Định nghĩa: Tổng thời gian bệnh nhân đã lọc máu chu kỳ tính đến thời điểm nghiên cứu.</p> <p>Phân loại: Biến liên tục (năm).</p>	Trích xuất từ bệnh án
5. Nguyên nhân bệnh thận mạn	<p>Định nghĩa: Bệnh lý nguyên phát dẫn đến suy thận giai đoạn cuối.</p> <p>Phân loại: Biến danh định</p>	Trích xuất chẩn đoán từ hồ sơ bệnh án điện tử.

6. Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Định nghĩa: Tương quan giữa cân nặng khô và bình phương chiều cao (kg/m <sup>2</sup> ). Phân loại: Biến liên tục.	Đo chiều cao và cân nặng khô trực tiếp sau buổi lọc máu.
-----------------------------	--	--

## 2.7. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá

### 2.7.1. Khám lâm sàng và đánh giá đặc điểm ngứa

Quy trình thăm khám và đánh giá được thực hiện qua 3 bước:

- Khai thác bệnh sử: Xác định thời gian khởi phát, tính chất mạn tính của triệu chứng (tồn tại từ 6 tuần trở lên) và mối liên quan với chu kỳ lọc máu.
- Thăm khám thực thể:
  - + Tổn thương da: Phát hiện các thương tổn thứ phát do gãi như vết xước, sẹo, sần cục, dày da, chốc lở.
  - + Phân bố: Đánh giá tính chất đối xứng, kiểu hình lan tỏa hoặc khu trú (tập trung vùng lưng, mặt, hoặc vùng có cầu nối động - tĩnh mạch).
- Chẩn đoán loại trừ: Loại trừ các nguyên nhân ngứa do bệnh da liễu nguyên phát hoặc bệnh lý hệ thống khác (xơ gan ú mật, bệnh máu ác tính, bệnh tuyến giáp).

### 2.7.2. Công cụ lượng giá đa chiều: Thang điểm 5-D

Nghiên cứu sử dụng thang điểm 5-D Itch Scale để định lượng gánh nặng ngứa trong khoảng hồi tưởng 2 tuần gần nhất.

Thang đo bao gồm 5 miền:

1. Thời gian: Thời gian ngứa trung bình trong ngày.
2. Mức độ: Cường độ ngứa chủ quan.
3. Chiều hướng: Diễn tiến triệu chứng so với tháng trước.

4. Khuyết tật chức năng: Tác động xấu nhất của ngựa lên giác ngủ và sinh hoạt (lấy điểm cao nhất trong 4 tiêu mục).

5. Phân bố: Số lượng vùng cơ thể bị ảnh hưởng (quy đổi từ 16 vùng giải phẫu sang thang điểm 1-5).

Tổng điểm dao động từ 5 (không ngựa) đến 25 (ngựa nghiêm trọng nhất).

### **2.7.3. Chỉ số khối cơ thể (BMI)**

- Chỉ số BMI (kg/m<sup>2</sup>) được tính dựa trên cân nặng khô và chiều cao theo công thức:  $BMI = \text{Cân nặng (kg)} / [\text{Chiều cao (m)} \times \text{Chiều cao (m)}]$

- Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa trên tiêu chuẩn của WHO dành cho người Châu Á:

- + Thiếu cân: < 18,5
- + Bình thường: 18,5 – 22,9
- + Thừa cân: 23,0 – 24,9
- + Béo phì độ I: 25,0 – 29,9
- + Béo phì độ II:  $\geq 30,0$

### **2.8. Xử lý số liệu**

Số liệu được mã hóa, làm sạch và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS.

- + Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn của các biến định lượng.
- + Tính tỉ lệ phần trăm của các biến định tính.
- + So sánh giá trị trung bình của hai biến định tính (test khi bình phương, Fisher's exact test)

### **2.9. Sai số và cách khống chế sai số**

- Sai số nhớ lại:

Trong quá trình hỏi về tiền sử bệnh nhân, có thể có thông tin bệnh nhân nhớ không chính xác

Cách khắc phục ngoài hỏi thông tin từ bệnh nhân, cần hỏi thêm người nhà đồng thời tra cứu hồ sơ bệnh án.

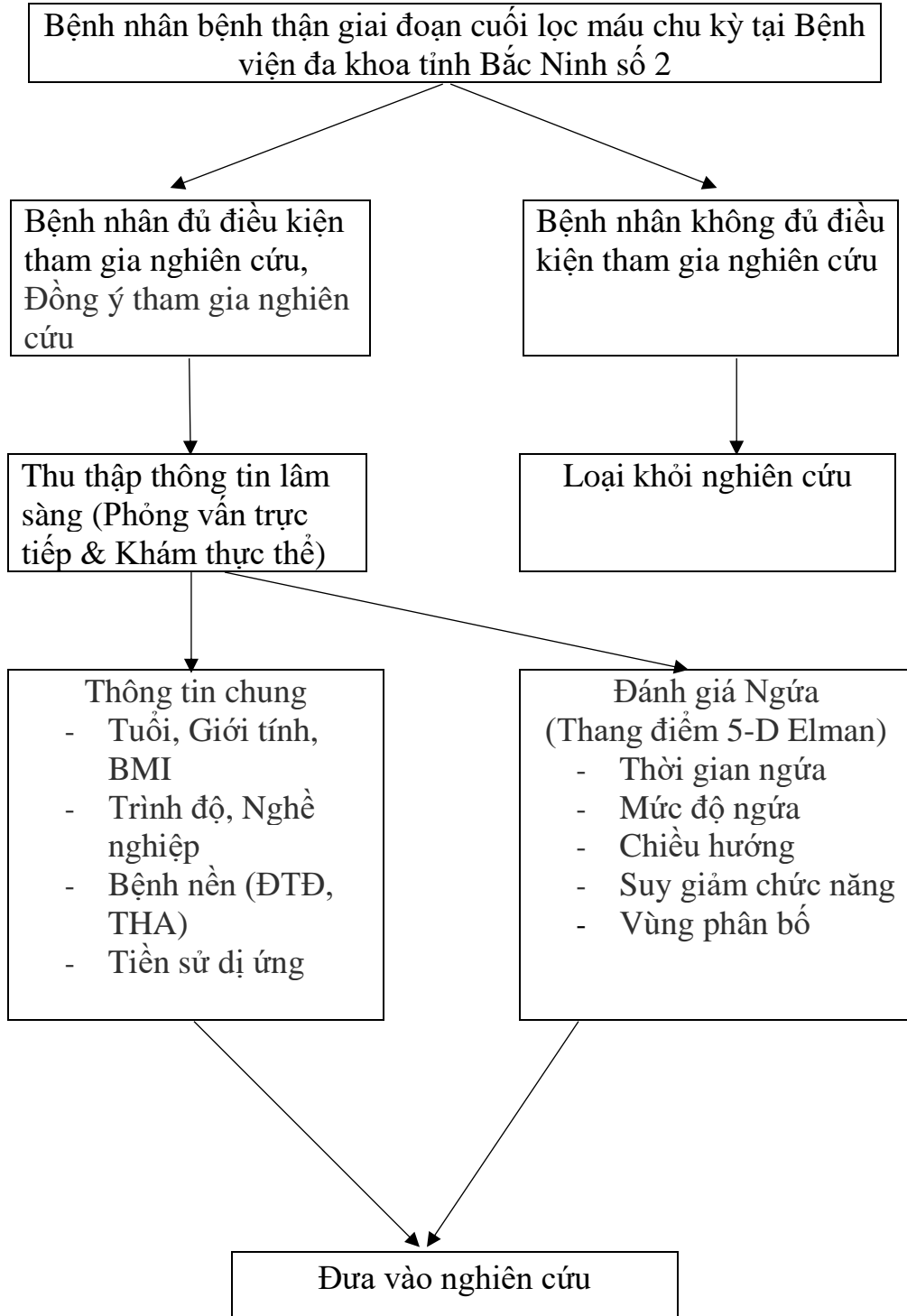
- Sai số thu thập thông tin/ sai số phỏng vấn:
  - + Trong quá trình hỏi, người nghiên cứu sử dụng nhiều từ ngữ chuyên ngành dẫn đến bệnh nhân hiểu sai và cung cấp thông tin không chính xác.
  - + Cách khắc phục: thiết kế bộ câu hỏi với từ ngữ đơn giản, dễ hiểu.
- Sai số nhập liệu: Trong quá trình nhập số liệu, người nhập có thể nhập ẩu, nhập nhầm, hoặc nhớ sai cách mã hóa.

### **2.10. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được thiết kế và triển khai tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và các quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam. Các khía cạnh đạo đức cốt lõi được đảm bảo.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.
- Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được đảm bảo bí mật.
- Các kỹ thuật thao tác trên bệnh nhân được đảm bảo đúng chuyên môn.
- Đề tài được tiến hành sau khi được hội đồng khoa học bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 thông qua.

### 2.11. Sơ đồ quy trình nghiên cứu



### CHƯƠNG 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

STT	Đặc điểm	Phân loại / Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Nhóm tuổi	< 50 tuổi		
		50 – 65 tuổi		
		> 65 tuổi		
	Tuổi trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	... $\pm$ ... (năm)	-	-
2	Giới tính	Nam		
		Nữ		
3	Nghề nghiệp	Còn khả năng lao động		
		Nghỉ hưu/Không đi làm		
4	Chỉ số khối cơ thể BMI	Gầy (< 18,5 kg/m <sup>2</sup> )		
		Bình thường (18,5 - 22,9 kg/m <sup>2</sup> )		
		Thừa cân - Béo phì ( $\geq 23$ kg/m <sup>2</sup> )		
	BMI trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	... $\pm$ ... (kg/m <sup>2</sup> )	-	-
5	Thời gian lọc máu	< 1 năm		
		1 $\leq$ 5 năm		
		5 $\leq$ 10 năm		

		$\geq 10$ năm		
	Trung vị (min - max)	... (... - ...) tháng	-	-
6	Nguyên nhân suy thận	Viêm cầu thận mạn		
		Đái tháo đường		
		Tăng huyết áp		
		Sỏi thận / Viêm thận bể thận		
		Nguyên nhân khác / Không rõ		
7	Bệnh lý đồng mắc (Có thể chọn nhiều)	Tăng huyết áp		
		Đái tháo đường		
		Suy tim / Bệnh mạch vành		
		Viêm gan virus (B, C)		
		Bệnh da liễu khác		

*Nhận xét:*

### 3.2. Đặc điểm triệu chứng ngứa (Lượng giá theo thang điểm 5-D)

#### 3.2.1. Tỷ lệ hiện mắc và cường độ ngứa

**Bảng 3.2. Đặc điểm hiện mắc, thời gian và mức độ ngứa**

Đặc điểm ngứa da	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Điểm số (Mean $\pm$ SD)
<b>Tình trạng ngứa chung</b>			
Có ngứa			
Không ngứa			
<b>Thời gian ngứa (D1 - Duration)</b>			
< 6 giờ/ngày (1 điểm)			

6 – 12 giờ/ngày (2 điểm)			
12 – 18 giờ/ngày (3 điểm)			
18 – 23 giờ/ngày (4 điểm)			
Cả ngày (5 điểm)			
<b>Mức độ ngứa (D2 - Degree)</b>			
Nhẹ (2 điểm)			
Trung bình (3 điểm)			
Nặng (4 điểm)			
Không thể chịu đựng nổi (5 điểm)			
<b>Phân loại theo tổng điểm 5-D</b>			
Không ngứa ( $\leq 8$ điểm)			
Nhẹ (9 – 11 điểm)			
Trung bình (12 – 17 điểm)			
Nặng (18 – 21 điểm)			
Rất nặng ( $\geq 22$ điểm)			

*Nhận xét:*

### 3.2.2. Vùng phân bố giải phẫu của ngứa

**Bảng 3.3. Đặc điểm phân bố giải phẫu của triệu chứng ngứa**

STT	Vị trí phân bố (Miền 5)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>I. Các vùng phổ biến</b>			
1	Lưng		
2	Ngực		
3	Bụng		

4	Cánh tay/Cẳng tay		
5	Đùi/Cẳng chân		
<b>II. Các vùng ít gặp/Lan tỏa</b>			
6	Đầu/Da đầu		
7	Khuôn mặt		
8	Lòng bàn tay		
9	Lòng bàn chân		
10	Vùng bẹn/Mông		
11	Điểm tiếp xúc quần áo		
<b>III. Mức độ lan tỏa (Quy đổi điểm D5)</b>			
12	0 - 2 vùng (1 điểm)		
13	3 - 5 vùng (2 điểm)		
14	6 - 10 vùng (3 điểm)		
15	11 - 13 vùng (4 điểm)		
16	14 - 16 vùng (5 điểm)		

*Nhận xét:*

*3.2.3. Ảnh hưởng đến giấc ngủ và hoạt động chức năng*

**Bảng 3.4. Tác động của ngứa đến chất lượng giấc ngủ (Miền 4 - Thang điểm 5-D Elman)**

STT	Mức độ ảnh hưởng đến giấc ngủ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Không ảnh hưởng (1 điểm)		
2	Thỉnh thoảng ngủ muộn (2 điểm)		
3	Thường xuyên ngủ muộn (3 điểm)		

4	Ngủ muộn, thỉnh thoảng thức giấc ban đêm (4 điểm)		
5	Ngủ muộn, thường xuyên thức giấc ban đêm (5 điểm)		
	<b>Tổng</b>		

*Nhận xét:*

### 3.2.4. Tác động xã hội và tâm lý

**Bảng 3.5. Ảnh hưởng của ngửa đến hoạt động chức năng và xã hội**

Lĩnh vực ảnh hưởng (Miền 4)	Không bao giờ		Hiếm khi		Đôi khi		Thường xuyên		Luôn luôn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giải trí / Hoạt động xã hội										
Việc nhà / Việc vặt										
Công việc / Học tập										

*Nhận xét:*

### 3.2.5. Môi trường quan lâm sàng và diễn tiến

**Bảng 3.6. Đặc điểm diễn tiến và chiều hướng ngửa theo Miền 3**

STT	Đặc điểm diễn tiến	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>I</b>	<b>Thời gian đã bị ngửa (Chronicity)</b>		
1	< 6 tháng		
2	6 tháng - 1 năm		
3	> 1 năm		
<b>II</b>	<b>Chiều hướng trong 2 tuần qua (Miền 3)</b>		

4	Hoàn toàn hết ngứa (1 điểm)		
5	Giảm nhiều (2 điểm)		
6	Giảm ít (3 điểm)		
7	Không thay đổi (4 điểm)		
8	Tệ hơn/Ngứa nhiều hơn (5 điểm)		
<b>III</b>	<b>Tương quan với thời gian lọc máu</b>	<b>Điểm 5-D trung bình</b>	<b>p</b>
9	Nhóm lọc máu < 5 năm		
10	Nhóm lọc máu 5 - 10 năm		
11	Nhóm lọc máu > 10 năm		

*Nhận xét:*

## **CHƯƠNG 4: DỰ KIẾN BÀN LUẬN**

Bàn luận theo mục tiêu và kết quả của nghiên cứu

## DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

### I. Tiếng Việt

1. **Nguyễn Trung Anh**, Nguyễn Thị Thu Hương (2021). "Nghiên cứu đặc điểm một số hội chứng lão khoa và mối liên quan với chức năng thể chất ở người cao tuổi có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương". *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 16(2), tr. 50-57.

2. **Nguyễn Vũ Ngọc Anh** (2023). "Tiếp cận điều trị ngứa liên quan bệnh thận mạn (Chronic Kidney Disease - Associated Pruritus - CKD-aP)". *Tài liệu đào tạo liên tục, Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh*.

3. **Võ Văn Bấy**, Nguyễn Đình Đạm, Nguyễn Bách và cs (2025). "Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh lọc thận giai đoạn cuối tại Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 550(1), tr. 61-66.

4. **Bộ Y tế** (2024). *Quyết định ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"*. Hà Nội.

5. **Nguyễn Duy Cường**, Doãn Thị Như Nghĩa (2014). "Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp trạng thứ phát ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Thái Bình". *Y học thực hành*, 914(4), tr. 19-21.

6. **Võ Ngọc Trang Đài**, Lê Văng Cẩm Tú, Trần Lư Huyền Châu và cs (2024). "Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 70, tr. 162-169.

7. **Quách Thị Dung**, Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Hữu Dũng và cs (2024). "Thay đổi nồng độ parathyroid hormon huyết tương ở người bệnh lọc máu chu kỳ có cường cận giáp thứ phát sử dụng kỹ thuật thận nhân tạo thường quy kết

hợp lọc máu hấp phụ". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 28(10), tr. 97-105.

8. **Đặng Thị Hân**, Trịnh Văn Tuyền, Đỗ Thị Tuyết Mai và cs (2021). "Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2021". *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 5(2), tr. 133-143.

9. **Phạm Thị Huệ**, Dương Thanh Dũng, Lê Ngọc Thiêng (2023). "Nhận xét đặc điểm ngứa da ở 90 bệnh nhân suy thận mạn tính, điều trị lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 110". *Tạp chí Y học Quân sự*, 366, tr. 115-118.

10. **Võ Thị Hoài Hương**, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Phan Thị Minh Phương và cs (2025). "Khảo sát rối loạn khoáng xương và mật độ xương trên bệnh nhân bệnh thận mạn tại bệnh viện Trung Ương Huế". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 28(10), tr. 90-97.

11. **Đinh Vũ Ngọc Ninh**, Nguyễn Xuân Trung, Hoàng Bùi Bảo và cs (2024). "Khảo sát tỉ lệ và đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ". *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 183(10), tr. 72-79.

12. **Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh**, Đinh Thị Kim Dung (2022). "Đặc điểm lâm sàng và phân bố ca lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 516(1), tr. 39-43.

13. **Mai Huỳnh Ngọc Tân**, Nguyễn Hoàng Bảo Ngọc, Lê Quốc Việt và cs (2024). "Tỷ lệ suy mòn protein năng lượng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 70, tr. 97-104.

14. **Từ Kim Thanh**, Võ Trần Minh Trí, Liêu Thị Trúc Thanh và cs (2025). "Khảo sát tỷ lệ bệnh thận mạn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái

tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2025". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 28(11), tr. 172-177.

15. **Lê Thị Đan Thùy**, Phạm Văn Bùi (2019). "Khảo sát nồng độ Canxi, Phospho, Hormon tuyến cận giáp ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ và lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Bình Dân". *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 23(3), tr. 234-240.

16. **Nguyễn Văn Tuấn** (2021). "Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 504(1), tr. 243-247.

17. **Nguyễn Minh Tuấn** (2020). *Nghiên cứu nồng độ Osteoprotegerin, Parathyroid Hormone huyết tương, tổn thương động mạch cảnh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ*. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

18. **Trần Tuấn Tú**, Đặng Thị Loan, Ngô Đình Ánh Quỳnh và cs (2025). "Đặc điểm ngứa và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, Số đặc biệt, tr. 76-86.

## II. Tiếng Anh (English)

19. **Altınok Ersoy, N.** and Akyar, İ. (2019). "Multidimensional pruritus assessment in hemodialysis patients". *BMC Nephrology*, 20(1), pp. 1-7.

20. **Bai, L., Shi, J., and Du, X.** (2025). "Patient-Reported Outcome Measures in Chronic Kidney Disease-Associated Pruritus: A Systematic Review". *Kidney Medicine*, 7(8), 101055.

21. **Buades, J. M., Figueras-Nart, I., Goicoechea, M., et al.** (2024). "Information and consensus document for the diagnostic and therapeutic

management of pruritus associated with chronic kidney disease in patients on haemodialysis in Spain". *Nefrología (English Edition)*, 44(4), pp. 465-474.

22. **Cheng, A. Y.** and Wong, L. S. (2022). "Uremic Pruritus: From Diagnosis to Treatment". *Diagnostics*, 12(5), 1108.

23. **Cîrstea, Ș.**, Orzan, O. A., and Zilișteanu, D. S. (2025). "Pruritus in Uremic Patients: Approaches to Alleviating a Common Symptom in Chronic Kidney Disease". *Life*, 15(7), 1001.

24. **Elman, S.**, Hynan, L. S., Gabriel, V., and Mayo, M. J. (2010). "The 5-D itch scale: a new measure of pruritus". *British Journal of Dermatology*, 162(3), pp. 587-593.

25. **Fishbane, S.**, Jamal, A., Munera, C., and Menzaghi, F. (2020). "A Phase 3 Trial of Difelikefalin in Hemodialysis Patients with Pruritus". *New England Journal of Medicine*, 382(3), pp. 222-232.

26. **Kim, D.** and Pollock, C. (2021). "Epidemiology and burden of chronic kidney disease-associated pruritus". *Clinical Kidney Journal*, 14(Suppl 3), pp. i1-i7.

27. **Ko, M. J.**, Wu, H. Y., Chen, H. Y., and Jee, S. H. (2013). "Uremic pruritus, dialysis adequacy, and metabolic profiles in hemodialysis patients: A prospective 5-year cohort study". *PLoS One*, 8(8), e71404.

28. **Lai, J. W.**, Chen, H. C., Chou, C. Y., and Chang, C. T. (2017). "Transformation of 5-D itch scale and numerical rating scale in chronic hemodialysis patients". *BMC Nephrology*, 18(1), 56.

29. **Latus, J.**, Lanot, A., Ständer, S., and Yosipovitch, G. (2025). "CKD-associated pruritus in haemodialysis: a road map for diagnosis and treatment". *Clinical Kidney Journal*, 18(5).

## PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU NGHIÊN CỨU

Mã bệnh nhân: ..... | Ngày thu thập: ...../...../20.....

### Phần 1: Thông tin nhân khẩu học

- **Năm sinh:** ..... (Tuổi: .....)
- **Giới tính:**
  - [ ] Nam
  - [ ] Nữ
- **Chỉ số thể hình (BMI):**
  - Cân nặng: ..... kg
  - Chiều cao: ..... m
  - BMI: .....
- **Nghề nghiệp:**
  - [ ] Lao động chân tay (Nông dân, công nhân...)
  - [ ] Lao động trí óc (Văn phòng, giáo viên...)
  - [ ] Hưu trí / Mất sức lao động
  - [ ] Khác: .....

### 2. Tiền sử bệnh thận

- **Nguyên nhân gây bệnh thận mạn:**
  - [ ] Đái tháo đường (ĐTĐ)
  - [ ] Tăng huyết áp (THA)
  - [ ] Viêm cầu thận mạn (VCTM)
  - [ ] Bệnh thận đa nang
  - [ ] Khác: .....
- **Thời gian lọc máu:** ..... tháng (hoặc ..... năm)
- **Chức năng thận tồn dư:**
  - [ ] Còn (tiểu được > 100ml/24h)
  - [ ] Mất (vô niệu hoàn toàn)

### 3. Sàng lọc ban đầu

Câu hỏi: "Trong 4 tuần qua, bạn bị làm phiền bởi ngứa da ở mức độ nào?"

Mức độ	Đánh dấu (x)	Điểm quy đổi
Không một chút nào	[ ]	1
Một chút thôi	[ ]	2
Trung bình	[ ]	3
Rất nhiều	[ ]	4
Cực kỳ nhiều	[ ]	5

#### 4. Xác lập tính mạn tính

Triệu chứng ngứa của bệnh nhân đã kéo dài bao lâu?

[ ] Dưới 06 tuần (Ngứa cấp tính) *Dừng, không đưa vào nghiên cứu.*

[ ] Từ 06 tuần trở lên (Ngứa mạn tính) *Tiếp tục thu thập Phần 2.*

#### Phần 2: Đánh giá chi tiết ngứa (Thang 5-D)

Hạng mục	Câu hỏi/Nội dung đánh giá	Các mức độ lựa chọn (Đánh dấu [x] vào 1 ô phù hợp nhất)	Điểm số
1. Thời gian	Trong 2 tuần qua, bạn bị ngứa bao nhiêu giờ một ngày?	<input type="checkbox"/> [1] Dưới 6 giờ/ngày <input type="checkbox"/> [2] 6-12 giờ/ngày <input type="checkbox"/> [3] 12-18 giờ/ngày <input type="checkbox"/> [4] 18-23 giờ/ngày <input type="checkbox"/> [5] Cả ngày	
2. Mức độ	Đánh giá cường độ ngứa của bạn trong 2 tuần qua.	<input type="checkbox"/> [1] Không có <input type="checkbox"/> [2] Nhẹ <input type="checkbox"/> [3] Trung bình <input type="checkbox"/> [4] Nặng <input type="checkbox"/> [5] Không chịu nổi	
3. Diễn tiến	Trong 2 tuần qua, tình trạng ngứa của bạn thay đổi thế nào so với tháng trước?	<input type="checkbox"/> [1] Hết hoàn toàn <input type="checkbox"/> [2] Tốt hơn nhiều, nhưng vẫn còn <input type="checkbox"/> [3] Tốt hơn một chút, nhưng vẫn còn <input type="checkbox"/> [4] Không đổi <input type="checkbox"/> [5] Tệ hơn	

<b>4.Sự ảnh hưởng</b>	A. Giấc ngủ(Ảnh hưởng đến việc ngủ trong 2 tuần qua)	<input type="checkbox"/> [1] Không bao giờ ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [2] Tỉnh thoảng làm chậm giấc ngủ <input type="checkbox"/> [3] Thường xuyên làm chậm giấc ngủ <input type="checkbox"/> [4] Làm chậm ngủ và tỉnh thoảng thức giấc <input type="checkbox"/> [5] Làm chậm ngủ và thường xuyên thức giấc	
	B. Giải trí / Xã hội(Ảnh hưởng hoạt động vui chơi, giao tiếp)	<input type="checkbox"/> [1] Không bao giờ ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [2] Hiếm khi ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [3] Tỉnh thoảng ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [4] Thường xuyên ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [5] Luôn luôn ảnh hưởng	
	C. Việc nhà / Việc vặt(Ảnh hưởng công việc gia đình)	<input type="checkbox"/> [1] Không bao giờ ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [2] Hiếm khi ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [3] Tỉnh thoảng ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [4] Thường xuyên ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [5] Luôn luôn ảnh hưởng	
	D. Công việc / Trường học(Ảnh hưởng đi làm, đi học)	<input type="checkbox"/> [1] Không bao giờ ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [2] Hiếm khi ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [3] Tỉnh thoảng ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [4] Thường xuyên ảnh hưởng <input type="checkbox"/> [5] Luôn luôn ảnh hưởng	
<b>5. Sự phân bố</b>	Đánh dấu vào các vị trí bị ngứa trong 2 tuần qua (Chọn tất cả các vị trí có xuất hiện).	Vùng đầu & Thân trên: <input type="checkbox"/> Đầu/Da đầu <input type="checkbox"/> Mặt <input type="checkbox"/> Ngực <input type="checkbox"/> Bụng <input type="checkbox"/> Lưng Vùng chi trên:	

		<input type="checkbox"/> Cánh tay trên (bắp tay) <input type="checkbox"/> Cẳng tay <input type="checkbox"/> Mu bàn tay/Ngón tay <input type="checkbox"/> Lòng bàn tay Vùng chi dưới & Khác: <input type="checkbox"/> Mông <input type="checkbox"/> Háng/Bẹn <input type="checkbox"/> Đùi <input type="checkbox"/> Cẳng chân <input type="checkbox"/> Mu bàn chân/Ngón chân <input type="checkbox"/> Lòng bàn chân <input type="checkbox"/> Điểm tiếp xúc quần áo (cạp quần, đồ lót...)	
<b>Tổng kết</b>	Tổng điểm 5-D (Cộng điểm các mục trên)		

