

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM ĐAU MẠN TÍNH BẰNG BẢNG CÂU HỎI MCGILL Ở NGƯỜI BỆNH LỌC MÁU CHU KÌ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Hoàng Trung Vinh¹
Nguyễn Văn Tú², Phạm Quốc Toàn^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm đau mạn tính bằng bảng câu hỏi McGill ở người bệnh lọc máu chu kì tại Bệnh viện Quân y 103.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 131 người bệnh lọc máu chu kì tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025. Đánh giá đặc điểm đau mạn tính bằng bảng câu hỏi MCGILL trước thời điểm lọc máu.

Kết quả: 84,0% người bệnh có tình trạng đau mạn tính. Vị trí đau mạn tính thường gặp là ở đầu mặt (55,0%), chi (42,7%), lưng (39,7%); tỉ lệ người bệnh đau ở 1 hoặc 2 vị trí đều chiếm 31,3%. Về cảm giác đau: chủ yếu người bệnh có cảm giác đau nhẹ (72,5%), với điểm cảm giác ≤ 5 điểm. Về cảm xúc đau: phần lớn người bệnh có cảm xúc đau nhẹ đến trung bình (96,2%), với điểm cảm xúc ≤ 6 điểm. Mức độ đau theo tổng điểm cảm giác - cảm xúc chủ yếu ở mức nhẹ (75,6% người bệnh có tổng điểm < 10 điểm). Về cường độ đau: phần lớn người bệnh có cường độ đau nhẹ (≤ 3 điểm, chiếm 61,1%). Về cảm nhận đau: đau mạn tính có xu hướng tập trung mức độ nhẹ và trung bình, với 72,5% người bệnh có điểm cảm nhận đau ≤ 2 điểm. Có sự khác biệt tỉ lệ đau mạn tính theo tuổi, thời gian lọc máu trên 5 năm và nồng độ PTH giữa nhóm đau và không đau, với $p < 0,05$.

Kết luận: Đặc điểm đau theo bảng câu hỏi McGill cho thấy mức độ cảm giác, cảm xúc và cường độ đau nhìn chung không nặng nhưng kéo dài và gây khó chịu. Tuổi cao, thời gian lọc máu dài và nồng độ PTH liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hiện diện đau mạn tính.

Từ khóa: Bệnh thận mạn tính, lọc máu chu kì, đau mạn tính, bảng câu hỏi McGill.

CHARACTERISTICS OF CHRONIC PAIN USING THE MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To Assess chronic pain characteristics using the McGill Pain Questionnaire in maintenance hemodialysis patients at Military Hospital 103.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted on 131 maintenance hemodialysis patients at Military Hospital 103 from May 2024 to May 2025. Chronic pain characteristics were assessed using the McGill Pain Questionnaire prior to the hemodialysis session.

Results: A total of 83.97% of patients experienced chronic pain. The most common pain locations were the head and facial region (55.0%), extremities (42.7%), and back (39.7%). Most patients reported pain at one or two sites (both accounting for 31.3%). Regarding the sensory dimension of pain, mild pain sensation predominated, with 72.5% of patients having a sensory score ≤ 5 . In terms of the affective dimension, the majority of patients reported mild to moderate pain-related emotional responses (96.2%), with affective scores ≤ 6 . Based on the total sensory-affective score, pain severity was predominantly mild, as 75.6% of patients had a total score < 10 . With respect to pain intensity, most patients experienced mild pain intensity (0–3 points), accounting for 61.1% of cases. Regarding pain perception, chronic pain was mainly distributed within the mild-to-moderate range, with 72.5% of patients reporting a present pain intensity score ≤ 2 . There were significant differences in the prevalence of chronic pain according to age, dialysis duration greater than 5 years, and parathyroid hormone (PTH) levels between the pain and non-pain groups ($p < 0.05$).

Conclusions: Pain characteristics assessed using the McGill Pain Questionnaire demonstrated that the sensory, affective, and intensity dimensions of pain were generally mild to moderate in severity; however, the pain was persistent and bothersome to patients. Older age, longer dialysis duration, and elevated parathyroid hormone (PTH) levels were significantly associated with the presence of chronic pain.

Keywords: Chronic kidney disease, maintenance hemodialysis, chronic pain, McGill Pain Questionnaire.

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Quốc Toàn, Email: toannephro@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/01/2026; mời phản biện khoa học: 01/2026; chấp nhận đăng: 28/5/2026

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau mạn tính là một trong những biến chứng thường gặp ở người bệnh (NB) lọc máu chu kỳ (LMCK) [1], [2]. Nghiên cứu của Esmira Sadigova và cộng sự [3] ghi nhận 74,4% NB LMCK có đau mạn tính, trong đó, đau do căn nguyên thần kinh chiếm 61,8%. Nghiên cứu của Emilie Lambourg (2021) [4] thấy tỉ lệ đau mạn tính ở NB LMCK (63%) cao hơn so với NB ghép thận (46%).

Theo định nghĩa của Hiệp hội Nghiên cứu đau quốc tế (IASP) năm 2020, đau là một trải nghiệm cảm giác và cảm xúc khó chịu, liên quan đến hoặc tương tự như trải nghiệm liên quan đến tổn thương mô thực sự hoặc tiềm tàng [5], [6]. Trong đó, đau mạn tính được xác định là tình trạng đau kéo dài trên 3 tháng. Định nghĩa này nhấn mạnh đau không chỉ phản ánh mức độ tổn thương thực thể mà còn chịu ảnh hưởng đáng kể của các yếu tố cảm xúc và tâm lý của NB. Do đó, việc lượng giá đau thường phức tạp và khó thống nhất. Trong số các thang lượng giá đau hiện có, bảng câu hỏi McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ) là thang đánh giá đa chiều có độ tin cậy cao, cho phép phản ánh tương đối toàn diện mức độ và bản chất của đau [7], [8]. Việc đánh giá chính xác tình trạng đau mạn tính ở NB LMCK có ý nghĩa quan trọng, giúp nhận diện sớm, theo dõi kịp thời tiến triển đau và xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp, cải thiện chất lượng cuộc sống của NB.

Xuất phát từ những lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm đau mạn tính bằng bảng câu hỏi McGill ở NB LMCK tại Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

131 NB ≥ 18 tuổi, mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 5, LMCK ≥ 3 tháng tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025.

Loại trừ NB không đủ năng lực giao tiếp; NB có rối loạn cảm giác (liệt tủy, bệnh thần kinh ngoại vi...); NB mắc kèm theo các bệnh cấp tính nặng (như nhiễm khuẩn nặng, suy tim nặng, xơ gan, ung thư...); NB không đủ các chỉ tiêu nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu).
- Quy trình thu thập dữ liệu: NB đưa vào nghiên cứu được thu thập thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng, khảo sát đặc điểm đau mạn tính (đánh giá một lần trước buổi lọc máu, thời gian từ 10-15 phút/1 NB).
- Chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm NB: tuổi, giới tính, BMI, thời gian LMCK và kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hóa.
 - + Đặc điểm đau mạn tính: vị trí đau, số lượng vị trí đau, thời gian đau và tuổi bắt đầu đau.
 - + Đặc điểm đau mạn tính theo bảng câu hỏi McGill: cảm giác đau, cảm xúc đau, cường độ đau.
 - + Mối liên quan giữa đau mạn tính với một số đặc điểm lâm sàng ở NB nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn đánh giá đau theo bảng câu hỏi McGill [8]:
 - + Điểm cảm giác đau: là tổng điểm của 11 mô tả về đặc tính cảm giác của đau (0-33 điểm), phản ánh mức độ và tính chất thực thể của cơn đau. Điểm cảm xúc đau: là tổng điểm của 4 mô tả về đáp ứng cảm xúc (0-12 điểm), thể hiện ảnh hưởng tâm lý của đau. Tổng điểm cảm giác - cảm xúc đau là từ 0-45 điểm, phản ánh toàn diện trải nghiệm đau của NB.
 - + Cường độ đau (NRS 0-10 điểm): cho biết mức độ đau hiện tại do NB tự đánh giá. Điểm cảm nhận đau (PPI 0-5 điểm): đánh giá tổng thể về mức độ nghiêm trọng của đau. Điểm càng cao thì cơn đau càng nặng, không chỉ về mặt cảm giác mà còn ảnh hưởng về cảm xúc và mức độ chịu đựng của NB.
 - Đạo đức: nghiên cứu đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Quân y 103 (Quyết định số 88/HĐĐĐ ngày 19/08/2024). NB tự nguyện tham gia và quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe và hoạt động điều trị của NB.
 - Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 25.0. Thống kê mô tả dưới dạng trung bình \pm SD, tần số và tỉ lệ (%). So sánh trung bình của 2 nhóm

độc lập bằng kiểm định Student T test (biến số tuân theo phân phối chuẩn). So sánh tỉ lệ giữa các nhóm có sự khác biệt bằng Chi - Square test.

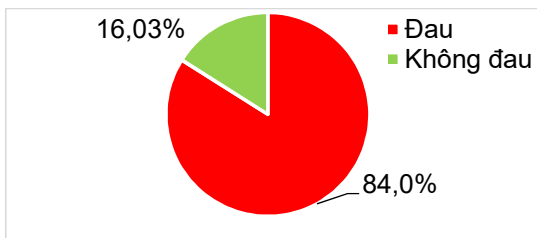
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu

Đặc điểm (n = 131)		Kết quả
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	58,51 ± 14,89
	Nhỏ nhất-lớn nhất	21- 85
Giới tính (n, %)	Nam giới	77 (58,78)
	Nữ giới	54 (41,22)
BMI (kg/m ²)	$\bar{X} \pm SD$	20,72 ± 2,51
	Nhỏ nhất-lớn nhất	14,53- 29,07
Thời gian LMCK (tháng)	$\bar{X} \pm SD$	50,83 ± 37,07
	Nhỏ nhất-lớn nhất	6-185
Huyết sắc tố ($\bar{X} \pm SD$) (g/L)		88,59 ± 19,46
Albumin máu giảm (n, %)		8 (6,1)
PTH máu tăng (n, %)		87 (66,4)
β 2-Microglobulin máu tăng (n, %)		131 (100)

Có 58,78% NB là nam giới, với tuổi trung bình 58,51 ± 14,89 tuổi, BMI trung bình 20,72 ± 2,51 kg/m², thời gian LMCK trung bình 50,83 ± 37,07 tháng, nồng độ huyết sắc tố trung bình 88,59 ± 19,46 g/L và nồng độ albumin máu trung bình 40,77 ± 4,59 g/L.

- Đặc điểm đau mạn tính của NB (n = 131):



Biểu đồ tỉ lệ đau mạn tính của NB nghiên cứu.

Tỉ lệ NB có tình trạng đau mạn tính khá cao, chiếm 84,0%.

Bảng 2. Đặc điểm đau mạn tính

Đặc điểm		Số NB (n = 131)	Tỉ lệ (%)
Vị trí đau mạn tính	Đầu, mặt	72	55,0
	Cổ	23	17,6
	Ngực, bụng	26	19,8
	Lưng	52	39,7
	Chi	56	42,7
	Khác	2	1,5

Số vị trí đau	0	21	16,0
	1	41	31,3
	2	41	31,3
	3	16	12,2
	4	7	5,3
	≥ 5	5	3,8
Thời gian đau mạn tính (tháng)	< 12	32	24,4
	12-36	39	29,8
	37-60	18	13,7
	61-94	12	9,2
	95-120	7	5,3
	> 120	2	1,5
Đặc điểm		Số NB (n = 131)	Tỉ lệ (%)
Tuổi bắt đầu đau mạn tính (tuổi)	≤ 30	7	5,3
	31-40	9	6,9
	41-50	21	16,0
	51-60	17	13,0
	61-70	45	34,4
	> 70	11	8,4
	$\bar{X} \pm SD$	56,32 ± 13,82	

Đau mạn tính ở NB LMCK xuất hiện ở 1 hoặc nhiều vị trí, thường gặp nhất là vùng đầu mặt (55,0%), chi (42,7%) và lưng (39,7%). Phần lớn NB đau tại 1 hoặc 2 vị trí (đều chiếm 31,3%), NB đau ≥ 5 vị trí chiếm tỉ lệ thấp (3,8%). Thời gian đau mạn tính chủ yếu dưới 5 năm, với thời gian đau trung bình dưới 5 năm (67,9%). Đau mạn tính khởi phát ở nhiều nhóm tuổi khác nhau, nhưng thường gặp nhất ở NB từ 61-70 tuổi. Tuổi bắt đầu đau trung bình là 56,32 ± 13,82 tuổi, phổ biến nhất là từ 61-70 tuổi (34,4%).

Bảng 3. Đặc điểm đau mạn tính theo bảng câu hỏi McGill

Đặc điểm		Số NB (n = 131)	Tỉ lệ (%)
Cảm giác đau (điểm)	0-5	95	72,5
	6-10	22	16,8
	11-15	14	10,7
	> 15	0	0
Cảm xúc đau (điểm)	0-3	90	68,7
	4-6	36	27,5
	7-9	5	3,8
	> 9	0	0
Tổng điểm	0-10	99	75,6
	11-20	28	21,4

cảm giác, cảm xúc (điểm)	21-30	4	3,1
	≥ 30	0	0
Cường độ đau (điểm)	0-3	80	61,1
	4-7	46	35,1
	8-10	5	3,8
Tổng thể cảm nghiệm đau toàn bộ	0	21	16,0
	1	34	26,0
	2	40	30,5
	3	29	22,1
	4	6	4,6

(điểm)	5	1	0,8
--------	---	---	-----

Kết quả đánh giá đau mạn tính bằng bảng câu hỏi McGill cho thấy đa số NB LMCK có mức độ đau nhẹ đến trung bình. Phần lớn NB có điểm cảm giác đau ≤ 5 điểm (72,5%) và điểm cảm xúc đau ≤ 6 điểm (96,2%), phản ánh mức ảnh hưởng nhẹ về mặt cảm giác và cảm xúc. Tổng điểm đau cảm giác - cảm xúc chủ yếu ở mức thấp, với 75,6% NB có điểm từ 0-10 điểm và không ghi nhận NB đau nặng. Về cường độ đau, đau nhẹ (từ 0-3 điểm) chiếm tỉ lệ cao nhất (61,1%), tiếp theo là đau trung bình (từ 4-7 điểm) chiếm 35,1% và đau nặng (từ 8-10 điểm) chỉ chiếm 3,8%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đau mạn tính với một số đặc điểm lâm sàng ở NB nghiên cứu

Đặc điểm		Đau mạn tính (n, %)		p
		Có (n = 110)	Không (n = 21)	
Giới tính (n, %)	Nam giới (n = 77)	63 (81,8)	14 (18,2)	0,423
	Nữ giới (n = 54)	47 (87,04)	7 (12,96)	
Tuổi (năm) (n, %)	≤ 30 (n = 8)	3 (37,5)	5 (62,5)	0,019
	31-70 (n = 97)	86 (86,87)	11 (11,11)	
	> 70 (n = 26)	21 (80,77)	5 (19,23)	
BMI (kg/m ²) (n, %)	< 18,5 (n = 22)	17 (77,27)	5 (22,73)	0,524
	18,5-23 (n = 88)	76 (86,36)	12 (13,64)	
	> 23 (n = 21)	17 (80,95)	4 (19,05)	
Thời gian LMCK (năm) (n, %)	< 5 năm (n = 91)	73 (80,22)	18 (19,78)	0,046
	≥ 5 năm (n = 40)	37 (92,5)	3 (7,5)	

Tỉ lệ đau mạn tính trên NB LMCK ở nam giới là 81,8%, ở nữ giới là 87,04%, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỉ lệ đau mạn tính tăng khi tuổi tăng, cao nhất ở nhóm từ 31-70 tuổi (86,87%), $p = 0,019$. Tỉ lệ đau mạn tính ở các nhóm BMI gần tương đương nhau (từ 77,27% đến 86,36%). NB có thời gian lọc máu trên 5 năm thì có tỉ lệ đau cao hơn so với NB lọc máu thời gian dưới 5 năm, khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa đau mạn tính với một số chỉ số cận lâm sàng

Chỉ số cận lâm sàng	Đau mạn tính		p
	Có (n = 110)	Không (n = 21)	
Hb (g/l) ($\bar{X} \pm SD$)	89,95 ± 20,05	83,24 ± 14,94	0,17
Ure (mmol/L) ($\bar{X} \pm SD$)	24,53 ± 11,16	22,22 ± 8,62	0,379
Creatinin (μmol/L) ($\bar{X} \pm SD$)	819,5 ± 381,28	864,03 ± 292,2	0,659
β2-MicroGlobulin (mg/L)	31,09 (26,02-34,94)	30,01(24,71-33,49)	0,504
Albumin (g/L) (nhỏ nhất-lớn nhất)	40,07 (37,65-43,31)	40,23 (38,05- 43,13)	0,918
Protein(g/L) (nhỏ nhất-lớn nhất)	71,71 (67,15-75,98)	71,55 (68,0-75,04)	0,759
PTH (pg/mL) (nhỏ nhất-lớn nhất)	147,85 (36,25-369,32)	74,8 (42,5-111,00)	0,035

Trong tất cả các chỉ số xét nghiệm phân tích, chỉ ghi nhận nồng độ PTH khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NB có đau và NB không đau

($p = 0,035$). Các chỉ số xét nghiệm khác như Hb, ure, creatinin, albumin, protein và β2-Microglobulin đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 131 NB mắc bệnh thận mạn giai đoạn 5, đang điều trị thay thế thận suy bằng LMCK tại Bệnh viện Quân y 103.

Kết quả nghiên cứu thấy NB từ 21-85 tuổi, trung bình là $58,51 \pm 14,89$ tuổi; tương đương với các nghiên cứu của Lambourg và cộng sự (2021) [4] (tuổi trung bình của NB là 55 ± 14 tuổi); Esmira Sadigova và cộng sự (2020) [3] (tuổi trung bình của NB là $53,2 \pm 12,6$ tuổi). Điều này phản ánh đặc điểm phổ biến của quần thể lọc máu chủ yếu ở nhóm trung niên và cao tuổi.

Chỉ số BMI trung bình của NB là $20,72 \pm 2,51$ kg/m^2 , chủ yếu nằm trong khoảng bình thường (từ $18,5-23$ kg/m^2), chiếm tỉ lệ 67,2%. Có 16,8% NB gầy (BMI < $18,5$ kg/m^2) và chỉ 6,1% NB thừa cân, không trường hợp béo phì; tương tự nhận định của Levey A.S và cộng sự (2003) [9] (NB lọc máu thường có tình trạng dinh dưỡng kém do hạn chế chế độ ăn, chán ăn, viêm mạn tính và các rối loạn chuyển hóa). Kết quả này cũng phù hợp với các hướng dẫn của NKF-KDOQI, tình trạng suy dinh dưỡng - viêm mạn tính là đặc điểm điển hình ở NB bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

Thời gian lọc máu trung bình là $50,83 \pm 37,07$ tháng (trên 4 năm), với đa số NB lọc máu từ 1-5 năm (57,2%); tương đương nghiên cứu của Esmira Sadigova và cộng sự (2020) [3] (thời gian lọc máu trung bình của NB gần 5 năm). LMCK kéo dài là một yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng tỉ lệ đau mạn tính do sự tích lũy của độc chất niệu, viêm mạn tính, tổn thương thần kinh ngoại biên và các biến chứng về xương khớp. Mặt khác, tình trạng ure huyết kéo dài và stress oxy hóa có thể gây tổn thương sợi thần kinh nhỏ, từ đó, làm giảm ngưỡng đau và duy trì tình trạng đau mạn tính.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ NB LMCK có đau mạn tính $\approx 84,0\%$. Đây là một tỉ lệ cao, khẳng định đau mạn tính là vấn đề nổi bật trong nhóm NB bệnh thận giai đoạn 5 điều trị thay thế thận suy bằng LMCK. Kết quả này có phần cao hơn nghiên cứu của Sadigova và cộng sự (2020) [3] (tỉ lệ đau mạn tính là 74,4% ở 225 NB lọc máu tại Azerbaijan, trong đó, đau thần kinh chiếm 61,8%). Nghiên cứu của Lambourg và cộng sự (2021) [4] ghi nhận tỉ lệ đau mạn tính ở NB lọc máu là 63%, NB sau ghép thận là 46%. Tỉ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lí giải bởi các yếu tố như thời gian lọc máu kéo dài (trung bình $50,83 \pm 37,07$ tháng), tỉ lệ cao NB có các rối loạn chuyển hóa (PTH tăng ở 66,4%; β_2 -microglobulin tăng 100%), tỉ lệ thiếu máu cao (97,7%) và nền dân số cao tuổi (tuổi trung bình 58,51 tuổi). Đây là

các yếu tố sinh lí bệnh học đã được chứng minh làm giảm ngưỡng chịu đau và góp phần vào cơ chế đau mạn tính.

Phân tích đặc điểm vị trí đau cho thấy các vị trí thường gặp nhất gồm đầu - mặt (55,0%), chi (42,7%), lưng (39,7%). nghiên cứu của Sadigova và cộng sự [3] thấy vị trí đau phổ biến nhất là chi dưới (47,1%) và lưng (40,6%); nghiên cứu của Masajtis-Zagajewska [10] lại nhấn mạnh đau vai và cột sống thắt lưng liên quan đến hội chứng ống cổ tay và viêm khớp tinh thể calci. Tuy có sự khác biệt về vị trí đau ưu thế, nhưng điểm chung trong các nghiên cứu là đau khu trú vào vùng vận động, chi và trục cột sống - phản ánh ảnh hưởng của tăng phospho máu, PTH cao và viêm mạn tính đến hệ cơ xương.

52,6% NB đau ≥ 2 vị trí, chứng tỏ tính chất lan tỏa tương đối rõ. Nghiên cứu của Davison và cộng sự (2003) cũng ghi nhận khoảng 40% NB có từ 2 vùng đau trở lên. Điều này gợi ý cơ chế đau không đơn thuần là đau cơ học hay viêm khu trú, mà có thể liên quan đến viêm hệ thống và tổn thương thần kinh ngoại biên do tích tụ chất độc niệu và vi chất xương. Đồng thời, đau lan tỏa nhiều vùng cũng có thể gợi ý sự tăng nhạy cảm trung ương, vốn thường gặp ở NB bệnh mạn tính. Thời gian đau mạn tính trung bình là $36,28 \pm 31,2$ tháng (khoảng 3 năm). 67,9% NB có thời gian đau dưới 5 năm và chỉ 6,8% NB đau trên 7 năm. Điều này phản ánh quá trình tiến triển tự nhiên của đau mạn tính trên NB trong lọc máu - thường xuất hiện sau 1-2 năm điều trị, khi bắt đầu tích lũy biến chứng thứ phát. Tuổi bắt đầu đau trung bình là phổ biến nhất là từ 61-70 tuổi (34,4%) Đây là giai đoạn mà nhiều yếu tố nguy cơ đau mạn tính bắt đầu tích lũy, đồng thời với giảm khối lượng cơ, giảm protid huyết, xốp xương, thiếu máu và trầm cảm. Nghiên cứu của Lambourg và cộng sự [4] cho thấy đau tăng theo tuổi và thời gian lọc máu. Vì vậy, nhóm tuổi cao cần đặc biệt quan tâm trong tầm soát và can thiệp sớm đau mạn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số NB LMCK có đau mạn tính mức nhẹ-trung bình, với 72,5% có điểm cảm giác đau ≤ 5 và 96,2% có điểm cảm xúc đau ≤ 6 . Tổng điểm đau chủ yếu thấp (75,6% từ 0-10) và không ghi nhận đau nặng. Cường độ đau chủ yếu là nhẹ (61,1%), tiếp theo trung bình (35,1%) và nặng (3,8%), cho thấy đau thường kéo dài nhưng ít khi dữ dội. Tỉ lệ đau mạn tính ở nam giới là 81,8% và ở nữ giới là 87,0%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,423$). Nghiên cứu của Sadigova và cộng sự (2020) [3] cũng không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính trong cảm nhận đau mạn tính. Thời gian lọc máu là một trong những yếu tố có mối liên quan rõ rệt nhất với đau mạn tính. Cụ

thể, NB có thời gian lọc máu trên 5 năm có tỉ lệ đau cao hơn so với NB có thời gian lọc máu dưới 5 năm (92,5% so với 80,22%), khác biệt với $p < 0,05$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với sinh lý bệnh học của đau trong bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Lọc máu lâu dài dẫn đến tích tụ các chất độc niệu không lọc được hoàn toàn, rối loạn chuyển hóa xương, tăng PTH, và lắng đọng beta-2-microglobulin gây viêm khớp dạng amyloid. Nghiên cứu của Masajtis-Zagajewska [10] cũng chứng minh rằng thời gian lọc máu càng dài thì nguy cơ đau mạn càng tăng cao, đặc biệt là đau xương và đau thần kinh ngoại biên.

5. KẾT LUẬN

Đau mạn tính rất phổ biến ở người bệnh lọc máu chu kì, với tỉ lệ 84,0%, trong đó các vị trí đau thường gặp nhất là vùng đầu mặt (55,0%), chi (42,7%) và lưng (39,7%). Phần lớn người bệnh đau ở 1-2 vị trí (62,6%). Theo bảng câu hỏi McGill, đau chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình về cảm giác, cảm xúc và cường độ đau; 72,5% người bệnh có điểm cảm giác đau ≤ 5 . Đau cường độ nhẹ (0-3 điểm) chiếm tỉ lệ cao nhất (61,1%). Tuổi cao và thời gian lọc máu kéo dài liên quan có ý nghĩa thống kê với sự hiện diện của đau mạn tính, đặc biệt nhóm người bệnh từ 31-70 tuổi (tỉ lệ đau là 86,87%) và nhóm lọc máu ≥ 5 năm có (tỉ lệ đau là 92,5%), với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mercadante S, Ferrantelli A, Tortorici C, et al., "Incidence of Chronic Pain in Patients with End-Stage Renal Disease on Dialysis", *J Pain Symptom Manage [Internet]*, October; 30 (4): p. 302, 2005.
2. Davison SN. "Clinical Pharmacology Considerations in Pain Management in Patients with Advanced Kidney Failure", *Clin J Am Soc Nephrol [Internet]*, 14 (6): pp. 917-31, 2019.
3. Sadigova E, Ozkurt S, Yalcin A, "Pain Assessment in Hemodialysis Patients", *Cureus* 12 (2): e6903. DOI 10.7759/cureus.6903, 2020
4. Lambourg E., Colvin L., Guthrie G., Murugan K., Lim M., Walker H., Boon G., & Bell S., "The prevalence of pain among patients with chronic kidney disease using systematic review and meta-analysis", *Kidney International*, 100 (3), pp. 636-649, 2021.
5. Srinivasa N. Raja., Daniel B. Carr., Milton Cohen et al., *The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises, the IASP Council in 1979*, 161 (9): pp. 1976-1982, 2020.
6. International Association for the Study of Pain, *IASP revises its definition of pain for the first time since 1979*, IASP, 2020
7. Mustaqe E., Liolis E., Bekou E., et al., "Pain scales: Types and comparison", *Medical Science and Discovery*, 11 (12), pp. 395-398, 2024.
8. Melzack R., "The short-form McGill pain questionnaire", *Pain*, 30 (2), pp. 191-197. doi:10.1016/0304-3959(87)91074-8, 1987.
9. Levey A.S., Coresh J., et al., "National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification", *Ann Intern Med*, 139 (2), pp. 137-47, 2003.
10. Anna Masajtis-Zagajewska, Michal Nowicki, "Effect of atorvastatin on iron metabolism regulation in patients with chronic kidney disease - a randomized double blind crossover study", *Renal failure*, 40; 1, pp. 701-710, 2018.