

# Đánh giá tình trạng lo âu - trầm cảm trên bệnh nhân viêm da cơ địa người lớn tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh

## Investing the mixed anxiety - depression disorder among adult patients with atopic dermatitis at Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology

Ngô Minh Vinh\*,  
Lê Thị Thúy Hằng\*\*,  
Phạm Văn Bắc\*\*\*

\*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,  
\*\*Trường Quân sự Quân Đoàn 4,  
\*\*\*Khoa Y, Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lo âu - trầm cảm trên bệnh viêm da cơ địa người lớn; Tìm mối liên quan giữa rối loạn lo âu - trầm cảm với tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, và độ nặng của viêm da cơ địa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện 208 bệnh nhân viêm da cơ địa tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020, chẩn đoán viêm da cơ địa dựa theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka hiệu chỉnh 2003, đánh giá mức độ rối loạn lo âu trầm cảm bằng thang điểm HADS. **Kết quả:** Tuổi trung bình 41,3 (17,4), nữ chiếm 59,1%, đa số bệnh nhân (41,3%) có bệnh dị ứng - miễn dịch kèm theo. 42,2% viêm da cơ địa ở mức độ trung bình và 55,3% mức độ nặng. Tỷ lệ bệnh nhân cận lo âu 34,1% và cận trầm cảm 39,4%. Tỷ lệ bệnh nhân lo âu là 11,1% và trầm cảm 5,3%. 25% bệnh nhân có rối loạn lo âu - trầm cảm. Bệnh dị ứng - miễn dịch và điểm SCORAD C là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan tới cận trầm cảm. Sẩn phù và cào gãi là hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến lo âu. Cào gãi là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan trầm cảm. **Kết luận:** 25% bệnh nhân viêm da cơ địa có rối loạn lo âu - trầm cảm, các bệnh về dị ứng - miễn dịch kèm, ngứa, cào gãi, mất ngủ liên quan đến lo âu - trầm cảm.

**Từ khóa:** Viêm da cơ địa, lo âu, trầm cảm.

### Summary

**Objective:** To identify the proportion of atopic dermatitis adult patients having anxiety - depression disorder; to identify the relationship between anxiety - depression disorder and age, gender, stage and severity of atopic dermatitis. **Subject and method:** A cross-sectional study with convenient sampling, 208 atopic dermatitis patients at the Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology during the period September 2019 to September 2020 were enrolled in this study, diagnostic criteria for atopic dermatitis was based on modified Hanifin and Rajka criteria and the severity of anxiety - depression disorder was evaluated by using HADS score. **Result:** Mean age was 41.3 (17.4). 59.1% of patients were female, most of patients (41.3%) had allergic-immunological diseases. 79.4% patients were in acute and subacute stage of atopic dermatitis. The rate of patients with near anxiety and near depression was

Ngày nhận bài: 04/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 25/01/2021

Người phản hồi: Ngô Minh Vinh, Email: bsnngominhvinh@yahoo.com - Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

34.1% and 39.4%, respectively. 11.1% patients had anxiety and 5.3% patients suffered from depression. The proportion of patients having neither depression nor anxiety was 25%. Atopic dermatitis along with allergic-immunological diseases and SCORAD C were two independent risk factors of near depression. Wheal and scratching were two independent risk factors relating anxiety. Scratching were independent risk factors of depression. *Conclusion:* 25% atopic dermatitis patients had anxiety disorder or depression. Allergic-immunological diseases, pruritus, scratching and insomnia had a relationship with anxiety - depression disorder.

*Keywords:* Atopic dermatitis, anxiety, depression.

## 1. Đặt vấn đề

Viêm da cơ địa (VDCĐ) là một trong những bệnh viêm da mạn tính thường gặp, tỷ lệ hiện mắc 20 - 30% dân số trẻ em và khoảng 3 - 5% dân số người lớn. Tuy rằng đa số các trường hợp VDCĐ không ảnh hưởng đến sức khỏe, nguy hiểm tính mạng, nhưng các triệu chứng mạn tính cùng với thời gian điều trị bệnh kéo dài ảnh hưởng đến thẩm mỹ, tâm lý, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. VDCĐ sẽ gây ra sự mặc cảm, tự ti về hình ảnh cơ thể; đồng thời ngứa gây nên trạng thái không thoải mái, khó chịu, làm cho bệnh nhân mất ngủ, lo âu - trầm cảm [3]. Ngược lại, mất ngủ, lo âu - trầm cảm tác động lại làm khởi phát hoặc làm cho VDCĐ nặng hơn, tạo thành vòng tròn bệnh lý [5]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhằm tìm hiểu ảnh hưởng qua lại của yếu tố bệnh thực thể và yếu tố tâm lý - tâm thần, trong đó có VDCĐ. Một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên dân số 2893 người trưởng thành được tiến hành tại Mỹ năm 2019 chỉ ra sự gia tăng đáng kể nguy cơ rối loạn lo âu - trầm cảm [7]. Hơn thế nữa, rối loạn lo âu - trầm cảm trên bệnh nhân VDCĐ có thể gây gia tăng ý tưởng tự sát. Tại Việt Nam, hiện chưa ghi nhận nghiên cứu nào về rối loạn lo âu - trầm cảm trên bệnh nhân VDCĐ vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với các mục tiêu sau: *Xác định tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lo âu - trầm cảm trên bệnh VDCĐ người lớn. Tìm hiểu một số mối liên quan giữa rối loạn lo âu - trầm cảm với đặc điểm lâm sàng VDCĐ.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm 208 bệnh nhân trưởng thành ( $\geq 18$  tuổi) đến khám và điều trị VDCĐ ở Phòng khám ngoại trú tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:* Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VDCĐ dựa theo Hanifin và Rajka hiệu chỉnh 2003 [2], và đồng ý tham gia nghiên cứu

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân đang trong quá trình điều trị bệnh lý nội khoa cấp tính và mạn tính như: Bệnh lý gan, thận, tim mạch, nội tiết. Bệnh nhân không có bệnh lý tâm thần thực thể. Phụ nữ mang thai và cho con bú.

### 2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy cỡ mẫu thuận tiện trên 208 bệnh nhân VDCĐ.

#### Tiến hành

Đánh giá độ nặng của VDCĐ bằng thang điểm SCORAD [2] như sau: Mức độ nhẹ  $< 25$  điểm, trung bình = 25 - 50 điểm, và mức độ nặng  $> 50$  điểm.

Đánh giá mức độ rối loạn lo âu - trầm cảm bằng thang điểm HADS [10]: Giá trị được xác định như sau: 0 - 7 = Bình thường, 8 - 10 = Cận bất thường, 11 - 21 = Bất thường.

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Biến số định tính dùng phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ) để kiểm định mối liên quan, giá trị mong đợi (expected value) nhỏ hơn 5 thì phép kiểm chính xác Fisher. Đối với biến số định lượng dùng phép kiểm thống kê Student t-test hay phép kiểm One-Way ANOVA để so sánh 2 hay nhiều

giá trị trung bình với các biến số tuân theo phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm thống kê Mann-Whitney U hay phép kiểm Kruskal-Wallis để so sánh

2 hay nhiều giá trị trung vị với các biến số không tuân theo phân phối chuẩn. Phân tích hồi quy logistic để kiểm định mối liên quan giữa các biến số.

### 3. Kết quả

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

**Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n = 208)**

| Đặc điểm                                                  | Phân bố     |
|-----------------------------------------------------------|-------------|
| Giới tính: n (%)                                          |             |
| Nam                                                       | 85 (40,9)   |
| Nữ                                                        | 123 (59,1)  |
| Tuổi: Trung bình (SD), năm                                | 41,3 (17,4) |
| Trình độ đại học trở lên: n (%)                           | 82 (39,4)   |
| Lao động trí óc: n (%)                                    | 81 (38,8)   |
| Khởi phát VDCĐ dưới 12 tuổi: n (%)                        | 202 (97,1)  |
| Tiền căn gia đình: n (%)                                  | 150 (72,1)  |
| Có mắc bệnh dị ứng miễn dịch: n (%)                       | 96 (46,2)   |
| Ngứa: n (%)                                               | 208 (100)   |
| Khô da: n (%)                                             | 207 (99,5)  |
| Đáp ứng mạch máu không đặc hiệu: n (%)                    | 45 (21,6)   |
| Dày sừng nang lông/dày chỉ lông bàn tay/ da vảy cá: n (%) | 118 (56,7)  |
| Thay đổi ở mắt hoặc quanh mắt: n (%)                      | 43 (20,7)   |
| Thương tổn vị trí khác (quanh miệng, quanh tai): n (%)    | 64 (30,8)   |
| Da quanh nang lông gồ cao/ lichen hóa/sẩn ngứa: n (%)     | 61 (29,3)   |
| Hồng ban-mức độ: Trung bình (SD)                          | 1,85 (0,7)  |
| Sẩn phù-mức độ: Trung bình (SD)                           | 0,75 (0,71) |
| Rỉ dịch, đóng mài-mức độ: Trung bình (SD)                 | 0,96 (0,72) |
| Cào gãi-mức độ: Trung bình (SD)                           | 1,79 (0,69) |
| Lichen hóa-mức độ: Trung bình (SD)                        | 2,13 (0,71) |
| Khô da-mức độ: Trung bình (SD)                            | 2,4 (0,66)  |
| Ngứa-mức độ: Trung bình (SD)                              | 6,64 (1,67) |
| Mất ngủ-mức độ: Trung bình (SD)                           | 4,26 (2,26) |
| SCORAD A: Trung bình (SD)                                 | 40,1 (12,4) |
| SCORAD B: Trung bình (SD)                                 | 9,9 (2,6)   |
| SCORAD C: Trung bình (SD)                                 | 10,9 (3,3)  |
| SCORAD: Trung bình (SD)                                   | 53,5 (12,8) |
| Bôi corticosteroid: n (%)                                 | 80 (38,5)   |
| Có uống corticosteroid: n (%)                             | 61 (29,3)   |
| Mức độ nặng VDCĐ                                          |             |
| Nhẹ: n (%)                                                | 1 (0,5)     |
| Trung bình: n (%)                                         | 92 (44,2)   |

|             |            |
|-------------|------------|
| Nặng: n (%) | 115 (55,3) |
|-------------|------------|

**Nhận xét:** Nữ chiếm 59,1%, đa phần VDCĐ khởi phát trước 12 tuổi chiếm đa số trường hợp (97,1%). Tỷ lệ VDCĐ kèm với các bệnh liên quan với miễn dịch dị ứng chiếm 46,2%.

Triệu chứng ngứa luôn có (100%), khô da chiếm hầu hết các trường hợp (99,5%). Điểm trung bình SCORAD = 53,5 (12,8), tương đương với VDCĐ mức độ nặng. VDCĐ mức độ trung bình và nặng chiếm hầu hết các trường hợp với tỉ lệ lần lượt là 44,2% và 55,3%.

### 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lo âu-trầm cảm

**Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân VDCĐ rối loạn lo âu - trầm cảm (n = 208)**

| Rối loạn lo âu - trầm cảm | HADS-A     |              | HADS-D     |              |
|---------------------------|------------|--------------|------------|--------------|
|                           | n          | Tỷ lệ %      | n          | Tỷ lệ %      |
| Bình thường               | 114        | 54,8         | 115        | 53,3         |
| Cận bất thường            | 71         | 34,1         | 82         | 39,4         |
| Bất thường                | 23         | 11,1         | 11         | 5,3          |
| <b>Tổng</b>               | <b>208</b> | <b>100,0</b> | <b>208</b> | <b>100,0</b> |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân lo âu là 11,1% và cận lo âu 34,1%. Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm là 5,3% và cận trầm cảm là 39,4%.

**Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân đồng mắc lo âu - trầm cảm (n = 208)**

| HADS                     |              | Rối loạn lo âu HADS-A |            |           |
|--------------------------|--------------|-----------------------|------------|-----------|
|                          |              | Bình thường           | Cận lo âu  | Lo âu     |
| Rối loạn trầm cảm HADS-D | Bình thường  | 73 (35,1)             | 36 (17,31) | 6 (2,88)  |
|                          | Cận trầm cảm | 36 (17,31)            | 32 (15,39) | 14 (6,73) |
|                          | Trầm cảm     | 5 (2,4)               | 3 (1,44)   | 3 (1,44)  |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân đồng thời có lo âu và trầm cảm chiếm 1,44%, tỷ lệ bệnh nhân lo âu kèm với cận trầm cảm và trầm cảm chiếm 8,17%. Tỷ lệ trầm cảm kèm cận lo âu lo âu là 2,88%. Có 25% có rối loạn lo âu và trầm cảm (gồm có bất thường và cận bất thường).

### 3.3. Mối liên quan giữa rối loạn lo âu - trầm cảm đặc điểm lâm sàng của VDCĐ

**Bảng 4. Phân bố rối loạn lo âu - trầm cảm với mức độ nặng của bệnh theo thang điểm SCORAD (n = 208)**

| HADS   |                | Phân độ SCORAD - n (%) |            |           |
|--------|----------------|------------------------|------------|-----------|
|        |                | Nhẹ                    | Trung bình | Nặng      |
| HADS-A | Bình thường    | 1 (100)                | 63 (68,5)  | 50 (43,4) |
|        | Cận bất thường | 0 (0)                  | 22 (23,9)  | 49 (42,6) |
|        | Bất thường     | 0 (0)                  | 7 (7,6)    | 16 (14,0) |
| HADS-D | Bình thường    | 1 (100)                | 58 (63)    | 56 (48,7) |
|        | Cận bất thường | 0 (0)                  | 31 (33,7)  | 51 (44,3) |
|        | Bất thường     | 0 (0)                  | 3 (3,3)    | 8 (7,0)   |

**Nhận xét:** VDCĐ mức độ nặng có 42,6% bệnh nhân biểu hiện cận lo âu và 14% bệnh nhân lo âu. Có 44,3% có biểu hiện cận trầm cảm và 7% trầm cảm trên bệnh nhân VDCĐ nặng.

**Bảng 5. Phân bố rối loạn lo âu - trầm cảm với giai đoạn bệnh (n = 208)**

|        |                | Giai đoạn bệnh - n (%) |           |           |
|--------|----------------|------------------------|-----------|-----------|
|        |                | Cấp                    | Bán cấp   | Mạn tính  |
| HADS-A | Bình thường    | 50 (58,4)              | 43 (53,7) | 20 (48,8) |
|        | Cận bất thường | 26 (30,6)              | 30 (37,5) | 15 (34,9) |
|        | Bất thường     | 9 (10,6)               | 7 (8,8)   | 8 (16,3)  |
| HADS-D | Bình thường    | 44 (51,8)              | 46 (58,2) | 25 (58,8) |
|        | Cận bất thường | 36 (42,4)              | 31 (39,3) | 15 (34,9) |
|        | Bất thường     | 5 (5,8)                | 2 (2,5)   | 4 (9,3)   |

**Nhận xét:** Ở giai đoạn mạn tính có 34,9% bệnh nhân có biểu hiện cận lo âu, và 16,3% bệnh nhân lo âu. Ở giai đoạn cấp tính có 42,4% bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm và 5,8% bệnh nhân trầm cảm.

**Bảng 6. Mối liên quan giữa cận lo âu với các đặc điểm lâm sàng (n = 208)**

| Đặc điểm lâm sàng | TB ± ĐLC      |               | p       |
|-------------------|---------------|---------------|---------|
|                   | Bình thường   | Bất thường    |         |
| SCORAD A          | 38,52 ± 12,2  | 43,85 ± 13,6  | 0,063*  |
| Hồng ban          | 1,77 ± 0,69   | 1,87 ± 0,55   | 0,525*  |
| Sẩn phù           | 0,59 ± 0,65   | 1,13 ± 0,63   | <0,001* |
| Rỉ dịch, đóng mài | 0,85 ± 0,63   | 1,17 ± 0,98   | 0,142*  |
| Cào gãi           | 1,64 ± 0,61   | 2,09 ± 0,79   | 0,003*  |
| Lichen            | 2,11 ± 0,69   | 2 ± 0,9       | 0,494*  |
| Khô da            | 2,39 ± 0,66   | 2,3 ± 0,82    | 0,567*  |
| SCORAD B          | 9,36 ± 2,53   | 10,57 ± 2,97  | 0,045*  |
| Ngứa              | 6,4 ± 1,7     | 7,13 ± 1,98   | 0,071*  |
| Mất ngủ           | 3,87 ± 2,26   | 5,65 ± 1,97   | 0,001*  |
| SCORAD C          | 10,3 ± 3,3    | 12,78 ± 3,7   | 0,002*  |
| SCORAD            | 50,76 ± 12,73 | 58,53 ± 14,14 | 0,01*   |

\*Kiểm định t hai mẫu độc lập

**Nhận xét:** Các yếu tố liên quan đến rối loạn cận lo âu: Sẩn phù, cào gãi, điểm SCORAD B, điểm mất ngủ, điểm SCORAD C, và điểm SCORAD. Khi đưa các yếu tố liên quan ở trên vào phân tích hồi quy logistic đa biến, không ghi nhận được yếu tố nào là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến rối loạn cận lo âu.

**Bảng 7. Phân tích hồi quy logistic đa biến liên quan giữa cận trầm cảm với các đặc điểm lâm sàng (n = 208)**

| Đặc điểm lâm sàng | p     | KTC 95%     | OR   |
|-------------------|-------|-------------|------|
| Bệnh kèm          | 0,047 | 0,28 - 0,99 | 0,52 |
| Sẩn phù           | 0,708 | 0,63 - 2,00 | 1,11 |
| Rỉ dịch đóng mài  | 0,966 | 0,58 - 1,78 | 1,01 |
| Cào gãi           | 0,263 | 0,77 - 2,6  | 1,41 |

|              |       |             |      |
|--------------|-------|-------------|------|
| SCORAD B     | 0,14  | 0,86 - 2,85 | 1,57 |
| SCORAD C     | 0,004 | 1,11 - 1,69 | 1,37 |
| SCORAD chung | 0,061 | 0,76 - 1,01 | 0,87 |

**Nhận xét:** Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, chỉ có hai yếu tố liên quan đến cận trầm cảm là bệnh kèm theo và điểm SCORAD C.

**Bảng 8. Phân tích hồi quy logistic đa biến liên quan giữa lo âu với các đặc điểm lâm sàng (n = 208)**

| Đặc điểm lâm sàng | p     | KTC 95%      | OR   |
|-------------------|-------|--------------|------|
| Sẩn phù           | 0,004 | 1,56 - 10,6  | 4,06 |
| Cào gãi           | 0,021 | 1,22 - 12,31 | 3,88 |
| SCORAD B          | 0,088 | 0,17 - 1,13  | 0,44 |
| Mất ngủ           | 0,158 | 0,85 - 2,66  | 1,51 |
| SCORAD C          | 0,362 | 0,49 - 1,3   | 0,8  |
| SCORAD chung      | 0,335 | 0,89 - 1,4   | 1,12 |

**Nhận xét:** Kết quả hồi quy logistic đa biến ghi nhận yếu tố sẩn phù và cào gãi có liên quan đến rối loạn lo âu.

**Bảng 9. Phân tích hồi quy logistic đa biến liên quan giữa trầm cảm với các đặc điểm lâm sàng (n = 208)**

| Đặc điểm lâm sàng | p    | KTC 95%     | OR   |
|-------------------|------|-------------|------|
| Cào gãi           | 0,03 | 1,12 - 9,23 | 3,22 |
| Ngứa              | 0,3  | 0,8 - 2,1   | 1,29 |

**Nhận xét:** Qua phân tích đơn biến liên qua giữa đặc điểm lâm sàng, tình trạng lo âu với trầm cảm, thì chỉ có 2 biến cào gãi và ngứa có liên quan. Đưa 2 yếu tố liên quan trên tích hồi quy logistic đa biến thì chỉ có dấu hiệu cào gãi là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến trầm cảm (OR = 3,22, KTC 95%: 1,12 - 9,23): VDCĐ có dấu hiệu cào gãi sẽ có nguy cơ trầm cảm gấp 3,22 lần.

#### 4. Bàn luận

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nữ chiếm 59,1% nhiều hơn so với nam. Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác [1], [6]. Có lẽ các men chuyển hormones sinh dục cao hơn trên nữ giới, và các men này ức chế Th<sub>2</sub>, đồng thời kích hoạt Th<sub>1</sub>; do đó, nữ giới có nguy cơ viêm da cơ địa cao hơn so với nam giới. Độ tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu có giá trị trung bình là 41,3 (17,4), tương đương với nghiên cứu của Trương Tiểu Vi và cộng sự

là 40,9 [1]. Do tình trạng thay đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường gia tăng, và các thành phần dị nguyên ngày càng gia tăng trong thực phẩm, khiến cho độ tuổi ghi nhận được của bệnh nhân đến khám vì viêm da cơ địa ngày càng trẻ.

Tuổi khởi bệnh dưới 12 tuổi chiếm 97,1%. VDCĐ có thể khởi phát ở người lớn hoặc khởi phát ở trẻ em và kéo dài đến tuổi trưởng thành, trong nghiên cứu này của chúng tôi thì phần lớn VDCĐ người lớn do tình trạng VDCĐ khởi phát trẻ em kéo dài đến tuổi trưởng thành.

Có kèm theo bệnh dị ứng - miễn dịch lại khá cao (46,2%). Nghiên cứu Trương Tiểu Vi và cộng sự ghi nhận mối liên quan giữa viêm mũi dị ứng và VDCĐ [1]. VDCĐ liên quan mạnh mẽ đến các bệnh lý dị ứng, tự miễn [9] các tác nhân dị nguyên gây khởi phát bệnh hoặc tăng nặng tình trạng bệnh, trong đó sữa là tác nhân có liên quan có ý nghĩa thống kê với độ nặng của bệnh theo SCORAD.

Triệu chứng ngứa luôn có (100%), khô da chiếm hầu hết các trường hợp (99,5%). Triệu chứng ngứa và khô da là dấu hiệu chính trong chẩn đoán VDCĐ theo Hanifin và Rajka (2003). Triệu chứng khô da và ngứa cũng chiếm tỉ lệ cao trong VDCĐ [2], [6]. Ngoài ra, các triệu chứng đáp ứng mạch máu không đặc hiệu (21,6%), dày sừng nang lông, da vảy cá (56,7%), thay đổi ở mắt hoặc quanh mắt (20,7%), thương tổn quanh miệng, quanh tai (30,4%), da quanh nang lông gỗ cao/lichen hóa/sẩn ngứa (29,3%) phù hợp với nghiên cứu của Trương Tiểu Vi [1].

VDCĐ mức độ trung bình và nặng chiếm hầu hết các trường hợp với tỷ lệ lần lượt là 44,2% và 55,3%. Nhiều nghiên cứu cho thấy VDCĐ ở mức độ trung bình hoặc nặng chiếm đa số [1], [7]. Như vậy hầu hết bệnh nhân đi khám và điều trị VDCĐ khi bệnh ở mức độ trung bình hoặc nặng.

#### **4.2. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lo âu - trầm cảm**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân lo âu là 11,1% và cận lo âu 34,1%. Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm là 5,3% và cận trầm cảm là 39,4%. Một nghiên cứu của Silverberg và cộng sự về VDCĐ với rối loạn lo âu trầm cảm có tỷ lệ tương đương với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng tỷ lệ trầm cảm (28,6%) [6] cao hơn, sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố địa lý, chủng tộc, hơn nữa bệnh nhân VDCĐ trong nghiên cứu của tác giả có tỷ lệ VDCĐ mức độ nặng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi nên có thể liên quan đến sự khác biệt này.

Tỷ lệ bệnh nhân đồng mắc lo âu và trầm cảm chiếm 1,44%, tỷ lệ bệnh nhân loạn lo âu và kèm với cận trầm cảm và trầm cảm chiếm 8,17%. Tỷ lệ trầm cảm kèm cận lo âu là 2,88%. Có 25% có rối loạn lo âu và trầm cảm. Nghiên cứu của Tsintsadze và cộng sự ghi nhận tỷ lệ đồng mắc lo âu và trầm cảm trên bệnh nhân VDCĐ là 26,7% [9], khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Tình trạng lo âu có thể xuất hiện trước và dẫn đến rối loạn trầm cảm trên bệnh nhân viêm da cơ địa.

#### **4.3. Mối liên quan giữa rối loạn lo âu - trầm cảm đặc điểm lâm sàng của VDCĐ**

Cận lo âu: Yếu tố tiền căn gia đình, thay đổi quanh mắt/tại mắt có liên quan đến rối loạn cận lo

âu, lý giải nằm ở nỗi lo âu về tình trạng bệnh nặng của bệnh nhân khi biết có người trong gia đình có bệnh tương tự, hoặc khi bệnh lý gây thay đổi mắt/quanh mắt. Tuy nhiên, khi phân tích đa biến các yếu tố trên, chúng tôi không ghi nhận bất kỳ yếu tố nguy cơ độc lập nào của rối loạn lo âu cận bất thường. Có thể nói, rối loạn lo âu cận bất thường chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố tương tác lẫn nhau.

Cận trầm cảm: Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến giữa cận trầm cảm với các đặc điểm của bệnh nhân cho thấy, có hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan tới cận trầm cảm, đó là bệnh kèm theo và điểm SCORAD C. Điểm số SCORAD C được tạo thành từ hai cấu phần là ngứa và mất ngủ. Một nghiên cứu của Kazz và cộng sự ghi nhận 82% bệnh nhân VDCĐ có kèm mất ngủ, cũng như sự ảnh hưởng của triệu chứng ngứa lên chất lượng giấc ngủ; một bài tổng quan năm 2016 đã đưa ra kết luận, mất ngủ là một yếu tố nguy cơ đáng kể làm gia tăng nguy cơ trầm cảm [3]. Ngứa, cào gãi và mất ngủ là những yếu tố liên quan đến nhau, đồng thời mất ngủ làm cho thang điểm HADS giảm độ nhạy và đặc hiệu (sai số trong đánh giá rối loạn lo âu và trầm cảm thật sự). Tình trạng cào gãi và triệu chứng ngứa tạo nên một vòng xoắn bệnh lý, dẫn tới hình thành nhiều sang thương trong bệnh viêm da cơ địa; do đó, hạn chế cào gãi là một trong những nguyên tắc điều trị trong viêm da cơ địa.

Lo âu: Kết quả hồi quy logistic đa biến ghi nhận yếu tố sẩn phù và cào gãi có liên quan đến rối loạn lo âu. Triệu chứng sẩn phù là triệu chứng có thể gặp trên giai đoạn cấp và bán cấp của VDCĐ; đây cũng là hai giai đoạn bệnh chủ yếu trên các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Lim và cộng sự cho thấy một mối liên quan thuận giữa điểm số SCORAD và mức độ lo âu - trầm cảm theo thang điểm HADS [4]. Đồng thời độ nặng của bệnh là yếu tố thúc đẩy chính lên tình trạng lo âu - trầm cảm [7]. Trên thực tế bệnh nhân có triệu chứng ngứa và sẩn phù, họ thường thể hiện sự lo âu về các bệnh lý mà bệnh nhân đã nghe hoặc đọc qua trên phương tiện truyền thông đại chúng như: Bệnh nấm, nhiễm ký sinh trùng, nhiễm giun sán chó/mèo, ... Chính do sự suy đoán về các bệnh lý này, bệnh

nhân thường sẽ hình thành sự lo âu và tìm kiếm chăm sóc y tế.

Trầm cảm: Sau khi phân tích đa biến, yếu tố cao gãi là yếu tố nguy cơ độc lập đối với rối loạn trầm cảm với OR = 3,22 (KTC 95%: 1,12 - 9,23) với ý nghĩa: bệnh nhân viêm da cơ địa có điểm cao gãi tăng 1 điểm sẽ có nguy cơ trầm cảm tăng gấp 3,22 lần. Ngứa và cao gãi có mối liên quan nhân quả, và tạo thành vòng xoắn bệnh lý trong viêm da cơ địa. Một trong những điều trị quan trọng trong viêm da cơ địa là chống ngứa, và trong các biện pháp chống ngứa, hạn chế cao gãi là một nguyên tắc thiết yếu. Mối liên quan giữa mất ngủ và ngứa trên bệnh nhân viêm da cơ địa đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Kaaz và cộng sự khi so với bệnh nhân vẩy nến, nhóm viêm da cơ địa chịu ảnh hưởng lên mất ngủ và chất lượng giấc ngủ nhiều hơn [3]. Mất ngủ là một yếu tố làm tăng nặng trầm cảm.

## 5. Kết luận

Qua nghiên cứu 208 trường hợp VDCĐ tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 9/2020 chúng tôi đưa ra một số kết luận sau như sau:

Bệnh nhân VDCĐ tuổi trung bình 41,3 (17,4). Nữ giới chiếm 59,1%. Bệnh lý dị ứng - miễn dịch kèm theo 41,3% và VDCĐ mức độ nặng chiếm 55,3%.

Tỷ lệ bệnh nhân cận lo âu 34,1% và cận trầm cảm là 39,4%. Tỷ lệ bệnh nhân lo âu là 11,1% và trầm cảm là 5,3%. 25% bệnh nhân có phối hợp rối loạn lo âu và trầm cảm.

Mức bệnh dị ứng - miễn dịch kèm theo và điểm SCORAD C là hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan cận trầm cảm. Sẩn phù và cao gãi là hai yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến rối loạn lo âu. Cao gãi là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến trầm cảm.

## Tài liệu tham khảo

1. Trương Tiểu Vi, Nguyễn Tất Thắng, Văn Thế Trung (2018) *Nồng độ IgE huyết thanh toàn phần và đặc*

*hiệu trên bệnh nhân viêm da cơ địa tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 22(1): 58-65.

2. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al (2014) *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies*. J Am Acad Dermatol 71(1): 116-132.
3. Kaaz K, Szepietowski JC, Matusiak L (2019) *Influence of itch and pain on sleep quality in atopic dermatitis and psoriasis*. Acta Derm Venereol 99(2): 175-180.
4. Lim VZ, Ho RC, Tee SI et al (2016) *Anxiety and depression in patients with atopic dermatitis in a Southeast Asian Tertiary Dermatological Centre*. Ann Acad Med Singap 45(10): 451-455.
5. Liqing Li, Chunmei Wu, Yong Gan et al (2016) *Insomnia and the risk of depression: A meta-analysis of prospective cohort studies*. BMC psychiatry 16(1): 75-375.
6. Silverberg JI (2017) *Public health burden and epidemiology of atopic dermatitis*. Dermatol Clin 35(3): 283-289.
7. Silverberg JI, Gelfand JM, Margolis DJ et al (2019) *Symptoms and diagnosis of anxiety and depression in atopic dermatitis in U.S. adults*. Br J Dermatol 181(3): 442-443.
8. Silverberg JI, Joel M, Gelfand JM, Margolis DJ et al (2018) *Association of atopic dermatitis with allergic, autoimmune, and cardiovascular comorbidities in US adults*. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 121(5): 604-612.
9. Tsintsadze N, Beridze L, Tsintsadze N et al (2015) *Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases*. Georgian Med News 243: 70-75.
10. Zigmond AS, Snaith RP (1983) *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatr Scand 67(6): 361-370.