

TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM, LOẠN THẦN TRÊN BỆNH NHÂN SẴN NGỨA

Nguyễn Thị Thảo Sương¹, Nguyễn Việt Thanh Phúc¹, Huỳnh Thanh Tân¹, Lê Thành Tân¹, và Châu Văn Trử^{1,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng lo âu, trầm cảm, loạn thần trên bệnh nhân sẩn ngứa tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 142 bệnh nhân sẩn ngứa ≥ 18 tuổi. Xác định lo âu, trầm cảm bằng thang đo Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) và loạn thần bằng bảng câu hỏi phỏng vấn Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Kết quả: Có 56,3% bệnh nhân sẩn ngứa có lo âu, 49,3% có trầm cảm, 36,0% có cả lo âu và trầm cảm (bao gồm bất thường và cận bất thường), 7,0% có loạn thần do rối loạn loạn thần, 4,9% có rối loạn khí sắc có biểu hiện loạn thần. Bệnh nhân ngứa ở mức độ nặng theo Numeric Rating Scale (NRS) có nguy cơ trầm cảm cao gấp 6,7 lần, nguy cơ lo âu cao gấp 6,0 lần so với mức độ ngứa trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); không có bệnh nhân ở mức độ ngứa nhẹ nào có lo âu, trầm cảm.

Kết luận: Những bệnh nhân sẩn ngứa có thể gặp phải tình trạng lo âu, trầm cảm, loạn thần do rối loạn loạn thần và rối loạn khí sắc có biểu hiện loạn thần. Mức độ ngứa càng nặng càng làm gia tăng nguy cơ lo âu và trầm cảm.

Từ khóa: Lo âu, loạn thần, sẩn ngứa, trầm cảm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẩn ngứa (SN) là tình trạng viêm da mạn tính đặc trưng bởi các nốt tăng sừng, ngứa dữ dội, phân bố đối xứng thân mình, tứ chi.¹ Tỷ lệ hiện mắc SN hàng năm ở Ba Lan, Đức và Mỹ lần lượt là 6,52, 40 và 72 trên 100.000 người.²⁻⁴ Sinh lý bệnh

chính xác của SN chưa biết rõ, nhưng có liên quan đến rối loạn điều hòa miễn dịch thần kinh dẫn đến vòng xoắn ngứa - gãi.^{1,5} Sẩn ngứa ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bởi bệnh tái phát nhiều lần, sang thương da gây mất thẩm mỹ và các bệnh lý tâm thần đi kèm như lo âu, trầm cảm và loạn thần. Có 53% bệnh nhân SN cho biết chất lượng cuộc sống bị tác động tiêu cực, trong đó 19% than phiền về các bệnh lý tâm thần kèm theo.⁶ Bệnh nhân chán nản, mất hứng thú, giảm tập trung vào các hoạt động xã hội, nghề nghiệp, đặc biệt nguy hiểm khi hình thành ý nghĩ về cái chết, ý tưởng hoặc kế hoạch tự tử.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

*Tác giả liên hệ: Email: trochauvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/10/2023

Ngày phản biện: 04/12/2024

Ngày chấp nhận đăng: 28/02/2024

DOI:10.56320/tcdlhn.45.184



Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa SN và lo âu, trầm cảm và loạn thần, nhưng vẫn còn nhiều mâu thuẫn. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu từ năm 2007 - 2019 cho thấy có 44,1% bệnh nhân SN có ít nhất một bệnh tâm thần đi kèm, trong đó chủ yếu là rối loạn khí sắc (74,8%), lo âu (63,0%), loạn thần (4,7%).⁷ Một nghiên cứu cắt ngang vào năm 2023 lại báo cáo tỷ lệ lo âu và trầm cảm trên 132 bệnh nhân SN lần lượt là 25,8% và 17,4%.⁸ Trong khi đó, nghiên cứu ở Cameroon lại không tìm thấy bệnh lý tâm thần nào liên quan đến SN.⁹

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh lý tâm thần, đặc biệt là lo âu, trầm cảm và loạn thần trên bệnh nhân SN hầu như không có. Các bệnh lý này dường như ít nhận được sự quan tâm đúng mức từ chính bệnh nhân và nhân viên y tế, trong khi chúng có thể phát triển âm thầm và khiến bệnh nhân mang trên mình những gánh nặng đủ sức tàn phá sức khỏe thể chất, tinh thần và gia tăng nguy cơ tự tử. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm nghiên cứu tình trạng lo âu, trầm cảm, loạn thần trên bệnh nhân sẩn ngứa, vừa giúp hiểu rõ vai trò của các bệnh lý tâm thần trong sinh bệnh học sẩn ngứa, vừa phát hiện sớm các triệu chứng tâm thần ở những bệnh nhân này, từ đó có thể tư vấn các biện pháp can thiệp kịp thời.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán SN.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán SN đồng ý tham gia nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn của Hội Da liễu châu Âu (European academy of dermatology and venereology) với các dấu hiệu chính¹⁰: (1) Ngứa mạn tính (≥ 6 tuần); (2) Tiền sử và/hoặc dấu hiệu

của việc cào gãi nhiều lần; (3) Sự hiện diện khu trú hoặc toàn thân của các sang thương sẩn ngứa. Chẩn đoán bệnh khi có tất cả các dấu hiệu chính, phải có ngứa và là dấu hiệu ban đầu, khu trú ở một vùng như cẳng chân hoặc cẳng tay, sự hiện diện ban đầu của các tổn thương đơn lẻ không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không thông hiểu tiếng Việt; bệnh nhân đang trong quá trình điều trị một số bệnh lý nội khoa, ngoại khoa cấp tính như: Bệnh lý gan (xơ gan, bệnh não gan), bệnh thận mạn, suy thận cấp, suy tim cấp, nội tiết (suy giáp, cường giáp, đái tháo đường, suy thượng thận); bệnh nhân dùng thuốc gây tăng nguy cơ trầm cảm, lo âu và loạn thần (thuốc đang dùng: corticosteroids toàn thân, thuốc tránh thai đường uống, beta-blockers, clonidin, metoclopramid, theophyllin, nifedipin); bệnh nhân không thể hoàn thành việc trả lời bảng câu hỏi (với bất cứ lý do gì).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang trên 142 bệnh nhân SN ≥ 18 tuổi tại Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 02/2023 đến tháng 10/2023.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được tiến hành bằng việc bệnh nhân SN ≥ 18 tuổi được mời tham gia nghiên cứu và ký văn bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được làm bệnh án theo mẫu chung, hỏi bệnh sử, khám lâm sàng sau đó được hướng dẫn và tiến hành điền bộ câu hỏi HADS phiên bản tiếng Việt. Trong quá trình hoàn thành bảng câu hỏi, thắc mắc của bệnh nhân về cách làm thang đo được nghiên cứu viên giải đáp trực tiếp. Bệnh nhân tham gia phỏng vấn bằng bộ câu hỏi phỏng vấn cấu trúc MINI phiên bản tiếng Việt cùng nghiên cứu viên.

Đánh giá kết quả

Phân độ nặng của bệnh SN theo thang điểm Investigator Global Assessment (IGA) dựa vào số sang thương và tróc vảy.¹¹ Độ nặng của ngứa được đánh giá bằng thang điểm NRS11 với cường độ ngứa từ 0 đến 10 điểm.¹² Đánh giá mức độ trầm cảm và lo lắng ở bệnh nhân SN bằng bảng câu hỏi tự đánh giá HADS phiên bản tiếng Việt, bảng dịch thuộc Bộ môn Tâm thần Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh được tác giả xin bản quyền và nhận được sự cho phép của GL Assessment.¹³ Bộ câu hỏi phỏng vấn cấu trúc MINI phiên bản 5.0.0 được sử dụng để đánh giá tình trạng loạn thần, bao gồm loạn thần do rối loạn loạn thần (RLLT) và rối loạn khí sắc (RLKS) có biểu hiện loạn thần.¹⁴ Do chưa có bảng dịch tiếng Việt, bộ câu hỏi MINI được Việt hóa theo quy trình chuyển ngữ được thiết kế dựa trên “Tiến trình chuẩn hóa và chỉnh sửa công cụ nghiên cứu” do Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị.¹⁵

Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập bằng các bảng hỏi in trên giấy. Các bản giấy này được nghiên cứu viên thu lại và lưu trữ vào cuối mỗi buổi làm việc. Việc

nhập liệu và kiểm tra chéo hạn chế sai sót được tiến hành trên phần mềm Epilnfo phiên bản 7.2.4.0 trên máy tính của nhóm nghiên cứu. Sau đó, dữ liệu được tập hợp lại, mã hóa và bảo vệ trên máy tính của chủ nhiệm đề tài. Bản sao lưu của dữ liệu được tải lên thư mục Google Drive và One Drive của chủ nhiệm đề tài để phòng hư hỏng phần cứng dẫn đến mất dữ liệu. Để phục vụ các mục tiêu nghiên cứu, dữ liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 28.0.0.0.

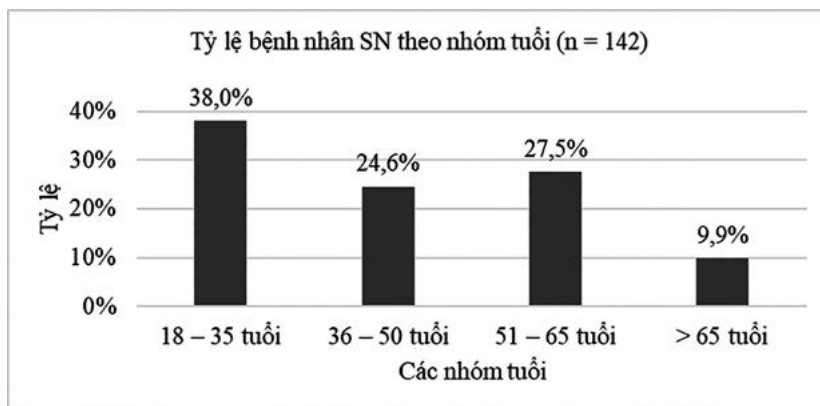
Với biến số định tính, kiểm định Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher (khi có từ 20% số ô có vọng trị nhỏ hơn 5) được dùng để đánh giá mối liên quan giữa các biến.¹⁶ Ngưỡng ý nghĩa khi dùng kiểm định Chi bình phương và phép kiểm chính xác Fisher là $p = 0,0516$. Đánh giá mối tương quan giữa điểm lo âu và trầm cảm theo HADS bằng phân tích hệ số tương quan Pearson, ngưỡng có ý nghĩa là $p = 0,0517$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đối với đề tài này vào ngày 08/11/2022, giấy chấp thuận đạo đức nghiên cứu số 728/TĐHYKPNT-HĐĐĐ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



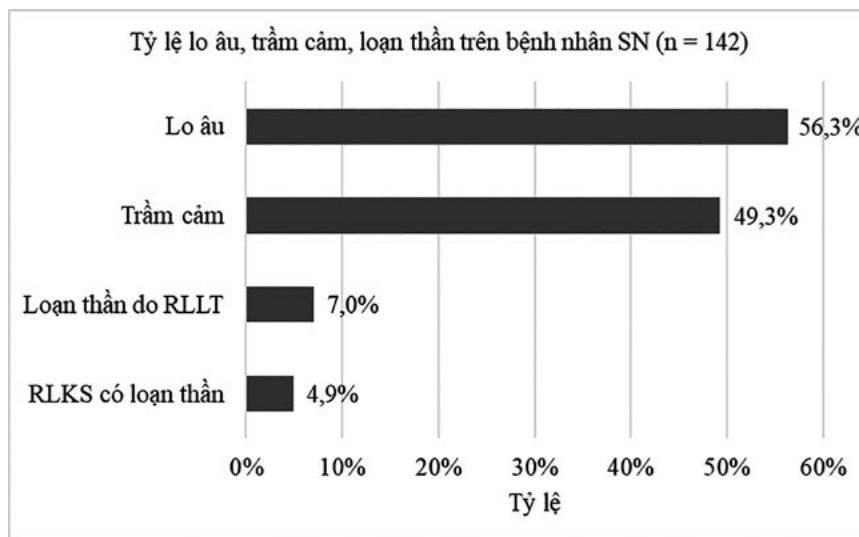
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân SNN theo nhóm tuổi (n = 142)



Có 52,1% bệnh nhân nam và 47,9% nữ. Tuổi trung bình là $43,6 \pm 15,5$; độ tuổi từ 18 - 35 tuổi chiếm đa số (38,0%), ít nhất là nhóm trên 65 tuổi (9,9%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $2,6 \pm 2,9$ năm. Phần lớn mắc bệnh ≤ 1 năm (51,4%) và chỉ 14,8% mắc bệnh > 5 năm. Độ nặng của bệnh SN

đa số ở mức độ nhẹ (6 - 19 nốt) và trung bình (20 - 100 nốt) với tỷ lệ lần lượt là 45,1% và 35,2%; chỉ 6,3% có mức độ nặng (100 nốt). Độ ngứa theo NRS trung bình là $7,8 \pm 2,1$ điểm (trên thang điểm 10); có 4,9% ở mức độ nhẹ, 33,1% trung bình và có tới 62,0% ở mức độ nặng.

3.2. Tỷ lệ lo âu, trầm cảm, loạn thần của mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 2. Tỷ lệ lo âu, trầm cảm, loạn thần trên bệnh nhân SN (n = 142)

Có 56,3% bệnh nhân SN có tình trạng lo âu (31,7% bất thường, 24,6% cận bất thường), 49,3% bệnh nhân trầm cảm (18,3% bất thường, 31,0% cận bất thường). Tỷ lệ bệnh nhân SN có đồng thời lo âu và trầm cảm là 9,2%, lo âu đi kèm trầm cảm và cận trầm cảm là 23,3%, trầm cảm đi kèm lo âu và cận lo âu là 14,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có lo âu và trầm cảm là 36% (bao gồm bất thường và cận bất thường) (Bảng 1).

Tỷ lệ bệnh nhân SN mắc loạn thần do RLLT là 7,0%, RLKS có biểu hiện loạn thần là 4,9%. Có 3,5% bệnh nhân SN mắc loạn thần do RLLT đi kèm lo âu, 4,2% đi kèm cả lo âu và cận lo âu, 0,7% đi kèm trầm cảm, 2,8% đi kèm cả trầm cảm và cận trầm cảm. Tỷ lệ bệnh nhân SN có RLKS có biểu hiện loạn thần đi kèm lo âu là 2,1%, đi kèm cả lo âu và cận lo âu là 3,5% (Bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân SN mắc lo âu, trầm cảm, loạn thần (n = 142)

Nội dung		n (%)
Lo âu	Bất thường	45 (31,7)
	Cận bất thường	35 (24,6)
	Bình thường	62 (43,7)

Trầm cảm	Bất thường	26 (18,3)
	Cận bất thường	44 (31,0)
	Bình thường	72 (50,7)
Loạn thần do RLLT		10 (7,0)
RLKS có biểu hiện loạn thần		7 (4,9)
Các bệnh đồng mắc		
Lo âu	Trầm cảm	13 (9,2)
	Cận trầm cảm	20 (14,1)
Cận lo âu	Trầm cảm	7 (4,9)
	Cận trầm cảm	11 (7,8)
Loạn thần do RLLT	Lo âu	5 (3,5)
	Cận lo âu	1 (0,7)
	Trầm cảm	1 (0,7)
	Cận trầm cảm	3 (2,1)
RLKS có biểu hiện loạn thần	Lo âu	3 (2,1)
	Cận lo âu	2 (1,4)

3.3. Liên quan giữa trầm cảm, lo âu, loạn thần với một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n = 142)

n (%)	Trầm cảm		p	Lo âu		p
	Có	Không		Có	Không	
Giới tính						
Nam	35 (47,3)	39 (52,7)	0,62	36 (48,7)	38 (51,3)	0,05
Nữ	35 (51,5)	33 (48,5)		44 (64,7)	24 (35,3)	
Nhóm tuổi						
Từ 18 - 35 tuổi	26 (48,2)	28 (51,8)	0,82	25 (46,3)	29 (53,7)	0,13
Từ 36 - 50 tuổi	16 (45,7)	19 (54,3)		22 (62,9)	13 (37,1)	
Từ 51 - 65 tuổi	20 (51,3)	19 (48,7)		25 (64,1)	14 (35,9)	
> 65 tuổi	8 (57,1)	6 (42,9)		8 (57,1)	6 (42,9)	



n (%)	Trầm cảm		p	Lo âu		p
	Có	Không		Có	Không	
Nghề nghiệp						
Lao động chân tay	46 (55,4)	37 (44,6)		49 (59,0)	34 (41,0)	
Lao động trí óc	15 (36,6)	26 (63,4)	0,05	21 (51,2)	20 (48,8)	0,41
Nghỉ việc/nghỉ hưu	9 (50,0)	9 (50,0)	0,68	10 (55,6)	8 (44,4)	0,79
Trình độ học vấn						
Cấp 1	7 (43,8)	9 (56,2)		12 (75,0)	4 (25,0)	
Cấp 2	24 (64,9)	13 (35,1)	0,16	28 (75,7)	9 (24,3)	0,96
Cấp 3	23 (60,5)	15 (39,5)	0,26	16 (42,1)	22 (57,9)	0,03(1)
Đại học/cao đẳng	15 (30,0)	35 (70,0)	0,31	23 (46,0)	27 (54,0)	0,05
Sau đại học	1 (100,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	
Tình trạng hôn nhân						
Độc thân	24 (57,1)	18 (42,9)		22 (52,4)	20 (47,6)	
Kết hôn hoặc sống như đã kết hôn	44 (45,8)	52 (54,2)	0,22	56 (58,3)	40 (41,7)	0,52
Ly thân/ly hôn	2 (50,0)	2 (50,0)	0,78	2 (50,0)	2 (50,0)	0,93
Thời gian mắc bệnh						
≤ 1 năm	37 (50,7)	36 (49,3)		44 (60,3)	29 (39,7)	
1 - 5 năm	25 (52,1)	23 (47,9)	0,88	24 (50,0)	24 (50,0)	0,27
> 5 năm	8 (38,1)	13 (61,9)	0,31	12 (57,1)	9 (42,9)	0,80
Tiền căn điều trị da liễu						
Có	54 (51,4)	51 (48,6)		62 (51,4)	43 (48,6)	
Không	16 (43,2)	21 (56,8)	0,39	18 (43,2)	19 (56,8)	0,27

n (%)	Trầm cảm		p	Lo âu		p
	Có	Không		Có	Không	
Tiền căn bệnh lý						
Viêm da cơ địa						
Có	34 (47,9)	37 (52,1)	0,74	40 (56,3)	31 (43,7)	1
Không	36 (50,7)	35 (49,3)		40 (56,3)	31 (43,7)	
Lichen đơn dạng mạn tính						
Có	5 (45,5)	6 (54,5)	0,79	7 (63,6)	4 (36,4)	0,76*
Không	65 (49,6)	66 (50,4)		73 (55,7)	58 (44,3)	
Vảy nến						
Có	1 (100,0)	0 (0,0)	0,49*	1 (100,0)	0 (0,0)	1*
Không	69 (48,9)	72 (51,1)		79 (56,0)	62 (44,0)	
Tăng huyết áp						
Có	9 (42,9)	12 (57,1)	0,52	11 (52,4)	10 (47,6)	0,69
Không	61 (50,4)	60 (49,6)		69 (57,0)	52 (43,0)	
Đái tháo đường						
Có	4 (40,0)	6 (60,0)	0,75*	8 (80,0)	2 (20,0)	0,19*
Không	66 (50,0)	66 (50,0)		72 (54,5)	60 (45,5)	
Bệnh tâm thần						
Có	1 (100,0)	0 (0,0)	0,49*	0 (0,00)	1 (100,0)	0,44*
Không	69 (48,9)	72 (51,1)		80 (56,4)	61 (43,3)	
Độ nặng bệnh (IGA)						
Sạch	0 (0,00)	0 (0,00)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Gần như sạch	8 (42,1)	11 (57,9)		10 (52,6)	9 (47,4)	
Nhẹ	26 (40,6)	38 (59,4)	0,91	31 (48,4)	33 (51,6)	0,75
Trung bình	30 (60,0)	20 (40,0)	0,19	32 (64,0)	18 (36,0)	0,39
Nặng	6 (66,7)	3 (33,3)	0,23	7 (77,8)	2 (22,2)	0,21



n (%)	Trầm cảm		p	Lo âu		p
	Có	Không		Có	Không	
Độ nặng ngứa (NRS)						
Nhẹ	0 (0,0)	7 (100,0)		0 (0,0)	7 (100,0)	
Trung bình	11 (23,4)	36 (76,6)		15 (31,9)	32 (68,1)	
Nặng	59 (67,1)	29 (32,9)	< 0,001 ⁽²⁾	65 (73,9)	23 (26,1)	< 0,001 ⁽³⁾
Kiểm định Chi - Bình phương (khi 0% tần số kỳ vọng < 5. Giá trị tần số kỳ vọng nhỏ nhất là 25,12). (*) Kiểm định Fisher Exact (khi không thỏa điều kiện của kiểm định Chi-bình phương). Chú thích: (1) p của cấp 3 so với cấp 1; Prevalence odd ratio (POR); khoảng tin cậy (KTC) 95% = 0,2 (0,1 - 0,9). (2) p của mức độ nặng so với mức độ trung bình; POR (KTC 95%) = 6,7 (3,0 - 14,9). (3) p của mức độ nặng so với mức độ trung bình; POR (KTC 95%) = 6,0 (2,8 - 13,1).						

Nhìn chung, không có mối liên quan có ý nghĩa giữa trầm cảm, lo âu và các đặc điểm như giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh, tiền căn điều trị da liễu, tiền căn bệnh lý, phân độ nặng bệnh SN theo IGA ($p > 0,05$). Riêng tình trạng lo âu, khi so sánh với trình độ học vấn cấp 1, bệnh

nhân SN trình độ cấp 3 có ít nguy cơ lo âu hơn [POR (KTC 95%) = 0,2 (0,1 - 0,9); $p < 0,05$] (Bảng 2).

Bệnh nhân SN có mức độ ngứa nặng có nguy cơ trầm cảm cao gấp 6,7 lần, nguy cơ lo âu cao gấp 6,0 lần so với mức độ ngứa trung bình có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), và không có bệnh nhân nào có mức độ ngứa nhẹ nào mắc trầm cảm, lo âu (Bảng 2).

Bảng 3. Mối liên quan giữa loạn thần do RLLT và RLKS có biểu hiện loạn thần và một số đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n = 142)

n (%)	Loạn thần do RLLT		p	RLKS có biểu hiện loạn thần		p
	Có	Không		Có	Không	
Giới tính						
Nam	6 (8,1)	68 (91,9)		3 (4,1)	71 (95,9)	
Nữ	4 (5,9)	64 (94,1)	0,75*	4 (5,9)	64 (94,1)	0,71*

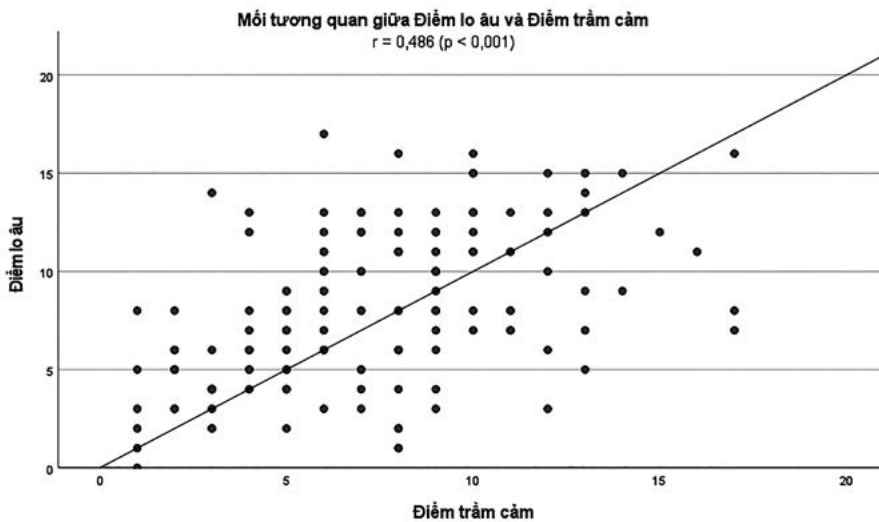
n (%)	Loạn thần do RLLT		p	RLKS có biểu hiện loạn thần		p
	Có	Không		Có	Không	
Nhóm tuổi						
Từ 18 - 35 tuổi	6 (11,1)	48 (88,9)		3 (5,6)	51 (94,4)	
Từ 36 - 50 tuổi	1 (2,9)	34 (97,1)	0,19	3 (8,6)	32 (91,4)	0,58
Từ 51 - 65 tuổi	2 (5,1)	37 (94,9)	0,32	1 (2,6)	38 (97,4)	0,49
> 65 tuổi	1 (7,1)	13 (92,9)	0,67	0 (0,0)	14 (100,0)	
Nghề nghiệp						
Lao động chân tay	5 (6,0)	78 (94,0)		3 (3,6)	80 (96,4)	
Lao động trí óc	4 (9,8)	37 (90,2)	0,46	3 (7,3)	38 (92,7)	0,38
Nghỉ việc/ngỉ hưu	1 (5,6)	17 (94,4)	0,94	1 (5,6)	17 (94,4)	0,70
Trình độ học vấn						
Cấp 1	1 (6,3)	15 (93,7)		0 (0,0)	16 (100,0)	
Cấp 2	1 (2,7)	36 (97,3)	0,55	3 (8,1)	34 (91,9)	
Cấp 3	3 (7,9)	35 (92,1)	0,83	1 (2,6)	37 (97,4)	0,32
Đại học/cao đẳng	5 (10,0)	45 (90,0)	0,65	3 (6,0)	47 (94,0)	0,70
Sau đại học	0 (0,0)	1 (100,0)		0 (0,0)	1 (100,0)	
Tình trạng hôn nhân						
Độc thân	5 (11,9)	37 (88,1)	0,10	3 (7,1)	39 (92,9)	0,47
Kết hôn hoặc sống như đã kết hôn	4 (4,2)	92 (95,8)	0,47	4 (4,2)	92 (95,8)	
Ly thân/ly hôn	1 (25,0)	3 (75,0)		0 (0,0)	4 (100,0)	
Thời gian mắc bệnh						
≤ 1 năm	3 (4,1)	70 (95,9)		4 (5,5)	69 (94,5)	
1-5 năm	5 (10,4)	43 (89,6)	0,19	3 (6,3)	45 (93,7)	0,86
> 5 năm	2 (9,5)	19 (90,5)	0,34	0 (0,0)	21 (100,0)	



n (%)	Loạn thần do RLLT		p	RLKS có biểu hiện loạn thần		p
	Có	Không		Có	Không	
Tiền căn điều trị da liễu						
Có	7 (6,7)	98 (93,3)	0,72*	6 (5,7)	99 (94,3)	0,68*
Không	3 (8,1)	34 (91,9)		1 (2,7)	36 (97,3)	
Tiền căn bệnh lý						
Viêm da cơ địa						
Có	6 (8,5)	65 (91,5)	0,43*	5 (7,0)	66 (93,0)	0,44*
Không	4 (5,6)	67 (94,4)		2 (2,8)	69 (97,2)	
Lichen đơn dạng mạn tính						
Có	0 (0,0)	11 (100,0)	1,00*	0 (0,0)	11 (100,0)	1,00*
Không	10 (7,6)	121 (92,4)		7 (5,3)	124 (94,7)	
Vảy nến						
Có	0 (0,0)	1 (100,0)	1,00*	0 (0,0)	1 (100,0)	1,00*
Không	10 (7,1)	131 (92,9)		7 (5,0)	134 (95,0)	
Tăng huyết áp						
Có	2 (9,5)	19 (90,5)	0,64*	0 (0,0)	21 (100,0)	0,59*
Không	8 (6,6)	113 (93,4)		7 (5,8)	114 (94,2)	
Đái tháo đường						
Có	0 (0,0)	10 (100,0)	1,00*	1 (10,0)	9 (90,0)	0,41*
Không	10 (7,6)	122 (92,4)		6 (4,5)	126 (95,5)	
Độ nặng bệnh (IGA)						
Sạch	0 (0,00)	0 (0,00)		0 (0,00)	0 (0,00)	
Gần như sạch	0 (0,00)	19 (100,0)		0 (0,00)	19 (100,0)	
Nhẹ	6 (9,4)	58 (90,6)		3 (4,7)	61 (95,3)	
Trung bình	3 (6,0)	47 (94,0)	0,51	4 (8,0)	46 (92,0)	
Nặng	1 (11,1)	8 (88,9)	0,87	0 (0,0)	9 (100,0)	0,47

n (%)	Loạn thần do RLLT		p	RLKS có biểu hiện loạn thần		p
	Có	Không		Có	Không	
Độ nặng ngửa (NRS)						
Nhẹ	0 (0,0)	7 (100,0)	0,12	0 (0,0)	7 (100,0)	0,27
Trung bình	1 (2,1)	46 (97,9)		1 (2,1)	46 (97,9)	
Nặng	9 (10,2)	79 (89,8)		6 (6,8)	82 (93,3)	
Kiểm định Chi-bình phương (khi 0% tần số kỳ vọng < 5. Giá trị tần số kỳ vọng nhỏ nhất là 25,12).						
(*) Kiểm định Fisher Exact (khi không thỏa điều kiện của kiểm định Chi-bình phương).						

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa loạn thần do RLLT, RLKS có biểu hiện loạn thần và các đặc điểm của mẫu nghiên cứu ($p > 0,05$) (Bảng 3).



Biểu đồ 3. Mối tương quan giữa điểm lo âu và điểm trầm cảm tính theo HADS (phân tích tương quan Pearson; đơn vị: điểm)

Có mối tương quan tuyến tính đồng biến giữa điểm lo âu và trầm cảm theo HADS, với hệ số tương quan $r = 0,486$, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (Biểu đồ 3).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi trung bình của bệnh nhân SN là $43,6 \pm$

15,5, khá tương tự kết quả từ các nghiên cứu trước đây (37,9 tuổi, Ấn Độ;¹⁶ 50,9 tuổi, Hoa Kỳ⁴). Số bệnh nhân nam giới (52,1%) nhiều hơn nữ giới, tương đồng với nghiên cứu trên người Hàn Quốc của Yu-Ri Woo và cộng sự và số liệu trên người châu Á trong nghiên cứu của E. Boozalis và cộng sự.^{17,18} Ngược lại, các nghiên cứu khác đến từ các nước như Đức, Phần Lan, Hoa Kỳ cho thấy sự trội hơn về số bệnh nhân nữ giới so với nam.^{7,19,20} Sự phân



bố giới tính khác nhau này tùy thuộc vào chủng tộc, nhiều nam giới bị SN hơn ở những bệnh nhân châu Á.

Dựa trên bộ câu hỏi HADS, nghiên cứu ghi nhận rằng có 31,7% bệnh nhân SN có lo âu, 24,6% cận lo âu; 18,3% có trầm cảm, 31,0% cận trầm cảm. Nghiên cứu của E. Brenaut và cộng sự cũng sử dụng bộ câu hỏi HADS báo cáo tỷ lệ bệnh nhân SN có lo âu là 37%, trầm cảm là 29%, khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.²¹ Trên thế giới, những nghiên cứu trên bệnh nhân SN có tỷ lệ lo âu, trầm cảm thay đổi, dao động từ 2 - 75%.^{7,20} Điều này có thể xuất phát từ sự khác biệt địa lý, chủng tộc của dân số nghiên cứu, thang điểm đo lường và các đặc điểm xã hội khác.

Các nghiên cứu về tình trạng loạn thần trên bệnh nhân SN còn khá ít. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân SN mắc loạn thần do RLLT là 7,0%, RLKS có biểu hiện loạn thần là 4,9%. Nghiên cứu của Lovee Dhawan và cộng sự cho thấy tỷ lệ RLKS có biểu hiện loạn thần ở bệnh nhân SN là 6%, khá tương đồng với chúng tôi.²²

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa các bệnh lý tâm thần kinh trên với các đặc điểm giới tính, tuổi tác, nhân khẩu học, tương tự với nghiên cứu của Gudrun Schneider và cộng sự.¹⁹ Chúng tôi cũng không tìm thấy mối liên quan với thời gian mắc bệnh, phân độ nặng bệnh SN, tương đồng với kết quả mà nghiên cứu của Lidia T. Krishnan và cộng sự đưa ra.¹⁶ Điều này có thể xuất phát từ hạn chế của đề tài này như cỡ mẫu tương đối nhỏ, chỉ thu thập mẫu những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh nên chưa đảm bảo được tính khái quát hóa cho toàn bộ bệnh nhân SN và chưa đủ mạnh để bộc lộ sự khác biệt.

Nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa nguy cơ lo âu, trầm cảm và cảm giác ngứa. Mức độ ngứa càng nặng càng gia tăng nguy cơ lo âu, trầm cảm, nhưng tìm thấy không có mối liên quan giữa loạn thần do RLLT hay do RLKS với mức độ ngứa. Điều này liên quan đến chu kỳ căng thẳng - ngứa - cào gãi, sinh bệnh học chính trong bệnh SN.^{1,5} Mức độ ngứa càng nặng càng thúc đẩy động tác cào gãi, gây tăng sản tế bào thần kinh lan truyền cơn ngứa, bệnh nhân càng trở nên căng thẳng, gây trở ngại cho các hoạt động và tương tác xã hội, gia tăng phát sinh bệnh lý tâm thần, từ đó có thể làm trầm trọng thêm tình trạng ngứa.²³

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân SN có lo âu và trầm cảm là 36,0% (bao gồm bất thường và cận bất thường) và tìm thấy mối liên quan giữa trầm cảm và lo âu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, $POR = 4,0$, $KT95\% = 2,0 - 8,1$). Điều này phù hợp với bài viết của tác giả Nguyễn Văn Nuôi khi cho rằng trầm cảm và lo âu thường đi đôi với nhau, khoảng 3/4 bệnh nhân trầm cảm có lo âu kèm theo và trên 1/2 bệnh nhân lo âu có biểu hiện trầm cảm rõ rệt.²⁴ Không có mối liên quan giữa trầm cảm và loạn thần do RLLT, giữa lo âu và loạn thần do RLLT hay RLKS có biểu hiện loạn thần.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân SN có thể gặp phải tình trạng lo âu, trầm cảm, loạn thần do rối loạn loạn thần và rối loạn khí sắc có biểu hiện loạn thần, trong đó chủ yếu là lo âu, trầm cảm. Tỷ lệ lo âu lên tới 56,3%, trầm cảm là 49,3%, cả lo âu và trầm cảm là 36,0% (bao gồm bất thường và cận bất thường), loạn thần do rối loạn loạn thần là 7,0%, rối loạn khí sắc có biểu hiện loạn thần là 4,9%. Mức độ nặng của ngứa gia tăng nguy cơ mắc lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân SN. Chính vì vậy, khi tiếp cận và điều trị SN, bác sĩ lâm sàng cần quản lý ngứa tốt hơn và

thường xuyên sàng lọc lo âu, trầm cảm, loạn thần để có thể hướng bệnh nhân đến chuyên khoa phù hợp, góp phần hỗ trợ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Williams KA, Roh YS, Brown I, et al. Pathophysiology, diagnosis, and pharmacological treatment of prurigo nodularis. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2021;14(1):67-77. doi:10.1080/17512433.2021.1852080.
2. Ryczek A, Reich A. Prevalence of Prurigo Nodularis in Poland. *Acta Derm Venereol*. 2020;100(10):adv00155. Published 2020 May 28. doi:10.2340/00015555-3518.
3. Augustin M, Garbe C, Hagenström K, Petersen J, Pereira MP, Ständer S. Prevalence, incidence and presence of comorbidities in patients with prurigo and pruritus in Germany: A population-based claims data analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(11):2270-2276. doi:10.1111/jdv.17485.
4. Huang AH, Canner JK, Khanna R, Kang S, Kwatra SG. Real-World Prevalence of Prurigo Nodularis and Burden of Associated Diseases. *J Invest Dermatol*. 2020;140(2):480-483.e4. doi:10.1016/j.jid.2019.07.697.
5. Golpanian RS, Kim HS, Yosipovitch G. Effects of Stress on Itch. *Clin Ther*. 2020;42(5):745-756. doi:10.1016/j.clinthera.2020.01.025.
6. Pereira MP, Hoffmann V, Weisshaar E, et al. Chronic nodular prurigo: clinical profile and burden. A European cross-sectional study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(10):2373-2383. doi:10.1111/jdv.16309.
7. Han J, Palomino A, Estupinan B, Wozniak A, Swan J. Psychiatric Comorbidity in Prurigo Nodularis and the Impact of Socioeconomic Status. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022;15(6):53-58.
8. Kwatra SG, Martins B, Yang M, et al. Anxiety and Depression in Patients with Prurigo Nodularis: Results from the PN-Patient Reported Burden of Sickness (PN-TREK) Study. *SKIN The Journal of Cutaneous Medicine* 2023;7(6):s298-s298. doi:10.25251/skin.7.suppl.298.
9. Kouotou EA, Feungue UN, Tounouga DN, et al. Impact of prurigo nodularis on quality of life and psychiatric comorbidities among children and their parents in Yaoundé, Cameroon. *Our Dermatology Online/Nasza Dermatologia Online*. 2021;12(3)doi:10.7241/ourd.20213.3.
10. Pereira MP, Steinke S, Zeidler C, et al. European academy of dermatology and venereology European prurigo project: expert consensus on the definition, classification and terminology of chronic prurigo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32(7):1059-1065. doi:10.1111/jdv.14570.
11. Ständer HF, Elmariah S, Zeidler C, Spellman M, Ständer S. Diagnostic and treatment algorithm for chronic nodular prurigo. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82(2):460-468. doi:10.1016/j.jaad.2019.07.022.
12. Chaowattanapanit S, Wongjirattikarn R, Chaisuriya N, et al. Increased IL-31 expression in serum and tissue protein in prurigo nodularis. *Ther Adv Chronic Dis*. 2022;13:20406223221112561. Published 2022 Jul 19. doi:10.1177/20406223221112561.
13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x



14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-57.
15. Williams KA, Huang AH, Belzberg M, Kwatra SG. Prurigo nodularis: Pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(6):1567-1575. doi:10.1016/j.jaad.2020.04.182.
16. Krishnan LT, Latheef EN, Tharayil HM. Psychiatric comorbidities in patients with prurigo nodularis - A cross-sectional study from a tertiary care center in South India. *J Skin Sex Transm Dis* 2022;4:79-82. doi: 10.25259/JSSTD_50_2020.
17. Woo YR, Wang S, Sohn KA, Kim HS. Epidemiology, Comorbidities, and Prescription Patterns of Korean Prurigo Nodularis Patients: A Multi-Institution Study. *J Clin Med*. 2021;11(1):95. Published 2021 Dec 24. doi:10.3390/jcm11010095.
18. Boozalis E, Tang O, Patel S, et al. Ethnic differences and comorbidities of 909 prurigo nodularis patients. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(4):714-719.e3. doi:10.1016/j.jaad.2018.04.047.
19. Schneider G, Hockmann J, Ständer S, Luger TA, Heuft G. Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case-control study. *Br J Dermatol*. 2006;154(1):61-66. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06852.x
20. Wikström K, Verkko H, Sinikumpu SP, Jokelainen J, Tasanen K, Huilaja L. Comorbidities of Prurigo Nodularis in Finland Between 1996 and 2019. *Acta Derm Venereol*. 2021;101(7):adv00508. Published 2021 Jul 30. doi:10.2340/00015555-3872.
21. Brenaut E, Halvorsen JA, Dalgard FJ, et al. The self-assessed psychological comorbidities of prurigo in European patients: a multicentre study in 13 countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(1):157-162. doi:10.1111/jdv.15145.
22. Dhawan L, Singh SM, Avasthi A, Kumaran MS, Narang T. The Prevalence of Psychiatric Comorbidity in Patients with Prurigo Nodularis. *Indian Dermatol Online J*. 2018;9(5):318-321. doi:10.4103/idoj.IDOJ_324_17.
23. Brown GE, Malakouti M, Sorenson E, Gupta R, Koo JY. Psychodermatology. *Adv Psychosom Med*. 2015;34:123-134. doi:10.1159/000369090.
24. Tyrer P, Baldwin D. Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 2006;368(9553):2156-2166. doi:10.1016/S0140-6736(06)69865-6.

SUMMARY*Original research***ANXIETY, DEPRESSION AND PSYCHOSIS IN PATIENTS WITH PRURIGO NODULARIS****Nguyen Thi Thao Suong¹, Nguyen Viet Thanh Phuc¹, Huynh Thanh Tan¹, Le Thanh Tan¹, and Chau Van Tro^{1,*}**

ABSTRACT

Objectives: To investigate anxiety, depression, and psychosis in patients with prurigo nodularis at Ho Chi Minh City Hospital of Dermato Venereology from February 2023 to October 2023.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 142 patients with prurigo nodularis aged ≥ 18 years. Anxiety and depression symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), while psychosis in prurigo nodularis patients was determined using the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Results: The study revealed that 56.3% of patients experienced anxiety, 49.3% experienced depression, 36.0% experienced both anxiety and depression, 7.0% had psychotic disorders, and 4.9% had mood disorders with psychotic features. Patients with severe itching, as assessed by the Numeric Rating Scale (NRS), were found to have a 6.7 times higher risk of depression and a 6.0 times higher risk of anxiety compared to those with moderate itching, with statistical significance ($p < 0.05$). Additionally, none of the patients with mild itching exhibited symptoms of anxiety or depression.

Conclusions: Patients with prurigo nodularis may experience anxiety, depression, psychotic disorders, and mood disorders with psychotic features. Furthermore, the severity of itching appears to be positively associated with the risk of anxiety and depression.

Keywords: Anxiety, depression, psychosis, prurigo nodularis.

¹Department of Dermatology - Pham Ngoc Thach University of Medicine, Ho Chi Minh City, Vietnam

*Correspondence: Email: trochauvan@gmail.com