

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP ĐÁNH GIÁ BẰNG THANG ĐIỂM TRẦM CẢM MONTGOMERY AND ASBERG

Trần Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Trương Hồng Vinh³

Lại Thùy Dương², Dương Minh Tâm^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Bảo vệ Sức khỏe tâm thần Quảng Ninh

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng rối loạn trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu được thực hiện trên 187 người bệnh viêm khớp dạng thấp. Người bệnh được thu thập các thông tin nhân khẩu học và tình trạng bệnh lý viêm khớp dạng thấp. Tình trạng trầm cảm được đánh giá dựa trên thang điểm trầm cảm Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Kết quả thu được: Tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu là 54%, trong đó, khoảng 25% người bệnh báo cáo có ý tưởng tự sát. So với nhóm không có trầm cảm, nhóm người bệnh trầm cảm có tỷ lệ nữ giới và độc thân/ly hôn/góa cao hơn, trình độ học vấn thấp và thu nhập thấp hơn. Nhóm trầm cảm cũng có thời gian cứng khớp buổi sáng), tỷ lệ biến dạng khớp cao hơn và mức độ hoạt động bệnh cao hơn. Trong phân tích hồi quy logistic, giới tính nữ là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến trầm cảm (OR = 4,84; KTC 95%: 1,66 – 16,1; p = 0,006). Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ trầm cảm cao và mối liên quan với một số yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng ở người bệnh viêm khớp dạng thấp. Đặc biệt, tỷ lệ ý tưởng tự sát ở nhóm này đạt 25%, nhấn mạnh sự cần thiết của việc tầm soát rối loạn trầm cảm và nguy cơ tự sát trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, Trầm cảm, MADRS, mức độ hoạt động.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, trầm cảm là nguyên nhân hàng thứ ba của gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới trong năm 2004 và sẽ chuyển sang vị trí dẫn đầu vào năm 2030.¹ Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp ở những người bệnh mắc bệnh lý mạn tính như ung thư, đái tháo đường, bệnh lý thận, bệnh khớp. Tỷ lệ mắc trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT) cao gấp hai đến bốn lần trong dân số chung.² Theo nghiên cứu

của Xin Fu và cộng sự (2017) nhận thấy tỷ lệ người bệnh viêm khớp dạng thấp có các triệu chứng trầm cảm cao (48%).³ Mặt khác, trầm cảm xuất hiện ở người bệnh viêm khớp dạng thấp sẽ ảnh hưởng rất lớn lên cả thể chất và tinh thần của người bệnh, làm tăng gánh nặng cho gia đình và toàn xã hội. Trầm cảm làm các triệu chứng nặng hơn, biến chứng xảy ra nhiều hơn, giảm tuân thủ điều trị, tăng tỷ lệ tử vong và tự sát trên người bệnh viêm khớp dạng thấp.^{4,5} Tự sát ở người bệnh viêm khớp dạng thấp cao gấp 3 lần trong dân số bình thường trong đó 90% số người bệnh tự sát có trầm cảm đi kèm.⁴

Viêm khớp dạng thấp là bệnh khớp mạn

Tác giả liên hệ: Dương Minh Tâm

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 07/05/2025

Ngày được chấp nhận: 31/05/2025

tính thường gặp ở Việt Nam cũng như nhiều nước trên thế giới với tỷ lệ mắc 0,5 - 1% dân số. Với cơ chế tự miễn dịch, tổn thương cơ bản tại màng hoạt dịch, bệnh biểu hiện bởi tình trạng khớp viêm mạn tính có xen kẽ các đợt tiến triển. Bệnh có thể dẫn đến biến dạng các khớp, ảnh hưởng rất lớn đến chức năng khớp, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ở người bệnh viêm khớp dạng thấp, mức độ trầm cảm có tương quan với mức độ đau cũng như mức độ hoạt động của bệnh.

Để chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của trầm cảm, nhiều thang điểm tâm lý đã được phát triển, mỗi thang có mục tiêu và cách tiếp cận riêng. Một số thang điểm phổ biến bao gồm thang trầm cảm Beck (BDI), thang đánh giá trầm cảm Hamilton (HAM-D), bảng câu hỏi sức khỏe người bệnh - 9 mục (PHQ-9), thang đánh giá lo âu và trầm cảm bệnh viện (HADS) và thang điểm trầm cảm Montgomery-Åsberg (MADRS). Những công cụ này không chỉ được sử dụng trong nghiên cứu mà còn hỗ trợ đắc lực cho thực hành lâm sàng. So với các thang điểm trên, MADRS là một công cụ nổi bật, được thiết kế đặc biệt để đánh giá sự thay đổi trong triệu chứng trầm cảm trong quá trình điều trị. Thêm vào đó, cấu trúc đơn giản và thời gian thực hiện ngắn (10 - 15 phút) làm cho MADRS trở nên thuận tiện và dễ dàng áp dụng trong môi trường lâm sàng.⁶

Ở Việt Nam hiện nay có một vài nghiên cứu đánh giá thực trạng trầm cảm trên người bệnh viêm khớp dạng thấp, tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được tiến hành với thang đo MADRS. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp sử dụng thang MADRS đã chuẩn hóa, đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh (NB) viêm khớp dạng thấp khám và điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai, và phòng khám ngoại trú Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn tháng 12/2023 đến tháng 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm những NB được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn ACR năm 1987.⁷

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có khuyết tật về nghe, nói làm hạn chế khả năng giao tiếp.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, với cỡ mẫu tối thiểu 30 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Quy trình nghiên cứu

Người bệnh nhập viện với chẩn đoán VKDT sẽ được đánh giá các bước như sau:

(1) Lựa chọn người bệnh VKDT được điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp và phòng khám ngoại trú Bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn theo tiêu chuẩn chọn lựa và tiêu chuẩn loại trừ, sau đó sẽ giải thích và được mời tham gia vào nghiên cứu.

(2) Thu thập các thông tin nhân khẩu học; các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh lý VKDT. Tình trạng trầm cảm được đánh giá dựa trên thang MADRS.

(3) Tiến hành phân tích số liệu nhằm mô tả thực trạng trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở đối tượng NB VKDT.

Các biến số và chỉ tiêu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành đánh giá một số đặc

điểm của các NB VKDT bao gồm:

(1) Các đặc điểm chung bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, thu nhập, tình trạng hôn nhân, bảo hiểm y tế, chiều cao và cân nặng;

(2) Các đặc điểm liên quan đến VKDT bao gồm thời gian mắc bệnh, triệu chứng, biến dạng khớp, các thuốc đang sử dụng, biến chứng do thuốc.

Mức độ hoạt động của VKDT được đánh giá dựa trên thang điểm CDAI, là tổng của các biến số bao gồm số khớp đau, số khớp sưng, VAS bệnh nhân và VAS thầy thuốc. Dựa vào tổng điểm CDAI, mức độ hoạt động được chia thành (1) Bệnh không hoạt động ($CDAI \leq 2,8$); Mức độ hoạt động bệnh nhẹ ($2,8 < CDAI \leq 10$); Mức độ hoạt động bệnh trung bình ($10 < CDAI \leq 22$) và Mức độ hoạt động bệnh nặng ($CDAI > 22$).⁸

Tình trạng trầm cảm là kết cục chính của nghiên cứu, và được đo lường bằng thang MADRS, gồm 10 mục, mỗi mục đánh giá một khía cạnh cụ thể của trầm cảm, bao gồm: nỗi buồn biểu hiện bên ngoài, nỗi buồn thông qua lời kể, căng thẳng nội tâm, ngủ kém, ăn kém ngon miệng, khó tập trung, mệt nhọc uể oải, mất khả năng cảm nhận, ý nghĩ bi quan và ý tưởng tự sát. Mỗi mục được chấm điểm từ 0 đến 6, trong đó 0 biểu thị không có triệu chứng và 6 phản ánh mức độ triệu chứng nặng nhất. Tổng điểm dao động từ 0 đến 60, với điểm số cao hơn cho thấy mức độ trầm cảm nghiêm trọng hơn. Dựa trên tổng điểm MADRS, người bệnh được phân loại thành bốn nhóm: không trầm cảm (0 - 6), trầm cảm nhẹ (7 - 19), trầm cảm mức độ vừa (20 - 34) hoặc trầm cảm mức độ nặng (35 - 60).⁹

Phân tích và xử lý số liệu

Các biến liên tục được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến rời rạc được trình bày dưới dạng giá trị định tính và tỉ lệ %. Đối với các biến liên tục có phân bố chuẩn, khác biệt giữa hai nhóm được kiểm

định bằng kiểm định t-test. Đối với các biến liên tục không có phân bố chuẩn, khác biệt giữa hai nhóm được kiểm định bằng kiểm định Mann-Whitney hoặc kiểm định Kruskal Wallis. Đối với các biến rời rạc, khác biệt giữa các tỷ lệ được kiểm định bằng kiểm định Chi square, trong trường hợp tần số 1 nhóm < 5 , chúng tôi sẽ sử dụng kiểm định Fisher exact test. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với sự thay đổi biến kết cục chính (có/không trầm cảm). Việc xác định các yếu tố đưa vào mô hình hồi quy đa biến được thực hiện theo quy trình chặt chẽ, bao gồm:

(1) tham khảo các yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận trong y văn có liên quan đến trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp,

(2) đánh giá mức độ hợp lý về mặt lâm sàng nhằm đảm bảo ý nghĩa thực tiễn của mô hình, và

(3) sàng lọc thống kê thông qua phân tích đơn biến. Cụ thể, các biến có giá trị $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến ban đầu để kiểm soát tối đa khả năng loại bỏ các yếu tố tiềm tàng có liên quan.

Sau đó, mô hình được tinh chỉnh dựa trên các tiêu chí thông tin (AIC/BIC), mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), và xem xét sự đa cộng tuyến. Những biến không có ý nghĩa thống kê nhưng có giá trị lâm sàng đặc biệt (ví dụ: tuổi, giới, mức độ hoạt động bệnh) vẫn có thể được giữ lại trong mô hình cuối cùng để đảm bảo tính toàn diện trong diễn giải. Sự khác biệt coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định 965/GCN-HĐĐĐNCYSSH-ĐHYHN, ngày 29/11/2023. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi người bệnh đã được giải thích rõ về mục đích, yêu

cầu của nghiên cứu, tự nguyện tham gia và đã ký văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tuyệt đối giữ bí mật về những thông tin do đối tượng cung cấp. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích duy nhất nâng cao sức khỏe cho cộng đồng, không nhằm một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 09/2024, có 187 người bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT) phù hợp tiêu chuẩn đã được thu tuyển vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là 57 ± 13 , đa số là nữ giới (84%); chưa tốt nghiệp

THPT (57%) và đã kết hôn (91%). Đa số người bệnh có thu nhập cá nhân dưới mức thu nhập tối thiểu vùng (63%). Đa số những người bệnh VKDT trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh ≥ 1 năm (98%); từng nhập viện do VKDT (58%); đã có biến dạng khớp (43%) và có mức độ hoạt động bệnh cao (51%). (Bảng 1). Tỷ lệ xuất hiện biến chứng do thuốc điều trị VKDT trong nghiên cứu là 21% (40 NB), trong đó suy thượng thận và viêm/loét dạ dày/hành tá tràng là các biến chứng phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 9,6% và 5,9%.

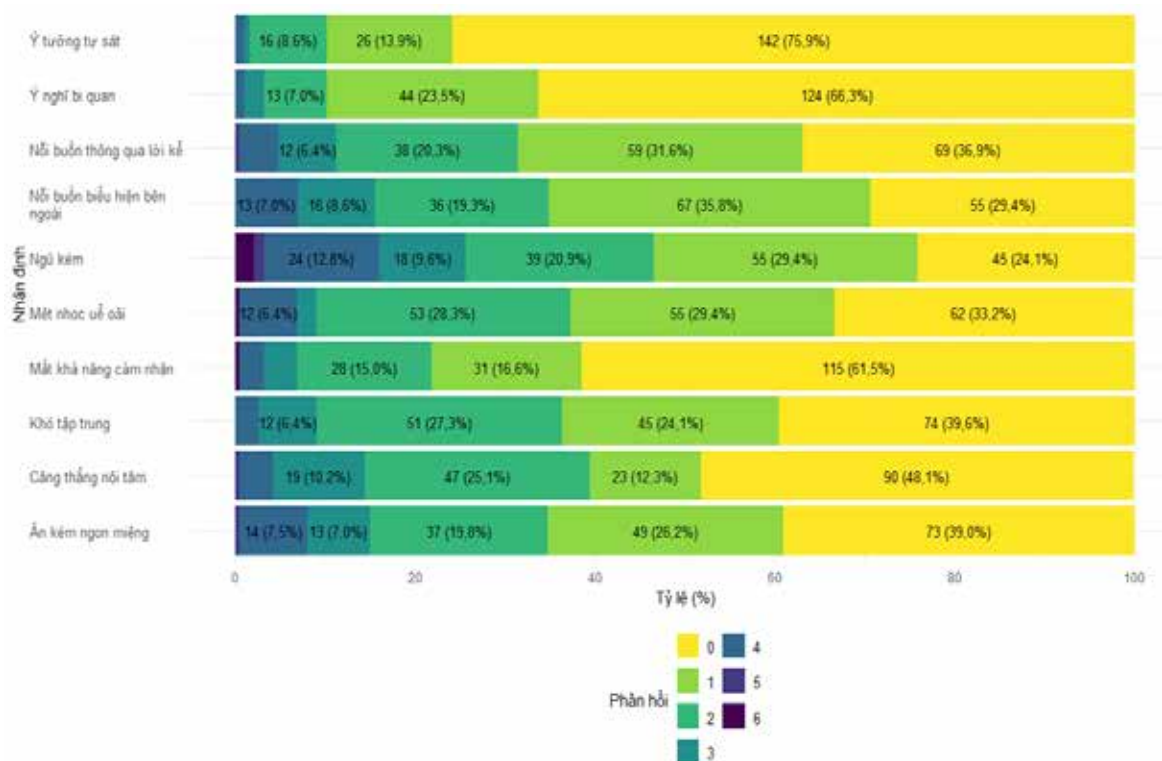
Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 187)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm), $X \pm SD$	57 ± 13
Giới tính, n (%)	
Nam	30 (16%)
Nữ	157 (84%)
Trình độ học vấn, n (%)	
Trung học phổ thông trở xuống	106 (57%)
Đại học cao đẳng trở lên	81 (43%)
Tình trạng hôn nhân, n (%)	
Độc thân/Ly hôn/Góa	17 (9%)
Đã kết hôn	170 (91%)
Thu nhập cá nhân, n (%)	
Dưới mức thu nhập tối thiểu vùng	105 (63%)
Trên mức thu nhập tối thiểu vùng	61 (37%)
Nhóm BMI, n (%)	
Thiếu cân	31 (16%)
Bình thường	121 (65%)
Thừa cân	35 (19%)
Thời gian mắc bệnh, n (%)	
≤ 1 năm	3 (2%)
> 1 năm	184 (98%)

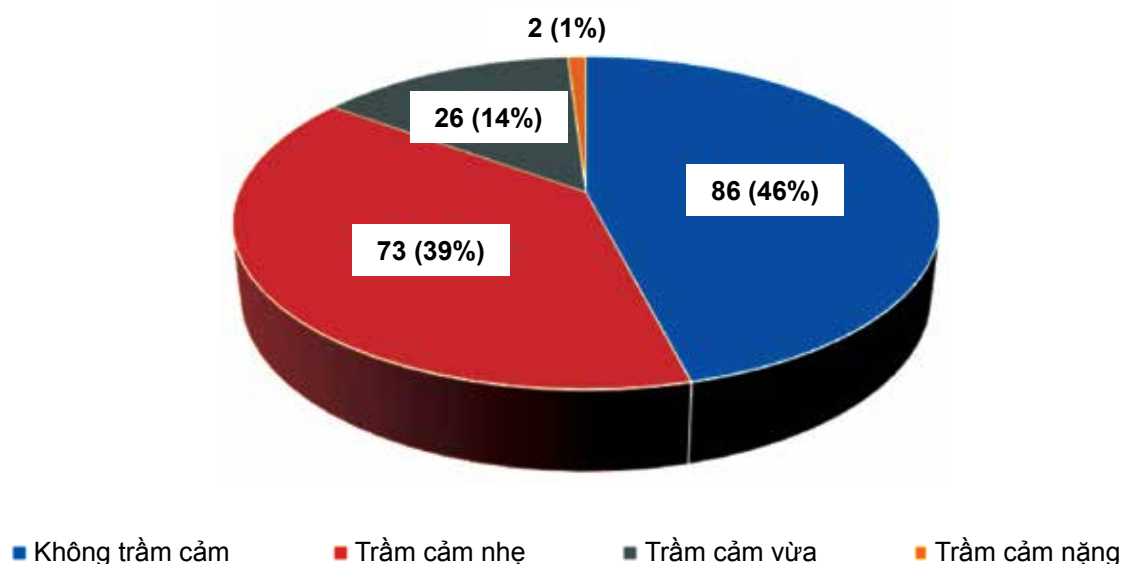
Đặc điểm	Kết quả
Có nhập viện do VKDT trong vòng 12 tháng qua, n (%)	108 (58%)
Có đợt tiến triển VKDT trong vòng 12 tháng qua, n (%)	91 (49%)
Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút), X ± SD	33 ± 26
Có biến dạng khớp, n (%)	81 (43%)
VAS, X ± SD	4,80 ± 2,16
SJC, X ± SD	6 ± 7
TJC, X ± SD	10 ± 8
PGA, X ± SD	4,61 ± 2,39
EGA, X ± SD	4,63 ± 2,31
ESR (mm), X ± SD	37 ± 38
CRP (mg/dL), X ± SD	41 ± 52
Mức độ hoạt động bệnh, n (%)	
Bệnh không hoạt động	5 (2%)
Thấp	35 (19%)
Trung bình	52 (28%)
Cao	95 (51%)
Thuốc điều trị, n (%)	
NSAIDs	89 (48%)
Corticosteroids	139 (74%)
DMARDs	100 (53%)
Điều trị sinh học	52 (28%)
Điều trị khác	50 (27%)
Có biến chứng do thuốc điều trị VKDT, n (%)	
Suy thượng thận	18 (9,6%)
Viêm/Loét dạ dày tá tràng	11 (5,9%)
Hội chứng Cushing	9 (4,8%)
Xuất huyết tiêu hóa	1 (0,5%)

Các triệu chứng trầm cảm phổ biến nhất theo thang MADRS liên quan đến tình trạng căng thẳng nội tâm, khó tập trung và mất khả năng cảm nhận. Khoảng 25% người bệnh

VKDT báo cáo có ý tưởng tự sát. Tỷ lệ không trầm cảm, trầm cảm nhẹ, vừa và nặng trong nghiên cứu lần lượt là 46%, 39%, 14% và 1%. (Biểu đồ 1, 2)



Biểu đồ 1. Đặc điểm trầm cảm thông qua thang MADRS (n = 187)



Biểu đồ 2. Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp trong nghiên cứu (n = 187)

So với nhóm không có trầm cảm, nhóm người bệnh trầm cảm có tỷ lệ nữ giới cao hơn, trình độ học vấn thấp hơn, tỷ lệ độc thân/ly hôn/

góa cao hơn và thu nhập cá nhân thấp hơn ($p < 0,05$). Nhóm trầm cảm cũng có thời gian cứng khớp buổi sáng dài hơn, tỷ lệ biến dạng khớp

cao hơn và mức độ hoạt động bệnh cao hơn so với nhóm không trầm cảm ($p < 0,05$). Ngoài ra, nhóm trầm cảm có tỷ lệ đợt tiến triển VKDT trong vòng 12 tháng qua cao hơn ($p = 0,044$). Tỷ lệ nhập viện do VKDT và biến chứng do thuốc cao hơn ở nhóm trầm cảm, tuy nhiên, sự

khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. (Bảng 2). Tuy nhiên, trong phân tích đa biến, chỉ có giới tính nữ có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ trầm cảm cao hơn ($OR = 4,84$; KTC 95%: 1,66 - 16,1; $p = 0,006$). (Bảng 3).

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp qua phân tích đơn biến (n = 187)

Đặc điểm	Trầm cảm theo MADRS		p
	Không (n = 86)	Có (n = 101)	
Tuổi (năm), $X \pm SD$	57 $\pm$ 13	57 $\pm$ 13	0,7
Giới tính, n (%)			< 0,001
Nam	23 (27%)	7 (7%)	
Nữ	63 (73%)	94 (93%)	
Trình độ học vấn, n (%)			0,004
THPT trở xuống	39 (45%)	67 (66%)	
ĐH-CĐ trở lên	47 (55%)	34 (34%)	
Tình trạng hôn nhân, n (%)			0,003
Độc thân/Ly hôn/Góa	2 (2,3%)	15 (15%)	
Đã kết hôn	84 (98%)	86 (85%)	
Thu nhập cá nhân, n (%)			0,003
Dưới mức thu nhập tối thiểu vùng	40 (51%)	65 (74%)	
Trên mức thu nhập tối thiểu vùng	38 (49%)	23 (26%)	
Thời gian mắc bệnh > 1 năm, n (%)	85 (99%)	99 (98%)	> 0,9
Có nhập viện do VKDT, n (%)	47 (55%)	61 (60%)	0,4
Có đợt tiến triển VKDT, n (%)	35 (41%)	56 (55%)	0,044
Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút), $X \pm SD$	26 $\pm$ 23	40 $\pm$ 28	< 0,001
Có biến dạng khớp, n (%)	30 (35%)	51 (50%)	0,032
ESR (mm), $X \pm SD$	23 $\pm$ 28	49 $\pm$ 42	0,2
CRP (mg/dL), $X \pm SD$	38 $\pm$ 49	43 $\pm$ 55	0,6

Đặc điểm	Trầm cảm theo MADRS		p
	Không (n = 86)	Có (n = 101)	
Mức độ hoạt động bệnh, n (%)			< 0,001
Bệnh không hoạt động	3 (3,5%)	2 (2,0%)	
Thấp	30 (35%)	5 (5,0%)	
Trung bình	22 (26%)	30 (30%)	
Cao	31 (36%)	64 (63%)	
Có biến chứng do thuốc VKDT, n (%)	13 (15%)	27 (27%)	0,054

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp qua phân tích đa biến (n = 187)

Đặc điểm	OR	95% CI	p
Tuổi	0,99	0,96; 1,02	0,4
Giới tính nữ	4,84	1,66; 16,1	0,006
Trình độ học vấn ĐH-CĐ	0,56	0,23; 1,40	0,2
Thu nhập cá nhân trên mức thu nhập tối thiểu vùng	0,73	0,29; 1,86	0,5
Đã kết hôn	0,16	0,02; 0,82	0,054
Thời gian mắc bệnh > 1 năm	1,33	0,05; 17,9	0,8
Có nhập viện do VKDT trong vòng 12 tháng qua	2,38	0,94; 6,30	0,072
Có đợt tiến triển VKDT trong vòng 12 tháng qua	1,25	0,53; 2,95	0,6
Biến dạng khớp	1,69	0,75; 3,88	0,2
Có biến chứng do thuốc điều trị VKDT	1,79	0,68; 4,95	0,2
Mức độ hoạt động bệnh			
Thấp	0,25	0,03; 2,53	0,2
Trung bình	2,08	0,28; 18,7	0,5
Cao	5,00	0,66; 46,7	0,12

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ trầm cảm ở nhóm người bệnh viêm khớp dạng thấp trong nghiên cứu, thông qua khảo sát bằng bộ công cụ MADRS là 54%. Kết quả này có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu

trước đây tiến hành trên quần thể NB VKDT tại Việt Nam. Năm 2003, Cao Tiến Đức đã nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở 75 người bệnh VKDT tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện E với thang trầm cảm Beck thì thấy tỉ lệ rối

loạn trầm cảm là 53,3%.¹⁰ Năm 2019, Vũ Thị Huyền sử dụng thang PHQ - 9, nghiên cứu 156 người bệnh VKDT điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai thấy tỉ lệ trầm cảm là 76,3%.¹¹ Năm 2020, Ngô Tuấn Khiêm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở người bệnh viêm khớp dạng thấp cho kết quả 16,5% đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm và có 49,5% có biểu hiện trầm cảm trên thang HAM-D.¹² Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các triệu chứng trầm cảm phổ biến nhất theo thang MADRS liên quan đến tình trạng căng thẳng nội tâm, khó tập trung và mất khả năng cảm nhận, đồng thời, khoảng 25% người bệnh VKDT báo cáo có ý tưởng tự sát. Kết quả này phù hợp với dữ liệu từ các nghiên cứu trước đây. Trong một tổng quan hệ thống bao gồm 17 nghiên cứu với 5.174 người bệnh lupus ban đỏ hệ thống, VKDT, thoái hóa khớp và đau xơ cơ, kết quả phân tích dưới nhóm ở nhóm NB VKDT cho thấy tỉ lệ NB xuất hiện ý tưởng tự sát 26% (KTC 95%: 19 - 32%).¹³

Tỷ lệ trầm cảm và xuất hiện ý tưởng tự sát cao ở nhóm người bệnh VKDT có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, bởi ý tưởng tự sát không chỉ phản ánh mức độ nghiêm trọng của trầm cảm mà còn có thể liên quan đến chất lượng sống suy giảm, gánh nặng bệnh tật kéo dài và đáp ứng điều trị kém. Từ góc độ lâm sàng, phát hiện này nhấn mạnh vai trò của việc tích hợp các biện pháp tầm soát sức khỏe tâm thần vào quy trình quản lý người bệnh VKDT. Cụ thể, việc sử dụng các công cụ sàng lọc như thang đo MADRS hoặc PHQ-9 trong thực hành thường quy có thể giúp phát hiện sớm những người bệnh có nguy cơ cao. Ngoài ra, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa thấp khớp và chuyên khoa tâm thần để đảm bảo hỗ trợ kịp thời cho người bệnh. Các can thiệp như liệu pháp nhận thức - hành vi, quản lý đau hiệu quả và hỗ trợ xã hội có thể giúp giảm nguy cơ tự sát, cải thiện chất lượng sống và tối ưu hóa kết

quả điều trị ở nhóm người bệnh này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một số sự khác biệt giữa nhóm có và không có trầm cảm, nằm ở các đặc điểm nhân khẩu học (giới, thu nhập, tình trạng kết hôn). Những yếu tố liên quan này đã từng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Lin M.C và cộng sự (2015) khi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của trầm cảm ở VKDT đã cho thấy trầm cảm ở nữ giới thường gặp hơn ở nam giới.¹⁴ Deb A và cộng sự (2018) khi nghiên cứu về gánh nặng của trầm cảm với người bệnh VKDT trong độ tuổi lao động cũng chỉ ra tỷ lệ trầm cảm tăng ở những người không có công việc làm và đang độc thân.¹⁵ Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan giữa trầm cảm với một số đặc điểm bệnh lý của VKDT, bao gồm thời gian cứng khớp buổi sáng, số đợt tiến triển trong năm, và mức độ hoạt động của bệnh. Kết quả này tương đồng với dữ liệu từ một số nghiên cứu trước đây. Kojima M và cộng sự (2009) nghiên cứu trên 218 người bị VKDT tại Nhật Bản chỉ ra có mối tương quan thuận giữa mức độ của trầm cảm với điểm đau theo VAS ($r = 0,35$; $p < 0,001$).¹⁶ Tương tự, theo Mostafa H and Radwan (2013) có mối liên quan thuận giữa mức độ trầm cảm theo thang điểm HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) và điểm đau theo VAS ($r = 0,53$; $p = 0,005$).¹⁷ Theo Karpouzas và cộng sự, thời gian mắc bệnh dài hơn, các thay đổi khớp bị ăn mòn nhiều hơn, độ cứng buổi sáng kéo dài hơn và tình trạng của yếu tố thấp khớp đều có liên quan đến trầm cảm ở người bệnh mắc VKDT.¹⁸ Ở những người bị VKDT, điểm Larsen, đánh giá tổn thương khớp do ăn mòn, có liên quan đến trầm cảm. Điều này là do những thay đổi ăn mòn khớp đáng kể liên quan đến VKDT có thể dẫn đến suy giảm hoạt động thể chất, điều này ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần người bệnh, đặc biệt là trầm cảm. Kwiatkowska và cộng sự (2018) đã tiến hành nghiên cứu trên

120 người bệnh mắc VKDT, ông nhận thấy rằng có mối tương quan đáng kể giữa giá trị BDI và mức độ đau, mức độ hoạt động bệnh, số lượng khớp đau và sưng, cũng như giá trị Bảng câu hỏi đánh giá sức khỏe (HAQ).¹⁹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu ghi nhận tỉ lệ trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm khớp dạng thấp sử dụng thang MADRS. Đặc biệt, tỷ lệ ý tưởng tự sát ở nhóm này đạt 25%, nhấn mạnh sự cần thiết của việc tầm soát rối loạn trầm cảm và nguy cơ tự sát trong thực hành lâm sàng. Cần mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, và có thêm sự đánh giá về các kết cục tâm thần khác nhằm có được bức tranh toàn cảnh về thực trạng trầm cảm ở nhóm đối tượng này, từ đó làm tiền đề xây dựng những can thiệp lâm sàng phù hợp.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích liên quan đến việc thực hiện và công bố bài báo này.

LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin trân trọng cảm ơn toàn thể người bệnh đã tham gia nghiên cứu và đóng góp những dữ liệu quý báu, góp phần hoàn thiện công trình khoa học này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 7(Suppl 1):3-7.
2. Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol*. 2011; 6(6): 617-623.
3. Fu X, Li ZJ, Yang CJ, et al. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis in China: A systematic review. *Oncotarget*. 2017; 8(32):

53623-53630.

4. Timonen M, Viilo K, Hakko H, et al. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatol Oxf Engl*. 2003; 42(2): 287-291.
5. Matthey DL, Dawes PT, Hassell AB, Brownfield A, Packham JC. Effect of psychological distress on continuation of anti-tumor necrosis factor therapy in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2010; 37(10): 2021-2024.
6. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1979; 134: 382-389.
7. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988; 31(3): 315-324.
8. Dissanayake K, Jayasinghe C, Wanigasekara P, Dissanayake J, Sominanda A. Validity of clinical disease activity index (CDAI) to evaluate the disease activity of rheumatoid arthritis patients in Sri Lanka: A prospective follow up study based on newly diagnosed patients. *PloS One*. 2022; 17(11): e0278285.
9. Bondolfi G, Jermann F, Rouget BW, et al. Self- and clinician-rated Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: evaluation in clinical practice. *J Affect Disord*. 2010; 121(3): 268-272.
10. Cao Tiến Đức, Bùi Tiến Dũng, Nguyễn Đức Công. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. *Tạp Chí Y Dược Học Quân Sự*. 2003; 1: 95-99.
11. Vũ Thị Huyền. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại bệnh viện Bạch Mai. 2019.
12. Ngô Tuấn Khiêm. Đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.
13. Li Z, Yang Y, Dong C, et al. The

prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2018; 23(9): 1025-1036.

14. Lin MC, Guo HR, Lu MC, Livneh H, Lai NS, Tsai TY. Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study. *Clin Sao Paulo Braz*. 2015; 70(2): 91-96.

15. Deb A, Dwibedi N, LeMasters T, Hornsby JA, Wei W, Sambamoorthi U. Burden of Depression among Working-Age Adults with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis*. 2018; 2018: 8463632.

16. Kojima M, Kojima T, Suzuki S, et al. Depression, inflammation, and pain in patients

with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2009; 61(8): 1018-1024.

17. Mostafa H, Radwan A. The relationship between disease activity and depression in Egyptian patients with rheumatoid arthritis. *Egypt Rheumatol*. 2013; 35(4): 193-199.

18. Karpouzas GA, Dolatabadi S, Moran R, Li N, Nicassio PM, Weisman MH. Correlates and predictors of disability in vulnerable US Hispanics with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2012; 64(9): 1274-1281.

19. Kwiatkowska B, Kłak A, Maślińska M, Mańczak M, Raciborski F. Factors of depression among patients with rheumatoid arthritis. *Reumatologia*. 2018; 56(4): 219-227.

Summary

ASSESSMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS USING THE MONTGOMERY-ÅSBERG SCALE

To describe the prevalence of depressive disorders in patients with rheumatoid arthritis (RA) and identify associated factors, a cross-sectional study was conducted on 187 RA patients. Demographic data and clinical characteristics related to RA were collected. Depression was assessed using the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). The prevalence of depression in this study was 54%, with approximately 25% of patients reporting suicidal ideation. Compared to the non-depressed group, patients with depression had a higher proportion of females and individuals who were single, divorced, or widowed. They also had lower educational attainment and lower income. The depressed group exhibited longer morning stiffness duration, a higher prevalence of joint deformities, and greater disease activity. In logistic regression analysis, female gender was identified as an independent risk factor for depression (OR = 4.84; 95% CI: 1.66 – 16.1; $p = 0.006$). This study highlights a high prevalence of depression and its association with specific demographic and clinical factors in RA patients. Notably, the 25% prevalence of suicidal ideation underscores the critical need for routine depression and suicide risk screening in clinical practice. Further research with larger sample sizes and a broader assessment of mental health outcomes is warranted to develop appropriate intervention strategies aimed at improving comprehensive care for RA patients.

Keywords: Rheumatoid arthritis, depression, MADRS, disease activity.