ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):35-42
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.05

Tầm soát trầm cảm và các yếu tố liên quan bằng bộ câu hỏi PHQ-9 ở bệnh nhân béo phì tại phòng khám ngoại trú

Đỗ Thị Hương Giang[1], Trần Quang Nam[2,3,*], Mã Tùng Phát[2,3]

[1]Khoa Nội tiết, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bộ môn Nội tiết, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Khoa Nội tiết, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trầm cảm là bệnh lý đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân béo phì, có thể ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe thể chất, tinh thần và hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, tình trạng này thường chưa được nhận biết và can thiệp.
Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân béo phì đang điều trị ngoại trú bằng bộ câu hỏi PHQ-9.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 220 bệnh nhân có BMI ≥ 25 kg/m² đến khám tại Phòng khám Nội tiết và Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 12/2024 đến tháng 10/2025. Trầm cảm được sàng lọc bằng thang điểm PHQ-9 với ngưỡng điểm cắt ≥ 10.
Kết quả: Nghiên cứu bao gồm 220 bệnh nhân, tuổi trung bình 54,1 ± 14,2 năm, tỉ số nữ:nam là 1,27:1. Tỉ lệ trầm cảm theo PHQ-9 với điểm cắt ≥ 10 là 28,6%. Trong đó, trầm cảm mức độ nhẹ chiếm 9,1%, mức độ vừa chiếm 10,0% và mức độ nặng chiếm 9,5%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với trầm cảm gồm giới nữ, BMI ≥ 30 kg/m², hút thuốc lá và không tập thể dục thường xuyên.
Kết luận: Tỉ lệ trầm cảm ở bệnh nhân béo phì điều trị ngoại trú là 28,6%. Giới tính, mức độ béo phì, hút thuốc lá và thói quen tập luyện thể lực là các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm bệnh nhân này.
Từ khóa: béo phì; trầm cảm; PHQ-9

Abstract

SCREENING FOR DEPRESSION AND ASSOCIATED FACTORS BY PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 IN OBESE PATIENTS AT THE OUTPATIENT CLINIC

Do Thi Huong Giang, Tran Quang Nam, Ma Tung Phat

Background: Depression is a common comorbidity in obese patients. Co-occurring depressive disorders cause many severe impacts on patients. However, depression is often unrecognized and not treated promptly.
Objectives: To investigate the prevalence of depression and associated factors among obese outpatients using the

Ngày nhận bài: 01-06-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 17-09-2026 / Ngày đăng bài: 25-09-2026
*Tác giả liên hệ: Trần Quang Nam. Bộ môn Nội tiết, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: nam.tq@umc.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

PHQ-9 questionnaire.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 220 patients with a BMI ≥ 25 kg/m² visiting the Endocrinology and Family Medicine clinics at the University Medical Center Ho Chi Minh City from December 2024 to October 2025. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with the cutoff of 10 was used to screen for depression among study participants.

Results: The study enrolled 220 eligible patients during the study period, with a mean age of 54.1 ± 14.2 years and a female-to-male ratio of 1.27:1. The prevalence of depression according to the PHQ-9 (cut-off score ≥ 10) was 28.6%. Specifically, mild depression accounted for 9.1%, moderate depression for 10.0%, and severe cases for 9.5%. Female gender, BMI ≥ 30 kg/m^2, smoking, and lack of regular physical exercise were statistically significant factors associated with an increased prevalence of depression.

Conclusions: The prevalence of depression among obese outpatients at the University Medical Center is 28.6%. Gender, severity of obesity, smoking, and physical activity are factors associated with depression.

Keywords: obesity; depression; PHQ-9

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ trầm cảm trên thế giới đang không ngừng gia tăng. Dự đoán đến năm 2030, trầm cảm sẽ là căn bệnh phổ biến nhất toàn cầu với tỷ lệ tử vong khoảng 850 ngàn người mỗi năm [1]. Bệnh nhân béo phì có nguy cơ trầm cảm tăng gấp 1,5 lần so với dân số chung [2]. Đồng mắc trầm cảm gây ra nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng như làm nặng thêm tình trạng béo phì, tăng tỷ lệ tự sát, tăng tỷ lệ nghỉ hưu sớm và tăng đáng kể chi phí chăm sóc y tế [3,4].

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ trầm cảm trên bệnh nhân béo phì dao động từ 14,1% đến 44,3% bằng các thang đánh giá trầm cảm khác nhau [5-7]. Theo tác giả Vera-Ponce VJ, trong nhóm béo phì, các triệu chứng trầm cảm xuất hiện thường xuyên hơn ở nhóm bệnh nhân nữ, sống ở vùng núi, hút thuốc lá, thu nhập thấp, khuyết tật và tiền sử tăng huyết áp [8]. Bên cạnh đó, các bệnh đồng mắc thường gặp ở người bệnh béo phì cũng có thể liên quan đến sức khỏe tâm thần. Nhiều nghiên cứu cho thấy đái tháo đường và tăng huyết áp có liên quan với tỷ lệ trầm cảm cao hơn, trong khi mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và trầm cảm cũng đã được ghi nhận nhưng chưa hoàn toàn nhất quán [9,10]. Do đó, việc khảo sát đồng thời các bệnh đồng mắc này có thể góp phần nhận diện toàn diện hơn các yếu tố liên quan đến triệu chứng trầm cảm ở người bệnh béo phì. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã khảo sát trầm cảm ở các nhóm bệnh nhân mắc bệnh mạn tính như đái tháo đường típ 2, trong đó BMI được xem xét như một yếu tố có thể liên quan đến trầm cảm [11,12]. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện có chủ yếu tập trung trên những quần thể bệnh lý cụ thể, trong khi dữ liệu về tầm soát trầm cảm và các yếu tố liên quan trên quần thể người bệnh béo phì tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh béo phì tại phòng khám ngoại trú.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân béo phì đang điều trị tại phòng khám Nội tiết và Y học gia đình bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) từ tháng 12/2024 đến tháng 10/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi;

BMI ≥ 25 kg/m^2; và

Đồng ý ký giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không có khả năng trả lời các câu hỏi

Không thể đứng được để đo cân nặng, chiều cao.

Có thai hoặc trong thời kỳ hậu sản

Báng bụng, hội chứng thận hư.

Bệnh nhân có tiền sử các bệnh lý tâm thần.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.05

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu theo mục tiêu xác định tỉ lệ trầm cảm được ước tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{P(1-P)}{\varepsilon^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu,

Z: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% = 1,96,

α: độ tin cậy 95% = 0,05,

P: tỉ lệ rối loạn trầm cảm ước tính theo nghiên cứu của Zong W vào năm 2011 tại Mỹ là 14,1% [5],

ε: sai số ấn định trong nghiên cứu 0,05.

Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 186 bệnh nhân. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã chọn ra 220 bệnh nhân đủ điều kiện.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Bệnh nhân khi tiếp nhận hồ sơ tại quầy hướng dẫn, phòng khám Nội tiết, Y học gia đình, thỏa tiêu chuẩn chọn sẽ được bác sĩ giải thích về thông tin nghiên cứu và hướng dẫn ký giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu. Sau khi hoàn thành quy trình khám bệnh, bệnh nhân được hướng dẫn đến Góc tư vấn tại Phòng khám Nội tiết, tiến hành phỏng vấn thu thập dữ liệu nghiên cứu, đảm bảo riêng tư và tập trung. Bệnh nhân được đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, phỏng vấn thu thập thông tin nhân trắc học, thói quen, tiền căn bệnh lý và thang điểm PHQ-9 trong vòng 15 phút. Những bệnh nhân có điểm số PHQ-9 từ 10 trở lên sẽ được tư vấn đến khám tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần kinh.

Công cụ đánh giá

Thang điểm PHQ-9 đã được dịch chuẩn hóa sang tiếng Việt bởi tác giả Đặng Duy Thanh [13]. Thang đánh giá gồm 9 đề mục tương ứng với 9 câu hỏi tự trả lời về những triệu chứng của trầm cảm, những người tham gia khảo sát đã sử dụng thang đo Likert từ 0 (không chút nào) đến 3 (hầu như mọi ngày) để báo cáo tần suất các triệu chứng mà họ đã trải qua trong vòng 2 tuần qua, tổng thang điểm là 27 điểm (9 đề mục x 3 điểm). Tổng số điểm ≥ 10 điểm là có trầm cảm. Phân loại mức độ trầm cảm: không trầm cảm (≤ 4 điểm), có nguy cơ trầm cảm (5-9 điểm), trầm cảm nhẹ (10-14 điểm), trầm cảm vừa (15-19 điểm), trầm cảm nặng (20-27 điểm).

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số dân số học (tuổi, giới, thu nhập, hôn nhân, tình trạng gia đình).

Hành vi sức khoẻ (hút thuốc lá, vận động thể lực). Hút thuốc lá được ghi nhận là "Có" nếu người bệnh vẫn đang hút thuốc lá trong một năm nay. Vận động thể lực thường xuyên được ghi nhận là "Có" khi vận động trên 30 phút, trong 5 ngày/mỗi tuần hay ≥ 150 phút/tuần.

Biến số lâm sàng (tiền căn bệnh lý, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI, kg/m^2), vòng eo (cm).

Phân loại chỉ số khối cơ thể là dựa trên phân loại BMI dành cho người châu Á của WHO năm 2004 [14]:

- Béo phì độ 1: BMI 25 – 29,9 kg/m^2.
- Béo phì độ 2: BMI ≥ 30 kg/m^2.

Biến số trầm cảm được đánh giá bằng PHQ-9.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0.1.

Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỉ lệ phần trăm.

Biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn; biến định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh hai trung bình của biến định lượng được thực hiện bằng phép kiểm Student's T-test đối với biến có phân phối chuẩn và phép kiểm Mann–Whitney U đối với biến không có phân phối chuẩn. Sự khác biệt giữa các biến định tính được đánh giá bằng phép kiểm Chi bình phương; trong trường hợp có bất kỳ ô nào có tần số kỳ vọng nhỏ hơn 5, phép kiểm Fisher's exact test được sử dụng thay thế. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm được khảo sát bằng hồi quy logistic đa biến.

Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi p <0,05.

Mối quan hệ tuyến tính của điểm PHQ-9 và BMI được đánh giá bằng phương pháp hồi quy tuyến tính.

Hiện tượng đa cộng tuyến giữa các biến độc lập trong mô hình hồi quy logistic đa biến được đánh giá thông qua hệ số phóng đại phương sai (Variance Inflation Factor – VIF). Đa cộng tuyến được xem là đáng kể khi VIF ≥ 5.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Có 220 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình 54,1 ± 14,2 năm, trong đó nữ giới chiếm đa số 55,9%. Đặc điểm cơ bản của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Đa số bệnh nhân có từ 1 bệnh đồng mắc trở lên (chiếm 98,6%), trong đó, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất (67,3%), kế đến là đái tháo đường và tăng huyết áp. BMI có trung vị là 27,7 kg/m^2, dao động từ 25 kg/m^2 đến 38,9 kg/m^2. Hơn ¾ dân số nghiên cứu bị béo phì độ 1 (BMI 25 – 29,9 kg/m^2). Về lối sống, gần 1/3 bệnh nhân (30,9%) cho biết hiện đang hút thuốc lá và tỷ lệ bệnh nhân tập thể dục thường xuyên là khoảng 71%.

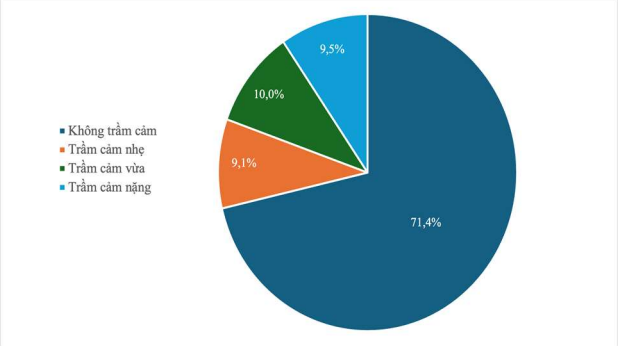
Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu (N = 220)

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	54,1 ± 14,2
Giới Nữ, n (%)	123 (55,9)
BMI (kg/m^2), TV (Q1-Q3)	27,7 (26,2 – 29,8)
Phân độ béo phì, n (%)	
Béo phì độ 1 (BMI 25 – 29,9 kg/m^2)	169 (76,8)
Béo phì độ 2 (BMI ≥ 30 kg/m^2)	51 (23,2)
Bệnh đồng mắc, n (%)	
Rối loạn lipid máu	148 (67,3)
Đái tháo đường	131 (59,5)
Tăng huyết áp	124 (56,4)
Bệnh mạch tim mạch xơ vữa	34 (15,5)
Bệnh thận mạn	18 (8,2)
Không có bệnh đồng mắc	3 (1,4)
Có hút thuốc lá, n (%)	68 (30,9)
Vận động thể lực, n (%)	71 (32,3)

TB ± ĐLC: trung bình ± độ lệch chuẩn; TV, trung vị; Q1-Q3, khoảng tứ phân vị; n, tần số; %, tỉ lệ phần trăm

3.2. Tỷ lệ trầm cảm trong dân số nghiên cứu

Trong 220 bệnh nhân, có 63 bệnh nhân (28,6%) rối loạn trầm cảm theo PHQ-9 (điểm PHQ-9≥10), trong đó 9,1% mức độ nhẹ, 10,0% mức độ trung bình và 9,5% mức độ nặng (Hình 1).



Hình 1. Tỷ lệ trầm cảm trên nhóm dân số nghiên cứu (N = 220)

3.3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trên bệnh nhân béo phì

Trong phân tích đơn biến (Bảng 2), chúng tôi nhận thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến trầm cảm là: rối loạn lipid máu, đái tháo đường, hút thuốc lá, không tập thể dục thường xuyên, cân nặng và BMI. Tuổi và giới tuy chưa có ý nghĩa qua phân tích đơn biến nhưng nhiều nghiên cứu trước đây cho kết quả ủng hộ đây là 2 yếu tố nguy cơ của trầm cảm trên nhóm bệnh nhân béo phì. Chính vì vậy, cuối cùng, chúng tôi lựa chọn các yếu tố tuổi, giới, BMI ≥ 30 kg/m^2, hút thuốc lá, tập thể dục, rối loạn lipid máu và đái tháo đường vào phân tích đa biến được trình bày trong Bảng 3. Kết quả cho thấy, nữ, BMI ≥ 30 kg/m^2, hút thuốc lá, tập thể dục vẫn duy trì ý nghĩa thống kê. Không ghi nhận hiện tượng đa cộng tuyến đáng kể giữa các biến trong mô hình hồi quy đa biến (tất cả VIF < 5).

Hình 2 cho thấy mối tương quan dương của BMI và điểm PHQ-9 sau khi phân tích hồi quy tuyến tính hiệu chỉnh các đặc điểm tại Bảng 2. Cụ thể, khi tăng 1 đơn vị BMI, điểm số PHQ-9 tăng 1 điểm (KTC 95%: 0,700-1,314, p <0,001)

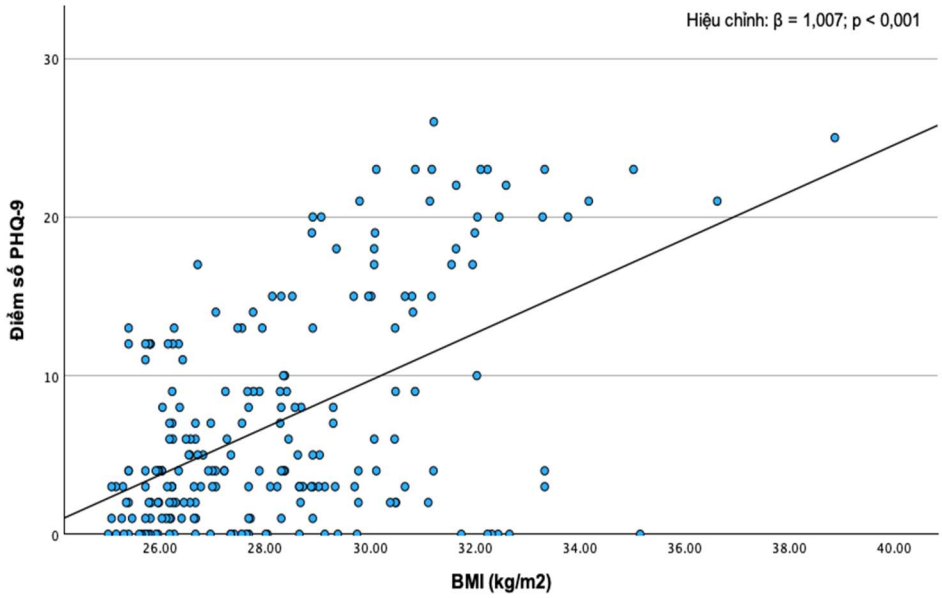
Bảng 2. So sánh đặc điểm của nhóm bệnh nhân trầm cảm và không trầm cảm

Đặc điểm	Trầm cảm (N = 63)	Không trầm cảm (N = 157)	p
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	53 ± 15	54 ± 14	0,705
Nhóm tuổi, n (%)			
Dưới 60 tuổi	42 (19,1)	97 (44,1)	0,497
Từ 60 tuổi trở lên	21 (9,5)	60 (27,3)	
Giới, n (%)			
Nữ	41 (18,6)	82 (37,3)	0,083
Nam	22 (10,0)	75 (34,1)	

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.05

Đặc điểm	Trầm cảm (N = 63)	Không trầm cảm (N = 157)	p
Bệnh đồng mắc, n (%)			
Rối loạn lipid máu	50 (22,7)	98 (44,5)	0,015
Đái tháo đường	47 (21,4)	87 (39,5)	0,008
Tăng huyết áp	37 (16,8)	87 (39,5)	0,654
Bệnh tim mạch xơ vữa	9 (4,1)	25 (11,4)	0,761
Bệnh thận mạn	3 (1,4)	15 (6,8)	0,241
Hút thuốc lá, n (%)	33 (15,0)	35 (15,9)	<0,001
Tập thể dục thường xuyên, (%)	23 (10,5)	128 (58,2)	<0,001
Cân nặng (kg), TV (Q1-Q3)	75 (68 – 81)	70 (65 – 78)	0,004
BMI (kg/m^2), TV (Q1-Q3)	30,0 (27,67 – 31,6)	27,1 (26,1 – 28,7)	<0,001
Phân độ béo phì			
Béo phì độ 1 (BMI 25 – 29,9 kg/m^2)	31 (14,1)	138 (62,7)	<0,001
Béo phì độ 2 (BMI ≥ 30 kg/m^2)	32 (14,5)	19 (8,6)	

TB ± ĐLC: trung bình ± độ lệch chuẩn; TV, trung vị; Q1-Q3, khoảng tứ phân vị; n, tần số; %, tỉ lệ phần trăm



*Hiệu chỉnh theo tuổi, giới, hút thuốc lá, tập thể dục, đái tháo đường và rối loạn lipid máu

Hình 2. Phân tán đồ mối liên quan giữa BMI và điểm PHQ-9

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong mô hình phân tích đa biến

Đặc điểm	Giá trị p	OR (KTC 95%)	VIF
Tuổi	0,434	0,99 (0,96–1,02)	1,131
Nữ	0,001	7,66 (2,22–26,43)	1,388
Béo phì độ 2 (BMI ≥ 30 kg/m^2)	< 0,001	4,90 (2,14–11,23)	1,136
Hút thuốc lá	< 0,001	10,08 (2,98–34,05)	1,399
Không tập thể dục	0,001	5,24 (1,95–14,11)	1,072
Đái tháo đường	0,067	2,26 (0,94–5,41)	1,252
Rối loạn lipid máu	0,567	1,30 (0,53–3,19)	1,246

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng thang điểm PHQ-9 với điểm cắt 10 khảo sát trên 220 bệnh nhân béo phì ghi nhận tỉ lệ rối loạn trầm cảm là 28,6%. Khi so sánh với các nghiên cứu tương tự trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu của Sharafi SE, tại Ả Rập vào năm

2020 và của Zhong W tại Mỹ vào năm 2010 [5,15], lần lượt là 20,9% và 14,1%, có thể là do sự khác biệt về cỡ mẫu, tiêu chí chẩn đoán béo phì và thang điểm dùng để tầm soát trầm cảm. Cỡ mẫu của hai nghiên cứu so sánh lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi, đồng thời, họ chẩn đoán bệnh nhân béo phì khi BMI ≥ 30 kg/m^2, sử dụng thang điểm CES-D và HADS với độ nhạy, độ đặc hiệu khác với thang điểm PHQ-9 của chúng tôi và sự khác biệt giữa chủng tộc, thói quen sinh hoạt, ăn uống giữa các quốc gia góp phần vào sự không đồng nhất này. Trái lại, tỷ lệ trầm cảm ghi nhận trong nghiên cứu của Carey M vào năm 2014 là 23% trong số 501 bệnh nhân béo phì tham gia nghiên cứu, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Bên cạnh những khác biệt về vùng miền, tập quán ăn uống, cỡ mẫu, khác biệt này phù hợp với xu hướng bùng nổ của bệnh trầm cảm trên toàn cầu, tỷ lệ trầm cảm có xu hướng tăng liên tục qua các năm [1]. Xu hướng tương tự được tìm thấy trong công trình của Luo H, Werrij MQ với tỷ lệ trầm cảm trong dân số béo phì lần lượt là 30,2% và 44,3% tại Trung Quốc và Ireland [7,16]. Hai tác giả này sử dụng thang điểm CES-D và BDI, với điểm cắt BMI chẩn đoán béo phì lần lượt là 28 và 30 kg/m^2, BMI trung bình và tuổi trung bình của cả hai nghiên cứu đều cao hơn chúng tôi phần nào giải thích khác biệt này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới cao hơn nam giới một cách có ý nghĩa trong phân tích hồi quy đa biến. Xu hướng này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây trên thế giới, như Zhao G, Kim JY [17,18]. Lý do về sự khác này nằm ở khía cạnh sinh học (sự thay đổi hormone sinh dục của nữ, quá trình phát triển,...) và tâm lý xã hội (xu hướng căng thẳng với các mối quan hệ xã hội, bạo lực gia đình, xâm hại tình dục,...) [19].

Bên cạnh đó, tỷ lệ trầm cảm cũng tỷ lệ thuận với cân nặng và BMI của bệnh nhân. Đối với mối quan hệ giữa trầm cảm và BMI, trên thế giới kết quả còn nhiều tranh cãi. Có nhiều bằng chứng ủng hộ tương quan dương giữa BMI, cân nặng và tình trạng trầm cảm như nghiên cứu của Zhong W, Sharafi SE [5,15]. Trái lại, một số nghiên cứu cho kết quả không tương đồng với chúng tôi như báo cáo của Ho RC [20]. Mặc dù vậy, mối liên quan giữa béo phì và trầm cảm có thể được giải thích bởi nhiều cơ chế sinh học và tâm lý – xã hội. Về mặt sinh học, béo phì liên quan với tình trạng viêm mạn mức độ thấp, rối loạn điều hòa trục hạ đồi – tuyến yên – thượng thận, thay đổi adipokine và chuyển hóa, cũng như những thay đổi của hệ vi sinh vật đường ruột và trục ruột – não; đây đồng thời là những cơ chế được ghi nhận trong sinh bệnh học của trầm cảm [21]. Mối liên quan này có thể mang tính hai chiều, do trầm cảm cũng có thể dẫn đến giảm hoạt động thể lực, thay đổi hành vi ăn uống và tăng cân. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại không đánh giá trực tiếp các cơ chế trung gian này nên chưa thể xác định con đường tác động cụ thể.

Lối sống đóng vai trò quan trọng làm tăng tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân béo phì. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ triệu chứng trầm cảm ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không hút thuốc lá trong phân tích đơn biến. Tương tự, tình trạng không tập thể dục thường xuyên cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với triệu chứng trầm cảm. Sự khác biệt này cũng vẫn có trong hồi quy logistic đa biến. Tương tự với chúng tôi, nhiều công trình trước đây cũng tìm thấy mối liên quan mật thiết giữa lối sống và trầm cảm, ví dụ như Soo SM, Wu Z [22,23]. Kết quả này được lý giải thông qua nhiều bằng chứng sinh lý bệnh. Cơ chế nền tảng dựa trên sự ức chế giải phóng dopamine, serotonin, acetylcholine, GABA, norepinephrine, glutamate… của nicotin, đây là những chất dẫn truyền thần kinh gây ra cảm giác hưng phấn, thỏa mãn, giảm triệu chứng trầm cảm và lo âu tạm thời [24].

Hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, dữ liệu chỉ được thu thập tại một trung tâm là bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, do đó có thể chưa đại diện cho dân số chung.

Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, chỉ bao gồm nhóm bệnh nhân bị béo phì và không thiết lập nhóm chứng (không béo phì) nên không khảo sát được tác động nhân quả của béo phì và trầm cảm.

Tuy nhiên, dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi có thể bước đầu hỗ trợ cho các nghiên cứu lớn, đa trung tâm trong tương lai nhằm đánh giá đầy đủ tình trạng trầm cảm trên bệnh nhân béo phì tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân béo phì điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là 28,6%. Tỷ lệ trầm cảm cao hơn

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.05

trong nhóm bệnh nhân béo phì là nữ giới, béo phì độ 2, có hút thuốc lá và không tập thể dục.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cám ơn lãnh đạo và tập thể khoa Khám bệnh, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, bộ môn Nội Tiết trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ cho công tác lấy mẫu được thuận lợi.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 156/2025/HĐ-ĐHYD ngày 17/04/2025.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Đỗ Thị Hương Giang
https://orcid.org/0009-0009-8552-6573

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Trần Quang Nam
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Trần Quang Nam, Đỗ Thị Hương Giang
Thu thập dữ liệu: Đỗ Thị Hương Giang, Mã Tùng Phát
Giám sát nghiên cứu: Trần Quang Nam, Mã Tùng Phát
Nhập dữ liệu: Đỗ Thị Hương Giang, Mã Tùng Phát
Quản lý dữ liệu: Trần Quang Nam, Mã Tùng Phát, Đỗ Thị Hương Giang
Phân tích dữ liệu: Trần Quang Nam, Đỗ Thị Hương Giang
Viết bản thảo đầu tiên: Đỗ Thị Hương Giang
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Trần Quang Nam, Mã Tùng Phát

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số QĐ: 3640/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 20/11/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reddy MS. Depression: the disorder and the burden. Indian J Psychol Med. 2010;32(1):1-2.
2. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. Archives of General Psychiatry. 2010;67(3):220-229.
3. Mueller J, Ahern AL, Jones RA, et al. The relationship of within-individual and between-individual variation in mental health with bodyweight: An exploratory longitudinal study. PLOS ONE. 2024;19(1):e0295117.
4. Ninla-Aesong P, Puangsri P, Kietdumrongwong P, et al. Being overweight and obese increases suicide risk, the severity of depression, and the inflammatory response in adolescents with major depressive disorders. Front Immunol. 2023;14:1197775.
5. Zhong W, Cruickshanks KJ, Schubert CR, et al. Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population. Depress Anxiety. 2010;27(9):846-51.
6. Carey M, Small H, Yoong SL, et al. Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2014;64(620):e122-7.
7. Luo H, Li J, Zhang Q, et al. Obesity and the onset of depressive symptoms among middle-aged and older adults in China: evidence from the CHARLS. BMC Public Health. 2018;18(1):909.
8. Vera-Ponce VJ, Torres-Malca JR, Ramos W, et al. Factors Associated with Symptoms of Depression among People with Obesity: Analysis of a 3-Year-Peruvian National Survey. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(3):1816.
9. Farooqi A, Gillies C, Sathanapally H, et al. A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. Prim Care Diabetes. 2022;16(1):1-10.
10. Elovainio M, Pulkki-Råback L, Kivimäki M, et al. Lipid trajectories as predictors of depressive symptoms: the

Young Finns Study. Health Psychol. 2010;29(3):237-45.
11. Hoàng Khánh Chi. Tầm soát trầm cảm và các yếu tố liên quan bằng bộ câu hỏi PHQ-9 ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. 2016.
12. Nguyen KT, Nguyen HP, Van den Broeck K, et al. Severity and Factors Associated with Depressive Symptoms Among Type 2 Diabetic Patients in Vietnam. J ASEAN Fed Endocr Soc. 2023;38(2):28-34.
13. Đặng Duy Thanh. Đánh giá sơ bộ giá trị của bảng câu hỏi sức khỏe bệnh nhân (PHQ-9) trong sàng lọc bệnh nhân trầm cảm. Y học thực hành. 2011;774:173-176.
14. Consultation WHOE. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet. 2004;363(9403):157-63.
15. Sharafi SE, Garmaroudi G, Ghafouri M, et al. Prevalence of anxiety and depression in patients with overweight and obesity. Obesity Medicine. 2020;17:100169.
16. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, et al. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. Patient Educ Couns. 2006;62(1):126-31.
17. Zhao G, Ford ES, Li C, et al. Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: national health and nutrition examination survey 2005-2006. BMC Psychiatry. 2011;11(1):130.
18. Kim JY, Chang HM, Cho JJ, et al. Relationship between obesity and depression in the Korean working population. J Korean Med Sci. 2010;25(11):1560-7.
19. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? Lancet Psychiatry. 2017;4(2):146-158.
20. Ho RC, Niti M, Kua EH, et al. Body mass index, waist circumference, waist-hip ratio and depressive symptoms in Chinese elderly: a population-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2008;23(4):401-8.
21. Milaneschi Y, Simmons WK, van Rossum EFC, et al. Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. Molecular Psychiatry. 2019;24(1):18-33.
22. Hong SM, Hur YI. Relationship between obesity and depression in Korean adults: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2014. Medicine (Baltimore). 2017;96(52):e9478.
23. Wu Z, Yue Q, Zhao Z, et al. A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005-2018). Front Public Health. 2023;11:1081706.
24. Taylor C, Fricker AD, Devi LA, et al. Mechanisms of action of antidepressants: from neurotransmitter systems to signaling pathways. Cell Signal. 2005;17(5):549-57.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.05