

REVIEW OF CHARACTERISTICS OF STRESS DISORDER IN PATIENTS WITH MIGRAINE HEADACHE

Dang Quoc Huy^{1*}, Luong Hai Duong², Pham Van Dung², Hoang Thi Dung³, Ha Van Quang³

¹Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

²Military Hospital 7, Military Region 3 - 12 Tue Tinh, Thanh Dong ward, Hai Phong city, Vietnam

³Military Hospital 103 - 261 Phung Hung, Ha Dong ward, Hanoi, Vietnam

Received: 24/09/2025

Revised: 24/10/2025; Accepted: 20/01/2026

ABSTRACT

Objectives: To identify some factors associated with stress disorders in outpatients with migraine headaches.

Research methods: A prospective, cross-sectional descriptive study conducted at the Neurology Clinic, Military Hospital 103, from April 2024 to April 2025. A total of 182 patients were interviewed using a standardized questionnaire, and stress disorder was assessed using the DASS 21 scale.

Results: 115 patients (63.2%) had stress disorder (DASS 21 ≥ 15), mainly at mild and moderate levels. Differences in stress disorder among patient groups by pain intensity, attack duration, and frequency were statistically significant ($p \leq 0.001$). Stress disorder differed significantly between groups with sleep disorders, anxiety disorders, depressive disorders, and those without each disorders ($p < 0.05$). However, only attack frequency ($p = 0.022$; OR = 2.3) and anxiety disorder ($p = 0.002$; OR = 4.1) showed moderate to strong associations with stress disorder. Epidemiological factors were not related to stress disorder.

Conclusion: Almost two-thirds of migraine patients experienced stress disorder, highlighting its severity among migraine patients. The factors associated with stress disorder in migraine patients were attack frequency and anxiety disorder status.

Keywords: Stress disorders, DASS 21, Migraine.

*Corresponding author

Email: bsdangquochuy@vmmu.edu.vn Phone: (+84) 964866185 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4242>



NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CĂNG THẲNG Ở BỆNH NHÂN ĐAU ĐẦU MIGRAINE

Đặng Quốc Huy^{1*}, Lương Hải Dương², Phạm Văn Dũng², Hoàng Thị Dung³, Hà Văn Quang³

¹Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, phường Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Quân y 7, Quân khu 3 - 12 Tuệ Tĩnh, phường Thành Đông, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, phường Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/09/2025

Ngày chỉnh sửa: 24/10/2025; Ngày duyệt đăng: 20/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn căng thẳng ở bệnh nhân đau đầu Migraine.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, được thực hiện tại Phòng khám Thần kinh, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025. Tổng số 182 bệnh nhân được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thống nhất và tình trạng rối loạn căng thẳng được đánh giá bằng thang điểm DASS 21.

Kết quả: 115 bệnh nhân (63,2%) có rối loạn căng thẳng (DASS 21 ≥ 15), chủ yếu ở mức độ vừa và nhẹ. Khác biệt rối loạn căng thẳng giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ đau, độ dài cơn, tần suất cơn đau có ý nghĩa thống kê ($p \leq 0,001$). Rối loạn căng thẳng ở các nhóm bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm và không có rối loạn trên có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên chỉ có tần suất cơn ($p = 0,022$; OR = 2,3) và rối loạn lo âu ($p = 0,002$; OR = 4,1) có mối liên quan vừa đến mạnh tới rối loạn căng thẳng. Các yếu tố dịch tễ không thấy mối liên quan tới rối loạn căng thẳng.

Kết luận: Gần hai phần ba số bệnh nhân Migraine có rối loạn căng thẳng cho thấy tính trầm trọng của rối loạn căng thẳng ở bệnh nhân Migraine. Các yếu tố liên quan vừa đến mạnh tới tình trạng rối loạn căng thẳng ở bệnh nhân Migraine là tần suất cơn và tình trạng rối loạn lo âu.

Từ khóa: Rối loạn căng thẳng, DASS 21, Migraine.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau đầu Migraine là một trong những rối loạn thần kinh mạn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến hơn một tỷ người mỗi năm và là gánh nặng kinh tế và xã hội to lớn. Đau đầu Migraine có thể tác động tiêu cực đến mọi khía cạnh của cuộc sống cá nhân, từ công việc, học tập đến các mối quan hệ gia đình [1]. Bệnh đặc trưng bởi các cơn đau nửa đầu mức độ từ vừa đến nặng kèm theo các triệu chứng buồn nôn, nôn, sợ ánh sáng và sợ tiếng ồn [2]. Nhiều nghiên cứu cho thấy, rối loạn căng thẳng (RLCT) như là một bệnh lý tâm thần đi kèm có mối liên hệ chặt chẽ và phức tạp với đau đầu Migraine. RLCT là yếu tố khởi phát cơn đau Migraine phổ biến nhất, với tỷ lệ gặp từ 50-80% [3]. Migraine và RLCT có quan hệ tương tác hai chiều và được chứng minh qua nhiều bằng chứng khoa học chia sẻ các con đường sinh học chung, bao gồm rối loạn dẫn truyền thần kinh, sự nhạy cảm của hệ limbic và vai trò của trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận và hệ thần kinh thực vật [4].

Tại Việt Nam, mặc dù nhận thức về tầm quan trọng của các bệnh lý đi kèm trong Migraine đang dần được nâng cao, nhưng các nghiên cứu về tình trạng RLCT ở bệnh nhân Migraine vẫn còn hạn chế và chưa có nhiều dữ liệu được công bố rộng rãi. Do đó, để bổ sung thêm các bằng chứng và cung cấp cơ sở khoa học vững chắc hơn cho

việc phát triển các biện pháp nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân Migraine, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu đặc điểm RLCT ở bệnh nhân đau đầu Migraine tại Bệnh viện Quân y 103 với mục tiêu chính là xác định mối liên quan giữa RLCT và một số đặc điểm lâm sàng quan trọng ở nhóm bệnh nhân đau đầu Migraine đang được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 182 bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025 với tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và dưới 60 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán đau đầu Migraine theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Đau đầu quốc tế (HIS) năm 2018 [2].

Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đủ khả năng hoàn thành được bộ câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

*Tác giả liên hệ

Email: bsdangquochuy@vmmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 964866185 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4242>

- Bệnh nhân được khám lấy thông tin bằng bộ câu hỏi phỏng vấn thống nhất được thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu. Các thông tin về các đặc điểm dịch tễ bao gồm tuổi, giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp. Các triệu chứng lâm sàng cũng được thu thập một cách đầy đủ gồm: vị trí đau đầu, tính chất đau đầu, độ dài cơn đau, mức độ đau, thời gian mắc bệnh, tần suất các cơn đau hàng tháng. Tình trạng rối loạn giấc ngủ được đánh giá theo thang điểm PSQI, tổng điểm PSQI > 5 điểm được coi là rối loạn giấc ngủ.

- Để đánh giá tình trạng RLCT, rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân đau đầu Migraine, chúng tôi sử dụng thang điểm DASS 21 (Depression, Anxiety, Stress Scale - 21). Thang điểm DASS 21 bao gồm 21 câu hỏi được chia thành 3 phần: các câu hỏi về các biểu hiện căng thẳng (Stress), các câu hỏi về các biểu hiện rối loạn lo âu (Anxiety), các câu hỏi về các biểu hiện rối loạn trầm cảm (Depression). Điểm của mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm từ 0-3 điểm tùy mức độ và thời gian xuất hiện triệu chứng. Trong thang điểm DASS 21 có 7 câu hỏi về RLCT, mỗi câu hỏi thành phần, sau khi cho điểm sẽ nhân 2 lần và tính tổng. Tổng điểm là 42 điểm và điểm ≥ 15 được chẩn đoán là RLCT; phân loại mức độ RLCT được tính như sau: 0-14 điểm là không có RLCT, 14-18 điểm là có RLCT mức độ nhẹ, 19-25 điểm là có RLCT mức độ vừa, 26-33 điểm là có RLCT mức độ nặng, ≥ 34 điểm là có RLCT mức độ rất nặng. Bệnh nhân có rối loạn lo âu khi tổng điểm của phần lo âu ≥ 8 điểm, và rối loạn trầm cảm khi tổng điểm của thành phần trầm cảm ≥ 10 điểm.

2.3. Xử lý số liệu

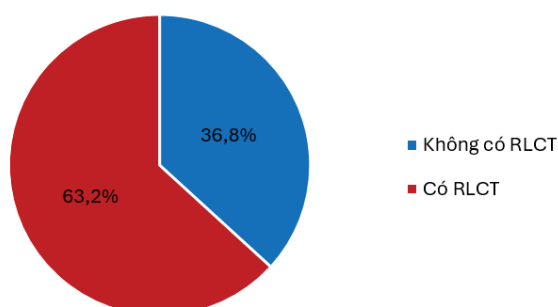
Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng tỉ lệ phần trăm và các bảng tần suất để mô tả những biến định tính. Kiểm định Chi bình phương, và tính toán chỉ số nguy cơ (OR) với khoảng tin cậy 95% (95% CI) được sử dụng. Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn cho nghiên cứu là $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng và giảm gánh nặng bệnh tật, đảm bảo quyền tự nguyện tham gia nghiên cứu của các đối tượng, không gây bất kỳ xâm lấn, nguy cơ bất lợi nào đối với người tham gia. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận trước khi tiến hành thu thập số liệu theo Quyết định số 88/QĐ-HĐĐĐ. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm RLCT ở bệnh nhân đau đầu Migraine



Biểu đồ 1. Tỷ lệ RLCT theo thang điểm DASS 21 (n = 182)

Qua thu thập dữ liệu từ 182 người bệnh đau đầu Migraine theo thang điểm DASS 21, có 115 bệnh nhân (chiếm 63,2%) có RLCT đi kèm.

Bảng 1. Tỷ lệ mức độ của RLCT theo thang điểm DASS 21 (n = 182)

Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	67	36,8
Nhẹ	57	31,3
Vừa	39	21,4
Nặng	19	10,4
Rất nặng	0	0

RLCT mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (31,3%), nhóm bệnh nhân có RLCT mức độ nặng là thấp nhất (10,4%), không có bệnh nhân nào có RLCT mức độ rất nặng.

3.2. Các yếu tố liên quan đến RLCT ở bệnh nhân đau đầu Migraine

Bảng 2. Mối liên quan giữa RLCT và các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 182)

Các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng		RLCT		P	OR (95% CI)
		Có	Không		
Tuổi	≤ 40	62 (62,0%)	38 (38,0%)	0,714	1,120 (0,611-2,055)
	> 40	53 (64,6%)	29 (35,4%)		
Giới	Nam	18 (51,4%)	17 (48,6%)	0,109	1,832 (0,869-3,826)
	Nữ	97 (66,0%)	50 (34,0%)		
Thể bệnh	Migraine có thoáng báo	25 (62,5%)	15 (37,5%)	0,919	0,963 (0,466-1,989)
	Migraine không có thoáng báo	90 (63,4%)	52 (36,6%)		
Mức độ đau	Vừa	33 (47,1%)	37 (52,9%)	$< 0,001$	3,065 (1,635-5,746)
	Nặng	82 (73,2%)	30 (26,8%)		
Độ dài cơn đau	≤ 24 giờ	79 (56,4%)	61 (43,6%)	0,001	4,633 (1,834-11,70)
	> 24 giờ	36 (85,7%)	6 (14,3%)		
Tần suất cơn	≤ 5 cơn/tháng	65 (53,3%)	57 (46,7%)	$< 0,001$	4,385 (2,037-9,463)
	> 5 cơn/tháng	50 (83,3%)	10 (16,7%)		
Thời gian mắc bệnh	≤ 10 năm	60 (57,1%)	45 (42,9%)	0,048	1,875 (1,001-3,512)
	> 10 năm	55 (71,4%)	22 (28,6%)		

Nhóm bệnh nhân đau đầu Migraine mức độ nặng có nguy cơ mắc RLCT cao gấp 3 lần so với nhóm đau đầu mức độ

vừa ($p < 0,001$); nhóm bệnh nhân có cơn đau kéo dài trên 24 giờ có nguy cơ mắc RLCT cao gấp 4,6 lần so với nhóm có cơn đau dưới 24 giờ ($p = 0,001$); nhóm bệnh nhân có tần suất cơn đau đầu trên 5 cơn/tháng có nguy cơ mắc RLCT cao gấp 4,3 lần nhóm có tần suất cơn ≤ 5 cơn/tháng ($p < 0,001$); nhóm bệnh nhân có thời gian mắc Migraine trên 10 năm có nguy cơ mắc RLCT cao gấp 1,8 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh ≤ 10 năm ($p = 0,048$). Các đặc điểm dịch tễ gồm tuổi, giới và đặc điểm thể bệnh có sự khác biệt về tỷ lệ mắc RLCT giữa các nhóm, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa RLCT và các rối loạn đi kèm (n = 182)

Các rối loạn đi kèm		RLCT		p	OR (95% CI)
		Có	Không		
Rối loạn giấc ngủ	Có	83 (68,6%)	38 (31,4%)	0,033	1,979 (1,052-3,725)
	Không	32 (52,5%)	29 (47,5%)		
Rối loạn lo âu	Có	69 (85,2%)	12 (14,8%)	0,001	4,875 (1,322-14,23)
	Không	46 (45,5%)	55 (54,5%)		
Rối loạn trầm cảm	Có	57 (80,3%)	14 (19,7%)	0,001	3,720 (1,860-7,441)
	Không	58 (52,3%)	53 (47,7%)		

Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc RLCT giữa các nhóm bệnh nhân có và không có rối loạn giấc ngủ với $p = 0,033$ (OR = 1,979), có và không có rối loạn lo âu với $p = 0,001$ (OR = 4,875), có và không có rối loạn trầm cảm với $p = 0,001$ (OR = 3,720).

Bảng 4. Kết quả hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố có liên quan với RLCT (n = 182)

Yếu tố	SE	Wald χ^2	p	OR	95% CI
Tuổi	0,415	0,854	0,355	0,681	0,302-1,537
Giới	0,439	0,836	0,361	1,494	0,632-3,535
Thể bệnh	0,449	1,015	0,314	0,636	0,264-1,533
Mức độ đau	0,422	0,549	0,459	1,367	0,598-3,128
Độ dài cơn	0,553	0,575	0,448	1,521	0,515-4,492
Tần suất cơn/tháng	0,490	3,017	0,022	2,343	0,896-6,124
Thời gian mắc bệnh	0,431	0,312	0,576	1,273	0,546-2,965
Rối loạn giấc ngủ	0,443	1,656	0,198	0,565	0,237-1,348
Rối loạn lo âu	0,451	9,906	0,002	4,129	1,707-9,983
Rối loạn trầm cảm	0,433	2,229	0,135	1,908	0,817-4,454

Tần suất cơn/tháng, rối loạn lo âu là các yếu tố liên quan độc lập và đáng kể đến RLCT, với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận 63,2% bệnh nhân đau đầu Migraine có RLCT theo thang điểm DASS 21.

Đáng chú ý, phần lớn các trường hợp RLCT được phát hiện ở mức độ nhẹ (31,3%), không có trường hợp nào có RLCT mức độ rất nặng. Kết quả nghiên cứu này cho thấy sự diễn tiến tuần tự và gợi ý rằng có tính chất nhân quả, khi RLCT đi sau và chiếm tỷ lệ cao ở những bệnh nhân đau đầu Migraine. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của George A và cộng sự (2023) [5], khi nghiên cứu về đau đầu Migraine và các bệnh tâm thần đồng mắc. Phát hiện này cho thấy RLCT không phải là một bệnh ngẫu nhiên mà là một đặc điểm phổ biến của đau đầu Migraine. Nó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sức khỏe tâm thần như một phần của quy trình chẩn đoán và điều trị toàn diện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, RLCT mức độ nhẹ (31,3%) chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này cho thấy nhiều bệnh nhân phải đối mặt với một dạng căng thẳng mạn tính, thường xuyên, do việc phải sống chung với cơn đau đầu Migraine. Ngay cả khi căng thẳng ở mức độ nhẹ, nó vẫn có thể làm giảm chất lượng cuộc sống và có khả năng làm tăng gánh nặng của Migraine. So với các nghiên cứu khác trên thế giới, tỷ lệ RLCT là 63,2% trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Vgontzas A và cộng sự (2021) cho kết quả tỷ lệ RLCT là 52% [6]. Sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ này có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như thiết kế nghiên cứu, quần thể và phương pháp đánh giá RLCT được các nghiên cứu sử dụng. Stubberud A và cộng sự (2021) đã gợi ý rằng sự thiếu nhất quán trong các công cụ đo lường có thể giải thích sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy RLCT ở bệnh nhân Migraine có liên quan mật thiết đến các đặc điểm lâm sàng, trong khi yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, thể bệnh) không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đây là một phát hiện quan trọng, nhấn mạnh rằng gánh nặng của đau đầu Migraine chứ không phải các yếu tố nhân khẩu học mới là yếu tố quyết định trong nguy cơ mắc RLCT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng bệnh nhân Migraine đau nặng có nguy cơ RLCT cao gấp khoảng 3 lần so với bệnh nhân đau vừa (OR = 3,065; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Buse D.C và cộng sự [8], trong đó mức độ đau được xác định là yếu tố nguy cơ hàng đầu cho stress và các rối loạn tâm lý liên quan. Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là RLCT xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có cơn đau trên 24 giờ (OR = 4,633; $p = 0,001$). Điều này gợi ý rằng tính dai dẳng và kéo dài của cơn đau đầu Migraine có thể tạo ra gánh nặng tâm lý lớn hơn, làm gia tăng cảm nhận stress và khả năng hình thành RLCT. Radat F (2013) từng nhấn mạnh rằng các cơn đau đầu Migraine kéo dài, khó kiểm soát có thể thúc đẩy sự bất lực tâm lý và làm trầm trọng thêm tình trạng căng thẳng [3]. Bên cạnh đó, tần suất cơn đau đầu Migraine cao (> 5 cơn/tháng) làm tăng nguy cơ RLCT hơn 4 lần (OR = 4,385; $p < 0,001$). Kết quả này hoàn toàn nhất quán với Stubberud A và cộng sự (2021), khi kết luận rằng stress không chỉ là yếu tố khởi phát mà còn có thể góp phần vào tiến trình mạn tính hóa Migraine [7]. An Y.C và cộng sự cũng nhận định tỷ lệ mắc RLCT cao hơn đáng kể ở những người bị đau đầu Migraine tần suất cao so với những người bị đau đầu Migraine có tần suất thấp [9]. Một phát hiện

khác là bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm có nguy cơ RLCT cao hơn đáng kể so với bệnh nhân mắc bệnh ≤ 10 năm ($OR = 1,875$; $p = 0,048$). Theo George A và cộng sự (2023), tình trạng mắc đau đầu Migraine kéo dài có thể dẫn tới đồng mắc các rối loạn tâm thần, đặc biệt là RLCT [5]. Ngoài ra, An Y.C và cộng sự (2019) nhấn mạnh rằng thời gian mắc đau đầu Migraine cũng ảnh hưởng đến mức độ stress [9]. Do đó, thời gian mắc bệnh dài có thể phản ánh sự suy giảm dần khả năng thích ứng, làm RLCT trở nên nổi bật hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi, giới và thể bệnh Migraine không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về RLCT. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Rafique N và cộng sự (2020), khi không tìm thấy mối liên hệ trực tiếp giữa đặc điểm nhân khẩu học với stress ở nữ sinh viên mắc Migraine [10]. Thay vào đó, mức độ stress lại liên quan nhiều hơn đến yếu tố lối sống và chất lượng giấc ngủ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân Migraine có bệnh đi kèm là rối loạn giấc ngủ có nguy cơ mắc RLCT cao gấp đôi so với nhóm không có rối loạn giấc ngủ. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Vgontzas A và cộng sự (2021), nhận thấy chất lượng giấc ngủ kém có mối liên quan với stress cũng như triệu chứng trầm cảm [6]. Rafique N và cộng sự (2020) cũng nhấn mạnh rằng chất lượng giấc ngủ kém và stress có mối tương quan đáng kể [10]. Như vậy, rối loạn giấc ngủ và RLCT dường như tạo thành vòng xoắn bệnh lý, trong đó RLCT gây khó ngủ, giấc ngủ kém lại làm tăng nguy cơ RLCT. Nguy cơ mắc RLCT ở bệnh nhân Migraine có rối loạn lo âu cao gấp gần 5 lần so với nhóm không lo âu. Đây là một phát hiện nhất quán với các nghiên cứu trên thế giới. George A và cộng sự (2023) cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa Migraine và các rối loạn tâm thần, trong đó lo âu thường đi kèm với stress và làm nặng thêm gánh nặng bệnh [5]. Stubberud A và cộng sự (2021) kết luận rằng stress không chỉ khởi phát Migraine mà còn là yếu tố trung gian quan trọng trong mối quan hệ giữa Migraine và lo âu [7]. Kết quả này củng cố nhận định rằng lo âu và stress có mối quan hệ tương hỗ, cùng thúc đẩy tiến trình bệnh Migraine. Chúng tôi cũng ghi nhận RLCT có liên quan mạnh đến rối loạn trầm cảm, với nguy cơ cao gấp 3,7 lần so với bệnh nhân không trầm cảm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của George A và cộng sự (2023), cho thấy sự đồng mắc giữa Migraine và trầm cảm thường xuyên đi kèm với stress mạn tính [5]. Hơn nữa, nghiên cứu của Sic A và cộng sự (2025) chỉ ra rằng stress kéo dài làm thay đổi hoạt động trục hạ đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận và hệ thần kinh tự động, tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân đau đầu Migraine [4]. Các bằng chứng này giải thích tại sao bệnh nhân Migraine đồng mắc trầm cảm dễ xuất hiện RLCT hơn, đồng thời gợi ý rằng stress có thể là một cơ chế sinh học chung cho cả hai bệnh lý.

Qua phân tích đa biến chúng tôi nhận thấy rối loạn lo âu là yếu tố có mối liên hệ mạnh mẽ nhất với RLCT. Với giá trị $p < 0,001$ và $OR = 4,129$ (95% CI: 1,707-9,983), kết quả này cho thấy một bệnh nhân có rối loạn lo âu có khả năng mắc RLCT cao hơn gấp khoảng 4,1 lần so với người không có. Mặc dù các khái niệm căng thẳng (stress) và lo âu

(anxiety) có sự khác biệt, nhưng chúng thường đi kèm và chia sẻ nhiều cơ chế sinh học, tâm lý. Kết quả này củng cố mối liên hệ chặt chẽ giữa hai rối loạn này, cho thấy lo âu là một yếu tố dự báo mạnh mẽ cho sự hiện diện của căng thẳng. Tần suất cơn/tháng cũng có mối liên hệ đáng kể với RLCT ($p = 0,022$, $OR = 2,343$; 95% CI: 0,896-6,124). Điều này có nghĩa là bệnh nhân có tần suất cơn đau đầu Migraine cao hơn sẽ có nguy cơ mắc RLCT cao hơn gấp khoảng 2,3 lần. Tần suất cơn đau cao, đặc biệt là ở những bệnh nhân là Migraine mạn tính, có thể tạo ra một trạng thái căng thẳng mạn tính, xuất phát từ nỗi sợ cơn đau tiếp theo và sự ảnh hưởng của nó đến cuộc sống hàng ngày. Một điểm đáng chú ý là nhiều yếu tố khác, mặc dù có thể liên quan trong phân tích đơn biến, nhưng lại không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến này. Điều này gợi ý rằng tác động của chúng có thể bị trung hòa bởi các yếu tố mạnh hơn. Mặc dù cơn đau nặng và kéo dài chắc chắn gây căng thẳng, nhưng mô hình hồi quy cho thấy tác động của chúng có thể được hấp thụ bởi yếu tố tần suất cơn. Điều này có thể có nghĩa là chính tính lặp lại và sự không thể đoán trước của cơn đau, được đo bằng tần suất, mới là yếu tố nguy cơ chính gây ra RLCT. Kết quả phân tích cho thấy rối loạn giấc ngủ không có mối liên hệ độc lập với RLCT ($p = 0,198$), điều này có thể giải thích rằng rối loạn lo âu và tần suất cơn đau là hai yếu tố có mối liên hệ rất chặt chẽ với rối loạn giấc ngủ. Do đó, khi chúng được đưa vào mô hình, tác động của rối loạn giấc ngủ không còn là độc lập.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự đồng mắc cao giữa đau đầu Migraine và RLCT, với tỷ lệ 63,2% bệnh nhân mắc RLCT ở các mức độ khác nhau. Phần lớn các trường hợp RLCT được ghi nhận ở mức độ nhẹ và vừa. Chúng tôi nhận thấy các yếu tố lâm sàng của Migraine như mức độ đau, độ dài cơn, và tần suất cơn đau cao là những yếu tố quyết định hàng đầu trong việc hình thành RLCT; đặc biệt, tần suất cơn đau đã được xác định là yếu tố liên quan rất mạnh trong mô hình đa biến. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng tìm thấy mối quan hệ tương hỗ phức tạp giữa RLCT và các bệnh lý đồng mắc khác như rối loạn lo âu, trầm cảm và rối loạn giấc ngủ. Những phát hiện này củng cố tầm quan trọng của việc tiếp cận điều trị đa chiều, kết hợp kiểm soát cơn đau Migraine hiệu quả với các chiến lược quản lý stress để cải thiện toàn diện chất lượng sống cho bệnh nhân.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Amiri P, Kazeminasab S, Nejadghaderi S.A et al. Migraine: a review on its history, global epidemiology, risk factors, and comorbidities. *Front Neurol*, 2022, 12: 800605.
- [2] Arnold M. Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders. *Cephalalgia*, 2018, 38 (1): 1-211.
- [3] Radat F. Stress et migraine. *Rev Neurol*, 2013, 169 (5): 406-412.

- [4] Sic A, Bogicevic M, Brezic N, Nemr C, Knezevic N.N. Chronic stress and headaches: the role of the HPA axis and autonomic nervous system. *Biomedicines*, 2025, 13 (2): 463.
- [5] George A, Minen M.T. Episodic migraine and psychiatric comorbidity: a narrative review of the literature. *Current Pain and Headache Reports*, 2023, 27 (9), 461-469.
- [6] Vgontzas A, Li W, Mostofsky E, Mittleman M.A, Bertisch S.M. Baseline sleep quality, stress, and depressive symptoms, and subsequent headache occurrence in a six-week prospective cohort study of patients with episodic migraine. *Headache*, 2021, 61 (5): 727-733.
- [7] Stubberud A, Buse D.C, Kristoffersen E.S et al. Is there a causal relationship between stress and migraine? Current evidence and implications for management. *J Headache Pain*, 2021, 22 (1): 155.
- [8] Buse D.C, Lipton R.B, Serrano D et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *J Headache Pain*, 2020, 21 (1): 23.
- [9] An Y.C, Liang C.S, Lee J.T et al. Effect of sex and adaptation on migraine frequency and perceived stress: a cross-sectional case-control study. *Front Neurol*, 2019, 10: 598.
- [10] Rafique N, Al-Asoom L.I, Latif R et al. Prevalence of migraine and its relationship with psychological stress and sleep quality in female university students in Saudi Arabia. *J Pain Res*, 2020, 13: 2423-2430.