

SỞ Y TẾ TỈNH BẠC LIÊU

**BÁO CÁO TÓM TẮT KẾT QUẢ THỰC HIỆN
NHIỆM VỤ KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ
CẤP CƠ SỞ**

**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TRẦM CẢM, LO ÂU
VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN
Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI
TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN ĐÔNG HẢI
NĂM 2023**

Tổ chức chủ trì: Trung tâm Y tế huyện Đông Hải

Chủ nhiệm nhiệm vụ: Quách Hải Linh

ĐÔNG HẢI - 2024

SỞ Y TẾ TỈNH BẠC LIÊU

**BÁO CÁO TÓM TẮT KẾT QUẢ THỰC HIỆN
NHIỆM VỤ KHOA HỌC VÀ CÔNG NGHỆ
CẤP CƠ SỞ**

**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TRẦM CẢM, LO ÂU
VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN
Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ
NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN ĐÔNG HẢI
NĂM 2023**

Chủ nhiệm nhiệm vụ

(ký tên)

Quách Hải Linh



Cơ quan chủ trì đề tài
(ký tên và đóng dấu)

Đặng Văn Khuôn

ĐÔNG HẢI – 2024

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật [74]. Có tới hơn 100 triệu người bị rối loạn sức khỏe tâm thần ở khu vực Tây Thái Bình Dương. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc 10 chứng rối loạn tâm thần phổ biến trong năm 2014 là 14,2%, trong đó riêng rối loạn trầm cảm chiếm 2,45% [74]. Trầm cảm dễ xảy ra trên các bệnh nhân có rối loạn lo âu gấp 9 lần và gấp 6 lần ở những bệnh nhân mắc ít nhất 2 bệnh mạn tính [76]. Tỷ lệ đồng mắc lo âu ở bệnh nhân ĐTĐ 8,2%, THA 25,5%; ở người trầm cảm, tỷ lệ ĐTĐ 13,2%, THA 30,6%; tỷ lệ trầm cảm, lo âu phối hợp từ 3,5% đến 38,8% [59]. Vòng xoắn bệnh lý này làm cản trở nỗ lực điều trị, tăng gánh nặng bệnh tật, khi đồng mắc trầm cảm và lo âu thì tiên lượng kết cục lâm sàng xấu hơn, gia tăng nguy cơ đồng mắc thêm các bệnh thực thể khác [27].

Mặc dù vậy, thực trạng này hiện vẫn chưa được quan tâm một cách đúng mức, theo khảo sát về sức khỏe tâm thần của WHO, có đến 35% bệnh nhân rối loạn lo âu tự điều trị bằng bia rượu, đến 75% bệnh nhân trầm cảm không được điều trị [35],[62]; trầm cảm chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân bệnh mạn tính, nhưng chỉ có 35% bệnh nhân bị trầm cảm được điều trị bởi các bác sĩ tâm thần trong số 47% bệnh nhân trầm cảm được chẩn đoán [30]. Trong quá trình thực hành lâm sàng chúng tôi nhận thấy có khá nhiều trường hợp rối loạn lo âu, trầm cảm bị bỏ sót với các biểu hiện khác nhau, trong đó, rối loạn giấc ngủ chiếm số đông bệnh nhân nhưng chưa được đánh giá và điều trị phù hợp; rối loạn giấc ngủ là triệu chứng thường gặp nhất (93,6%) của trầm cảm trên bệnh nhân đái tháo đường [1]. Trung tâm y tế huyện Đông Hải chưa có một khảo sát nào tương tự trước đây được thực hiện để đánh giá thực trạng này. Nghiên cứu này sẽ cung cấp một bằng chứng khoa học có giá trị, giúp phát hiện và quản lý sớm, nâng cao hiệu quả điều trị bệnh mạn tính, cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

*** Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Xác định các tỷ lệ trầm cảm, lo âu, trầm cảm phối hợp lo âu ở bệnh nhân mắc bệnh mãn tính điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải năm 2023;
2. Xác định các yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân mắc bệnh mãn tính điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải năm 2023;
3. Đề xuất hướng xử trí theo mức độ trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân mắc bệnh mãn tính điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải năm 2023.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa và phân loại bệnh mạn tính

Bệnh mạn tính, còn được biết là các bệnh không lây nhiễm, không lây từ người sang người, chúng có thời gian dài và thường tiến triển chậm, đặc trưng bởi các đặc điểm sau [24]:

Không phải là kết quả của một quá trình nhiễm trùng (cấp tính)

“Không lây nhiễm”

Gây bệnh tật sớm, rối loạn chức năng và giảm chất lượng cuộc sống

Thường phát triển và tiến triển trong thời gian dài

Khởi đầu thường âm thầm

Một khi đã biểu hiện thì thường có một thời gian sức khỏe suy giảm kéo dài.

Bao gồm các bệnh lý như: bệnh tim mạch (bao gồm bệnh lý mạch vành và đột quỵ); ung thư; bệnh phổi mạn tính; đái tháo đường (ĐTĐ); các rối loạn thần kinh mạn tính (như Alzheimer's, sa sút trí tuệ); viêm khớp/các bệnh lý cơ xương khớp [73].

Nhiều người mắc bệnh mạn tính không chỉ một bệnh chủ yếu duy nhất mà họ gặp phải tình trạng đa bệnh lý - sự hiện diện của 2 bệnh mạn tính trở lên ở một người cùng một lúc. Hậu quả kinh tế và xã hội của chúng có thể ảnh hưởng

đến chất lượng cuộc sống của người dân, chiếm tỷ lệ tử vong và bệnh tật rất cao. Tổng cộng có 41 triệu người – 74% tổng số ca tử vong – chết vì bệnh không lây nhiễm mỗi năm [20],[73].

1.2. Tổng quan về trầm cảm, lo âu

* Các biểu hiện của Trầm cảm [3]

Triệu chứng chính

Cảm xúc trầm cảm

Mất hứng thú

Ăn mất ngon

Rối loạn giấc ngủ

Rối loạn tâm thần vận động

Mất sinh lực

Mặc cảm tự ti và ý tưởng bị tội

Thiếu quyết đoán và giảm tập trung

Ý tưởng tự sát:

Triệu chứng cơ thể: Đó là đau đầu, đau lưng, chuột rút, buồn nôn, nôn, táo bón, thở nhanh, thở sâu, đau ngực. Chính các triệu chứng này làm bệnh nhân trầm cảm đến các cơ sở đa khoa thay vì tâm thần.

Triệu chứng loạn thần: Đó là các triệu chứng ảo giác và hoang tưởng. Biểu hiện lâm sàng của rối loạn lo âu.

* Các biểu hiện của lo âu

Bảng 1.1. Triệu chứng lâm sàng của rối loạn lo âu

Cơ thể	Đánh trống ngực, tim nhanh, tăng huyết áp Cảm giác tê, châm chích ở đầu chi Bùn rùn, yếu cơ, run tay chân Thở nhanh, hụt hơi, nghẹt thở Căng cơ, đau căng đầu, đau mỏi vai gáy
---------------	--

	Còn cào ở bụng, nghẹn họng, tiêu chảy Đi tiểu gấp, nhiều lần, lát nhất Đồng tử mở to, vã mồ hôi Choáng váng, hoa mắt, đầu lâng lâng, mất ngủ, mệt mỏi
Cảm xúc	Bồn chồn, bứt rứt Khó chịu mơ hồ
Tư duy	Nghĩ đến các mối đe dọa Nghĩ đến các hậu quả tiêu cực
Hành vi	Không yên, kích thích tâm thần vận động: nhíp chân, xoắn vặn tay, cắn móng tay, cào da Đáp ứng nhằm giảm thiểu hay tránh né các mối đe dọa hoặc cảm giác khó chịu

*** Phân biệt rối loạn lo âu lan tỏa với lo âu không bệnh lý**

Thứ nhất, lo lắng đi kèm rối loạn lo âu lan tỏa là quá mức trong khi lo lắng trong cuộc sống thường ngày thì không quá mức, có thể kiểm soát được và có thể cởi bỏ nếu có vấn đề gì khẩn cấp hơn xảy ra. Thứ hai, lo lắng đi kèm với rối loạn lo âu lan tỏa mang tính chất lan tỏa, mạnh mẽ và gây đau khổ; kéo dài; và thường xuyên xuất hiện. Đối tượng càng lo lắng về nhiều chủ đề trong cuộc sống (ví dụ: tài chính, sự an toàn của con cái, chất lượng công việc) thì càng có khả năng đạt đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa. Thứ ba, lo lắng đi kèm với rối loạn lo âu lan tỏa có vẻ như đi kèm với triệu chứng cơ thể nhiều hơn là lo lắng thường ngày (ví dụ: cảm giác bồn chồn, bứt rứt hay bất an). Thứ tư, bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa khai rằng họ đau khổ vì sự lo lắng thường trực, sự suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp và các lĩnh vực quan trọng khác.

1.3. Rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Trầm cảm có thể làm trầm trọng thêm diễn biến của bệnh lý nội khoa do tác động lên (1) các yếu tố tiền viêm, (2) trục vùng dưới đồi - tuyến yên, (3) hệ thần kinh tự chủ và (4) các yếu tố chuyển hoá, ngoài ra còn liên quan đến (4) nguy cơ béo phì, lối sống ít vận động, hút thuốc lá, và (5) kém tuân thủ điều trị [72]. Những bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính có tỷ lệ trầm cảm chủ yếu cao gấp 2-3 lần so với những bệnh nhân chăm sóc ban đầu ở cùng độ tuổi và giới tính. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân chăm sóc ban đầu là từ 5% đến 10%, trong khi tỷ lệ trầm cảm chủ yếu ở bệnh nhân ĐTĐ và bệnh mạch vành được ước tính lần lượt là 12 – 18% và 15 – 23% [71].

Tỷ lệ mắc rối loạn lo âu trong đời là rất cao, sự hiện diện của bất kỳ chứng rối loạn lo âu nghiêm trọng nào đều làm tăng nguy cơ mắc các bệnh nội khoa mạn tính, bao gồm viêm khớp, đau mạn tính, bệnh tim, đột quy, tăng huyết áp, hen suyễn và loét dạ dày [88]. Rối loạn lo âu dự đoán các rối loạn về tim mạch, các vấn đề về đường tiêu hóa, các vấn đề về sinh dục và chứng đau nửa đầu [46]. Một điều thú vị là “các giai đoạn căng thẳng tâm lý cấp tính hoặc mạn tính lặp đi lặp lại có thể tạo ra những thay đổi viêm mạn tính”, và các bệnh như: xơ vữa động mạch, viêm khớp và các bệnh khác có thể được gây ra hoặc làm trầm trọng thêm bởi các tình trạng tâm lý [53].

Phản ứng viêm cũng có thể quan trọng trong bệnh mạch vành, trong đó các triệu chứng lo âu gia tăng có thể làm tăng nguy cơ mắc các biến cố thiếu máu cục bộ [31]. Do sự tồn tại của các chất trung gian sinh học cụ thể giữa căng thẳng và viêm, bao gồm cả yếu tố giải phóng corticotropin. Protein phản ứng C, đã được chứng minh là cao hơn đáng kể ở nam giới mắc chứng rối loạn lo âu so với những người không mắc chứng rối loạn lo âu [26]. Hơn nữa, căng thẳng và lo lắng có thể dẫn đến những thay đổi sinh lý qua trung gian thay đổi nồng độ hormone, đặc biệt trong trường hợp lo âu mạn tính. Những người mắc

chúng rối loạn lo âu có thể biểu hiện nhiều hành vi sức khỏe không thích hợp làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạn tính trong tương lai [32],[37],[44].

1.4. Các công cụ đánh giá trầm cảm, lo âu

* *Thang điểm PHQ-9*

PHQ-9 được khuyến nghị trong DSM-5, điểm PHQ-9 trung bình cao hơn đáng kể ở những người trầm cảm (khoảng 12 điểm) so với không trầm cảm (5 điểm) [41] với độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 85% tương tự đối với ngưỡng ≥ 10 . Tuy nhiên, PHQ-9 không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán [22],[43],[50],[56],[69].

* *Thang điểm GAD-7*

Thang đo GAD-7 được phát triển như một công cụ sàng lọc chứng GAD ở các cơ sở chăm sóc ban đầu, gồm 7 mục đánh giá và ngày càng được sử dụng như một thước đo cho sự lo lắng nói chung và trong nghiên cứu về rối loạn lo âu [21],[27],[42],[58]. Việc sử dụng GAD-7 cho các chứng rối loạn lo âu khác được đảm bảo vì GAD là một chứng rối loạn lo âu có mức độ bệnh đi kèm cao. Sự cân bằng tối ưu giữa độ nhạy và độ đặc hiệu cho chẩn đoán GAD được tìm thấy là ngưỡng cắt ≥ 10 [36],[58].

1.5. Khuyến cáo xử trí trầm cảm, lo âu dựa trên mức độ nặng

* *Khuyến cáo xử trí trầm cảm theo mức độ nặng [45]*

Bảng 1.4. Các can thiệp trị liệu trầm cảm theo mức độ nặng

Trách nhiệm	Trọng tâm	Hướng can thiệp
Bác sĩ đa khoa Bác sĩ gia đình Điều dưỡng	Nhận diện	Đánh giá
Bác sĩ chuyên khoa tâm thần Bác sĩ đa khoa Bác sĩ gia đình	Trầm cảm nhẹ	Quan sát, giáo dục tâm lý, can thiệp tâm lý xã hội. Phương pháp điều trị tâm lý hoặc sinh học, hoặc cả hai (nếu thích hợp)
	Trầm cảm trung bình đến nặng	Thuốc hoặc tâm lý trị liệu, hoặc cả hai, các can thiệp

Trách nhiệm	Trọng tâm	Hướng can thiệp
		tâm lý xã hội
Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, bao gồm nhóm chăm sóc khủng hoảng	Trầm cảm kháng trị/tái phát/không điển hình hoặc có loạn thần, hay những người có nguy cơ đặc biệt	Thuốc, điều trị phức hợp tâm lý trị liệu, điều trị phối hợp
Nhóm chăm sóc nội trú, chăm sóc khủng hoảng	Mất chức năng nặng hoặc nguy cơ tự sát, gây hại cho người xung quanh	Thuốc, điều trị phối hợp, liệu pháp xung điện

** Khuyến cáo về xử trí rối loạn lo âu theo mức độ nặng [58]*

Bảng 1.5. Các khuyến cáo can thiệp trị liệu rối loạn lo âu theo mức độ nặng

Điểm	Độ nặng	Khuyến cáo hướng xử trí
0 – 4	Không	Không cần theo dõi.
5 – 7	Nhẹ	Nên theo dõi các triệu chứng và theo dõi theo chỉ định.
8 – 9	Nhẹ	Có khả năng mắc chứng lo âu hoặc rối loạn liên quan. Lặp lại GAD-7 mỗi 4 tuần để theo dõi các triệu chứng. Theo dõi để xác định xem các triệu chứng hiện tại có đủ điều kiện giới thiệu đến chuyên khoa tâm thần không.
10 – 14	Trung bình	Cá nhân này có khả năng được chẩn đoán rối loạn lo âu hoặc rối loạn liên quan. Các triệu chứng của họ có ý nghĩa lâm sàng và cần được đánh giá thêm (bao gồm hỏi bệnh sử và khám tâm thần) và/hoặc giới thiệu đến một chuyên gia sức khỏe tâm thần.
15 – 21	Nặng	Các triệu chứng lo âu của người này có thể cần điều trị tích cực. Có khả năng được chẩn đoán mắc chứng lo âu hoặc rối loạn liên quan. Đánh giá thêm (bao gồm hỏi bệnh và khám tâm thần) và/hoặc giới thiệu đến một chuyên gia sức khỏe tâm thần.

1.6. Tình hình nghiên cứu trầm cảm, lo âu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

*** Các nghiên cứu trên thế giới**

Alkaabi AJ. sử dụng PHQ-9 đánh giá 417 bệnh nhân ngoại trú; tỷ lệ trầm cảm 21,1%, trầm cảm nặng 1,7% và nhẹ - trung bình 34,7% [18].

Nour Fattouh nghiên cứu trên 150 BN nội trú mắc bệnh mạn tính bằng thang điểm HADS, kết quả ghi nhận có 21,3% trầm cảm lâm sàng; 61,3% lo âu [51].

Eden A. Mehari sử dụng thang điểm DASS-21 đánh giá trầm cảm, lo âu trên các bệnh nhân bệnh mạn tính trong giai đoạn dịch COVID-19 tại Ethiopia, tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân nội khoa mạn tính là 16,3% và 17,9% [28].

Saba Moussavi và cs dựa trên số liệu của cuộc khảo sát sức khỏe thế giới của WHO, tỷ lệ trầm cảm theo ICD-10 của những người có mắc ít nhất 01 bệnh mạn tính là 9,3 – 23% [60].

Swathi M. và cs (2023), tỷ lệ rối loạn lo âu: 51,1%; tỷ lệ trầm cảm: 58,8% [67].

Supa Pengpid và Karl Peltzer (2019), thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Myanmar và Việt Nam, tỷ lệ rối loạn lo âu 12,7%; trầm cảm 19,9%. Tại Việt Nam, các tỷ lệ này lần lượt là 15,3% và 14,2% [67].

*** Các nghiên cứu trong nước**

Vũ Thị Thanh Huyền, Trần Xuân Bách và cs (2018) nghiên cứu cắt ngang trên các BN ĐTD cao tuổi, tỷ lệ trầm cảm nhẹ 69,4%; trung bình - nặng 10%. [9].

Trần Thị Hà An, Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Khoa Diệu Vân (2018), tỷ lệ trầm cảm 48,2% theo BDI; 44,5% theo ICD-10; Tỷ lệ lo âu chiếm 62,7% trong tổng số 110 BN trầm cảm theo ICD-10 [1].

Nguyễn Đức Minh, Phạm Lê An (2019), Tỷ lệ rối loạn lo âu: 12,79%; Tỷ lệ trầm cảm: HADS-D: 32%; PHQ-9: 34,18%; HADS-D + PHQ-9: 19,9%. Tỷ lệ lo âu, trầm cảm phối hợp: 72.9% [10].

Nguyễn Tiên Quang (2021) sử dụng GAD-7 với ngưỡng ≥ 10 điểm trên các bệnh nhân ung thư tiêu hoá, tỷ lệ rối loạn lo âu 30,6% [13].

Lý Lan Chi, Ngô Văn Truyền (2022) nghiên cứu trầm cảm trên BN ĐTĐ theo ICD-10 cho thấy tỷ lệ trầm cảm 58% [5].

Lê Minh Hoàng, Nguyễn Văn Thống và cs (2022) nghiên cứu mô tả cắt ngang trong giai đoạn COVID-19 bằng GAD-7, tỷ lệ lo âu chung là 55,22%.

*** Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu trên bệnh nhân mắc bệnh mạn tính**

- Giới: Nữ giới là yếu tố dự báo tốt về lo âu [23].

- Thu nhập: thu nhập thấp là một yếu tố nguy cơ của rối loạn lo âu, trầm cảm [10],[11],[17].

- Tình trạng hôn nhân: góa, ly hôn có liên quan đến lo âu, trầm cảm. Theo Nguyễn Đức Minh, Phạm Lê An các yếu tố liên quan đến trầm cảm là độc thân hay ly dị, góa ($p < 0,001$) [9],[10],[48],[68].

- Tình trạng chung sống: sống một mình có nguy cơ trầm cảm tăng 8,42 lần so (OR = 8,42; 95% KTC: 1,64 – 43,28; $p = 0,011$); không sống với người thân có nguy cơ trầm cảm tăng 2,91 lần so với nhóm sống với người thân [5]

- Nguồn lực hỗ trợ: Tỷ lệ lo âu, trầm cảm ở những người có sự hỗ trợ xã hội kém cao hơn khoảng 3 lần so với những người có sự hỗ trợ xã hội mạnh mẽ [28],[48]. Những bệnh nhân có vấn đề về cô lập với xã hội có tỷ lệ trầm cảm, lo âu cao hơn so với nhóm không cô lập với xã hội, $p < 0,001$ [68]. Những người không có người chăm sóc có nhiều khả năng bị trầm cảm và lo âu hơn

[55]. Những người trầm cảm có điểm APGAR, SCREEM trung bình thấp hơn những người không trầm cảm [10].

- Số lần nhập viện: Nhóm bệnh nhân suy tim nhập viện ≥ 3 lần trong một năm có nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm tăng 4,04 lần so với nhóm không nhập viện [5].

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hải trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 4/2024.

*** Tiêu chuẩn chọn vào**

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi đã được chẩn đoán và điều trị ít nhất một bệnh mạn tính trong ít nhất 12 tháng trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân đang mắc các vấn đề sức khỏe cấp tính;

Bệnh nhân đang điều trị các bệnh về tâm thần;

Bệnh nhân mắc bệnh lý tuyến giáp chưa ổn định;

Bệnh nhân không có khả năng nghe, nói

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả có phân tích

* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ, thoả tiêu chuẩn chọn mẫu, mỗi bệnh nhân chỉ mời tham gia nghiên cứu một lần.

* **Cỡ mẫu nghiên cứu:**

$$n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu;

Z là trị số phân phối chuẩn;

p: ước lượng tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân bệnh mạn tính. Theo nghiên cứu của tác giả Võ Lâm Ngọc Ánh và Thái Thị Ngọc Thúy (2022) [2], tỷ lệ trầm cảm 20,9%, tỷ lệ lo âu 8,79%, chọn $p = 0,209$ để đạt cỡ mẫu tốt nhất.

α là mức ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$

d là sai số cho phép, chọn $d = 0,05$.

Thay vào công thức ta được $n = 254$. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu này là 254.

2.3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn về bệnh mạn tính**

Theo định nghĩa của Trung tâm Thống kê Y tế Quốc gia Hoa Kỳ: là bệnh kéo dài từ 3 tháng trở lên, không thể ngăn ngừa bằng vắc-xin hoặc chữa khỏi bằng thuốc, chúng cũng không tự biến mất [66].

* **Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm** [14]: Theo Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10)

2.4. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi; giới tính; trình độ học vấn; chỉ số khối cơ thể; nghề nghiệp.

- Đặc điểm về thói quen sinh hoạt, lối sống: sử dụng rượu, bia; hút thuốc lá; hoạt động thể lực.

- Đặc điểm xã hội học: tình trạng hôn nhân; tình trạng chung sống; bạn thân; phụ thuộc hoạt động chức năng; thu nhập.

- Đặc điểm về tình trạng bệnh mạn tính: loại bệnh mạn tính hiện mắc; số lượng bệnh đồng mắc; thời gian mắc bệnh; số lần nhập viện trong 6 tháng qua

- Đặc điểm về các yếu tố nâng đỡ: đánh giá thang điểm APGAR gia đình; thang điểm SCREEM.

Các tỷ lệ trầm cảm, lo âu, trầm cảm phối hợp lo âu

- Tỷ lệ trầm cảm theo PHQ-9
- Tỷ lệ trầm cảm theo ICD-10
- Tỷ lệ rối loạn lo âu theo GAD-7
- Tỷ lệ trầm cảm phối hợp lo âu

Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu

- Các yếu tố liên quan đến trầm cảm: phân tích mối liên quan giữa trầm cảm theo ICD-10 với: (1) các biến số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (nhân khẩu học; thói quen sinh hoạt, lối sống; xã hội học; tình trạng bệnh mạn tính; các yếu tố nâng đỡ); (2) rối loạn lo âu theo GAD-7.

- Các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu: phân tích mối liên quan giữa rối loạn lo âu theo GAD-7 với các biến số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (nhân khẩu học; thói quen sinh hoạt, lối sống; xã hội học; tình trạng bệnh mạn tính; các yếu tố nâng đỡ).

Đề xuất hướng xử trí theo mức độ nặng

Phân độ nặng trầm cảm, lo âu:

- Tỷ lệ các mức độ nặng của trầm cảm theo ICD-10
- Tỷ lệ các mức độ nặng của rối loạn lo âu theo GAD-7

Các trường hợp được phân độ là trầm cảm hoặc rối loạn lo âu vừa và nặng thì sẽ đề xuất hướng xử trí là chuyển tuyến trên; các trường hợp phân độ nhẹ đề xuất hướng xử trí là không chuyển tuyến, hẹn tái khám, tiếp tục theo dõi, đánh giá lại ở những lần khám sau và có thể áp dụng các biện pháp không dùng thuốc: xác tỷ lệ chuyển tuyến và tỷ lệ không chuyển tuyến

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ là bộ câu hỏi soạn sẵn. thời điểm thu thập số liệu là ngày thứ 2 trở đi sau nhập viện. Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân kết hợp xem hồ sơ bệnh án. Đối với những bệnh nhân có kết quả đánh giá PHQ-9

≥ 5 điểm, bác sĩ chuyên khoa tâm thần sẽ tiến hành hỏi bệnh và đánh giá trầm cảm theo ICD-10, mà không được biết trước kết quả chi tiết của PHQ-9.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm excel, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến số định tính: được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng: được trình bày bằng trung bình, độ lệch chuẩn.

Đánh giá mối liên quan giữa 2 biến định tính dùng kiểm định χ^2 , tính tỷ số chênh OR và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích mối liên quan với biến định tính bằng hồi quy logistic.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

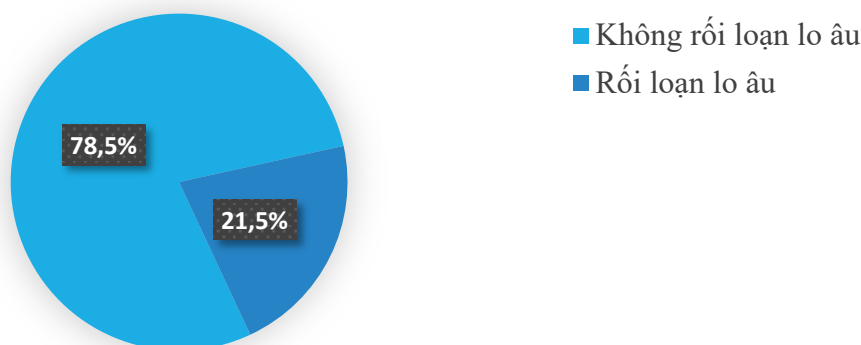
Số lượng mẫu thực tế thu thập được là 260.

3.1. Các tỷ lệ trầm cảm, lo âu, trầm cảm phối hợp lo âu ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Bảng 3.7. Tỷ lệ trầm cảm ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

	Tần số (n = 260)	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm		
PHQ-9		
Có	41	15.8
Không	219	84,2
ICD-10		
Có	18	6.9
Không	242	93,1

Tỷ lệ bệnh nhân mắc trầm cảm theo thang đánh giá PHQ-9 là 15,8%, tỷ lệ trầm cảm theo tiêu chuẩn ICD-10 là 6,9%.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ rối loạn lo âu ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Có 21,5% bệnh nhân mắc rối loạn lo âu theo thang đánh giá GAD-7

Bảng 3.8 Tỷ lệ trầm cảm, lo âu phối hợp ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

	Tần số (n =260)	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm, lo âu phối hợp		
Không	246	94,6
Có	14	5,4

Có 14 bệnh nhân trong tổng số 260 bệnh nhân chiếm 5% có trầm cảm, lo âu phối hợp.

3.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu

* Các yếu tố liên quan đến trầm cảm

Bảng 3.9 Mối liên quan giữa trầm cảm và các yếu tố nhân khẩu học

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Tuổi				
18 – 40 tuổi	2 (66,7)	1 (33,3)	11,206 0,003*	-
40 – 59 tuổi	1 (1,6)	60 (98,4)		120 (5,36 – 2688,76)**
≥ 60 tuổi	15 (7,7)	181 (92,3)		24,13 (2,07 – 281,8)**
Giới				
Nữ	10 (6,2)	151 (93,8)	0,33	0,75 (0,29 – 1,97)
Nam	8 (8,1)	91 (91,9)	0,56	
BMI				

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Thừa cân/béo phì	6 (5,3)	108 (94,7)	2,269 0,322	-
Bình thường	9 (7,2)	116 (92,8)		0,72 (0,25 – 2,08)
Gầy	3 (14,3)	18 (85,7)		0,33 (0,08 – 1,45)
Trình độ học vấn				
Trên THPT	1 (16,7)	5 (83,3)	1,669 0,434	-
Mù chữ hoặc Biết đọc, biết viết	7 (5,3)	124 (94,7)		3,54 (0,36 – 34,6)
Khác***	10 (8,1)	113 (91,9)		2,26 (0,24 – 21,3)
Nghề nghiệp				
Hưu trí hoặc Hết tuổi lao động	7 (8,9)	72 (91,1)	3,613 0,292*	-
Nội trợ	5 (4,9)	97 (95,1)		1,89 (0,58 – 6,18)
Lao động tay chân	5 (6,7)	70 (93,3)		1,36 (0,41 – 4,49)
Lao động trí óc	1 (25)	3 (75)		0,29 (0,27 – 3,19)

*Fisher exact test; ** $p < 0,01$; ***Tiêu học/THCS/THPT

Trong số các yếu tố về nhân khẩu học, chỉ có tuổi là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với trầm cảm, $p = 0,003$. Nhóm tuổi < 40 tuổi cho thấy có nguy cơ trầm cảm cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại sau khi phân tích hồi quy logistic đơn biến.

Bảng 3.10 Mối liên quan giữa trầm cảm với lối sống và thói quen sinh hoạt

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Hút thuốc lá				
Có	2 (2,9)	68 (97,1)	2,458 0,17*	0,32 (0,07 – 1,43)
Không**	16 (8,4)	174 (91,6)		
Sử dụng rượu, bia				
Có	0 (0)	4 (100)	0,302 0,81	1,43 (0,07 – 27,6)
Không	18 (7,0)	238 (93)		
Vận động thể lực				
< 3 lần/tuần	4 (4,8)	80 (95,2)	0,899 0,34	0,58 (0,18 – 1,8)
≥ 3 lần/tuần	14 (8)	162 (92)		

*Fisher exact test; **Bao gồm đã từng hút thuốc lá.

Mối liên quan giữa các yếu tố về thói quen sinh hoạt và lối sống của đối tượng nghiên cứu với trầm cảm là không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.11 Mối liên quan giữa trầm cảm và các yếu tố xã hội học

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Hôn nhân				
Goá bụa/ly hôn	5 (17,9)	23 (82,1)	5,058 0,07*	-
Độc thân	0 (0)	4 (100)		2,11 (0,1 – 45,18)
Kết hôn	13 (5,7)	215 (94,3)		3,6 (1,18 – 11)**
Tình trạng chung sống				
Sống một mình	2 (14,3)	12 (85,7)	1,245	2,4 (0,49 – 11,64)
Không sống một mình	16 (6,5)	230 (93,5)	0,25*	
Thu nhập				
Không ổn định	10 (6,1)	155 (93,9)	0,521	0,7 (0,27 – 1,84)
Ổn định	8 (8,4)	87 (91,6)	0,47	
Bạn thân				
Không	6 (15,8)	32 (84,2)	5,429	3,28 (1,15 – 9,36)
Có	12 (5,4)	210 (94,6)	0,032*	
Phụ thuộc chức năng				
Có	3 (11,1)	24 (88,9)	0,82	1,82 (0,49 – 6,73)
Không	15 (6,4)	218 (93,6)	0,41*	

*Fisher exact test; ** $p < 0,01$

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố bạn thân và trầm cảm, $p = 0,032$.

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa trầm cảm và các đặc điểm của bệnh mạn tính

Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Bệnh đồng mắc				
ít nhất 1 bệnh	17 (9,1)	169 (90,9)	4,983	7,34 (1,06 – 56,21)
Không	1 (1,4)	73 (98,6)	0,026	
Thời gian mắc bệnh				
> 10 năm	9 (10,7)	75 (89,3)	2,789 0,269	-
< 5 năm	5 (5,4)	88 (94,6)		2,11 (0,68 – 6,58)
5 – 10 năm	4 (4,8)	79 (95,2)		2,37 (0,7 – 8,02)

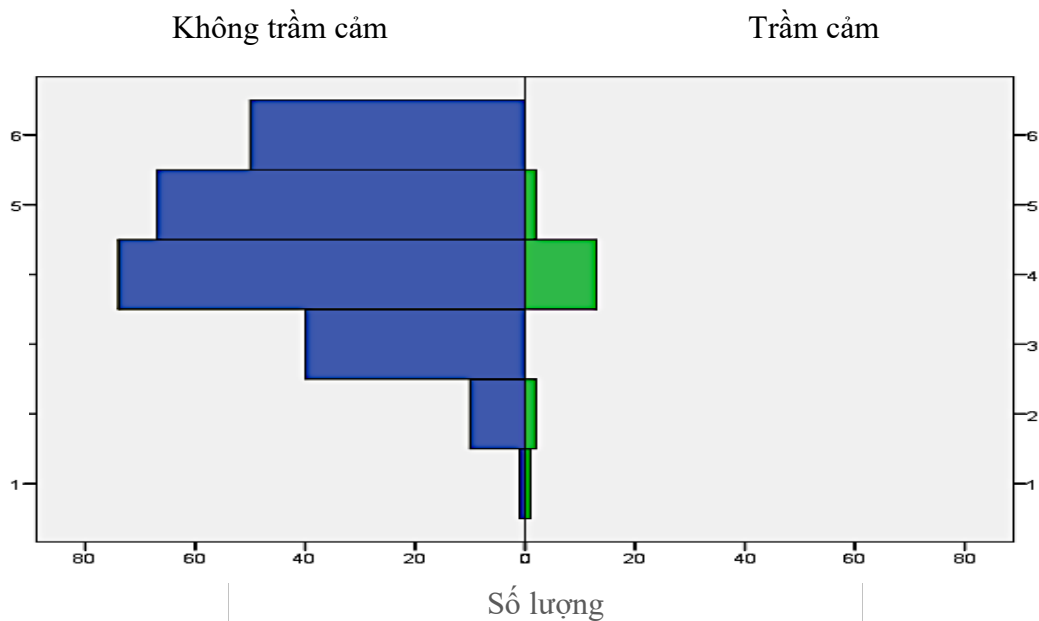
Các yếu tố liên quan	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Số lần nhập viện trong 6 tháng qua				
≥ 2 lần	12 (10,6)	101 (89,4)	4,238	2,792
< 2 lần	6 (4,1)	141 (95,9)	0,04	(1,01 – 7,69)

Nguy cơ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có ít nhất 1 bệnh đồng mắc cao gấp 7,34 lần so với không có bệnh đồng mắc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Những bệnh nhân nhập viện từ 2 lần trở lên trong 6 tháng qua có nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,792 lần so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa trầm cảm và chức năng gia đình

	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Chức năng gia đình				
Rời rạc/Gắn kết không tốt	18 (12,2)	130 (87,8)	14,635	315,42
Gắn kết tốt	0 (0)	112 (100)	< 0,001	(18,9 – 5264,9)

Nguy cơ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có chức năng gia đình rời rạc hoặc gắn kết không tốt gấp hơn 300 lần so với nhóm bệnh nhân có gia đình gắn kết tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.3. Mối liên quan giữa trầm cảm và nguồn lực hỗ trợ

$$p = 0,013, OR = 0,59, KTC\ 95\% 0,39 - 0,87$$

Điểm SCREEM ở những bệnh nhân không trầm cảm cao hơn so với những bệnh nhân trầm cảm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa trầm cảm và rối loạn lo âu

	Trầm cảm		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Rối loạn lo âu				
Có	14 (25,0)	42 (75,0)	36,194	16,67
Không	4 (2,0)	200 (98,0)	< 0,001	(5,23 – 53,16)

Nguy cơ trầm cảm ở các bệnh nhân có rối loạn lo âu cao gấp 16 lần so với không có rối loạn lo âu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

*** Các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu**

Bảng 3.15 Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và các yếu tố nhân khẩu

Các yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Tuổi				
< 40 tuổi	2 (66,7)	1 (33,3)	3,962 0,105*	-
40 – 59 tuổi	15 (24,6)	46 (75,4)		0,163 (0,01 – 1,93)
≥ 60 tuổi	39 (19,9)	157 (80,1)		0,124 (0,01 – 1,41)
Giới				
Nữ	42 (26,1)	119 (73,9)	5,176	0,467
Nam	14 (14,1)	85 (85,9)	0,023	(0,24 – 0,91)
BMI				
Thừa cân/béo phì	24 (21,1)	90 (78,9)	0,874 0,646	-
Gầy	3 (14,3)	18 (85,7)		1,6 (0,44 – 5,89)
Bình thường	29 (23,2)	96 (76,8)		0,88 (0,48 – 1,63)
Trình độ học vấn				
Trên THPT	2 (33,3)	4 (66,7)	0,818 0,752*	-
mù chữ/biết đọc, biết viết	28 (21,4)	103 (78,6)		1,84 (0,32 – 10,56)
Khác	26 (21,1)	97 (78,9)		1,87 (0,32 – 10,75)
Nghề nghiệp				
Hưu trí hoặc hết tuổi	13 (16,5)	66 (83,5)	3,622	-

Các yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
lao động			0,275*	
Nội trợ	23 (22,5)	79 (77,5)		1,89 (0,58 – 6,18)
Lao động tay chân	18 (24)	57 (76)		1,36 (0,41 - 4,49)
Lao động trí óc	2 (50)	2 (50)		0,29 (0,03 – 3,19)

*Fisher Exact test; **Tiểu học/THCS/THPT

Nam giới có nguy cơ rối loạn hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.16 Mối liên quan giữa rối loạn lo âu với thói quen sinh hoạt và lối sống

Các yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Hút thuốc lá				
Có	8 (11,4)	62 (88,6)	5,793	0,38 (0,17 – 0,85)
Không**	48 (25,3)	142 (74,7)		
Sử dụng rượu, bia				
Có	0 (0)	4 (100)	1,115	0,39 (0,02 – 7,43)
Không	56 (21,9)	200 (78,1)		
Vận động thể lực				
< 3 lần/tuần	18 (21,4)	66 (78,6)	0,001	0,99
≥ 3 lần/tuần	38 (21,6)	138 (78,4)	0,98	(0,53 – 1,87)

* Fisher Exact test; **Bao gồm đã từng hút thuốc lá

Nguy cơ rối loạn lo âu ở nhóm có hút thuốc lá thấp hơn ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,016$.

Bảng 3.17 Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và các yếu tố xã hội học

Các yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Hôn nhân				
Goá bụa/ly hôn	9 (32,1)	19 (67,9)	2,544 0,231*	-
Độc thân	0 (0)	4 (100)		4,39 (0,2 – 90,1)
Kết hôn	47 (20,6)	181 (79,4)		1,82 (0,7 – 4,29)
Tình trạng chung sống				

Các yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Sống một mình	4 (28,6)	10 (71,4)	0,433	1,49 (0,45 – 4,95)
Không sống một mình	52 (21,1)	194 (78,9)	0,51*	
Thu nhập				
Không ổn định	33 (20)	132 (80)	0,632	0,78 (0,43 – 1,43)
Ổn định	23 (24,2)	72 (75,8)	0,43	
Bạn thân				
Không	15 (39,5)	23 (60,5)	8,471	2,88 (1,38 – 5,99)
Có	41 (18,5)	181 (81,5)	0,004	
Phụ thuộc hoạt động chức năng				
Có	8 (29,6)	19 (70,4)	1,167	1,62 (0,67 – 3,93)
Không	48 (20,6)	185 (79,4)	0,28	

* Fisher Exact test

Nguy cơ rối loạn lo âu ở nhóm bệnh nhân không có bạn bè thân cao hơn gấp 2,88 lần so với nhóm có bạn bè thân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,004$.

Bảng 3.18 Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và tình trạng bệnh mạn tính

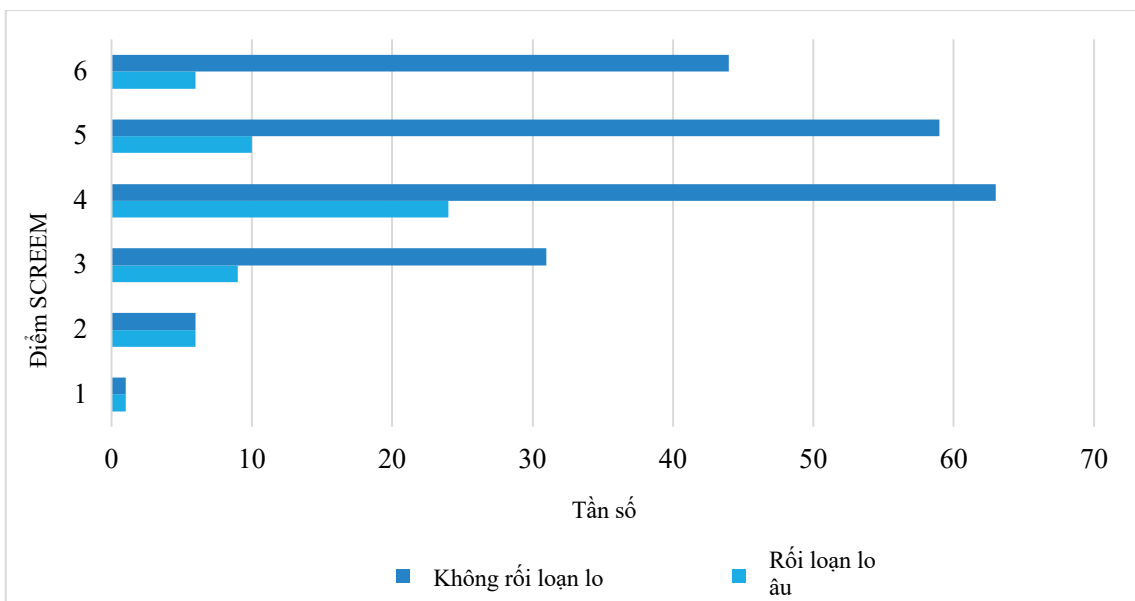
Các yếu tố liên quan	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Bệnh đồng mắc				
≥ 1 bệnh	40 (21,5)	146 (78,5)	0	0,99 (0,52 – 1,91)
Không có	16 (21,6)	58 (78,4)	0,98	
Thời gian mắc bệnh				
> 10 năm	16 (19)	68 (81)	1,071 0,585	-
< 5 năm	19 (20,4)	74 (79,6)		1,09 (0,52 – 2,29)
5 – 10 năm	21 (25,3)	62 (74,7)		1,44 (0,69 – 3,00)
Số lần nhập viện trong 6 tháng				
≥ 2 lần	27 (23,9)	86 (76,1)	0,656	1,28 (0,71 – 2,31)
< 2 lần	29 (19,7)	118 (80,3)	0,42	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mối liên quan giữa yếu tố thuộc tình trạng bệnh mạn tính với rối loạn lo âu.

Bảng 3.19 Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và chức năng gia đình

	Rối loạn lo âu		χ^2 p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Chức năng gia đình				
Rời rạc hoặc gắn kết không tốt	48 (32,4)	100 (67,6)	24,128 < 0,001	6,24 (2,81 – 13,84)
Gắn kết tốt	8 (7,1)	104 (92,9)		

Nguy cơ rối loạn lo âu ở nhóm bệnh nhân có gia đình rời rạc hoặc gắn kết không tốt cao hơn gấp 6,24 lần so với nhóm có gia đình gắn kết tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

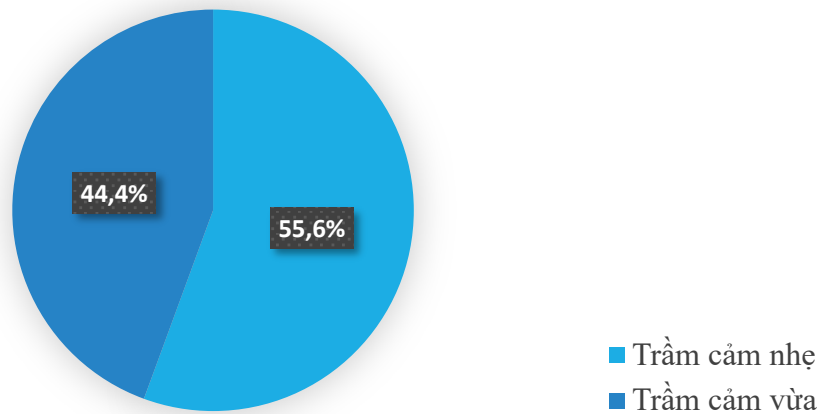


Biểu đồ 3.4. Mối liên quan giữa rối loạn lo âu và nguồn lực hỗ trợ

$p = 0,003$, $OR = 0,664$ (KTC 95% 0,51 – 0,87)

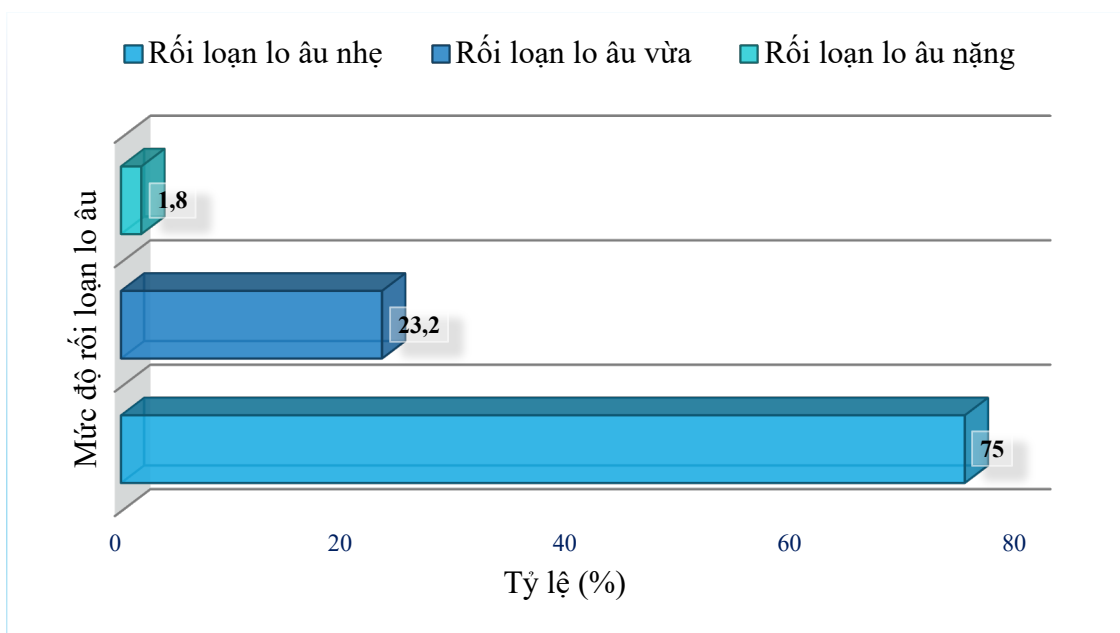
Điểm SCREEM ở bệnh nhân rối loạn lo âu thấp hơn so với bệnh nhân không có rối loạn lo âu, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

3.2. Đề xuất hướng xử trí các bệnh nhân có rối loạn lo âu, trầm cảm



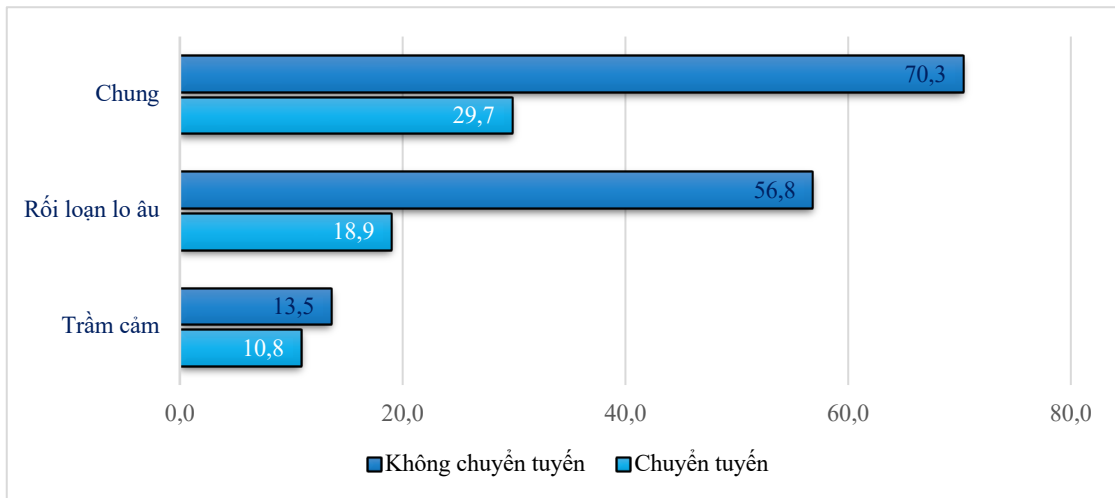
Biểu đồ 3.5. Mức độ trầm cảm ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Trong số các bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm theo ICD-10, tỷ lệ trầm cảm mức độ nhẹ chiếm hơn 50%.



Biểu đồ 3.6. Mức độ rối loạn lo âu ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính

Phần lớn có rối loạn lo âu mức độ nhẹ (75%), mức độ vừa chiếm 23,2%, mức độ nặng chiếm 1,8%.



Biểu đồ 3.7 Tỷ lệ chuyển tuyến của các bệnh nhân trầm cảm, rối loạn lo âu

Tỷ lệ chuyển tuyến chung 29,7%, trong đó 18,9% rối loạn lo âu, 10,8% trầm cảm.

KẾT LUẬN

1. Các tỷ lệ trầm cảm, lo âu, trầm cảm phối hợp lo âu

Tỷ lệ trầm cảm theo ICD-10: 6,9%; theo PHQ-9 là 15,8%. Rối loạn lo âu theo GAD-7: 21,5%; Trầm cảm phối hợp lo âu: 5,4%

2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu

- Các yếu tố liên quan với trầm cảm:

- + Goá ụa/ly hôn nguy cơ cao hơn nhóm kết hôn 3,6 lần.
- + Không có bạn thân nguy cơ cao hơn có bạn thân gấp 3,28 lần.
- + Có bệnh đồng mắc nguy cơ gấp 7,34 lần so với không có bệnh đồng mắc.
- + Nhập viện từ 2 lần nguy cơ cao gấp 2,792 lần so với < 2 lần trong 6 tháng.
- + Gia đình rời rạc/gắn kết không tốt nguy cơ cao gấp 315,42 lần so với gia đình gắn kết tốt.
- + SCREEM là yếu tố bảo vệ, tăng 1 điểm nguy cơ giảm 0,59 lần.

- + Rối loạn lo âu nguy cơ cao hơn gấp 16,67 lần không rối loạn lo âu.
- Các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu bao gồm:
 - + Nguy cơ ở nam giới thấp hơn 0,467 lần so với nữ giới.
 - + Không có bạn thân nguy cơ cao gấp 2,88 lần so với có bạn thân.
 - + Chức năng gia đình rời rạc/gắn kết không tốt nguy cơ cao gấp 6,24 lần so với gia đình gắn kết tốt.
 - + Hút thuốc lá nguy cơ thấp hơn 0,38 lần so với không/đã từng hút
 - + SCREEM là yếu tố bảo vệ; tăng 1 điểm giảm nguy cơ 0,664.

3. Hướng xử trí theo mức độ nặng của trầm cảm, lo âu

Tỷ lệ trầm cảm nhẹ theo ICD-10: 55,6%; vừa: 44,4%; Rối loạn lo âu nhẹ theo GAD-7: 75%; vừa: 23,2%; nặng: 1,8%. Tỷ lệ chuyển tuyến 29,7%; trong đó, rối loạn lo âu 18,9% và trầm cảm 10,8%.

KIẾN NGHỊ

- Nên đánh giá trầm cảm, lo âu trên những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính có nguy cơ như: có bệnh đồng mắc; có nguồn lực hỗ trợ kém; chức năng gia đình không tốt; nhập viện > 2 lần trong 6 tháng,...

- Áp dụng thang điểm PHQ-9 và GAD-7 để đánh giá ban đầu các rối loạn trầm cảm, lo âu ở các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính.

- Các trường hợp mắc rối loạn lo âu hoặc trầm cảm nhẹ: cần theo dõi và đánh giá lại ở lần khám sau; những trường hợp rối loạn lo âu hoặc trầm cảm vừa và nặng cần chuyển bệnh viên chuyên khoa tâm thần để đánh giá sâu hơn và chỉ định điều trị bằng thuốc nếu cần.

- Nên có những hoạt động đào tạo, tập huấn cho tất cả các bác sĩ về cách nhận biết, đánh giá ban đầu trầm cảm, lo âu theo PHQ-9; GAD-7 và thái độ xử trí phù hợp theo mức độ nặng.

- Đưa các thuốc điều trị trầm cảm, lo âu như ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin, ức chế tái hấp thu serotonin - norepinephrin,... vào danh mục thuốc

thiết yếu tại Trung tâm y tế để có thể bước đầu triển khai điều trị cho các trường hợp có chỉ định dùng thuốc, giúp giảm tỷ lệ chuyển tuyến các ca rối loạn lo âu, trầm cảm mức độ vừa.

- Cần tăng cường đào tạo bác sĩ chuyên khoa y học gia đình nhằm tối ưu hoá quản lý toàn diện và liên tục các bệnh mạn tính trong đó có các bệnh lý tâm thần đồng mắc như rối loạn trầm cảm, lo âu và bác sĩ chuyên khoa tâm thần để quản lý tối ưu các rối loạn trầm cảm, lo âu nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Trần Thị Hà An (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Võ Lâm Ngọc Ánh, Thái Thị Ngọc Thúy (2023). Khảo sát tỷ lệ trầm cảm và rối loạn lo âu khảo sát tỷ lệ trầm cảm và rối loạn lo âu trên bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi điều trị ngoại trú tại bệnh viện trường đại học y dược cần thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (54), 44-49.
3. Bộ môn Tâm thần (2009), *Tâm thần học*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh,
4. Bộ Y tế (2020), *Quyết định số 2058/QĐ-BYT* ngày 14/05/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”.
5. Lý Lan Chi, Ngô Văn Truyền (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường týp 2 điều trị tại bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ năm 2021 – 2022. *Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ*.
6. Chính Phủ (2021), *Nghị định số 07/2021/NĐ-CP* ngày 27/01/2021 Quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021 – 2025.

7. Châu Minh Đức (2019), *Nghiên cứu trầm cảm ở bệnh nhân suy tim*. Luận án tiến sĩ, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
8. Lê Minh Hoàng, Nguyễn Văn Thống và cộng sự (2022). Khảo sát tỷ lệ lo âu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi nội trú tại bệnh viện y học cổ truyền cần thơ trong giai đoạn covid 19. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 517(2).
9. Vũ Thị Thanh Huyền và cộng sự (2018). Đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi. *Tạp chí đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa và béo phì*. 2018;11:659-665.
10. Nguyễn Đức Minh, Phạm Lê An (2019). *Tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính không lây đến khám tại Phòng khám Bác sĩ gia đình*. Luận án Chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
11. Nguyễn Bá Nam, Nguyễn Tấn Đạt. (2023). Trầm cảm và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thành phố Cần Thơ năm 2017-2018. *Tạp Chí Tim mạch học Việt Nam*, (93), 113–121. Truy vấn từ <https://jvc.vnha.org.vn/tmh/article/view/188>
12. Trần Thơ Nhị, Trần Thị Thu Nhài (2021). Lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám Đa khoa Kim Anh, huyện Sóc Sơn, Hà Nội và một số yếu tố liên quan năm 2020. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 144(8), 166-175. <https://doi.org/10.52852/tencyh.v144i8.479>
13. Nguyễn Tiên Quang. (2021). Đặc điểm lo âu trên thang điểm GAD-7 ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa tại Bệnh viện K. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 502(2).

14. Tổ chức Y tế thế giới (1992). Rối loạn khí sắc (cảm xúc). Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi. Geneve, 32-42
15. Vũ Hồng Vân (2021). Tỷ lệ bị rối loạn lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính do thoái hóa cột sống. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 505(1).
16. Huỳnh Hà Xuyên, Thái Thị Ngọc Thúy (2023). Khảo sát tỷ lệ trầm cảm và rối loạn lo âu trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhóm tuổi từ 18 – 60 đang điều trị ngoại trú tại thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 59, 116-122.
17. AlBekairy Abdulkareem, et al (2017). Exploring Factors Associated with Depression and Anxiety among Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Med Princ Pract*. 2017;26(6):547-553.
18. Alkaabi AJ, et al (2022) The prevalence and correlates of depression among patients with chronic diseases in the United Arab Emirates. *PLOS ONE* 17(12).
19. An-Zhong Zhang, et al (2016). Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic digestive system diseases: A multicenter epidemiological study. *World J Gastroenterol*. 2016 Nov 14;22(42):9437-9444.
20. Australian Institute of Health and Welfare. Chronic Diseases. (2016). Available from: <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>
21. Black F Dear, et al (2011) Psychometric comparison of the generalized anxiety disorder scale-7 and the Penn State Worry Questionnaire for measuring response during treatment of generalised anxiety disorder. *Cogn Behav Ther* 2011;40(3):216-27.

22. Brooke Levis, et al (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019;365:11476.
23. Caleb W. Huang, et al (2021). Prevalence and risk factors for elevated anxiety symptoms and anxiety disorders in chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021 Mar-Apr;69:27-40.
24. Centers for Disease Control and Prevention (14/06/2024). Introduction to NCD Epidemiology
https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/1/intro-to-epi_ppt_final_09252013.pdf
25. Courtney Beard, et al (2014). Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 547–552.
26. Daniëlle Volker, et al (2016). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for Major Depressive Disorder in the Occupational Health Setting. *J Occup Rehabil*. 2016;26(2):237-44.
27. David M. Clarke, et al (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 2009 Apr 6;190(S7):S54-60.
28. Eden Abetu Mehari, et al (2023). The magnitude and associated factors of anxiety and depression among non-communicable chronic disease patients during COVID-19 pandemic in a resource-limited setting. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2023 May-Jun;21:101274.
29. Gabriel Smilkstein (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The journal of family practice*, 6(6), 1231–1239.

30. Hongjin Li, et. al, Depression in the context of chronic diseases in the United States and China, *International Journal of Nursing Sciences*, Volume 6, Issue 1, 2019, P.117-122, ISSN 2352-0132.
31. Irene Romera, et al (2010). Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic, *J. Affect. Disord.*
32. Jesse R. Cougle, et al (2010). The role of comorbidity in explaining the associations between anxiety disorders and smoking. *Nicotine Tob Res* 12:355–364
33. Jian Rong, et al (2020). Association between functional disability and depressive symptoms among older adults in rural China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2021;11.
34. Jie Zhan, et al (2022). Relationship between social support, anxiety, and depression among frontline healthcare workers in China during COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2022 Sep 14;13:947945.
35. Jikun Wang, et al (2016). Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2016 Feb;62(1):5-11.
36. Jong-Geun Seo, Sung-Pa Park (2015). Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and PHQ-2 in patients with migraine. *J Headache Pain*. 2015;16:65. doi: 10.1186/s10194-015-0552-2.
37. Joshua P. Smith, Carrie L. Randall (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res* 2012; 34:414–431.
38. Kaisla Joutsenniemi, et al (2006). Living arrangements and mental health in Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jun;60(6):468-75.

39. Karl Peltzer, Supa Pengpid (2016). Anxiety and depressive features in chronic disease patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. *S Afr J Psychiat* 2016;22(1).
40. Kate M. Scott, et al (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(2):150–158.
41. Keneilwe Molebatsi, et al (2020). The validity and reliability of the Patient Health Questionnaire-9 for screening depression in primary health care patients in Botswana. *BMC Psychiatry* **20**, 295 (2020).
42. Kurt Kroenke, et al (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*, 2007;146:317-25.
43. Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Williams JB (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 2001;16:606-13.
44. Mariko Chartier-Otis, et al (2010). Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatr Q* 2010; 81:127–138
45. Markku Timonen, Timo Liukkonen (2008). Management of depression in adults. *BMJ* 2008; 336:435.
46. Martin Härter, et al (2003). Associations between anxiety disorders and physical illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253:313–320
47. Meishan Liu, et al (2023). Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 in patients with COPD: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* **23**, 593 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05072-5>
48. Mohammedamin Hajure, et al (2020). Depression, Anxiety and Associated Factors Among Chronic Medical Patients Amid COVID-19

- Pandemic in Mettu Karl Referral Hospital, Mettu, Ethiopia, 2020. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Oct 28;16:2511-2518.
49. Ned H. Kalin (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *Am J Psychiatry*. 2020 May 1;177(5):365-367.
 50. Nghia Nguyen Trung, An Pham Le, Dong Nguyen Phuong Tien (2020). Reliability and validity of Vietnamese version of Patient Health Questionnaire 9 items (PHQ-9) among UMP medical freshmen. In: 8th International Conference on the Development of Biomedical Engineering in Vietnam. *Springer*; 2020:901-23.
 51. Nour Fattouh, et al (2019). Prevalence and factors affecting the level of depression, anxiety, and stress in hospitalized patients with a chronic disease. *Perspect Psychiatr Care*. 2019; 55: 592-599.
 52. Pamela J. Horn, Lisa A. Wuyek (2010). Anxiety disorders as a risk factor for subsequent depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14(4), 244–247.
 53. Paul H. Black (2002). Stress and the inflammatory response: a review of neurogenic inflammation. *Brain Behav Immun* 2002; 16:622–653
 54. Phi Ho Nguyen Yen, Linh Ngo Tich, An Pham Le (2023). Psychometric Properties of Vietnamese Versions of the Clinician-Rated and Self-Reported Quick Inventory of Depressive Symptomatology and the Patient Health Questionnaire. *East Asian Arch Psychiatry*. 2023 Jun;33(2):65-70.
 55. Phuong Pham Thi Thanh, Wimolrat Puwanawuttipanit, Wallada Chanruangvanich (2017). Relationships between Self-efficacy, Depression, Anxiety and Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *Nursing Science Journal of Thailand*, 35(3), 47–55.

56. Quang Nguyen Tien, Mai Do Tuyet, Anh Pham Tuan (2021). Screening for psychological distress in Vietnamese cancer patients: an evaluation of the distress thermometer. *Cancer Med.* 2021;10:7793-803.
57. Rituparna Bhattacharya, et al (2014). Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. *BMC Psychiatry* 14.
58. Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, et al (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097.
59. Roger Muñoz-Navarro, et al (2017). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry* 17, 291 (2017).
60. Saba Moussavi, et al (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007 Sep 8;370(9590):851-8.
61. Saleh Mohammad, et al (2019). Depression and Anxiety in Patients with Gastroesophageal Reflux Disorder With and Without Chest Pain. *Cureus* 11(11): e6103.
62. Sara Evans-Lacko, et al (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018;48(9):1560-1571.
63. Saurabh Singh, et al (2022). An association between multi-morbidity and depressive symptoms among Indian adults based on propensity score matching. *Sci Rep* 12, 15518 (2022).
64. Shu-Fang V. Wu (2014). Rapid Screening of Psychological Well-Being of Patients with Chronic Illness: Reliability and Validity Test on WHO-5 and PHQ-9 Scales. *Depress Res Treat.* 2014;2014:239490.

65. Sidney H. Kennedy, et al (2016). CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*, 2016 Sep;61(9):540-60.
66. Stephanie Bernell, Steven W. Howard (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Front. Public Health* 4:159.
67. Supa Pengpid, Karl Peltzer (2019). High Sedentary Behaviour and Low Physical Activity are Associated with Anxiety and Depression in Myanmar and Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 8;16(7):1251.
68. Swathi M., et al (2023). Prevalence and correlates of stress, anxiety, and depression in patients with chronic diseases: a cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry* **30**, 66 (2023).
69. Tram Le Hoang Ngoc, et al (2021). Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a depression screening tool for people with epilepsy in Vietnam. *Epilepsy Behav* 2021;125:108446.
70. Trang Nguyen Quynh, Karen Bandeen-Roche, et al (2016). A tool for sexual minority mental health research: the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a depressive symptom severity measure for sexual minority women in Viet Nam. *J GayLesbian Ment Health*. 2016;20:173-91.
71. Wayne. J. Katon (2011) Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13:1, 7-23.
72. Woody CA., Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92.

73. World Health Organization (14/06/2024). Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/invisible-numbers>
74. World Health Organization (14/06/2024). Sức khỏe tâm thần ở Việt Nam. <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/mental-health>
75. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific (2000). The Asia-Pacific perspective : redefining obesity and its treatment. *Sydney: Health Communications Australia.*
76. Y Lecrubier (2001). The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry.* 2001;62.
77. Yan-pin Zhang YP, et al (2006). A cross-sectional study of depressive disorders in outpatients of 50 general hospitals in Beijing. *Zhonghua Jingshenke Zazhi* 2006; 39.