

không có sự hỗ trợ của gia đình chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,6 %. Trong nghiên cứu của tác giả Sajatovic (2011) lại chỉ ra quên thuốc là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến việc không tuân thủ điều trị (55%), tiếp đến là nguyên nhân do tác dụng phụ của thuốc chiếm 20%. Do đó các bác sỹ lâm sàng cần đặc biệt chú ý đến những tác dụng phụ có thể gặp trong quá trình điều trị để có thể tư vấn cách giải quyết tác dụng phụ có thể gặp, đề xuất nghiên cứu các giải pháp hỗ trợ nhắc nhở người bệnh uống thuốc đúng giờ giúp gia tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 121 người bệnh RLCXL tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy: người bệnh có tuổi trung bình là $41,78 \pm 15,77$, phần nhiều là nữ giới (59,5%), có mức độ không tuân thủ cao. Trong đó, mức độ tuân thủ kém có tỷ lệ 36,4% và mức độ tuân thủ trung bình là 19,8%. Điểm tuân thủ trung bình theo thang Morisky là $5,63 \pm 2,83$ (0 – 8). Lý do bỏ thuốc ở những người bệnh không tuân thủ điều trị chủ yếu là do tác dụng không mong muốn của thuốc (56,4%), không nhớ uống thuốc do: đi chơi, đi làm hoặc công việc quá bận (46,2%) và hết thuốc chưa đi lĩnh (41,3%).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện cho việc thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loots E., Goossens E., Vanwesemael T. và cộng sự.** (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19), 10213.
2. **Levin J.B., Aebi M.E., Howland M. và cộng sự.** (2020). The Relationship between Medication Attitudes and Medication Adherence Behavior in Adults with Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 208(2), 87–93.
3. **McDonnell P.J. và Jacobs M.R.** (2002). Hospital Admissions Resulting from Preventable Adverse Drug Reactions. *Ann Pharmacother*, 36(9), 1331–1336.
4. **Osterberg Lars và Blaschke Terrence** (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*, 353(5), 487–497.
5. **Selvakumar N., Menon V., và Kattimani S.** (2018). A Cross-sectional Analysis of Patterns and Predictors of Medication Adherence in Bipolar Disorder: Single Center Experience from South India. *Clin Psychopharmacol Neurosci*, 16(2), 168–175.
6. **Belete H., Ali T., và Legas G.** (2020). Relapse and Clinical Characteristics of Patients with Bipolar Disorders in Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J*, 2020, 8986014.
7. **Kroon J.S., Wohlfarth T.D., Dieleman J. và cộng sự.** (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*, 15(3), 306–313.
8. **Diflorio A. và Jones I.** (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*, 22(5), 437–452.
9. **Chakrabarti S.** (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World J Psychiatry*, 6(4), 399–409.
10. **Kim Bảo Giang** (2017). Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở người bệnh tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện đa khoa huyện Cẩm Khê, Phú Thọ năm 2015-2016. *Ạp Chí Tế Công Cộng*, 44, 30–35.

TRẦM CẢM VÀ LO ÂU Ở NGƯỜI BỆNH TẮC HẸP ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH

Trần Thanh Vỹ^{1,3}, Huỳnh Kim Thông², Huỳnh Thúy Vy²,
Hồ Tất Bằng^{1,2}, Lâm Thảo Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở người bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 77

người bệnh nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, sử dụng thang đánh giá Trầm cảm và lo âu bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression Scale). **Kết quả:** Độ tuổi trung vị là 71 tuổi (65-76). Nam giới chiếm 71,43%. Tỷ lệ trầm cảm và lo âu lần lượt là 25,97% và 23,38%. Trong các trường hợp trầm cảm, mức độ nhẹ, vừa và nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 60%, 25% và 15%. Tương tự, mức độ nhẹ, vừa và nặng của lo âu lần lượt là 77,78%; 16,67% và 5,55%. **Kết luận:** Người bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính đa số là nam giới nhập viện điều trị khi đã xuất hiện những biểu chứng như loét và hoại tử chi. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở người bệnh cao hơn đáng kể so với dân số chung. Việc triển khai các chương trình chăm

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, Đại học Y Dược TPHCM
²Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Thông
Email: hkthong.ytcc20@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024
Ngày duyệt bài: 5.8.2024

sức khỏe tâm thần toàn diện là vô cùng cần thiết để điều trị kịp thời và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. **Từ khóa:** Trầm cảm, lo âu, bệnh động mạch chi dưới, HADS

SUMMARY

DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH PERIPHERAL ARTERY DISEASE

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to determine the prevalence of depression and anxiety in patients with chronic lower extremity arterial occlusive disease (CLEAOD). **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 77 inpatients at the University Medical Center Ho Chi Minh City, using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results:** The median age was 71 years (65-76), with males accounting for 71.43%. The prevalence of depression and anxiety was 25.97% and 23.38%, respectively. Among the cases of depression, mild, moderate, and severe levels accounted for 60%, 25%, and 15%, respectively. Similarly, mild, moderate, and severe levels of anxiety accounted for 77.78%, 16.67%, and 5.55%, respectively. **Conclusions:** Patients with CLEAOD were predominantly male and were admitted for treatment after complications such as ulcers and limb necrosis had developed. The prevalence of depression and anxiety in these patients was significantly higher than in the general population. The implementation of comprehensive mental health care programs is crucial for timely treatment and improving the quality of life for these patients.

Keywords: Depression, anxiety, peripheral artery disease, hospital anxiety and depression scale (HADS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính (THĐMCDMT) là một bệnh lý phổ biến chỉ xếp sau bệnh động mạch vành và đột quỵ. Trong năm 2019, trên toàn thế giới ghi nhận hơn 200 triệu ca mắc, với tỷ lệ mắc bệnh trong dân số chung là 5,56% và tỷ lệ này tăng lên đến 10-20% ở nhóm trên 70 tuổi [5]. THĐMCDMT gây ra các cơn đau cách hồi dẫn đến cản trở việc đi lại và sinh hoạt hằng ngày, đồng thời nguy cơ người bệnh gặp phải các biến chứng nghiêm trọng hơn như hoại tử chi, cắt cụt chi, các biến cố bất lợi về tim mạch hay tử vong cũng gia tăng. Không những gây ra gánh nặng bệnh tật và hạn chế về thể chất, người bệnh THĐMCDMT còn có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần cao hơn. Một đánh giá có hệ thống đã ghi nhận trầm cảm ở người bệnh THĐMCDMT khá phổ biến với tỷ lệ dao động từ 11-48% [4]. Trầm cảm, lo âu ở người bệnh THĐMCDMT không chỉ làm tăng nguy cơ gặp các biến cố lợi hơn sau tái thông mạch máu mà còn là rào cản đáng kể trong quá trình điều trị và quản lý các triệu chứng của người bệnh.

Tại Việt Nam, các đề tài nghiên cứu trên

người bệnh THĐMCDMT chủ yếu về khía cạnh cận lâm sàng hay lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị, chúng tôi ít ghi các báo cáo nào về sức khỏe tâm thần của người bệnh THĐMCDMT đã được công bố. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Trầm cảm và lo âu ở người bệnh tắc hẹp động mạch chi dưới mạn tính" nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 77 người bệnh THĐMCDMT, điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2024. Cỡ mẫu được tính dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ với xác suất sai lầm loại 1 là 0,05, sai số biên là 0,1. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu ước tính theo nghiên cứu của tác giả Aragão J.A [3] năm 2019.

Tiêu chí chọn vào bao gồm: (1) Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên; (2) Người bệnh được chẩn đoán THĐMCDMT là bệnh chính lúc nhập viện, đang điều trị nội trú (3) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra bao gồm: (1) Người gặp khó khăn trong giao tiếp, không có khả năng nói và hiểu tiếng Việt; (2) Suy yếu, không đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn; (3) Không trả lời đủ 100% câu hỏi thang đo HADS.

Phương pháp và công cụ thu thập dữ liệu:

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án. Trầm cảm, lo âu được đánh giá bằng thang đo HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi.

Bộ công cụ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): Được phát triển bởi Zigmond và Snaith vào năm 1983 [7]. Thang đo gồm 14 câu hỏi tự điền, 7 câu hỏi đánh giá tình trạng lo âu tương ứng HADS-A, 7 câu hỏi đánh giá tình trạng trầm cảm tương ứng HADS-D, câu trả lời gồm 4 mức độ từ 0 đến 3 điểm. Tổng số điểm từ 0 – 21 cho mỗi phần. Điểm cắt là 8 được khuyến cáo sử dụng để đảm bảo cân bằng tối ưu giữa độ nhạy và độ đặc hiệu. Hệ số Cronbach's alpha cho HADS-A và HADS-D là 0,84 và 0,78.

Phương pháp phân tích thống kê:

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Stata 16.0 thực hiện thống kê mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến định tính. Trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng có phân phối bình thường, trung vị và khoảng tứ phân vị đối với biến định lượng có phân phối không bình thường.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM số 02/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 02/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 77 người bệnh THĐMCDMT thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu với tuổi trung vị là 71 tuổi và khoảng tứ phân vị dao động từ 65 đến 76 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 71,43%. Nhóm tuổi 65-74 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,56%. Chi tiết về các đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội của đối tượng (n=77)

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi: Trung vị (Khoảng tứ phân vị)		
71 (65-76)		
Nhóm tuổi		
55-64 tuổi	18	23,38
65-74 tuổi	32	41,56
≥ 75 tuổi	27	35,06
Giới tính		
Nữ	22	28,57
Nam	55	71,43
Tình trạng kinh tế		
Đủ sống, khá giả	66	85,72
Khó khăn	11	14,28
Trình độ học vấn		
Phổ thông cơ sở hoặc thấp hơn	60	77,93
Phổ thông trung học hoặc cao hơn	17	22,07
Trình trạng hôn nhân		
Kết hôn	58	75,32
Góa	18	23,38
Độc thân	1	1,30
Nghề nghiệp		
Nghỉ hưu	60	77,92
Lao động chân tay	14	18,18
Lao động trí óc	3	3,9

Các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả ở bảng 2. Hơn 50% người bệnh có tiền sử hút thuốc lá với thời gian hút thuốc thường trên 20 năm (73,68%). Người bệnh có tiền sử cắt cụt chi và tái thông mạch máu chi dưới là 9,09% và 16,88%. Đa số có loét hoặc hoại tử chi với 64,94%. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,82% và 78,08%. Phân loại ABI ở mức độ trung bình chiếm phần lớn là 34,38%, sau đó là ABI ở mức bình thường là 28,13%. Người bệnh nhập viện điều trị ở giai đoạn Fontaine IV chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,69%, với các tổn thương thường xảy ra ở 1 bên chi là 55,84%, tổn thương ở 1 tăng là 63,64% và vị trí tắc hẹp ở

tăng dưới gối là 63,64%. Can thiệp nội mạch, điều trị nội khoa, phẫu thuật mở là các chỉ định thường gặp nhất có tỷ lệ lần lượt là 38,96%, 24,68% và 15,58%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng (n=77)

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tiền sử hút thuốc lá		
Không	35	45,45
Có	42	54,55
Số năm hút thuốc lá		
< 10 năm	3	7,89
11-20 năm	7	18,42
> 20 năm	28	73,68
Tình trạng dinh dưỡng		
Gầy	14	18,18
Bình thường	47	61,04
Thừa cân, béo phì	16	20,78
Tiền sử		
Loét hoặc hoại tử chi	50	64,94
Cắt cụt chi	7	9,09
Tái thông mạch máu chi dưới	13	16,88
Bệnh kèm theo		
Tăng huyết áp	59	80,82
Đái tháo đường	57	78,08
Rối loạn lipid máu	28	38,36
Bệnh động mạch vành	38	52,05
Bệnh mạch máu não	9	12,33
Bệnh thận	28	38,36
Bệnh phổi	6	8,22
Chân tắc hẹp động mạch		
Một chân	43	55,84
Hai chân	34	44,16
Giai đoạn lâm sàng theo Fontaine		
Giai đoạn IIa	3	3,90
Giai đoạn IIb	10	12,99
Giai đoạn III	14	18,18
Giai đoạn IV	50	64,94
Phân loại ABI		
Nặng	18	18,75
Trung bình	33	34,38
Nhẹ	13	13,54
Bình thường	27	28,13
Không có ý nghĩa	5	5,21
Tăng mạch tổn thương		
Tăng chủ - chậu	18	23,38
Tăng đùi - khoeo	41	53,25
Tăng dưới gối	49	63,64
Số tăng tổn thương		
1 tăng	49	63,64
2 tăng	26	33,77
3 tăng	2	2,60
1 tăng	49	63,64
Chỉ định can thiệp		

Điều trị nội khoa	19	24,68
Can thiệp nội mạch	30	38,96
Phẫu thuật mở	12	15,58
Phẫu thuật Hybrid	5	6,49
Cắt lọc vết thương	4	5,19
Cắt cụt chi	7	9,09

Bảng 3 cho thấy có 25,97% người bệnh mắc trầm cảm và 23,38% mắc lo âu. Có 12,99% người bệnh đồng thời mắc cả hai rối loạn này. Trong số 25,97% người bệnh mắc trầm cảm, 60% có mức độ nhẹ, 25% có mức độ trung bình và 15% có mức độ nặng. Tương tự, trong số 23,38% người bệnh mắc lo âu, 77,78% có mức độ nhẹ, 16,67% có mức độ trung bình và 5,55% có mức độ nặng.

Bảng 3. Tỷ lệ và mức độ trầm cảm, lo âu theo thang đo HADS (n=77)

Đặc tính	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm, lo âu		
Trầm cảm	20	25,97
Lo âu	18	23,38
Vừa trầm cảm, vừa lo âu	10	12,99
Mức độ trầm cảm		
Nhẹ (8-10 điểm)	12	60,00
Trung bình (11-14 điểm)	5	25,00
Nặng (15-21 điểm)	3	15,00
Mức độ lo âu		
Nhẹ (8-10 điểm)	14	77,78
Trung bình (11-14 điểm)	3	16,67
Nặng (15-21 điểm)	1	5,55

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 77 người bệnh THĐMCDMT tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM và sử dụng thang đo HADS với điểm cắt từ 8 trở lên nhằm xác định tỷ lệ trầm cảm, lo âu. Đồng thời khảo sát các đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh.

Nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi 65-74 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,56%), phù hợp với nhận định về tuổi tác là một yếu tố nguy cơ ở bệnh THĐMCDMT với tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng tăng dần theo độ tuổi và tập trung chủ yếu ở nhóm trên 70 tuổi [5]. Tỷ lệ nam giới (71,43%) cao hơn nữ giới (28,57%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam [1, 2] và thế giới [3, 6]. Lý do nam giới mắc bệnh nhiều hơn do có nhiều yếu tố nguy cơ hơn nữ giới, trong đó hút thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng. Trong nghiên cứu chúng tôi, 54,55% người bệnh có tiền sử hút thuốc lá và tất cả đều là nam giới. Nam giới thường làm việc trong các ngành nghề có nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố độc hại như bụi

bắn, hóa chất và tiếng ồn, góp phần làm tăng nguy cơ hình thành các mảng bám xơ vữa. Phần lớn người bệnh đã nghỉ hưu (77,92%) và có tình trạng hôn nhân đã kết hôn (75,32%), một số góa vợ/chồng (23,38%). Trình độ học vấn của người bệnh chủ yếu ở mức thấp, thể hiện qua tỷ lệ người bệnh có bằng trung học cơ sở hoặc thấp hơn chiếm đến 77,93%. Các đặc điểm xã hội này đều phù hợp với độ tuổi và xu hướng chung của người cao tuổi tại Việt Nam.

Tăng huyết áp (80,82%), đái tháo đường (78,08%) và rối loạn lipid máu (38,36%) là những yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh THĐMCDMT. Những yếu tố nguy cơ này không chỉ thúc đẩy sự tiến triển bệnh lý mạch máu chi dưới mà còn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý mạch máu khác. Do xơ vữa mạch máu bản chất là một vấn đề hệ thống, ảnh hưởng đến động mạch trong khắp cơ thể, nên người bệnh THĐMCDMT thường có kèm theo các bệnh lý mạch máu khác như bệnh mạch vành (52,05%), bệnh mạch máu não (12,33%) và bệnh thận (38,36%). Phần lớn người bệnh đến điều trị ở giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng tức giai đoạn III và IV (83,12%), kèm theo những biến chứng như loét hoặc hoại tử chi (64,94%). Nghiên cứu Lê Kim Long [1] cũng ghi nhận kết quả tương tự khi có tới 84,44% người bệnh nhập viện ở giai đoạn thiếu máu chi trầm trọng. Về đặc điểm tổn thương, người bệnh chủ yếu có tổn thương ở 1 chi (55,84%), 1 tầng mạch (63,64%) và tầng dưới gối là vị trí bị tổn thương nhiều nhất với 63,64%. Nghiên cứu của Trần Xuân Thủy [2] và Lê Kim Long [1] cũng cho thấy tầng dưới gối là vị trí dễ bị tổn thương nhất trong THĐMCDMT. Vì tầng này có đường kính mạch máu nhỏ, mức độ xơ cứng cao hơn nên sự bù trừ bằng chu vi mạch máu sẽ kém hiệu quả hơn so với các mạch máu phía trên. Về đặc điểm cận lâm sàng, chỉ số ABI ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,38%, điều đáng chú ý là có đến 33,23% người bệnh mắc THĐMCDMT nhưng lại có chỉ số ABI ở mức bình thường và không có ý nghĩa. Mặc dù được sử dụng rộng rãi trong sàng lọc và chẩn đoán bệnh THĐMCDMT, nhưng chỉ số ABI có thể không chính xác trong một số trường hợp, bao gồm tổn thương ở mạch máu cao hơn (thường là vùng chậu), tổn thương mạch máu nhỏ và vôi hóa mạch máu ở người bệnh tiểu đường hoặc suy thận.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở người bệnh THĐMCDMT khá cao, lần lượt là 25,97% và 23,38%. Trong đó, 12,99% người bệnh mắc cả hai rối loạn này. Kết

quả này được đánh giá dựa trên thang đo HADS với điểm cắt từ 8 trở lên. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của José Aderval Aragão và cộng sự[3], cũng sử dụng thang đo HADS trên nhóm người bệnh điều trị nội trú. Tỷ lệ trầm cảm và lo âu trong nghiên cứu này lần lượt là 27,6% và 24,4%. Tuy nhiên tỷ lệ trầm cảm, lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Merrill Thomas với tỷ lệ trầm cảm, lo âu lần lượt là 14,1% và 8,3% [6]. Sự khác biệt này có thể là do một số yếu tố sau. Hai nghiên cứu được thực hiện tại hai địa điểm, hai quốc gia khác nhau, với những nền văn hóa, tôn giáo và tín ngưỡng riêng biệt, có thể ảnh hưởng đến cách thức con người trải nghiệm và thể hiện các triệu chứng trầm cảm, lo âu. Các nghiên cứu sử dụng các thang đo và điểm cắt khác nhau để đánh giá mức độ trầm cảm và lo âu, dẫn đến kết quả không đồng nhất. Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào đối tượng người bệnh nội trú, những người bệnh này có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần cao hơn người bệnh ngoại trú trong nghiên cứu của Merrill Thomas. Mặc dù có sự chênh lệch giữa các nghiên cứu nhưng nhìn chung, tỷ lệ trầm cảm, lo âu ở người bệnh THĐMCDMT được ghi nhận đều khá cao so với dân số trên cộng đồng tại Việt Nam và thế giới.

Khác với các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào khía cạnh cận lâm sàng và lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu này khảo sát cụ thể hơn về thực trạng trầm cảm và lo âu bằng thang đo HADS được áp dụng rộng rãi trong nhiều nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. Thang đo có độ tin cậy nội bộ cao, giúp đảm bảo tính chính xác và tin cậy của kết quả thu thập được. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có một số hạn chế. Do được thực hiện trên người bệnh nhập viện điều trị nội trú, những người thường ở giai đoạn cấp tính của bệnh, nên kết quả nghiên cứu không thể khái quát hóa cho những người bệnh ở giai đoạn nhẹ hơn hoặc đã được điều trị ổn định. Mặc dù không thể đại diện cho toàn bộ người bệnh THĐMCDMT, nhưng tỷ lệ trầm cảm, lo âu khá cao trong nghiên cứu cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đưa sức khỏe tâm thần vào mô hình chăm sóc toàn diện cho người bệnh THĐMCDMT. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia trong các lĩnh vực khác nhau sẽ giúp chẩn đoán chính xác hơn tình trạng bệnh lý của người bệnh, bao gồm cả các vấn đề sức khỏe tâm thần thường gặp như trầm

cảm và lo âu. Nhờ vậy, người bệnh sẽ có chất lượng cuộc sống tốt hơn, khả năng tuân thủ điều trị và kiểm soát bệnh hiệu quả hơn. Bên cạnh đó, việc thiết lập chương trình tư vấn hỗ trợ sức khỏe tâm thần sau xuất viện đóng vai trò quan trọng trong quá trình hồi phục của người bệnh. Chương trình này sẽ cung cấp cho người bệnh các hỗ trợ kịp thời, giúp họ giảm nguy cơ tái phát bệnh, nâng cao khả năng quản lý triệu chứng và hạn chế nguy cơ tái nhập viện.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm của bệnh THĐMCDMT thường gặp chủ yếu là nam giới, cao tuổi, và nhập viện điều trị khi đã xuất hiện những biến chứng như loét và hoại tử chi. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức về bệnh THĐMCDMT trong cộng đồng để có thể chẩn đoán và điều trị bệnh sớm, từ đó phòng ngừa nguy cơ bệnh tiến triển nặng hơn. Người bệnh THĐMCDMT có tỷ lệ trầm cảm, lo âu khá cao, do đó việc triển khai các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện là vô cùng cần thiết để điều trị kịp thời và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Ngọc Long, Phạm Nguyên Sơn, Nguyễn Hồng Tôt, Võ Thành Nhân (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có bệnh động mạch chi dưới mạn tính", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 17(2). <https://doi.org/10.52389/ydls.v17i2.1140>
2. Trần Xuân Thủy (2021), Nghiên cứu giá trị của chỉ số ABI và kết quả điều trị của ticagrelor trên các bệnh nhân bị bệnh động mạch chi dưới, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Aragão, J. A., et al. (2019), "Anxiety and depression in patients with peripheral arterial disease admitted to a tertiary hospital", J Vasc Bras. 18, p. e20190002.
4. Brostow, D. P., et al. (2017), "Depression in patients with peripheral arterial disease: A systematic review", Eur J Cardiovasc Nurs. 16(3), pp. 181-193.
5. Song, P., et al. (2019), "Global, regional, and national prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2015: an updated systematic review and analysis", Lancet Glob Health. 7(8), pp. e1020-e1030.
6. Thomas, M., et al. (2020), "Mental health concerns in patients with symptomatic peripheral artery disease: Insights from the PORTRAIT registry", J Psychosom Res. 131, p. 109963.
7. Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983), "The hospital anxiety and depression scale", Acta Psychiatr Scand. 67(6), pp. 361-70.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ PHÒNG NGỪA UNG THƯ CỔ TỬ CUNG DO NHIỄM HUMAN PAPILLOMAVIRUS Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đào Thanh^{1,2}, Trần Thị Như Lê¹, Trần Ngọc Dung¹,
Đinh Xuân Hải², Nguyễn Hoàng Nhi¹, Phan Thị Hoài Trân²,
Huỳnh Quang Minh³, Đinh Thị Hồng Phúc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Human papillomavirus (HPV) là nguyên nhân chính gây bệnh ung thư cổ tử cung. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ung thư cổ tử cung là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho phụ nữ chiếm 12% trong số các loại bệnh ung thư ở nữ giới. Do đó, kiến thức và thái độ của phụ nữ ảnh hưởng trực tiếp đến việc phòng ngừa lây nhiễm HPV và cũng là phòng ngừa ung thư cổ tử cung. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Kiến thức, thái độ về phòng ngừa ung thư cổ tử cung do Human papillomavirus ở phụ nữ mang thai tại thành phố Cần Thơ" với **mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tỉ lệ phụ nữ mang thai tại thành Phố Cần Thơ có kiến thức, thái độ đúng về HPV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên phụ nữ mang thai tại thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Phụ nữ mang thai có kiến thức đúng về nguyên nhân chính gây ra ung thư cổ tử cung 83,6%, kiến thức về HPV có 46,2% hiểu đúng về đường lây chính của HPV là quan hệ tình dục không an toàn; Phụ nữ mang thai có thái độ đúng về ung thư cổ tử cung là 76,9% và 88,4% xác nhận rằng nguyên nhân gây ung thư cổ tử cung có mối liên quan đến HPV. Thái độ đúng về HPV, yếu tố nguy cơ là 73,1%. **Kết luận:** Phụ nữ mang thai tại Cần Thơ nhận thức đúng về ung thư cổ tử cung khá cao tuy nhiên kiến thức về dự phòng ung thư cổ tử cung còn thấp. Vì vậy cần tuyên truyền cho các phụ nữ trẻ tuổi tiêm phòng vaccine HPV để phòng bệnh ung thư cổ tử cung. **Từ khóa:** HPV, ung thư cổ tử cung, phụ nữ mang thai, Thành Phố cần Thơ

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDES REGARDING THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER CAUSED BY HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN PREGNANT WOMEN IN CAN THO CITY

Background: Human papillomavirus (HPV) is the main cause of cervical cancer. According to the World Health Organization, cervical cancer is the leading cause of death for women, accounting for 12% of all cancers in women. Therefore, women's knowledge

and attitudes directly affect the prevention of HPV infection and also the prevention of cervical cancer. We conducted the study "Knowledge and attitudes regarding the prevention of cervical cancer caused by Human Papillomavirus in pregnant women in Can Tho City". **Objectives:** Describe the proportion of pregnant women in Can Tho City who have knowledge and correct attitudes about HPV. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on pregnant women in Can Tho City. **Results:** Pregnant women have correct knowledge of 83.6% of the main cause of cervical cancer, 46.2% of knowledge about HPV, correctly understand that the main route of HPV transmission is unsafe sex; 76.9% of women have the correct attitude about cervical cancer and 88.4% confirm that the cause of cervical cancer is related to HPV. Correct attitude about HPV, the risk factor is 73.1%. **Conclusion:** Pregnant women in Can Tho have a high awareness of cervical cancer, but their actual knowledge about cervical cancer prevention is still low. Therefore, promoting HPV vaccination for young women is necessary to prevent cervical cancer. **Keywords:** HPV, cervical cancer, pregnant women, Can Tho City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HPV nguyên nhân gây ra bệnh lý ung thư nguy hiểm như ung thư cổ tử cung, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vòm họng, sùi mào gà, các tổn thương tiền ung thư hoặc loạn sản... với tỷ lệ lên đến 90% ở cả nam và nữ giới. Đây là những căn bệnh nguy hiểm, khó điều trị, ảnh hưởng lớn đến cuộc sống, tính mạng của người bệnh [5].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ung thư cổ tử cung là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho phụ nữ, chiếm 12% trong các ung thư ở nữ giới và nguyên nhân chính là do nhiễm HPV sinh dục nguy cơ cao. Việc nhiễm lâu dài với các type HPV nguy cơ cao có thể gây ung thư ở các bộ phận của cơ thể, các tế bào ung thư có thể tiến triển nhân lên một cách bất thường và hình thành các khối u ác tính. Ung thư cổ tử cung là một trong 4 loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và đứng thứ 2 về mức độ nguy hiểm sau ung thư vú, ước tính tới năm 2018 tại Việt Nam cứ mỗi ngày có 7 phụ nữ tử vong vì căn bệnh này[2], [8].

Tỷ lệ nhiễm HPV đang có xu hướng gia tăng nên việc phát hiện sớm là rất cần thiết, giúp tăng khả năng điều trị, giảm tỷ lệ tử vong cho

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trung tâm Y tế huyện Thới Lai

³Bệnh viện Đa Khoa thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thanh

Email: daothanhtl1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024