tiêu khát, do đó biểu hiện nổi trội triệu chứng lâm sàng tại vị (thể trung tiêu). Tạng phủ hư suy do thận tinh khuy tổn, hư hỏa nội sinh, hỏa nhiệt tổn thương thận thủy mà gây tiêu khát hoặc những bệnh nhân cơ thể sinh ra âm hư chức năng tạng thận suy yếu rất dễ phát sinh tiêu khát biểu hiện lâm sàng chủ yếu tại tạng thận (thể hạ tiêu). Do đó nếu luận theo YHCT thì nguyên nhân khác nhau thường phát sinh thành các thể lâm sàng khác nhau và sau khi thống kê chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa thể lâm sàng và nguyên nhân bệnh (p < 0,001).

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu có độ tuổi > 60 chiếm đa số (69,2%) và nữ giới (61,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (38,3%).

Nguyên nhân YHCT gây ĐTĐ típ 2 nhiều nhất là Tạng phủ hư suy (43,9%), tiếp theo là ẩm thực bất tiết và tình chí thất điều (25,2% và 18,7%). Đái tháo đường típ 2 theo YHCT có 3 thể lâm sàng, trong đó thể hạ tiêu chiếm tỷ lệ cao nhất (61,7%), tiếp theo là thể thượng tiêu (23,4%), thể trung tiêu chiếm tỷ lệ thấp (11,2%). Bệnh nhân có tình trạng Thận âm hư (55,2%) và Âm hư (53,6%) chiếm tỷ lệ cao.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân ≥ 60 tuổi có thể hạ tiêu chiếm tỷ lệ cao 68%; bệnh nhân < 60 tuổi có thể thượng tiêu chiếm tỷ lệ cao 21,6%. Như vậy có sự liên quan giữa tuổi và thể lâm sàng gây bệnh (p < 0,001). Bệnh nhân thể thượng tiêu có nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là tình chí thất điều (17,5%), thể trung tiêu có nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là ẩm thực bất tiết (5,2%), thể hạ tiêu có nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là tạng phủ hư suy (44,3%). Như vậy cũng có sự liên quan giữa thể lâm sàng và nguyên nhân gây bệnh theo YHCT (p < 0,001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**, Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế (2020)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2, Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 29 và tháng 12 năm 2020, Hà Nội
3. **Lê Minh Hoàng, Châu Nhị Vân (2023)**, Nội Bệnh lý Y học cổ truyền (tập 3), Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Hội Nội tiết đái tháo đường Việt Nam (2016)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết-Chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Trịnh Thị Ngọc Huyền, Nguyễn Trọng Hưng, Nguyễn Huy Bình và cộng sự (2021)**, "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh Viện nội tiết Trung Ương năm 2020", Tạp chí nghiên cứu Y học, 146(10), tr. 150-157.
6. **Nguyễn Thị Sơn (2022)**, "Đái tháo đường", Bệnh học và điều trị Nội Khoa kết hợp Đông Tây Y, tr. 150-165.
7. **Nguyễn Thị Anh Thư, Phùng Đức Nhật, Tô Hoàng Linh (2021)**, "Chi phí điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Quận 6 Tp.Hcm", Tạp chí nghiên cứu Y học, 142(6), tr. 119-125.
8. **American Diabetes Association (2022)**, "Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes", Diabetes Care. 45(1), pp. 17-38.
9. **Cho Nam H, et al (2018)**, "IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045", Diabetes research and clinical practice, 130, pp. 271-281.
10. **Wu Y Ding Y, Tanaka Y, Zhang W (2014)**, "Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention", Int J Med Sci, 11(11), pp. 185-200.

TÌNH TRẠNG TRẦM CẢM TRÊN BỆNH NHÂN SAU HỘI CHỨNG VÀNH CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP

Nguyễn Thượng Nghĩa*, Nguyễn Thượng Lễ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp (HCVC) là một cấp cứu nội khoa không chỉ nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân mà còn mang lại nhiều gánh nặng bệnh tật cho những bệnh nhân sống sót sau biến cố, trong đó có trầm cảm[1]. PHQ-9 là một thang điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao có thể lên tới 88% để tầm soát trầm cảm[4]. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp bằng thang điểm PHQ-9. **Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu tất cả BN HCVC được theo dõi điều trị khoa TMCT-BV Chợ Rẫy từ tháng 2/2019 đến tháng 6/2019 bằng thang điểm PHQ-9 để đánh giá về thực trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC là 21% được đo bằng thang điểm PHQ-9, không khác biệt giữa các thể lâm sàng. Các yếu tố nguy cơ như nữ giới, tuổi cao, đái

**Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa
Email: nghia2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024
Ngày duyệt bài: 23.10.2024

tháo đường típ 2, tiền căn tai biến mạch máu não, tình trạng hôn nhân, gia đình không hạnh phúc và tình trạng không có việc làm gây gia tăng nguy cơ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC. Không thấy mối liên hệ trầm cảm về các thể hội chứng vành cấp, phân độ nặng theo Killip, việc sử dụng thuốc chẹn beta. **Kết luận:** Trầm cảm sau HCVC là một thực trạng bệnh tật không phải ít xảy ra, có thể lên tới 21%. Nó còn mang lại nhiều gánh nặng bệnh tật cho những bệnh nhân sống sót sau biến cố HCVC. Đây là một thực thể lâm sàng mà các thầy thuốc tim mạch chưa chú ý đến nhiều. ***Từ khoá:*** hội chứng vành cấp, trầm cảm, thang điểm PHQ-9

SUMMARY

DEPRESSION IN PATIENTS FOLLOWING ACUTE CORONARY SYNDROME UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTIONS

Background: Acute coronary syndrome (ACS) is a medical emergency that not only threatens the life of the patient but also brings a lot of morbidity burden for the survivors after the event, including depression[1]. PHQ-9 is a highly sensitive and specific score that can be up to 88% to screen for depression[4]. **Objective:** To investigate the rate of depression and related factors in patients with acute coronary syndrome by using the PHQ-9 scale. **Subjects & Methods:** A prospective cross-sectional description of all ACS patients who were followed up at the Interventional Cardiology Department at Cho Ray Hospital from February 2019 to June 2019 using the PHQ-9 scale to assess the status of depression and related factors in the patients surviving. **Results:** 291 patients ACS have the mean age is 64.2 ±10.7; Males (72.5%). There are 66.3% patients ≥ 60 years old; 7.2% of patients < 50 years old; Hypertension (70.8%) and dyslipidemia (65.3%).The rate of depression in patients after ACS was 21% as measured by the PHQ-9 scale, with no significant difference between clinical types of ACS. Risk factors such as female gender, advanced age, type 2 diabetes, history of stroke, unhappy marital status & family, and joblessness increase the risk of depression in patients after ACS. There was no association between depression with Killip classification and beta-blocker use in acute coronary syndromes. **Conclusion:** Depression after ACS is not uncommon, can reach up to 21%. It also carries a heavy burden of disease for ACS survivors. This is a clinical entity that has not received much attention from cardiologists.

Keywords: acute coronary syndrome (ACS), depression, PHQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là một cấp cứu nội khoa không chỉ nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân mà còn mang lại nhiều gánh nặng bệnh tật cho những bệnh nhân sống sót sau biến cố, trong đó có trầm cảm[1]. Ở chiều ngược lại, những bệnh nhân mắc trầm cảm sau HCVC lại có tiên lượng kém hơn so với những đối tượng không có trầm cảm[2]. Đến năm 2019, Hiệp hội bác sĩ gia đình Hoa Kỳ đã đưa ra khuyến cáo về tầm soát và điều trị trầm cảm cho bệnh nhân sau HCVC bằng nhiều thang điểm, trong đó có thang điểm PHQ-9[3]. PHQ-9 là một thang điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao lên tới 88% để tầm soát trầm cảm[4]. Tuy nhiên, ứng dụng thang điểm này tại Việt Nam hiện còn chưa phổ biến.

Mục tiêu nghiên cứu. Khảo sát tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp bằng thang điểm PHQ-9.

Khảo sát mối liên hệ giữa trầm cảm với một số yếu tố dân số-xã hội và yếu tố nguy cơ tim mạch.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

Nơi thực hiện: Khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2019 đến tháng 6/2019

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả BN HCVC sau can thiệp mạch vành được theo dõi điều trị khoa TMCT-BV Chợ Rẫy

Tiêu chuẩn loại trừ. Tình trạng lâm sàng của BN chưa ổn định

Bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp type 2

Bệnh nhân có bệnh tâm thần trước đây (kể cả trầm cảm).

Bệnh nhân không hợp tác, không đồng ý chụp mạch vành

Phương pháp Thu thập & Xử lý số liệu. Bệnh nhân được thăm khám, xét nghiệm cận lâm sàng theo bệnh án chẩn đoán hội chứng động mạch vành cấp: nhồi máu cơ tim mới theo định nghĩa toàn cầu lần3 về nhồi máu cơ tim và đau thắt ngực không ổn định. Phiếu thu thập số liệu theo bệnh án. Ngày khởi đầu là ngày khởi phát triệu chứng đầu tiên. Sau khi tình trạng lâm sàng ổn định thường từ ngày 2 đến khi xuất viện, BN được phỏng vấn, khảo sát các yếu tố xã hội, gia đình … bằng bảng kiểm khảo sát PHQ-9.

Trầm cảm được đánh giá bằng thang đo PHQ-9. Kết quả: 0 - 9: không trầm cảm, ≥ 10: có trầm cảm, ≥19: trầm cảm nặng. Dữ liệu được nhập và xử lý số liệu trên SPSS 23 cho Microsoft Excel & Windows. Các phép kiểm có khác biệt có ý nghĩa thống kê khi trị số p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát 291 bệnh nhân sau HCVC tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện CHợ Rẫy trong thời gian nghiên cứu, rút ra kết quả trong Bảng 1:

Độ tuổi trung bình là 64,2 ±10,7; lớn nhất 93 tuổi, nhỏ nhất là 37 tuổi. Phái nam chiếm đa số (72,5%). Có 66,3% bệnh nhân ≥ 60 tuổi; 7,2% bệnh nhân < 50 tuổi. Hai yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao là Tăng huyết áp (70,8%) và rối loạn lipid máu (65,3%).

Bệnh cảnh lâm sàng thể hiện là NMCT cấp ST chênh lên, NMCT cấp không ST chênh lên, Đau ngực không ổn định với tỉ lệ lần lượt là: 52,3%, 22,3%, 25,4%; chủ yếu là Killip I (92,4%)

Bảng 8. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số (N = 291)	Tần suất	Tỷ lệ %	Thể lâm sàng HCVC	Tần suất	Tỷ lệ %
Tuổi	64,2 ±10,7 (37-93)		NMCT ST chênh lên	152/291	52,3%
Phái nam	211/291	72,5%	NMCT cấp ST không chênh	65/291	22,3%
Phái nữ	80/291	27,5%	ĐN không ổn định	74/291	25,4%
Hút thuốc lá	123/291	42,3%	Phân độ Killip I	269/291	92,4%
Uống rượu bia nhiều	109/291	37,5%	Phân độ Killip II	18/291	6,2%
THA	206/291	70,8%	Phân độ Killip III	3/291	1,0%
ĐTĐ2	76/291	26,1%	Phân độ Killip IV	1/291	0,3%
RLLP	190/291	65,3%	**Điều trị**		
Béo phì	53/291	18,2%	Chẹn Beta	266/291	91,4%
NM não cũ	35/291	12,3%	Statin	291/291	100%
			Aspirin	291/291	100%
			Clopidogrel	291/291	100%

Bảng 9. Đặc điểm xã hội học

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ%	Trình độ học vấn	Tần suất	Tỷ lệ%
Tình trạng hôn nhân & gia đình			Mù chữ	27/291	9,3%
Độc than	4/291	1,4%	Tiểu học	129/291	44,3%
Có gia đình	231/291	79,4%	Trung học	111/291	38,1%
Ly dị/ Ly thân	9/291	3,1%	Cao đẳng/ Đại học	24/291	8,3%
Góa bụa	47/291	16,2%	**Tình trạng việc làm**		
Địa chỉ nơi ở (địa lý)			Có việc làm	93/291	32.0%
Thành thị	61/291	21,0%	Nghỉ hưu	141/291	48,4%
Nông thôn	230/291	79,0%	Không có việc làm	8/291	2,8%
			Mất sức lao động	49/291	16,8%

Đa số BN có gia đình, sống ở nông thôn và có việc làm hoặc nghỉ hưu (xâp xi 80%)

Bảng 10. Tỷ lệ bệnh nhân mắc trầm cảm sau HCVC

Tình trạng Trầm cảm theo PHQ-9	Tần suất	Tỷ lệ %
Không trầm cảm	230/291	79%
Trầm cảm	56/291	21%
Trầm cảm nặng	5/291	1,7%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhồi máu cơ tim ST chênh lên chiếm tỷ lệ cao 52,23%, nhồi máu cơ tim không ST chênh chiếm 22,34%, đau ngực không ổn định chiếm 25,43%. Tỷ lệ trầm cảm tương ứng là 19,1%, 23,1% và 23%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,71).

Tỷ lệ trầm cảm chung là 21%.

Bảng 11. Các yếu tố dân số xã hội học liên quan đến trầm cảm

	Trầm cảm	Không trầm cảm	Giá trị p
Yếu tố xã hội			
1/ Nơi ở (địa lý)	**(n; %)**	**(n; %)**	p = 0,18
Thành thị	9/61(14,8%)	52/61 (85,2%)	
Nông thôn	52/230 (22,6%)	178/230 (77,4%)	
2/ Trình độ học vấn			
Mù chữ	7/27 (25,9%)	20/27 (74,9%)	p = 0,15
Tiểu học	28/129 (21,7%)	101/129 (78,3%)	
Trung học	25/111 (22,5%)	86/111 (77,5%)	
Cao đẳng/ Đại học	1/24 (4,2%)	23/24 (95,8%)	
3/ Tình trạng hôn nhân			
Độc thân	0	4 (100%)	p = 0,001
Có gia đình	38/231 (16,5%)	193/231 (83,5%)	
Ly dị/ Ly thân	4/9 (44,4%)	5/9 (55,6%)	
Góa bụa	19/47 (40,4%)	28/47 (59,6%)	

Độc 388han/ có gia đình	38/235 (16,2%)	197/235 (83,8%)	p < 0,001
Góa bụa/ ly dị/ ly thân	23/56 (41,1%)	33/56 (58,9%)	
4/ Tình trạng công việc			
Có việc làm	5/93 (5,4%)	88/93 (94,6%)	p < 0,001
Nghỉ hưu	29/141 (20,6%)	112/141 (79,4%)	
Không việc làm	3/8 (37,5%)	5/8 (62,5%)	
Mất khả năng lao động	24/49 (49%)	25/49 (51%)	

Bảng 12. Các yếu tố nguy cơ tim mạch liên quan đến trầm cảm sau HCVC

	Trầm cảm	**Không trầm cảm**	**Giá trị p**
1/ Phái tính			
Nam	37/211 (17,5%)	174/211 (82,5%)	p = 0,02
Nữ	24/80 (30%)	56/80 (70,0%)	
2/ Tuổi			
<60	5/95 (5,3%)	90/95 (94,7%)	p < 0,001
60-69	26/103 (25,3%)	77/103 (74,71%)	
70-79	19/65 (29,2%)	46/65 (71,8%)	
≥80	11/25 (44,0%)	14/25 (56%)	
3/ Hút thuốc lá			
Đang hút thuốc lá	20/123 (16,3%)	103/123 (83,7%)	p = 0,09
Không hút thuốc lá	41/168 (24,4%)	127/168 (75,6%)	
4/ Tăng huyết áp			
Có tăng huyết áp	47/206 (22,8%)	159/206 (77,2%)	p = 0,22
Không tăng huyết áp	14/85 (16,5%)	71/85 (83,5%)	
5/ Đái tháo đường 2			
Có ĐTĐ2	23/76 (30,3%)	53/76 (69,7%)	p = 0,02
Không ĐTĐ2	38/215 (17,7%)	177/215 (82,3%)	
6/ Nhồi máu não cũ			
Có NM não cũ	14/35 (40%)	21/35 (60,0%)	p = 0,003
Không NM não cũ	47/256 (18,4%)	209/256 (81,6%)	
7/ Béo phì			
Có béo phì	14/53 (26,4%)	39/53 (73,6%)	p = 0,28
Không béo phì	47/238 (19,7%)	191/238 (80,3%)	
8/ Rối loạn lipid máu			
Có RLLP	54/190 (28,4%)	136/190 (71,6%)	p =0,26
Không RLLP	20/101 (19,8%)	81/101 (80,2%)	

Các yếu tố có liên quan tới tình trạng trầm cảm sau HCVC là: phái tính nữ, tuổi cao, đái tháo đường, và nhồi máu não cũ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,02; <0,001; 0,02; 0,003.

Các yếu tố khác như: Các thể lâm sàng của HCVC, Phân độ Killip và Điều trị thuốc chẹn beta đều không liên quan tới tình trạng trầm cảm của BN HCVC với sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,71; 0,26; 0,7.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC. Trong dân số chung, tỷ lệ trầm cảm là 5% ở người trưởng thành và 5,7% ở người trên 60 tuổi[6]. Tỷ lệ trầm cảm ở người có bệnh mạch vành thay đổi theo đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ này nhìn chung cao hơn hẳn trong dân số chung[7] Tỷ lệ hiện mắc trầm cảm sau nhồi máu cơ tim từ 3-3.5 lần cao hơn so với cộng đồng[3]. Một phân tích gộp từ 22 nghiên cứu cho thấy trầm cảm sau nhồi máu cơ tim làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân lên 2-2.6 lần so với nhóm không trầm cảm[4]. Tác giả Parashar và cộng sự đã dùng thang điểm PHQ-9 để tầm soát trầm cảm ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim trong lúc nằm viện và ghi nhận tỷ lệ là 22,3%[8]. Tại Việt Nam, tác giả Phan Thế Sang và cs[9] nghiên cứu trên 102 bệnh nhân nhồi máu cơ tim ghi nhận tỷ lệ trầm cảm là 24,5% khi khảo sát trên hai thang điểm Beck và PHQ-9. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tỷ lệ trầm cảm trên BN sau NMCT cấp là 21,0% và không khác biệt có ý nghĩa thống kê khi đánh giá trong các thể lâm sàng hội chứng vành cấp, phân loại Killip của HCVC [3,4]

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC theo tuổi. Trong dân số chung, tại Mỹ, trầm cảm có

thể khởi phát ở mọi độ tuổi, thường gặp nhất ở nhóm từ 18 - 25 tuổi, kế đến là nhóm 45 - 64 tuổi[10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi,tỉ lệ trầm cảm tăng dần theo tuổi, tuổi trung bình ở nhóm có trầm cảm là 70,5 ± 9,4, ở nhóm không trầm cảm là 62,6 ± 10,4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Nhóm tuổi < 60 có tỷ lệ trầm cảm thấp hơn hẳn các nhóm tuổi > 60, điều này khác biệt với nghiên cứu của Lê Công Thiện và cộng sự (tuổi trung bình của các bệnh nhân có trầm cảm là 58,6 ±7,4, tuổi trung bình của nhóm không bị trầm cảm là 65,4 ± 8,6). Điều này có thể được lý giải do bệnh mạch vành thường xuất hiện khi BN cao tuổi, đặc điểm dân số trong các nghiên cứu khác nhau, tiêu chuẩn trầm cảm khác nhau giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC theo giới tính. Ở dân số sau HCVC, phụ nữ dễ bị trầm cảm hơn với tỷ lệ cao gấp 2 lần so với nam giới[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trầm cảm ở người có HCVC ở nữ là 30%, nam là 17,54%, tỷ lệ nữ/nam là 1,7, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,02). Kết quả này là tương đương với các nghiên cứu khác và trong dân số chung[3,4]

Có một số giả thuyết giải thích sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm liên quan giới tính như các yếu tố về sinh lý, giới tính, hormon …, tuy nhiên cơ chế thực sự vẫn chưa được hiểu rõ.

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC theo tình trạng hôn nhân. Trong dân số chung lẫn bệnh nhân sau HCVC, trầm cảm thường gặp ở những người có tình trạng hôn nhân, gia đình không hạnh phúc, không có mối quan hệ tốt hoặc mất đi người thân thiết như người ly hôn, ly thân hoặc những người góa bụa. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhóm người ly thân/ly dị (44,4%) hoặc góa bụa (40,4%) bị HCVC dễ bị trầm cảm hơn nhóm người hạnh phúc trong đời sống cá nhân hoặc gia đình như người độc thân hoặc đang có kết hôn mà cuộc sống gia đình viên mãn (16,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0.001) → tầm quan trọng của việc tầm soát sớm trầm cảm ở BN bị HCVC.

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC theo trình trạng việc làm. Theo các nghiên cứu trong dân số chung, tỷ lệ trầm cảm thường cao hơn ở những người không có việc làm hoặc mất khả năng lao động. Từ những dữ liệu của nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở bảng 4, người không có việc làm hoặc mất khả năng lao động có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn hẳn những người có việc làm hoặc nghỉ hưu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Nghiên cứu của tác giả Phan Thế Sang và cs[6] cũng cho kết quả tương tự. Kết quả này cho thấy khả năng tác động của tình trạng việc làm tới trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC, thường gặp trên đối tượng người cao tuổi mất khả năng lao động.

Các yếu tố nguy cơ tim mạch: THA, Béo phì, Hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, tình trạng nghiện rượu ít ảnh hưởng tới tỷ lệ trầm cảm trên nhóm BN HCVC trong nghiên cứu này. Kết qủa này cũng tương tự như một số nghiên cứu trên thế giới khác[5]

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC theo tình trạng bệnh đái tháo đường típ 2. Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng, tăng nguy cơ hội chứng vành cấp. Người bị đái tháo đường type 2 thường cảm thấy tự ti mang bệnh mãn tính, thường phải thay đổi lối sống trước đây, điều có thể là yếu tố khiến họ dễ trầm cảm hơn người khác với tỷ lệ gấp đôi dân số chung. Trong công trình của chúng tôi, tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 sau HCVC cao hơn đáng kể so với người không đái tháo đường type 2 (30,3% vs 17,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,02). Điều này cũng tương tự với điều mà các nghiên cứu trước đây đã tìm thấy.

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC theo tiền căn tai biến mạch máu não. Đột quỵ và và trầm cảm đã được nhiều nghiên cứu chứng minh là có mối liên hệ 2 chiều, nghĩa là trầm cảm có thể làm tăng nguy cơ đột quỵ và đột quỵ có thể dẫn đến trầm cảm. Một nghiên cứu trên 34.346 đối tượng cho thấy những người bị đột quỵ có nguy cơ bị trầm cảm cao gấp 2 lần so với dân số chung với tần suất cao nhất ở 3 tháng đầu sau biến cố đột quỵ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 35 trường hợp bệnh nhân HCVC có tiền căn tai biến mạch máu não, tỷ lệ trầm cảm trong nhóm bệnh nhân này cao hơn hẳn nhóm không có tiền căn tai biến mạch máu não (40% vs 18,4%, p = 0,003).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC là 21% được đo bằng thang điểm PHQ-9, không khác biệt giữa các thể lâm sàng. Các yếu tố nguy cơ như nữ giới, tuổi cao, đái tháo đường típ 2, tiền căn tai biến mạch máu não, tình trạng hôn nhân, gia đình không hạnh phúc và tình trạng không có việc làm gây gia tăng nguy cơ trầm cảm ở bệnh nhân sau HCVC. Không thấy mối liên hệ trầm cảm về các thể hội chứng vành cấp, phân độ nặng theo Killip, việc sử dụng thuốc chẹn beta.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Frost JL, Rich RL, Jr., Robbins CW, et al.** Depression Following Acute Coronary Syndrome Events: Screening and Treatment Guidelines from the AAFP. Am Fam Physician. Jun 15 2019; 99(12):Online.
2. **Osler M, Martensson S, Wium-Andersen IK, et al.** Depression After First Hospital Admission for Acute Coronary Syndrome: A Study of Time of Onset and Impact on Survival. Am J Epidemiol. Feb 1 2016;183(3):218-26.
3. **Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al.** Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. J Gen Intern Med. Jan 2006;21(1):30-8.
4. **Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C.** Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. Psychosom Med. Nov-Dec 2004; 66(6):802-13.
5. **Parashar S, Rumsfeld JS, Spertus JA, et al**. Time course of depression and outcome of myocardial infarction. Arch Intern Med. Oct 9 2006;166(18):2035-43.
6. **Trang PTSvTK.** Trầm cảm sau nhồi máu cơ tim theo thang điểm Beck. Y học TP Hồ Chí Minh. 2012;16(1):369 - 375.
7. **Lê Công Thiện NKVvNTBY**. Bước đầu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim điều trị nội trú tại Viện tim mạch - bệnh viện Bạch Mai. Y học thực hành. 2012;9:3 - 5.
8. **Zhao YJ, Jin Y, Rao WW, et al.** Prevalence of Major Depressive Disorder Among Adults in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry. 2021;12:659470.
9. **Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH.** Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. Diabetes Care. Dec 2008; 31(12):2383-90. doi:10.2337/dc08-0985
10. **Naqvi TZ, Rafique AM, Andreas V, Rahban M, Mirocha J, Naqvi SS**. Predictors of depressive symptoms post-acute coronary syndrome. Gend Med. Dec 2007;4(4):339-51.

CAN THIỆP NÚT ĐỘNG MẠCH MÀNG NÃO GIỮA ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH: KỸ THUẬT VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRÊN CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN

Đào Xuân Hải[1,2], Phạm Minh Thông[2], Đồng Văn Hệ[1], Lê Thanh Dũng[1]

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả quy trình kỹ thuật nút động mạch màng não giữa và các đặc điểm hình ảnh của động mạch màng não giữa trên chụp mạch số hóa xóa nền liên quan với can thiệp trong điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 26 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính được của can thiệp nút động mạch màng não giữa tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 11/2021 đến 2/2023. **Kết quả:** Tất cả các ĐM màng não giữa trong nghiên cứu đều xuất phát từ ĐM hàm. 100% ĐM màng não giữa cùng bên máu tụ dưới màng cứng mạn tính đều có dấu hiệu ngấm thuốc dạng sợi bông và thoát thuốc ở ngoại vi trên DSA. Đường kính trung bình tại gốc của các ĐM màng não giữa cùng bên máu tụ lớn hơn bên không có máu tụ có ý nghĩa thống kê với p = 0.00. 1 bệnh nhân có ĐM mắt bên phải xuất phát từ ĐM màng não giữa. 28.8% ĐM màng não giữa có vòng nối với ĐM mắt qua nhánh ổ mắt hoặc nhánh lệ màng não. 1 bệnh nhân có giả phình ĐM màng não giữa bên trái, 1 bệnh nhân có thông giữa nhánh trước của ĐM màng giữa bên trái với tĩnh mạch trong xương. **Kết luận:** Các hình ảnh quan sát được trên chụp ĐM màng não giữa (ngấm thuốc dạng sợi bông, thoát thuốc) gợi ý nguyên nhân của máu tụ dưới màng cứng mạn tính là do chảy máu từ nhiều ĐM tân tạo chưa trưởng thành trong màng của khối máu tụ, được cấp máu từ ĐM màng não giữa. Đây là cơ sở của can thiệp nút ĐM màng não giữa điều trị máu tụ dưới màng cứng mạn tính – một phương pháp mới đang được nghiên cứu. Đánh giá cẩn thận giải phẫu ĐM màng não giữa trên DSA có vai trò rất quan trọng trong chiến lược can thiệp nhằm đạt được hiệu quả và tránh các biến chứng. ***Keywords:*** giải phẫu, vòng nối nguy hiểm, máu tụ dưới màng cứng mạn tính, động mạch màng não giữa, nút mạch.

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Hải
Email: daoxuanhai89@gmail.com

Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

SUMMARY

MIDDLE MENINGEAL ARTERY EMBOLIZATION FOR TREATMENT OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA: DIGITAL SUBTRACTION ANGIOGRAPHY TECHNIQUE AND FINDINGS

Objective: Describe the endovascular technique of middle meningeal artery (MMA) embolization and imaging features on digital subtraction angiography (DSA) associated with intervention in treating chronic subdural hematoma (cSDH). **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 26 patients with cSDH treated with MMA embolization at the Radiology Department, Viet Duc hospital, from November 2021 to February 2023. **Results:** All MMAs originated from the maxillary artery. 100% of the MMAs ipsilateral to cSDHs showed cotton wool-like staining and contrast pooling around the distal