

tiêm bắp và uống đều làm cải thiện triệu chứng lâm sàng tương đương nhau. Tuy nhiên, bảng điểm TNSc là bảng điểm đánh giá hoàn toàn trên lâm sàng, trong đó sự thay đổi cảm giác hoàn toàn do bệnh nhân tự đánh giá dựa trên bộ câu hỏi, điều này có thể tạo ra sai sót trong tổng điểm và tỷ lệ bệnh nhân tái khám thấp. Do đó để đánh giá hiệu quả điều trị, mức độ và tỷ lệ hồi phục tổn thương thần kinh cần có thêm thời gian để đánh giá lâm sàng cũng như sự thay đổi cận lâm sàng sau điều trị.

Chúng tôi đánh giá lại sự thay đổi của nồng độ homocysteine, vitamin B₁₂, huyết sắc tố và thể tích trung bình hồng cầu sau 1 tháng điều trị, nhận thấy rằng: tỷ lệ có tăng homocysteine thay đổi từ 82,9% đến 12,5%. Theo Miao Vu và cộng sự (n = 110, 2022) có 6 bệnh nhân quay lại khám thì có 5 bệnh nhân có nồng độ homocysteine giảm đáng kể.⁴ Điều này chứng minh rằng việc bổ sung vitamin B₁₂ làm bình thường hóa nồng độ homocysteine và góp phần làm giảm tổn thương thần kinh.

Sự khác biệt về nồng độ huyết sắc tố và thể tích trung bình hồng cầu trước và sau điều trị 1 tháng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có thể lý giải như sau: chúng tôi lấy máu tại thời điểm vào viện và sau điều trị 1 tháng trong khi đó đời sống trung bình của hồng cầu là 120 ngày. Theo Chih -Kang Hsu (2012) và cộng sự báo cáo cải thiện trên MRI ở bệnh nhân ngộ độc N₂O ghi

nhận sớm nhất là sau 2 tháng, chính vì vậy chúng tôi không chụp MRI lại sau 1 tháng.⁵

V. KẾT LUẬN

Có sự cải thiện lâm sàng trước và sau 1 tháng điều trị bằng phác đồ vitamin B₁₂ phối hợp tiêm bắp và uống, đánh giá theo bảng điểm TNSc ($p = 0,05$). Có sự cải thiện về nồng độ homocysteine trước và sau điều trị 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Winstock A, Maier LJ, Zhuparris A, et al.** Global Drug Survey (GDS) 2021 Key Findings Report. Global Drug Survey; 2021. Accessed June 2, 2025. <https://www.globaldrugsurvey.com/>
2. **Fang X, Yu M, Zheng D, Gao H, Li W, Ma Y.** Electrophysiologic Characteristics of Nitrous-Oxide-Associated Peripheral Neuropathy: A Retrospective Study of 76 Patients. *J Clin Neurol.* 2023;19(1):44-51. doi:10.3988/jcn.2023.19.1.44
3. **Li HT, Chu CC, Chang KH, et al.** Clinical and electrodiagnostic characteristics of nitrous oxide-induced neuropathy in Taiwan. *Clinical Neurophysiology.* 2016;127(10):3288-3293. doi: 10.1016/j.clinph.2016.08.005
4. **Yu M, Qiao Y, Li W, et al.** Analysis of clinical characteristics and prognostic factors in 110 patients with nitrous oxide abuse. *Brain and Behavior.* 2022;12(4): e2533. doi:10.1002/brb3. 2533
5. **Hsu C kang, Chen Y quen, Lung V zen, His SC, Lo HC, Shyu HY.** Myelopathy and polyneuropathy caused by nitrous oxide toxicity: a case report. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2012;30(6):1016.e3-1016.e6. doi:10.1016/j.ajem.2011.05.001

BỘ CÂU HỎI SỨC KHỎE BỆNH NHÂN (PHQ-9): CÔNG CỤ SÀNG LỌC TRẦM CẢM CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH TẠI VIỆT NAM

Lê Hoàng Ngọc Trâm^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm là một trong những rối loạn tâm thần đồng mắc thường gặp nhất ở người bệnh động kinh và gây tác động bất lợi lên điều trị nội khoa, ngoại khoa cũng như chất lượng sống. Dù hiện mắc cao, trầm cảm vẫn thường bị bỏ sót và điều trị chưa thích đáng, kéo theo hệ quả kinh tế-xã hội đáng kể. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá độ chính xác của thang PHQ-9 bản tiếng Việt như một công cụ sàng lọc trầm cảm ở người bệnh động kinh. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang tiến hành tiền cứu tại phòng khám động kinh Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (12/2019–03/2020). Tuyển 91 người bệnh ≥ 18 tuổi, chẩn đoán động kinh theo định nghĩa thực hành của ILAE 2014, đang điều trị bằng ≥ 1 thuốc chống động kinh. Tất cả hoàn thành PHQ-9 (tiếng Việt) và được phỏng vấn chẩn đoán có cấu trúc theo DSM-5 (SCID-5) để xác lập rối loạn trầm cảm chủ yếu (RLTCCY) – được xem là tiêu chuẩn vàng. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ RLTCCY theo SCID-5 là 25,3%. PHQ-9 cho diện tích dưới đường cong ROC (AUC) = 0,91. Điểm cắt 8 cho cân bằng tốt giữa độ nhạy 87,0% và độ đặc hiệu 82,4%; điểm cắt 10 cho độ đặc hiệu 94,1% với độ nhạy 78,0%. **Kết luận:** PHQ-9 bản tiếng Việt là công cụ sàng lọc trầm cảm hiệu quả và giá trị cho người bệnh động kinh trong bối cảnh phòng khám. **Từ khóa:** trầm cảm; động kinh; thẩm định giá trị; sàng lọc; PHQ-9.

SUMMARY

THE PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ

¹Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện FV

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Ngọc Trâm

Email: leh.ngoctram@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

– 9): A DEPRESSION SCREENING TOOL FOR PEOPLE WITH EPILEPSY IN VIET NAM

Background: Depression is common among people with epilepsy (PWE) and adversely affects treatment and quality of life, yet remains under-recognized and undertreated. **Objectives:** To evaluate the diagnostic accuracy of the Vietnamese Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) as a depression screening tool in PWE. **Methods:** We conducted a prospective cross-sectional study at an epilepsy clinic in Ho Chi Minh City (Dec 2019–Mar 2020). Ninety-one adults with ILAE-defined epilepsy completed the Vietnamese PHQ-9 and underwent the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) for major depressive disorder (MDD) as the gold standard. **Results:** MDD prevalence by SCID-5 was 25.3%. The PHQ-9 had an AUC of 0.91. A cut-point of 8 provided balanced sensitivity 87.0% and specificity 82.4%; at cut-point 10, specificity was 94.1% and sensitivity 78.0%. **Conclusions:** The Vietnamese PHQ-9 is a valid and efficient depression screening tool for PWE in clinic settings. **Keywords:** depression; epilepsy; validation; screening; PHQ-9.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là rối loạn tâm thần đồng mắc thường gặp ở người bệnh động kinh, với tỷ lệ hiện mắc trong quần thể người bệnh động kinh cao hơn dân số chung[1][2]. Trầm cảm làm gia tăng mệt mỏi, dễ kích thích, hung tính; ảnh hưởng kiểm soát cơn và chất lượng sống, thậm chí liên quan đột phá cơn kháng trị. Dù vậy, sàng lọc trầm cảm tại phòng khám thần kinh còn hạn chế do thời gian thăm khám ít, thiếu nguồn lực tâm thần kinh và xu hướng che giấu cảm xúc ở người Việt.

PHQ-9 là thang tự điền 9 mục dựa trên tiêu chuẩn DSM dành cho sàng lọc trầm cảm ở người trưởng thành, đã được chuẩn hóa đa ngôn ngữ và bối cảnh[3][5]. Tuy nhiên, điểm cắt tối ưu ở người bệnh động kinh có thể khác dân số chung, và dữ liệu thẩm định ở Việt Nam còn thiếu. Mục tiêu của nghiên cứu: *Thẩm định độ chính xác chẩn đoán của PHQ-9 (tiếng Việt) trong sàng lọc trầm cảm ở người bệnh động kinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và đối tượng: Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu tại phòng khám động kinh Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP. Hồ Chí Minh; thời gian 12/2019–03/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) ≥ 18 tuổi; (2) chẩn đoán động kinh theo định nghĩa thực hành của ILAE 2014[1], do bác sĩ thần kinh xác lập; (3) đang dùng ≥ 1 thuốc chống động kinh; (4) đủ năng lực hoàn thành phỏng vấn và bảng hỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh lý cơ thể nặng (gan, thận, ung thư), bệnh lý thần kinh khác (sa

sút trí tuệ, chấn thương sọ não, đột quỵ), chậm phát triển trí tuệ mức vừa-nặng, không nghe/nói tiếng Việt đủ để tham gia.

Đạo đức nghiên cứu: Được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh phê duyệt; tất cả người tham gia ký cam kết đồng thuận.

Công cụ sàng lọc: Sử dụng PHQ-9 bản tiếng Việt. Chín mục phản ánh tiêu chuẩn DSM-5 cho rối loạn trầm cảm chủ yếu (mất khả năng cảm thụ khoái cảm, khí sắc trầm, rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, thay đổi khẩu vị, tự ti/tội lỗi, giảm tập trung, chậm chạp/bút rút, ý nghĩ chết/tự hại). Thang điểm 0–3 cho tần suất 2 tuần gần đây (0: không bao giờ; 3: hầu như mỗi ngày); tổng điểm 0–27[7].

Quy trình nghiên cứu:

- Phỏng vấn trực diện thu thập dữ liệu nhân-trắc-xã hội và lâm sàng (tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, hôn nhân; kiểu cơ, căn nguyên, thời gian bệnh, kiểm soát cơn, số thuốc). Kiểu cơ và căn nguyên phân loại theo ILAE 2017 [8].

- Người bệnh tự điền PHQ-9 theo hướng dẫn.

- Cùng buổi, bác sĩ tâm thần được đào tạo thực hiện SCID-5 để chẩn đoán RLTCY[4]; người phỏng vấn mù kết quả PHQ-9.

- Trường hợp RLTCY và/hoặc có ý nghĩ tự sát, báo bác sĩ điều trị thần kinh và chuyển khám tâm thần.

Phân tích thống kê: Xử lý bằng STATA®. Biến liên tục: trung bình (SD); biến phân loại: tần suất (%). So sánh: t-test/ANOVA, χ^2 hoặc Fisher khi thích hợp. Vẽ đường cong ROC, ước tính AUC, tính độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV theo các điểm cắt 5–13; lựa chọn điểm cắt tối ưu dựa trên cân bằng độ nhạy-đặc hiệu và khoảng cách d đến góc trên-trái.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuyển chọn mẫu: Từ 12/2019 đến 03/2020, sàng lọc 252 người bệnh động kinh; 144 đủ điều kiện; 91 người đồng ý tham gia và hoàn tất cả PHQ-9 lẫn SCID-5.

Hình 1. Sơ đồ tuyển chọn mẫu

Trong 91 người tham gia, nam 46 (50,5%); tuổi trung bình $37,2 \pm 13,2$ (18–69); độc thân 51,6%; lao động chân tay 54,9%; trình độ phổ biến: THCS 33,0%. Thời gian mắc bệnh trung bình $146,2 \pm 36,4$ tháng. Cơn khu trú chiếm 72,5%; điều trị đơn trị 53,8%.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, xã hội và lâm sàng toàn mẫu

Đặc điểm	N	Trung bình (SD)	%
Tuổi (năm)		37,2 (13,2)	

Giới			
- Nam	46		50,5
- Nữ	45		49,5
Học vấn			
- Tiểu học	21		23
- THCS	30		33
- THPT	25		27,5
- Cao đẳng/ĐH trở lên	15		16,5
Nghề nghiệp			
- Thất nghiệp	18		19,8
- Lao động chân tay	50		54,9
- Lao động trí óc	21		23,1
- Nghỉ hưu	2		2,2
Tình trạng hôn nhân			
- Độc thân	47		51,6
- Kết hôn	42		46,2
- Ly hôn/Goá	2		2,2
Thời gian bệnh (tháng)	146,2 (36,4)		
Kiểu cơn			
- Khu trú	66		72,5
- Toàn thể	4		4,4
- Không xác định	21		23,1
Căn nguyên			
- Tổn thương cấu trúc	38		41,8
- Nhiễm trùng	3		3,3
- Không rõ	50		54,9
Tần suất cơn			
- Gần như hằng ngày	3		3,3
- Hằng tuần	6		6,5
- Hằng tháng	23		25,3
- Mỗi 3-6 tháng	29		31,9
- Tự do cơn ≥ 1 năm	30		33
Số thuốc chống động kinh			
- Đơn trị	49		53,8
- Đa trị	42		46,2

Tỷ lệ trầm cảm và so sánh nhóm. Theo SCID-5, 23/91 người (25,3%; KTC 95%: 16,2–34,4) được chẩn đoán RLTCY. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm RLTCY và không RLTCY về các đặc điểm nhân-trắc-xã hội và lâm sàng.

Bảng 2. Đặc điểm ở nhóm RLTCY và không RLTCY

Đặc điểm	RLTCY (tỷ lệ %) (N=23)	Không RLTCY (tỷ lệ %) (N=68)	p
Đặc điểm nhân khẩu – xã hội			
Tuổi trung bình (ĐLC) (năm)	35,8 (6,1)	37,6 (3,1)	0,579
Giới			
- Nữ	14 (60,9)	31 (45,6)	0,23*
- Nam	9 (39,1)	37 (54,4)	
Trình độ học vấn			
- Tiểu học	6 (26,1)	15 (22,1)	0,63*

- THCS	7 (30,4)	23 (33,8)	
- THPT	6 (26,1)	19 (27,9)	
- Cao đẳng/ĐH trở lên	4 (17,4)	11 (16,2)	
Tình trạng việc làm			
- Thất nghiệp	6 (26,1)	12 (17,6)	0,44*
- Lao động chân tay	10 (43,5)	40 (58,8)	
- Lao động trí óc	7 (30,4)	14 (20,6)	
- Nghỉ hưu	0 (0,0)	2 (3,0)	
Tình trạng hôn nhân			
- Độc thân	13 (56,5)	34 (50,0)	0,43*
- Kết hôn	9 (39,1)	33 (48,5)	
- Ly hôn/Goá	1 (4,4)	1 (1,5)	
Lâm sàng			
Thời gian mắc bệnh (ĐLC) (tháng)	146,2 (56,4)	130,0 (27,4)	0,55
Kiểu cơn			
- Khu trú	15 (65,2)	51 (75,0)	0,61*
- Toàn thể	1 (4,3)	3 (4,4)	
- Không xác định	7 (30,5)	14 (20,6)	
Căn nguyên động kinh			
- Tổn thương cấu trúc	11 (47,8)	27 (39,7)	0,68*
- Di truyền/chuyển hoá/miễn dịch	0 (0,0)	0 (0,0)	
- Nhiễm trùng	0 (0,0)	3 (4,4)	
- Không rõ	12 (52,2)	38 (55,9)	
Tần suất cơn			
- Gần như hằng ngày	1 (4,4)	2 (2,95)	0,12*
- Hằng tuần	4 (17,4)	2 (2,95)	
- Hằng tháng	7 (30,4)	16 (23,5)	
- Mỗi 3-6 tháng	6 (26,1)	23 (33,8)	
- Tự do cơn ≥ 1 năm	5 (21,7)	25 (36,8)	
Số thuốc chống động kinh (AEDs)			
- Đơn trị	11 (47,8)	38 (55,9)	0,5
- Đa trị	12 (52,2)	30 (44,1)	

Ghi chú: RLTCY: rối loạn trầm cảm chủ yếu; ĐLC: độ lệch chuẩn; AEDs: thuốc chống động kinh. (*): Kiểm định chính xác Fisher.

Triệu chứng trầm cảm, ở nhóm không RLTCY, các biểu hiện theo DSM-5 vẫn hiện diện đáng kể: rối loạn giấc ngủ 45,6%, giảm tập trung/quyết đoán 29,4%, thay đổi khẩu vị 20,6%; ý nghĩ về cái chết 1,5%. Ở nhóm RLTCY, đa số triệu chứng xuất hiện với tần suất cao; ý nghĩ về cái chết 30,4%.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của trầm cảm ở người bệnh động kinh

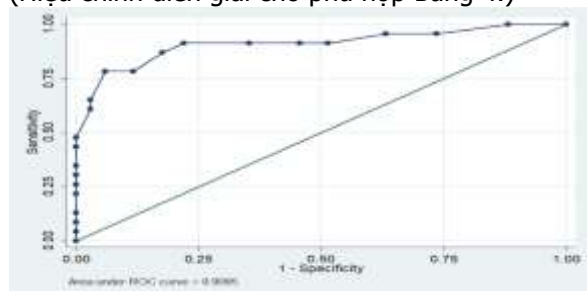
Triệu chứng lâm sàng	RLTCY (N=23)	Không RLTCY (N=68)
Khí sắc trầm	18 (78,3%)	3 (4,4%)
Mất khả năng cảm thụ khoái cảm (anhedonia)	15 (65,2%)	0 (0,0%)
Thay đổi khẩu vị (chán ăn hoặc ăn quá nhiều)	12 (52,2%)	14 (20,6%)

Rối loạn giấc ngủ (mất ngủ hoặc ngủ quá nhiều)	18 (78,3%)	31 (45,6%)
Kích động hoặc chậm chạp tâm thần vận động	15 (65,2%)	9 (13,2%)
Mệt mỏi hoặc giảm năng lượng	15 (65,2%)	5 (7,3%)
Cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi quá mức/không phù hợp	19 (82,6%)	3 (4,4%)
Giảm khả năng suy nghĩ/tập trung hoặc do dự	16 (69,6%)	20 (29,4%)
Y nghĩ về cái chết	7 (30,4%)	1 (1,5%)

Ghi chú: RLTCY: rối loạn trầm cảm chủ yếu

Hiệu năng sàng lọc của PHQ-9: AUC = 0,91 cho thấy độ chính xác tổng thể cao. Các chỉ số theo điểm cắt 5–13 trình bày ở Bảng 4.

- Điểm cắt 8: độ nhạy 87,0%; độ đặc hiệu 82,4%; PPV 62,5%; NPV 94,9% – cân bằng tốt.
- Điểm cắt 10 (truyền thống): độ nhạy 78,0%; độ đặc hiệu 94,1% – ưu tiên giảm dương tính giả.
- Từ 11 đến 13: độ nhạy giảm 65,0% → 48,0%; độ đặc hiệu tăng 97,0% → 100,0%. (Hiệu chỉnh diễn giải cho phù hợp Bảng 4.)



Hình 2. Đường cong ROC của PHQ-9

Bảng 4. Tỷ lệ ước tính trầm cảm và các chỉ số độ chính xác theo điểm cắt PHQ-9 (5–13)

Điểm cắt	Tỷ lệ trầm cảm ước tính (%)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	Khoảng cách d
5	57,1	91	54,4	40,4	94,9	0,46
6	49,5	91	64,7	46,7	95,6	0,36
7	39,6	91	77,9	58,3	96,3	0,24
8	35,2	87	82,4	62,5	94,9	0,22
9	28,6	78	88,2	69,2	92,3	0,25
10	21,2	78	94,1	81,8	92,7	0,23
11	18,7	65	97	88,2	89,2	0,35
12	17,6	60	97	87,5	88	0,39
13	12,1	48	100	100	85	0,52

Ghi chú: PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; PPV: giá trị tiên đoán dương; NPV: giá trị tiên đoán âm; d: khoảng cách đến

góc trên-trái (0;1) trên đường cong ROC (giá trị nhỏ hơn cho thấy cân bằng tốt hơn giữa độ nhạy và độ đặc hiệu). “Tỷ lệ trầm cảm ước tính” là tỷ lệ dương tính theo PHQ-9 tại mỗi điểm cắt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này, khi áp dụng tiêu chuẩn DSM-5 cùng công cụ phỏng vấn lâm sàng có cấu trúc SCID-5, ghi nhận 23 người bệnh (tương ứng 25,3% mẫu nghiên cứu) được chẩn đoán RLTCY[2]. Tỷ lệ này tương đồng với các số liệu trong những phân tích gộp gần đây ở quy mô quốc tế. Chẳng hạn, Fiest và cộng sự ghi nhận tỷ lệ 23,1% trên 29.891 người bệnh động kinh trong 9 nghiên cứu[2], còn Minjung Kim và cộng sự báo cáo tỷ lệ 21,9% ở 5.434 người bệnh thuộc 35 nghiên cứu. So sánh với các quốc gia châu Á, tỷ lệ của nghiên cứu này tương đương Jordan (22,8%), Hàn Quốc (21,9%) và cao hơn Nhật Bản (18,6%). Sự khác biệt giữa các nghiên cứu nhiều khả năng bắt nguồn từ đặc điểm dân số và công cụ chẩn đoán được sử dụng, bao gồm các thang sàng lọc (PHQ-9, NDDI-E) hoặc các phương pháp đánh giá chuẩn vàng theo DSM[5]. Nhìn chung, khoảng một phần tư người bệnh động kinh phải đối diện với trầm cảm.

Phân tích đặc điểm nhân trắc – xã hội và lâm sàng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có RLTCY, kết quả này tương tự một số nghiên cứu trước đó sử dụng chuẩn vàng chẩn đoán[3]. Dù vậy, y văn đã xác định nhiều yếu tố nguy cơ như giới nữ, số lượng thuốc chống động kinh (AEDs) và tình trạng đáp ứng điều trị. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ “không có cơn ≥1 năm” cao hơn ở nhóm không trầm cảm (36,8% so với 21,7%), gợi ý vai trò bảo vệ của kiểm soát cơn, song cỡ mẫu hạn chế có thể làm mất ý nghĩa thống kê.

Về triệu chứng, một bộ phận không nhỏ người bệnh động kinh không được chẩn đoán RLTCY vẫn biểu hiện các triệu chứng giống trầm cảm, đặc biệt là rối loạn giấc ngủ (45,6%), giảm khả năng tập trung hoặc do dự (29,4%) và thay đổi khẩu vị (20,6%). Kết quả này phù hợp với y văn, trong đó người bệnh động kinh có thể xuất hiện các triệu chứng trầm cảm quanh cơn hoặc giữa cơn, khác với rối loạn trầm cảm ở mức độ nghiêm trọng hơn, kéo dài hơn và ổn định hơn. Hoạt động phóng điện giữa cơn đã được chứng minh có thể ảnh hưởng mạng lưới trí nhớ và chức năng nhận thức, gây giảm tập trung hoặc hay quên. Các tác dụng không mong muốn của AEDs, cùng với các rối loạn giấc ngủ liên quan động kinh – đặc biệt trong động kinh thùy thái dương, thùy trán hoặc cơn cục bộ – cũng

góp phần tạo ra triệu chứng này. Ngoài ra, nghiên cứu không đánh giá rối loạn lo âu, vốn có thể biểu hiện tương tự trầm cảm với mất ngủ, giảm tập trung, hay quên.

Những triệu chứng cổ điển của RLTCY như khí sắc trầm, mất hứng thú, cảm giác vô dụng hoặc tội lỗi và ý nghĩ về cái chết xuất hiện ít ở nhóm không trầm cảm nhưng lại phổ biến ở nhóm RLTCY. Đáng chú ý, ý nghĩ về cái chết được báo cáo ở 30,4% nhóm RLTCY so với 1,5% nhóm không trầm cảm, cho thấy nguy cơ tự sát cao hơn gấp khoảng 20 lần. Điều này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy người bệnh động kinh có tỷ lệ ý tưởng và hành vi tự sát cao hơn dân số chung, với các yếu tố nguy cơ gồm rối loạn tâm thần, liều lượng và loại AEDs, tình trạng kinh tế - xã hội và giới nữ[6].

Về hiệu năng, PHQ-9 bản tiếng Việt đạt AUC 0,91, phản ánh độ chính xác tổng thể cao. Việc lựa chọn điểm cắt phụ thuộc vào mục tiêu lâm sàng và nguồn lực. Trong bối cảnh sàng lọc rộng, điểm cắt 8 cho cân bằng tối ưu giữa độ nhạy (87,0%) và độ đặc hiệu (82,4%). Trong điều kiện nguồn lực hạn chế, điểm cắt 10 ưu tiên độ đặc hiệu cao (94,1%) giúp giảm số ca chuyển khám không cần thiết, dù độ nhạy giảm còn 78,0%. Đáng chú ý, tỷ lệ trầm cảm ước tính tại các điểm cắt 9 và 10 (28,6% và 21,2%) gần tương đồng với tỷ lệ chẩn đoán theo SCID-5. Trong bối cảnh thực hành tại quốc gia có nguồn lực hạn chế, tác giả khuyến nghị dùng điểm cắt 10 để quyết định chuyển khám tâm thần, đồng thời theo dõi sát các trường hợp 8-9. Tuy nhiên cần lưu ý rằng dù PHQ-9 là công cụ sàng lọc hiệu quả[5], nó không thay thế được chẩn đoán của bác sĩ chuyên khoa tâm thần. Các ca dương tính cần được đánh giá xác nhận và quản lý liên tục, bao gồm sàng lọc ý tưởng tự sát[6].

Nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ làm giảm sức mạnh thống kê, đối tượng được tuyển từ phòng khám tuyển cuối nên khó khái quát cho cộng đồng, chưa đánh giá rối loạn lo âu và các yếu tố tâm - xã hội, thời gian tuyển mẫu ngắn, và chưa khảo sát độ tin cậy lặp lại của PHQ-9 trên quần thể này.

Từ kết quả nghiên cứu, có thể thấy sàng lọc trầm cảm là một bước thiết yếu trong quản lý toàn diện người bệnh động kinh. PHQ-9 bản tiếng Việt tỏ ra là công cụ hữu hiệu, thuận tiện, đặc biệt trong môi trường phòng khám bận rộn. Việc xác thực công cụ sàng lọc là tiền đề quan trọng để nâng cao nhận thức và cải thiện quản lý trầm cảm ở người bệnh động kinh tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Bộ Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng một phần tư người bệnh động kinh tại phòng khám bậc cao mắc rối loạn trầm cảm chủ yếu theo chuẩn vàng SCID-5. Thang PHQ-9 bản tiếng Việt đạt độ chính xác tổng thể cao (AUC 0,91), với hai điểm cắt có ý nghĩa ứng dụng: điểm 8 thích hợp khi ưu tiên độ nhạy trong sàng lọc rộng và điểm 10 phù hợp khi ưu tiên độ đặc hiệu trong bối cảnh nguồn lực hạn chế. Dù vậy, PHQ-9 chỉ là công cụ sàng lọc và không thay thế được chẩn đoán chuyên khoa; mọi trường hợp dương tính cần được đánh giá xác nhận và quản lý tiếp diễn, bao gồm cả sàng lọc ý tưởng tự sát.

Từ các kết quả trên, nghiên cứu kiến nghị triển khai PHQ-9 như một phần thường quy trong quy trình khám và quản lý người bệnh động kinh. Với điểm PHQ-9 ≥ 10 , cần chuyển người bệnh đến khám chuyên khoa tâm thần và áp dụng can thiệp chuẩn hóa; trường hợp điểm 8-9 cần theo dõi sát, giáo dục về các dấu hiệu cảnh báo và lặp lại sàng lọc sau 4-6 tuần hoặc khi tình trạng kiểm soát cơn thay đổi. Đồng thời, cần đào tạo nhân viên y tế về nhận diện nguy cơ tự sát và quy trình chuyển tuyến nhanh để đảm bảo an toàn cho người bệnh. Nghiên cứu cộng đồng với cỡ mẫu lớn hơn và đánh giá thêm các công cụ sàng lọc khác cũng được khuyến khích, nhằm lựa chọn phương pháp tối ưu và nâng cao hiệu quả phát hiện, can thiệp trầm cảm ở người bệnh động kinh tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al.** ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-482.
2. **Fiest KM, Dykeman J, Patten SB, et al.** Depression in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013;80(6):590-599.
3. **Fiest KM, Patten SB, Wiebe S, Bulloch AG, Maxwell CJ, Jetté N.** Validating screening tools for depression in epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(10):1642-1650.
4. **First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL.** Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2016.
5. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.
6. **Nguyen TQ, Bandeen-Roche K, Bass JK, et al.** The PHQ-9 as a depressive symptom severity measure for sexual minority women in Viet Nam. *J Gay & Lesbian Mental Health*. 2016;20(2): 173-191.
7. **Rathore JS, Jehi LE, Fan Y, et al.** Validation of the PHQ-9 for depression screening in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2014;37:215-220.
8. **Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al.** ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-521.

KẾT QUẢ CHUYỂN PHÔI TRỮ NHÓM BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG CHUẨN BỊ NIÊM MẠC TỬ CUNG BẰNG LETROZOLE

Nguyễn Duy Phương¹, Cao Thị Thúy²,
Nguyễn Thái Giang³, Phạm Bá Nha⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả chuyển phôi đông lạnh ở nhóm bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) được chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng Letrozole. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 97 bệnh nhân PCOS có chuyển phôi trữ đông chu kỳ đầu tiên tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Đa khoa Hà Nội, từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Tất cả các bệnh nhân được chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng Letrozole liều 5mg/ngày trong 5 ngày, bắt đầu từ ngày thứ 2–3 chu kỳ kinh. Khi có nang trội kích thước 18–20 mm, bệnh nhân được tiêm hCG và hỗ trợ hoàng thể bằng progesterone đặt âm đạo. Phôi nang được chuyển sau 5 ngày bắt đầu dùng progesterone. Theo dõi kết quả chuyển phôi bao gồm các chỉ số: độ dày niêm mạc tử cung, tỷ lệ thai sinh hóa, thai lâm sàng, thai diễn tiến, sẩy thai và thai ngoài tử cung. **Kết quả:** Tỷ lệ có thai sinh hóa là 10,3%, tỷ lệ thai lâm sàng là 53,6%, trong đó tỷ lệ thai diễn tiến là 48,5%, sẩy thai là 4,1% và thai ngoài tử cung là 1%. **Kết luận:** Phác đồ chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng thuốc ức chế men thơm hoá cho thấy hiệu quả tương đối cao với tỷ lệ thai lâm sàng đạt 53,6% ở nhóm bệnh nhân PCOS. Đây có thể là một lựa chọn khả thi trong thực hành lâm sàng nhằm cải thiện kết quả điều trị ở nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Hội chứng buồng trứng đa nang, chuyển phôi đông lạnh, phác đồ ức chế men thơm hoá, Letrozole

SUMMARY

OUTCOMES OF FROZEN EMBRYO TRANSFER IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME FOLLOWING ENDOMETRIAL PREPARATION WITH LETROZOLE

Objective: This study aimed to evaluate the outcomes of frozen embryo transfer (FET) in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS) whose endometrium was prepared using an aromatase inhibitor protocol. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 97 PCOS patients undergoing their first FET cycle at the Assisted Reproductive Technology Center, Hanoi Hospital, from

June 2024 to June 2025. All patients underwent endometrial preparation with Letrozole at a dose of 5 mg/day for 5 consecutive days, starting on day 2–3 of the menstrual cycle. When a dominant follicle measuring 18–20 mm was observed, 10,000 IU of hCG was administered, followed by luteal phase support with vaginal micronized progesterone. Blastocyst transfer was performed five days after initiating progesterone. Transfer outcomes were assessed based on endometrial thickness, biochemical pregnancy rate, clinical pregnancy rate, ongoing pregnancy rate, miscarriage rate, and ectopic pregnancy rate. **Results:** The biochemical pregnancy rate was 10.3%, clinical pregnancy rate was 53.6%, ongoing pregnancy rate was 48.5%, miscarriage rate was 4.1%, and ectopic pregnancy rate was 1%. **Conclusion:** Endometrial preparation using an aromatase inhibitor protocol demonstrated relatively high clinical pregnancy rates (53.6%) among PCOS patients. This protocol may represent a viable option in clinical practice to improve treatment outcomes in this patient population.

Keywords: PCOS, frozen embryo transfer, aromatase inhibitor protocol, Letrozole

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y Tế thế giới (WHO) định nghĩa vô sinh là tình trạng không có khả năng thụ thai sau 12 tháng quan hệ tình dục thường xuyên mà không áp dụng biện pháp tránh thai đối với phụ nữ dưới 35 tuổi, và sau 6 tháng với phụ nữ 35 tuổi. Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) được xem là một trong những nguyên nhân phổ biến gây nên tình trạng vô sinh vì rối loạn nội phóng noãn, rối loạn nội tiết ảnh hưởng 7-15% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (1). Thai kỳ đối với PCOS được xem là thai kỳ nguy cơ cao vì tăng nguy cơ các biến chứng trong thời gian mang thai như tăng huyết áp trong thai kỳ, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ. Ngoài ra, nhóm PCOS cũng tăng nguy cơ gặp những biến cố sau sinh như tỷ lệ sinh non, tỷ lệ sơ sinh cần chăm sóc đặc biệt, tỷ lệ tử vong chu sinh (2). Việc đặt ra giải pháp để tăng tỉ lệ có thai và giảm biến cố thai kỳ trong PCOS là rất cần thiết, một trong số đó là xem xét kết quả chuyển phôi của các phác đồ chuẩn bị niêm mạc tử cung trong hỗ trợ sinh sản (HTSS).

Để mang thai trong các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm, sự đồng bộ hoá giữa phôi và niêm mạc tử cung là yêu cầu rất quan trọng. Hiện tại có một số phác đồ chuẩn bị niêm mạc khác

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Phenikaa

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thúy

Email: drcaothuyobgy@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025