

thất bại cao vì mức độ kháng kháng sinh chống nấm ngày càng gia tăng. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân nhiễm nấm huyết trong nghiên cứu này là các bệnh nhân bỏng nặng, suy giảm miễn dịch nặng và có nhiều can thiệp như phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da, thông khí nhân tạo xâm nhập, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, catheter xâm lấn... Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của Pappas và cộng sự (2016), nhiễm nấm huyết có tỷ lệ tử vong cao nhất trong tất cả các loại nhiễm Candida, dao động từ 30-50% [2]. Các mẫu như nước tiểu và đờm thường chỉ được xem là dấu hiệu ban đầu của nhiễm toàn thân hoặc thực khuẩn, đòi hỏi phải đánh giá kỹ càng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy *Candida tropicalis* chiếm ưu thế trong các chủng phân lập từ bệnh nhân bỏng nặng và có tỷ lệ kháng Fluconazole cao (trên 50%), trong khi các thuốc nhóm Echinocandin và Amphotericin B vẫn còn hiệu quả. Tỷ lệ tử vong cao ghi nhận ở bệnh phẩm máu với chủng *C. tropicalis* (50%), cho thấy nguy cơ nhiễm nấm huyết nặng. Việc giám sát định kỳ và lựa chọn phác đồ kháng nấm hợp lý là cần thiết, đặc biệt tại các đơn vị hồi sức tích cực. Nghiên cứu góp phần cung cấp dữ liệu quan trọng phục vụ cho chiến lược điều trị cá thể hóa và kiểm soát kháng nấm trong thực hành lâm

sàng điều trị bệnh nhân bỏng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arendrup M. C., Patterson T. F.** (2017) Multidrug-resistant *Candida*: epidemiology, molecular mechanisms, and treatment. *The Journal of infectious diseases*, 216 (suppl_3), S445-S451.
2. **Pappas P. G., Kauffman C. A., Andes D. R. et al.** (2016) Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases*, 62 (4), e1-e50.
3. **Bremmer D. N., Garavaglia J. M., Shields R. K.** (2015) Spontaneous fungal peritonitis: a devastating complication of cirrhosis. *Mycoses*, 58 (7), 387-393.
4. **Lamoth F., Lockhart S. R., Berkow E. L. et al.** (2018) Changes in the epidemiological landscape of invasive candidiasis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 73 (suppl_1), i4-i13.
5. **Ballard J., Edelman L., Saffle J. et al.** (2008) Positive fungal cultures in burn patients: a multicenter review. *Journal of burn care & research*, 29 (1), 213-221.
6. **Leber A. L.** (2020). *Clinical microbiology procedures handbook*, John Wiley & Sons,
7. **Institute C. a. L. S.** (2023) Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. CLSI supplement M100, (33rd ed.).
8. **Pfaller, M. A., Diekema, D. J., Turnidge, J. D. et al** (2019) Twenty years of the SENTRY antifungal surveillance program: results for *Candida* species from 1997–2016. *Open Forum Infectious Diseases*, 6(Suppl 1), S79–S94

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM, CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG – ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Minh Hải¹, Nguyễn Trung Kiên^{2*}, Phan Thanh Hải², Nguyễn Duy Phong², Phan Minh Hoàng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người bệnh đột quy bị suy giảm chức năng dẫn đến chất lượng cuộc sống (CLCS) thấp và nguy cơ phát triển trầm cảm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng trầm cảm, chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau đột quy đang điều trị phục hồi chức năng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang

trên 157 bệnh nhân tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp. Các công cụ khảo sát là PHQ-9 (Trầm cảm); EQ-5D-5L (CLCS) và FIM (Thang đo thực hiện chức năng độc lập). **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm tối thiểu và nhẹ lần lượt là 18,5% và 5,7%. Điểm CLCS trung bình là $17,2 \pm 3,7$; EQ-index = $0,265 \pm 0,304$; có 61,0% ghi nhận giảm CLCS từ trung bình đến rất nặng. Chức năng vận động FIM đạt $64,4 \pm 15,6$ điểm, với 87,3 % cần trợ giúp một phần. Cư trú ngoài TP. HCM (OR=12,92; p=0,002); người chăm sóc là con cái/người thân (OR=19,52; p=0,047) làm tăng nguy cơ trầm cảm; hỗ trợ tinh thần giúp giảm nguy cơ (OR=0,02; p=0,004). Cư trú ngoài TP. HCM ($\beta=0,101$; p = 0,035) và điểm FIM cao hơn ($\beta=0,008$; p=0,000) thì CLCS tốt hơn theo EQ_index. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm với CLCS và chức năng vận động (p>0,05). **Kết luận:** Các yếu tố xã hội như nơi cư trú, người chăm sóc và hỗ trợ tinh

¹Sở An toàn thực phẩm Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Phục hồi chức năng-Điều trị bệnh nghề nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: ntkien@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

thần có liên quan tới nguy cơ trầm cảm trong khi chức năng vận động liên quan tới CLCS. Phục hồi chức năng là rất cần thiết tuy nhiên cần kết hợp với sàng lọc trầm cảm và can thiệp tâm lý sớm để nâng cao kết quả phục hồi và chất lượng sống.

Từ khóa: trầm cảm, chất lượng cuộc sống, phục hồi chức năng, đột quỵ.

SUMMARY

DEPRESSION STATUS, QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN STROKE PATIENTS AT HO CHI MINH CITY HOSPITAL FOR REHABILITATION - PROFESSIONAL DISEASES

Background: Stroke patients have impaired function leading to low quality of life (QoL) and risk of developing depression. **Objectives:** To describe the prevalence of depression, assess QoL, and identify associated factors in post-stroke patients undergoing rehabilitation. **Materials and methods:** A cross-sectional study on 157 post-stroke patients at Ho Chi Minh City Hospital for Rehabilitation-Professional Diseases. Depression was measured with the PHQ-9; QoL was evaluated using the EQ-5D-5L; and functional independence was assessed by the Functional Independence Measure (FIM). **Results:** Minimal depression was observed in 18.5% of participants, and mild depression in 5.7%. The mean QoL score was 17.2 ± 3.7 ; the mean EQ-index was 0.265 ± 0.304 . Overall, 61.0% reported moderate to very severe reductions in QoL. The mean motor FIM score was 64.4 ± 15.6 , with 87.3% requiring at least partial assistance. Living outside Ho Chi Minh City (OR = 12.92; $p = 0.002$) and having children or relatives as caregivers (OR = 19.52; $p = 0.047$) were linked to a higher risk of depression, whereas emotional support was protective (OR = 0.02; $p = 0.004$). Residing outside Ho Chi Minh City ($\beta=0.101$; $p=0.035$) and having a higher FIM score ($\beta=0.008$; $p=0.000$) had better QoL according to EQ-index. No significant association was found between depression and either QoL or motor function ($p > 0.05$). **Conclusions:** Social factors—specifically place of residence, caregiver relationship, and availability of emotional support—are associated with post-stroke depression risk. Early incorporation of depression screening and psychological interventions into rehabilitation protocols is recommended to enhance recovery outcomes and quality of life. **Keywords:** depression, quality of life, rehabilitation, stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế, với khoảng 13 triệu ca mới mỗi năm trên toàn cầu, hơn 50% tử vong và phần lớn người sống sót mang di chứng vĩnh viễn. Tại Việt Nam, mỗi năm có hơn 200.000 ca mới và 150.000 ca tử vong [1]. Mặc dù can thiệp y học đã cải thiện tỷ lệ sống sót, chỉ 15–30% bệnh nhân đạt được độc lập chức năng hoàn toàn và 40–50% độc lập một phần [1]. Trong số các di chứng, trầm cảm sau đột quỵ

ngày càng gia tăng, trở thành vấn đề đáng lo ngại nhưng thường bị bỏ sót.

Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ trầm cảm sau đột quỵ dao động từ 27–33% [9]. Trầm cảm không chỉ làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống mà còn gia tăng gánh nặng bệnh tật (DALYs), cản trở quá trình phục hồi chức năng, kéo dài tình trạng tàn phế và tăng tỷ lệ tử vong. Không chỉ trên thế giới, tại Việt Nam, việc chẩn đoán và theo dõi trầm cảm sau đột quỵ vẫn chưa được chú trọng đúng mức, khi phần lớn cơ sở y tế tập trung vào phục hồi thể chất, bỏ qua khía cạnh tâm lý. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng trầm cảm và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đột quỵ điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp giai đoạn 2024–2025, đồng thời xác định các yếu tố liên quan nhằm đề xuất giải pháp can thiệp kết hợp, hỗ trợ phục hồi toàn diện cả thể chất và tinh thần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân sau đột quỵ đang điều trị phục hồi chức năng tại khoa Phục hồi chức năng – Vật lý trị liệu (PHCN-VLTL) của Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp trong thời gian nghiên cứu từ tháng 07/2023 đến tháng 12/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức cỡ mẫu để ước lượng 1 tỷ lệ, với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $Z_{(1-\beta)} = 0,95$; Tỷ lệ trầm cảm theo thang đo PHQ-9 trong nghiên cứu của Đỗ Đức Thuần (2023) là 7,8%. Cỡ mẫu tính được là 111 người, dự trù mất mẫu do thiếu thông tin 10%, cỡ mẫu cần thu thập là 124 người. Thực tế đã khảo sát được 157.

Tiêu chí chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân đột quỵ (đã được chẩn đoán bằng lâm sàng và chụp CT Scan sọ não), nhập viện điều trị PHCN vận động vào thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu loại ra các trường hợp có các rối loạn tâm thần đang phải điều trị bằng thuốc; bệnh nhân có tiền sử bệnh tâm thần; bệnh nhân bị rối loạn vùng ngôn ngữ, cảm giác không giao tiếp được; bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng như: suy tim nặng, suy thận và mắc các bệnh khác ảnh hưởng đến chức năng vận động trước khi bị TBMMN như: bệnh Gout, dị tật.

Phương pháp thu thập dữ kiện: Thu thập thông tin bệnh án về mức độ PHCN vận động (được Bác sĩ điều trị hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu đánh giá), phỏng vấn bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn gồm thông tin nền; mức độ

trầm cảm (PHQ-9) và CLCS (EQ-5D-5L).

Công cụ thu thập dữ kiện: Bộ câu hỏi soạn sẵn gồm 7 phần: Phần A: Thông tin nền về đặc điểm nhân khẩu học. Phần B: Tình trạng sống chung, người chăm sóc, hỗ trợ về tinh thần, hỗ trợ về vật chất, tiền sử gia đình. Phần C: Thông tin liên quan đến bệnh lý đột quy. Phần D: Phương pháp PHCN. Phần E: Đánh giá trầm cảm. Phần F: Đánh giá chất lượng cuộc sống. Phần G: Đánh giá chức năng độc lập.

Xử lý và phân tích dữ kiện: Sử dụng Excel để nhập liệu và làm sạch dữ liệu, phân tích bằng phần mềm Stata. Mô tả tỷ lệ trầm cảm; điểm số trung bình CLCS theo EQ-Index (giá trị tham chiếu của Việt Nam [7]); tỷ lệ phụ thuộc về chức năng theo thang đo FIM. Phân tích mô tả, kiểm định t và χ^2 hoặc Fisher cho so sánh nhóm, hồi quy logistic và phân tích tương quan Pearson/FIM-Spearman đánh giá mối liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm dân số xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=157)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Tuổi (TB \pm ĐLC)	54,5	14,6
Giới tính		
Nam	93	59,2
Nữ	64	40,8
Nơi ở hiện tại		
Thành phố Hồ Chí Minh	98	62,4
Khác	59	37,6
Trình độ học vấn		
Tiểu học trở xuống	21	13,4
THCS	27	17,2
THPT	46	29,3
Trên THPT	63	40,1
Tình trạng hôn nhân		
Có vợ/chồng	134	85,4
Không (độc thân, ly dị, góa)	23	14,7
Tình trạng kinh tế		
Khó khăn	7	4,5
Đủ sống	135	85,0
Khá giả	11	7,0
Giàu	4	2,6
Sử dụng bảo hiểm trong điều trị bệnh		
Có	153	97,5
Không	4	2,6
Tình trạng sống chung		
Sống chung với vợ/chồng	100	63,7
Sống chung với con cái/người thân	51	32,5
Sống chung với người thân	6	3,82
Hỗ trợ tinh thần		
Một chút	4	2,6

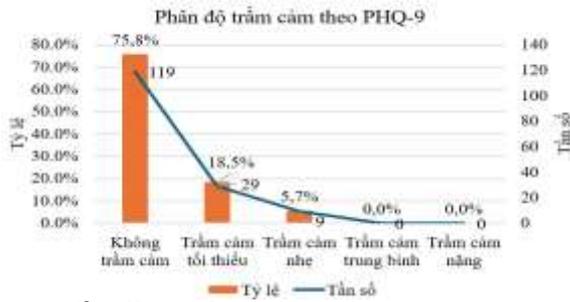
Trung bình	11	7,0
Nhiều	107	68,2
Rất nhiều	35	22,3
Hỗ trợ vật chất		
Một chút	8	5,1
Trung bình	18	11,5
Nhiều	92	58,6
Rất nhiều	39	24,8

Nhận xét: Nghiên cứu gồm 157 bệnh nhân sau đột quy trong đó có 93 nam và 64 nữ (tỷ lệ 59,2%/40,8%); tuổi trung bình là 54,5 \pm 14,6 tuổi; có 62,4% cư trú tại TP. HCM; 40,1% trình độ từ trung cấp trở lên và 85,4% đã kết hôn. Hơn 85,0% kinh tế đủ sống hoặc khá giả, 97,5% sử dụng bảo hiểm y tế. Về tình trạng sống chung, 63,7% sống với vợ/chồng, 21,2% sống với người thân và hầu hết có người chăm sóc trong quá trình điều trị (98,7%). Hỗ trợ tinh thần từ gia đình chủ yếu ở mức "nhiều" đến "rất nhiều" (90,4%), hỗ trợ về mặt vật chất cũng tương tự (83,4 %).

Bảng 2: Đặc điểm bệnh lý của người tham gia nghiên cứu (n=157)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Loại đột quy		
Xuất huyết não	72	45,9
Nhồi máu não	74	47,1
Không rõ	11	7,0
Bên tổn thương		
Trái	68	43,2
Phải	70	44,6
2 bên	19	12,1
DTD:		
Có	88	56,1
Không	69	44,0
THA:		
Có	114	72,6
Không	43	27,4
Thời gian bệnh (tháng)	2,95 \pm	
Trung bình \pm ĐLC:	2,3	
Hình thức điều trị		
Ngoại trú	13	8,3
Nội trú	144	91,7
Liệu trình điều trị		
Vật lý + Hoạt động + Điện	120	76,4
Vật lý + Hoạt động + Điện + PP khác	7	4,5
Khác	30	19,1

Có 45,9% bệnh nhân là xuất huyết não và 47,1% bị nhồi máu não. Đa số tổn thương ở một bên (trái 43,2%, phải 44,6%), chỉ 12,1% bị cả hai bên, 72,6% có tăng huyết áp và 56,1% có đái tháo đường. Thời gian bệnh trung bình là 2,95 \pm 2,3 tháng. Hầu hết là bệnh nhân nội trú (91,7%), liệu trình phổ biến là kết hợp vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu và điện trị liệu (76,4%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ trầm cảm theo PHQ-9

Nhận xét: Điểm PHQ-9 trung bình là 3,36 ± 3,05, có 75,8% không có trầm cảm, 18,5% trầm cảm tối thiểu và 5,7% trầm cảm nhẹ. Không có trường hợp trầm cảm trung bình hoặc nặng.

Bảng 3: Chất lượng cuộc sống và mức độ chức năng độc lập của bệnh nhân đột quy (n=157)

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	25 th	75 th
Điểm EQ-5D-5L ban đầu	17,2	3,7	19	15	20
Đi lại	3,5	0,8	4	3	4
Tự chăm sóc	3,6	0,8	4	3	4
Sinh hoạt	3,6	0,8	4	3	4
Đau	3,3	0,9	4	3	4
Lo lắng	3,2	1,0	4	3	4
EQ Index	0,265	0,304	0,032	0,003	0,052
Điểm FIM	64,4	15,6			
Phân loại mức độ chức năng vận động	Tần số	Tỷ lệ			
Độc lập	16	10,2			
Cần người trợ giúp một phần	137	87,3			
Cần người trợ giúp hoàn toàn	4	2,6			

Nhận xét: Điểm EQ-5D-5L trung bình 17,2 ± 3,7, nằm miền cho thấy mức độ đau/khó chịu (3,30 ± 0,07) và lo lắng/u sầu (3,23 ± 0,08) tương đối cao. Chỉ số EQ Index trung vị khoảng 0,265 với 61 % bệnh nhân ghi nhận giảm chất lượng cuộc sống từ trung bình đến rất nặng. Điểm FIM trung bình là 64,4 ± 15,6, với 87,3 % cần trợ giúp một phần.

Bảng 4: Mối liên quan giữa điểm CLCS và điểm chức năng vận động FIM với tình trạng trầm cảm

Đặc điểm	Trầm cảm (PHQ≥10)		p	OR (KTC 95%)
	Có (n,%) n=9	Không (n,%) n=148		
Điểm chất lượng	16,6	17,2 (3,7)	0,59	0,95

cuộc sống (TB + ĐLC)	(2,7)			(0,8 – 1,13)
EQ-Index	0,37 (0,08)	0,26 (0,03)	0,28	3,37 (0,37 – 31,12)
Điểm chức năng vận động FIM	60,7 (9,3)	64,6 (15,9)	0,46	0,98 (0,94 – 1,03)

Nhận xét: Người bị trầm cảm có chất lượng cuộc sống theo EQ-Index cao hơn tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,28. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm chức năng vận động ở người có và không có trầm cảm.

Bảng 5: Mối liên quan giữa trầm cảm với biến số nền và đặc điểm bệnh lý

Biến số	OR đa biến	P	KTC 95%
Tuổi	0,99	0,866	0,93 – 1,07
Giới tính (Nữ)	0,65	0,650	0,10 – 4,23
Nơi ở (Tỉnh khác)	12,92	0,002	2,51 – 66,6
Học vấn (Trên THPT)	0,37	0,459	0,03 – 5,23
Hôn nhân (Độc thân/ly dị/góa)	8,38	0,180	0,37 – 187,41
Tình trạng kinh tế (Khá giả/ Giàu)	4,32	0,208	0,44 – 42,24
Mối quan hệ với người chăm sóc (n=155)			
Vợ/chồng	1		1
Con cái/người thân	19,52	0,047	1,03 – 368,06
Hỗ trợ tinh thần	0,02	0,004	0,00 – 0,27
Hỗ trợ vật chất	241,05	0,000	13,02 – 4462,78
Đái tháo đường THA	0,54	0,509	0,09 – 3,38
THA	1,00	-	-
Thời gian mắc bệnh trung bình (tháng)	1,23	0,204	0,89 – 1,68
Điểm chức năng vận động FIM	0,96	0,081	0,91 – 1,01

Nhận xét: Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố làm tăng nguy cơ trầm cảm là: Người bệnh ở tỉnh khác (so với tại TP.HCM) OR = 12,92 (p=0,002; KTC 95%: 2,51-66,6); Người chăm sóc là con cái/người thân (so với vợ/chồng) có OR = 19,52 (p=0,047; KTC 95%: 1,03-368,06) và mức độ hỗ trợ về vật chất, mức độ hỗ trợ tăng lên thì nguy cơ tăng rất cao với OR= 241,05 (p=0,000; KTC 95%: 13,02-4462,78). Ngược lại, sự hỗ trợ tinh thần càng nhiều làm giảm nguy cơ với OR = 0,02 (p=0,004; KTC 95%: 0,00-0,27), chứng tỏ sự hỗ trợ cảm xúc mạnh mẽ từ gia đình giúp giảm đáng kể nguy cơ trầm cảm.

Các yếu tố như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, kinh tế, tình trạng hôn nhân và các biến số về lâm sàng như: thời gian mắc bệnh, THA, đái tháo đường và điểm chức năng FIM không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm.

Bảng 1. Mối liên quan giữa CLCS theo EQ_index với biến số nền và đặc điểm bệnh lý qua mô hình đa biến

Biến số	Coef	P
Nơi ở (Ngoài Tp. HCM)	0,101	0,039
Tình trạng chung sống		
Sống chung với vợ/chồng	1	
Sống chung với con cái/người thân	0,070	0,214
Sống một mình	-0,070	0,536
Hỗ trợ tinh thần	0,071	0,220
Hỗ trợ vật chất	-0,073	0,067
Đái tháo đường	-0,032	0,465
Điểm trầm cảm (PHQ9)	0,009	0,285
Chức năng vận động (FIM)	0,008	0,000

Người bệnh thường trú ở tỉnh có điểm CLCS cao hơn 0,101 đơn vị ($\beta=0,101$; $p=0,039$) và điểm Chức năng vận động (FIM) tăng 10 điểm thì EQ-index tăng 0,08 đơn vị ($\beta=0,008$; $p=0,000$). Các biến số khác không có mối liên quan có ý nghĩa ($p>0,05$) như: Tình trạng chung sống; Hỗ trợ tinh thần; Hỗ trợ vật chất; Đái tháo đường; Điểm PHQ9.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu này thấp hơn so với Phương Thảo (73,1 ± 9,6), Đức Thuần (65,6 ± 10,2) [2] và Phạm Thị Thuận (67) [4], có thể phản ánh xu hướng trẻ hóa đột quy. Phân bố giới tính tương đồng các nghiên cứu tại Việt Nam với nam giới chiếm đa số, phù hợp với nguy cơ cao hơn ở nam. Đa số người bệnh có gia đình, sống cùng con cháu và nhận được hỗ trợ tinh thần, vật chất đáng kể trong quá trình điều trị phục hồi, đặc trưng văn hóa này đã được ghi nhận [4].

Nhồi máu não chiếm đa số, nhưng thấp hơn các báo cáo trong nước (64–75,7%) [4]. Nguyên nhân có thể do khác biệt yếu tố nguy cơ, với tuổi trung bình thấp hơn, tăng huyết áp 72,6% và đái tháo đường 56,1%. Hầu hết bệnh nhân điều trị nội trú bằng phác đồ kết hợp, phù hợp giai đoạn phục hồi sớm sau đột quy, phản ánh thời gian mắc bệnh trung bình khoảng 3 tháng.

Tỷ lệ trầm cảm theo PHQ-9 là 5,7% và trầm cảm tối thiểu 18,5%, thấp hơn nhiều so với báo cáo quốc tế (27–33%) [9] và nghiên cứu Việt Nam (14,9–38,7%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo ghi nhận 38% trong vòng một năm sau đột quy, Phạm Thị Thuận 38,7% [4], và

Đỗ Đức Thuần 14,9% [2]. Sự khác biệt có thể do thời điểm khảo sát sớm (2,95 tháng), cùng với sự hỗ trợ gia đình cao (tinh thần 90,4%, vật chất 83,4%), phù hợp với đặc trưng văn hóa Việt Nam giúp giảm triệu chứng trầm cảm sớm.

Chất lượng cuộc sống giảm đáng kể, với EQ-5D-5L trung bình 17,2 ± 3,7, EQ Index trung vị 0,265 và 61% bệnh nhân giảm từ trung bình đến rất nặng. Các lĩnh vực ảnh hưởng nhiều nhất là đau/khó chịu (3,30 ± 0,07) và lo lắng/u sầu (3,23 ± 0,08). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước sử dụng EQ-5D-5L, ví dụ nghiên cứu sau 3 tháng cho thấy EQ Index cải thiện từ 0,671 lúc xuất viện lên 0,894, nhờ phục hồi chức năng (70,4% tham gia).

Đa số bệnh nhân phụ thuộc chức năng một phần hoặc hoàn toàn (87,3%) với điểm FIM trung bình thấp. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu Phương Thảo (57%), nhưng tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức (40% phụ thuộc nghiêm trọng, 21,67% hoàn toàn) [3].

Nhóm có trầm cảm có EQ Index cao hơn (0,37 so với 0,26), nhưng khác biệt không ý nghĩa thống kê ($p = 0,28$). Điều này trái ngược với y văn ghi nhận trầm cảm liên quan chặt chẽ với giảm CLCS, như nghiên cứu tại Hàn Quốc [8]. Sự khác biệt có thể do đánh giá sớm, khi trầm cảm chủ yếu ở mức nhẹ nên chưa ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS. Điểm FIM giữa nhóm có và không có trầm cảm cũng không khác biệt, trái ngược với nhiều nghiên cứu cho thấy suy giảm chức năng là yếu tố liên quan trầm cảm sau đột quy [6]. Một số tác giả cho rằng mối liên quan này yếu, chỉ giải thích 10% phương sai về trầm cảm [5].

Phân tích đa biến cho thấy trầm cảm sau đột quy liên quan đến yếu tố xã hội, đặc biệt là nơi cư trú và hỗ trợ gia đình. Sống ở tỉnh khác làm tăng nguy cơ trầm cảm, có thể do chi phí đi lại hoặc thuê trọ. Ngược lại, hỗ trợ tinh thần là yếu tố bảo vệ mạnh (OR 0,02), trong khi thiếu hỗ trợ vật chất làm tăng nguy cơ (OR 241,05). Kết quả này tương tự nghiên cứu tại Đà Nẵng, khẳng định vai trò hỗ trợ xã hội và lòng tự trọng. Đáng chú ý, nếu người chăm sóc không phải vợ/chồng (OR 19,52), nguy cơ trầm cảm tăng, có thể do chất lượng chăm sóc thấp hoặc khoảng cách cảm xúc.

Người bệnh có hộ khẩu tỉnh có EQ Index cao hơn ở TP.HCM, trái ngược các báo cáo trước đó cho thấy EQ Index thấp hơn ở nông thôn [10]. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân lên thành phố điều trị thường có điều kiện kinh tế và hỗ trợ xã hội tốt hơn. Mối liên quan chặt chẽ giữa FIM và EQ Index nhấn mạnh vai trò điều trị phục hồi chức năng trong cải thiện CLCS, phù hợp với

ngiên cứu trong nước. Nguyễn Hùng Sang và cộng sự nhận thấy sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân cải thiện đáng kể cả vận động và CLCS. EQ Index do đó có thể hữu ích trong đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi.

Hạn chế nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh thời điểm sớm sau đột quỵ, có thể bỏ sót trầm cảm muộn và không theo dõi sự thay đổi CLCS theo thời gian. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích các yếu tố khác như giấc ngủ hay mệt mỏi, vốn có liên quan đến trầm cảm ở Việt Nam. Các nghiên cứu tương lai cần mở rộng cỡ mẫu, theo dõi dài hạn và đề xuất can thiệp hỗ trợ xã hội, đặc biệt cho bệnh nhân nông thôn và gia đình nhằm giảm PSD

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân sau đột quỵ là 5,7% và 18,5% có trầm cảm tối thiểu, chất lượng cuộc sống giảm sút rõ rệt với 61% là ở mức trung bình đến nặng, và chức năng vận động cần trợ giúp ở 87,3% người bệnh. Các yếu tố xã hội như cư trú ở tỉnh khác, và người chăm sóc không phải vợ/chồng làm tăng nguy cơ trầm cảm, trong khi hỗ trợ tinh thần từ gia đình giúp giảm rủi ro. Kết quả nhấn mạnh nhu cầu sàng lọc trầm cảm sớm, kết hợp phục hồi chức năng với can thiệp tâm lý và hỗ trợ xã hội để cải thiện chất lượng sống tổng thể cho bệnh nhân đột quỵ tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2018)** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho bệnh nhân đột quỵ. Bộ Y tế. Hà Nội.
- Đỗ Đức Thuận, Đào Văn Hùng (2023)** "Nghiên cứu tỷ lệ trầm cảm và một số yếu tố lâm sàng liên

quan với trầm cảm ở bệnh nhân nhồi máu não". Tạp chí Y học Việt Nam, 530.

- Thị Ngọc Phạm, Thị Hậu Vũ, Minh Đức Dương, Anh Tuấn Nguyễn, Thị Thanh Phượng Phạm, Minh Phượng %J** Tạp chí thần kinh học Việt Nam Nguyễn (2023) "Tác động của các yếu tố tâm lý xã hội và mức độ phụ thuộc chức năng đối với tình trạng trầm cảm của người bệnh sau đột quỵ tại khoa nội hồi sức thần kinh, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2023". (39), 3-13.
- Phạm Thị Thuận, Trương Quang Trung, Vũ Thị Thanh Huyền (2020)** "Biểu hiện trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở các bệnh nhân sau đột quỵ não tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội và Bệnh viện Lão khoa Trung ương". Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy.
- Hackett ML, Köhler S, O'Brien JT, Mead GE (2014)** "Neuropsychiatric outcomes of stroke". The Lancet Neurology, 13, (5), pp. 525-534.
- Hackett ML, Pickles K (2014)** "Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies". International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society, 9, (8), pp. 1017-1025.
- V. Q. Mai, S. Sun, H. V. Minh, et al. (2020)** "An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam". Qual Life Res, 29, (7), 1923-1933.
- Sun Woo Kang, Sook-Hyun Lee, Ye-Seul Lee, et al. (2022)** "Association between depression and quality of life in stroke patients: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) IV-VII (2008-2018)". PLOS ONE, 17, (6), e0269010.
- Lu Liu, Min Xu, I. Marshall, C. Wolfe, Yanzhong Wang, M. O'Connell (2023)** "Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies". PLOS Medicine, 20.
- Y. Mei, Zhenxia Zhang, Hui Wu, et al. (2022)** "Health-Related Quality of Life and Its Related Factors in Survivors of Stroke in Rural China: A Large-Scale Cross-Sectional Study". Frontiers in Public Health, 10.

XÁC ĐỊNH NỒNG ĐỘ MMP-9 HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG, THANH QUẢN

Đào Trọng Tuấn^{1,2}, Quán Thành Nam¹, Nguyễn Tài Dũng², Nguyễn Văn Ba³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định và đánh giá nồng độ MMP-9 huyết tương ở người

bệnh ung thư tế hạ họng, thanh quản so với các đối chứng khác. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng, theo dõi dọc, được thực hiện trên 184 bệnh nhân ung thư (57 ung thư hạ họng, 127 ung thư thanh quản), 58 bệnh nhân thuộc nhóm chứng bệnh (mắc các bệnh về thanh quản khác như viêm, xơ thanh quản) và 50 người nhóm chứng thường (khỏe mạnh). **Kết quả:** Nhóm bệnh chủ yếu là nam giới (97,8%) và có độ tuổi trung bình cao hơn nhóm chứng bệnh ($60,7 \pm 8,6$ so với $44,3 \pm 11,4$; $p < 0,001$). Nồng độ MMP-9 trung vị ở nhóm bệnh ($38,40$ ng/mL) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng thường và chứng bệnh ($p < 0,05$), tăng dần theo giai

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025