

# NGHIÊN CỨU TỈ LỆ RỐI LOẠN TRẦM CẢM, LO ÂU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

PHẠM VĂN DƯƠNG<sup>1</sup>, NGUYỄN THỊ THÚY HẰNG<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Phạm Văn Dương**

Email: [duongpham.rss@gmail.com](mailto:duongpham.rss@gmail.com)

Ngày nhận bài báo: 23/3/2023

Ngày nhận phản biện: 18/5/2023

Ngày duyệt đăng: 10/7/2023

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 khuyến cáo phát hiện sớm, sàng lọc, chẩn đoán và quản lý điều trị.

**Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích 143 người đái tháo đường và sử dụng thang điểm Beck để đánh giá trầm cảm, thang điểm Haminton để đánh giá rối loạn lo âu.

**Kết quả:** Trên thang điểm trầm cảm BECK, số BN trầm cảm chiếm 42% (60 bệnh nhân). Trên thang điểm lo âu Hamilton, số BN lo âu chiếm 56,6% (81 bệnh nhân). Theo điểm số thang Beck: Nhóm trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt là các nhóm trầm cảm vừa, ít nhất là trầm cảm nặng. Theo điểm số thang Hamilton: Nhóm lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt đến các nhóm lo âu nhẹ/lo âu vừa và thấp nhất là nhóm lo âu nặng. Có tới 76,5% BN có biểu hiện trầm cảm, lo âu sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh lý ĐTD; 23,5% có biểu hiện trầm cảm tự nhiên.

**Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu ở bệnh nhân ĐTD type 2 rất cao, nhưng đa số là mức độ nhẹ và vừa; tuy nhiên tỉ lệ mức độ nặng cần phải điều trị lần lượt là 8,3% và 21%.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, trầm cảm, Rối loạn lo âu, type 2

## RESEARCH ON DEPRESSION AND ANXIETY PROBLEM AMONG TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT SAINTPAUL GENERAL HOSPITAL

### Summary

**Objectives:** To determine the prevalence of depression and anxiety disorders in patients with type 2 diabetes, recommending early detection, screening, diagnosis, and treatment management.

**Methods:** The study used a cross-sectional descriptive study, analyzed 143 people with diabetes, and used the Beck score to assess depression and the Hamilton score to assess anxiety disorders.

**Results:** On the BECK depression score, the number of depressed patients accounted for 42% (60 patients). On the Hamilton anxiety score, the number of anxious patients accounted for 56.6% (81 patients). According to the Beck score: The mild depression group accounted for the highest rate, followed by the moderate depression group, with at least severe depression. According to the Hamilton scale score: The mild anxiety group accounted for the highest percentage, followed by the mild anxiety/moderate anxiety group and the lowest severe anxiety group. Up to 76.5% of patients have symptoms of depression and anxiety after being diagnosed with diabetes or after the progression of diabetes; 23.5% had natural depression.

**Conclusion:** The rate of depression and anxiety disorders in patients with type 2 diabetes is very high, but most are mild and moderate; however, the severity requiring treatment was 8.3% and 21%, respectively.

**Keywords:** Diabetes, depression, Anxiety disorder, type 2

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tỉ lệ bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), chủ yếu là bệnh ĐTĐ type 2 đang ngày càng gia tăng trên thế giới, nhất là các nước phát triển trong đó có Việt Nam. Bệnh xảy ra do cơ thể thiếu hụt việc tiết ra insulin, do đề kháng với insulin hoặc cả hai nguyên nhân này. Người bệnh khi mắc phải bệnh ĐTĐ thường lo lắng về các biến chứng võng mạc, bệnh thần kinh, suy thận... các thói quen sinh hoạt trước đây bị đảo lộn. Chế độ ăn uống kiêng khem nghiêm ngặt để kiểm soát lượng đường trong máu cũng khiến tinh thần người bệnh bị ức chế. Người bị tiểu đường khi đã bị trầm cảm thì dễ khiến các biến chứng tiểu đường nặng hơn.

Rối loạn tâm thần đồng diễn với đái tháo đường type 2, phổ biến là rối loạn trầm cảm, lo âu. Mối quan hệ giữa đái tháo đường type 2 và trầm cảm đã được chỉ ra bởi nhiều nhà nghiên cứu. Các nghiên cứu có ý nghĩa lâm sàng cho thấy 4 người bị đái tháo đường type 2 có 1 người có rối loạn trầm cảm. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp báo cáo tăng 24% nguy cơ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 so với người không mắc bệnh. Nghiên cứu khác cho thấy rằng khoảng 20- 30% bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường type 2 bị trầm cảm và khoảng 10% trong số họ bị trầm cảm nặng. Đối với bệnh nhân điều trị nội trú nhận thấy tỉ lệ trầm cảm cao hơn khoảng 44,5% theo nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2018) [5]. Rối loạn lo âu là rối loạn phổ biến trong thực hành lâm sàng, biểu hiện kéo dài các triệu chứng tâm thần như lo âu quá mức và các triệu chứng cơ thể khác (hồi hộp trống ngực, bồn chồn bứt rứt, đau đầu, đau bụng, mất ngủ...). Rối loạn lo âu ở bệnh nhân đái tháo đường khá phổ biến, tỉ lệ lên tới 40%. Rối loạn lo âu lan tỏa gặp 14% ở bệnh nhân đái tháo đường [6].

Trầm cảm, lo âu xuất hiện ở bệnh nhân đái tháo đường có thể do những thay đổi sinh học hoặc xuất phát từ gánh nặng tâm lý của bệnh đái tháo đường nhưng đều gây ra hậu quả nghiêm trọng lên cả thể chất và tâm

thần của người bệnh. Trầm cảm, lo âu làm người bệnh giảm hoạt động thể chất, tăng lạm dụng rượu và thuốc lá, tăng thói quen ăn uống không tốt và giảm tuân thủ điều trị đái tháo đường. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trầm cảm, lo âu làm tăng nguy cơ tăng glucose máu dai dẳng, tăng các biến chứng mạch máu và tăng tỷ lệ tử vong. Chất lượng cuộc sống của người bệnh và gánh nặng kinh tế liên quan với đái tháo đường trở nên nặng nề hơn.

Tuy nhiên, trầm cảm và lo âu thường không được nhận biết và điều trị sớm trong chăm sóc sức khỏe ban đầu do đó gây ảnh hưởng nhiều tới điều trị, biến chứng đái tháo đường và suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [7] [8]. Nhằm cung cấp thêm những bằng chứng khoa học giúp phát hiện và điều trị sớm các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỉ lệ mắc và đặc điểm rối loạn lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng**

Nghiên cứu 143 bệnh nhân, tuổi trưởng thành, được chẩn đoán xác định ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn ADA 2019; đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ vào khám tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020. Loại trừ những BN đang có các biến chứng cấp tính như hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, các nhiễm trùng cấp tính; các BN có các bệnh lý ảnh hưởng tới khả năng giao tiếp, có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng, tiền sử trầm cảm nào trước khi khởi phát ĐTĐ type 2; không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp**

Thiết kế nghiên cứu dựa trên sự kết hợp giữa nghiên cứu mô tả và nghiên cứu phân tích. Chọn mẫu đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ cho đến khi đủ mẫu, hoặc cho đến hết thời gian

nghiên cứu.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Tuổi, Giới, Đặc điểm nghề nghiệp, Trình độ học vấn, Tình trạng hôn nhân, Tình trạng kinh tế. Các biến số liên quan đến tiền sử bệnh. Các biến số, chỉ số liên quan đến bệnh đái tháo đường: Thời gian bị bệnh ĐTĐ, tuổi được chẩn đoán ĐTĐ, BMI, HbA1c, Glucose máu, biến chứng đái tháo đường. Các biến số, chỉ số liên quan đến rối loạn trầm cảm, lo âu trên thang điểm BECK ; thang điểm lo âu Hamitol; thời gian bị bệnh.

Hoàn cảnh xuất hiện các triệu chứng: Các triệu chứng phổ biến khác của trầm cảm; các triệu chứng cơ thể khác của trầm cảm.

**2.3. Xử lý số liệu**

Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất của các biểu hiện, so sánh các giá trị trung bình tại các thời điểm, tính giá trị p. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5)

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng chủ yếu là BN trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 86,0; tuổi hiện tại trung bình của nhóm nghiên cứu là 68,51 ± 7,84. Nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy nhóm tuổi mắc ĐTĐ nhiều nhất là 51-60 chiếm tỷ lệ 42%, tuổi mắc bệnh ĐTĐ trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,39 ± 9,55. Kết quả này cũng phù hợp với dữ liệu thu được từ nghiên cứu của Zghebi, ĐTĐ type 2 thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên hoặc người già, khởi phát trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ trên 70% các trường hợp ĐTĐ, lứa tuổi thấp nhất là 16-34 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 65-74.

Chúng tôi nhận thấy trong các BN nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn tỷ lệ nam giới. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Ferreira và CS, trong nghiên cứu của ông nữ giới bị bệnh ĐTĐ type 2 chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với tỷ lệ lần lượt là 64,8% và 35,2%. Nghiên cứu khác của Raval, với hơn 300 BN ĐTĐ type 2 tỷ lệ BN nữ cũng chiếm tỷ lệ cao hơn 51% so với nam giới là 49%.

Khi thu thập thông tin về trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu, chúng tôi thấy, tỷ lệ các BN đã tốt nghiệp trung cấp, cao đẳng, đại học, sau chiếm tỷ lệ cao nhất, do nhiều bệnh nhân là công dân nội thành Hà Nội; không biết chữ hoặc chỉ học hết tiểu học chỉ có 3,5%. Điều này phù hợp với thực tế nền giáo dục Việt Nam, khi chúng ta đã thực hiện phổ cập giáo dục tiểu học nên rất hiếm gặp người không biết chữ.

Chúng tôi nhận thấy trong nhóm đối tượng nghiên cứu của mình, phần lớn các đối tượng đã kết hôn chiếm tỷ lệ 77,6%. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm tuổi trên 60 tuổi. Đây là nhóm tuổi đã trưởng thành, phần lớn đã có gia đình ổn định. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý (2014) thực hiện trên đối tượng BN ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai cũng cho thấy tỷ lệ BN có gia đình chiếm tỷ lệ rất cao với 94,4%.

Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian bị bệnh trên 5 năm chiếm tỷ lệ 58,0%; thời gian mắc ĐTĐ type 2 trung bình của nhóm nghiên cứu là 105,35 ± 90,80 tháng, tương đương với 8,8 ± 7,6 năm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trên đối tượng ĐTĐ type 2 điều trị nội trú như nghiên cứu của Zhang và CS nhận thấy thời gian mắc ĐTĐ type 2 là 8,93 ± 6,51 năm; nghiên cứu của Palizgir và CS kết luận có 60,9% các BN ĐTĐ type 2 trong nhóm nghiên cứu của họ mắc ĐTĐ type 2 trên 5 năm.

Có nhiều BN trong nhóm nghiên cứu của đã từng mắc các bệnh cơ thể trong tiền sử, có bệnh đã khỏi nhưng cũng có những bệnh vẫn còn kéo dài tới thời điểm nghiên cứu. Trong số các

**Bảng 1. Tuổi hiện tại và tuổi mắc đái tháo đường**

Nhóm tuổi		Tuổi hiện tại		Tuổi mắc ĐTĐ	
		n	%	n	%
Tuổi hiện tại và tuổi mắc đái tháo đường	≤40	0	0	3	2,1
	41 – 50	1	0,7	20	14,0
	51 – 60	19	13,3	60	42,0
	61 – 70	68	47,6	43	30,1
	71 – 80	43	30,1	14	9,8
	>80	12	8,4	3	2,1
Tuổi trung bình		68,51 ± 7,84		59,39 ± 9,55	
Tổng số đối tượng nghiên cứu		143	100	143	100

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, chủ yếu bệnh nhân ở độ tuổi 61-80 (77,7%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 68,51 ± 7,84, thấp nhất là 44 tuổi và cao nhất là 99 tuổi. Nhóm tuổi mắc ĐTĐ nhiều nhất là 51-60 (42%). Tuổi mắc ĐTĐ trung bình là 59,39 ± 9,55, cao nhất là 89 tuổi và thấp nhất là 30 tuổi.

**Bảng 2. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

Tình trạng		n	%
Giới tính	Nam	62	43,4
	Nữ	81	56,6
Trình độ học vấn	Không biết chữ và tiểu học	5	3,5
	Trung học cơ sở	41	28,7
	Trung học phổ thông	34	23,8
	Trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học	63	44,1
Hôn nhân	Kết hôn	111	77,6
	Ly thân, ly dị	5	3,5
	Goá	25	17,5
	Chưa kết hôn	2	1,4
Thời gian mắc đái tháo đường	≤ 12 tháng	18	12,6
	12 đến ≤ 36 tháng	22	15,4
	37 -60 tháng	20	14,0
	61-120 tháng	45	31,5
	>120 tháng	38	26,5
	Tổng	143	100
Trung bình (X± SD)		105,35 ± 90,80	

**Nhận xét:** Trong nhóm nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Trình độ học vấn từ trung học trở lên chiếm nhiều nhất 44,1%. Phần lớn các đối tượng đã kết hôn gồm (77,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc ĐTĐ giảm dần từ nhóm mắc 5 năm- 10 năm, 10 năm, 3-5 năm, ít nhất là nhóm có thời gian bệnh ≤12 tháng.



**Bảng 3. Đặc điểm tiền sử, các thuốc đang dùng, chỉ số BMI, HbA1c**

Đặc điểm nghiên cứu		n	%
Tiền sử mắc bệnh kèm	Có	120	83,9
	Không	23	16,1
Chỉ số BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Trung bình	23,34 ± 2,77	
	≥23	73	51,3
	<23	71	49,7
HbA1C (%)	Trung bình	7,51±1,41	
	HbA1C ≥7%	84	58,7
	HbA1C <7%	59	41,3
Các thuốc đang điều trị	Thuốc uống hạ glucose máu	114	79,7
	Thuốc uống + Insulin	27	18,9
	Insulin	2	1,4
	Không dùng thuốc	0	0

**Nhận xét:** Có nhiều BN trong nghiên cứu có tiền sử mắc các bệnh khác (83,9%); đa số các bệnh nhân sử dụng thuốc hạ đường máu đường uống (79,7%); có 20,3% có tiêm insulin. Tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 51,3%; tỷ lệ kiểm soát đường máu không đạt (HbA1c ≥7%) trên 50%; HbA1C trung bình là 7,51±1,41%.

**Bảng 4. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2**

Tiêu chuẩn			n	%
Trầm cảm	Thang Beck	Không trầm cảm (<14)	83	58,0
		Trầm cảm (≥14)	60	42,0
Lo âu	Thang Hamilton	Không lo âu (<7)	62	43,4
		Lo âu (≥7)	81	56,6

**Nhận xét:** Trên thang điểm trầm cảm BECK, số BN trầm cảm chiếm 42%(60 bệnh nhân). Trên thang điểm lo âu Hamilton, số BN lo âu chiếm 56,6% (81 bệnh nhân)

**Bảng 5. Các mức độ của trầm cảm, lo âu ở đối tượng nghiên cứu**

Mức độ trầm cảm và lo âu		n	%
Thang Beck	Trầm cảm nhẹ	36	60
	Trầm cảm vừa	19	31,7
	Trầm cảm nặng	5	8,3
Thang Hamilton	Lo âu nhẹ	32	39,5
	Lo âu vừa	32	39,5
	Lo âu nặng	17	21
Hoàn cảnh xuất hiện của trầm cảm, lo âu	Sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh ĐTD	62	76,5
	Sau sang chấn tâm lý khác	0	0
	Tự nhiên	19	23,5

**Nhận xét:** Theo điểm số thang Beck: Nhóm trầm cảm nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt là các nhóm trầm cảm vừa, ít nhất là trầm cảm nặng. Theo điểm số thang Hamilton: Nhóm lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó lần lượt đến các nhóm lo âu nhẹ/lo âu vừa và thấp nhất là nhóm lo âu nặng. Có tới 76,5% BN có biểu hiện trầm cảm, lo âu sau khi phát hiện mắc ĐTD hoặc sau khi có diễn biến nặng lên của bệnh lý ĐTD; 23,5% có biểu hiện trầm cảm tự nhiên.

bệnh cơ thể này, phần lớn là các bệnh như tăng huyết áp hay bệnh rối loạn lipid máu. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm chủ yếu là các đối tượng trên 60 tuổi, đây là nhóm tuổi bắt đầu có sự thoái triển chung của cơ thể, cùng với đó là giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh ở phụ nữ. Do vậy, người bệnh thường có thể có nhiều bệnh cơ thể và tuổi càng cao càng có nhiều bệnh lý cơ thể phối hợp. Nghiên cứu của Raval và CS nhận thấy 68% các đối tượng bị huyết áp cao; Zghebi và CS còn nghiên cứu thấy ít nhất 85% BN ĐTD type 2 có một hoặc nhiều hơn bệnh lý đồng diễn; nghiên cứu của Mocan và CS cũng nhận thấy có 66% BN có bệnh lý đồng diễn khác, phổ biến nhất là bệnh lý tim mạch chiếm 52,8%.

Tại thời điểm nghiên cứu, đa số BN được sử dụng thuốc hạ glucose máu đường uống chiếm tỷ lệ 79,7%. Đối với BN ĐTD type 2, các thuốc uống hạ glucose máu đường uống vẫn là loại thuốc được lựa chọn đầu tiên để chỉ định cho BN. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tỷ lệ dùng thuốc uống cao hơn so với nghiên cứu của Mocan và CS., sự khác biệt này do chúng tôi nghiên cứu trên các bệnh nhân mạn tính được điều trị thường xuyên hàng tháng, nên việc kiểm soát đường huyết tốt hơn.

Có 53,8% tổng số đối tượng nghiên cứu có thừa cân, béo phì. Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng ĐTD type 2 hay gặp ở người thừa cân hoặc béo phì. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số kiểm soát chỉ số HbA1C ≥ 7%. HbA1C là chỉ số để đánh giá nồng độ glucose trong máu trung bình trong khoảng thời gian 3 tháng gần đây. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hà An năm 2018 (74,1%). Nhiều nghiên cứu trên thế giới về ĐTD type 2 cũng cho kết quả tương tự, trong đó có nghiên cứu của Kayar và CS nhận thấy có 103/154 BN (66,9%) có chỉ số HbA1c ≥ 7%.

#### 4.2. Tỷ lệ và các mức độ trầm cảm theo thang Beck

Theo điểm số thang Beck, trong 143 bệnh nhân có 60 người có trầm

## NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

cảm chiếm 42,0% nhóm đối tượng nghiên cứu có điểm số được coi là trầm cảm, trong đó 91,7% trầm cảm mức độ nhẹ và vừa; và số các đối tượng trầm cảm nặng chỉ chiếm 8,3%. Tỷ lệ trầm cảm chúng tôi thu được khá cao so với các nghiên cứu về trầm cảm ở cộng đồng hay trong các phân tích tổng hợp. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác có đối tượng nghiên cứu là các BN ĐTĐ type 2 nội trú, chúng tôi cũng nhận thấy các tác giả công bố kết quả tương tự. Như vậy, tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi tuy không thể đại diện cho cả quần thể ĐTĐ type 2 chung nhưng có thể là một lời cảnh báo cho các bác sỹ nội khoa về một tình trạng rối loạn cảm xúc rất phổ biến ở BN ĐTĐ type 2.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho các kết quả tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An trên các bệnh nhân điều trị nội trú (44,5% có trầm cảm và 70% mức độ nhẹ và mức độ vừa). Wang và CS thấy có 35,1% BN

ĐTĐ type 2 có trầm cảm trong đó 34,9% ở mức độ nhẹ và vừa, còn lại 0,2% ở mức độ nặng. Các mức độ trầm cảm nặng, vừa, nhẹ hay thậm chí cả các trường hợp chỉ có một số triệu chứng mà chưa tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm cũng có thể gây ảnh hưởng tiêu cực lên sức khỏe của BN ĐTĐ type 2.

### 4.3. Tỷ lệ và đặc điểm lo âu theo thang điểm Haminton

Kết quả từ thang đánh giá lo âu Hamilton cho thấy có tới 56,6% các BN có tổng điểm tự đánh giá từ 7 điểm trở lên, được cho là có biểu hiện của lo âu. Trong đó lo âu chủ yếu ở mức độ nhẹ hoặc vừa (79%). Kết quả cũng gần tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hà An, có 62,7% có lo âu trên thang lo âu Zung. Masmoudi và CS khi nghiên cứu về lo âu và trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 đã thu được kết quả tỷ lệ có lo âu là 40,3%. Mossie và CS còn cho rằng lo âu là một yếu tố nguy cơ gây trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu của họ. Trong trường

hợp BN ĐTĐ, những ám ảnh sợ đặc hiệu như sợ tăng glucose máu và sợ bị tiêm cũng chỉ trở nên rõ ràng hơn sau khi được chẩn đoán ĐTĐ. Sự có mặt của lo âu có thể làm tăng gánh nặng những triệu chứng của ĐTĐ, tăng biến chứng, mức độ glucose máu không ổn định và giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí có thể làm tăng tỷ lệ tử vong của BN ĐTĐ type 2 độc lập với các triệu chứng trầm cảm.

## IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở BN ĐTĐ type 2 trên thang BECK là 42%; đa số gặp nhiều ở mức độ vừa và nhẹ (91,7%). Tỷ lệ lo âu trên thang Haminton là 56,6%. Mức độ lo âu nhẹ hoặc vừa chiếm chủ yếu (79%).■

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ogurtsova K, Fernandes J.D, and Huang Y. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*, 128, 40–50. .
2. Shaw J.E, Sicree R.A, Zimmet P.Z (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 87(1), 4–14. .
3. Amiri S. and Behnezhad S. (2019). Diabetes and anxiety symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*, 009121741983740.
4. Wang Y.P, Gorenstein C. (2013). Assessment of depression in medical patients: A systematic review of the utility of the Beck Depression Inventory-II. *Clinics*, 68(9), 1274–1287. .
5. Lustman P.J, Clouse R.E, Griffith L.S et al (1997). Screening for depression in diabetes using..
6. Egede L.E, Zheng D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 26(1), 104–111. .
7. Larijani B., Khoram Shahi Bayat M., Khalili Gorgani M. et al (2004). Association Between Depression and Diabetes. *Ger J Psychiatry*, 7, 62–65. .
8. Nguyễn Thị Lý (2014). Nhận xét tình hình trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng bộ câu hỏi PHQ - 9. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Wang L., Song R., Chen Z. et al (2015). Prevalence of depressive symptoms and factors associated with it in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 15, 188.