

# Trầm cảm và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thành phố Cần Thơ năm 2017-2018

Nguyễn Bá Nam, Nguyễn Tấn Đạt, Trần Hoàng Duy

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Người bệnh tăng huyết áp có khả năng mắc kèm theo các rối loạn tâm thần trong đó có trầm cảm, dẫn tới làm tăng gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ trầm cảm bằng thang đo PHQ9 và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp tại thành phố Cần Thơ năm 2017-2018.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 772 người bệnh tăng huyết áp tại thành phố Cần Thơ với độ tuổi trung bình là 64,6 tuổi (ĐLC: 12,29).

**Kết quả nghiên cứu:** 22,4% người bệnh có triệu chứng trầm cảm, trung bình là 2,66 điểm (SD: 3,38); trầm cảm mức độ nhẹ là 16,5%; trung bình là 4,3%; nặng và rất nặng là 1,6%. Người bệnh là nữ giới, hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, tập luyện thể lực huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg, huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg có tổng điểm cao hơn với số điểm là 1,78; 2,37; 1,65; 0,88; 1,02; 3,12 điểm. Người bệnh không thừa cân và tuân thủ điều trị có tổng điểm giảm lần lượt 0,09 điểm và 0,94 điểm. Trầm cảm gặp ở người lớn tuổi nhiều hơn với OR=0,95. Hoạt động thể lực đúng, không sử dụng rượu bia, BMI bình thường và tuân thủ điều trị thuốc mắc trầm cảm ít hơn với OR lần lượt là 0,61; 0,89 và 1,15.

**Kết luận:** Trầm cảm có thể làm nặng hơn tình trạng bệnh tăng huyết áp nói riêng và mãn tính nói chung.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, trầm cảm, rối loạn tâm thần.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm hiện nay đang là một vấn đề y tế công cộng gây ảnh hưởng to lớn đến gánh nặng sức khỏe bệnh tật toàn cầu. Theo khảo sát *Sức khỏe Tâm thần thế giới* được thực hiện tại 17 quốc gia cho thấy trung bình có khoảng 25% người trầm cảm, bệnh gây ảnh hưởng đến 350 triệu người trên toàn thế giới và có 7% người bệnh có nguy cơ mắc bệnh suốt đời [8],[9]. Bên cạnh đó, trầm cảm sẽ tăng 5,7% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu vào năm 2020 và đứng thứ hai sau bệnh tim thiếu máu cục bộ [10]. Người bệnh tăng huyết áp có khả năng mắc kèm theo các rối loạn tâm thần, trong đó có trầm cảm, dẫn tới làm tăng gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. Cải thiện các khía cạnh tâm lý xã hội của cuộc sống đã trở thành một phần quan trọng trong việc xây dựng chăm sóc sức khỏe tốt hơn, đặc biệt đối với bệnh nhân tăng huyết áp. Ngày càng có nhiều nhà tâm lý học cho rằng cần phải giải quyết các vấn đề về tâm lý cho người bệnh THA nói riêng và các bệnh không lây nói chung là việc ưu tiên nhằm giảm thiểu khả năng tử vong do bệnh gây ra [8].

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân THA theo các nghiên cứu trên thế giới dao động từ 16-43%. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về thực trạng trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp còn rất hạn

chế và chỉ tập trung nghiên cứu tại các bệnh viện lớn và thành thị. Tại Cần Thơ nói riêng và Đồng bằng sông Cửu Long nói chung, hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về tình trạng trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp, nhằm góp phần vào cung cấp thêm thông tin về tình hình trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu nhằm xác định tình trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người bệnh tăng huyết áp tại thành phố Cần Thơ.

## **2. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

### **Đối tượng nghiên cứu:**

Người bệnh tăng huyết áp được quản lý tại các trạm y tế thuộc quận Cái Răng và huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ từ 18 tuổi trở lên, thường trú từ 6 tháng trở lên tại địa phương và sẵn sàng để tham gia vào cuộc phỏng vấn trực tiếp từ 20-30 phút, việc chấp thuận bằng cách kí tên vào giấy chấp thuận nghiên cứu. Chúng tôi không mời tham gia vào nghiên cứu những người bệnh mắc các bệnh tâm thần, khiếm khuyết chức năng nghe hiểu và trả lời câu hỏi, vắng mặt hoặc nằm viện trong thời gian nghiên cứu. Tất cả những người tham gia đã được thông báo về các rủi ro và lợi ích của nghiên cứu và bảo vệ tính bảo mật của họ trước khi họ tham gia vào nghiên cứu.

### **Phương pháp nghiên cứu:**

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 772 người bệnh tăng huyết áp được chẩn đoán tăng huyết áp. Phương pháp chọn mẫu như sau: Chúng tôi chọn chủ đích một quận và một huyện trên địa bàn thành phố Cần Thơ là huyện Phong Điền và quận Cái Răng. Từ mỗi quận, huyện chúng tôi tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên lựa chọn người bệnh theo danh sách quản lý bệnh tăng huyết áp được cấp từ các trung tâm y tế.

### **Thời gian nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2017 đến tháng 4/2018.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn.

### **Nội dung nghiên cứu:**

Tình hình trầm cảm: Một nghiên cứu phân tích tổng hợp trên 17 nghiên cứu đã kết luận rằng PHQ 9 có khả năng phát hiện các rối loạn tốt với độ nhạy là 0,8 và độ đặc hiệu là 0,92 bằng cách sử dụng điểm số  $\geq 10$  [12]. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng sử dụng thang đo PHQ 9, gồm 9 câu hỏi để đánh giá mức độ trầm cảm của người bệnh tăng huyết áp với mức độ tin cậy Cronbach's alpha là 0,821, với tổng điểm cao nhất là 27 điểm. Người bệnh được phân thành 4 nhóm mức độ là không có dấu hiệu (0-4 điểm, có nguy cơ (5-9 điểm), trầm cảm nhẹ (10-14 điểm), trầm cảm vừa (15-19 điểm) và nặng (20-27 điểm) [12]. Để thực hiện chạy mối liên quan giữa trầm cảm và một số yếu tố khác, chúng tôi sử dụng điểm cắt là  $\geq 10$  điểm thể hiện người bệnh có mắc bệnh trầm cảm, điểm cắt này được thể hiện trong nhiều nghiên cứu trước đây trên thế giới.

Đặc điểm xã hội học: Chúng tôi nghiên cứu các biến số giới tính; trình độ học vấn được tính là lớp học cao nhất mà người bệnh đã được học; tình trạng nghề nghiệp; tình trạng hôn nhân gia đình; tình trạng kinh tế gia đình theo Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg; tiền sử gia đình mắc bệnh tăng huyết áp, sử dụng bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh; thời gian mắc bệnh và chỉ số khối cơ thể [2].

Đặc điểm về hành vi sức khỏe và lâm sàng của người bệnh bao gồm các biến số hút thuốc lá, sử dụng nhiều rượu bia được quy định theo khuyến cáo của WHO, việc lạm dụng rượu bia được xác định khi dùng hơn 14 ly mỗi tuần cho nam giới ( $>4$  ly mỗi dịp), hơn 7 ly mỗi tuần cho phụ nữ ( $>3$  ly mỗi dịp) và hơn 7 ly mỗi tuần cho người từ 65 tuổi trở lên. Hoạt động thể lực được đánh giá theo khuyến cáo của WHO nên vận động ít nhất 150

phút/tuần. Huyết áp tâm thu và tâm trương của người bệnh được đo 2 lần, mỗi lần cách nhau 10 phút và lấy trị số trung bình của hai lần đo [9]. Tuân thủ thuốc điều trị tăng huyết áp được đánh giá bằng thang đo Morisky (MMAS-8) gồm 8 câu hỏi với hệ số tin cậy Cronbach's alpha là 0,845 và người bệnh được đánh giá là có tuân thủ điều trị khi tổng điểm từ 0-2 điểm [7].

**Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:**

Các thông tin được nhập vào phần mềm Epi-data 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0. Đối với các biến định tính trong nghiên cứu dùng phép kiểm định Chi bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ và mô hình hồi quy logistic đa biến với phương pháp Wald Backward để tìm một số yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm của người bệnh. Những biến có giá trị  $p \leq 0,1$  được chúng tôi đưa vào mô hình đa biến với mục đích khử nhiễu nhằm tìm ra yếu tố thật sự tác động đến trầm cảm của người bệnh. Đối với các

biến định lượng, được trình bày dưới dạng trung bình (Mean) và độ lệch chuẩn (SD), sử dụng phép kiểm định Mann-Whitney U test để xác định mối liên quan giữa các yếu tố với tổng điểm của thang đo PHQ9. Hồi quy tobit đa biến được sử dụng để đánh giá các yếu tố liên quan đến điểm trầm cảm của người bệnh. Ý nghĩa thống kê được đặt ở  $p < 0,05$ .

**Đạo đức trong nghiên cứu:**

Nghiên cứu được đánh giá và chấp thuận nghiên cứu tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cùng lãnh đạo tại các trung tâm y tế, trạm y tế trên địa bàn nghiên cứu. Ngoài ra, đối tượng được mời tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích của nghiên cứu và nghiên cứu được tiến hành khi đối tượng chấp nhận ký vào biên bản đồng thuận. Bên cạnh đó, người tham gia nghiên cứu có thể từ chối trả lời các câu hỏi được cho là cá nhân và dừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Bảng 1. Tỷ lệ trầm cảm của đối tượng nghiên cứu theo thang đo PHQ9

Đặc điểm	Chung (n=772)		Nam (n=282)		Nữ (n=490)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không trầm cảm	615	79,7	235	83,3	380	77,6	0,20
Trầm cảm nhẹ	112	14,5	31	11	81	16,5	
Trầm cảm trung bình	32	4,1	11	3,9	21	4,3	
Trầm cảm nặng, rất nặng	13	1,7	5	1,8	8	1,6	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Tổng điểm	2,66	3,38	2,24	3,39	2,91	3,36	<0,01

Nghiên cứu trên 772 người bệnh tăng huyết áp, chúng tôi ghi nhận có 22,4% người bệnh có triệu chứng trầm cảm với điểm trung bình là 2,66 điểm (SD: 3,38) và nam giới có điểm thấp hơn so với nữ giới và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ , Trong đó, trầm cảm mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 16,5%; kể đến là trầm cảm trung bình với 4,3% và thấp nhất là trầm cảm nặng và rất nặng với tỷ lệ 1,6%. Nữ giới trầm cảm nhiều hơn so với nam giới (22,4% so với 16,7%).

► **NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG**

Bảng 2. Đặc điểm xã hội học của đối tượng nghiên cứu theo thang đo trầm cảm PHQ9

Đặc điểm (n=772)	Chung		Không trầm cảm (PHQ < 10)		Có trầm cảm (PHQ ≥ 10)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Giới tính</b>							
Nam	282	36,5	266	94,3	16	5,7	0,89
Nữ	490	63,5	461	94,1	29	5,9	
<b>Trình độ học vấn</b>							
Từ tiểu học trở xuống	526	68,1	493	93,7	33	6,3	0,62
Trung học cơ sở	163	21,1	154	94,5	9	5,5	
Trung học phổ thông trở lên	83	10,8	80	96,4	3	3,6	
<b>Tình trạng nghề nghiệp</b>							
Có việc làm	481	62,3	454	94,4	27	5,6	0,74
Thất nghiệp/Hưu trí	291	37,7	273	93,8	18	6,2	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>							
		0,0					
Độc thân/Ly dị/Góa	134	17,4	132	98,5	2	1,5	0,02
Sống với vợ/chồng	638	82,6	595	93,3	43	6,7	
<b>Tình trạng kinh tế gia đình</b>							
Nghèo/cận nghèo	124	16,1	121	97,6	3	2,4	0,07
Không nghèo	648	83,9	606	93,5	42	6,5	
<b>Tiền sử gia đình mắc bệnh tăng huyết áp</b>							
Có	252	32,6	225	89,3	27	10,7	<0,01
Không	520	67,4	502	96,5	18	3,5	
<b>Sử dụng bảo hiểm y tế cho khám chữa bệnh</b>							
Có	185	24,0	170	91,9	15	8,1	0,13
Không	587	76,0	557	94,9	30	5,1	
<b>Thời gian mắc bệnh tăng huyết áp</b>							
Dưới 1 năm	57	7,4	53	93	4	7	0,11
Từ 1-5 năm	442	57,3	423	95,7	19	4,3	
Trên 5 năm	273	35,4	251	91,9	22	8,1	
<b>Chỉ số khối cơ thể (BMI)</b>							
Nhẹ cân	84	10,9	79	94	5	6	0,45
Bình thường	381	49,4	355	93,2	26	6,8	
Thừa cân, béo phì	307	39,8	293	95,4	14	4,6	

	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Tuổi (năm)	64,6	12,29	64,73	12,28	62,33	12,33	0,75
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	22,48	3,94	22,52	3,99	21,83	2,89	0,2
Thời gian bệnh tăng huyết áp 9 năm)	5,6	6,11	5,5	6,03	7,29	7,1	<b>0,05</b>
Tổng điểm PHQ-9	2,67	3,39	2,06	2,31	12,58	2,56	0,07

Những bệnh nhân sống với vợ chồng có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nhóm bệnh nhân độc thân/ly dị/góa và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,02$  (6,7% so với 1,5%), Nhóm bệnh nhân có tiền kinh tế gia đình không nghèo có tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với nhóm bệnh nhân thuộc nhóm nghèo/cận nghèo và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,07$ . Người bệnh có tiền sử gia đình mắc tăng huyết áp có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nhóm bệnh nhân không có tiền sử gia đình và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,01$ , Người bệnh có trầm cảm có thời gian mắc bệnh là 7,29 năm nhiều hơn người bệnh không trầm cảm là 5,5 năm và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,05$ .

Bảng 3. Đặc điểm hành vi sức khỏe và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu theo thang đo PHQ9

Đặc điểm (n=772)	Chung		Không trầm cảm (PHQ < 10)		Có trầm cảm (PHQ ≥ 10)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Hút thuốc lá</b>							
Hiện tại có hút	149	19,3	128	85,9	21	14,1	<b>&lt;0,01</b>
Không hút/đã bỏ hút	623	80,7	599	96,1	24	3,9	
<b>Sử dụng nhiều rượu bia</b>							
Có	124	16,1	116	93,5	8	6,5	0,74
Không	648	83,9	611	94,3	37	5,7	
<b>Hoạt động thể lực</b>							
<150 phút/tuần	384	49,7	352	91,7	32	8,3	<b>0,03</b>
≥150 phút/tuần	388	50,3	375	96,6	13	3,4	
<b>Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)</b>							
<140	580	75,1	568	97,9	12	2,1	<b>&lt;0,01</b>
≥140	192	24,9	159	82,8	33	18,2	
<b>Huyết áp tâm trương trung bình (mmHg)</b>							
<90	596	77,2	576	96,6	20	3,4	<b>&lt;0,01</b>
≥90	176	22,8	151	85,8	25	14,2	
<b>Tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp</b>							
Có	432	56,0	392	90,7	40	9,3	<b>&lt;0,01</b>
Không	340	44,0	335	98,5	5	1,5	

► **NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG**

	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)	129,84	13,09	129,58	13,01	134,06	13,73	0,25
Huyết áp tâm trương trung bình (mmHg)	79,95	10,87	79,93	10,75	80,28	12,82	0,07
Thời gian vận động thể lực (minutes)	40,86	65,48	41,61	66,74	28,78	38,32	0,1
Tổng điểm MMAS-8	2,97	2,45	2,85	2,42	5,02	2,04	<b>0,01</b>

Những bệnh nhân có hút thuốc lá có tỷ lệ trầm cảm (14,1%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá (3,9%) với  $p < 0,01$ . Những bệnh nhân hoạt động thể lực dưới 150 phút/tuần có tỷ lệ trầm cảm (8,3%) cao hơn nhóm bệnh nhân hoạt động đủ 150 phút/tuần (3,4%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,03$ . Những bệnh nhân không kiểm soát được huyết áp có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nhóm bệnh nhân kiểm soát tốt huyết áp với  $p < 0,01$ . Những bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp có tỷ lệ trầm cảm (9,3%) cao hơn so với nhóm không tuân thủ điều trị tăng huyết áp (1,5%) và  $p < 0,01$ .

Bảng 4. Phân tích đa biến giữa tổng điểm PHQ9 và phân loại trầm cảm với một số yếu tố

Characteristics (n=750)	Tổng điểm PHQ9		Phân loại trầm cảm	
	Coef	95% CI	OR	95% CI
Giới tính (Nữ với nam)	1,78***	0,88 - 2,68	0,98	0,5 ; 1,91
Sử dụng bảo hiểm y tế (Không dùng với có dùng)			1,74	0,76 ; 3,98
Tình trạng kinh tế gia đình (Nghèo/cận nghèo với không nghèo)	0,61	-0,23 - 1,45		
Hút thuốc lá (Không với có)	2,37***	1,40 - 3,33		
Sử dụng rượu bia (Không với có)	1,65***	0,71 - 2,60		
Hoạt động thể lực (Có với không)	0,88***	0,26 - 1,50	0,61**	0,41 ; 0,92
BMI (bình thường với thừa cân)	-0,09**	-0,17 - -0,01	0,89**	0,8 ; 0,98
Huyết áp tâm trương trung bình ( $\geq 90$ mmHg với $< 90$ mmHg)	1,02**	0,10 - 1,94		
Huyết áp tâm thu trung bình ( $\geq 140$ mmHg với $< 140$ mmHg)	3,12***	2,22 - 4,02		
Tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp (Có với không)	-0,94***	-1,59 - -0,30	1,15**	1,02 ; 1,31

\*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

Người bệnh là nữ giới, có hút thuốc lá, có sử dụng rượu bia, có tập luyện thể lực có huyết áp tâm trương từ 90 mmHg trở lên, huyết áp tâm thu từ 140 mmHg trở lên có tổng điểm theo thang đo PHQ9 cao hơn so với nhóm còn lại lần lượt với số điểm là 1,78; 2,37; 1,65; 0,88; 1,02; 3,12 điểm. Những bệnh nhân không thừa cân và có tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp có tổng điểm PHQ9 giảm lần lượt 0,09 điểm và 0,94 điểm so với nhóm còn lại.

Người bệnh có khả năng mắc bệnh trầm cảm càng giảm khi tuổi càng tăng với  $OR=0,95$ . Người bệnh có hoạt động thể lực đúng như khuyến cáo, không sử dụng rượu bia, chỉ số BMI bình thường và tuân thủ điều trị thuốc có nguy cơ trầm cảm ít hơn so với nhóm còn lại với  $OR$  lần lượt là 0,61; 0,89 và 1,15 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 20,3% (157 người) bệnh nhân THA tại thành phố Cần Thơ có trầm cảm với số điểm trung bình là 2,66 điểm ( $SD:3,38$ ) và kết quả này cũng tương đồng so với nghiên cứu của Lý Thị Phương Hoa nghiên cứu ở người bệnh THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (2009) có 26,5% người bệnh THA có dấu hiệu trầm cảm hay trong báo cáo đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp 41 nghiên cứu về của Li và cộng sự cho thấy tỷ lệ người bệnh có dấu hiệu trầm cảm là 21,3% (14,2-32,3%) và thấp hơn so với một số nghiên cứu khác trên thế giới như của tác giả Vinod G Kulkarni và cộng sự, tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh THA tại Ấn Độ là 40,1%, hay nghiên cứu của Mohammad Shoaib Hamrah và cộng sự tại Afghanistan tỷ lệ này là 58,1% [8]. Sự khác biệt này có thể dễ hiểu do sự khác nhau về văn hóa và chủng tộc và địa bàn dân số và hơn nữa đa số các nghiên cứu về trầm cảm trên thế giới thường được nghiên cứu tại các bệnh viện hoặc các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu. Những bệnh nhân là nữ giới có tỷ lệ trầm

cảm cao hơn so với nam giới (22,4% so với 16,7%) và khi phân tích hồi quy mô hình đa biến bằng mô hình hồi quy Tobit cho thấy nữ giới có khả năng tăng 1,78 điểm so với nam giới và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,01$  (95%CI; 0,88-2,68) và kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, các yếu tố dẫn đến sự gia tăng trầm cảm ở phụ nữ vẫn chưa rõ ràng có thể do yếu tố sinh lý như sự thay đổi nội tiết tố liên quan đến thời kỳ mang thai, sau sinh và sau mãn kinh của cuộc sống của phụ nữ có liên quan đến sự lo lắng và các yếu tố di truyền cùng với vai trò xã hội đặc thù theo giới như phải trông con cháu, dậy sớm, dọn dẹp nhà cửa, ... làm cho tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ cao hơn so với nam giới [8]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy nguy cơ mắc trầm cảm gia tăng theo độ tuổi và điều này là hoàn toàn phù hợp so với nghiên cứu của Vinod G Kulkarni. Tác giả Li và cộng sự đã kết luận rằng tuổi trung bình của người bệnh THA 1% thì nguy cơ trầm cảm tăng 4,83% và Barua cũng đã kết luận rằng tỷ lệ mắc trầm cảm cao tuổi ngày càng gia tăng ở những quốc gia đang phát triển, hơn nữa các dịch vụ và cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần hầu như tập trung vào chẩn đoán và điều trị cho người trẻ tuổi chứ chưa có sự quan tâm đúng mức cho người già [5], [8]. Đây là một thực tế tại Việt Nam khi người già hầu như ở nhà trong khi đó ở các quốc gia phát triển đa phần người già đều được tạo điều kiện để lao động phù hợp giúp họ có thêm niềm vui trong cuộc sống và giao tiếp với xã hội bên ngoài và hơn nữa người cao tuổi phải đối mặt với những thay đổi đáng kể trong cuộc sống như bệnh tật, cô đơn sống một mình cũng như thông tin không đầy đủ về các triệu chứng trầm cảm so với người trẻ tuổi [8]. Chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm học vấn và tình trạng nghề nghiệp của người bệnh THA với tỷ lệ trầm cảm, điều này khác biệt với một số nghiên cứu khác như của Prathibha M. T và ông đã cho rằng học vấn thấp và điều kiện sống thấp có ảnh hưởng đến việc tiếp xúc với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu nói chung trong đó có sức

khỏe tâm thần và sự khác biệt này có thể do đặc điểm về văn hóa cũng như đặc điểm dân số học giữa các nghiên cứu [9]. Theo các nghiên cứu của Prathibha M. T, Mandreker Bahall, Li đều tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hôn nhân với trầm cảm, theo đó người bệnh THA đang chung sống với vợ/chồng có khả năng chịu đựng với áp lực và căng thẳng trong cuộc sống tốt hơn so với những bệnh nhân có vấn đề trong hôn nhân và kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [5], [6], [9].

Hút thuốc lá và uống nhiều rượu bia là những thói quen gây những bất lợi cho sức khỏe của mọi người nói chung và người bệnh tăng huyết áp nói riêng. Có rất nhiều nghiên cứu đã tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hút thuốc lá và uống rượu bia làm tăng nguy cơ trầm cảm, điều này là phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, có điều khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với những nghiên cứu là nhóm người bệnh không hút thuốc và uống rượu của chúng tôi có tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với nhóm còn lại và điều này có thể lý giải do sự khác biệt về phong tục tập quán và văn hóa giữa các quốc gia. Theo đó, tại Việt Nam theo hệ tư tưởng Á Đông nên hút thuốc lá và uống rượu bia đa phần gặp ở nam giới hơn so với nữ giới. Hơn

nữa, trong nghiên cứu này số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu đa phần là nữ giới và như trình bày ở trên nữ giới chịu áp lực trong cuộc sống nhiều hơn nên tỷ lệ có sự khác biệt là hợp lý. Hoạt động thể lực thường xuyên đã được chứng minh là có hiệu quả để giảm cân và cả các triệu chứng trầm cảm và hạ áp. Đặc biệt, hoạt động thể lực ở mức từ vừa phải trở lên có thể đã được chứng minh có thể là giảm các triệu chứng trầm cảm cũng như ngăn ngừa sự phát triển của các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân THA [11]. Mặt khác, bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm thường ít tham gia hoạt động thể lực hơn so với những người không trầm cảm.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận người bệnh không kiểm soát được huyết áp tâm trương và huyết áp tâm thu có khả năng tăng lần lượt 1,02 điểm và 3,12 điểm so với nhóm bệnh nhân còn lại và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác trên thế giới. Các vấn đề gặp phải trong trầm cảm như mất ngủ có thể ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp và cũng như các thói quen không tốt như tăng hút thuốc và uống rượu bia cũng đã được chứng minh ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp của người bệnh [5], [8], [9], [11].

---

## ABSTRACT

### DEPRESSION AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN CAN THO CITY 2017-2018

**Background:** Hypertensive patients are more likely to suffer from mental disorders, including depression, leading to an increase in disease burden for patients, families, and society.

**Objectives:** Determine the depression rate by PHQ9 scale and some factors related to depression in hypertensive patients in Can Tho city in 2017-2018.

**Subjects and methods:** Cross-sectional study of 772 hypertensive patients in Can Tho city with an average age of 64.6 years (SD: 12.29).

**Results:** 22.4% of patients had depressive symptoms, an average of 2.66 points (SD: 3.38); mild depression is 16.5%; an average of 4.3%; heavy and very heavy is 1.6%. The female patients, smoking, alcohol use, exercise diastolic blood pressure  $\geq 90$  mmHg, systolic blood pressure  $\geq 140$  mmHg had a



higher total score with a score of 1.78; 2.37; 1.65; 0.88; 1.02; 3.12 points. Patients without overweight and adherence to treatment had a total reduction of 0.09 points and 0.94 points, respectively. Depression is more common in older people with OR = 0.95. Correct physical activity, no alcohol use, normal BMI and adherence to treatment were less severe with OR, 0.61; 0.89 and 1.15.

**Conclusion:** Depression can worsen the condition of hypertension in particular and chronic in general.4

**Keywords:** Hypertension, depression, psychosis, Can Tho.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý Thị Phương Hoa, Võ Tấn Sơn & Berbiglia, V., (2010), Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(4).
2. Abdullah D. AlKhatami, et al. (2017), Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients, *Saudi Med J*. 2017 Jun; 38(6): 621–628, Doi: [10.15537/smj.2017.6.17941].
3. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, (2001), The PHQ9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001, 16:606–613.
4. Li Z, Li Y, Chen L, et al. (2015), Prevalence of depression in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis, *Medicine*, 94:e1317. 10.1097/MD.0000000000001317
5. Mandreker Bahall (2019), Prevalence and associations of depression among patients with cardiac diseases in a public health institute in Trinidad and Tobago, *BMC Psychiatry*, 19 (4), <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1977-3>
6. Mohammad Shoaib Hamrah, Mohammad Hassan Hamrah, et al. (2018), Anxiety and Depression among Hypertensive Outpatients in Afghanistan: A Cross-Sectional Study in Andkhoy City, *International Journal of Hypertension*, Volume 2018, Article ID 8560835.
7. Prathibha M. T., Sara Varghese, et al. (2017), Prevalence of depression among hypertensive individuals in urban Trivandrum: a cross-sectional study, *Int J Community Med Public Health*, 2017 Jun;4(6):2156-2161, <https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/1369/1219>
8. Sandra N. Ofori, Frances N. Adiukwu (2018), Screening for Depressive Symptoms among Patients Attending Specialist Medical Outpatient Clinics in a Tertiary Hospital in Southern Nigeria, *Psychiatry Journal*, Volume 2018, Article ID 7603580.
9. Samar Mahmood, et al. (2017), Prevalence and Predictors of Depression Amongst Hypertensive Individuals in Karachi, Pakistan, *Cureus*, DOI: 10.7759/cureus.1397, file:///C:/Users/namnb/Downloads/Prevalence\_and\_Predictors\_of\_Depression\_Amongst\_Hy.pdf.
10. Roger Muñoz-Navarro, et al. (2017), Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres, *BMC Psychiatry*, 17(1).
11. Zhanzhan Li, Yanyan Li, Lizhang Chen, Peng Chen, and Yingyun Hu (2015), “Prevalence of Depression in Patients With Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Medicine (Baltimore)*, 2015 Aug; 94(31): e1317.