

MỨC ĐỘ TRẦM CẢM, RỐI LOẠN NHẬN THỨC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3-5

Nguyễn Viết Nhật Hoàng^{1*}, Trần Thái Anh¹,
Trần Thị Ngân¹, Trần Ngọc Việt¹,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ trầm cảm, rối loạn nhận thức và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 hiện đang chưa điều trị thay thế thận tại Khoa Nội Thận tiết niệu, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới, từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2023. Số liệu thu thập sử dụng thang đo đánh giá sàng lọc trầm cảm Beck Depression Inventory (BDI), thang đo suy giảm nhận thức Mini Mental State Examination (MMSE) và các câu hỏi về đặc điểm lâm sàng.

Kết quả: Điểm trầm cảm trung bình của bệnh nhân là 17,54 điểm, trong đó có 73,6% bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm; điểm nhận thức trung bình của bệnh nhân là 24,47 điểm, trong đó có 36,8% bệnh nhân có rối loạn nhận thức. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ trầm cảm với trình độ học vấn, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh thận mạn với p lần lượt là 0,029; 0,013; 0,008. Có mối tương quan thuận mạnh giữa mức độ trầm cảm và mức độ rối loạn nhận thức, cụ thể mức độ rối loạn nhận thức càng nặng thì mức độ trầm cảm càng nặng và ngược lại ($p=0,017$, $r=0,96$).

Kết luận: Cần chú ý đến tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 khi họ có rối loạn về nhận thức.

Từ khóa: trầm cảm, rối loạn nhận thức, bệnh thận mạn

ASSESSMENT OF DEPRESSION AND COGNITIVE DISORDERS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGES 3-5

ABSTRACT

Objective: Surveying the levels of depression, cognitive disorders and related factors in patients with stage 3-5 chronic kidney disease.

1. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Viết Nhật Hoàng

Email: drnhatnhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/02/2024

Ngày phản biện: 12/06/2024

Ngày duyệt bài: 15/06/2024

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted with 106 with CKD stages 3-5 who are not currently receiving renal replacement therapy at the Nephrology Department, Vietnam CuBa Dong Hoi Friendship Hospital, from March 2023 until November 2023. Data were collected using the Beck Depression Inventory (BDI) depression screening scale, the Mini Mental State Examination (MMSE) cognitive impairment scale and questions about clinical characteristics.

Results: The average depression score of the patients was 17.54 points, of which 73.6 patients showed signs of depression; The average cognitive score of patients was 24.47 points, of which 36.8 patients had cognitive disorders. There is a statistically significant difference between the level of depression, and education level, occupation, stage of chronic kidney disease with p 0.029, respectively; 0.013; 0.008 ($p<0.05$). There is a strong positive correlation between the level of depression and the level of cognitive disorder, specifically, the more severe the level of cognitive disorder, the more severe the depression level and vice versa ($p=0.017$, $r=0.96$)

Conclusions: Attention should be paid to depression in patients with CKD stages 3-5 when they have cognitive disorders.

Keywords: depression, cognitive disorders, chronic kidney disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) được xem là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. BTM ảnh hưởng trực tiếp đến hệ thống cơ quan và gián tiếp đến các vấn đề sức khỏe tâm thần, nhận thức và dinh dưỡng [1], [2]. Trầm cảm là một rối loạn tâm thần với tình trạng giảm khí sắc, mất hứng thú, giảm năng lực ý chí, cảm giác có tội lỗi hay tự đánh giá thấp bản thân, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống và khả năng tập trung suy nghĩ làm việc. Hơn nữa, trầm cảm thường trở nên mạn tính, tái diễn dẫn tới suy giảm đáng kể khả năng tự chăm sóc. Do tính phổ biến và hậu quả nghiêm trọng của nó, trầm cảm đã trở thành một vấn đề lớn đối với sức khỏe của bệnh nhân BTM [3]. Rối loạn nhận thức có khả năng tác

động đến nhiều lĩnh vực chăm sóc bệnh nhân, bao gồm cả việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong kế hoạch điều trị và chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân ở tất cả các giai đoạn suy thận mạn có thể có nguy cơ mắc chứng mất trí nhớ và rối loạn nhận thức cao hơn so với những người không mắc BTM.

Nhiều nghiên cứu về trầm cảm, nhận thức đã được thực hiện ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo nhưng đối với bệnh nhân BTM không chạy thận chưa được đề cập đầy đủ. Các yếu tố về nhân khẩu học, xã hội học và sức khỏe khác có góp phần gây ra các vấn đề về tâm thần hay không và có sự tương tác nào giữa trầm cảm, rối loạn chức năng nhận thức ở bệnh nhân BTM hay không vẫn chưa được thực hiện nghiên cứu đầy đủ. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát mức độ trầm cảm, rối loạn nhận thức và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chí lựa chọn:

+ Bệnh nhân mắc BTM giai đoạn 3-5 hiện đang chưa điều trị thay thế thận, điều trị tại Khoa Nội thận tiết niệu, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba Đồng Hới.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán BTM, các giai đoạn của BTM: chẩn đoán BTM và các giai đoạn BTM dựa trên mức lọc cầu thận (e-GFR). eGFR được tính bằng phương trình MDRD. Theo KDIGO (Bệnh thận Quốc tế - Cải thiện kết quả toàn cầu) năm 2012, phân loại BTM giai đoạn 3,4 và 5 được xác định khi e-GFR lần lượt là 30-60ml/phút/1,73m², 15-30ml/phút/1,73m², <15ml/phút/1,73m² [4], [5].

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

- Tiêu chí loại trừ:

+ Bệnh nhân không thể cung cấp thông tin hợp lý vì bất kỳ lý do nào như: chậm phát triển tâm thần, bệnh nhân tâm thần nặng, câm hoặc điếc, hoặc trong tình trạng bệnh nặng không thể cung cấp thông tin đáng tin cậy.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2022 đến tháng 11/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu, độ tin cậy 95%, $\alpha=0,05$, trị số $Z_{1-\alpha/2}=1,96$; p: tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân BTM, chúng tôi chọn $p=0,5$ [6]. d: sai số chuẩn, 10%. Dự trữ 10% mất mẫu. Vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu của chúng tôi là 106 bệnh nhân.

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhân đều được ghi nhận các thông tin về nhân khẩu học bao gồm: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nơi cư trú, BMI, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, điều kiện sống, thói quen hút thuốc lá, các bệnh mạn tính mắc phải như: đái tháo đường, tăng huyết áp. Chẩn đoán BTM, giai đoạn BTM và Creatinin được trích xuất từ hồ sơ bệnh án và sổ khám bệnh của bệnh nhân. Giá trị Creatinin huyết thanh mới nhất được sử dụng để tính mức lọc cầu thận. Sau đó thực hiện đánh giá các triệu chứng trầm cảm, chức năng nhận thức qua bộ câu hỏi.

- Công cụ đánh giá: các công cụ tương ứng dùng để đánh giá sàng lọc tình trạng trầm cảm, suy giảm nhận thức lần lượt là Beck Depression Inventory (BDI), the Mini Mental State Examination (MMSE). Những công cụ này đã được dịch sang tiếng Việt và đã được đánh giá thử nghiệm trước để có được phiên bản cuối cùng. Điều tra viên là cử nhân điều dưỡng đã được đào tạo để thu thập dữ liệu bởi điều tra viên chính.

+ Thang đo BDI: để đánh giá tình trạng trầm cảm gồm 21 mục với tổng điểm 0-63 điểm. Tổng điểm càng cao thì mức độ trầm cảm càng cao và ngược lại, cụ thể: không có biểu hiện trầm cảm (< 14 điểm), trầm cảm nhẹ (14-19 điểm), trầm cảm vừa (20-29 điểm), trầm cảm nặng (> 29 điểm) [7].

+ Thang đo MMSE: để đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức, gồm 5 phần, với tổng số điểm từ 0-30 điểm. Tổng điểm càng thấp thì mức độ rối loạn nhận thức càng cao và ngược lại, cụ thể: không có rối loạn nhận thức (≥ 24 điểm), rối loạn nhận thức mức độ nhẹ (20-23 điểm), rối loạn nhận thức mức độ trung bình (13-19 điểm), rối loạn nhận thức mức độ nặng (<12 điểm) [8].

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu: Phòng vấn trực tiếp bệnh nhân và đo chiều cao cân nặng

2.4. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: mã hóa toàn bộ thông tin, xử lý và phân tích số liệu

bằng phần mềm SPSS 25. Các mối liên quan được kiểm định bằng phép kiểm T-test và Oneway Anova (do các biến có phân phối chuẩn). Trong tất cả các suy luận phân tích thống kê, sự liên quan giữa hai biến có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=106)

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	59	55,7
Nữ	47	44,3
Tuổi		
Từ 18 đến 29 tuổi	2	1,9
Từ 30 đến 49 tuổi	12	11,3
Từ 50 đến 69 tuổi	54	50,9
Từ 70 tuổi trở lên	38	35,8
Trung bình tuổi (GTNN-GTLN) (X± SD)	64,11±14,14 (28-95)	
Nơi ở		
Thành thị	29	27,4
Nông thôn	77	72,6
Trình độ học vấn		
Mù chữ/Tiểu học	14	13,2
THCS	81	76,4
THPH	7	6,6
TC/CĐ/ĐH/SĐH	4	3,8
Điều kiện sống		
Sống một mình	28	28,4
Sống cùng với gia đình	88	73,6
Hút thuốc lá		
Có	18	17,0
Không	88	83,0
Giai đoạn BTM		
Giai đoạn 3	17	16,0
Giai đoạn 4	21	19,8
Giai đoạn 5	68	64,2
Số năm chẩn đoán BTM		
<1 năm	86	81,1
1-5 năm	17	16,0
>5 năm	3	2,8
Tiền sử ĐTĐ/THA		
Có	68	64,2
Không	38	35,8

Nghiên cứu cho thấy có 55,7% là nam giới, tuổi trung bình là 64 tuổi, có 72,6% từ khu vực nông thôn, có 64,5% bệnh nhân BTM giai đoạn 5, có 81,1% bệnh nhân được chẩn đoán BTM dưới 1 năm, đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có tiền sử ĐTĐ/THA (64,2%).

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học công nghệ bệnh viện. Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ thông tin và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

3.2. Mức độ trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5**Bảng 2. Mức độ trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 (n=106)**

Mức độ trầm cảm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biểu hiện trầm cảm	28	26,4
Trầm cảm nhẹ	32	30,2
Trầm cảm vừa	40	37,7
Trầm cảm nặng	6	5,7
Tổng	106	100
Điểm BDI trung bình (GTNN-GTLN)	17,54±7,91(0-37)	

Điểm trầm cảm trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 17,54 điểm, trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu không có biểu hiện trầm cảm là 26,4%, bệnh nhân có mức độ trầm cảm nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 30,2%; 37,7% và 5,7%.

3.3. Mức độ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5**Bảng 3. Mức độ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 (n=106)**

Mức độ rối loạn nhận thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không rối loạn nhận thức	67	63,2
Rối loạn nhận thức nhẹ	20	18,9
Rối loạn nhận thức vừa	15	14,2
Rối loạn nhận thức nặng	4	3,8
Tổng	106	100
Điểm MMSE trung bình (GTNN-GTLN)	24,47±5,73 (4-30)	

3.4. Mối liên quan giữa trầm cảm với một số đặc điểm chung của bệnh nhân ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5**Bảng 4. Mối liên quan giữa trầm cảm với một số đặc điểm chung của bệnh nhân (n=106)**

Đặc điểm chung	Điểm đánh giá trầm cảm (GTTB±ĐLC)	p
Nhóm tuổi		
Từ 18 đến 29 tuổi	9,19±8,05	0,238 ^b
Từ 30 đến 49 tuổi	15,08±8,44	
Từ 50 đến 69 tuổi	18,26±7,55	
Từ 70 tuổi trở lên	17,76±8,07	
Giới		
Nam	17,58±8,67	0,954 ^a
Nữ	17,48±6,91	
Trình độ học vấn		
Mù chữ/Tiểu học	20,57±6,95	0,029 ^b
THCS	17,58±8,00	
THPT	16,87±5,46	
TC/CD/ĐH/SĐH	7,25±5,19	
Nghề nghiệp		
Lao động chân tay	18,11±7,69	0,013 ^a
Lao động trí óc	11,33±8,01	

Đặc điểm chung	Điểm đánh giá trầm cảm (GTTB $\pm$ DLC)	p
Điều kiện sống		
Sống một mình	18,21 $\pm$ 7,96	0,600 ^a
Sống cùng với gia đình	17,29 $\pm$ 7,93	
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	15,67 $\pm$ 10,40	0,707 ^b
Đã kết hôn	17,30 $\pm$ 8,06	
Ly thân/ly dị/goá	18,71 $\pm$ 7,21	
Hút thuốc lá		
Có	18,28 $\pm$ 7,66	0,665 ^a
Không	17,39 $\pm$ 7,99	
Giai đoạn BTM		
Giai đoạn 3	22,94 $\pm$ 8,52	0,008 ^b
Giai đoạn 4	16,67 $\pm$ 1,85	
Giai đoạn 5	16,46 $\pm$ 7,10	
Tiền sử ĐTĐ/THA		
Có	17,09 $\pm$ 7,89	0,436 ^a
Không	18,34 $\pm$ 7,97	
Số năm được chẩn đoán BTM		
<1 năm	18,06 $\pm$ 7,86	0,201 ^b
1-5 năm	14,47 $\pm$ 8,19	
>5 năm	20,00 $\pm$ 4,36	

(a: Phép kiểm t-test, b: phép kiểm Anova)

Nghiên cứu tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ trầm cảm với trình độ học vấn, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh thận mạn với p lần lượt là 0,029; 0,013; 0,008 ($p < 0,05$). Trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn càng thấp thì mức độ trầm cảm càng cao, nhóm lao động chân tay cao hơn nhóm lao động trí óc, nhóm đối tượng nghiên cứu giai đoạn 3 cao hơn 2 nhóm còn lại.

3.5. Mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5

Bảng 5. Mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 (n=106)

Mức độ rối loạn nhận thức	Điểm đánh giá trầm cảm (GTTB $\pm$ DLC)	p	r
Không rối loạn nhận thức	13,00 $\pm$ 7,16	0,017 ^b	0,96
Rối loạn nhận thức nhẹ	16,70 $\pm$ 8,08		
Rối loạn nhận thức vừa	19,00 $\pm$ 8,18		
Rối loạn nhận thức nặng	20,53 $\pm$ 6,14		

Mức độ rối loạn nhận thức càng nặng thì mức độ trầm cảm càng nặng và ngược lại ($p=0,017$, $r=0,96$).

IV. BÀN LUẬN

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần với tình trạng giảm khí sắc, mất hứng thú, cảm giác có tội lỗi hay tự đánh giá thấp bản thân, rối loạn giấc ngủ, ăn uống và khả năng tập trung suy nghĩ làm việc. Hơn nữa trầm cảm thường tái diễn dẫn tới suy giảm

đáng kể khả năng tự chăm sóc. Hậu quả nghiêm trọng nhất của trầm cảm chính là hành vi tự sát [2], [3], [9].

Điểm trầm cảm trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 17,54 điểm, trong đó nhóm

đối tượng nghiên cứu không có biểu hiện trầm cảm là 26,4%, bệnh nhân có mức độ trầm cảm nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 30,2%; 37,7% và 5,7%. Tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trần Trí và cộng sự (2011) tại Viện Quân Y 103 và Bệnh viện Bạch Mai với kết quả là 89,33% [10]. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan tại bệnh viện Đại học Y dược Huế là 49,9% [6] và nghiên cứu của Andrade và cộng sự (2010) tại Brazil là 37,7% bệnh nhân đang điều trị bảo tồn [11]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Vân và cộng sự, tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân là 49,2%, bệnh nhân nữ (81,3%) có tỷ lệ lo âu cao hơn bệnh nhân nam (74%). Tỷ lệ trầm cảm là 41,8%, nhóm tuổi từ 50 trở lên có tỷ lệ trầm cảm cao hơn [12]. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể là do nhiều yếu tố như phương pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chẩn đoán và cấu trúc tuổi của nghiên cứu. Như vậy, qua nghiên cứu này, nhân viên y tế cần tăng cường tầm soát để phát hiện sớm tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân BTM để có các biện pháp điều trị và chăm sóc phù hợp. Cần lên kế hoạch tổ chức khám sức khỏe định kỳ và khám sàng lọc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân BTM.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm nhận thức trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 24,47 điểm, trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu không có rối loạn nhận thức chiếm tỷ lệ cao nhất (63,2%), tiếp đến là nhóm rối loạn nhận thức nhẹ (18,9%), nhóm rối loạn nhận thức nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,8%), tỷ lệ rối loạn nhận thức là 36,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế năm 2020 là 20,3% [6], nghiên cứu của Kurella tại Hoa Kỳ năm 2004 ở 160 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 có tỷ lệ rối loạn nhận thức là 17% [13]. Thấp hơn so với nghiên cứu của Jean-Marc Bugnicourt và cộng sự tại California (2013) với tỷ lệ là 87% [14]. Như vậy với kết quả nghiên cứu này, nhân viên y tế cần phải tầm soát phát hiện sớm tình trạng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM để có biện pháp điều trị và chăm sóc phù hợp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ trầm cảm với trình độ học vấn, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh thận mạn với p lần lượt là 0,029; 0,013; 0,008 ($p < 0,05$). Trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn càng thấp thì mức độ trầm cảm càng cao,

nhóm lao động chân tay cao hơn nhóm lao động trí óc, nhóm đối tượng nghiên cứu giai đoạn 3 cao hơn 2 nhóm còn lại. Nghiên cứu của tác giả Dương Thị Ngọc Lan (2020) cho thấy bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn càng nặng thì xu hướng trầm cảm cao hơn bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn nhẹ ($p < 0,001$) [6]. Nghiên cứu của Sameeha Alshelleh và cộng sự cho thấy tỷ lệ người bệnh bị trầm cảm và lo âu với tỷ lệ lần lượt là 58,3% và 50,5%. Có mối tương quan tiêu cực từ trung bình đến mạnh mẽ giữa điểm trầm cảm và điểm chất lượng cuộc sống ($p < 0,001$). Chỉ tình trạng hôn nhân có mối quan hệ đáng kể với trầm cảm ($p < 0,001$). Mối tương quan tích cực yếu giữa tốc độ lọc cầu thận và điểm lo lắng ($p = 0,04$), với mối tương quan thuận đáng kể giữa hồ sơ lipid và điểm lo lắng. Có một mối tương quan tiêu cực giữa điểm số lo lắng và chất lượng cuộc sống điểm số lĩnh vực. Người bệnh nữ có điểm lo lắng cao hơn nam ($p = 0,27$). Những người bệnh không làm việc có điểm hoạt động thể chất thấp hơn so với những người khác (giá trị $p = 0,024$). Người bệnh có Hemoglobin huyết thanh cao hơn có điểm thể chất và tâm lý cao hơn. Lo lắng, trầm cảm là phổ biến ở những người bệnh mắc bệnh thận mạn tính của chúng tôi, cần có nhiều biện pháp can thiệp hơn để cải thiện sức khỏe tâm thần của người bệnh và chất lượng cuộc sống của họ. Loại nghiên cứu này cho phép chúng tôi hiểu sâu hơn về tác động của bệnh thận mạn tính đối với sức khỏe tâm lý xã hội của những người bệnh đó và giúp các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cân nhắc trầm cảm, lo lắng và Chất lượng cuộc sống khi điều trị cho người bệnh [15].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng đã tìm thấy mối liên quan giữa trầm cảm ở bệnh nhân BTM với một số đặc điểm chung của người bệnh như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn BTM [14], [15], [16]. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ trầm cảm với mức độ rối loạn nhận thức ($p = 0,017 < 0,05$), trong đó mức độ rối loạn nhận thức càng nặng thì mức độ trầm cảm càng nặng và ngược lại. Nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan (2020) cho thấy bệnh nhân có rối loạn nhận thức càng nặng thì có xu hướng trầm cảm cao hơn so với những bệnh nhân không có rối loạn về nhận thức ($p = 0,027$) [6]. Kết quả nghiên cứu của Difei Duan và cộng sự đã tìm thấy mối liên hệ vừa phải giữa nhận thức về bệnh tật và trầm cảm, mối liên hệ này đã được điều chỉnh bởi lòng tự trọng. Mối

liên hệ tương tự nhưng yếu hơn đã được tìm thấy giữa sự can thiệp của cơn đau và trầm cảm [17].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

1. Điểm trầm cảm trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 17,54 điểm, trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu không có biểu hiện trầm cảm là 26,4%, bệnh nhân có mức độ trầm cảm nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 30,2%; 37,7% và 5,7%.

Điểm nhận thức trung bình của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là 24,47 điểm, trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu không có rối loạn nhận thức chiếm tỷ lệ cao nhất (63,2%), tiếp đến là nhóm rối loạn nhận thức nhẹ (18,9%), nhóm rối loạn nhận thức nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,8%).

2. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ trầm cảm với trình độ học vấn, nghề nghiệp và giai đoạn bệnh thận mạn với p lần lượt là 0,029; 0,013; 0,008 ($p < 0,05$). Trong đó nhóm đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn càng thấp thì mức độ trầm cảm càng cao, nhóm lao động chân tay cao hơn nhóm lao động trí óc, nhóm đối tượng nghiên cứu giai đoạn 3 cao hơn 2 nhóm còn lại.

Kết quả nghiên cứu bước đầu đưa ra bằng chứng để khuyến nghị nhân viên y tế cần lưu ý khám sàng lọc định kỳ nhằm phát hiện sớm trầm cảm và rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5, đặc biệt chú ý đến tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 khi họ có rối loạn về nhận thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Hoàng Kiệt (2010), "Chương 21: Suy thận mạn, Thận học lâm sàng", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr.730-820.
- Elias, M.F et al (2009), Chronic Kidney disease, creatinine and cognitive functioning, Nephro Dial Transplant, 24(8), pp.2446-2452.
- Nguyễn Viết Thiêm (2000), Bài giảng chuyên đề tâm thần, Đại học Y Hà Nội.
- KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes).
- Trần Trọng Quảng và cộng sự (2020), "Đặc điểm lâm sàng trầm cảm ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ", Tạp chí nghiên cứu y học, 153 (11), tr.76-81.
- Dương Thị Ngọc Lan (2020), "Khảo sát tỷ lệ trầm cảm, rối loạn ý thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5", Tạp chí Y Dược học, 12(6), tr.55-61.
- Beck Aaron T., Steer Robert A., Brown Gregory K., (2006), "RCMAR Measurement Tools - Beck Depression Inventory - 2nd Edition (BDI-II)", Resource centers for Minority Aging Research
- M F Folstein, S E Folstein, P R McHugh, (1975), Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatr Res, 12(3):189-98
- Trần Đình Xiêm (1995), Các rối loạn khí sắc và rối loạn lo âu, Tâm thần học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.312-364.
- Trần Trí (2011), "Đánh giá trầm cảm ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ bằng thang điểm Beck", Y học thực hành, 8(788), tr93-95.
- Andrade, C.P., et al (2010), "Evaluation of depressive symptoms in patients with chronic renal failure", J.Nephron, 23(2), pp.168-174.
- Nguyễn Thị Quỳnh Vân và cộng sự (2019), Tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Điều dưỡng, tr.81-87.
- Kurrella, M., et al (2004), "Cognitive impairment in chronic kidney disease", I Am Geriatric Soc, 52(11), pp.1863-1869.
- Bugnicourt, J.M., et al (2013), "Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis", J Am Soc Nephron, 24(3), pp.353-363.
- Sameeha Alshelleh et al (2022), "Prevalence of depression and anxiety with their effect on quality of life in chronic kidney disease patients", Scientific reports, 12 (3), pp.27-36.
- Suetonia Palmer et al (2013), "Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies", Kidney International, 84, pp.179-191.
- Difei Duan et al (2021), "Kidney Disease Without Dialysis: A cross-sectional study", Frontiers in Public Health, 10 (9), pp.1-9.