MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRIỆU CHỨNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ STRESS Ở NGƯỜI BỆNH MÁU ÁC TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI: PHÂN TÍCH THĂM DÒ CẮT NGANG NĂM 2024

Nguyễn Thị Huyền

Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thăm dò mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học, bệnh lý, điều trị và triệu chứng lâm sàng với triệu chứng lo âu, trầm cảm và stress ở người bệnh máu ác tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang với phân tích thăm dò tại Trung tâm Huyết học và Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2024, trên 390 người bệnh máu ác tính điều trị nội trú, được đánh giá bằng thang DASS-21. Đặc điểm chung và tỷ lệ triệu chứng của mẫu đã được công bố trước đó.

Kết quả: Hộ nghèo/cận nghèo có tỷ số chênh lo âu cao hơn, với OR thô 2,2 (KTC 95%: 1,3–3,7). Nữ giới có tỷ số chênh trầm cảm thấp hơn nam giới (OR=0,6; 0,4–0,9). U lympho, hóa trị và ghép tế bào gốc tạo máu liên quan với tỷ số chênh trầm cảm cao hơn, lần lượt OR=1,9 (1,2–3,0), 2,2 (1,3–3,7) và 2,9 (1,1–7,6). Sốt, vã mồ hôi và nhiễm trùng tái diễn liên quan với cả ba kết cục. Mệt mỏi và chán ăn liên quan với lo âu và trầm cảm.

Kết luận: Gánh nặng triệu chứng lâm sàng, hoàn cảnh kinh tế và một số đặc điểm điều trị là những dấu hiệu gợi ý cần ưu tiên sàng lọc tâm lý. Do các ước lượng là OR thô từ nghiên cứu cắt ngang, cần nghiên cứu đa biến và theo dõi dọc để xác nhận.

Từ khóa: *bệnh máu ác tính; lo âu; trầm cảm; stress; DASS-21; yếu tố liên quan*

Tác giả chịu trách nhiệm
Nguyễn Thị Huyền
Bệnh viện Bạch Mai
Email: huyennhhbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/08/2026
Ngày phản biện: 02/10/2026
Ngày đồng ý đăng: 17/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0207

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh máu ác tính và các liệu pháp điều trị kéo dài có thể đồng thời tạo ra gánh nặng thể chất, tâm lý và xã hội. Một nghiên cứu thẩm định DASS-21 trên 452 người bệnh huyết học ác tính năm 2025 cho thấy thang đo có cấu trúc và độ tin cậy phù hợp trong quần thể này [1]. Ở người bệnh huyết học ác tính, mức lo âu, trầm cảm và stress cao còn liên quan nghịch với chất lượng cuộc sống [2]; các rối loạn tâm thần được chẩn đoán trước đó cũng có liên quan với kết

cục sống còn bất lợi ở người bệnh u lympho tế bào B lớn lan tỏa cao tuổi [3].

Tuy vậy, đau khổ tâm lý trong ung thư là hiện tượng đa yếu tố. Tổng quan hệ thống gần đây cho thấy các yếu tố nhân khẩu học, kinh tế, bệnh học, điều trị và triệu chứng thể chất có thể cùng tham gia, nhưng kết quả giữa các nghiên cứu chưa nhất quán [4]. Ở Việt Nam, bằng chứng phân tích riêng trên người bệnh máu ác tính còn hạn chế. Việc nhận diện các dấu hiệu liên quan tại thời điểm điều trị nội trú có thể hỗ trợ phân tầng ưu tiên sàng lọc và chăm sóc hỗ trợ, nhưng không thay thế chẩn đoán tâm thần.

Dữ liệu mô tả tỷ lệ và mức độ triệu chứng tâm lý của cùng quần thể đã được công bố trước đó [5]. Khoảng trống mà phân tích này hướng tới là mối liên quan đồng thời của ba miền triệu chứng tâm lý với đặc điểm bệnh, điều trị và triệu chứng lâm sàng ở người bệnh máu ác tính nội trú trong bối cảnh Việt Nam. Bài báo hiện tại nhằm thăm dò các mối liên quan này tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024, sử dụng các ước lượng thô và không xác định yếu tố nguy cơ độc lập.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán bệnh máu ác tính, từ 16 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại Trung tâm Huyết học và Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai và đồng ý tham gia được tuyển từ tháng 02 đến tháng 08 năm 2024. Nghiên cứu loại trừ người bệnh đã được chẩn đoán rối loạn tâm thần hoặc thiểu năng trí tuệ.

2.2. Thiết kế, cỡ mẫu và chọn mẫu

Đây là phân tích thứ cấp có tính chất thăm dò trên cùng bộ số liệu cắt ngang đã được sử dụng trong bài báo mô tả trước đây [5]. Đặc điểm chung của mẫu và tỷ lệ, mức độ lo âu, trầm cảm, stress đã được báo cáo trong [5]; phân tích mối liên quan (Bảng 2, Bảng 3) là nội dung mới so với [5]. Cỡ mẫu tối thiểu được ước tính cho mục tiêu mô tả của nghiên cứu gốc [5] theo công thức xác định một tỷ lệ, với p=0,50, sai số tuyệt đối d=0,05 và mức tin cậy 95%, cho kết quả 385 người bệnh; cỡ mẫu này không được tính riêng cho phân tích mối liên quan. Tổng cộng 390 người bệnh được chọn theo phương pháp thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Công cụ và biến số nghiên cứu

Bộ câu hỏi thu thập đặc điểm nhân khẩu học, chẩn đoán, thời gian mắc bệnh, thời gian nằm viện, phương pháp điều trị và các triệu chứng lâm sàng. Người bệnh tự điền phiếu câu hỏi giấy hoặc trả lời qua đường dẫn khảo sát trực tuyến [5]. Lo âu, trầm cảm và stress được đánh giá bằng DASS-21, gồm 21 mục, chia đều cho ba tiểu thang. Mỗi mục được chấm từ 0 đến 3; tổng điểm từng tiểu thang được nhân hai. Bản DASS-21 đã được thẩm định tại Việt Nam [6]. Kết cục nhị phân "có triệu chứng" được xác định khi điểm trầm cảm ≥10, lo âu ≥8 hoặc stress ≥15; các ngưỡng này tương ứng với mức triệu chứng nhẹ trở lên theo hướng dẫn của Lovibond và Lovibond [7], không đồng nghĩa với chẩn đoán rối loạn tâm thần. Điểm dưới ngưỡng được xếp vào nhóm không có triệu chứng theo quy ước phân tích.

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Ba kết cục lo âu, trầm cảm và stress được phân tích dưới dạng biến nhị phân, gồm nhóm có triệu chứng và nhóm không có triệu chứng theo các ngưỡng

DASS-21 đã nêu. Mối liên quan giữa từng đặc điểm nhân khẩu học, bệnh, điều trị hoặc triệu chứng lâm sàng với từng kết cục tâm lý được đánh giá bằng phân tích hai biến. Tỷ lệ giữa các nhóm được so sánh bằng kiểm định χ^2; kiểm định chính xác Fisher được sử dụng khi bảng có tần số kỳ vọng nhỏ, cụ thể khi có trên 20% số ô có tần số kỳ vọng dưới 5 hoặc có ô có tần số kỳ vọng dưới 1. Mức độ liên quan được biểu diễn bằng tỷ số chênh thô (OR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%), với nhóm không có đặc điểm phơi nhiễm hoặc nhóm tham chiếu được sử dụng làm mốc so sánh. Giá trị $p<0,05$ được sử dụng làm ngưỡng ý nghĩa thống kê danh định. Do nghiên cứu thực hiện nhiều phép so sánh và không hiệu chỉnh cho đa kiểm định, các kết quả được diễn giải theo hướng thăm dò. Với 81 phép so sánh ở Bảng 2 và Bảng 3 (27 đặc điểm × 3 kết cục) và $\alpha=0,05$, có thể kỳ vọng khoảng 4 kết quả có ý nghĩa thống kê do ngẫu nhiên ngay cả khi không có mối liên quan thật; vì vậy, các kết quả có p từ 0,01 đến 0,04 cần được diễn giải thận trọng. Nghiên cứu không xây dựng mô hình hồi quy đa biến; vì vậy, toàn bộ OR trình bày trong bài là OR thô, chưa được hiệu chỉnh cho các yếu tố nhiễu và không được diễn giải là mối liên quan độc lập hoặc quan hệ nhân quả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương được Hội đồng thông qua đề cương và đạo đức nghiên cứu của Trường Đại học Thăng Long phê duyệt theo Quyết định số 23122502/QĐ-ĐHTL ngày 25/12/2023. Người tham gia được giải thích mục tiêu nghiên cứu, tự nguyện đồng ý; thông tin được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm khái quát của mẫu nghiên cứu

Phân tích gồm 390 người bệnh, tuổi trung bình 56,7±15,7; nam và nữ lần lượt chiếm 49,5% và 50,5%. Nhóm nông dân, nội trợ hoặc lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%); 81,3% có học vấn từ trung học phổ thông trở xuống, 61,0% sống ở nông thôn/vùng sâu và 18,2% thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo. Tuổi của người bệnh dao động từ 16 đến 88; có 5 người bệnh từ 16 đến 17 tuổi (1,3%).

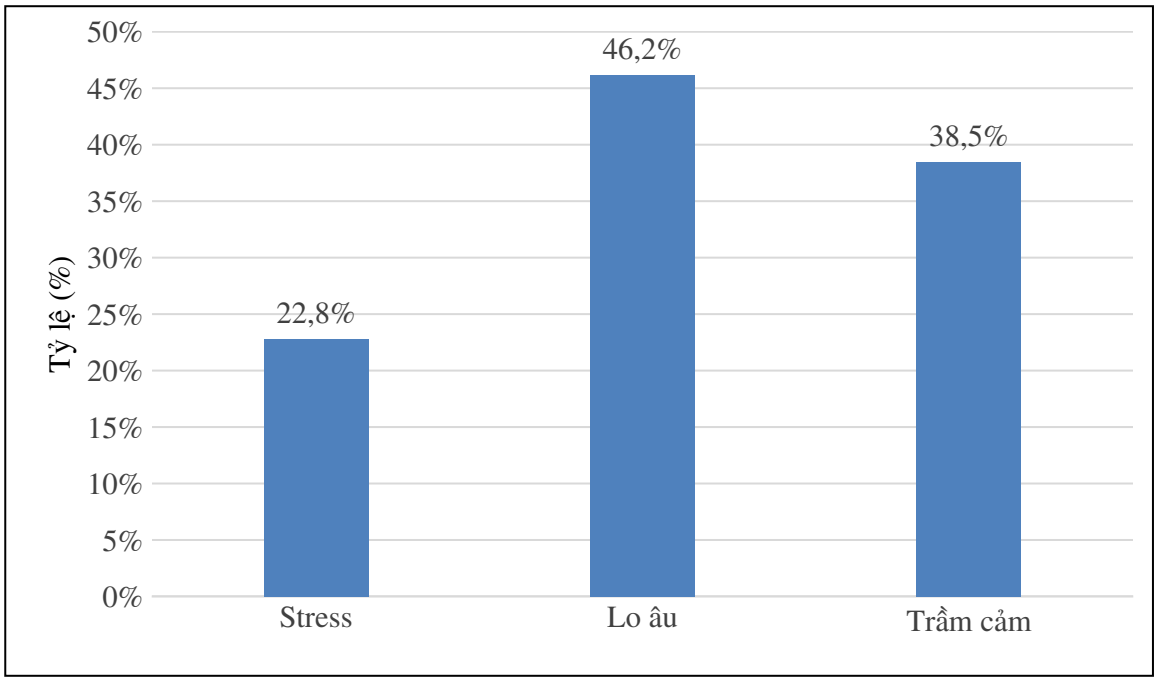
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=390)

Đặc điểm	Phân nhóm	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi, trung bình ± ĐLC		56,7 ± 15,7	-
Nhóm tuổi	<60 tuổi	197	50,5
	≥60 tuổi	193	49,5
Giới	Nam	193	49,5
	Nữ	197	50,5
Nghề nghiệp	Công nhân/viên chức	52	13,3
	Nông dân, nội trợ, tự do	217	55,6
	Hưu trí, mất sức	108	27,7
	Sinh viên	13	3,3
Trình độ học vấn	≤THPT	317	81,3
	>THPT	73	18,7

Đặc điểm	Phân nhóm	n	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh sống	Cùng vợ/chồng	358	91,8
	Độc thân, ly hôn, góa	32	8,2
Nơi sống	Nông thôn, vùng sâu	238	61,0
	Thành thị	152	39,0
Bảo hiểm y tế	Có	386	99,0
	Không	4	1,0
Kinh tế gia đình	Bình thường	319	81,8
	Hộ nghèo/cận nghèo	71	18,2

ĐLC: độ lệch chuẩn; THPT: trung học phổ thông. Tỷ lệ được tính trên tổng số 390 người bệnh.

Biểu đồ 1 trình bày tỷ lệ người bệnh có stress, lo âu và trầm cảm lần lượt là 22,8%, 46,2% và 38,5%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ stress, lo âu và trầm cảm ở người bệnh máu ác tính (n=390)

Nguồn: cùng bộ số liệu đã được báo cáo trong nghiên cứu mô tả [5].

3.2. Đặc điểm nhân khẩu học, bệnh và điều trị liên quan đến các triệu chứng tâm lý

Hộ nghèo/cận nghèo và nhóm hưu trí/mất sức có tỷ số chênh lo âu cao hơn nhóm tham chiếu, lần lượt OR=2,2 (KTC 95%: 1,3–3,7) và OR=2,3 (1,2–4,7). Nữ giới có tỷ số chênh trầm cảm thấp hơn nam giới (OR=0,6; 0,4–0,9). So với đa u tủy, u lympho liên quan với trầm cảm cao hơn (OR=1,9; 1,2–3,0). Hóa trị và ghép tế bào gốc tạo máu cũng liên quan với trầm cảm cao hơn, tương ứng OR=2,2 (1,3–3,7) và OR=2,9 (1,1–7,6). Nhóm mắc bệnh 1–3 năm có tỷ số chênh trầm

cảm thấp hơn nhóm dưới một năm (OR=0,4; 0,2–0,9).

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học, bệnh, điều trị và triệu chứng tâm lý (n=390)

Yếu tố/nhóm so sánh	Stress OR (KTC 95%); p	Lo âu OR (KTC 95%); p	Trầm cảm OR (KTC 95%); p
Đặc điểm nhân khẩu học			
Tuổi ≥60 so với <60	0,7 (0,5–1,2); 0,22	1,3 (0,9–2,0); 0,16	0,7 (0,5–1,1); 0,09
Nữ so với nam	0,6 (0,4–1,0); 0,055	0,8 (0,5–1,2); 0,31	0,6 (0,4–0,9); 0,01
Độc thân/ly hôn/góa so với cùng vợ/chồng	1,1 (0,5–2,6); 0,76	2,1 (0,97–4,4); 0,053	1,3 (0,6–2,6); 0,41
Hộ nghèo/cận nghèo so với không nghèo	0,9 (0,5–1,7); 0,70	2,2 (1,3–3,7); <0,01	1,0 (0,6–1,7); 0,93
Thành thị so với nông thôn	1,0 (0,6–1,7); 0,93	0,7 (0,5–1,1); 0,09	1,2 (0,8–1,9); 0,33
Học vấn >THPT so với ≤THPT	1,4 (0,8–2,4); 0,30	0,9 (0,5–1,5); 0,66	0,7 (0,4–1,3); 0,28
Nông dân/nội trợ/tự do so với CNVC	1,2 (0,5–2,5); 0,70	1,3 (0,7–2,5); 0,37	1,5 (0,8–2,8); 0,24
Hưu trí/mất sức so với CNVC	1,3 (0,6–3,0); 0,49	2,3 (1,2–4,7); 0,01	1,0 (0,5–2,1); 0,93
Sinh viên so với CNVC	3,6 (0,8–15,6); 0,07	1,1 (0,3–3,8); 0,90	2,4 (0,7–8,5); 0,16
Đặc điểm bệnh và điều trị			
U lympho so với đa u tủy	0,9 (0,5–1,6); 0,75	0,9 (0,6–1,5); 0,78	1,9 (1,2–3,0); 0,01
Lơ xê mi so với đa u tủy	1,0 (0,5–1,8); 0,89	0,9 (0,6–1,6); 0,81	1,0 (0,6–1,7); 0,93
Mắc bệnh 1–3 năm so với <1 năm	0,7 (0,3–1,7); 0,46	0,6 (0,3–1,2); 0,14	0,4 (0,2–0,9); 0,02
Mắc bệnh >3 năm so với <1 năm	1,2 (0,5–3,3); 0,66	0,6 (0,3–1,5); 0,28	0,7 (0,3–1,7); 0,39
Nằm viện >1 tuần so với ≤1 tuần	0,8 (0,5–1,2); 0,28	0,8 (0,5–1,2); 0,31	1,2 (0,8–1,9); 0,30
Hóa trị: có so với không	1,7 (0,9–3,1); 0,10	1,3 (0,8–2,0); 0,34	2,2 (1,3–3,7); <0,01
Ghép tế bào gốc: có so với không	2,1 (0,8–5,4); 0,14	1,3 (0,5–3,3); 0,56	2,9 (1,1–7,6); 0,02
Xạ trị: có so với không	0,6 (0,1–2,8); 0,52	0,3 (0,1–1,3); 0,09	1,4 (0,5–4,2); 0,56

Ghi chú: *OR: tỷ số chênh thô; KTC: khoảng tin cậy; THPT: trung học phổ thông; CNVC: công nhân/viên chức.*

3.3. Triệu chứng lâm sàng liên quan đến các triệu chứng tâm lý

Sốt, vã mồ hôi và nhiễm trùng tái diễn liên quan với cả ba kết cục. Nhiễm trùng tái diễn có mức liên quan lớn nhất với trầm cảm (OR=3,2; 1,9–5,5). Mệt mỏi liên quan với lo âu (OR=3,5; 1,9–6,4) và trầm cảm (OR=2,9; 1,5–5,5); chán ăn cũng liên quan với hai kết cục này. Thiếu máu, sút cân, phát ban/ngứa và đau đầu/mất ngủ chỉ liên quan có ý nghĩa với lo âu trong phân tích thô.

Bảng 3. Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và triệu chứng tâm lý (n=390)

Yếu tố/nhóm so sánh	Stress OR (KTC 95%); p	Lo âu OR (KTC 95%); p	Trầm cảm OR (KTC 95%); p
Nổi hạch	1,5 (0,9–2,5); 0,13	1,2 (0,8–1,9); 0,44	1,2 (0,7–1,9); 0,49
Sốt	1,8 (1,1–3,0); 0,02	2,5 (1,7–3,9); <0,01	2,4 (1,6–3,8); <0,01
Mệt mỏi	1,9 (0,9–4,0); 0,07	3,5 (1,9–6,4); <0,01	2,9 (1,5–5,5); <0,01
Vã mồ hôi	1,9 (1,2–3,2); 0,01	2,1 (1,4–3,2); <0,01	2,0 (1,3–3,1); <0,01
Thiếu máu	0,9 (0,6–1,4); 0,65	1,6 (1,1–2,4); 0,02	1,3 (0,9–2,0); 0,19
Nhiễm trùng tái diễn	2,1 (1,2–3,7); 0,01	2,6 (1,5–4,5); <0,01	3,2 (1,9–5,5); <0,01
Sút cân	1,2 (0,7–2,1); 0,51	2,0 (1,2–3,2); <0,01	1,3 (0,8–2,1); 0,26
Chán ăn	1,6 (0,9–2,9); 0,08	2,8 (1,8–4,6); <0,01	2,3 (1,4–3,9); <0,01
Phát ban/ngứa	1,7 (0,9–3,0); 0,08	2,3 (1,3–4,0); <0,01	1,5 (0,9–2,6); 0,11
Đau đầu/mất ngủ	1,5 (0,9–2,4); 0,11	2,1 (1,4–3,1); <0,01	1,1 (0,7–1,7); 0,67

Ghi chú: *Mỗi OR so sánh nhóm có triệu chứng lâm sàng với nhóm không có triệu chứng tương ứng. Các ô trình bày OR thô (KTC 95%); p. Kết quả chưa được hiệu chỉnh cho mức độ bệnh, loại bệnh, điều trị hoặc các yếu tố nhiễu khác.*

4. BÀN LUẬN

Phát hiện nổi bật của nghiên cứu là gánh nặng triệu chứng thể chất đi kèm tỷ số chênh lo âu, trầm cảm và stress cao hơn. Sốt, vã mồ hôi và nhiễm trùng tái diễn liên quan với cả ba kết cục; mệt mỏi và chán ăn nổi bật ở lo âu và trầm cảm. Mô hình này phù hợp với nghiên cứu trên người bệnh sau ghép tế bào gốc tạo máu của Noyan và cộng sự, trong đó mệt mỏi rất thường gặp và đồng biến với lo âu, trầm cảm, stress [8]. Trong đoàn hệ tiến cứu 200 người bệnh ghép tế bào gốc, Pasyar và cộng sự cũng ghi nhận mệt mỏi, đau, buồn nôn và nôn có giá trị dự báo lo âu ở các thời điểm điều trị [9]. Các kết quả tương đồng củng cố nhu cầu đánh giá triệu chứng thể chất song hành với sàng lọc tâm lý.

Mối liên quan trên có thể phản ánh nhiều cơ chế đồng thời: triệu chứng nặng gây bất định và mất chức năng; phản ứng viêm, nhiễm trùng hoặc độc tính điều trị ảnh hưởng tâm trạng; ngược lại, đau khổ tâm lý có thể làm tăng cảm nhận triệu chứng. Nghiên cứu trên người bệnh lơ xê mi cấp dòng tủy năm 2024 cũng ghi nhận lo âu, trầm cảm liên quan với các chỉ dấu bệnh học và tiên lượng [10]. Tuy nhiên, dữ liệu của chúng tôi không có thông tin giai đoạn bệnh, mức độ nặng hay độc tính điều trị và được thu tại một thời điểm, nên không thể xác định chiều quan hệ hoặc xem các triệu chứng là nguyên nhân.

Người thuộc hộ nghèo/cận nghèo có tỷ số chênh lo âu cao gấp 2,2 lần nhóm không nghèo. Đây là dấu hiệu hợp lý về tính dễ tổn thương tài chính, nhưng không đồng nghĩa hoàn toàn với "độc tính tài chính". Ở 252 người bệnh đa u tủy, Banerjee và cộng sự ghi nhận độc tính tài chính có liên quan với giảm chất lượng sống tinh thần có ý nghĩa lâm sàng [11]. Ngoài thu nhập, hỗ trợ xã hội có thể đóng vai trò quan trọng: Shahrour và cộng sự cho thấy cô lập xã hội và các ràng buộc xã hội trước ghép liên quan với lo âu, trầm cảm cao hơn [12]. Nghiên cứu hiện tại chưa đo chi phí trực tiếp, mất thu nhập, nợ y tế hay hỗ trợ xã hội, vì vậy cần tránh quy toàn bộ mối liên quan cho thu nhập hộ gia đình.

U lympho, hóa trị và ghép tế bào gốc tạo

máu liên quan với tỷ số chênh trầm cảm cao hơn trong phân tích thô. Với ghép tế bào gốc, KTC rộng phản ánh số người được ghép nhỏ. Một nghiên cứu dọc công bố năm 2026 trên 169 người bệnh ghi nhận triệu chứng trầm cảm tăng rõ trong thời gian nằm viện ghép, đạt đỉnh ngày thứ sáu sau ghép và còn cao khi ra viện, trong khi diễn biến lo âu khác biệt theo thời điểm [13]. Điều này ủng hộ theo dõi theo giai đoạn thay vì chỉ sàng lọc một lần. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định hóa trị/ghép phụ thuộc loại và mức độ bệnh; không điều chỉnh các yếu tố này có thể tạo nhiễu do chỉ định.

Một số kết quả khác, gồm nữ giới có tỷ số chênh trầm cảm thấp hơn nam giới và nhóm mắc bệnh 1–3 năm có tỷ số chênh trầm cảm thấp hơn nhóm dưới một năm, chưa đủ để suy luận về tác dụng bảo vệ. Tổng quan hệ thống của Ikhile và cộng sự cho thấy các yếu tố liên quan đến lo âu, trầm cảm trong ung thư biến thiên theo quần thể, công cụ và mô hình phân tích [4]. Mối liên quan theo giới có thể chịu ảnh hưởng của khác biệt trong báo cáo triệu chứng, yếu tố văn hóa hoặc phân bố chẩn đoán và điều trị giữa nam và nữ; nghiên cứu chưa kiểm tra các giả thuyết này. Kết quả cũng có thể là phát hiện ngẫu nhiên trong bối cảnh đa so sánh. Với thời gian mắc bệnh, thích nghi tâm lý là một cách lý giải khả dĩ; tuy nhiên, thiết kế cắt ngang có thể chịu thiên lệch mẫu hiện mắc do người sống lâu hơn và còn điều trị nội trú không đại diện cho toàn bộ người được chẩn đoán trước đó.

Về thực hành, hướng dẫn ASCO và ESMO khuyến nghị sàng lọc lo âu, trầm cảm có hệ thống tại các thời điểm phù hợp, sau đó đánh giá lâm sàng và chuyển tuyến/can thiệp theo mức độ [14,15]. Kết quả hiện tại gợi ý ưu tiên người có nhiều triệu chứng thể chất, nhiễm trùng tái diễn, khó khăn kinh tế và đang trải qua điều trị cường độ cao. Sàng lọc nên gắn với xử trí nguyên nhân thực thể có thể điều trị như sốt, nhiễm trùng, thiếu máu, mệt mỏi và chán ăn; DASS-21 không phải công cụ chẩn đoán và không được dùng đơn độc để quyết định điều trị tâm thần.

Trong điều kiện khoa huyết học tại Việt Nam, có thể đề xuất điều dưỡng sàng lọc ban đầu khi tiếp nhận người bệnh đã ổn định, đánh giá lại khi thay đổi điều trị, xuất hiện biến chứng hoặc trước ra viện. Hai câu hỏi ngắn về buồn chán và lo lắng có thể mở đầu trao đổi; đây không phải thang đo chẩn đoán. Khi có dấu hiệu cần lưu ý, bác sĩ điều trị đánh giá nguyên nhân thực thể, mức ảnh hưởng chức năng và cân nhắc dùng DASS-21 đã có bản tiếng Việt. Kết quả sàng lọc dương tính cần được đánh giá lâm sàng và hội chẩn/chuyển chuyên khoa tâm thần hoặc tâm lý theo nguồn lực bệnh viện; trường hợp có nguy cơ gây hại cần đánh giá khẩn. Quy trình này là đề xuất ứng dụng, chưa được triển khai hoặc đánh giá hiệu quả trong nghiên cứu.

Nghiên cứu có ưu điểm là cỡ mẫu tương đối lớn, đánh giá đồng thời ba miền tâm lý và nhiều đặc điểm lâm sàng thường gặp. Các hạn chế chính gồm thiết kế cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện tại một trung tâm, tự báo cáo, nhiều phép kiểm định làm tăng khả năng dương tính giả và không có mô hình đa biến. Một số nhóm nhỏ (sinh viên, ghép tế bào gốc, xạ trị) tạo ước lượng kém chính xác. DASS-21 chỉ phản ánh triệu chứng trong thời gian gần đây, không xác lập chẩn đoán. Một số mục về kích hoạt sinh lý hoặc khó thư giãn có thể chịu ảnh hưởng của bệnh cơ thể và điều trị, làm khó phân biệt hoàn toàn triệu chứng tâm lý với biểu hiện bệnh. Bản thẩm định tiếng Việt [6] được thực hiện trên phụ nữ ở cộng đồng nông thôn phía Bắc, nên không thể mặc nhiên suy rộng đầy đủ sang người bệnh máu ác tính nội trú. Nghiên cứu thẩm định trên người bệnh huyết học ác tính [1] hỗ trợ lựa chọn

công cụ, nhưng không thay thế thẩm định riêng trong bối cảnh ngôn ngữ và điều trị của mẫu này. Việc loại trừ người đã được chẩn đoán rối loạn tâm thần có thể làm giảm mức triệu chứng ghi nhận và hạn chế khả năng khái quát. Chưa báo cáo được số người đủ tiêu chuẩn, số được mời, số từ chối và tỷ lệ tham gia nên chưa đánh giá đầy đủ thiên lệch không tham gia; thông tin về số liệu thiếu cũng chưa đủ để thẩm định khả năng sai lệch. Ngoài ra, triệu chứng thể chất và đau khổ tâm lý có thể cùng phản ánh mức độ bệnh chưa đo lường. Nghiên cứu tiếp theo nên dùng thiết kế đa trung tâm, theo dõi dọc, tiền định mô hình đa biến và kiểm soát mức độ bệnh, độc tính điều trị, bệnh đồng mắc, hỗ trợ xã hội và độc tính tài chính.

5. KẾT LUẬN

Ở 390 người bệnh máu ác tính điều trị nội trú, các triệu chứng như sốt, vã mồ hôi và nhiễm trùng tái diễn liên quan với cả lo âu, trầm cảm và stress; mệt mỏi và chán ăn liên quan với lo âu và trầm cảm. Hoàn cảnh nghèo/cận nghèo liên quan với lo âu, còn u lympho, hóa trị và ghép tế bào gốc tạo máu liên quan với trầm cảm trong phân tích thô. Các phát hiện gợi ý lồng ghép sàng lọc tâm lý với đánh giá triệu chứng và hoàn cảnh xã hội trong chăm sóc huyết học. Do chưa hiệu chỉnh nhiễu và không xác định được trình tự thời gian, kết quả không chứng minh quan hệ nhân quả hoặc yếu tố nguy cơ độc lập. Ở cấp khoa/phòng, có thể cân nhắc điều dưỡng hỏi ngắn về trạng thái buồn chán và lo lắng khi tiếp nhận người bệnh ổn định; người có biểu hiện đáng chú ý được bác sĩ điều trị đánh giá thêm và hội chẩn chuyên khoa tâm thần/tâm lý khi cần. Ưu tiên đánh giá người có nhiều triệu chứng thể chất hoặc thuộc hộ nghèo/cận nghèo.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Không có.

KINH PHÍ

Không có.

ĐÓNG GÓP CỦA TÁC GIẢ

Không có.

LỜI CẢM ƠN

Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Güven S, Şahin E, Topkaya N, Aydın Ö, Aktimur SH, Turgut M. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42 and DASS-21) in patients with hematologic malignancies. *J Clin Med*. 2025;14(6):2097. doi:10.3390/jcm14062097
2. Papathanasiou IV, Kelepouris K, Valari C, et al. Depression, anxiety and stress among patients with hematological malignancies and the association with quality of life: a cross-sectional study. *Med Pharm Rep*. 2020;93(1):62-68. doi:10.15386/mpr-1502
3. Kuczmarski TM, Tramontano AC, Mozessohn L, et al. Mental health disorders and survival among older patients with diffuse large B-cell lymphoma in the USA: a population-based study. *Lancet Haematol*. 2023;10(7):e530-e538. doi:10.1016/S2352-3026(23)00094-7
4. Ikhile D, Ford E, Glass D, Gremesty G, van Marwijk H. A systematic review of risk factors associated with depression and anxiety in cancer patients. *PLoS One*. 2024;19(3):e0296892. doi:10.1371/journal.pone.0296892
5. Nguyễn Thị Huyền, Trần Nguyễn Ngọc, Nguyễn Thị Vân, Nguyễn Thị Huyền, Hoàng Lan Anh. Thực trạng rối loạn tâm lý ở người bệnh máu ác tính tại Trung tâm Huyết học Truyền máu Bệnh viện Bạch

Mai năm 2024. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024;65(6):255-260. doi:10.52163/yhc.v65i6.1695

6. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. 2013;13:24. doi:10.1186/1471-244X-13-24
7. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Psychology Foundation; 1995.
8. Noyan S, Gündogdu F, Bozdağ SC. The level of fatigue, insomnia, depression, anxiety, stress, and the relationship between these symptoms following allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2023;31(4):244. doi:10.1007/s00520-023-07703-9
9. Pasyar N, Rambod M, Zahedi F, Ramzi M. Pain, fatigue, nausea, and vomiting as the predictors of anxiety in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*. 2022;30(7):5871-5879. doi:10.1007/s00520-022-06997-5
10. Zhong T, Xu D, Li W. Prevalence, risk factors, and prognostic value of anxiety and depression in acute myeloid leukemia. *Acta Haematol*. 2024;147(5):576-586. doi:10.1159/000536457
11. Banerjee R, Cowan AJ, Ortega M, et al. Financial toxicity, time toxicity, and quality of life in multiple myeloma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2024;24(7):446-454.e3. doi:10.1016/j.clml.2024.02.013
12. Shahrour L, Martinez J, Chicaiza A, et al. Greater social isolation and social constraints prior to hematopoietic stem cell transplant are associated with greater anxiety and depressive symptoms. *Int J Behav Med*. 2024;31(3):341-351. doi:10.1007/s12529-023-10232-8
13. Pawełczak-Szastok M, Ilska M, Swoboda R, Giebel S. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Sci Rep*. 2026;16(1):31581. doi:10.1038/s41598-026-60809-y
14. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol*. 2023;41(18):3426-3453. doi:10.1200/JCO.23.00293
15. Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*. 2023;8(2):101155. doi:10.1016/j.esmoop.2023.101155

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH SYMPTOMS OF ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS AMONG INPATIENTS WITH HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES AT BACH MAI HOSPITAL: AN EXPLORATORY CROSS-SECTIONAL ANALYSIS IN 2024

Objective: To explore associations of sociodemographic, disease, treatment and clinical

characteristics with symptoms of anxiety, depression and stress among patients with hematological malignancies.

Subjects and methods: A cross-sectional study with exploratory analyses was conducted at the Center for Hematology and Blood Transfusion, Bach Mai Hospital, from February to August 2024. A total of 390 inpatients with hematological malignancies were assessed using the DASS-21. Sample characteristics and symptom prevalence from this dataset have been published previously.

Results: Poor/near-poor household status was associated with higher odds of anxiety, with a crude OR of 2.2 (95% CI: 1.3–3.7). Women had lower odds of depression than men (OR=0.6; 0.4–0.9). Lymphoma, chemotherapy and hematopoietic stem cell transplantation were associated with higher odds of depression: OR=1.9 (1.2–3.0), 2.2 (1.3–3.7) and 2.9 (1.1–7.6), respectively. Fever, sweating and recurrent infection were associated with all three outcomes; fatigue and anorexia were associated with anxiety and depression.

Conclusion: Clinical symptom burden, economic vulnerability and selected treatment characteristics may help identify patients who should be prioritized for psychological screening. As the estimates were crude ORs from a cross-sectional study, multivariable and longitudinal confirmation is required.

Keywords: *hematological malignancy; anxiety; depression; stress; DASS-21; associated factors*