

Rối loạn lo âu sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Đắk Lắk

Post-stroke anxiety and some related factors in stroke patients at traditional medicine hospital of Dak Lak province

Đinh Hữu Hùng✉, Nguyễn Thị Thảo Nguyên, Lâm Ngọc Quỳnh Anh

Nguyễn Minh Hạnh, Nguyễn Phúc Nguyên, Đỗ Thanh Cao

Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên

Tác giả liên hệ

TS. Đinh Hữu Hùng

Khoa Y Dược, Trường Đại học Tây Nguyên

Email: dhhung@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/3/2025

Ngày phản biện khoa học: 29/4/2025

Ngày duyệt bài: 21/5/2025

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Đột quỵ não luôn là vấn đề thời sự trong y học trên toàn thế giới. Bệnh nhân đột quỵ não còn sống thường đối mặt với nhiều di chứng nặng nề, bao gồm rối lo âu.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk năm 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 238 bệnh nhân đột quỵ não từ 18 tuổi trở lên thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Tỉ lệ bệnh nhân đột quỵ não có rối loạn lo âu theo thang điểm HADS là 43,3%. Bệnh nhân thuộc các nhóm tuổi < 65, người dân tộc thiểu số, thời gian bị đột quỵ não < 6 tháng có tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ lần lượt cao hơn so với nhóm còn lại.

Kết luận: Tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ não ở mức cao. Một số yếu tố có liên quan đến sự gia tăng nguy cơ rối loạn lo âu sau đột quỵ não là nhóm tuổi < 65, nhóm người đồng bào dân tộc thiểu số, thời gian bị đột quỵ não < 6 tháng.

Từ khoá: Đột quỵ não, lo âu, yếu tố, mối liên quan.

ABSTRACT

Background: Stroke is always a crucial problem in medicine, especially in developing countries. Stroke patients often face many serious complications, including anxiety disorder.

Objectives: We aimed identify to the prevalence of post-stroke anxiety disorder and some related factors in stroke patients treated at

traditional medicine hospital of Dak Lak Province in 2024.

Subjects and methods: cross-sectional study on 238 stroke patients aged 18 years and older who met sampling criteria at traditional medicine hospital of Dak Lak Province from January 2024 to June 2024.

Results: The proportion of anxiety disorder after stroke according to HADS scale was 43.3%. Patients in the following groups: age < 65, ethnic minorities, stroke duration < 6 months have a higher proportion of post-stroke anxiety disorder than the other groups.

Conclusions: the proportion of anxiety disorder after stroke is high. Some factors associated with increased risk of post-stroke anxiety disorder are age < 65, ethnic minority, stroke duration < 6 months.

Keywords: stroke, anxiety, factors, relation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQ) là vấn đề sức khỏe quan trọng trên phạm vi toàn cầu bởi đây là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong. Ở Việt Nam, ĐQ luôn là nguyên nhân số một gây tử vong và để lại nhiều di chứng. Sau ĐQ, bệnh nhân (BN) không chỉ đối mặt với những thay đổi về thể chất mà còn chịu đựng những bất thường về tâm thần trong đó có rối loạn lo âu (RLLA)^{1,3,7}. Chính tình trạng này đã ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, làm kéo dài thời gian điều trị và tăng tỉ lệ tái phát cũng như tử vong ở BN ĐQ^{1,9}. Theo Cumming và cộng sự, tỉ lệ RLLA sau ĐQ dao động từ 20% đến 40%⁹. Tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu cho thấy có đến 35% BN còn sống sau ĐQ có biểu hiện lo âu từ mức độ trung bình đến nghiêm trọng¹⁰. Tình trạng này ảnh hưởng nhiều đến tiến trình hồi phục thể chất và chức năng sống hàng ngày của BN⁸. Bên cạnh đó, một nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng tỉ lệ RLLA sau ĐQ

cao hơn rõ rệt so với dân số nói chung (27% so với 8%).

Hơn nữa, RLLA làm cho BN ĐQ có nguy cơ bị tái phát hoặc các biến cố tim mạch cao hơn. Điều này là do RLLA làm gia tăng chỉ số huyết áp và mạch, gây bất lợi lên hệ tim mạch⁸. Mặt khác, các BN ĐQ có lo âu thường ít tuân thủ chương trình tập phục hồi chức năng hơn, làm giảm hiệu quả của quá trình điều trị và các yếu tố như tình trạng kinh tế, giáo dục và môi trường sống ảnh hưởng nhiều đến tình trạng lo âu.

Tại Việt Nam, mặc dù ĐQ luôn là vấn đề thời sự nhưng khía cạnh lo âu sau ĐQ chưa được nhiều tác giả nghiên cứu. Tại Đắk Lắk, một tỉnh miền núi có nhiều điểm đặc thù khác nhau, đã có một số nghiên cứu về ĐQ². Tuy nhiên, cho đến nay hầu như chưa có nghiên cứu nào đề cập đến RLLA sau ĐQ. Với mong muốn góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của BN ĐQ, chúng tôi tiến hành đề tài: “Tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ não và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk, năm 2024”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Chúng tôi chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán xác định là đột quỵ não theo hướng dẫn của Bộ Y tế và nhập điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk⁶.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại ra

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân mất khả năng giao tiếp (câm điếc, tâm thần phân liệt, mất ngôn ngữ toàn bộ...).
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán rối loạn lo âu trước khi nhập viện.
- Bệnh nhân nhập viện từ lần thứ 2 trở đi trong khoảng thời gian nghiên cứu (không lấy lặp lại bệnh nhân đã thu thập số liệu ở lần nhập viện trước).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thực hiện tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Được tính theo công thức dành cho việc xác định một tỷ lệ trong một quần thể:

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

Trong đó:

$p = 0,304$: là tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ não được tham khảo từ phân tích gộp của tác giả Rafsten và cộng sự.

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$.
 d là sai số kỳ vọng với $d = 0,06$.

Thay vào công thức ta được $n \approx 226$. Để dự phòng cho những trường hợp mất mẫu nên chúng tôi tăng cỡ mẫu lên 5%. Vì vậy, cỡ mẫu thực tế cần lấy là 238.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: chọn liên tiếp các bệnh nhân đột quỵ não được điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Đắk Lắk thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu

Phiếu thu thập số liệu được nhóm nghiên cứu soạn sẵn dựa vào mục tiêu, biến số trong nghiên cứu và tham khảo thêm một số nghiên cứu tương tự khác^{7,8}. Chúng tôi lựa chọn sử dụng thang điểm HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) làm công cụ khảo sát rối loạn lo âu của đối tượng nghiên cứu bởi vì thang điểm này có một số ưu điểm so với các thang điểm khác và được một số tác giả Việt hóa và sử dụng trong một số nghiên cứu tương tự^{5,7}. HADS là một trong những thang điểm có giá trị cao, thông qua 7 mục trả lời. Công cụ này phù hợp để sử dụng trong môi trường y tế để đo lường lo âu

trên đối tượng người bệnh tại phòng khám hay các cơ sở chăm sóc y tế^{5,7}.

Nội dung của bộ công cụ HADS gồm có 7 câu hỏi và được chia thành các nhóm vấn đề khác nhau. Mỗi câu hỏi có 4 mức độ trả lời tương ứng từ 0 đến 3 điểm. Tổng điểm tối đa là 21 điểm⁵. Trong đó:

- Tổng điểm ≥ 11 điểm: có rối loạn lo âu.
- Tổng điểm < 11 điểm: không có rối loạn lo âu.

Những đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu đã được phỏng vấn và khám trực tiếp để thu thập các thông tin cần thiết. Trước khi tiến hành thu thập chính thức, chúng tôi đã tiến hành điều tra thử trên 10 bệnh nhân nhằm hoàn chỉnh Phiếu thu thập số liệu.

2.3.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm STATA 16.0.

Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Mối liên quan giữa các biến số độc lập như nhóm tuổi, giới tính, nhóm dân tộc... và biến số phụ thuộc (rối loạn lo âu sau đột quỵ) được xác định thông qua phân tích hồi quy logistic (bảng 3.3). Mức giá trị p có ý nghĩa cho mọi trường hợp là $< 0,05$.

2.3.6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Trước khi được chọn vào mẫu nghiên cứu, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đã được giải thích rõ ràng về mục đích và cách tiến hành của nghiên cứu. Từ đó, họ đồng ý tham gia một cách hoàn toàn tự nguyện.

- Đây là một nghiên cứu quan sát. Ngoài mục đích duy nhất là phục vụ cho khoa học, công trình nghiên cứu này không còn có bất kỳ mục đích nào khác.

- Mọi thông tin bệnh nhân đều được bảo mật theo quy định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Một số yếu tố về nhân khẩu học

Bảng 3.1. Một số yếu tố về nhân khẩu học (n = 238)

Yếu tố	Phân nhóm	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi	< 65	141	59,2
	≥ 65	97	40,8
Giới tính	Nam	152	63,9
	Nữ	86	36,1
Dân tộc	Kinh	188	79,0
	Dân tộc thiểu số	50	21,0
Thu nhập bình quân	Hộ nghèo	28	11,8
	Không phải hộ nghèo	210	88,2
Khu vực sống	Thành thị	57	23,9
	Nông thôn	181	76,1
Sinh hoạt cá nhân	Sống với người thân	221	92,9
	Sống một mình	17	7,1

Trong nghiên cứu, tỉ lệ BN thuộc nhóm tuổi ≥ 65 là 40%. BN nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Dân tộc Kinh gấp 4 lần người dân tộc thiểu số. Hơn 90% sống với người thân. Gần 80% BN sống ở khu vực nông thôn.

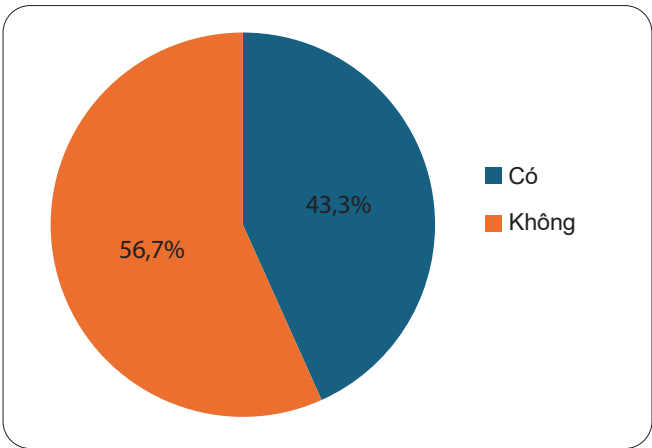
3.1.2. Một số yếu tố về tình trạng bệnh

Bảng 3.2. Một số yếu tố về tình trạng bệnh (n = 238)

Yếu tố	Phân nhóm	Tần số	Tỷ lệ %
Thời gian bị đột quy	< 6 tháng	127	53,4
	≥ 6 tháng	111	46,6
Bệnh đồng mắc	Có	233	97,9
	Không	5	2,1
Tiền sử đột quy	Có	42	17,7
	Không	196	82,3

Nhóm BN có thời gian ĐQ < 6 tháng chiếm tỉ lệ > 50%. Tỉ lệ BN có bệnh đồng mắc rất cao. Hơn 80% BN chưa bị ĐQ trước đó.

3.2. Tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quy não



Hình 3.1. Tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quy

Tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quy não ở mức cao (43,3%).

3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và rối loạn lo âu sau đột quỵ não

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và rối loạn lo âu sau đột quỵ não

Các yếu tố	Phân nhóm	OR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi	≥ 65	1		Tham chiếu
	< 65	2,22	1,29 - 3,81	0,004
Giới tính	Nam	1		Tham chiếu
	Nữ	1,23	0,72 - 2,1	0,450
Dân tộc	Kinh	1		Tham chiếu
	Dân tộc thiểu số	1,73	0,92 - 3,24	0,087
Thu nhập bình quân	Hộ không nghèo	1		Tham chiếu
	Hộ nghèo	1,59	0,72 - 3,57	0,243
Khu vực sống	Thành thị	1		Tham chiếu
	Nông thôn	0,67	0,37 - 1,22	0,185
Sinh hoạt cá nhân	Sống với người thân	1		Tham chiếu
	Sống một mình	1,17	0,44 - 3,18	0,745
Thời gian đột quỵ	≥ 6 tháng	1		Tham chiếu
	< 6 tháng	5,03	2,86 - 8,86	< 0,001
Bệnh đồng mắc	Có	1		Tham chiếu
	Không	3,12	0,34 - 7,69	0,289
Tiền sử đột quỵ	Có	1		Tham chiếu
	Không	1,30	0,44 - 3,18	0,456

Có mối liên quan đáng kể giữa một số yếu tố (nhóm tuổi < 65, nhóm người đồng bào dân tộc thiểu số, thời gian mắc đột quỵ não < 6 tháng) và rối loạn lo âu sau đột quỵ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ RLLA sau ĐQ

ở mức cao (43,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên 226 BN ĐQ của tác giả Ayasrah và cộng sự năm 2022 tại Jordan với 45,6% BN có RLLA sau ĐQ⁷. Tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu của Viện Y tế Quốc gia cho thấy có đến 35% BN còn sống sau ĐQ có biểu hiện lo âu từ mức độ trung bình đến nghiêm trọng¹⁰. Điểm đáng lưu ý là tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với một số kết quả

của một số nghiên cứu khác. Một phân tích gộp cho thấy tỉ lệ RLLA sau ĐQ chung là khoảng 30%. Theo Cumming và cộng sự, tỉ lệ RLLA sau ĐQ dao động từ 20% đến 40%⁹. Mặt khác, trong nghiên cứu của Nelson và cộng sự năm 2023 tại Thụy Điển, tỉ lệ RLLA sau ĐQ ở thời điểm 3 tháng và 12 tháng lần lượt là 17,6% và 15,7%. Sự khác biệt về tỉ lệ RLLA giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi một số lý do. Trong đó, có thể kể đến sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học, điều kiện kinh tế - xã hội và hệ thống chăm sóc sức khỏe của mỗi khu vực. Chẳng hạn, nghiên cứu của Nelson và cộng sự được thực hiện ở bệnh viện Đại học Sahlgrenska, Thụy Điển, là một trong những hệ thống bệnh viện lớn với dịch vụ chăm sóc tốt và chuyên sâu. Tại đây, BN được tiếp cận nhanh chóng với các dịch vụ y tế, đồng thời nhận sự tư vấn và điều trị tâm lý ngay từ đầu. Điều này đã giúp giảm tỉ lệ RLLA sau ĐQ.

Như vậy, RLLA là một vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến và cần được quan tâm đúng mức khi điều trị BN ĐQ. Thật vậy, một nghiên cứu khác ở Göteborg đã chỉ ra rằng tỉ lệ RLLA sau ĐQ cao hơn rõ rệt so với dân số nói chung (27% so với 8%).

Quan trọng hơn, tình trạng lo âu ảnh hưởng nhiều đến quá trình hồi phục về thể chất và chức năng sống hàng ngày của BN⁸. Hơn nữa, RLLA làm cho BN ĐQ có nguy cơ bị tái phát hoặc các biến cố tim mạch cao hơn. Điều này là do RLLA làm gia tăng chỉ số huyết áp và mạch, gây bất lợi lên hệ tim mạch⁸. Mặt khác, các BN ĐQ có lo âu thường ít tuân thủ chương trình tập phục hồi chức năng hơn, làm giảm hiệu quả của quá trình điều trị và các yếu tố như tình trạng kinh tế, giáo dục và môi trường sống ảnh hưởng nhiều đến tình trạng lo âu. Do đó, việc lồng ghép dịch vụ tư vấn và điều trị tâm lý vào quá trình chăm sóc BN sau ĐQ là thực sự cần thiết, đặc biệt là tại tỉnh Đắk Lắk. Các chương trình sàng lọc và hỗ trợ tâm

lý cho BN sau ĐQ nhằm phát hiện sớm RLLA sau đột quỵ não và đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời có ý nghĩa quan trọng. Điều này không chỉ giúp cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

4.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố và rối loạn lo âu sau đột quỵ não

4.2.1. Nhóm tuổi và rối loạn lo âu sau đột quỵ

Kết quả nghiên cứu này đã chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa tỉ lệ RLLA sau ĐQ và nhóm tuổi. Cụ thể, nhóm dưới 65 tuổi có tỉ lệ bị RLLA sau ĐQ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại với $OR = 2,22$ ($KTC\ 95\% = 1,29 - 3,81$) và $p = 0,004$. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong một số nghiên cứu khác. Ví dụ, nghiên cứu của Chun và cộng sự cho thấy tỉ lệ RLLA sau ĐQ ở nhóm BN < 65 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm còn lại với $p = 0,001$ ⁸.

Điều này có thể được giải thích là do người trẻ tuổi thường phải đối mặt với các áp lực lớn liên quan công việc, tài chính và mối quan hệ gia đình. Hơn nữa, họ cũng đặt kỳ vọng cao vào tương lai như thăng tiến trong sự nghiệp và xây dựng gia đình¹⁰. Những yếu tố này có thể khiến họ dễ bị lo âu hơn so với người cao tuổi, những người đã có kinh nghiệm đối phó với các thử thách của cuộc sống¹⁰.

Vì vậy, cần tổ chức các chương trình hỗ trợ sức khỏe tâm thần đối với BN ĐQ, đặc biệt là những BN < 65 tuổi nhằm giúp BN vượt qua được những khó khăn, trở ngại sau khi ĐQ xảy ra. Từ đó mới có thể cải thiện và nâng cao chất lượng cuộc sống của BN.

4.2.2. Nhóm dân tộc và rối loạn lo âu sau đột quỵ

Nghiên cứu này đã cho thấy BN ĐQ người dân tộc thiểu số có tỉ lệ RLLA sau ĐQ cao hơn so với nhóm BN dân tộc Kinh (54% so với 40,4%). Sự khác biệt gần có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,087$. Kết quả tổng quan y văn cho thấy cho đến hiện tại hầu như chưa có nghiên cứu nào chỉ ra

mối liên quan giữa RLLA sau ĐQ và yếu tố dân tộc.

Trên thực tế, một số điểm khác biệt về văn hóa và xã hội giữa người Kinh và người đồng bào dân tộc thiểu số có thể tác động đến tình trạng sức khỏe tâm thần kinh của BN ĐQ. Theo Nguyễn Thị Nga và cộng sự, có những rào cản trong sử dụng dịch vụ y tế và triển khai chương trình chăm sóc sức khỏe cho người đồng bào dân tộc thiểu số như văn hóa, phong tục tập quán, tình trạng kinh tế, nơi cư trú, ngôn ngữ...⁴. Mặt khác, nghiên cứu của Karen đã chỉ ra rằng văn hóa có ảnh hưởng đến cách con người thể hiện hành vi và cảm xúc¹⁰. Điều này có thể góp phần giải thích thêm luận điểm kể trên.

Vì vậy, cần phát triển các chiến lược tiếp cận y tế linh hoạt và phù hợp với người đồng bào dân tộc thiểu số, đặc biệt những người sống ở những vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn. Các chương trình chăm sóc sức khỏe tâm lý có thể được triển khai tại cộng đồng, thông qua các dịch vụ di động hoặc qua kênh trực tuyến, giúp giảm bớt rào cản về địa lý và văn hóa xã hội. Đồng thời, cần tăng cường năng lực cho đội ngũ nhân viên y tế địa phương nhằm nâng cao khả năng tiếp cận và cung cấp hỗ trợ tâm lý hiệu quả cho BN ĐQ.

4.2.3. Thời gian bị đột quỵ não và rối loạn lo âu sau đột quỵ

Trong nghiên cứu này, nhóm BN có thời gian bị đột quỵ não < 6 tháng (tính từ khi ĐQ xảy ra) có tỉ lệ RLLA cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân còn lại với OR = 5,03 (KTC 95%: 2,86 - 8,86) và $p < 0,001$. Kết quả tương tự cũng đã được một số tác giả khác đề cập đến qua các nghiên cứu. Ví dụ, nghiên cứu của Nelson và cộng sự thực hiện năm 2023 đã ghi nhận rằng tỉ lệ RLLA ở BN ĐQ có xu hướng giảm dần có ý nghĩa thống kê theo thời gian. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Rafsten cũng cho thấy kết quả tương tự: tỉ lệ rối loạn lo âu sau ĐQ trong 0-2 tuần đầu là 36,7%, 2 tuần đến 3 tháng là 24,1% và 3-12 tháng là 23,8%.

Thực tế chỉ ra rằng, theo thời gian, tình trạng RLLA giảm dần khi BN đã có sự thích nghi và hồi phục dần sau biến cố ĐQ, từ đó giảm bớt cảm giác lo âu, căng thẳng. Thông thường, trong giai đoạn đầu, tình trạng RLLA ở mức nặng do sự thay đổi đột ngột về sức khỏe. Sau đó, đến giai đoạn thích nghi, BN dần điều chỉnh tâm lý, dẫn đến tình trạng RLLA giảm rõ rệt, đặc biệt sau 6 tháng kể từ khi bị ĐQ. Sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè và các chương trình phục hồi chức năng có thể giúp BN cảm thấy an tâm hơn và cải thiện được tâm trạng.

Chính vì thế, việc tầm soát, phát hiện và điều trị tình trạng RLLA sau ĐQ cần được thực hiện sớm và đặc biệt ưu tiên trong khoảng thời gian 6 tháng đầu kể từ khi ĐQ khởi phát. Các biện pháp can thiệp y tế, hỗ trợ tâm lý và chương trình phục hồi chức năng thích hợp cần được triển khai kịp thời, giúp làm giảm nguy cơ lo âu kéo dài và cải thiện chất lượng cuộc sống của BN.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ rối loạn lo âu sau đột quỵ não theo thang điểm HADS ở mức cao (43,3%). Một số yếu tố có liên quan đến sự gia tăng nguy cơ rối loạn lo âu sau đột quỵ não là nhóm tuổi < 65, nhóm người đồng bào dân tộc thiểu số, thời gian bị đột quỵ não < 6 tháng. Cần có những biện pháp can thiệp thích hợp, kịp thời nhằm cải thiện tình trạng rối loạn lo âu sau đột quỵ não nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Thị Hàn (2018), "Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ não điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Nam Định năm 2017", *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 1 (2).
2. Đình Hữu Hùng và cộng sự (2020), "Tỉ lệ hiện

- mắc đột quỵ não và một số yếu tố nhân khẩu học liên quan ở người trưởng thành trong cộng đồng tỉnh Đắk Lắk". *Tạp chí Khoa học Tây Nguyên*, 44.
3. Hà Xuân Kiên (2021), "Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang", *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, 04(03).
 4. Nguyễn Thị Nga, Đoàn Thị Thùy Dương, Nguyễn Trung Kiên và Hoàng Văn Minh. (2019), "Những rào cản trong sử dụng dịch vụ y tế và triển khai chương trình chăm sóc sức khỏe cho người dân tộc thiểu số tại một số tỉnh Việt Nam, 2019". *Tạp chí Y học Dự phòng*, 15(3).
 5. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Phan Chung Thùy Lynh, Phạm Lê An, Huỳnh Trung Sơn, Nguyễn Đức Minh (2024), "Công cụ HADS: Tầm soát rối loạn lo âu trong chăm sóc ban đầu: Kết quả phân tích khám phá". *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1(3).
 6. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não", Quyết định số 5331/QĐ-BYT.
 7. Ayasrah S., Ahmad M., Basheti I., Abu-Snieneh H. M. & Al-Hamdan Z. (2022). "Post-stroke anxiety among patients in Jordan: A multihospital study". *J Clin Neurol*, 18(2), 203-210. DOI: 10.3988/jcn.2022.18.2.203.
 8. Chun H.Y. et al. (2018). "Anxiety After Stroke: The Importance of Subtyping". *American Heart Association*, 49(5), 1063-1070. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.020078.
 9. Cumming T. B., Blomstrand C., Skoog I. & Linden T. (2016). "The high prevalence of anxiety disorders after stroke". *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(2), 154-160. DOI: 10.1016/j.jagp.2015.06.00.
 10. Karen G. Martínez. (2019). "Influences of Cultural Differences in the Diagnosis and Treatment of Anxiety and Depression". *Anxiety and Depression Association of America*, 3(5), 15. DOI: 10.70152/ADAA/166.