

THE RATIO OF DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS AMONG PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Vu Tran Thien Quan^{1,2,3}, Pham Diem Thu⁴

¹Biochemistry Department, School of Pharmacy, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

²Department of Physiology – Pathophysiology – Immunology – Pharmacology, School of Pharmacy, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

³Department of Respiratory Function Testing, University Medical Center Ho Chi Minh City

Received: 20/06/2025

Revised: 07/09/2025; Accepted: 08/09/2025

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of depression, anxiety, and stress using the DASS-21 scale among patients with OSA at the University Medical Center, Ho Chi Minh City.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted to determine the prevalence of depression, anxiety, and stress, as assessed by the DASS-21 questionnaire, in the obstructive sleep apnea population at University Medical Center HCMC.

Results: The proportion of male participants was 78.2%. The mean age of participants was 51.51 ± 16.41 years. The mean body mass index (BMI) was 26.85 ± 5.30 kg/m². The median apnea-hypopnea index (AHI) was 38.71 (18.70–54.40). Based on AHI, the severity of obstructive sleep apnea was classified as mild in 21.8% of patients, moderate in 19.8%, and severe in 58.4%. The prevalence rates of depression, anxiety, and stress were 32.7%, 64.4%, and 30.7%, respectively. No statistically significant correlations were found between DASS-21 scores and age, sex, or AHI severity. Retired individuals had significantly higher depression and anxiety scores compared to those in intellectual occupations. Participants who had not completed lower secondary education had significantly higher anxiety scores than those who had graduated.

Conclusion: Depression, anxiety, and stress are prevalent in OSA patients, especially anxiety. Socioeconomic factors such as occupation and education are associated with mental health status. Psychological screening and support should be integrated into OSA patient management.

Keywords: Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSA, DASS-21, depression, anxiety, stress.

*Corresponding author

Email: thienquan@ump.edu.vn Phone: (+84) 934041123 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3154>

TỶ LỆ TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ STRESS Ở BỆNH NHÂN NGƯNG THỞ LÚC NGỦ TẮC NGHẼN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Vũ Trần Thiên Quân^{1,2,3}, Phạm Diễm Thu⁴

¹Bộ môn Hoá Sinh, Trường Dược, Đại học Y Dược TP.HCM

²Bộ môn Sinh lý – Sinh lý bệnh - Miễn dịch – Dược lý, Trường Y, Đại học Y dược TP.HCM

³Khoa thăm dò chức năng hô hấp, Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM

Ngày nhận bài: 20/06/2025

Ngày chỉnh sửa: 07/09/2025; Ngày duyệt đăng: 08/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS-21 ở bệnh nhân NTLNTN tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, xác định tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress được đánh giá bằng thang điểm DASS-21 trong dân số NTLNTN tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM.

Kết quả: Tỷ lệ nam giới là 78,2%. Tuổi trung bình là $51,51 \pm 16,41$ năm, Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $26,85 \pm 5,30$ kg/m². Chỉ số ngưng giảm thở AHI trung vị là 38,71 (18,70–54,40). Phân loại độ nặng hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ theo chỉ số ngưng giảm thở AHI: 21,8% nhẹ, 19,8% trung bình, 58,4% nặng. Tỷ lệ trầm cảm: 32,7%, lo âu: 64,4%, stress: 30,7%. Không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm DASS-21 và tuổi, giới hay mức độ AHI. Nhóm đã nghỉ hưu có điểm trầm cảm và lo âu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm lao động trí óc. Người chưa tốt nghiệp cấp II có điểm lo âu cao hơn nhóm tốt nghiệp.

Kết luận: Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress trong nhóm bệnh nhân NTLNTN là đáng kể, đặc biệt là lo âu. Các yếu tố kinh tế - xã hội như nghề nghiệp và trình độ học vấn có liên quan đến điểm DASS-21. Việc sàng lọc và can thiệp tâm lý ở bệnh nhân NTLNTN là cần thiết.

Từ khóa: Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, OSA, DASS-21, trầm cảm, lo âu, stress

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn (NTLNTN) là một rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ thường gặp, đặc trưng bởi các giai đoạn ngưng thở hoặc giảm thở xảy ra lặp đi lặp lại trong khi ngủ, dù vẫn có nỗ lực thở từ các cơ hô hấp. Nguyên nhân là do sự tắc nghẽn từng đợt của đường hô hấp trên, dẫn đến rối loạn thông khí và thường kèm theo các đợt thức giấc ngắn (arousals) để phục hồi hô hấp (1). Tỷ lệ hiện mắc NTLNTN có kèm buồn ngủ ban ngày vào khoảng 3-7% ở nam giới trưởng thành và 2-5% ở nữ giới trưởng thành. Tỷ lệ này tại châu Á cho các kết quả dao động 3,7-97,5% do sự khác biệt về cách chọn mẫu và các đặc điểm chung của dân số mẫu (2). Tại Việt Nam, NTLNTN khá phổ biến và ảnh hưởng đến một tỷ lệ không nhỏ trong dân số, tỷ lệ hiện mắc của NTLNTN khoảng 8,5% với 5,2% bệnh nhân biểu hiện ở mức độ nặng, số liệu này tương đối cao hơn so với các dữ liệu trên thế giới và khu vực (3).

Một khảo sát dân số 18.980 người trưởng thành tại 5 quốc gia châu Âu sử dụng hệ thống chuyên gia phỏng vấn qua điện thoại “Sleep-EVAL” dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-IV ghi nhận trong số 857 người được xác định là có NTLNTN hoặc các rối loạn giấc ngủ liên quan hô hấp khác, tỷ lệ hiện mắc rối loạn trầm cảm chủ yếu là 17,6% so với tỷ lệ 4,3% của toàn bộ mẫu (4). Một nghiên cứu đánh giá cơ sở dữ liệu đa trung tâm của hơn 4 triệu bệnh án được lưu trữ tại Cơ quan Quản lý Y tế Cựu chiến binh Hoa Kỳ, xác định 118.105 trường hợp có ngưng thở lúc ngủ (2,91%). Các rối loạn tâm thần đồng mắc trong nhóm này bao gồm trầm cảm (21,8%), lo âu (16,7%), rối loạn căng thẳng sau sang chấn (11,9%), loạn thần (5,1%) và rối loạn lưỡng cực (3,3%). Các tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với dân số không được chẩn đoán ngưng thở lúc ngủ ($p < 0.0001$) (5). Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tỷ lệ các rối loạn sức khỏe tâm

*Tác giả liên hệ

Email: thienquan@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 934041123 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3154>

thần, đặc biệt là trầm cảm, lo âu và stress trên nhóm bệnh nhân này. Mục tiêu nghiên cứu là nhằm khảo sát tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress đánh giá bằng thang điểm DASS-21 ở bệnh nhân ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn tại Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 1 và Phòng khám Đại học Y Dược 1 TP.HCM.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn bằng đa ký giấc ngủ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và Phòng khám Đại học Y Dược 1

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:

Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỉ lệ, mức độ tin cậy 95% ($z = 1.96$) và sai số cho phép là 10% ($e = 0.10$), $p = 50.4\%$; có cỡ mẫu tối thiểu 100 đối tượng.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào:

Bệnh nhân quốc tịch Việt Nam >18 tuổi.

Bệnh nhân được chẩn đoán NTLNTN.

Bệnh nhân trả lời đầy đủ bộ câu hỏi.

Tiêu chuẩn loại ra:

Bệnh nhân lú lẫn, không giao tiếp được hoặc không thể hoàn thành bộ câu hỏi DASS 21.

Bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn đã điều trị CPAP.

Bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ khác kèm theo (dựa trên kết quả đọc đa ký giấc ngủ của bác sĩ chuyên khoa).

Bệnh nhân đã được chẩn đoán rối loạn lưỡng cực, rối loạn loạn thần, rối loạn ăn uống, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, rối loạn sử dụng chất.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Máy đo đa ký giấc ngủ được sử dụng trong nghiên cứu: Máy đo đa ký giấc ngủ WEINMANN.

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu: Tiêu chuẩn chẩn đoán NTLNTN và tiêu chuẩn phân độ nặng NTLNTN dựa theo phiên bản thứ 3 của Phân loại quốc tế về rối loạn giấc ngủ của Học Viện Y học giấc ngủ Hoa Kỳ (6). Tiêu chuẩn phân tích kết quả đa ký giấc ngủ theo khuyến cáo của Học Viện Y học giấc ngủ Hoa Kỳ (7).

Mức độ trầm cảm, lo âu, stress: biến thứ tự, được xác định dựa trên điểm số tính từ bộ câu hỏi DASS 21 (8).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Thông tin sau khi được thu thập sẽ được tổng hợp và làm sạch bằng phần mềm Microsoft Excel, xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0 và được trình bày dưới các dạng bảng, biểu và đồ thị.

Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến có phân phối chuẩn; trung vị và giá trị nhỏ nhất – lớn nhất đối với biến không có phân phối chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

Kết quả của một phép kiểm khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh giấy chấp thuận số 273/HĐĐĐ-ĐHYD.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trong 4 tháng tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 1 và Phòng khám Đại học Y Dược 1 với 142 đối tượng được đo đa ký giấc ngủ, 31 đối tượng không tương được chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, 101 đối tượng được chẩn đoán hội chứng ngưng thở khi ngủ đưa vào nghiên cứu.

Trong, 101 đối tượng nghiên cứu, 78,2% đối tượng là nam, tỷ lệ nam:nữ là 3,6:1, độ tuổi trung bình là $51,51 \pm 16,41$. Tỷ lệ phân bố các nhóm tuổi: 7,9% người tham gia dưới 30 tuổi, 31,7% trong độ tuổi từ 30 đến 45, 28,7% thuộc nhóm 46 đến 60 tuổi, và 31,7% còn lại trên 60 tuổi, trẻ nhất là 23 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi.

Chiều cao trung bình của nhóm này là $165,65 \pm 7,42$ cm, cân nặng trung bình là $73,45 \pm 13,70$ kg, và chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình đạt $26,85 \pm 5,30$ kg/m².

Phân loại theo BMI: 21,8% có BMI trong giới hạn bình thường (18,5–22,9), 15,8% ở mức thừa cân (23–24,9). Tỷ lệ béo phì độ I (BMI 25–29,9) là 26,7%, béo phì độ II (30–39,9) là 16,8%, và có 2,0% thuộc nhóm béo phì độ III (BMI ≥ 40). Ngoài ra, có 16,8% trường hợp không có dữ liệu về BMI.

Thành phần nghề nghiệp: công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất (31,7%), tiếp theo là nhóm kinh doanh/buôn bán và người nghỉ hưu (cùng chiếm 24,8%), lao động phổ thông chiếm 12,9%, nội trợ 4%, và 2% thuộc nhóm nghề nghiệp khác. Trình độ học vấn: 51,5% có trình độ trên trung học phổ thông. Cụ thể, 17,8% tốt nghiệp cấp III, 13,9% tốt nghiệp cấp II, 5,9% tốt nghiệp cấp I, 9,9% biết đọc biết viết nhưng không có bằng cấp chính quy, và chỉ có 1 trường hợp mù chữ (1,0%). Tình trạng kinh tế, phần lớn đối tượng (83,2%) tự đánh giá có mức sống “đủ

sống”, 15,8% có điều kiện kinh tế dư dả, và 1,0% cho biết không đủ sống.

Tỷ lệ các bệnh đồng mắc lần lượt là tăng huyết áp (54,5%), rối loạn lipid máu (45,5%), đái tháo đường (23,8%). Ngoài ra, trong số 43 đối tượng có dữ liệu về tình trạng hút thuốc lá, tỷ lệ các đối tượng hiện đang hút thuốc lá và không hút thuốc lá (chưa từng hoặc đã ngưng > 12 tháng) lần lượt là 60,5% và 39,5%. Trong dân số 22 đối tượng nữ mắc NTLNTN, tỷ lệ phụ nữ đã mãn kinh chiếm 59,1%.

Đặc điểm các biến cố hô hấp trong kết quả đo đa ký giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm các biến cố hô hấp trong đa ký giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu (n = 101)

Đặc điểm	Trung vị (khoảng tứ phân vị)/ Trung bình ± độ lệch chuẩn
AHI* (biến cố/giờ)	38,71 (18,70 – 54,40)
SpO ₂ thấp nhất (%) **	71,72 ± 10,27
Thời gian SpO ₂ < 90% (%)	9,60 (2,80 – 32,55)
Mức độ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ	
Nhẹ (5 ≤ AHI < 15): 21,8% (n = 22)	Trung bình (15 ≤ AHI ≤ 30): 19,8% (n = 20) Nặng (AHI > 30): 58,4% (n = 59)
* = AHI: Chỉ số ngưng giảm thở ** Trung bình ± độ lệch chuẩn	

Tần số và tỷ lệ các mức độ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS 21 của đối tượng nghiên cứu được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2. Tần số và tỷ lệ các mức độ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS 21 của đối tượng nghiên cứu (n = 101)

	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Điểm *	6,0 (0,0 – 10,0)	10,0 (6,0 – 15,0)	12,0 (6,0 – 16,0)
Bình thường **	68 (67,3)	36 (35,6)	70 (69,3)
Nhẹ **	21 (20,8)	11 (10,9)	14 (13,9)
Trung bình **	8 (7,9)	29 (28,7)	10 (9,9)
Nặng **	1 (1,0)	9 (8,9)	3 (3,0)
Rất nặng **	3 (3,0)	16 (15,8)	4 (4,0)
* Trung vị (khoảng tứ phân vị) ** Tần số (tỷ lệ)			

Sự phân bố về tần số các mức độ rối loạn trầm cảm, lo âu và stress giữa các mức độ NTLNTN và liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress và các đặc điểm biến cố hô hấp trên đa ký giấc ngủ được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3. Sự phân bố về tần số các mức độ rối loạn trầm cảm, lo âu và stress giữa các mức độ NTLNTN (n = 101)

Tần số (tỷ lệ)	5 ≤ AHI < 15	15 ≤ AHI ≤ 30	AHI > 30	p *
Trầm cảm				
Bình thường	14 (63,6)	14 (70,0)	40 (67,8)	0,60
Nhẹ	4 (18,2)	4 (20,0)	13 (22,0)	
Trung bình	1 (4,5)	2 (10,0)	5 (8,5)	
Nặng	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Rất nặng	2 (9,1)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Lo âu				
Bình thường	9 (40,9)	9 (45,0)	18 (30,5)	0,59
Nhẹ	1 (4,5)	4 (20,0)	6 (10,2)	
Trung bình	5 (22,7)	5 (25,0)	19 (32,2)	
Nặng	3 (13,6)	1 (5,0)	5 (8,5)	
Rất nặng	4 (18,2)	1 (5,0)	11 (18,6)	
Stress				
Bình thường	16 (72,7)	16 (80,0)	38 (64,4)	0,39
Nhẹ	2 (9,1)	2 (10,0)	10 (16,9)	
Trung bình	1 (4,5)	2 (10,0)	7 (11,9)	
Nặng	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,1)	
Rất nặng	3 (13,6)	0 (0,0)	1 (1,7)	
*Kiểm định Fisher				

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số của rối loạn trầm cảm và lo âu giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau. Sau khi thực hiện phân tích hậu định nhằm kiểm tra sự khác nhau giữa từng cặp nhóm nghề nghiệp này, ghi nhận sự khác biệt về điểm trầm cảm và lo âu có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đối tượng lao động trí óc và nhóm đối tượng nghỉ hưu với giá trị p lần lượt là 0,032 và 0,048. Nhóm đối tượng chưa tốt nghiệp cấp II có điểm số lo âu cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đã tốt nghiệp cấp II. Liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress với các đặc điểm dân số, kinh tế - xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu được mô tả trong bảng 4,5.

Bảng 4: Liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress và các đặc điểm dân số của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=101)

Đặc điểm	Trầm cảm TV (KTPV)	Lo âu TV (KTPV)	Stress TV (KTPV)
Tuổi	r*	0,10	0,01
	p	0,33	0,96
Nhóm tuổi			
< 30 tuổi (n = 8)	2,0 (0,5 – 9,5)	7,0 (6,0 – 13,5)	8,00 (3,5 – 11,5)

Đặc điểm	Trầm cảm TV (KTPV)	Lo âu TV (KTPV)	Stress TV (KTPV)
30-45 tuổi (n = 32)	5,0 (0,0 – 10,0)	8,0 (4,0 – 14,0)	13,0 (6,0 – 18,0)
46-60 tuổi (n = 29)	4,0 (0,0 – 11,0)	10,00 (6,0 – 15,0)	12,0 (6,0 – 19,0)
> 60 tuổi (n = 32)	7,0 (2,5 – 10,0)	10,0 (6,5 – 16,0)	10,0 (6,0 – 14,0)
p **	0,72	0,51	0,58
Giới tính			
Nam (n = 79)	4,00 (0,0 – 10,0)	8,0 (6,0 – 14,0)	12,0 (6,0 – 16,0)
Nữ (n = 22)	7,0 (3,5 – 12,0)	10,0 (6,0 – 20,0)	13,0 (6,0 – 16,5)
p ***	0,08	0,14	0,59
* Tương quan Spearman ** Kiểm định Kruskal – Wallis *** Kiểm định Mann – Whitney			

Bảng 5. Liên quan giữa trầm cảm, lo âu, stress và các đặc điểm kinh tế - xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=101)

Đặc điểm	Trầm cảm TV (KTPV)	Lo âu TV (KTPV)	Stress TV (KTPV)
Nghề nghiệp			
Lao động trí óc (n = 59)	4,0 (0,0 – 10,0)	8,0 (6,0 – 12,0)	10,0 (6,0 – 16,0)
Lao động chân tay (n = 17)	6,0 (0,0 – 10,0)	10,0 (6,0 – 24,0)	12,0 (7,0 – 19,0)
Nghỉ hưu (n = 25)	8,0 (4,0 – 11,0)	10,0 (8,0 – 16,0)	12,0 (7,0 – 17,0)
p *	0,04	0,02	0,52
Trình độ học vấn			
Chưa tốt nghiệp cấp II (n = 17)	8,0 (4,0 – 10,0)	14,0 (7,0 – 19,0)	6,0 (4,0 – 19,0)
Tốt nghiệp cấp II trở lên (n = 84)	4,0 (0,0 – 10,0)	9,0 (6,0 – 13,5)	12,0 (6,0 – 16,0)
p **	0,19	0,04	0,26
Tình trạng kinh tế			
Dư dả (n = 16)	3,0 (0,0 – 9,5)	7,0 (4,5 – 10,0)	11,0 (6,5 – 16,0)
Đủ sống (n = 84)	6,0 (0,5 – 10,0)	10,0 (6,0 – 16,0)	12,0 (6,0 – 17,5)
p **	0,44	0,09	0,80
* Kiểm định Kruskal – Wallis ** Kiểm định Mann – Whitney			

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy lo âu là rối loạn rất phổ biến, chiếm tỷ lệ cao hơn vượt trội so với hai rối loạn còn lại ở dân số các bệnh nhân NTLNTN. Điều này có thể do lo âu là một trong những rối loạn tâm thần phổ biến nhất (9). Ngoài ra, số liệu này cao hơn đáng kể so với tỷ lệ hiện mắc của các rối loạn này trong dân số chung, tỷ lệ của lo âu và trầm cảm lần lượt là 28,8% và 16,6% (10).

Sau khi thực hiện phân tích hậu định để so sánh sự khác biệt về điểm trầm cảm và lo âu giữa các nhóm nghề nghiệp khác nhau, nghiên cứu ghi nhận nhóm các đối tượng đã nghỉ hưu có điểm trầm cảm và lo âu theo thang điểm DASS 21 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm các đối tượng lao động trí óc. Sự chênh lệch này có thể do các đối tượng nghỉ hưu là những người lớn tuổi, nhiều bệnh lý nền đi kèm, thu nhập giới hạn,... và dễ dẫn đến các rối loạn tâm thần hơn. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận sự cao hơn có ý nghĩa thống kê về điểm lo âu của các đối tượng chưa tốt nghiệp cấp II so với nhóm còn lại. Điều này mâu thuẫn với kết quả được báo cáo trên dân số chung rằng các đối tượng chưa tốt nghiệp cấp II là nhóm có tỷ lệ mắc trầm cảm suốt đời thấp nhất so với các nhóm có trình độ cao hơn còn lại (11). Để tìm hiểu nguyên nhân của vấn đề này, có lẽ cần thực hiện những nghiên cứu sâu hơn liên quan đến các yếu tố xã hội học trên dân số bệnh nhân NTLNTN.

Như vậy, tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress theo thang điểm DASS ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ lần lượt là 32,7%, 64,4% và 30,7%. Nhóm đã nghỉ hưu có mức độ trầm cảm và lo âu cao hơn nhóm lao động trí óc. Nhóm đã tốt nghiệp cấp II trở lên có mức độ lo âu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chưa tốt nghiệp II.

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 76/2021/HĐ- ĐHYD, ngày 18 tháng 03 năm 2021.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Azarbarzin A, Labarca G, Kwon Y, Wellman A. Physiologic Consequences of Upper Airway Obstruction in Sleep Apnea. Chest. 2024;166(5):1209-17.
- [2] Benjafield AV, Ayas NT, Eastwood PR, Heinzer R, Ip MSM, Morrell MJ, et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. Lancet Respir Med. 2019;7(8):687-98.
- [3] Duong Quy S., Dang Thi Mai K, Tran Van N, Nguyen Xuan Bich H, Hua-Huy T, Chalumeau F, et al. Étude de la prévalence du syndrome d'apnées obstructives du sommeil au Vietnam. Revue des Maladies Respiratoires. 2018;35(1):14-24.

- [4] Ohayon M. M. The effects of breathing-related sleep disorders on mood disturbances in the general population. *The Journal of clinical psychiatry*. 2003;64(10):1195-200; quiz, 274-6.
- [5] Sharafkhaneh Amir, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of Psychiatric Disorders and Sleep Apnea in a Large Cohort. *Sleep*. 2005;28(11):1405-11.
- [6] Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-94.
- [7] Iber C, American Academy of Sleep Medicine. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology, and technical specifications. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2007. 59 p. p.
- [8] 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.
- [9] Demyttenaere K., Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581-90.
- [10] Kessler R. C., Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
- [11] Akhtar-Danesh Noori, Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int J Ment Health Syst*. 2007;1(1):4-.

