

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN LO ÂU, TRẦM CẢM BẰNG THANG ĐIỂM HADS Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

Phan Trung Nam¹, Trần Quốc Khánh¹

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Rối loạn lo âu (RLLA) và rối loạn trầm cảm (RLTC) gặp khá phổ biến ở bệnh nhân (BN) hội chứng ruột kích thích (HCRKT). **Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng lo âu, trầm cảm bằng thang điểm HADS và một số yếu tố liên quan ở BN HCRKT. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 287 BN đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và được chẩn đoán HCRKT, đánh giá RLLA và RLTC bằng HADS thông qua bộ câu hỏi. Loại trừ BN nguy cơ cao có bệnh lý thực thể. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 50,9; nữ giới chiếm 51,0%. Thử lâm sàng của HCRKT với táo bón trội (IBS-C) chiếm 25,4%, thể tiêu chảy (IBS-D): 13,6%, thể hỗn hợp (IBS-M): 25,8% và thể không xác định (IBS-U): 35,2%. Đánh giá theo thang điểm HADS, tỷ lệ BN có RLLA là 43,6%, RLTC là 30,3%. Nữ giới có nguy cơ mắc RLLA và RLTC cao hơn nam giới với OR lần lượt 1,66 và 1,96 ($p < 0,05$). RLLA có nguy cơ cao gặp ở BN HCRKT thể IBS-C (OR = 4,37), IBS-D (OR = 4,44) và IBS-M (OR = 5,59) so với BN IBS-U ($p < 0,05$). RLTC có nguy cơ cao gặp ở BN HCRKT thể IBS-C (OR = 4,26), IBS-D (OR = 7,01) và IBS-M (OR = 6,59) so với BN IBS-U ($p < 0,05$). **Kết luận:** RLLA, RLTC gặp khá phổ biến ở BN HCRKT, các rối loạn này có liên quan đến các thể lâm sàng của HCRKT và giới tính. Do đó, cần đánh giá RLLA, RLTC ở BN HCRKT trong chẩn đoán và theo dõi điều trị để đạt kết quả tối ưu.

* *Từ khoá:* Hội chứng ruột kích thích; ROME IV; Rối loạn trầm cảm; Rối loạn lo âu; HADS.

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Người phản hồi: Phan Trung Nam (ptnam@huemed-univ.edu.vn)

Ngày nhận bài: 09/3/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 12/4/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i4.318>

**ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS ASSESSED
BY THE HADS IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME**

Summary

Background: Anxiety disorders (AD) and depression disorders (DD) are quite common in patients with irritable bowel syndrome (IBS). **Objectives:** To investigate the status of anxiety and depression using the HADS and some related factors in IBS patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 287 outpatients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital were diagnosed with IBS and evaluated for AD and DD using the HADS through a questionnaire. Patients with red-flag symptoms were excluded through clinical examination. **Results:** The mean age of patients was 50.9, and females accounted for 51.0%. The types of IBS-C were at 25.4%, IBS-D at 13.6%, IBS-M at 25.8%, and IBS-U at 35.2%. According to the HADS, the proportion of patients with AD was 43.6%, and DD was 30.3%. Females were more likely to have AD and DD than males, with ORs of 1.66 and 1.96, respectively ($p < 0.05$). AD was more likely to occur in IBS patients with IBS-C (OR = 4.37), IBS-D (OR = 4.44), and IBS-M (OR = 5.59) when compared to IBS-U patients ($p < 0.05$). DD was more likely to occur in IBS patients with IBS-C (OR = 4.26), IBS-D (OR = 7.01), and IBS-M (OR = 6.59) than in IBS-U patients ($p < 0.05$). **Conclusion:** AD and DD are quite common in IBS patients, and these disorders are related to the types of IBS and gender. Therefore, it is necessary to evaluate AD and DD in IBS patients for diagnosis and management to achieve optimal results.

* *Keywords: Irritable bowel syndrome; IBS; Anxiety; Depression; HADS.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ruột kích thích là tình trạng rối loạn chức năng ruột mạn tính đặc trưng bởi đau bụng, đầy bụng và rối loạn đại tiện. HCRKT phổ biến ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ mắc có xu hướng cao ở nữ giới, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và chi phí của BN, xã hội [1].

Bệnh sinh của HCRKT phức tạp, được cho là sự phối hợp yếu tố tâm lý xã hội và sinh học liên quan đến trục não - ruột, trong đó có sự tương tác giữa các rối loạn tâm thần với các biểu hiện của HCRKT [2]. Hiện nay, HCRKT chủ yếu được chẩn đoán bằng tiêu chuẩn Rome IV được đề xuất năm 2016 [3].

Thang đánh giá lo âu, trầm cảm tại bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) thường được sử dụng để đánh giá trạng thái lo âu, trầm cảm ở BN bị mắc các bệnh lý mạn tính tại bệnh viện. Thang đo này có ưu điểm ngắn gọn, dễ hiểu, dễ sử dụng, đánh giá đồng thời hai loại rối loạn lo âu và trầm cảm [4].

Một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc HCRKT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME dao động từ 17,3 - 24,1% [5, 6]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa tình trạng rối loạn tâm thần ở người HCRKT; do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Khảo sát RLLA, RLTC bằng thang điểm lo âu và trầm cảm bệnh viện (HADS) và một số yếu tố liên quan ở BN HCRKT theo tiêu chuẩn ROME IV.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

BN ≥ 18 tuổi đến khám tại các phòng khám bệnh ngoại trú của bệnh viện và được chẩn đoán HCRKT theo tiêu chuẩn ROME IV.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN mắc HCRKT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME IV qua bộ câu

hỏi của ROME IV về HCRKT (Diagnostic Questionnaires and Tables for Investigators and Clinicians 2016) [3].

- Tiêu chuẩn Rome IV chẩn đoán HCRKT:

+ Đau bụng tái phát trung bình ít nhất 1 ngày/tuần trong 3 tháng qua, kết hợp với ≥ 2 tiêu chuẩn: 1. Đau giảm sau khi đi đại tiện; 2. Đau kèm với sự thay đổi tần suất đại tiện; 3. Đau kèm với sự thay đổi về hình thái của phân.

+ Những tiêu chuẩn này xuất hiện trong 3 tháng qua với triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán.

- BN được nội soi đại-trực tràng để loại trừ nguyên nhân thực thể.

- BN được chẩn đoán HCRKT tại thời điểm đến khám tại bệnh viện.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN có nguy cơ cao về tổn thương thực thể: Sụt cân, thiếu máu, mới xuất hiện triệu chứng ở người lớn tuổi, sốt, đại tiện ra máu, đại tiện nhiều lần vào đêm khuya gây thức giấc hoặc mất ngủ, mất nước.

- Có tiền sử được chẩn đoán bệnh viêm ruột; tiền sử phẫu thuật ống tiêu hoá.

- Tiền sử gia đình có người thân mắc bệnh đường tiêu hoá: Ung thư đại trực tràng, bệnh viêm ruột.

- BN không cung cấp đầy đủ thông tin; không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu được thu thập qua phiếu nghiên cứu và bộ câu hỏi.

* *Cỡ mẫu:* 287 BN \geq 18 tuổi khám ngoại trú được chẩn đoán mắc HCRKT phù hợp với tiêu chuẩn ROME IV.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới từ tháng 6/2021 - 8/2022.

* *Các tiêu chí đánh giá:*

- Đánh giá mức độ lo âu, trầm cảm bằng thang điểm HADS thông qua bộ câu hỏi (7 câu hỏi từ 0 - 3 điểm, đánh giá cho mỗi tình trạng) như sau:

+ Từ 0 - 7 điểm: Bình thường.

+ Từ 8 - 21 điểm: Có RLLA/trầm cảm, trong đó:

++ Từ 8 - 10 điểm: Có dấu hiệu của lo âu/trầm cảm.

++ Từ 11 - 21 điểm: Lo âu/trầm cảm thực sự [4].

- Thể bệnh HCRKT: Dựa vào hình dạng phân chủ yếu (theo biểu đồ phân Bristol) khi đại tiện kèm đau bụng [1], gồm 4 thể:

+ IBS-C: Hình dạng phân loại 1, 2 theo biểu đồ Bristol $>$ 25% số lần đại tiện và dạng 6, 7 $<$ 25% số lần đại tiện.

+ IBS-D: Hình dạng phân loại 6, 7 theo biểu đồ Bristol $>$ 25% số lần đại tiện và dạng phân 1, 2 $<$ 25% số lần đại tiện

+ IBS-M: $>$ 25% số lần đại tiện phân dạng 1, 2 và $>$ 25% số lần phân dạng 6, 7.

+ IBS-U: Không thuộc 3 thể trên (số lần đại tiện $<$ 25% phân dạng 1, 2 và $<$ 25% số lần phân dạng 6, 7).

* *Xử lý và phân tích số liệu:* Bằng phần mềm EpiData 3.1 và SPSS 20.0. So sánh tỷ lệ, kiểm định một số yếu tố liên quan bằng cách sử dụng test χ^2 và p với mức α có ý nghĩa 0,05.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua, các đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ mục đích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của BN HCRKT

BN có độ tuổi trung bình là $50,9 \pm 14,0$, thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 72 tuổi, nhiều nhất ở nhóm tuổi 40 - 59 (46,3%), nữ giới chiếm 51%.

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng của BN HCRKT.

Triệu chứng (n = 287)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Cơn đau bụng giảm sau khi đại tiện	165	57,5
Tần suất đại tiện thay đổi khi đau bụng	155	54,0
Hình dạng phân thay đổi khi đại tiện có kèm cơn đau bụng	148	51,6
Khó tiêu	143	49,8
Bụng chướng hơi	102	35,5
Cảm giác đi không hết phân	70	24,4
Ợ hơi	54	18,8
Buồn nôn	22	7,7

Tỷ lệ BN có các triệu chứng chủ yếu của HCRKT như cơn đau bụng giảm sau khi đại tiện (57,5%), tần suất đại tiện thay đổi khi đau bụng (54%) và hình dạng phân thay đổi khi đại tiện (51,6%), ngoài ra còn gặp các triệu chứng tiêu hoá khác: khó tiêu, bụng chướng hơi, ợ hơi. 54,4% BN có ≥ 3 triệu chứng.

Bảng 2: Phân loại thể lâm sàng HCRKT theo tiêu chuẩn ROME IV.

Thể lâm sàng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
IBS - C (táo bón ưu thế)	73	25,4
IBS - D (tiêu chảy ưu thế)	39	13,6
IBS - M (hỗn hợp)	74	25,8
IBS - U (Không xác định)	101	35,2
Tổng	287	100,0

Thể lâm sàng HCRKT gặp nhiều nhất là thể không xác định (IBS-U) với 35,2%, tiếp theo thể IBS-M, IBS-C và IBS-D với tỷ lệ lần lượt là 25,8%, 25,4% và 13,6%.

Bảng 3: Điểm HADS về tình trạng lo âu, trầm cảm của BN HCRKT.

Thang điểm HADS		Số BN (n = 287)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng lo âu	Bình thường (0 - 7)	162	56,4
	Có dấu hiệu (8 - 10)	83	28,9
	Lo âu thực sự (11 - 21)	42	14,7
Tình trạng trầm cảm	Bình thường (0 - 7)	200	69,7
	Có dấu hiệu (8 - 10)	62	21,6
	Trầm cảm thực sự (11 - 21)	25	8,7

43,6% BN có RLLA theo thang điểm HADS, bao gồm 14,7% lo âu thực sự và 28,9% có dấu hiệu lo âu. Tỷ lệ BN có RLTC là 30,3%, trong đó, trầm cảm thực sự là 8,7% và có dấu hiệu trầm cảm là 21,6%.

Bảng 4: Mối liên quan giữa RLLA, RLTC và thể lâm sàng HCRKT.

Thể lâm sàng	RLLA				RLTC				Tổng n (%)
	Lo âu		Có dấu hiệu		Trầm cảm		Có dấu hiệu		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
IBS - C	11	15,1	28	38,4	6	8,2	19	26,0	73 (25,4)
IBS - D	8	20,6	13	33,3	3	7,7	15	38,5	39 (13,6)
IBS - M	20	27,0	24	32,4	13	17,6	20	27,0	74 (25,9)
IBS - U	3	3,0	18	17,8	3	3,0	8	7,9	101 (35,1)
Chung	42	14,7	83	28,9	25	8,7	62	21,6	287 (100)

Tỷ lệ BN HCRKT bị lo âu thực sự gặp nhiều nhất ở thể IBS-M với 27%, tiếp đến là thể IBS-D, IBS-C. Tuy nhiên, BN có dấu hiệu lo âu gặp nhiều nhất ở thể

IBS-C với 38,4%, tiếp đến là thể IBS-D và IBS-M. BN HCRKT bị trầm cảm thực sự có tỷ lệ cao nhất ở thể IBS-M với 17,6% và thể IBS-D gặp nhiều nhất ở BN có dấu hiệu trầm cảm (38,5%). Tỷ lệ BN HCRKT bị RLLA, RLTC có tỷ lệ thấp nhất ở thể IBS-U.

Bảng 5: Một số yếu tố nguy cơ RLLA ở BN HCRKT.

Đặc điểm		Lo âu hoặc có dấu hiệu lo âu		
		OR	95% CI	p
Giới tính	Nam	1		
	Nữ	1,66	1,34 - 1,97	0,043
Các thể lâm sàng của HCRKT	IBS - C	4,37	2,25 - 8,49	< 0,001
	IBS - D	4,44	2,01 - 9,81	
	IBS - M	5,59	2,87 - 10,89	
	IBS - U	1		
Con đau bụng khi đại tiện		2,19	1,34 - 3,54	0,002
Tần suất đại tiện thay đổi khi đau bụng		1,94	1,21 - 3,13	0,008
Có > 3 triệu chứng lâm sàng		6,71	2,92 - 28,26	< 0,001

Nữ giới có nguy cơ RLLA hơn so với nam giới. So với HCRKT IBS-U, thể IBS-C, IBS-D và IBS-M có nguy cơ RLLA cao hơn với OR lần lượt là 4,37, 4,44 và 5,59 ($p < 0,05$). Con đau bụng khi đại tiện, tần suất đại tiện thay đổi và có > 3 triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa có nguy cơ bị RLLA.

Bảng 6: Một số yếu tố nguy cơ RLTC ở BN HCRKT.

Đặc điểm		Trầm cảm hoặc có dấu hiệu trầm cảm		
		OR	95% CI	Giá trị p
Giới tính	Nam	1		
	Nữ	1,96	1,62 - 2,28	0,011
Các thể lâm sàng của HCRKT	IBS - C	4,26	1,93 - 9,39	< 0,001
	IBS - D	7,01	2,89 - 17,04	
	IBS - M	6,59	3,03 - 14,31	
	IBS - U	1		
Con đau bụng khi đại tiện		1,41	0,84 - 2,36	0,242
Tần suất đại tiện thay đổi khi đau bụng		1,60	0,96 - 2,86	0,073
Có > 3 triệu chứng lâm sàng		16,14	7,99 - 32,57	< 0,001

Nữ giới có nguy cơ RLTC cao hơn so với nam giới. Thể IBS-C, IBS-D, IBS-M có nguy cơ RLTC cao hơn so với thể IBS-U với OR lần lượt là 4,26, 7,01, 6,59 ($p < 0,001$). Số triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa trên > 3 có nguy cơ RLTC.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu này là một trong những khảo sát về RLLA, RLTC bằng thang điểm HADS trên BN HCRKT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME IV ở khu vực miền Trung - Tây Nguyên và đánh giá liên quan giữa một số đặc điểm, thể bệnh lâm sàng của HCRKT với các rối loạn này. Tổng cộng có 287 BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán HCRKT theo tiêu chuẩn ROME IV tham gia nghiên cứu, với tuổi trung bình là

50,9 ±14,0, đa số ở lứa tuổi trẻ và trung niên chiếm hơn 60%, nữ giới chiếm 51%. BN có các triệu chứng chủ yếu của HCRKT (Bảng 1) như cơn đau bụng khi đại tiện (57,5%), tần suất đại tiện thay đổi khi đau bụng (54%) và thay đổi hình dạng phân khi đại tiện (51,6%), ngoài ra còn gặp các triệu chứng tiêu hoá khác là khó tiêu, chướng hơi, ợ hơi. 54,4% BN có ≥ 4 triệu chứng. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác, ngoài các

triệu chứng của HCRKT, BN còn có các triệu chứng khác và một số rối loạn, thay đổi khác mang tính chất chức năng, tâm lý [7, 8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thể lâm sàng HCRKT gặp nhiều nhất là thể không xác định (IBS-U) với 35,2%, tiếp theo thể IBS-M, IBS-C và IBS-D lần lượt là 25,8%, 25,4% và 13,6% (Bảng 2). Theo nghiên cứu của Đoàn Phan Ngọc Thảo và CS, tỷ lệ IBS-D chiếm 63,5%, tiếp đến IBS-M (19,9%), IBS-C (13,8%), IBS-U là 2,8% [7]. Một nghiên cứu khác trên đối tượng là sinh viên cho thấy tỷ lệ các thể IBS-M, IBS-D, IBS-C và IBS-U lần lượt là 44,2%, 32,6%, 11,6% và 11,6% [5] cho thấy HCRKT có sự phân bố các thể lâm sàng đa dạng, có thể do sự thiếu đồng nhất về đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán. Ngoài ra, theo nghiên cứu của Hu Z và CS (2021), IBS-U không có sự khác biệt so với người bình thường về nguy cơ gây nên tình trạng lo âu/trầm cảm và được xem là thể bệnh ít gây ảnh hưởng đến người bệnh nhất [2]; do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, BN thể IBS-U được phân tích như là nhóm so sánh khi phân tích yếu tố nguy cơ RLLA và RLTC so với 3 thể còn lại (Bảng 4 và 5). Trong số 287 BN mắc HCRKT được đánh giá theo thang điểm HADS, 43,6% BN có tình trạng lo âu, trong đó

dấu hiệu lo âu chiếm 28,9% và lo âu thực sự là 14,7%. Ngoài ra, tỷ lệ BN HCRKT mắc trầm cảm là 30,3%, trong đó có dấu hiệu trầm cảm là 21,6% và thực sự trầm cảm là 8,7% (Bảng 3). Trong một nghiên cứu tổng hợp cho thấy tỷ lệ BN có rối loạn tiêu hoá chức năng nói chung có ít nhất một chứng rối loạn tâm thần dao động từ 40 - 60% và tăng cao hơn ở nhóm BN mắc HCRKT [9]. Điều này cho thấy vấn đề về rối loạn tâm thần liên quan đến HCRKT gặp phổ biến trong các nghiên cứu [2, 8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4), BN HCRKT bị lo âu thực sự gặp nhiều nhất ở thể IBS-M (27%), tiếp đến là thể IBS-D (20,6%), IBS-C (15,1%). Tuy nhiên, BN có dấu hiệu lo âu gặp nhiều nhất ở thể IBS-C với 38,4%, tiếp đến là IBS-D, IBS-M, lần lượt là 33,3% và 32,4%. Đối với RLTC, BN HCRKT bị trầm cảm thực sự có tỷ lệ cao nhất ở thể IBS-M với 17,6%, tiếp đến là IBS-C và IBS-D lần lượt là 8,2% và 7,7%. Tuy nhiên, ở nhóm BN có dấu hiệu trầm cảm, gặp nhiều nhất là thể IBS-D với 38,5%, tiếp đến là IBS-M và IBS-C lần lượt 27% và 26%. Thể lâm sàng HCRKT gặp thấp nhất ở tất cả BN có RLLA và RLTC là IBS-U. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu tổng hợp của Cho H.S và CS với tỷ lệ lo âu theo thang điểm HADS của BN HCRKT

theo tiêu chuẩn ROME III thể IBS-C là 53,3%, thể IBS-D là 30,2%, IBS-M là 41,9%; tỷ lệ trầm cảm ở BN thể IBS-C là 56,7%, IBS-D là 31,7%, IBS-M là 35,5% [10]. Một nghiên cứu tổng hợp khác của Lee C và CS cho thấy tỷ lệ lo âu ở BN HCRKT thể IBS-C là cao nhất, tiếp đến là IBS-M và IBS-D và tỷ lệ trầm cảm cũng được ghi nhận nhiều nhất ở BN thể IBS-C, tiếp theo là IBS-D và IBS-M [9]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới ít có nguy cơ bị RLLA hơn so với nữ giới. Khi so sánh HCRKT với thể lâm sàng IBS-U thì IBS-C, IBS-D và IBS-M có nguy cơ RLLA cao hơn với OR lần lượt là 4,37, 4,44 và 5,59 ($p < 0,05$). Một số đặc điểm như cơn đau bụng khi đại tiện, tần suất đại tiện thay đổi và có > 3 triệu chứng lâm sàng đường tiêu hóa có nguy cơ bị RLLA cao hơn (Bảng 5). Tương tự đối với RLTC, nam giới ít có nguy cơ bị RLTC hơn so với nữ giới. HCRKT với thể lâm sàng IBS-C, IBS-D, IBS-M có nguy cơ RLTC cao hơn so với thể IBS-U với OR lần lượt là 4,26, 7,01, 6,59 ($p < 0,001$) (Bảng 6). Kết quả chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu tổng hợp của Hu Z và CS cho thấy IBS-M có nguy cơ cao gây LRLA và RLTC ở BN HCRKT [2] và BN HCRKT mắc phải RLLA và RLTC cao hơn so với nhóm chứng là những người bình thường không bị HCRKT [9].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 287 BN HCRKT chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME IV cho thấy RLLA, RLTC gặp khá phổ biến với tỷ lệ lần lượt là 43,6% và 30,3% theo thang điểm lo âu và trầm cảm bệnh viện (HADS), nữ giới mắc các rối loạn này cao hơn nam giới. RLLA, RLTC có nguy cơ gặp ở BN HCRKT thể IBS-D, IBS-C và IBS-M cao hơn so với thể IBS-U. Do đó, cần quan tâm đánh giá RLLA, RLTC ở BN HCRKT trong chẩn đoán và theo dõi điều trị để đạt kết quả tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lacy, B. E., Pimentel, M., Brenner, D. M., Chey, W. D., Keefer, L. A., Long, M. D., & Moshiree, B. (2021). ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Official Journal of the American College of Gastroenterology* (ACG); 116(1):17-44.
2. Hu Z, Li M., Yao L., Wang Y., Wang E., et al (2021). The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*; 21(1): 1-18.
3. Palsson, O. S., Whitehead, W. E., Van Tilburg, M. A., Chang, L., Chey, W., Crowell, M. D., & Yang, Y. (2016).

Development and validation of the Rome IV diagnostic questionnaire for adults. *Gastroenterology*; 150(6): 1481-1491.

4. Zigmond A. S., Snaith R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*; 67(6):361-370.

5. Nguyễn Thúy Bích, Phan Trung Nam (2020). Tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan HCRKT ở sinh viên Y khoa trường Đại Học Y Dược, Đại Học Huế. *Tạp chí Y Dược Học*; 10(5):11-17.

6. Phạm Quang Cử (2003). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, yếu tố thuận lợi của HCRKT. *Y học Thực hành*; 12:41-43.

7. Đoàn Phan Ngọc Thảo, Nguyễn Ngọc Phúc, Võ Duy Thông, Bùi Thị Hương Quỳnh (2019). Khảo sát chất lượng sống và các yếu tố liên quan đến chất lượng sống của BN mắc HCRKT.

Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh; 23(2):227.

8. Zamani M., Alizadeh-Tabari S., Zamani V. (2019). Systematic review with meta-analysis: The prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*; 50(2):132-143.

9. Lee C., Doo E., Choi J. M., Jang S. H., et al (2017). The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*; 23(3):349.

10. Cho H. S., Park J. M., Lim C. H., Cho Y. K., et al (2011). Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut and liver*; 5(1):29-36.