

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN SỰ THÍCH ỨNG VỚI PHẢN ỨNG TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THANH QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K TÂN TRIỀU

Phạm Phương Quỳnh¹, Nguyễn Tiến Hùng^{1,3} và Dương Minh Tâm^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện K

Nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 142 người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện K Tân Triều. Tuổi trung bình $60,95 \pm 8,64$ tuổi, nam giới chiếm 96,5%. Tỷ lệ mắc rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm là 36,6%. Tác nhân stress chủ yếu là chẩn đoán ung thư (90,6%) và quá trình điều trị (82,7%). Khí sắc trầm gặp ở 100% người bệnh, giảm năng lượng (96,2%), mất ngủ (98,1%) và ý tưởng tự sát (25,0%) là các triệu chứng lâm sàng nổi bật. Tỷ lệ rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm giai đoạn III–IV (OR = 3,0; 95%CI: 1,4 – 6,3; $p = 0,003$) và nhóm đang điều trị hoặc tái phát ($p = 0,007$).

Từ khóa: Ung thư thanh quản, rối loạn sự thích ứng, phản ứng trầm cảm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản (UTTQ) là bệnh lý ác tính của đường hô hấp trên, chiếm khoảng 1/3 các ung thư đầu mặt cổ và là nguyên nhân gây tử vong đáng kể trên toàn cầu. Theo Nocini và cộng sự (2020), tỷ lệ mắc và tử vong của ung thư thanh quản ước tính lần lượt là 2,76 và 1,66 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm.¹ Tại Việt Nam, nghiên cứu giai đoạn 1996 - 2015 tại Thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận tỷ lệ mắc có xu hướng tăng nhẹ; bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với độ tuổi chẩn đoán trung bình khoảng 56 tuổi.²

Không chỉ đe dọa tính mạng, ung thư thanh quản còn gây ảnh hưởng sâu sắc đến chức năng giọng nói, nuốt, giao tiếp và vai trò xã hội của người bệnh. Những thay đổi này tạo nên căng thẳng kéo dài, buộc người bệnh

phải thích nghi với hoàn cảnh sống mới. Khi khả năng thích ứng không đáp ứng được, các phản ứng cảm xúc như buồn bã, lo âu, mất ngủ, giảm hứng thú có thể xuất hiện và kéo dài. Theo ICD-10, khi các biểu hiện này vượt quá khả năng thích nghi nhưng chưa đạt tiêu chuẩn của một giai đoạn trầm cảm điển hình, chúng được xếp vào rối loạn sự thích ứng (RLSTU) với phản ứng trầm cảm.³ Rối loạn này khá phổ biến ở người bệnh ung thư đầu cổ. Theo Van Beek và cộng sự (2022) tỷ lệ rối loạn sự thích ứng lên tới 23,5%.⁴ Nghiên cứu của Rohde và cộng sự (2018) trên hơn 71.000 người bệnh ung thư đầu cổ cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản là 28,5%, cao nhất trong các vị trí ung thư đầu cổ.⁵ Đáng chú ý, các triệu chứng như mệt mỏi, mất ngủ, chán ăn dễ bị nhầm lẫn với biểu hiện của bệnh lý thực thể hoặc tác dụng phụ của điều trị, dẫn đến tình trạng bỏ sót và chậm can thiệp.

Tuy nhiên, rối loạn sự thích ứng với phản

Tác giả liên hệ: Dương Minh Tâm

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 15/05/2026

Ngày được chấp nhận: 08/06/2026

ứng trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản vẫn chưa được nghiên cứu có hệ thống tại Việt Nam. Việc nhận diện và mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn này có ý nghĩa thực tiễn trong phát hiện sớm, hỗ trợ can thiệp tâm lý - xã hội và nâng cao hiệu quả điều trị toàn diện cho người bệnh. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản tại Bệnh viện K Tân Triều” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản điều trị nội trú tại Bệnh viện K Tân Triều.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư thanh quản điều trị nội trú tại Bệnh viện K Tân Triều.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh có các rối loạn ý thức hoặc suy giảm nhận thức nặng mà không tiếp xúc hay hỏi bệnh được; Người bệnh đã được chẩn đoán rối loạn trầm cảm (F32, F33, F31) trước khi được chẩn đoán ung thư thanh quản; Người bệnh hoặc người chăm sóc không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tuân thủ yêu cầu của nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện K Tân Triều từ tháng 10/2025 đến tháng 3/2026.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: lấy mẫu toàn bộ. Tổng số người bệnh đã tham gia nghiên cứu và hoàn thiện đầy đủ bộ câu hỏi nghiên cứu là 142.

Nghiên cứu được tiến hành theo các bước: Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, gồm các bước:

- Bước 1: Thu thập thông tin chung: thu thập các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình, quá trình bệnh lý, giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị thông qua hồ sơ bệnh án kết hợp phỏng vấn người bệnh và người nhà.

- Bước 2: Đánh giá rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm: người bệnh được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi nghiên cứu, kết hợp thăm khám lâm sàng theo tiêu chuẩn ICD-10 dựa trên sự xuất hiện triệu chứng sau các tác nhân stress liên quan đến bệnh ung thư, gây ảnh hưởng đến chức năng tâm lý - xã hội nhưng không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm theo ICD-10 nhằm thu thập thông tin về đặc điểm RLSTU với phản ứng trầm cảm và các yếu tố stress liên quan đến bệnh.

- Bước 3: Khám lâm sàng: người bệnh được khám lâm sàng tâm thần, thần kinh và nội khoa. Trong trường hợp cần thiết, nghiên cứu viên tham khảo ý kiến bác sĩ điều trị và hội chẩn để xác định chẩn đoán.

Biến số và chỉ số

Các biến số nghiên cứu bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính; đặc điểm lâm sàng ung thư thanh quản: giai đoạn bệnh, tình trạng bệnh, phương pháp điều trị; các tác nhân stress liên quan đến bệnh (chẩn đoán ung thư, quá trình điều trị, chi phí điều trị, thay đổi vai trò xã hội/gia đình); đặc điểm triệu chứng lâm sàng RLSTU với phản ứng trầm cảm theo tiêu chuẩn ICD-10 bao gồm triệu chứng đặc trưng (khí sắc trầm, mất quan tâm thích thú, giảm năng lượng), triệu chứng phổ biến (giảm tập trung chú ý, giảm tự tin, cảm giác tội lỗi, nhìn tương lai ảm đạm, ý tưởng tự sát, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống) và các yếu tố lâm sàng liên quan

đến RLSTU với phản ứng trầm cảm.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm, các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Giá trị p , tỷ suất chênh (Odd Ratio - OR) và 95% khoảng tin cậy (KTC) được tính toán cho mỗi biến, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự cho phép của Trường Đại học Y Hà Nội, căn cứ vào Quyết định giao đề tài luận văn Thạc sĩ số 655 /QĐ-ĐHYHN ngày 24 tháng 02 năm 2026 của

trường Đại học Y Hà Nội và tiến hành được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện K. Người bệnh và người nhà được giải thích đầy đủ về mục tiêu nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và được bảo mật.

Trong quá trình nghiên cứu, các trường hợp có biểu hiện nguy cơ tâm thần nặng hoặc ý tưởng tự sát được nghiên cứu viên phối hợp với bác sĩ điều trị để theo dõi, hỗ trợ chuyên môn hoặc can thiệp chuyên khoa tâm thần khi cần thiết nhằm đảm bảo an toàn tuyệt đối cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

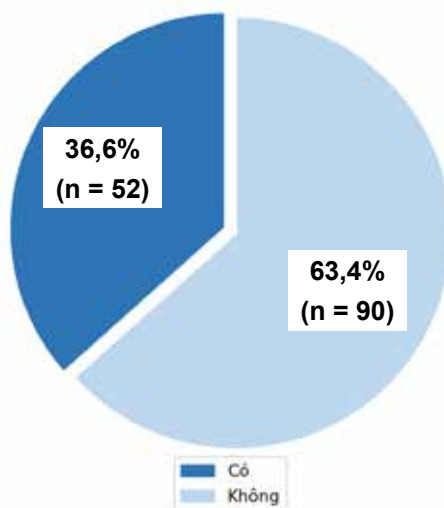
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 142)

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình		60,95 ± 8,64 (39 - 89)	
Giới tính	Nam	137	96,5
	Nữ	5	3,5
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	50	35,2
	Giai đoạn II	48	33,8
	Giai đoạn III	19	13,4
	Giai đoạn IV	25	17,6
Tình trạng bệnh	Đang điều trị	112	78,8
	Sau điều trị	15	10,6
	Tái phát	15	10,6
Phương pháp điều trị	Phẫu thuật đơn thuần	101	71,2
	Xạ trị đơn thuần	3	2,1
	Phẫu thuật + Xạ trị	18	12,7
	Hóa xạ trị đồng thời	4	2,8
	Phẫu thuật + Hóa xạ trị	5	3,5
	Từ chối điều trị	11	7,7

Trong 142 đối tượng nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $60,95 \pm 8,64$ tuổi, dao động từ 39 đến 89 tuổi, chủ yếu là nam giới (96,5%). Về giai đoạn bệnh, hơn 2/3 người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm (giai đoạn I và II chiếm 69,0%). Phần lớn người bệnh đang

trong quá trình điều trị (78,8%), trong đó phẫu thuật đơn thuần là phương pháp phổ biến nhất (71,2%). Đáng chú ý, có 7,7% người bệnh từ chối điều trị.

2. Đặc điểm rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ RLSTU với phản ứng trầm cảm ở đối tượng nghiên cứu (n = 142)

Tỷ lệ RLSTU với phản ứng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 52 người bệnh (36,6%).

Bảng 2. Đặc điểm tác nhân stress liên quan đến bệnh ở nhóm có RLSTU với phản ứng trầm cảm (n = 52)

Đặc điểm tác nhân gây stress	n	%
Chẩn đoán ung thư	47	90,6
Quá trình điều trị	43	82,7
Chi phí điều trị	27	51,9
Thay đổi vai trò trong gia đình/ xã hội	33	63,5

Tác nhân stress thường gặp nhất ở người bệnh RLSTU với phản ứng trầm cảm là chẩn đoán ung thư (90,6%) và quá trình điều trị bệnh

(82,7%). Ngoài ra, thay đổi vai trò trong gia đình/xã hội và gánh nặng chi phí điều trị cũng gặp với tỷ lệ khá cao.

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng RLSTU với phản ứng trầm cảm (n = 52)

Nhóm triệu chứng	Biểu hiện thường gặp	n	%
Triệu chứng đặc trưng	Khí sắc trầm	52	100,0
	Mất quan tâm thích thú	45	86,5
	Giảm năng lượng	50	96,2
Triệu chứng phổ biến	Giảm tập trung chú ý	52	100,0
	Giảm tự tin	49	94,2
	Nhìn tương lai ảm đạm	51	98,1
	Cảm giác tội lỗi	32	61,5
	Ý tưởng tự sát	13	25,0
Triệu chứng cơ thể	Mất ngủ	51	98,1
	Chán ăn	43	82,7
	Sụt cân	33	63,5
	Giảm nhu cầu tình dục	36	69,2

Ở nhóm người bệnh RLSTU với phản ứng trầm cảm, các triệu chứng đặc trưng xuất hiện với tỷ lệ cao, trong đó khí sắc trầm gặp ở toàn bộ người bệnh (100,0%), tiếp theo là giảm năng lượng (96,2%) và mất quan tâm thích thú (86,5%). Trong nhóm triệu chứng phổ biến:

nhìn tương lai ảm đạm, giảm tự tin và giảm tập trung chú ý chiếm tỷ lệ cao; ý tưởng tự sát gặp ở 25,0% người bệnh. Các triệu chứng cơ thể gặp nhiều gồm mất ngủ (98,1%) và chán ăn (82,7%).

Bảng 4. Phân bố RLSTU với phản ứng trầm cảm theo một số đặc điểm lâm sàng (n = 142)

Đặc điểm		Có RLSTU với phản ứng trầm cảm n (%)	Không RLSTU với phản ứng trầm cảm n (%)	p	OR	95%CI
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I-II	28 (28,6)	70 (71,4)	0,003	3,0	1,4 - 6,3
	Giai đoạn III-IV	24 (54,5)	20 (45,5)			
Tình trạng bệnh	Đang điều trị	45 (40,2)	67 (59,8)	0,007	-	-
	Sau điều trị	0 (0,0)	15 (100,0)			
	Tái phát	7 (46,7)	8 (53,3)			

Tỷ lệ RLSTU với phản ứng trầm cảm ở nhóm người bệnh giai đoạn III-IV cao hơn giai đoạn I-II (54,5% so với 28,6%), với nguy cơ mắc cao

gấp 3,0 lần (OR = 3,0; 95%CI: 1,4 - 6,3; p = 0,003). Theo tình trạng bệnh, nhóm tái phát và đang điều trị có tỷ lệ RLSTU với phản ứng trầm

cảm cao hơn nhóm sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của người bệnh là $60,95 \pm 8,64$ tuổi, dao động từ 39 đến 89 tuổi, nam giới chiếm tuyệt đại đa số (96,5%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của ung thư thanh quản tại Việt Nam và trên thế giới, khi bệnh phổ biến ở nam giới trung niên và cao tuổi, có liên quan chặt chẽ đến hút thuốc lá và sử dụng rượu bia.⁶ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Khắc Sơn (2023), trong đó tuổi trung bình là $64,4 \pm 10,5$ tuổi và tỷ lệ nam giới chiếm 96,59%.⁷ Về giai đoạn bệnh, hơn 2/3 người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn I và II (69,0%), phù hợp với đặc điểm ung thư thanh quản khi triệu chứng khàn tiếng thường xuất hiện sớm giúp phát hiện bệnh kịp thời.⁸ Tuy nhiên, vẫn còn 17,6% ở giai đoạn IV cho thấy một bộ phận người bệnh đến viện muộn. Phẫu thuật đơn thuần là phương pháp điều trị phổ biến nhất (71,2%), phù hợp với tỷ lệ cao người bệnh giai đoạn sớm. Đáng chú ý, 7,7% người bệnh từ chối điều trị, có thể là biểu hiện của RLSTU với phản ứng trầm cảm khi người bệnh mất động lực và hy vọng trước chẩn đoán ung thư.^{9,10}

Tỷ lệ RLSTU với phản ứng trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,6% (52/142 người bệnh). Kết quả này cao hơn so với phân tích gộp của Mitchell và cộng sự trên 94 nghiên cứu, trong đó tỷ lệ RLSTU ở người bệnh ung thư dao động từ 19,4% đến 35,1%.¹⁰ Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi tổn thương đặc thù của ung thư thanh quản là một bệnh lý ảnh hưởng trực tiếp đến giọng nói và chức năng giao tiếp, gây ra gánh nặng tâm lý đáng kể so với các loại ung thư khác,^{11,12} đồng thời trong bối cảnh điều trị nội trú, hầu hết bệnh nhân

đang điều trị (78,8%) với các sang chấn tâm lý cấp tính cũng là yếu tố thúc đẩy xuất hiện RLSTU với phản ứng trầm cảm.^{9,13}

Về đặc điểm tác nhân stress, chẩn đoán ung thư (90,6%) và quá trình điều trị (82,7%) là hai tác nhân phổ biến nhất trong nhóm có RLSTU với phản ứng trầm cảm. Đây là những sang chấn tâm lý cấp tính mạnh mẽ, trực tiếp kích hoạt phản ứng stress và rối loạn thích ứng.^{9,13} Ngoài ra, thay đổi vai trò trong gia đình và xã hội (63,5%) phản ánh tác động toàn diện của bệnh lên chức năng sống, đặc biệt ở nam giới trung niên vốn là trụ cột gia đình,¹⁴ trong khi gánh nặng chi phí điều trị (51,9%) là yếu tố stress đáng kể trong bối cảnh kinh tế-xã hội tại Việt Nam.⁵

Về đặc điểm triệu chứng lâm sàng, mặc dù nhiều người bệnh xuất hiện các triệu chứng trầm cảm như khí sắc trầm (100%), tiếp theo là giảm năng lượng (96,2%) và mất quan tâm thích thú (86,5%) tuy nhiên các trường hợp trong nghiên cứu không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm theo ICD-10 về số lượng triệu chứng, thời gian tồn tại triệu chứng và mức độ suy giảm chức năng. Vì vậy, các trường hợp này được xác định là RLSTU với phản ứng trầm cảm thay vì rối loạn trầm cảm chủ yếu. Trong nhóm triệu chứng phổ biến, giảm tập trung chú ý (100%), nhìn tương lai ảm đạm (98,1%) và giảm tự tin (94,2%) chiếm tỷ lệ đặc biệt cao, phản ánh gánh nặng tâm lý khi người bệnh đối mặt với nguy cơ mất giọng nói vĩnh viễn sau phẫu thuật.^{11,12} Đáng chú ý, có 25,0% người bệnh xuất hiện ý tưởng tự sát. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kam và cộng sự (2015), trong đó người bệnh ung thư thanh quản có nguy cơ tự sát cao gấp 5,48 lần so với dân số chung.¹⁵ Điều này cho thấy cần tăng cường sàng lọc và đánh giá nguy cơ tự sát thường quy trong chăm sóc tâm lý cho người bệnh ung thư thanh quản. Trong nghiên

cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào có toan tự sát, tuy nhiên tỷ lệ có ý tưởng tự sát ở mức 25,0% vẫn là tín hiệu cảnh báo cần được theo dõi và can thiệp kịp thời. Mất ngủ (98,1%) và chán ăn (82,7%) là các triệu chứng cơ thể phổ biến nhất; cần lưu ý rằng một số triệu chứng như sụt cân (63,5%) và chán ăn có thể là hệ quả đồng thời của cả bệnh ung thư lẫn trạng thái trầm cảm, gây khó khăn trong việc phân biệt triệu chứng tâm thần và thực thể.¹⁰

Về phân bố RLSTU với phản ứng trầm cảm theo đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ mắc ở nhóm giai đoạn III-IV cao hơn giai đoạn I-II (54,5% so với 28,6%), với nguy cơ mắc cao gấp 3,0 lần (OR = 3,0; 95%CI: 1,4 - 6,3; p = 0,003). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Murariu và cộng sự (2024), trong đó mức độ lo âu và trầm cảm tăng dần theo giai đoạn ung thư thanh quản, liên quan đến tiên lượng xấu hơn và lo ngại về tử vong.¹¹ Theo tình trạng bệnh, nhóm đang điều trị (40,2%) và tái phát (46,7%) có tỷ lệ RLSTU với phản ứng trầm cảm cao hơn đáng kể so với nhóm sau điều trị (0,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,007). Điều này phản ánh vai trò tích cực của việc hoàn thành điều trị trong phục hồi tâm lý, trong khi tái phát bệnh là một sang chấn tâm lý mạnh làm suy giảm niềm tin vào điều trị và tăng nguy cơ rối loạn thích ứng.^{9,14} Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường sàng lọc và can thiệp sớm các rối loạn tâm thần ở người bệnh ung thư thanh quản, đặc biệt ở nhóm bệnh giai đoạn muộn và đang điều trị nhằm cải thiện chất lượng sống và khả năng thích nghi tâm lý - xã hội.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế cần được lưu ý khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, cỡ mẫu còn nhỏ (n = 142) với phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên tính đại diện cho quần thể chung còn hạn chế. Thứ hai, do đặc thù của ung thư thanh quản, một bộ phận người bệnh mất khả năng giao tiếp bằng lời nói sau

phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến chất lượng thu thập số liệu qua phỏng vấn. Thứ ba, thiết kế cắt ngang chỉ cho phép đánh giá được các yếu tố liên quan tại một thời điểm. Vì vậy, rất cần có những nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn với thời gian theo dõi dài hơn để có cái nhìn toàn diện hơn về diễn tiến và tiên lượng của RLSTU với phản ứng trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm gặp ở 36,6% người bệnh ung thư thanh quản điều trị nội trú, với các tác nhân gây stress chủ yếu liên quan đến chẩn đoán ung thư và quá trình điều trị. Biểu hiện lâm sàng nổi bật bao gồm khí sắc trầm, giảm năng lượng, rối loạn giấc ngủ và ý tưởng tự sát, phản ánh gánh nặng tâm lý đáng kể ở nhóm người bệnh này. Tỷ lệ rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm giai đoạn III-IV (54,5%) so với nhóm giai đoạn I-II (28,6%) với OR = 3,0; 95%CI: 1,4 - 6,3; p = 0,003, và ở nhóm đang điều trị (40,2%) hoặc tái phát (46,7%) so với nhóm sau điều trị (0,0%) (p = 0,007), cho thấy đây là những nhóm đối tượng cần được quan tâm đặc biệt trong thực hành lâm sàng.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường sàng lọc các rối loạn tâm thần, đặc biệt là rối loạn sự thích ứng với phản ứng trầm cảm ở người bệnh ung thư thanh quản, nhất là ở nhóm bệnh giai đoạn muộn, đang điều trị hoặc tái phát. Đồng thời, cần phối hợp hỗ trợ tâm lý và can thiệp tâm thần sớm nhằm nâng cao chất lượng sống và khả năng thích nghi tâm lý- xã hội cho người bệnh.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc, các y bác sĩ và cán bộ y tế tại

Bệnh viện K Tân Triều đã tạo điều kiện và hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thu thập số liệu. Chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến những người bệnh và gia đình đã tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu này. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nội dung và kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, Lippi G. Updates on larynx cancer epidemiology. *Chin J Cancer Res Chung-Kuo Yen Cheng Yen Chiu*. 2020; 32(1): 18-25. doi:10.21147/j.issn.1000-9604.2020.01.03.
2. Deutsch F, Tran NH, Pham DX, et al. Trends in head and neck cancer incidence in Ho Chi Minh City, Vietnam between 1996 and 2015. *Cancer Epidemiol*. 2024; 93:102686. doi:10.1016/j.canep.2024.102686.
3. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization; 1992.
4. Van Beek FE, Wijnhoven LMA, Custers JAE, et al. Adjustment disorder in cancer patients after treatment: prevalence and acceptance of psychological treatment. *Support Care Cancer*. 2022; 30(2): 1797-1806. doi:10.1007/s00520-021-06530-0.
5. Rohde RL, Adjei Boakye E, Challapalli SD, et al. Prevalence and sociodemographic factors associated with depression among hospitalized patients with head and neck cancer-Results from a national study. *Psychooncology*. 2018; 27(12): 2809-2814. doi:10.1002/pon.4893.
6. Igissin N, Zatonskikh V, Telmanova Z, Tulebaev R, Moore M. Laryngeal cancer: epidemiology, etiology, and prevention: a narrative review. *Iran J Public Health*. 2023; 52(11): 2248-2259. doi:10.18502/ijph.v52i11.14025.
7. Sơn NK, Dũng NH, Quang LX. Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần điều trị ung thư thanh quản tại Bệnh viện đại học Y Dược Tp.Hồ Chí Minh từ năm 2018 đến năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 526(1A). doi:10.51298/vmj.v526i1A.5299.
8. Dragicevic D, Anđelic B, M Jovic R, Kljajic V, Vlaski L, Savovic S. Clinical stage of laryngeal carcinoma and lost time at the moment of diagnosis with 15-year-long interval. Are there any changes? *J BUON Off J Balk Union Oncol*. 2019; 24(6): 2499-2505.
9. Casey P. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*. 2009; 23(11): 927-938. doi:10.2165/11311000-000000000-00000.
10. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011; 12(2): 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
11. Murariu MO, Boia ER, Horhat DI, et al. Psychological Well-Being and Quality of Life in Laryngeal Cancer Patients across Tumor. *J Clin Med*. 2024; 13(20): 6138. doi:10.3390/jcm13206138.
12. Braz DSA, Ribas MM, Dedivitis RA, Nishimoto IN, Barros APB. Quality of life and depression in patients undergoing total and partial laryngectomy. *Clin Sao Paulo Braz*. 2005; 60(2): 135-142. doi:10.1590/s1807-59322005000200010.
13. Yaseen YA. Adjustment disorder: Prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic. *Asian J Psychiatry*. 2017; 28: 82-85. doi:10.1016/j.ajp.2017.03.012.
14. Howren MB, Christensen AJ, Karnell LH, Funk GF. Psychological factors associated

with head and neck cancer treatment and survivorship: evidence and opportunities for behavioral medicine. *J Consult Clin Psychol.* 2013; 81(2): 299-317. doi:10.1037/a0029940.

15. Kam D, Salib A, Gorgy G, et al. Incidence of Suicide in Patients With Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg.* 2015; 141(12): 1075-1081. doi:10.1001/jamaoto.2015.2480.

Summary

CHARACTERISTICS OF ADJUSTMENT DISORDER WITH DEPRESSIVE REACTION IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER AT K TAN TRIEU HOSPITAL

This cross-sectional descriptive study aimed to characterize the clinical features of adjustment disorder with depressive reaction among inpatients with laryngeal cancer at K Tan Trieu Hospital. A total of 142 patients were enrolled, with a mean age of 60.95 ± 8.64 years old and a predominance of male patients (96.5%). The prevalence of adjustment disorder with depressive reaction was 36.6%. The most common stressors were cancer diagnosis (90.6%) and medical treatment (82.7%). Depressed mood was present in all patients (100%), followed by reduced energy (96.2%), insomnia (98.1%), and suicidal ideation (25.0%). The prevalence of adjustment disorder with depressive reaction was significantly higher in patients with stage III–IV disease compared to stage I–II (OR = 3.0; 95%CI: 1.4 – 6.3; $p = 0.003$) and in those currently undergoing treatment or experiencing recurrence compared to post-treatment patients ($p = 0.007$).

Keywords: Laryngeal cancer, adjustment disorder, depressive reaction.