

vào các đối tượng nguy cơ cao và các nội dung kiến thức còn yếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Diabetes. Accessed October 23, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về sàng lọc và quản lý đái tháo đường thai kỳ. Quyết định số 1470/QĐ-BYT ngày 29/05/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2024. Accessed October 19, 2024.
3. Sweeting A, Wong J, Murphy HR, Ross GP. A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocrine Reviews*. 2022;43(5):763. doi:10.1210/edrv/bnac003
4. Shah NS, Wang MC, Freaney PM, et al. Trends in Gestational Diabetes at First Live Birth by Race and Ethnicity in the US, 2011-2019. *JAMA*. 2021;326(7):660-669. doi:10.1001/jama.2021.7217
5. Thomas S, Pienyu R, Rajan SK. Awareness and knowledge about gestational diabetes mellitus among antenatal women. *Psychology, Community & Health*. 2020;8(1). Accessed March

- 19, 2025. <https://psycharchives.org/en/item/db7affe6-7abe-4ba5-b31e-6159b787c3e8>
6. Lakshmi D, Felix AJW, Devi R, Manobharathi M. Study on knowledge about gestational diabetes mellitus and its risk factors among antenatal mothers attending care, urban Chidambaram. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2018;5(10): 4388-4392. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20183980
7. Nguyễn Thị Kiều Oanh, Bùi Thị Kim Thảo, Trần Thị Bích Huyền, Đoàn Thị Bảo Trúc, Phạm Thị Mộng Nghi, Lê Thị Mỹ Ly, Nguyễn Thị Minh Hiền. Kiến thức của thai phụ về đái tháo đường thai kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;(CD2):184-191. Accessed March 17, 2025. <https://scholar.dlu.edu.vn/thuvienso/bitstream/DLU123456789/183818/1/CVv46V519SCD22022184.pdf>
8. Vũ Thị Lệ Hiền. Thực trạng kiến thức về đái tháo đường thai kỳ của thai phụ tại Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Nam Định năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;539(3). Accessed March 17, 2025. doi:10.51298/vmj.v539i3.10112

TỈ LỆ CĂNG THẰNG VÀ TRẦM CẢM CỦA BỆNH NHÂN SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Trần Thị Hương Thủy¹, Huỳnh Thụy Phương Hồng², Nguyễn Đức Khánh²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Trong vòng 24 giờ sau can thiệp mạch vành qua da, bệnh nhân mạch vành có nguy cơ cao gặp phải các rối loạn tâm lý như căng thẳng và trầm cảm, có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục và tuân thủ điều trị. Thang đo Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) và Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) đã được hiệu chỉnh và khẳng định độ tin cậy tại Việt Nam để sàng lọc căng thẳng và trầm cảm. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân có căng thẳng và trầm cảm trong vòng 24 giờ sau can thiệp mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 98 bệnh nhân ≥ 18 tuổi đã thực hiện PCI tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025. Ngay trong vòng 24 giờ sau thủ thuật, bệnh nhân được đánh giá căng thẳng bằng PSS-10 (thấp: 0-13; trung bình: 14-26; cao: 27-40) và trầm cảm bằng PHQ-9 (không/ít: 0-4; nhẹ: 5-9; vừa đến nặng: ≥ 10). Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và phân tích mô tả bằng Microsoft Excel. **Kết quả:** Tuổi trung bình $64,3 \pm 10,3$ tuổi; nam 59,2%, nữ 40,8%. Trong vòng 24 giờ sau can thiệp mạch vành qua da, 100% bệnh nhân ghi nhận mức căng thẳng trung bình (PSS-10 14-26);

không có trường hợp căng thẳng cao. Về trầm cảm, 85,7% bệnh nhân không/ít trầm cảm (PHQ-9 0-4) và 14,3% có trầm cảm nhẹ (PHQ-9 5-9); không có trường hợp trầm cảm vừa hoặc nặng (PHQ-9 ≥ 10). Không có sự liên quan thang điểm PHQ-9 và PSS-10 với các yếu tố tuổi cao, giới, học vấn, số bệnh đồng mắc hay các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, suy tim, rung nhĩ hay COPD. **Kết luận:** Trong vòng 24 giờ sau PCI, toàn bộ bệnh nhân duy trì mức căng thẳng trung bình và 14,3% trải qua trầm cảm nhẹ. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc tâm lý sớm và can thiệp kịp thời để hỗ trợ quá trình phục hồi và nâng cao tuân thủ điều trị. **Từ khóa:** Can thiệp mạch vành qua da; căng thẳng; trầm cảm; PHQ-9; PSS-10

SUMMARY

PREVALENCE OF STRESS AND DEPRESSION IN PATIENTS WITHIN 24 HOURS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: The immediate post-PCI period is associated with significant psychological distress, including stress and depressive symptoms, which may adversely affect recovery and treatment adherence. The Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) are validated tools for screening stress and depression in the Vietnamese setting. **Objective:** To determine the prevalence of stress and depression in patients within 24 hours following PCI. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 98 consecutive patients aged ≥ 18 years who underwent PCI at the Interventional Cardiology Department of Military Hospital 175 between June

¹Bệnh viện Quân y 175

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hương Thủy

Email: huongthuy.libra@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025

2024 and May 2025. Within 24 hours post-procedure, stress was assessed using PSS-10 (low: 0–13; moderate: 14–26; high: 27–40) and depression using PHQ-9 (minimal: 0–4; mild: 5–9; moderate to severe: ≥ 10). Data were collected via face-to-face interviews and analyzed descriptively in Microsoft Excel. **Results:** The mean age was 64.3 ± 10.3 years; 59.2% were male. All patients (100%) exhibited moderate stress (PSS-10 scores 14–26), and none had high stress. Regarding depression, 85.7% had minimal symptoms (PHQ-9 scores 0–4) and 14.3% had mild depression (PHQ-9 scores 5–9); no patients met criteria for moderate or severe depression (PHQ-9 ≥ 10). No significant association was found between PHQ-9 and PSS-10 scores and factors such as advanced age, gender, educational level, number of comorbidities, or comorbid conditions including hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, heart failure, atrial fibrillation, or chronic obstructive pulmonary disease. **Conclusions:** Within the first 24 hours after PCI, moderate stress is universal among patients, and mild depressive symptoms affect 14.3%. These findings underscore the importance of early psychological screening and timely interventions to support recovery and optimize adherence in the immediate post-PCI period.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành (CAD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế toàn cầu, trong đó can thiệp mạch vành qua da (PCI) đã trở thành phương pháp điều trị chuẩn cho nhiều trường hợp tắc hẹp động mạch vành.¹ Tuy nhiên, ngay trong vòng 24 giờ sau thủ thuật, bệnh nhân thường gặp phải áp lực tâm lý đáng kể, biểu hiện qua căng thẳng cấp và triệu chứng trầm cảm nhẹ đến vừa, có thể làm tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và giảm hiệu quả tuân thủ điều trị.^{2,3}

Căng thẳng cấp và trầm cảm sau PCI không chỉ ảnh hưởng đến trạng thái tinh thần, mà còn liên quan chặt chẽ đến phản ứng viêm mạch vành, tăng nguy cơ tái hẹp và tử vong do biến cố tim mạch. Việc sàng lọc sớm những rối loạn tâm lý này vì thế đóng vai trò then chốt trong chăm sóc toàn diện bệnh nhân tim mạch, giúp can thiệp kịp thời và giảm thiểu các hậu quả bất lợi.

Thang Đánh giá Căng thẳng Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) và Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) đã được hiệu chỉnh, đánh giá độ tin cậy tại Việt Nam và được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng để định lượng mức độ căng thẳng và trầm cảm của bệnh nhân.^{4,5} PSS-10 giúp phân loại mức độ căng thẳng từ thấp đến cao, trong khi PHQ-9 cho phép đánh giá từ không/ít đến nặng trầm cảm, tạo cơ sở cho quyết định lâm sàng và can thiệp tâm lý.

Mặc dù một số nghiên cứu quốc tế đã báo cáo tỷ lệ lo âu-trầm cảm dao động từ 19%–37% trong 24–72 giờ đầu sau PCI^{6,7}, dữ liệu cụ thể tại

Việt Nam, nhất là khảo sát ngay trong vòng 24 giờ sau thủ thuật, vẫn còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này nhằm xác định chính xác tỷ lệ bệnh nhân trải qua căng thẳng và trầm cảm trong 24 giờ sau PCI tại Bệnh viện Quân y 175, từ đó đề xuất mô hình sàng lọc và can thiệp nhằm cải thiện kết quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, nhằm khảo sát đồng thời tỷ lệ căng thẳng và trầm cảm trong vòng 24 giờ sau thủ thuật PCI.

Địa điểm và thời gian: thực hiện tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí tuyển chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi nhập viện và đã được thực hiện PCI; Đồng ý tham gia, ký phiếu cam kết (informed consent).

Tiêu chí loại trừ: Tiền sử rối loạn tâm thần, trầm cảm, lo âu hay có đang dùng chất kích thích trước khi vào viện; Bệnh nhân không hợp tác trả lời hoặc tình trạng lâm sàng không cho phép.

Công cụ và biến khảo sát: (1) Thang đo căng thẳng (Perceived Stress Scale-10, PSS-10):⁴ phân loại: thấp (0–13), trung bình (14–26), cao (27–40). Thang đo trầm cảm (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9):⁵ phân loại: không/ít (0–4), nhẹ (5–9), vừa đến nặng (≥ 10). Thông tin nhân khẩu và lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử tim mạch, các yếu tố nguy cơ kèm theo.

Thu thập dữ liệu: Trong vòng 24 giờ sau thủ thuật PCI, điều dưỡng hoặc điều tra viên được đào tạo sẽ phỏng vấn trực tiếp, hướng dẫn bệnh nhân tự hoàn thành bảng câu hỏi khảo sát PSS-10 và PHQ-9. Mọi dữ liệu được ghi chép lên phiếu thu thập thông tin, kiểm tra lại tính đầy đủ trước khi nhập Excel.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được tổng hợp, nhập và xử lý bằng Microsoft Excel 2019. Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 17.0. Thống kê mô tả: trung bình \pm độ lệch chuẩn (\pm SD) cho biến liên tục; tần số và tỷ lệ phần trăm (%) cho biến phân loại. Không thực hiện kiểm định so sánh do mục tiêu chỉ mô tả tỷ lệ xuất hiện. Kiểm định tương quan Spearman giữa điểm số PHQ-9 và PSS-10 với các biến phân nhóm nhằm xác định tương quan.

Vấn đề đạo đức: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh – Đại học Y Dược TP.HCM và Bệnh viện Quân y 175 phê duyệt. Toàn bộ bệnh nhân được thông tin đầy đủ và ký cam kết tham gia, bảo đảm tính ẩn danh và bảo mật dữ liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

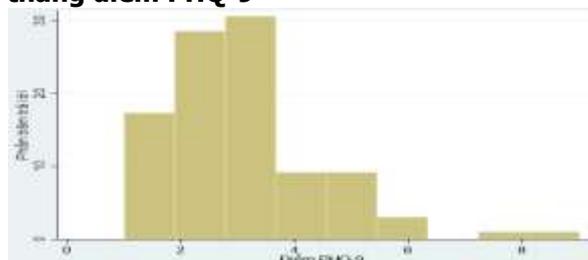
3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu.

Trong thời gian từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025, có 98 bệnh nhân ≥ 18 tuổi đã thực hiện PCI tại Bệnh viện Quân y 175 tham gia và nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $64,3 \pm 10,3$ tuổi (thấp nhất là 41 tuổi và cao nhất là 88 tuổi). Có 49 bệnh nhân (chiếm 50%) từ 65 tuổi trở lên. Có 58 bệnh nhân nam và 40 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam / nữ là 3:2. 100% người bệnh đã kết hôn và hiện đang sống cùng gia đình, điều kiện kinh tế ổn định. Về trình độ học vấn, tỉ lệ học vấn cấp 1,2,3 gần tương đương nhau, trình độ đại học có 12 người (chiếm 12,2%). Hơn 80% có từ 2 bệnh đồng mắc trở lên và trên 50% có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị		
	Tuổi trung bình, năm	$64,3 \pm 10,3$	
Đặc điểm	Từ 65 tuổi trở lên, n(%)	49 (50%)	
	Nam giới n(%)	58 (59,2%)	
	Đã kết hôn	98 (100%)	
Học vấn	Cấp 1	29,6%	
	Cấp 2	26 (26,5%)	
	Cấp 3	31 (31,6%)	
	Đại học	12 (12,2%)	
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	77 (78,6%)	
	Đái tháo đường	44 (44,9%)	
	Rối loạn lipid máu	62 (63,3%)	
	Rung nhĩ	7 (7,14%)	
	Suy tim	6 (6,12%)	
	COPD	5 (5,10%)	
	Bệnh đồng mắc khác	45 (45,9%)	
Số bệnh đồng mắc	0	3 (3,1%)	
	1	15 (15,3%)	
	2	30 (30,6%)	
	3	32 (32,6%)	
	4	15 (15,3%)	
	5	3 (3,1%)	
	Trên 2 bệnh đồng mắc	80 (81,6%)	

3.2. Phân tích mức độ trầm cảm theo thang điểm PHQ-9

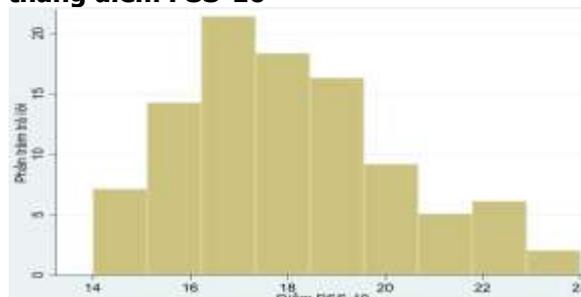


Biểu đồ 1. Phân bố điểm câu trả lời thang điểm PHQ-9 của người tham gia

Điểm PHQ-9 trung bình: $2,85 \pm 1,53$; trung vị = 3; Có 84/98 bệnh nhân (85,7%) không/ít trầm cảm (điểm: 0–4); 14/98 bệnh nhân (14,3%) trầm cảm nhẹ (điểm 5–9); không có bệnh nhân ở mức trầm cảm vừa/nặng (≥ 10): 0/98 (0%).

Không có sự liên quan giữa điểm PHQ-9 với giới tính, lớn tuổi, học vấn và số bệnh đồng mắc (hệ số tương quan Spearman $< 0,3$, $p > 0,05$). Điểm PHQ-9 cũng không liên quan tình trạng Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn Lipid máu, Suy tim, Rung nhĩ, (hệ số tương quan Spearman $< 0,3$, $p > 0,05$).

3.3. Phân tích mức độ căng thẳng theo thang điểm PSS-10



Biểu đồ 2. Phân bố điểm câu trả lời thang điểm PSS-10 của người tham gia

Điểm PSS-10 trung bình: $18,12 \pm 2,05$ (14–24); trung vị = 18; Có 98/98 bệnh nhân (100%) ở mức căng thẳng trung bình. Không có bệnh nhân nào ở mức căng thẳng thấp hay căng thẳng cao.

Không có sự liên quan giữa điểm PSS-10 với giới tính, lớn tuổi, học vấn và số bệnh đồng mắc (hệ số tương quan Spearman $< 0,3$, $p > 0,05$). Điểm PSS-10 cũng không liên quan tình trạng Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn Lipid máu, Suy tim, Rung nhĩ, (hệ số tương quan Spearman $< 0,3$, $p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trong vòng 24 giờ sau can thiệp mạch vành qua da, 100% bệnh nhân trải qua mức căng thẳng trung bình (PSS-10 từ 14–26) và 14,3% có trầm cảm nhẹ (PHQ-9 từ 5–9), không có trường hợp trầm cảm vừa hoặc nặng (PHQ-9 ≥ 10). Kết quả này phản ánh áp lực tâm lý cấp tính phổ biến ngay sau thủ thuật, mặc dù mức độ trầm cảm dường như thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế báo cáo tỉ lệ trầm cảm ngay sau PCI từ 19,5% đến 31,1% tùy công cụ đo (Beck Depression Inventory, HADS).⁸

So sánh với các nghiên cứu khác, Kala và cộng sự ghi nhận tỷ lệ trầm cảm 21,5% và lo âu 8,9% trong vòng 24 giờ sau PCI, sử dụng công cụ

BDI-II và SAS để đánh giá.⁷ Wang và cộng sự cũng báo cáo sự gia tăng đáng kể cả lo âu và trầm cảm ngay sau PCI, với tỷ lệ lo âu 16,8% và trầm cảm 17.0% đến 53.0%.⁹ Sự khác biệt về công cụ đánh giá, ngưỡng điểm phân loại và đặc điểm dân số có thể giải thích mức trầm cảm nhẹ hơn của quần thể Việt Nam trong nghiên cứu này.

Căng thẳng sau PCI có cơ chế sinh lý phức tạp, kích hoạt phản ứng viêm và tăng nhạy cảm của mạch vành, làm tăng nguy cơ tái hẹp và biến cố tim mạch muộn.^{8,10} Mặt khác, trầm cảm dù ở mức độ nhẹ cũng được liên kết với giảm tuân thủ điều trị và chất lượng cuộc sống kém, đồng thời làm tăng tỉ lệ nhập viện lại và tử vong sau nhồi máu cơ tim.¹⁰

Kết quả nhấn mạnh nhu cầu sàng lọc tâm lý toàn diện ngay trong 24 giờ sau PCI. Việc áp dụng PSS-10 và PHQ-9 tại thời điểm này không chỉ giúp phát hiện sớm rối loạn tâm lý mà còn tạo cơ hội can thiệp kịp thời—ví dụ tư vấn ngắn, kỹ thuật thư giãn, hoặc giới thiệu điều trị tâm lý chuyên sâu—nhằm giảm tải căng thẳng và ngăn ngừa tiến triển trầm cảm.⁸

Mặc dù huyết động ổn định sau can thiệp mạch vành qua da, 100% bệnh nhân vẫn duy trì mức căng thẳng trung bình, cho thấy áp lực tâm lý kéo dài có thể ảnh hưởng đến phục hồi và tuân thủ điều trị. Tỷ lệ trầm cảm nhẹ 14,3% tuy thấp hơn so với lo âu – trầm cảm giai đoạn sớm (19%–37%) , nhưng vẫn cần chú ý sàng lọc và hỗ trợ tâm lý, nhất là nhóm có điểm PHQ-9 ≥5. Việc lồng ghép chương trình giảm căng thẳng và trầm cảm (ví dụ thiền, tư vấn ngắn) có thể giúp can thiệp tâm lý ngắn hạn.

Nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang không đánh giá được diễn biến tâm lý theo thời gian, các công cụ tự báo cáo có thể chịu ảnh hưởng bởi quá trình thu thập dữ liệu và nghiên cứu chỉ tại một trung tâm. Đề xuất nghiên cứu tiếp theo với thiết kế theo dõi dọc để đánh giá diễn biến căng thẳng và trầm cảm đến 3–6 tháng sau PCI và mối liên hệ với biến cố tim mạch. Ngoài ra, cần so sánh hiệu quả các chương trình can thiệp tâm lý (hướng dẫn tự giúp của WHO, liệu pháp nhận thức...) trong giảm điểm PSS-10 và PHQ-9 và mở rộng đa trung tâm để kiểm chứng tính khái quát và xác định yếu tố nguy cơ đặc thù cho quần thể Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Trong vòng 24 giờ sau can thiệp mạch vành qua da, toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu trải qua mức căng thẳng trung bình (100%) và 14,3% có triệu chứng trầm cảm nhẹ, không ghi nhận các trường hợp trầm cảm vừa hoặc nặng. Những

phát hiện này nhấn mạnh tính phổ biến của áp lực tâm lý cấp tính ngay sau PCI và tầm quan trọng của việc sàng lọc tâm lý sớm. Việc áp dụng định kỳ PSS-10 và PHQ-9 cho phép phát hiện kịp thời bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó triển khai các biện pháp can thiệp—bao gồm tư vấn ngắn, kỹ thuật thư giãn và hỗ trợ tâm lý chuyên sâu—nhằm cải thiện kết quả lâm sàng và chất lượng sống. Nghiên cứu tiền cứu theo dõi diễn biến tâm lý và các thử nghiệm can thiệp tâm lý sẽ góp phần hoàn thiện chiến lược chăm sóc toàn diện bệnh nhân sau can thiệp mạch vành qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chacko L, J PH, Rajkumar C, et al.** Effects of Percutaneous Coronary Intervention on Death and Myocardial Infarction Stratified by Stable and Unstable Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. Feb 2020;13(2):e006363. doi:10.1161/circoutcomes.119.006363
2. **Chang Z, Guo AQ, Zhou AX, et al.** Nurse-led psychological intervention reduces anxiety symptoms and improves quality of life following percutaneous coronary intervention for stable coronary artery disease. *Aust J Rural Health*. Apr 2020;28(2):124–131. doi:10.1111/ajr.12587
3. **Trình Thị Thanh Tuyền, Nguyễn Thị Minh Lý, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Thị Đoài.** Thực trạng lo âu ở người bệnh sau can thiệp động mạch vành 24 giờ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2023;6(05):97–103. doi:doi:10.54436/jns.2023.05.719
4. **Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.** A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. Dec 1983;24(4):385–96.
5. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. Sep 2001;16(9):606–13. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
6. **Gu G, Zhou Y, Zhang Y, Cui W.** Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment. *BMC Psychiatry*. Jul 22 2016;16:259. doi:10.1186/s12888-016-0972-9
7. **Kala P, Hudakova N, Jurajda M, et al.** Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. *PLoS One*. 2016;11(4): e0152367. doi:10.1371/journal.pone.0152367
8. **Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al.** Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. Jan 2006;21(1): 30–8. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x
9. **Wang J, Wu X, Lai W, et al.** Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. Aug 23 2017;7(8):e017173. doi:10.1136/bmjopen-2017-017173
10. **Zhang WY, Nan N, Song XT, Tian JF, Yang XY.** Impact of depression on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention: a