

3. **Malchau, H. and P. Herberts**, Prognosis of total hip replacement. *Int J Risk Saf Med*, 1996. **8**(1): p. 27-45.
4. **Mushtaq, N., et al.**, Radiological Imaging Evaluation of the Failing Total Hip Replacement. *Frontiers in surgery*, 2019. **6**: p. 35-35.
5. **Abu-Amer, Y., I. Darwech, and J.C. Clohisy**, Aseptic loosening of total joint replacements: mechanisms underlying osteolysis and potential therapies. *Arthritis research & therapy*, 2007. **9 Suppl 1**(Suppl 1): p. S6-S6.
6. **Dobzyniak, M., T.K. Fehring, and S. Odum**, Early failure in total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*, 2006. **447**: p. 76-8.

KHẢO SÁT TỈ LỆ TRẦM CẢM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN PHỤ NỮ MANG THAI Ở 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Trần Thị Trúc Phương¹, Tô Mai Xuân Hồng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phụ nữ mang thai bị trầm cảm thường có diễn tiến nặng hơn phụ nữ không mang thai vì sự xuất hiện trạng thái lo âu rõ rệt, thậm chí có cơn hoảng loạn, có thể xuất hiện ý định tự hủy hoại bản thân, tự tử. Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trầm cảm ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương bằng việc sử dụng thang đo trầm cảm EPDS. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang đánh giá nguy cơ trầm cảm khảo sát qua 310 phụ nữ mang thai từ ≥ 28 tuần đến khám thai tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong giai đoạn 20/01/2021 – 20/04/2021. Thang đo EPDS phiên bản tiếng Việt sử dụng sàng lọc nguy cơ trầm cảm ở tất cả phụ nữ mang thai 3 tháng cuối, với điểm cắt ≥ 13 điểm được xem là có nguy cơ trầm cảm trước sinh. Các thai phụ có nguy cơ cao được theo dõi bởi chuyên khoa tâm thần và bác sĩ sản khoa cho đến khi sinh và đánh giá các biến cố khi sinh. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ mang thai giai đoạn ≥ 28 tuần có nguy cơ trầm cảm trước sinh (EPDS ≥ 13) chiếm 28,7% [KTC95%: 23,2 – 33,5]. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến sự xuất hiện trầm cảm trước sinh bao gồm: thai phụ thuộc nhóm tuổi >25 tuổi tăng nguy cơ TCTS gấp 3,9 lần (KTC 95%: 1,3 - 12,5, $p=0,018$), thai phụ không tôn giáo và có tình trạng kinh tế khó khăn (tăng TCTS lần lượt là 7,01 lần [KTC 95%: 1,1 - 8,1, $p=0,036$] và 3,03 lần [KTC 95%: 1,1 - 8,1, $p=0,026$]). Trạng thái tinh thần không ổn định (thai phụ có lo lắng trong quá trình mang thai), các xung đột trong mối quan hệ (bất hoà với gia đình chồng và thiếu người tâm sự) làm tăng nguy cơ TCTS lần lượt 8,5 lần [KTC 95%: 3,9-18,3; $p=0,000$] 6,3 lần [KTC 95%: 1,6-25,3; $p=0,009$] và gấp 2,7 lần [KTC 95%: 1,2-6,1; $p=0,019$]. Thai phụ không nhận được tư vấn từ cán bộ Y tế tăng nguy cơ TCTS gấp 2,5 lần [KTC 95%: 1,1-5,4; $p=0,019$]. **Kết**

luận: Trầm cảm trước sinh cần được sàng lọc và điều trị kịp thời để hạn chế các kết cục thai kỳ xấu cho thai phụ và thai nhi. Sử dụng thang đo EPDS với điểm cắt ≥ 13 là một công cụ hữu hiệu trong tầm soát nguy cơ trầm cảm trước sinh.

Từ khóa: phụ nữ mang thai, trầm cảm, EPDS

SUMMARY

PRENATAL DEPRESSION PREVALENCE AND RISK FACTORS OF PREGNANT WOMEN AT THE THIRD TRIMESTER IN NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Background: Pregnant women who are suffered from depression often have a tendency getting more severe anxiety and probably becoming panic attacks, self-destructive, and suicidal thoughts. The study is aimed to evaluate the prevalence of prenatal depression and risks factors of pregnant women in the third trimester at Nguyen Tri Phuong hospital by using EPDS scale. **Research:** A cross-sectional study was carried out in 310 pregnant women from 28 weeks, who came to antenatal care at Nguyen Tri Phuong hospital in the period 20/01/2021 – April 20, 2021. The EPDS scale in Vietnamese version was applied to classify the pregnant women at high-risk or low-risk at prenatal depression. A cut-off point at 13 points is considered at high-risk at prenatal depression. All high-risk pregnancies were followed up by both obstetricians and psychiatrist until the delivery in order to evaluate maternal and fetal outcomes. **Results:** The prevalence of prenatal depression (EPDS ≥ 13) of pregnant women at third trimester is 28,7% [CI 95%: 23,2 – 33,5]. There are some risk factors of prenatal depression: the age group at 25 years or older, pregnant women with non-religion and low economics have higher possibility of prenatal depression from 3,9 times [95% CI: 1,3-12,5; $p=0,018$] to 7,01 times [95% CI: 1,1-8,1; $p=0,036$], and 3,03 times [95% CI: 1,1-8,1; $p=0,026$]. Pregnant women with anxiety, social and family conflict, and lacking of buddies chat are also risk factors of prenatal depression with relative risk from 8,5 [95% CI: 3,9-18,3; $p=0,000$] to 6.3 times [95% CI: 1,6-25,3; $p=0,009$] and 2,7 times [95% CI: 1,2-6,1; $p=0,019$]. Pregnant women who do not have a consult from health workers increase the risk of prenatal depression

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Trường đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mai Xuân Hồng

Email: tomaixuanhong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2021

Ngày duyệt bài: 12.7.2021

by 2,5 times [95% CI: 1,1-5,4; p=0,019].
Conclusion: Prenatal depression need to be screened as soon as possible to prevent the adverse outcomes. Using the EPDS scale with a cut-off point ≥ 13 is an effective tool in screening the risk of prenatal depression.

Keywords: pregnant women, depression, EPDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay cùng với sự phát triển kinh tế, nhận thức của người dân về cải thiện chất lượng cuộc sống từng bước được cải thiện. Chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ mang thai, chính vì thế cần đáp ứng theo mô hình chăm sóc sức khỏe toàn diện cho thai phụ, nhằm đảm bảo một thể chất khỏe mạnh và một tinh thần minh mẫn. Theo y văn, tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới cao gấp gần hai lần so với nam giới do phụ nữ chịu nhiều áp lực gánh nặng hơn nam giới từ việc sinh con, chăm sóc con, chăm sóc gia đình, đảm bảo trách nhiệm tại nơi làm việc và xã hội⁽¹⁾.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy khi mang thai và sau khi sinh con, nguy cơ mắc trầm cảm ở phụ nữ tăng cao rõ rệt, và trầm cảm trong thai kỳ thường có liên quan đến tiền căn sinh non, sinh nhẹ cân. Trầm cảm ở phụ nữ mang thai có thể có hoặc không kèm theo các triệu chứng loạn thần như các hoang tưởng và ảo giác, nếu không được phát hiện và điều trị tích cực thì đứa con tương lai của họ có thể có nguy cơ bị bệnh lý tâm thần và ảnh hưởng đến sự phát triển về thần kinh khi trưởng thành. Phụ nữ mang thai bị trầm cảm thường có những biểu hiện trạng thái lo âu nặng nề hơn, thậm chí có cơn hoang loạn. Nghiêm trọng hơn, họ có thể xuất hiện ý định tự hủy hoại bản thân, tự tử. Hành vi giết con mới sinh có thể xảy ra trong giai đoạn trầm cảm nặng khi mang thai kết hợp có các triệu chứng loạn thần⁽²⁾.

Trên thế giới đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về trầm cảm ở phụ nữ mang thai nhằm tìm kiếm các đặc điểm lâm sàng đặc trưng, giúp chẩn đoán sớm và tìm ra phương thức điều trị hiệu quả. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp chứng rối loạn trầm cảm đơn cực vào hàng thứ 3 trong danh sách các nguyên nhân gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu vào năm 2004 và dự tính chứng bệnh này sẽ dẫn đầu danh sách vào năm 2030⁽¹⁾.

Ở Việt Nam, nghiên cứu về trầm cảm chu sinh được thực hiện khá nhiều tại Thành phố lớn như Hồ Chí Minh, Huế, Hà Nội. Tuy nhiên, các nghiên cứu này mới chỉ tập trung đánh giá trầm cảm và các rối loạn tâm thần, hành vi của các bà mẹ sau sinh. Phát hiện sớm trầm cảm

trong thai kỳ sẽ giúp điều trị hiệu quả hơn và ngăn ngừa các biến chứng loạn thần tốt hơn. Với mong muốn nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe phụ nữ mang thai một cách toàn diện, đặc biệt là sức khỏe tâm thần, bằng việc xác định tỷ lệ trầm cảm trong thai kỳ và đánh giá các yếu tố nguy cơ trong thai kỳ, chúng tôi thực hiện đề tài "Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trên phụ nữ mang thai ở 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương". Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương là bao nhiêu? Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỉ lệ trầm cảm trên phụ nữ mang thai ở 3 tháng cuối tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

2. Xác định các yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Thai phụ mang thai ở giai đoạn ≥ 28 tuần đến khám thai tại khoa Sản - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 20/01/2021 – 20/04/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Thai phụ từ đủ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán mang thai từ ≥ 28 tuần.
- Thai phụ không mắc các rối loạn tâm thần và đang dùng thuốc điều trị điều trị liên quan đến rối loạn tâm thần.
- Thai phụ có khả năng giao tiếp tốt bằng tiếng Việt.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai chết lưu.
- Thời điểm nhập viện có chỉ định chấm dứt thai kỳ do bất kỳ nguyên nhân nào.
- Bệnh nhân bị rối loạn tâm thần trước khi có thai như: chậm phát triển tâm thần, tâm thần phân liệt, trầm cảm hoặc có rối loạn tâm thần khác không phải trầm cảm trong khi có thai. Bệnh nhân từng bị đột quỵ não, chấn thương sọ não, các bệnh não thực thể khác: u não, viêm não, động kinh.
- Từ chối tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ như sau:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$ hệ số tin cậy = $(1,96)^2$.

α : là xác suất sai lầm loại I.

d sai số tuyệt đối chấp nhận 6% = 0,06.

p: Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ có thai. Theo nghiên cứu của Lima và cộng sự (2017), tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai là: p= 25,4%⁽³⁾.

Thay vào công thức ta được: n = 202,2 như vậy chọn cỡ mẫu tối thiểu là: n ≥ 203 thai phụ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- **Thời gian:** 20/01/2021 đến 20/04/2021.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Sản - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

Phương pháp chọn mẫu: **Phương pháp chọn mẫu toàn bộ.**

Phương pháp tiến hành.

- **Bước 1:** Lập danh sách đối tượng nghiên cứu đúng với tiêu chuẩn chọn mẫu. Nghiên cứu viên và các cộng tác viên tiếp cận toàn bộ phụ nữ theo danh sách trong giai đoạn nghiên cứu bao gồm thai phụ mang thai đến khám thai tại bệnh viện có tuổi thai ≥ 28 tuần.

- **Bước 2:** Nghiên cứu viên chính và cộng sự tiến hành phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn và bảng câu hỏi EPDS.

- **Bước 3:** Làm sạch số liệu, nghiên cứu viên chính trực tiếp kiểm tra toàn bộ phiếu thu thập đảm bảo đầy đủ thông tin theo yêu cầu của nghiên cứu.

- **Bước 4:** Phiếu thu thập số liệu sau khi thu thập đầy đủ, nghiên cứu viên chính tiến hành nhập vào phần mềm và xử lý số liệu SPSS 22.0.

- **Bước 5:** Viết báo cáo.

Biến số trong nghiên cứu. Nghiên cứu đánh giá tình trạng trầm cảm dựa trên thang đo trầm cảm EPDS phiên bản tiếng Việt trên bảng dịch của tác giả Trần Tuấn năm 2011. Trong đó, thang đo EPDS có tổng cộng 10 câu, mỗi câu hỏi gồm 4 lựa chọn trả lời tính theo thang điểm từ 0 đến 3. Tổng điểm của bộ câu hỏi từ 0 đến 30 điểm, điểm càng cao thì mức độ trầm trọng của trầm cảm càng nặng. Với ngưỡng đánh giá 13 điểm phân chia ra như sau:

+ Với tổng điểm các câu < 13 điểm: Không có dấu hiệu trầm cảm ở 3 tháng cuối.

+ Với tổng điểm các câu ≥ 13 điểm: Có dấu hiệu trầm cảm ở 3 tháng cuối.

Xử lý và phân tích số liệu: Mã hóa dữ liệu thu thập được, nhập số liệu vào phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của thai phụ là 30,11 ± 5,47 tuổi, lớn nhất: 44 và nhỏ nhất: 18 tuổi. Thai phụ sống ở khu vực thành phố Hồ Chí Minh 68,7%. Tham gia các tổ chức tôn giáo 10,6%.

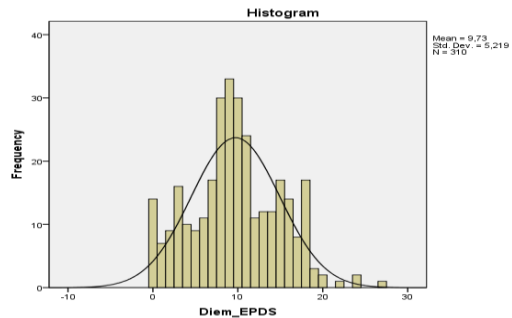
Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ đa số 96,5%. Nghề nghiệp có tình trạng thất nghiệp hoặc đang làm nội trợ 32,3%. Trình độ học vấn đa số từ cấp 3 chiếm 48,1% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội

Đặc điểm nhân khẩu học – xã hội	Tần số n=310	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: 18 – 25	66	21,3
26 – 35	194	62,6
> 35	50	16,1
Địa chỉ		
Thành phố Hồ Chí Minh	213	68,7
Tỉnh khác	97	31,3
Dân tộc: Kinh	299	96,5
Khác	11	3,5
Tôn giáo: Có	33	10,6
Không	277	89,4
Nghề nghiệp		
Thất nghiệp, nội trợ	100	32,3
Công nhân phổ thông	81	26,1
Công nhân viên chức	62	20,0
Nông dân	1	0,3
Lao động tự do	64	20,6
Trình độ học vấn		
Mũ chữ	2	0,6
Cấp 1,2	69	22,3
Cấp 3	149	48,1
Cao đẳng, đại học	89	28,7

2. Tỷ lệ trầm cảm ở 3 tháng cuối thai kỳ.

Thai phụ có nguy cơ trầm cảm 3 tháng cuối thai kỳ với EPDS ≥ 13 chiếm 28,7% (KTC95%: 23,2 – 33,5). Điểm trung bình EPDS là 9,73 ± 5,219 điểm. Điểm thấp nhất thu thập được là 0 và cao nhất là 27 (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Phân bố điểm theo thang điểm EPDS

3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm 3 tháng cuối thai kỳ. Nhóm tuổi >25, không tôn giáo, tình trạng kinh tế khó khăn, lo lắng trong quá trình mang thai, mối quan hệ bất hòa với gia đình chồng, không có người tâm sự, chia sẻ, không nhận được tư vấn từ cán bộ Y tế là các yếu tố làm tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh có ý nghĩa thống kê từ 2,5 đến 8,5 lần (Bảng 2).

Bảng 2: Mô hình hồi quy đa biến

Đặc điểm	OR Thô KTC95%	OR hiệu chỉnh KTC95%	p*
1. Nhóm tuổi 18 – 25 tuổi >25 tuổi	1 2,7 (1,2-5,3)	1 3,9(1,3- 12,5)	0,018
2. Tôn giáo Có Không	1 4,5 (1,3-15,2)	1 7,01 (1,1-43,2)	0,036
3. Kinh tế khó khăn Không Có	1 2,04 (1,1-3,9)	1 3,03 (1,1-8,1)	0,026
4. Lo lắng trong mang thai Không Có	1 11,1 (6,1-20,2)	1 8,5 (3,9-18,3)	0,000
5. Môi quan hệ với gia đình chồng Tốt Không tốt	1 15,9 (5,9-43,5)	1 6,3 (1,6-25,3)	0,009
6. Có người tâm sự, chia sẻ Có Không	1 4,3 (2,4-7,4)	1 2,7 (1,2-6,1)	0,019
7. Tư vấn từ cán bộ Y tế Có Không	1 2,03 (1,2-3,4)	1 2,5 (1,1-5,4)	0,023

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của thai phụ là $30,11 \pm 5,47$ tuổi, với tuổi lớn nhất là 44 tuổi và nhỏ nhất 18 tuổi. Độ tuổi của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong độ tuổi sinh sản theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, cho thấy nhóm tuổi sinh sản này cần được quan tâm về sức khỏe sâu sát hơn, đặc biệt là mở rộng chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thai phụ có tham gia các tổ chức tôn giáo chiếm 10,6% chủ yếu là Phật giáo và Công giáo. Hiện nay, khoảng 25% dân số Việt Nam chính thức tự nhận mình thuộc về một tổ chức tôn giáo nào đó. Vì vậy, niềm tin tôn giáo trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là cứu cánh của một nhóm thai phụ khi gặp phải các vấn đề lo lắng và cần sự giúp đỡ tin thần trong quá trình mang thai.

Về nghề nghiệp, trong giai đoạn nghiên cứu tỷ lệ thai phụ có tình trạng thất nghiệp hoặc đang làm nội trợ (32,3%), kế tiếp là công nhân phổ thông chiếm (26,1%). Đối tượng lao động trí óc có nguy cơ trầm cảm cao hơn gấp 1,9 lần so

với nhóm lao động chân tay và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tương đồng với nghiên cứu của Ying Hu công việc toàn thời gian làm giảm nguy cơ trầm cảm trước sinh (OR=0,6, KTC 95%: 0,379–0,959, $p < 0,05$)⁽⁴⁾. Tuy nhiên, hai yếu tố này không có ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến. Một lý do có thể là nữ trí thức có thể gặp nhiều khó khăn và nhu cầu tăng cao trình độ học vấn và tăng khả năng làm việc ở thành thị, và tăng giá trị của bản thân thai phụ với gia đình. Do đó, nhiều phụ nữ có trình độ cao có thể trì hoãn việc sinh con, nhiều trường hợp mang thai ở độ tuổi có nguy cơ cao (>35 tuổi).

Đặc điểm về nơi cư trú chủ yếu đối tượng sống ở khu vực thành phố Hồ Chí Minh 68,7%. Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ đa số 96,5% dân tộc thiểu số chỉ 3,5%. Về trình độ học vấn đa số thai phụ có trình độ từ cấp 3 chiếm (48,1%), đối tượng mù chữ chỉ (0,6%). Tuy nhiên, không tìm thấy mối liên quan với tỷ lệ trầm cảm trước sinh với các yếu tố nơi cư trú, dân tộc và trình độ học vấn.

Kết quả phân dựa trên điểm theo thang điểm EPDS trong nghiên cứu của chúng tôi với điểm trung bình $9,73 \pm 5,219$ điểm. Điểm thấp nhất thu thập được là 0 và cao nhất là 27. Đối tượng có nguy cơ trầm cảm trước sinh (EPDS ≥ 13) chiếm 28,7% (KTC95%: 23,2 – 33,5). So sánh với nghiên cứu năm 2019 của Ying Hu có 9,6% phụ nữ bị trầm cảm trước sinh trong tam cá nguyệt thứ ba⁽⁴⁾, kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về vùng miền, văn hoá và thời điểm sử dụng thang đo EPDS để sàng lọc. Theo y văn tỷ lệ dao động của TCTS từ khoảng 9,6 – 37,0% kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong nhóm tỷ lệ dao động trong khoảng này. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến sự khác biệt về văn hóa, kinh tế các nước trên thế giới hay giữa nước phát triển và đang phát triển. Việt Nam nằm trong nhóm nước đang phát triển, tuy kinh tế có sự phát triển trong những năm gần đây tuy nhiên, có nhiều khó khăn đặc biệt trong giai đoạn mang thai, thai phụ không có điều kiện tham gia lao động, giảm hẳn thu nhập nên gia tăng nỗi lo về kinh tế. Điều này làm gia tăng tỷ lệ trầm cảm trước sinh.

Tương tự, khi so sánh với nghiên cứu của Catherine Lebel năm 2020 đánh giá các triệu chứng lo âu và trầm cảm của những người mang thai trong đại dịch COVID-19 hiện tại và xác định các yếu tố có liên quan đến tình trạng đau khổ và các rối loạn tâm lý trong đó có 37% được báo cáo các triệu chứng trầm cảm có liên quan lâm

sàng và 57% báo cáo các triệu chứng lo âu liên quan đến lâm sàng⁽⁵⁾ cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu năm 2021 của Lucy S King cũng cho thấy tác động không nhỏ của dịch bệnh COVID-19 đối với nguy cơ trầm cảm trước khi sinh, từ đó Lucy S King và cộng sự cho rằng những phụ nữ mang thai trong thời kỳ đại dịch có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn gần gấp đôi so với những phụ nữ mang thai trước đại dịch⁽⁶⁾. Rõ ràng đại dịch và các ảnh hưởng xấu gây ra do đại dịch đã tác động đáng kể đến sức khỏe tinh thần, tâm lý và cuộc sống thường nhật của phụ nữ mang thai trên toàn thế giới.

Nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ mắc TCTS từ 5,0 – 37,7% cũng thông qua việc sử dụng thang đo EPDS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 28,7% thai phụ có nguy cơ TCTS thấp hơn so với các nghiên cứu khác có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác và do những khác biệt về văn hóa tôn giáo, tình trạng kinh tế của từng vùng. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trong giai đoạn diễn ra dịch bệnh COVID-19 xảy ra 2 lần gián cách xã hội kinh tế khó khăn trong giai đoạn này vì vậy, tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi có thể cao so với một số nghiên cứu khác.

Mối liên quan đến trầm cảm trước sinh ở các thai phụ ≥ 28 tuần tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, khi chúng tôi đưa vào mô hình hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ đơn lẻ để tìm thấy yếu tố nguy cơ sau khử nhiễu, chúng tôi nhận thấy, thai phụ có nhóm tuổi > 25 tuổi tăng nguy cơ TCTS gấp 3,9 lần (KTC 95%: 1,3-12,5) và thai phụ không tôn giáo có nguy cơ TCTS gấp 7,01 lần (KTC 95%: 1,1-8,1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đàm Như Bình⁽⁷⁾. Bên cạnh đó, thai phụ có tình trạng kinh tế khó khăn, có lo lắng trong quá trình mang thai, tăng nguy cơ TCTS từ 3,03 lần (KTC 95%: 1,1-8,1) đến 8,5 lần (KTC 95%: 3,9-18,3). Thai phụ có mối quan hệ bất hòa với gia đình chồng tăng nguy cơ TCTS gấp 6,3 lần (KTC 95%: 1,6-25,3) OR hiệu chỉnh giảm 2,6 lần so với OR thô. Chúng tôi nhận thấy, trầm cảm và các yếu tố nguy cơ tâm lý xã hội có tác động tiêu cực gián tiếp quan trọng đến nguy cơ, trong khi sự hỗ trợ của bạn đời mang lại tác động gián tiếp tích cực đến tỷ lệ các kết quả sinh đẻ bất lợi⁽⁸⁾.

Trong quá trình mang thai, nếu thai phụ không có người tâm sự, chia sẻ và không nhận được tư vấn từ cán bộ Y tế có nguy cơ TCTS cao gấp 2,7 lần (KTC 95%: 1,2-6,1) đến 2,5 lần (KTC 95%: 1,1-5,4). Vì vậy, việc quan tâm chăm sóc

thường xuyên thai phụ ở giai đoạn cuối thai kỳ là công việc quan trọng, đặc biệt là trước khi có con, các cặp vợ chồng cần được hướng dẫn về tình trạng sức khỏe, nhu cầu tâm lý của thai phụ trong giai đoạn thai kỳ và hậu sản, cách chăm sóc em bé để người chồng có thể hỗ trợ vợ một cách tốt nhất. Thai phụ nên có kế hoạch đi khám thai định kỳ và cần được theo dõi trong thời kỳ hậu sản. Trong thời gian mang thai nếu thai phụ có rối loạn tâm thần, hoặc gia tăng các xúc cảm và lo âu, họ cần được chồng và người thân quan tâm, động viên để có thể vượt qua giai đoạn khó khăn. Thai phụ nên nghỉ ngơi và làm việc nhẹ nhàng. Nếu có các rối loạn tâm thần nặng cần đưa thai phụ đến khám tại cơ sở chuyên khoa tâm thần để được theo dõi, trị liệu kịp thời.

V. KẾT LUẬN

Trầm cảm trước sinh cần được sàng lọc để phát hiện và điều trị kịp thời nhằm ngăn ngừa các biến chứng cho thai phụ và thai nhi. Thang đo EPDS với điểm cắt ≥ 13 là công cụ có độ tin cậy là một công cụ sử dụng đơn giản, dễ sử dụng, không tốn kém nhiều thời gian, chi phí - có hiệu quả thiết thực nên đưa vào quy trình khám thai định kỳ thường quy trong tầm soát nguy cơ trầm cảm cho phụ nữ mang thai ở giai đoạn trước sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American psychiatric association fifth edition (2013)**, Diagnostic and Statistical manual of mental disorder, Depressive disorder, pp.155-188.
2. **Sadock B. J., Sadock V. A. Pedro Ruiz. (2015)**, Synopsis of psychiatry, 11 edition, Mood disorder, Wolters Kluwer, pp.345-386.
3. **Tsunehiro M.A. Lima M. de O.P., Bonadio I.C. et al, (2017)**, "Síntomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal", Acta Paul Enferm. 30(1), pp. 39-46.
4. **Y Hu (2019)**, "Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China", BMC Pregnancy Childbirth. 19(1), 420.
5. **C. Lebel (2020)**, "Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic", J Affect Disord. 277, pp. 5-13.
6. **L. S. King (2021)**, "Pregnancy during the pandemic: the impact of COVID-19-related stress on risk for prenatal depression", Psychol Med, pp.1-11.
7. **Đàm Như Bình, Nguyễn Hữu Trung (2021)**, "Tỷ lệ trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ và các yếu tố liên quan tại bệnh viện phụ sản TP. Cần Thơ", Tạp chí Y học thành phố HCM 25(1), tr. 174 - 179.
8. **A. Fekadu Dadi (2020)**, "Effect of antenatal depression on adverse birth outcomes in Gondar town, Ethiopia: A community-based cohort study", PLoS One. 15(6), pp. e0234728.