

Trầm cảm ba tháng cuối thai kỳ và các yếu tố liên quan

Nguyễn Thiện Phương, Nguyễn Thị Thu Thủy, Hồ Thị Vi, Nguyễn Văn Hoàng, Nguyễn Văn Anh, Nguyễn Thị Nhi, Nguyễn Quang Ngọc Linh, Trần Mạnh Linh
 Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

doi:10.46755/vjog.2020.2.1106

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trần Mạnh Linh, email: tmlinh@huemed-univ.edu.vn

Nhận bài (received): 31/07/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 28/09/2020

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trước sinh trong ba tháng cuối thai kỳ và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 903 thai phụ mang thai ở ba tháng cuối tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Sàng lọc trầm cảm bằng Thang Đánh giá trầm cảm Beck II (BDI-II) bản tiếng Việt của Viện Sức khỏe Tâm thần quốc gia. Kết quả sàng lọc có triệu chứng trầm cảm ở điểm cắt BDI-II \geq 18 điểm.

Kết quả: Tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ là 8,7%. Các yếu tố liên quan gồm tiếp xúc khói thuốc lá trong thai kỳ, tình trạng độc thân/góa/ly thân/ly hôn, thiếu hỗ trợ từ chồng trong công việc gia đình, bất đồng quan điểm giữa vợ và chồng, bạo lực gia đình, không hạnh phúc trong hôn nhân, không lên kế hoạch mang thai.

Kết luận: Trầm cảm trong thời kỳ mang thai chiếm tỷ lệ tương đối cao và liên quan chủ yếu với các yếu tố nguy cơ về gia đình và tình trạng hôn nhân.

Từ khóa: trầm cảm trước sinh, Thang Đánh giá trầm cảm Beck II (BDI-II).

Depression in the third trimester of pregnancy and associated factors

Nguyen Thien Phuong, Nguyen Thi Thu Thuy, Ho Thi Vi, Nguyen Van Hoang, Nguyen Van Anh, Nguyen Thi Nhi, Nguyen Quang Ngoc Linh, Tran Manh Linh
 Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objectives: To determine the prevalence and associated factors with depression in the third trimester of pregnancy.

Materials and method: A cross-sectional study designed on 903 women in the third trimester of pregnancy at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. The Beck's Depression Inventory-II (BDI-II) questionnaire was used to screen depressive symptoms, the Vietnamese validated version was certified by the National Institute of Mental Health. Setting the cut-off \geq 18 points to identify depression symptoms.

Results: Prevalence of depression in the third trimester of pregnancy is 8.7%. The related factors include smoke exposure, unmarried/separated/divorced/ widowed, lack of support from husband, disagreement with husband, marital conflict, unhappy marriage, unplanted pregnancy.

Conclusion: Depression in the third trimester of pregnancy is prevalent and related with maternal and pregnancy characteristic, marital status and family factors.

Keywords: antenatal depression, Beck Depression Inventory II (BDI-II)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), trầm cảm là một hội chứng bệnh lý biểu hiện đặc trưng bởi khí sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, phổ biến là mệt mỏi rõ rệt chỉ sau một cố gắng nhỏ [1]. Đây là một trong những rối loạn phổ biến trong thời kỳ mang thai và sau sinh. Nếu không được sàng lọc và điều trị kịp thời, trầm cảm trong thai kỳ có thể dẫn đến những ảnh hưởng tiêu cực trên cả sản phụ và thai nhi [2]. Các bằng chứng đã cho thấy trầm cảm trước sinh không những

liên quan đến tăng tỷ lệ chuyển dạ sinh non và thai nhẹ cân [3], [4] mà còn liên quan đến sự gia tăng triệu chứng nôn, buồn nôn trong thai kỳ, tăng tỷ lệ mổ lấy thai có kế hoạch [5] và tỷ lệ tiền sản giật cao hơn [6]. Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO) ước tính gần 10% phụ nữ mang thai trên thế giới bị trầm cảm [7], đặc biệt, một phần ba các trường hợp trầm cảm sau sinh đã xuất hiện các triệu chứng trầm cảm ngay trong thai kỳ. Tỷ lệ trầm cảm trước sinh ở các nước thu nhập thấp vào khoảng 34%, cao hơn so với các nước thu nhập trung bình, khoảng 22,7% [8]. Một nghiên cứu tại Châu Á, tỷ lệ

thai phụ có triệu chứng trầm cảm trước sinh ở khoảng 20% [9]. Một số khảo sát tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ trầm cảm trước sinh khá thay đổi, báo cáo năm 2018 tại Ba Vì, Hà Nội, phát hiện tỷ lệ trầm cảm trước sinh khoảng 4,9% [3], trong khi đó, một số báo cáo khác cho thấy tỷ lệ này khoảng 37,4 - 40% [10], [11].

Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American Congress of Obstetricians and Gynecologists - ACOG) khuyến cáo sàng lọc trầm cảm trước sinh ít nhất một lần trong quá trình mang thai, công cụ sàng lọc được đề xuất là Thang điểm Đánh giá trầm cảm Beck (BDI) [2]. Thang điểm BDI được xây dựng gồm những câu hỏi nhằm đánh giá cường độ, mức độ và sự nhận thức liên quan đến trầm cảm tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. Phiên bản BDI-II được hiệu chỉnh, cập nhật từ Hiệp hội Tâm thần học Hoa Kỳ và được sử dụng phổ biến trong nhiều nghiên cứu gần đây [12]. BDI-II được thêm vào 4 mục mới gồm: Kích động, cảm thấy không giá trị, khó tập trung chú ý và mất năng lượng để phản ánh rõ ràng hơn tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM IV về rối loạn trầm cảm, thang đo này cũng đã loại ra một số mục không thể hiện mức độ nặng của các triệu chứng trầm cảm. Beck và cộng sự cũng so sánh độ tin cậy của 2 thang đo BDI-IA và BDI-II, cho kết quả BDI-II có độ tin cậy và tính hiệu lực cao hơn so với các phiên bản trước đó [13]. Tại Việt Nam, BDI-II phiên bản Tiếng Việt được dịch và hiệu chỉnh bởi Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia và áp dụng trong nhiều nghiên cứu tại Việt Nam [14].

Trầm cảm trước sinh là một vấn đề quan trọng nhưng chưa được quan tâm đánh giá đầy đủ như trầm cảm sau sinh và các rối loạn khác trong thai kỳ. Trong bối cảnh tỷ lệ trầm cảm đang có xu hướng tăng trên toàn thế giới hiện nay [7], phát hiện sớm trầm cảm trong thai kỳ và quản lý phù hợp là cách tối ưu để ngăn ngừa các ảnh hưởng đến thai kỳ. Tại Thừa Thiên Huế, tỷ lệ trầm cảm sau sinh theo báo cáo của tác giả Linda Murray năm 2015 là 18,1% [15], tuy nhiên, chưa có nhiều các dữ liệu về trầm cảm trước sinh. Xuất phát từ những vấn đề đó, chúng tôi tìm hiểu rối loạn trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ, qua đó thúc đẩy sự quan tâm đến rối loạn tâm lý này và góp phần trong sàng lọc và quản lý nhằm nâng cao chất lượng thai kỳ, các mục tiêu nghiên cứu gồm:

1. *Xác định tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Huế.*

2. *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 903 thai phụ quản lý thai kỳ tại khoa Phụ sản Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

Tiêu chuẩn chọn gồm tất cả thai phụ có tuổi thai từ

tuần thứ 28 được quản lý đến khi kết thúc thai kỳ, có khả năng đọc, hiểu và tự trả lời được bộ câu hỏi.

Loại trừ những trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2019 đến 05/2020, tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Cỡ mẫu được xác định bằng phương pháp ước lượng tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{(1-p)p}{c^2}$$

chọn giá trị $Z = 1,96$ phân phối tương ứng với độ tin cậy 95%, chọn giá trị sai số chấp nhận được giữa tỷ lệ thu được từ mẫu trong quần thể $c = 0,03$. Tham khảo tỷ lệ trầm cảm trong 3 tháng cuối thai kỳ là $p = 12,2\%$ [16]. Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 457 trường hợp.

Tuy nhiên, trong chọn mẫu bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn, để tăng tính ngẫu nhiên chúng tôi hiệu chỉnh mẫu với hệ số thiết kế 2. Sau khi tính toán, cỡ mẫu dự kiến là 914 trường hợp.

2.3. Công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng Thang điểm đánh giá trầm cảm BDI-II để sàng lọc cho các thai phụ. Phiên bản tiếng Việt được dịch và hiệu chỉnh từ Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia [14]. Thang điểm BDI-II gồm 21 câu hỏi trắc nghiệm tự đánh giá bản thân, mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn với điểm số từ 0 đến 3 chỉ mức độ các triệu chứng. Chọn điểm cắt BDI-II tại mức ≥ 18 điểm để xác định thai phụ có triệu chứng trầm cảm dựa theo nghiên cứu của Randolf C, với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng 94% và 92% [17].

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được tiếp cận thu thập thông tin và các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ theo 3 nhóm dựa trên kết quả các nghiên cứu đã công bố về trầm cảm trước sinh gồm:

Nhóm 1: Các yếu tố cá nhân

Nhóm 2: Các yếu tố về gia đình

Nhóm 3: Các yếu tố thuộc thai kỳ

Sàng lọc trầm cảm bằng thang điểm BDI-II. Thang điểm BDI-II phiên bản Tiếng Việt được chuyển trực tiếp đến các thai phụ đọc và tự điền theo các nội dung mô tả giống hoặc gần giống nhất với tình trạng bản thân trong 1 tuần vừa qua. Kết quả sàng lọc được chia thành 2 nhóm, nhóm dương tính khi BDI-II ≥ 18 điểm và nhóm âm tính khi BDI-II < 18 điểm, chẩn đoán không có triệu chứng trầm cảm. Tất cả trường hợp có kết quả sàng lọc trầm cảm bằng thang điểm BDI-II sẽ được tư vấn về kết quả, nếu kết quả sàng lọc dương tính được tiếp tục tư vấn khám chuyên khoa Tâm thần cùng với quản lý thai kỳ.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ dựa vào kết quả sàng lọc dương tính

khi BDI-II \geq 18 điểm.

Nhóm không có triệu chứng trầm cảm được sử dụng như nhóm chứng để phân tích các yếu tố liên quan.

Sử dụng kiểm định thống kê Chi-square kiểm định mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với nhóm có triệu

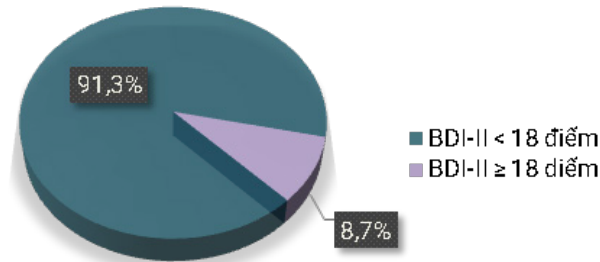
chứng trầm cảm, tỷ suất chênh OR được sử dụng xác định mức độ liên quan. Liên quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Dữ liệu nghiên cứu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 903 trường hợp đã được tiến hành sàng lọc trầm cảm bằng thang điểm BDI-II.

3.1. Tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thai phụ có BDI-II \geq 18 điểm

Có 79 thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ phát hiện bằng thang điểm BDI-II, chiếm tỷ lệ 8,7%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ

Bảng 1. Một số đặc điểm của thai phụ nghiên cứu

Đặc điểm	BDI-II \geq 18 (n = 79)	BDI-II < 18 (n = 824)	p
Tuổi mẹ (năm)	28,15 \pm 6,19	28,25 \pm 5,04	0,862
BMI trước mang thai (kg/m ²)	20,91 \pm 4,13	21,17 \pm 3,28	0,531
Tuổi thai (tuần)	37,68 \pm 2,84	38,12 \pm 3,22	0,243
Số lần mang thai	1,93 \pm 0,89	1,89 \pm 1,61	0,808

Không có sự khác biệt về tuổi mẹ, BMI trước khi mang thai, tuổi thai và số lần mang thai giữa nhóm thai phụ có kết quả BDI-II \geq 18 điểm và BDI-II < 18 điểm.

Bảng 2. Các yếu tố cá nhân

Các yếu tố cá nhân	BDI-II \geq 18 n (%)	BDI-II < 18 n (%)	p
Tuổi \geq 35	9 (11,4)	109 (13,2)	0,644
Thất nghiệp	18 (22,8)	129 (15,7)	0,101
BMI (kg/m ²) \geq 23	15 (19,0)	196 (23,8)	0,352
Có sử dụng đồ uống có cồn	13 (16,5)	135 (16,4)	0,987
Tiếp xúc khói thuốc lá	22 (27,8)	136 (16,5)	0,011
Có hội chứng tiền kinh nguyệt	30 (38,0)	399 (48,4)	0,076

Tỷ lệ thai phụ tiếp xúc với khói thuốc lá trong thai kỳ ở nhóm có kết quả BDI-II \geq 18 điểm cao hơn so với nhóm có BDI-II < 18 điểm, tương ứng 27,8% và 16,5%, $p = 0,011$.

Bảng 3. Các yếu tố về gia đình

Các yếu tố về gia đình	BDI-II \geq 18 n (%)	BDI-II < 18 n (%)	p
Độc thân/goá/ly thân/ly hôn	5 (6,3)	5 (0,6)	< 0,001
Lấy chồng trước 20 tuổi ¹	6/70 (8,6)	61/808 (7,5)	0,116
Vợ chồng không cùng tham gia giải trí ²	12/74 (16,2)	84/819 (10,3)	0,113
Có bất đồng quan điểm giữa vợ và chồng ²	29/74 (39,2)	192/819 (23,4)	0,003
Có bạo lực gia đình ²	15/74 (20,3)	70/819 (8,5)	0,001

Chồng không hỗ trợ công việc gia đình ²	8/74 (10,8)	18/819 (2,2)	0,001
Vợ không hạnh phúc trong hôn nhân ²	16/74(21,6)	49/819 (6,0)	< 0,001
Mâu thuẫn với thành viên trong gia đình	17 (21,5)	159 (19,3)	0,641
Sống chung với gia đình vợ hoặc chồng	39 (49,4)	400 (48,5)	0,889
Thành viên trong gia đình đang có bệnh	9 (11,4)	71 (8,6)	0,386
Thu nhập < 5 triệu/tháng	70 (88,6)	687 (83,4)	0,154
Có ≥ 2 con	20 (25,3)	150 (18,2)	0,122

¹ Loại 25 trường hợp (6 độc thân, 19 sống chung nhưng chưa kết hôn)

² Loại 10 trường hợp (6 độc thân, 1 goá và 3 đã ly hôn)

Tỷ lệ thai phụ độc thân/goá/ly thân/ly hôn (6,3%) và không hạnh phúc trong hôn nhân (21,6%) cao hơn ở nhóm thai phụ có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm so với nhóm có BDI-II < 18 điểm (0,6% và 6%), p < 0,001.

Thai phụ không được chồng hỗ trợ trong công việc gia đình, có bạo lực gia đình và bất đồng quan điểm với chồng chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm so với nhóm chứng p < 0,05.

Bảng 4. Các yếu tố thuộc thai kỳ

Các yếu tố thuộc thai kỳ	BDI-II ≥ 18, n (%)	BDI-II < 18, n (%)	p
Tiền sử sinh non ¹	5/50 (10,0)	41/479 (8,6)	0,731
Tiền sử sẩy, nạo thai, GEU, thai trứng ¹	9/50 (18,0)	73/479 (15,2)	0,608
Tiền sử mổ lấy thai ¹	32/50 (64)	320/479 (66,8)	0,689
Có biến chứng trong lần mang thai trước ¹	17/50 (34)	130/479 (21,1)	0,303
Mang thai trước kết hôn	17/79 (17,7)	89/824 (10,8)	0,065
Không có kế hoạch mang thai	46/79 (58,2)	237/824 (28,8)	< 0,001
Giới tính thai không mong muốn ²	5/71 (7,0)	23/808 (2,8)	0,068
Biến chứng trong thai kỳ hiện tại	26/79 (32,9)	194/824 (23,5)	0,064

¹ Có 529 trường hợp mang thai từ lần 2 trở lên.

² loại 24 trường hợp không biết giới tính thai nhi

Tỷ lệ thai phụ không có kế hoạch mang thai ở nhóm có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm cao hơn so với nhóm có BDI-II < 18 điểm, tương ứng 58,2% và 28,8%, p < 0,001.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh

Yếu tố	OR	95% CI	p
Không có kế hoạch mang thai	3,45	2,15 - 5,53	< 0,001
Vợ không hạnh phúc trong hôn nhân	4,36	2,32 - 8,09	< 0,001
Chồng không hỗ trợ công việc gia đình	5,39	2,26 - 12,87	0,001
Bạo lực gia đình	2,72	1,47 - 5,04	0,001
Có bất đồng quan điểm giữa vợ và chồng	2,11	1,28 - 3,45	0,003
Độc thân/goá/ly thân/ly hôn	11,07	3,13 - 39,10	< 0,001
Tiếp xúc với khói thuốc lá	1,95	1,16 - 3,30	0,011

Thai phụ độc thân/goá/ly thân/ly hôn có nguy cơ trầm cảm trước sinh cao gấp 11,07 lần so với thai phụ kết hôn hoặc sống chung như vợ chồng (OR 11,07; 95%CI: 3,13 - 39,10).

Các yếu tố khác về gia đình bao gồm chồng không hỗ trợ công việc gia đình, không hạnh phúc trong hôn nhân và không có kế hoạch mang thai cũng làm tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh.

Bảng 6. Kết quả thai kỳ

Kết quả thai kỳ ^(*)	BDI-II ≥ 18, (n = 36)	BDI-II < 18, (n = 476)	p
Tuổi thai lúc sinh (tuần)	38,89 ± 1,52	39,21 ± 1,40	0,185
Mổ lấy thai/sinh thủ thuật (n, %)	20 (55,6)	290 (60,9)	0,525
Cân nặng lúc sinh (gram)	3123 ± 384	3179 ± 452	0,471
Apgar 1 phút < 7 điểm (n, %)	2 (5,6)	2 (0,4)	0,026

^(*) Trong thời gian nghiên cứu, 512 trường hợp thu thập được kết quả thai kỳ thông qua dữ liệu bệnh viện. Trong đó, 36 trường hợp có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm.

Tỷ lệ trẻ sinh ra có chỉ số Apgar tại 1 phút < 7 điểm cao hơn ở nhóm thai phụ có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm so với nhóm chứng, tương ứng 5,6% và 0,4%, $p = 0,026$.

Các kết quả thai kỳ (tuổi thai lúc sinh, phương thức sinh, cân nặng lúc sinh) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ mang thai ba tháng cuối thai kỳ có triệu chứng trầm cảm phát hiện qua sàng lọc bằng thang điểm BDI-II là 8,7%. Tỷ lệ này mặc dù tương đối cao trong thai kỳ nhưng nhìn chung tương đương với tỷ lệ trầm cảm chung trong báo cáo của WHO, gần 10% phụ nữ mang thai trên thế giới bị trầm cảm [7]. Theo ACOG, ước tính 14 - 23% phụ nữ trầm cảm trong giai đoạn mang thai [18], do đó, ACOG đưa ra khuyến cáo sàng lọc trầm cảm ít nhất 1 lần trong thai kỳ [2].

Có sự khác nhau về tỷ lệ trầm cảm giữa các quốc gia và khu vực và dao động rất lớn phụ thuộc vào từng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu và đặc biệt là thang điểm sử dụng để phát hiện triệu chứng trầm cảm. BDI-II là một trong những thang điểm sàng lọc trầm cảm phổ biến hiện nay, được dịch và hiệu chỉnh trên 17 ngôn ngữ tại Châu Âu, Tây và Trung Á và Châu Mỹ Latin. Tuy nhiên, điểm cắt khác nhau cho tỷ lệ bệnh khác nhau. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng thang điểm BDI-II tại điểm cắt ≥ 18 điểm cho tỷ lệ thai phụ có triệu chứng trầm cảm là 8,7%, tương tự nghiên cứu của Chung T.K. (8,7%) sử dụng điểm cắt ≥ 15 điểm [19] nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu của Sahile M.A. (2017) (31,2%) với điểm cắt ≥ 7 điểm và nghiên cứu của Iranfar S. (45,4%) với điểm cắt ≥ 10 điểm [20], các điểm cắt này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu chúng tôi.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về trầm cảm trước sinh còn khá khiêm tốn và cho nhiều kết quả chênh lệch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Ngô Văn Toàn (2018) trên 1.276 thai phụ [3] với tỷ lệ 37,4% có triệu chứng trầm cảm [11]. Hai nghiên cứu trên sử dụng thang điểm EPDS ở điểm cắt ≥ 4 điểm cho chẩn đoán có nguy cơ trầm cảm, trong khi với thang điểm này, điểm cắt ≥ 10 điểm được khuyến cáo sử dụng ở phần lớn quốc gia trong đó có Việt Nam để sàng lọc thai phụ có triệu chứng trầm cảm trước sinh [21].

Như vậy, tỷ lệ trầm cảm trước sinh khác nhau có liên quan đến sử dụng thang điểm đánh giá khác nhau và điểm cắt khác nhau của cùng một thang điểm.

4.2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm trong ba tháng cuối thai kỳ

Theo kết quả nghiên cứu, nhóm thai phụ tiếp xúc khói thuốc lá trong thai kỳ có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm cao gấp

1,95 lần so với nhóm không tiếp xúc khói thuốc lá (OR 1,95, 95%CI: 1,16-3,30). Nicotin trong thuốc lá tác động đến sinh bệnh học của trầm cảm thông qua cơ chế hoạt hoá hoặc ức chế thụ thể nicotinic Acetylcholine (nA-ChRs) [22]. Ngoài thúc đẩy hoạt động của hệ cholinergic, nAChRs ảnh hưởng lên hệ thống nội tiết thần kinh do đó liên quan đến cơ chế trầm cảm và trục dưới đồi - tuyến yên - thượng thận. Bên cạnh đó, những người tiếp xúc với khói thuốc có nồng độ dopamine và γ -aminobutyric acid (GABA) thấp làm tăng tỷ lệ mắc các rối loạn tâm thần [23]. Kết quả tương tự đã được báo cáo trong nghiên cứu của Shu-Chuan Weng (2016) [24].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm yếu tố liên quan đến gia đình chiếm đa số trong các yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh, bao gồm không sống chung với chồng hoặc bạn tình (độc thân/ góa/ly thân/ly hôn) (OR 11,07; 95%CI: 3,13-39,10), không nhận được sự hỗ trợ từ chồng trong công việc gia đình và chăm sóc con cái (OR 5,39; 95%CI: 2,26-12,87). Thai phụ đang kết hôn hoặc sống với bạn tình có sự ủng hộ về vật chất và tinh thần, sự hỗ trợ từ chồng hoặc bạn tình giúp thai phụ giảm các vấn đề tiêu cực và những khó khăn gặp phải trong quá trình mang thai, trong khi các thai phụ độc thân, góa, ly thân, ly hôn phải độc lập đối mặt với quá trình chăm sóc thai kỳ cũng như tự chủ về kinh tế. Tỷ lệ trầm cảm trước sinh tăng trong nhóm thai phụ có bất đồng quan điểm vợ chồng (OR 2,11; 95%CI: 1,28-3,45), có bạo lực gia đình (OR 2,72; 95%CI: 1,47-5,04) cũng như nhóm người vợ không hạnh phúc trong hôn nhân (OR 4,34; 95%CI: 2,32-8,09). Yếu tố không hạnh phúc trong hôn nhân cũng được báo cáo tại Malaysia với tỷ lệ 2,6% [25]. Theo "Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình với phụ nữ Việt Nam", phụ nữ từng bị bạo lực do chồng gây ra có nguy cơ trầm cảm cao gấp 3 lần so với nhóm không bị bạo lực [26]. Các yếu tố về gia đình làm gia tăng nguy cơ trầm cảm cũng được báo cáo trong nhiều nghiên cứu khác [9,27], đây cũng chính là những yếu tố cần được cải thiện được xác định trong chiến lược chăm sóc sức khỏe phụ nữ nói chung và sức khỏe sinh sản hiện nay.

Những thai phụ không lên kế hoạch cho lần mang thai hiện tại có tỷ lệ bị trầm cảm trước sinh tăng gấp 4,27 lần so với những thai phụ có kế hoạch. Tỷ lệ tương tự cũng được báo cáo trong một nghiên cứu tại Ethiopia [27]. Ngoài ra, mang thai ngoài ý muốn được phát hiện là yếu tố nguy cơ rối loạn tâm thần trước và sau sinh ở phụ nữ các nước thu nhập thấp và trung bình. Mang thai gây ra những thay đổi về thể chất và tâm lý, thời gian mang thai và nuôi con về sau ảnh hưởng nhiều đến các kế hoạch trong cuộc sống của thai phụ cũng như gia đình, đặc biệt ở những trường hợp người phụ nữ cần chuẩn bị đầy đủ về tâm lý, thời gian và vật chất cho thời kỳ kéo dài này.

Căng thẳng tâm lý, gồm có trầm cảm, kích thích giải

phóng serotonin, norepinephrin và dopamin từ hồi hải mã, hạch hạnh nhân và các vùng não khác, đồng thời kích thích trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận tăng tiết cortisol trong máu [28]. Catecholamin và cortisol làm giảm lưu lượng máu động mạch tử cung [29] báo cáo các triệu chứng trầm cảm trước sinh liên quan đến cân nặng lúc sinh, chu vi vòng đầu và điểm số Apgar thấp [31]. Tại Hà Nội, tỷ lệ sinh non và thai nhẹ cân cao hơn ở nhóm thai phụ có triệu chứng trầm cảm trước sinh [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có khác biệt về tỷ lệ sinh non và thai nhẹ cân ở hai nhóm thai phụ. Tỷ lệ trẻ sinh ra có điểm Apgar tại 1 phút < 7 điểm cao hơn ở nhóm thai phụ có kết quả BDI-II ≥ 18 điểm so với nhóm chứng, tương ứng 5,6% và 0,4% ($p < 0,05$). Tuy nhiên số trẻ có điểm Apgar thấp trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ thấp, do đó có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu và cần khảo sát ở các nghiên cứu lớn hơn. Mặt khác, trong nghiên cứu chúng tôi, những đối tượng phát hiện có triệu chứng trầm cảm được hướng dẫn tư vấn với chuyên gia Tâm thần cùng với quản lý thai kỳ, có thể những can thiệp này góp phần đáng kể làm cải thiện kết quả thai kỳ ở nhóm này.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ mang thai ba tháng cuối thai kỳ có triệu chứng trầm cảm phát hiện qua sàng lọc bằng thang điểm BDI-II là 8,7%. Các yếu tố liên quan gồm yếu tố về gia đình như tình trạng độc thân, góa, ly thân, ly hôn ($p < 0,001$; OR 11,07; 95%CI: 3,13 - 39,10), chồng không hỗ trợ công việc gia đình ($p = 0,001$; OR 5,39; 95%CI: 2,26 - 12,87), không hạnh phúc trong hôn nhân ($p < 0,001$; OR 4,36; 95%CI: 2,32 - 8,09), có bạo lực gia đình ($p = 0,001$; OR 2,72; 95%CI: 1,47 - 5,04) và bất đồng quan điểm vợ chồng ($p = 0,003$; OR 2,11; 95%CI: 1,28 - 3,45). Không có kế hoạch mang thai ($p < 0,001$; OR 3,45; 95%CI: 2,15 - 5,53) và tiếp xúc với thuốc lá trong thai kỳ ($p = 0,011$; OR 1,95; 95%CI: 1,16 - 3,30) là những yếu tố có liên quan đến trầm cảm trong thai kỳ.

Trầm cảm trước sinh tương đối phổ biến, do đó cần có thêm những nghiên cứu toàn diện về bệnh lý này trong thai kỳ cũng như sự quan tâm đúng mức từ gia đình, cộng đồng và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva; 1992. 99-103 p.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):208-12.
- Van Ngo T, Gammeltoft T, Nguyen HTT, Meyrowitsch DW, Rasch V. Antenatal depressive symptoms and adverse birth outcomes in Hanoi, Vietnam. *PLoS ONE.* 2018 Nov 2;13(11). Doi: 10.1371/journal.pone.0206650.
- Eastwood J, Ogbo FA, Hendry A, Noble J, Page A. The Impact of Antenatal Depression on Perinatal Outcomes in Australian Women. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 Jan 17 [cited 2019 Oct 8];12(1). Doi: 10.1371/journal.pone.0169907.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol.* 2004 Sep;104(3):467-76.
- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000 Apr;95(4):487-90.
- World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Switzerland; 2009.
- Dadi A, Miller E, Mwanri L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2020 Jan 10;15(1). Doi 10.1371/journal.pone.0227323.
- Roomruangwong C, Epperson CN. Perinatal depression in Asian women: prevalence, associated factors, and cultural aspects. *Asian Biomed.* 2011 Apr 1;5(2):179-93.
- Tran TD, Tran T, La B, Lee D, Rosenthal D, Fisher J. Screening for perinatal common mental disorders in women in the north of Vietnam: a comparison of three psychometric instruments. *J Affect Disord.* 2011 Sep;133(1-2):281-93.
- Niemi M, Falkenberg T, Petzold M, Chuc NTK, Patel V. Symptoms of antenatal common mental disorders, preterm birth and low birthweight: a prospective cohort study in a semi-rural district of Vietnam. *Trop Med Int Health TM IH.* 2013 Jun;18(6):687-95.
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. BDI-II. Beck Depression Inventory Manual, second edition. San Antonio; 1996.
- Trần Như Minh Hằng. Giáo trình đào tạo CME về các trắc nghiệm tâm lý. Trường Đại học Y Dược Huế; 2017.
- Viện sức khoẻ tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai. Thang đánh giá trầm cảm Beck (BDI). Hà Nội; [update 2009 April 22, cited 2019 Oct 8]. Available from: <http://nimh.gov.vn/vi/chuyen-de-tam-than/trac-nghiem-tam-ly/88-cac-trc-nghim/764-thang-anh-gia-trm-cm-beck-bdi.html>
- Murray L, Dunne MP, Van Vo T, Anh PNT, Khawaja NG, Cao TN. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015 Sep 30;15(1):234-45.
- Nasreen HE, Rahman JA, Rus RM, Kartiwi M, Sutan R, Edhborg M. Prevalence and determinants of antepartum

- depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC Psychiatry*. 2018 Jun 15;18(1):195-208.
17. Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2001 Mar;20(2):112-9.
18. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2009 Sep;114(3):703-13.
19. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*. 2001 Oct;63(5):830-4.
20. Iranfar S, Shakeri J, Ranjbar M, NazhadJafar P, Razaie M. Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *East Mediterr Health J*. 2005 Jul;11(4):618-24.
21. Departement of Health, Government of Western Australia. Edinburgh Depression Scale (EPDS) Translated into languages other than English. Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group; 2006.
22. Quattrocki E, Baird A, Yurgelun-Todd D. Biological aspects of the link between smoking and depression. *Harv Rev Psychiatry*. 2000 Sep;8(3):99-110.
23. Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2001 Mar;20(2):112-9.
24. Weng S-C, Huang J-P, Huang Y-L, Lee TS-H, Chen Y-H. Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health [Internet]*. 2016 Jul 22 [cited 2019 Oct 8];16(1). Doi: 10.1186/s12889-016-3254-z .
25. Mohamad Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2016;29(7):1170-4.
26. Henrica AFM.J, Vung ND, Anh HT, Trang QT, Nga NTV, Kiem DA, Marta AC. Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình với phụ nữ Việt Nam. Việt Nam: Tổng cục Thống kê Việt Nam; 2010.
27. Sahile MA, Segni MT, Awoke T, Bekele D. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among women attending Adama Hospital Antenatal Clinic, Adama, Ethiopia. *Int J Nurs Midwifery*. 2017 May 30;9(5):58-64.
28. Menke A. Is the HPA Axis as Target for Depression Outdated, or Is There a New Hope? *Front Psychiatry [Internet]*. 2019;10. Doi: 10.3389/fpsy.2019.00101.
29. Rakers F, Bischoff S, Schiffner R, Haase M, Rupprecht S, Kiehntopf M, et al. Role of catecholamines in maternal-fetal stress transfer in sheep. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Nov;213(5):684.e1-684.e9.
30. Browne VA, Julian CG, Toledo-Jaldin L, Cioffi-Ragan D, Vargas E, Moore LG. Uterine artery blood flow, fetal hypoxia and fetal growth. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2015 Mar 5;370(1663). Doi:10.1098/rstb.2014.0068.
31. Hasanjanzadeh P, Faramarzi M. Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2017 Apr;11(4):VC04-7.