

SÀNG LỌC TRẦM CẢM SAU SINH Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Manh Hoan⁽¹⁾, Cao Ngọc Thành⁽²⁾

(1) Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Đồng Nai, (2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về trầm cảm sau sinh (TCSS) ở phụ nữ nhiễm HIV và các yếu tố liên quan. Tại Việt Nam, chưa có báo cáo về tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: "Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến TCSS ở các phụ nữ nhiễm HIV tại Việt Nam".

Vật liệu và Phương pháp. Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu thực hiện tại miền Đông Nam Bộ, Việt Nam, từ 30/11/2012 đến 30/4/2015. Tất cả 152 phụ nữ nhiễm HIV và 460 phụ nữ không nhiễm HIV, đồng ý và tham gia đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, đã được sàng lọc TCSS bằng cách sử dụng thang Edinburgh (EPDS) từ khi nhập viện sinh đến 6 tuần sau khi sinh. TCSS được đánh giá ở tất cả các lần, các EPDS có điểm cắt ≥ 13 được sử dụng để xác định trầm cảm có thể xảy ra. Mẫu có EPDS ≥ 13 ở thời điểm nhập viện được loại khỏi nghiên cứu. Phiếu thu thập số liệu được sử dụng để thu thập các đặc điểm của tất cả các mẫu nghiên cứu. Các phụ nữ có điểm sàng lọc EPDS ≥ 13 ở thời điểm 6 tuần sau sinh được giới thiệu khám chuyên khoa tâm thần chẩn đoán xác định TCSS

Kết quả. Tỉ lệ TCSS tại thời điểm 6 tuần ở phụ nữ nhiễm HIV là 61,8% so với tỉ lệ 12,6% ở phụ nữ không nhiễm ($p < 0,001$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm ở một số đặc điểm: học vấn, nghề nghiệp, ổn định nghề nghiệp, tiền sử trầm cảm, hôn nhân, sức khỏe con. Phân tích đơn biến xác định các yếu tố: phát hiện nhiễm HIV trong chuyển dạ, con bị nhiễm HIV, mặc cảm mang bệnh HIV và mặc cảm có lỗi với gia đình có liên quan đến TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV. Phân tích đa biến xác định có sự liên quan giữa TCSS với các yếu tố: nhiễm HIV (RR=4,49; KTC 95%:3,76 - 6,43); mẹ lớn tuổi (RR=1,96; KTC 95%:1,12 - 3,44); nhập cư (RR 0,67; KTC 95%:0,53-0,86); không ổn định nghề nghiệp (RR=1,25;KTC 95%:0,99 - 1,59); tình trạng sức khỏe con (RR=1,78; KTC 95%: 1,23 - 2,58); và không nuôi con (RR=1,42; KTC 95%:1,92-1,97).

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Nguyễn Manh Hoan,
email: nguyenhoan84@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 10/7/2017

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
15/8/2017

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 31/8/2017

Kết luận. Tỷ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV là 62%. Phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ bị TCSS cao gần gấp 5 lần phụ nữ không nhiễm HIV với $p < 0,001$. Một số yếu tố kết hợp với TCSS: phụ nữ 35 tuổi hoặc hơn tăng nguy cơ gấp 2; nhập cư tăng nguy cơ 0,67 lần; không ổn định nghề nghiệp tăng nguy cơ 1,25 lần; sinh con yếu hoặc chết tăng nguy cơ 1,75 lần; và không tự nuôi con sau sinh tăng nguy cơ 1,42 lần.

1. Đặt vấn đề

Tình trạng nhiễm HIV có liên quan đến sự phát triển của trầm cảm và sự hiện diện của trầm cảm đã gắn liền với chất lượng kém của cuộc sống, tiến triển của bệnh HIV và không tuân thủ điều trị ARV. Người phụ nữ nhiễm HIV khi sinh sẽ có hai nguy cơ bị trầm cảm là trầm cảm liên quan HIV và trầm cảm sau sinh trong dân số. Mặc dù điều trị chống trầm cảm đã chứng minh hiệu quả về cải thiện các triệu chứng lâm sàng và tăng cường sự tuân thủ ARV, nhưng TCSS thường xuyên không được phát hiện và điều trị. Trên thế giới, tỷ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV, qua các nghiên cứu, từ 22% đến 74,1% [11],[12],[13]. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá sự phổ biến của TCSS và các yếu tố có liên quan, ở phụ nữ nhiễm HIV tại Việt Nam.

2. Mục tiêu cụ thể

Xác định tỷ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV.

Xác định một số yếu tố liên quan đến TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV.

3. Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng mục tiêu: phụ nữ trong thời kỳ thai sản,
- Đối tượng nghiên cứu: phụ nữ sinh tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Dương từ 30/11/2012 đến 30/4/2015.
- Tiêu chuẩn chọn: phụ nữ đồng ý tham gia và thực hiện các yêu cầu của nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại: khi phụ nữ có một trong các yếu tố sau: đang mắc bệnh mãn tính hoặc đang có các biểu hiện rối loạn tâm thần, nhất là trầm cảm (đã được bác sĩ chuyên khoa xác định) hoặc sàng lọc trầm cảm theo thang EPD khi vào viện có điểm cắt ≥ 13 ; hoặc thai kỳ lần này có nguy cơ cao; hoặc bị tai biến sản khoa trong lần sinh này hoặc lâm sàng giai đoạn AIDS.

Cỡ mẫu: thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc, so sánh tỷ lệ TCSS giữa 2 nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV. Giả thuyết của nghiên cứu: nguy cơ TCSS ở nhóm nhiễm HIV gấp 2 lần ở nhóm không nhiễm HIV (RR = 2). Tỷ lệ TCSS ở nhóm không nhiễm HIV là 0,15 (Nguyễn Mai Hạnh) [3], suy ra tỷ lệ TCSS ở nhóm nhiễm HIV là 0,30. Lấy mẫu theo tỷ số không nhiễm HIV/nhiễm HIV = 3 : 1. Mẫu còn lại sau khi mất dấu (bao gồm có yếu tố loại trừ hoặc mất liên lạc) của nhóm nhiễm HIV là 152 và nhóm không nhiễm HIV là 460.

Thu thập và xử lý số liệu:

- Nhóm nhiễm HIV: gồm các sản phụ đã biết nhiễm HIV trước nhập viện và các sản phụ biết nhiễm HIV sau khi nhập viện.

- Nhóm không nhiễm HIV: gồm các sản phụ có xét nghiệm HIV(-) khi nhập viện. Cách lấy mẫu: cứ một sản phụ nhóm nhiễm HIV nhập viện thì sẽ lấy ngẫu nhiên đơn 3 sản phụ nhóm không nhiễm HIV nhập viện ngay sau sản phụ nhiễm HIV.

- Tên của các sản phụ sẽ được mã hoá trong phiếu thu thập số liệu và thang sàng lọc EPDS.

Tiêu chuẩn đánh giá dựa trên điểm EPDS: < 9 - không có rối loạn tâm thần; ≥ 13 - rất có thể TCSS.

- Tiến hành: mỗi sản phụ được thực hiện EPDS 2 lần. Lần đầu: khi vào viện, mục đích loại các ca có

điểm EPDS ≥ 13 . Lần 2: sau sinh 6 tuần, mục đích tìm tỉ lệ mắc TCSS.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Epi Info, phép kiểm chi bình phương và Fisher, phân tích hồi qui đơn biến và hồi qui đa biến.

Vấn đề y đức: Sản phụ tự nguyện tham gia nghiên cứu được dấu tên và bí mật thông tin. Các sản phụ sàng lọc có nguy cơ TCSS sẽ được giới thiệu đến BV Tâm thần TW2 để chẩn đoán xác định và có hướng điều trị.

4. Kết quả

4.1 Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

4.1.1 Đặc điểm chung của hai nhóm

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung N = 612	Không HIV n = 460	Nhiễm HIV n = 152	Giá trị P
Tuổi				0,822
< 20	43 (7,0)	31 (6,7)	12 (7,9)	
20 - < 35	513 (83,8)	388 (84,4)	125 (82,2)	
≥ 35	56 (9,2)	41 (8,9)	15 (9,9)	
Tuổi trung bình	27 sd 6	27; sd 6	27; sd 5	
Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất	16 - 47	16 - 47	17 - 43	
Cư trú				0,154
Ngoài tỉnh	228 (37,3)	164 (35,7)	64 (42,1)	
Trong tỉnh	384 (62,7)	296 (64,3)	88 (57,9)	
Học vấn				0,000
< THPT	371 (60,6)	257 (55,9)	114 (75,0)	
THPT	187 (30,5)	154 (33,5)	33 (21,7)	
> THPT	54 (8,9)	49 (10,6)	5 (3,3)	
Nghề nghiệp				0,000
Không nghề/nội trợ	143 (23,4)	91 (19,8)	52 (34,2)	
Có nghề	469 (76,6)	369 (80,2)	100 (65,8)	
Nghề ổn định		n=459	n=151	0,000
Không	178 (29,2)	104 (22,7)	74 (49,0)	
Có	432 (70,8)	355 (77,3)	77 (51,0)	

Tuổi: phân bố nhóm tuổi không có khác biệt giữa 2 nhóm,

Cư trú: phân bố dân số trong và ngoài tỉnh không có khác biệt giữa hai nhóm.

Học vấn: học vấn ở nhóm nhiễm thấp hơn ở nhóm không nhiễm, với $p = 0,000$.

Đặc điểm kinh tế: nhóm nhiễm có tỉ lệ thất nghiệp và kinh tế khó khăn cao hơn nhóm không nhiễm, với các $p < 0,001$.

Tiền sử trầm cảm: ở nhóm nhiễm cao hơn ở nhóm không nhiễm, $p < 0,05$.

Tình trạng hôn nhân tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm cao hơn nhóm không nhiễm, $p = 0,000^c$. Vấn đề "Quan hệ" ngoài

Bảng 2. Đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Đặc điểm	Mẫu chung N = 612	Không HIV n = 460	Nhiễm HIV n = 152	P
Tiền sử trầm cảm				0,011
Có	24 (3,9)	13 (2,8)	11 (7,2)	
Không	533 (87,4)	412 (89,6)	123 (80,9)	
Không biết	53 (8,7)	35 (7,6)	18 (11,9)	
Tình trạng hôn nhân				0,000 ^c
Đơn thân	19 (3,1)	5 (1,1)	14 (9,2)	
Chung sống	593 (96,9)	455 (98,9)	138 (90,8)	
"Quan hệ" ngoài chồng				0,000
Không	537 (87,8)	444 (96,5)	93 (61,2)	
Có	75 (12,2)	16 (3,5)	59 (38,8)	
Phương thức sinh				0,307
Sinh ngã dưới	406 (66,3)	300 (65,2)	106 (69,7)	
Sinh mổ	206 (33,7)	160 (34,8)	46 (30,3)	
Sức khỏe của con				0,011
Khoẻ	577 (94,3)	440 (95,6)	137 (90,1)	
Yếu hoặc chết	35 (5,7)	20 (4,4)	15 (9,9)	
Nuôi con sau sinh	N = 611	n = 459		0,056
Tự nuôi	551 (90,2)	420 (91,5)	131 (86,2)	
Không tự nuôi	60 (9,8)	39 (8,5)	21 (13,8)	

c: phép kiểm Fisher chính xác

chồng: có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p = 0,000$.

Đặc điểm sản khoa: không có sự khác biệt về phương thức sinh giữa 2 nhóm ($p = 0,736$) nhưng có khác biệt về tình trạng sức khỏe của con: tỉ lệ con yếu hoặc chết ở nhóm nhiễm cao hơn không nhiễm ($p = 0,034$) và tỉ lệ không cho con bú ở nhóm nhiễm (91,4%), cao hơn 6 lần nhóm không nhiễm (1,5%) ($p = 0,034$).

4.1.2 Đặc điểm riêng của nhóm nhiễm HIV

Thời điểm biết nhiễm HIV: Khoảng 38,8%

Bảng 3. Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con

Đặc điểm	Nhiễm HIV (N=152)	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thời điểm biết nhiễm HIV		
Trước có thai	59	38,8
Mang thai	11	7,2
Chuyển dạ và sau sinh	82	54,0
Dự phòng ARV cho mẹ		
Có	145	95,4
Không	7	4,6
Dự phòng ARV cho con		
Có	129	84,9
Không	23	15,1
CD4 máu mẹ		
< 350/mL	31	20,4
≥ 350 /mL	60	39,5
Không biết	61	40,1
PCR của con		
PCR ₁ (-)	96	63,2
PCR ₁ (+)	10	6,6
Không biết	46	30,3

(59/152) sản phụ nhiễm H được XN HIV lần đầu khi chuyển dạ,

Dự phòng ARV: tỉ lệ ARV cho mẹ hơn 95% trong khi tỉ lệ ARV cho con chỉ khoảng gần 85%.

Nồng độ tế bào TCD4: gần 40% sản phụ có lượng TCD4 từ 350/mL trở lên. Có đến 40% sản phụ không biết số lượng TCD4 của mình!

Kết quả PCR₁ của con. Tỉ lệ PCR₁ (+) khoảng 6,6%. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 70% trẻ được biết kết quả xét nghiệm PCR₁.

Bảng 4. Đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ bị nhiễm HIV

Đặc điểm	Nhiễm HIV (N=152)	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tiết lộ bệnh		
Có	128	84,2
Không	24	15,8
Người đã được bộc lộ		
Chồng	118	90,8
Cha mẹ	61	46,9
Anh chị em	28	21,5
Bạn thân	5	3,8
Bạn tình	2	1,5
Người khác	3	2,3
Mặc cảm mang bệnh HIV		
Có	115	75,7
Không	37	24,3
Mặc cảm có lỗi với gia đình		
Có	121	79,6
Không	31	20,4

Tiết lộ bệnh: tỉ lệ sản phụ bộc lộ bệnh khoảng 84,2%. Trong đó, phần lớn thổ lộ với chồng và người thân trong gia đình, tỉ lệ bộc lộ với bạn tình rất thấp (1,5%).

Mặc cảm về căn bệnh đang mang: tỉ lệ sản phụ nhiễm HIV có tâm trạng mặc cảm rất cao, gần 77,7%.

Mặc cảm có lỗi với gia đình: gần 80% sản phụ nhiễm HIV cảm thấy có lỗi với gia đình.

4.2 Tỉ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV so với nhóm không nhiễm HIV

Bảng 5. Tỉ lệ mắc TCSS, theo điểm cắt EPDS, ở thời điểm sau sinh 6 tuần

Yếu tố	Nhiễm HIV		P
	Không	Có	
TCSS ở mỗi nhóm	n = 460	n = 152	
Không	402 (87,4)	58 (38,2)	0,000
Có	58 (12,6)	94 (61,8)	
TCSS ở mẫu chung	N = 612		
Không	460 (75,2)		
Có	152 (24,8)		

Tỉ lệ TCSS, theo điểm cắt EPDS, ở thời điểm sinh được 6 tuần ở nhóm nhiễm HIV cao hơn ở nhóm không nhiễm HIV, với $p < 0,001$.

Tỉ lệ TCSS ở mẫu chung, tổng mẫu 2 nhóm, là 24,8%.

4.3 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm của hai nhóm

4.3.1 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm chung của hai nhóm

Bảng 6. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm dịch tễ của hai nhóm

	TCSS		RR (KTC 95%)	P
	Không	Có		
Nhóm tuổi				
< 20	34 (79,1)	9 (20,9)	1	
20 - < 35	390 (76,0)	123 (24,0)	1,15 (0,63-2,09)	0,658
≥ 35	36 (64,3)	20 (35,7)	1,71 (0,86-3,37)	0,123
Nơi cư trú				
Ngoài tỉnh	155 (68,0)	73 (32,0)		
Trong tỉnh	305 (79,4)	79 (20,6)	0,64 (0,49-0,84)	0,001
Trình độ học vấn				
< THPT	267 (72,0)	106 (27,4)	1	
THPT	144 (77,0)	104 (28,0)	0,82 (0,60-1,12)	0,209
>THPT	49 (90,7)	43 (23,0)	0,33 (0,14-0,77)	0,011
Nghề nghiệp				
Ko nghề - nội trợ	95 (66,4)	48 (33,6)		
Có nghề	365 (77,8)	104 (22,2)	0,66 (0,50-0,88)	0,006
Nghề ổn định				
Không	123 (69,1)	55 (30,9)		
Có	335 (77,5)	55 (30,9)	0,73 (0,55-0,96)	0,028

Liên quan (Lq) giữa nhóm tuổi và TCSS: Không có liên quan giữa TCSS với yếu tố nhóm tuổi.

Lq nơi cư trú-TCSS: sản phụ nhập cư dễ bị TCSS hơn, $p = 0,001$. Lq trình độ học vấn-TCSS: phụ nữ có trình độ học vấn trên THPT ít nguy cơ TCSS, với $p = 0,009$;

Lq nghề nghiệp-TCSS: có liên quan giữa tình trạng thất nghiệp và TCSS, $p < 0,05$.

Lq nghề ổn định - TCSS: phụ nữ có thu nhập gia đình thấp tăng nguy cơ TCSS, $p = 0,02$.

Bảng 7. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Đặc điểm	TCSS		RR (KTC 95%)	P
	Không	Có		
Tiền sử trầm cảm				
Có	13 (54,2)	11 (45,8)		
Không-không biết	447 (76,0)	141 (24,0)	1,91 (1,21-3,02)	0,015
Tình trạng hôn nhân				
Không chung sống	8 (42,1)	11 (57,9)		
Chung sống	452 (76,2)	141 (23,8)	0,41 (0,27-0,62)	0,001
"Quan hệ" ngoài chồng				
Không	422 (78,6)	115 (21,4)		
Có	38 (50,7)	37 (49,3)	2,30 (1,74-3,05)	0,000
Phương thức sinh				
Sinh ngã dưới	298 (73,4)	108 (26,6)		
Sinh mổ	162 (78,6)	44 (21,4)	0,80 (0,59-1,09)	0,156
Sức khỏe của con				
Khỏe	445 (77,1)	132 (22,9)		
Yếu hoặc chết	15 (42,9)	20 (57,1)	2,50 (1,81-3,45)	0,000
Nuôi con sau sinh				
Tự nuôi	422 (76,6)	129 (23,4)		
Không tự nuôi	38 (63,3)	22 (36,7)	1,57 (1,09-2,26)	0,024

Lq tiền sử trầm cảm-TCSS: có sự liên quan giữa tiền căn trầm cảm với TCSS, $p = 0,02$.

Lq đăng ký kết hôn-TCSS: sản phụ không kết hôn tăng nguy cơ TCSS với $p < 0,001$.

Lq tình trạng hôn nhân-TCSS: phụ nữ sống đơn thân gia tăng nguy cơ TCSS với $p = 0,001$.

Lq giữa "quan hệ" ngoài chồng-TCSS: quan hệ ngoài hôn nhân tăng nguy cơ TCSS, $p < 0,001$.

Lq phương thức sinh - TCSS: không có mối liên quan giữa TCSS và phương thức sinh, $p = 0,24$.

Lq tình trạng sơ sinh - TCSS: có liên quan giữa TCSS và tình trạng sức khỏe của con, $p = 0,00$

Bảng 8. Mối liên quan giữa nhiễm HIV và TCSS trong mô hình hồi qui đa biến

TCSS		RR	KTC 95%	P
Nhiễm HIV		4,92	3,76-6,43	0,000
Tuổi mẹ	20 - < 35	1,40	0,84-2,33	0,200
	≥ 35	1,96	1,12-3,44	0,018
Nhập cư		0,67	0,53-0,86	0,001
Nghề không ổn định		1,25	0,99-1,59	0,064
Sức khỏe con yếu/chết		1,78	1,23-2,58	0,002
Không nuôi con		1,42	1,02-1,97	0,038
Giá trị p		< 0,001		

Sau khi kiểm soát các biến số nơi tuổi mẹ, cư trú, ổn định nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe của con; người nhiễm HIV có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp 5 lần người không nhiễm HIV, với $p < 0,001$.

4.3.2 Liên quan giữa các đặc điểm riêng của nhóm nhiễm H với TCSS

Bảng 9. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sinh học, dự phòng lây truyền mẹ - con

Đặc điểm	TCSS		RR	P
	Không	Có	(KTC 95%)	
Thời điểm biết nhiễm HIV			1	
Trước có thai	29 (49,1)	30 (50,9)		
Mang thai	7 (63,6)	4 (36,4)	0,71 (0,31-1,62)	0,425
Chuyển dạ và sau sinh	22 (26,8)	60 (73,2)	1,44 (1,08-1,91)	0,012
Dự phòng ARV/mẹ				
Không	4 (57,1)	3 (42,9)		
Có	54 (37,2)	91 (62,8)	1,46 (0,62-3,48)	0,251 [*]
Dự phòng ARV/con				
Không	13 (52,6)	10 (43,5)		
Có	45 (34,9)	84 (65,1)	1,50 (0,92-2,43)	0,102
TCD4/mẹ			1	
< 350/mL	13 (41,9)	18 (58,1)		
≥ 350/mL	25 (41,7)	35 (58,3)	1,00 (0,70-1,45)	0,980
Không biết	20 (32,8)	41 (67,2)	1,16 (0,82-1,64)	0,410
PCR ₁ /con			1	
PCR ₁ (-)	35 (36,5)	61 (63,5)		
PCR ₁ (+)	0 (0,0)	10 (100,0)	1,15 (1,35-1,83)	0,000
Không XN	23 (50,0)	23 (50,0)	0,78 (0,57-1,09)	0,151

Lq thời điểm phát hiện nhiễm HIV – TCSS: có liên quan giữa TCSS và thời điểm phát hiện nhiễm HIV, $p = 0,01$.

Lq dự phòng ARV - TCSS: không có mối liên quan giữa TCSS và ARV cho mẹ và ARV cho con.

Lq nồng độ tế bào TCD4 – TCSS: không có liên quan giữa nồng độ TCD4 và TCSS.

Lq tình trạng nhiễm HIV của con – TCSS: có mối liên quan giữa TCSS và tình trạng sản phụ có con bị nhiễm HIV (PCR₁(+)), với $p < 0,001$.

Bảng 10. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ nhiễm H

Đặc điểm	TCSS		RR	P
	Không	Có	(KTC 95%)	
Tiết lộ bệnh				
Không	7 (29,2)	17 (70,8)		
Có	51 (39,8)	77 (60,2)	0,85 (0,63-1,14)	0,323
Mặc cảm mang bệnh HIV.				
Không	26 (70,3)	11 (29,7)		
Có	32 (27,8)	83 (72,1)	2,43 (1,46-4,04)	0,000
Mặc cảm có lỗi với gia đình				
Không	20 (64,5)	11 (35,5)		
Có	38 (31,4)	83 (68,6)	1,93 (1,18-3,15)	0,001

Lq bộc lộ bệnh - TCSS: không có sự liên quan giữa TCSS với tiết lộ nhiễm HIV.

Lq mặc cảm mang bệnh - TCSS: các sản phụ có mặc cảm về căn bệnh HIV tăng nguy cơ bị TCSS, với $p < 0,001$.

Liên quan cảm thấy có lỗi với gia đình - TCSS: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và tâm trạng cảm thấy có lỗi với người thân gia đình, $p < 0,001$.

5. Bàn luận

5.1 Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

5.1.1 Đặc điểm chung của hai nhóm

Đặc điểm nhân dịch tễ

Nhóm tuổi. Không có khác biệt giữa 2 nhóm về phân bố nhóm tuổi, khoảng 84% sản phụ ở nhóm tuổi sinh sản, 20 tuổi đến dưới 35 tuổi. Tuổi trung bình ở 2 nhóm là 27 tuổi, so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Trang thì tuổi trung bình khoảng 29 tuổi [5]. Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất ở nhóm không nhiễm là 16 (3 ca) – 45 (5 ca) và ở nhóm nhiễm là 17 (2 ca) - 43 (2 ca).

Cư trú. Phân bố dân số sống trong tỉnh cao hơn ngoài tỉnh là vì trong nghiên cứu (NC) hầu hết các sản phụ nhiễm HIV được chuyển về BV tuyến tỉnh để sinh. Tuy nhiên, do đặc điểm kinh tế, tỉ lệ dân nhập cư từ ngoài tỉnh khá cao, khoảng 35%. Nhóm này có nhiều nguy cơ trầm cảm do điều kiện sống bất lợi: căng thẳng, thiếu

hỗ trợ, khác văn hóa địa phương [15]. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố dân số giữa 2 nhóm.

Học vấn. Trình độ học vấn ở nhóm nhiễm thấp hơn ở nhóm không nhiễm. Theo NC của Grussu P và cs (2009, Ý) trình độ đại học là yếu tố bảo vệ đối với TCSS [16].

Đặc điểm kinh tế. Nhóm nhiễm có tỉ lệ thất nghiệp cao hơn nhóm không nhiễm ($p < 0,001$). Tỉ lệ không ổn định nghề nghiệp ở nhóm nhiễm cao hơn nhóm không nhiễm ($p = 0,001$). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh thất nghiệp, kinh tế thấp có liên quan với TCSS [17], [18].

Đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Tiền sử trầm cảm. Ở nhóm nhiễm cao hơn ở nhóm không nhiễm ($p = 0,011$). Nhiều nghiên cứu cho thấy tiền căn trầm cảm là yếu tố dự báo mạnh cho TCSS [1], [3], [5].

Đăng ký kết hôn. Sống không có hôn thú ở nhóm nhiễm cao hơn 4 lần ở nhóm không nhiễm với $p < 0,001$.

Tình trạng hôn nhân. Vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm cao gấp 9 lần (9,2%) so với không nhiễm (1,1%).

"Quan hệ" ngoài chồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các "quan hệ" ngoài chồng xảy ra trước hôn nhân lần này và đa phần là với chồng trước.

Đặc điểm sản khoa. Không có sự khác biệt về phương thức sinh giữa 2 nhóm ($p = 0,307$) nhưng có khác biệt về tình trạng sức khỏe của con; tỉ lệ con yếu hoặc chết ở nhóm nhiễm cao hơn nhóm không nhiễm ($p = 0,011$). Tỉ lệ không tự nuôi con ở nhóm nhiễm (12,8%) cao hơn so với nhóm không nhiễm (8,5%) nhưng không có ý nghĩa với $p = 0,056$.

5.1.2 Đặc điểm riêng của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con

Thời điểm phát hiện nhiễm HIV. Sản phụ biết nhiễm HIV muộn vào giai đoạn chuyển dạ đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu sẽ làm tăng nguy cơ TCSS [7]. Thực vậy, lúc đó họ phải chịu đồng thời hai stress: nhiễm HIV và lo âu đau đớn khi chuyển dạ sinh. Tại VN và một số nước trên thế giới, chủ yếu là các nước châu Phi, tỉ lệ phát hiện muộn từ 30 - 50%. Nghiên cứu của

chúng tôi chỉ có 46% sản phụ đã biết nhiễm HIV trước khi nhập viện sinh!

Dự phòng ARV. Dự phòng ARV là một thành tựu của y học khi ngăn ngừa được sự lây truyền H từ mẹ sang con từ 30-40% xuống còn 2%. Tuy nhiên, nếu dự phòng muộn thì tỉ lệ lây còn cao > 5% [14], hơn nữa sản phụ sẽ hoang mang khi dùng thuốc trong giai đoạn chuyển dạ, dễ suy sụp, rối loạn trầm cảm. Tỉ lệ ARV cho mẹ, của nghiên cứu, khoảng 95% trong khi tỉ lệ ARV cho con chỉ khoảng 85% phần lớn do các bà mẹ sợ thuốc có ảnh hưởng đến con.

Nồng độ tế bào TCD4. Khoảng 40% sản phụ có lượng TCD4 từ 350/mL trở lên, nồng độ CD4 cao là tín hiệu lạc quan đối với người bệnh. Có đến 40% sản phụ không biết lượng TCD4 của mình nên sẽ khó khăn trong chăm sóc, điều trị và tiên lượng bệnh.

Kết quả PCR1 của con. Tỉ lệ PCR1(+) khoảng 6,6% tương đương với tỉ lệ trong nước năm 2012 là 7%. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 60% trẻ được làm XN; số trẻ không XN là do cha mẹ sợ con còn yếu hoặc vì chưa có kết quả XN vào thời điểm kết thúc nghiên cứu (trẻ được làm XN trễ).

Đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ bị nhiễm H

Tiết lộ bệnh với người khác. Tiết lộ bệnh với người khác không phải là dễ, nhất là bệnh HIV. Nguyên nhân là do các sai lầm khi mới phát hiện HIV, người ta cho rằng HIV/AIDS là căn bệnh của người có hành vi nguy cơ cao (ma túy, mại dâm, tình dục không an toàn). Trong nghiên cứu này tỉ lệ tiết lộ bệnh khoảng 84%. Trong số này, phần lớn là với chồng (91%) và người thân trong gia đình (cha mẹ 47%, anh chị em ruột 21%). Tỉ lệ bộc lộ với bạn tình rất thấp so với nhiều nghiên cứu khác (1,5%); vì phần lớn số người mà sản phụ có "quan hệ" ngoài chồng là chồng trước.

Mặc cảm về căn bệnh đang mang. Số phụ nữ có mặc cảm trong nghiên cứu rất cao gần 76%. Đây là một yếu tố nguy cơ mạnh gây TCSS [20], [21].

Cảm thấy có lỗi với gia đình. Tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV không có hôn thú khoảng 33% (phần lớn ngoài sự đồng ý của gia đình), tỉ lệ tan vỡ hôn nhân cũng như tỉ lệ lây nhiễm HIV từ người chồng trước cũng

cao (khoảng 44%, vì vậy có đến 80% các sản phụ luôn có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ!

5.2 Tỷ lệ mắc TCSS theo điểm cắt EPDS ở phụ nữ nhiễm HIV, so với phụ nữ không nhiễm.

Tỷ lệ TCSS mắc TCSS ở nhóm nhiễm HIV là 61,8% cao gần gấp 5 lần nhóm không nhiễm HIV là 12,6%, với $p < 0.001$. Qua các NC tại VN, tỷ lệ TCSS trong cộng đồng khoảng từ 5,1% - 15%. Tỷ lệ TCSS của mẫu nghiên cứu (tổng mẫu 2 nhóm) là 24,8%.

5.3 Liên quan giữa các đặc điểm của hai nhóm với TCSS

5.3.1 Liên quan giữa các đặc điểm chung của hai nhóm với TCSS

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm dịch tễ của hai nhóm

Liên quan (Lq) giữa tuổi và TCSS. Trong cộng đồng, phụ nữ lứa tuổi từ 25 - 44 có tỷ lệ bị trầm cảm cao nhất. Tuy nhiên, trong y văn, tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi [1], [3], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

Lq nơi cư trú - TCSS. Cuộc sống của các sản phụ đến nhập cư gặp nhiều bất lợi hơn các sản phụ ở địa phương, nên họ có nhiều nguy cơ TCSS (RR=0,64; KTC 95%: 0,49-0,84). Tương tự NC của Ng Mai Hạnh [3], Ng thi Ngọc Trang [5], Hartley M & cs, Eastwood JG & cs [17], [18].

Lq trình độ học vấn - TCSS. Phụ nữ có trình độ học vấn cao ít nguy cơ TCSS hơn phụ nữ có học vấn thấp (RR=0,33; KTC 95%: 0,14-0,77); tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong, Grussu P [6], [16].

Lq nghề nghiệp - TCSS. Chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thất nghiệp và TCSS (RR=0,66; KTC 95%:0,50-0,88). Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong, Hartley M & cs, Eastwood JG & cs [6], [17], [18].

Lq nghề nghiệp ổn định - TCSS. Phụ nữ có nghề không ổn định có nguy cơ TCSS cao gấp 0,73 lần (KTC 95%:0,55-0,96) so với phụ nữ có thu nhập khá; tương tự nghiên cứu của Đinh Thị Tố Trinh, Blaney NT, Grussu P [2], [10], [16].

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Lq tình tiền căn trầm cảm - TCSS. Tiền căn

trầm cảm đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ TCSS. NC của chúng tôi thấy sản phụ có tiền căn trầm cảm có nguy cơ TCSS cao gần gấp 2 lần sản phụ không có tiền căn này (RR=1,91; KTC 95%: 1,21- 3,02).

Lq tình trạng hôn nhân - TCSS. Sản phụ không còn chung sống với chồng sau sinh có nguy cơ TCSS gấp 2 lần sản phụ có gia đình ổn định (RR=0,41; KTC 95%: 0,27-0,62), khác với kết quả NC của Nguyễn thị Ngọc Trang [5], Kosinska Kaczynska (2008) không thấy có mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân với TCSS.

Lq "quan hệ" ngoài chồng - TCSS. NC ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng quan hệ ngoài hôn nhân với TCSS (RR=2,30; KTC 95%: 1,74-3.05).

Lq phương thức sinh-TCSS. Đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan này nhưng còn tranh cãi do có kết quả khác nhau. O Neill T và cs, Edwards và cs, Cup RE cho rằng có mối liên quan giữa phương thức sinh và TCSS. nghiên cứu của chúng tôi thấy mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); tương tự 2 nghiên cứu của Tammentie và Winsner KL (2002), Nguyễn T Thu Phong (2007).

Lq tình trạng sơ sinh - TCSS. Có sự liên quan giữa TCSS và tình trạng sơ sinh ($p < 0,001$). Mẹ có con sức khỏe yếu hoặc chết có nguy cơ TCSS cao gấp 2 lần mẹ có con khỏe mạnh. Tương tự nghiên cứu của Ng. T. Thu Phong, Nguyễn Mai Hạnh, Glasser và cs.

Lq nuôi con sau sinh - TCSS. Kết quả của chúng tôi cho thấy sản phụ không tự nuôi con sau sinh sẽ gia tăng nguy cơ TCSS (RR=1,57; KTC 95%: 1,09 - 2,26).

Mối liên quan giữa nhiễm HIV và TCSS trong mô hình hồi qui đa biến

Sau khi kiểm soát các biến số: tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp ổn định, sức khỏe của con, và nuôi con sau sinh, người nhiễm HIV có nguy cơ bị TCSS cao gấp 5 lần người không nhiễm HIV, với $p < 0,001$.

5.3.2 Liên quan giữa các đặc điểm riêng của nhóm nhiễm HIV với TCSS

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sinh học. dự phòng lây truyền mẹ - con

Lq thời điểm sản phụ phát hiện nhiễm HIV.

Thời điểm phát hiện nhiễm HIV và ARV trước hoặc khi mang thai sẽ giảm được nguy cơ lây truyền mẹ-con và vì vậy tỉ lệ trầm cảm ở nhóm sản phụ này sẽ thấp hơn ở nhóm được phát hiện nhiễm HIV trong chuyển dạ - sau sinh [17], [19]. nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS với thời điểm phát hiện nhiễm HIV (RR=1,44; KTC 95%: 1,08-1,91).

Lạ dự phòng ARV-TCSS. Nghiên cứu không thấy có mối liên quan giữa dự phòng ARV cho mẹ hoặc cho con với TCSS ($p > 0,05$), tuy nhiên nếu không dự phòng ARV sẽ tăng nguy cơ lây truyền mẹ - con và giảm khả năng tuân thủ điều trị của bà mẹ sau này do người mẹ không nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng ngừa và điều trị bệnh HIV bằng ARV.

Lạ nồng độ tế bào TCD4. Nồng độ TCD4=350/mL là mốc quyết định điều trị ARV ở nhiều quốc gia, phụ nữ nhiễm HIV chưa phải điều trị ARV sẽ có tâm lý tốt hơn và là yếu tố bảo vệ TCSS. Chen YQ và cs nghiên cứu tại Saharan châu Phi (7/2010) cho thấy sản phụ có nồng độ tế bào CD4 < 200/mL có nguy cơ TCSS gấp 3,1 lần các sản phụ có CD4 > 500/mL. NC của chúng tôi không thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TCD4 và TCSS ($p > 0,05$).

Lạ giữa tình trạng nhiễm HIV của con với TCSS. Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tình trạng con bị nhiễm H (PCR1(+)) và TCSS: sản phụ có con bị nhiễm HIV có nguy cơ trầm cảm cao hơn sản phụ có con không nhiễm HIV (RR=1,15; KTC 95%: 1,35-1,83). Trong nghiên cứu, có đến 77% sản phụ có thai là do mong muốn, vì vậy khi sinh ra con gặp bất hạnh nhiễm HIV chắc chắn người mẹ có nguy cơ cao bị trầm cảm. nghiên cứu của Grussu P và Ozbasaran F cũng cho kết quả tương tự [19].

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ nhiễm H

[19] của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS với sự tiết lộ bệnh của sản phụ nhiễm HIV ($p > 0,05$), khác với nguy cơ tăng gấp 3 lần trong nghiên cứu ở Malawi (OR=3,05; KTC 95%: 1,39-7,24) [13]. Tuy nhiên, sản phụ nhiễm HIV sẽ tăng nguy cơ TCSS nếu có mặc cảm về bệnh của mình (RR=2,43, KTC 95%: 1,46-4,04) hoặc mặc cảm có lỗi với gia đình (RR=1,93; KTC 95%: 1,18-3,15), tương tự nghiên cứu ở Malawi (OR =3,44; KTC 95% 1,34-9,75).

6. Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu 152 sản phụ nhiễm HIV và 460 sản phụ sản phụ không nhiễm HIV sinh tại Đồng Nai và Bình Dương từ 31/11/2012 đến 30/4/2015. Chúng tôi có kết luận như sau:

1. Tỉ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV là 61,8%.

2. Nhiễm HIV có liên quan đến trầm cảm sau sinh: phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ bị TCSS cao gấp 5 lần phụ nữ không nhiễm HIV (RR=4,92; KTV 95%: 3,76 - 6,43; $p < 0,001$).

3. Một số đặc điểm chung ở hai nhóm có liên quan có ý nghĩa thống kê với TCSS, làm gia tăng nguy cơ trầm cảm: mẹ lớn tuổi tăng nguy cơ 1,96 lần (KTC 95%: 1,12-3,44); nhập cư tăng nguy cơ 0,67 lần; (KTC 95%: 0,53-0,86); không ổn định nghề nghiệp tăng nguy cơ 1,25 lần (KTC 95%: 0,99-1,59); sinh con yếu hoặc chết tăng nguy cơ 1,75 lần (KTC 95%: 0,96-3,18); và không nuôi con tăng nguy cơ 1,42 lần (KTC 95%: 1,92-1,97).

4. Một số đặc điểm ở nhóm nhiễm HIV là các yếu tố nguy cơ TCSS: thời điểm phát hiện nhiễm HIV trong chuyển dạ-sau sinh ($p < 0,05$); con bị nhiễm HIV ($p < 0,001$); Mặc cảm mang bệnh HIV ($p < 0,001$); Mặc cảm có lỗi với gia đình ($p = 0,001$).

Tài liệu tham khảo

- Đinh Thị Tố Trinh (2003), Tỷ lệ trầm cảm sau sinh và các yếu tố liên quan. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Trường ĐHYD TP.HCM, tr 20-50.
- Nguyễn Mạnh Hoan, Đặc điểm dịch tễ và tâm lý xã hội ở phụ nữ nhiễm HIV trầm cảm sau sinh. Tạp chí Phụ Sản, 07-2014, 12 (03): 58-63 (ISSN: 1859-3844).
- Nguyễn Mai Hạnh (2005), yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau sinh, Luận án chuyên khoa cấp II. Trường ĐHYD TP.HCM, tr 33-90.
- Nguyễn Mạnh Hoan, Tình hình chuyển dạ và dự phòng lây truyền HIV của sản phụ có chẩn đoán sàng lọc HIV(+) sinh tại BVĐK tỉnh Đồng Nai 2005-2010. Tạp chí Phụ Sản, 2012; 10 (1): 31-36 (ISSN: 1859-3844).
- Nguyễn Thị Ngọc Trang (2001), So sánh tỉ lệ tcss giữa nhóm thai kỳ nguy cơ và hai kỳ bình thường tại BVTD. Luận án tốt nghiệp CK II ĐHYD TP HCM, tr 51, 58.
- Nguyễn Thị Thu Phong (2007), Nghiên cứu tình hình buồn, trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sĩ Y học, ĐHYD Huế, tr 34, 54.
- Trần Thị Lợi (2004), Tình hình phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Việt Nam, NTLT: Lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bộ môn Phụ sản – ÑHYD kỳ 19, tr 3.
- Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R (1994), Screening women for high risk of postnatal depression, J Psychosom Res, 38 (6): 539-45.
- Brugha, TS, Sharp, HM, Cooper, SA, et al. (1998), The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. Psychol Med, 28:63. Callahan JL, Hynan MT(2002), Postpartum psychiatric illness, Sep: 7191-3:169-80.
- Blaney NT; Fernandez MI; Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women. AIDS Patient Care STDS. 2004; 18(7):405-15 (ISSN: 1087-2914)
- Psaros C; Geller PA; Aaron E The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a review. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009; 30(4):275-81 (ISSN: 1743-8942)
- Ross R; Sawatphanit W, Depressive symptoms among HIV-positive postpartum women in Thailand. Arch Psychiatr Nurs. 2011; 25(1):36-42 (ISSN: 1532-8228)
- Dow A; Dube Q; Pence BW, Postpartum Depression and HIV Infection Among Women in Malawi. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014; 65(3):359-65 (ISSN: 1944-7884)
- Rochat TJ; Tomlinson M; Newell ML Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Arch Womens Ment Health. 2013; 16(5):401-10 (ISSN: 1435-1102)
- Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors Postnatal depression (PND) Arch Womens Ment Health, February 2011
- Grusso P; Quatraro RM, Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. Eur Psychiatry. 2009; 24(5):327-33 (ISSN: 0924-9338)
- Hartley M; Tomlinson M; Depressed mood in pregnancy: Prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements...home-based intervention for preventing and managing illnesses related to HIV, TB, alcohol use and malnutrition in pregnant mothers and their infants. Reprod Health. 2011; 8:9 (ISSN: 1742-4755)
- Eastwood JG; Phung H; Barnett Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. Aust N Z J Psychiatry. 2011; 45(12):1040-6 (ISSN: 1440-1614)
- Ozbaşaran F; Coban A; Kucuk M, Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. Arch Gynecol Obstet. 2011; 283(3):483-90 (ISSN: 1432-0711).
- Piacentini D; Leveni, Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses] Epidemiol Psichiatr Soc. 2009; 18(3):214-20 (ISSN: 1121-189X)
- Gausia K; Fisher C; Ali M; Oosthuizen J, Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. Psychol Med. 2009; 39(6):999-1007 (ISSN: 1469-8978).