

- anesthesia. 23(2), pp. 90-96.
5. **Nguyễn Văn Hương** (2014), "Đánh giá kết quả điều trị bệnh trí bằng phương pháp phẫu thuật longo", Y Học Thực Hành. 903(1), pp. 15-18.
 6. **Joseph M Neal và các cộng sự.** (2010), "The ASRA evidence-based medicine assessment of ultrasound-guided regional anesthesia and pain medicine: executive summary", Regional anesthesia and pain medicine. 35(2), pp. S1-S9.
 7. **Patil** (2018), "Comparison of continuous epidural infusion of 0.125% ropivacaine with 1 mug/ml fentanyl versus 0.125% bupivacaine with 1 mug/ml fentanyl for postoperative analgesia in major abdominal surgery", J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 34(1), pp. 29-34.
 8. **Prasanna Vadhanan** (2020), "Ultrasound-Guided Caudal Epidural Anesthesia in Adults for Anorectal Procedures", Anesth Essays Res. 14(2), pp. 239-242.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN PHẢN VỆ CẦN CAN THIỆP TIM PHỔI NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Quốc Linh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sau phản vệ cần can thiệp tim phổi nhân tạo tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng:** 19 bệnh nhân phản vệ được can thiệp tim phổi nhân tạo tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/2017 đến tháng 6/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang hồi cứu. Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng thời điểm nhập khoa và ghi nhận kết cục sống và tử vong thời điểm ra viện. Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; sử dụng các test tham số cho biến phân bố chuẩn và test phi tham số cho biến phân bố không chuẩn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 100%. Điểm APACHE II trung bình là $20,9 \pm 6,0$ trong đó nhóm tử vong ($25,2 \pm 4,8$) cao hơn nhóm sống ($18,9 \pm 5,6$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nồng độ Troponin T thời điểm nhập viện có giá trị trung vị 1810 ng/ml ($4,28 - 10000$), nhóm tử vong cao hơn nhóm sống với $p = 0,019$. 94,7% khởi phát với dấu hiệu tim mạch, 79% bệnh nhân phản vệ từ độ III trở lên. **Kết luận:** Bệnh nhân phản vệ cần can thiệp tim phổi nhân tạo chủ yếu có biểu hiện tim mạch khi khởi phát, phần lớn là phản vệ độ III và IV. Nhóm bệnh nhân tử vong có điểm APACHE II và nồng độ Troponin T thời điểm nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: phản vệ, tim phổi nhân tạo.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ANAPHYLAXIS REQUIRING EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION IN BACH MAI HOSPITAL

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Trung tâm cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

Objectives: To review some clinical characteristics and treatment results of patients after anaphylaxis requiring cardiopulmonary intervention at Bach Mai Hospital. **Subjects:** 19 patients with anaphylaxis received extracorporeal membrane oxygenation at Bach Mai hospital from January 2017 to June 2020. **Methods:** retrospective cross-sectional description. Patients were clinically assessed at the time of admission and recorded survival and mortality at discharge. Quantitative variables are presented as mean and standard deviation; using parametric tests for normally distributed variables and non-parametric tests for non-normally distributed variables; the difference was statistically significant with $p < 0,05$. Qualitative variables are presented as percentage (%), the difference is statistically significant with $p < 0,05$. **Results:** The percentage of female patients accounted for 100%. The average APACHE II score was $20,9 \pm 6,0$, in which the death group ($25,2 \pm 4,8$) was higher than the survival group ($18,9 \pm 5,6$) with $p < 0,05$. Troponin T concentration at the time of admission had a median value of 1810 ng/ml ($4,28 - 10000$), the mortality group was higher than the survival group with $p = 0,019$. 94.7% had onset with cardiovascular signs, 79% of patients with anaphylaxis grade III or higher. **Conclusions:** Anaphylaxis patients requiring extracorporeal membrane oxygenation mainly had cardiovascular manifestations at the onset, mostly grade III and IV of anaphylaxis. The group of patients who died had a statistically significant higher APACHE II score and Troponin T concentration at the time of admission.

Keywords: Anaphylaxis, extracorporeal membrane oxygenation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là tình trạng dị ứng có thể đe dọa đến tính mạng nếu không được chẩn đoán, phân độ chính xác và điều trị kịp thời. Các rối loạn và mức độ nặng của phản vệ tùy thuộc vào đáp ứng của từng cá thể, liều và thời gian tiếp xúc dị nguyên... Việc đánh giá và điều trị kịp thời rất quan trọng trong phản vệ, vì suy hô hấp hoặc ngừng tim và tử vong có thể xảy ra trong vòng

vài phút [1],[2]. Adrenalin là thuốc có chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu phản vệ từ độ II trở lên, tuy vậy, không phải toàn bộ bệnh nhân phản vệ đều đáp ứng hoàn toàn với adrenalin. Cũng như một số trường hợp phát hiện và xử trí muộn khiến tình trạng tiến triển nặng. Khi đó cần các biện pháp để hỗ trợ điều trị khác như truyền dịch, bổ sung các thuốc vận mạch – cường tim, điều chỉnh toan máu, lọc máu... Trong điều trị các trường hợp suy hô hấp và/hoặc suy tuần hoàn cấp tính hệ quả của phản vệ nặng, nguy kịch hoặc có ngừng tuần hoàn thì kỹ thuật tim phổi nhân tạo Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) là biện pháp có hiệu quả, cho kết quả khả quan [3]. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: "*Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sau phản vệ cần can thiệp tim phổi nhân tạo tại Bệnh viện Bạch Mai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chọn lọc bệnh nhân trong các hồ sơ hồi cứu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán Phản vệ theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT

- Bệnh nhân có can thiệp ECMO

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đủ dữ liệu

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Thời gian, địa điểm: Khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2017 đến 6/2020.

- Cỡ mẫu: Thuận tiện

2.3. Quy trình nghiên cứu: Lựa chọn tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán phản vệ có can thiệp ECMO tại khoa cấp cứu và hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Các thông tin, chỉ số nghiên cứu theo thiết kế nghiên cứu được hồi cứu từ bệnh án của bệnh nhân. Kết cục lâm sàng được đánh giá vào thời điểm kết thúc điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học, phần mềm SPSS. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Toàn bộ thông tin thu thập sẽ được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới

Giới	Nhóm đối tượng	Tuổi X ± SD	Min-Max	p
------	----------------	-------------	---------	---

Nữ 19 (100%)	Chung (n=19)	32,2 ± 9,8	13-51	0,57
	Nhóm TV (n=6)	34,3 ± 11,0	20-48	
	Nhóm sống (n=13)	31,2 ± 9,5	13-51	

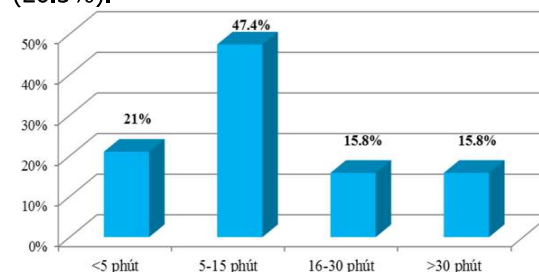
Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều là giới nữ.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi của nhóm bệnh nhân tử vong và nhóm bệnh nhân sống (p = 0,57).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng lúc khởi phát

Biểu hiện lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ % (n=19)
Tim mạch	18	94,7
Hô hấp	13	68,4
Da, niêm mạc	10	52,6
Tiêu hóa	5	26,3

Nhận xét: Triệu chứng gặp nhiều nhất lúc khởi phát là tim mạch (94.7%), sau đó đến hô hấp (68.4%) và cũng có thể biểu hiện ở các cơ quan khác như da, niêm mạc (52.6%), tiêu hóa (26.3%).



Biểu đồ 1: Thời gian khởi phát triệu chứng

Nhận xét: Các triệu chứng phản vệ hầu hết khởi phát sớm trong vòng 15 phút từ khi tiếp xúc với dị nguyên. Chỉ 15.8 % khởi phát triệu chứng sau hơn 30 phút.

Bảng 3: Đặc điểm suy tuần hoàn của bệnh nhân trước ECMO

Biểu hiện lâm sàng	Kết quả (n=19)
Phù phổi cấp (n, %)	14 (73,7%)
Loạn nhịp nguy hiểm (n, %)	7 (36,8%)
Ngừng tuần hoàn (n, %)	13 (68,4%)
Thời gian ngừng tuần hoàn (phút) trung vị (min-max) (n=13)	15 (1-240)
Liều Adrenalin (µg/kg/ph)	1,37 ± 0,70

Nhận xét: Có 68.4% bệnh nhân có ngừng tuần hoàn. Thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn trung bình là 15 phút trong đó nhanh nhất là 1 phút, lâu nhất là 240 phút.

Huyết áp trung bình của các bệnh nhân rất thấp 54 ± 12mmHg.

Liều dùng adrenalin trong nhóm nghiên cứu rất cao 1.37 ± 0.7 µg/kg/phút.

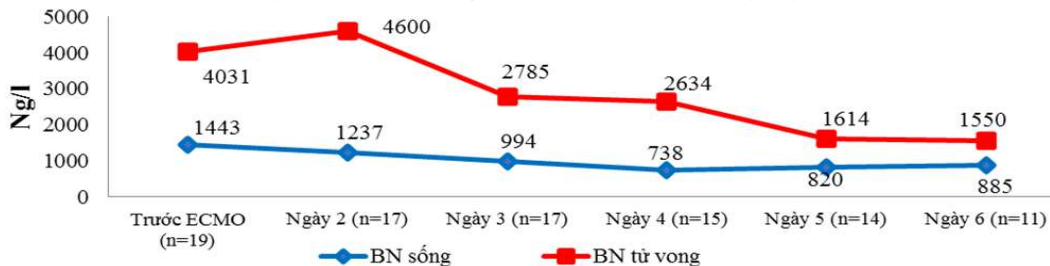
Bảng 4: Mức độ nặng của bệnh nhân trước ECMO

Điểm	Chung (n=19) N (%)	Sống (n=13) N (%)	Tử vong (n=6) N (%)	p
SOFA	10,3 ± 2,8	10,1 ± 2,7	10,8 ± 3,2	0,6
APACHE II	20,9 ± 6,0	18,9 ± 5,6	25,2 ± 4,8	0,03
Phân độ phản vệ				
Độ I	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Độ II	4 (21,1)	4 (30,8)	0 (0)	
Độ III	12 (63,2)	8 (61,5)	4 (66,7)	
Độ IV	3 (15,8)	1 (7,7)	2 (33,3)	
Troponin T (ng/ml) Trung vị (Min-Max)	1810 (4,28 – 10000)	1298 (4,28 – 3807)	3469 (744 – 10000)	0,019
pH	7,17 ± 0,204	7,189 ± 0,187	7,128 ± 0,252	0,562
Lactat (mmol/l)	7,14 ± 4,18	6,52 ± 3,59	8,48 ± 5,37	0,357

Nhận xét: Điểm SOFA và điểm APACHE II trung bình của nhóm nghiên cứu rất cao

Điểm APACHE II và nồng độ Troponin T trung bình nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê.

Mức độ phản vệ lúc khởi phát gặp chủ yếu là phản vệ mức độ nguy kịch (63.2%). Có 4 bệnh nhân biểu hiện mức độ nặng và 3 bệnh nhân phản vệ độ 4 biểu hiện ngưng tuần hoàn.

**Biểu đồ 2. Thay đổi Troponin T**

Nghiên cứu diễn biến chỉ số Troponin T của bệnh nhân trong quá trình thực hiện kỹ thuật ECMO thấy rằng tại tất cả các thời điểm đánh giá các chỉ số Troponin T trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân sống có các chỉ số troponin T trung bình trung bình xu hướng giảm dần về giá trị bình thường còn nhóm bệnh nhân tử vong các chỉ số này có xu hướng giảm chậm và luôn ở mức cao. Một số thời điểm còn có xu hướng tăng lên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm khởi phát của bệnh nhân sốc phản vệ có can thiệp tim phổi nhân tạo

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu toàn bộ là nữ giới. Theo các báo cáo ca bệnh trên thế giới thì tỷ lệ nam nữ có số báo cáo tương đồng nhau. Trong báo cáo của tác giả N.B.Duy về áp dụng ECMO trên bệnh nhân phản vệ tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh nhân nữ cũng chiếm 100% bệnh nhân nghiên cứu [4]. Trong khi phản vệ xảy ra ở hai giới là không có sự khác biệt theo nghiên cứu của N.A.Tuấn (2016) [5]. Điều này

cho thấy phản vệ có thể gặp ở hai giới với tỷ lệ như nhau nhưng phản vệ tiến triển nặng phải can thiệp ECMO có thể gặp ở nữ giới nhiều hơn ở Việt Nam.

Thời gian khởi phát phản vệ trong nhóm nghiên cứu là 10 phút (biểu đồ 1). Các triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện sớm trong vòng 30 phút là 84,2%, trong đó thời gian khởi phát trong vòng 15 phút đầu tiên từ khi tiếp xúc với dị nguyên là 68,4%. Các báo cáo về áp dụng ECMO ở bệnh nhân phản vệ cũng cho thấy các triệu chứng thường khởi phát sớm trong vòng 30 phút sau khi tiếp xúc với dị nguyên.

Hầu hết các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng khởi phát là tim mạch (94,7%) và hô hấp (68,4%) (bảng 2), đây cũng là hai triệu chứng chính gây tử vong ở các trường hợp phản vệ. Tỷ lệ bệnh nhân nhân có triệu chứng da, niêm mạc chỉ chiếm 52,6%. Điều này cho thấy có nhiều bệnh nhân phản vệ nặng và nguy cơ tiến triển nặng nhưng không có triệu chứng ở da, niêm mạc. Một số trường hợp có biểu hiện ở đường tiêu hóa nhưng tỷ lệ này không cao (26,3%).

Trong nhóm nghiên cứu, hầu hết bệnh nhân (79%) biểu hiện lâm sàng lúc khởi phát thuộc mức độ từ nguy kịch và ngừng tuần hoàn (bảng 4). Điều này cho thấy bệnh nhân khởi phát phản vệ với triệu chứng nặng thường có nguy cơ cao hơn tiến triển thành phản vệ không đáp ứng với vận mạch cường tim liều cao và các phương pháp điều trị hồi sức thông thường.

4.2. Mức độ nặng của bệnh nhân trước can thiệp ECMO. Điểm SOFA và APACHE II là những hệ thống bảng điểm có thể dùng để lượng giá mức độ nặng và tiên lượng tử vong của bệnh nhân trong khoa hồi sức cấp cứu. Trong nghiên cứu này, trước khi tiến hành ECMO điểm SOFA trung bình là 10 điểm điều này đồng nghĩa với hầu hết bệnh nhân có tình trạng suy ít nhất 3 tạng mức độ nặng trước khi tiến hành ECMO. Điểm APACHE II trung bình của bệnh nhân là 21 điểm tương ứng với tỷ lệ tử vong ước tính của bệnh nhân là 40% (bảng 3). Kết quả này cho thấy những bệnh nhân trong nghiên cứu là những bệnh nhân có tình trạng bệnh nặng, có nguy cơ tử vong cao. Trong nghiên cứu này điểm APACHE II của nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn so với nhóm sống có ý nghĩa thống kê, điều này cho thấy mức độ nặng của bệnh nhân ở thời điểm ECMO có thể tiên lượng nguy cơ tử vong.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có Troponin T trung bình là 1810 ng/ml, chỉ số này cao hơn giới hạn bình thường rất nhiều. Các nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm đã chỉ ra rằng tim và đặc biệt là động mạch vành là mục tiêu chính của các chất trung gian gây viêm phản vệ [6], có thể gây ra tổn thương mạch vành khi tăng nồng độ troponin tim. Sự gia tăng troponin ở bệnh nhân nguy kịch tỷ lệ thuận với mức độ tụt huyết áp, cho thấy vai trò của tụt huyết áp trong việc gây ra tổn thương cơ tim [7]. Nồng độ troponin tăng lên kết hợp với thay đổi thiếu máu cục bộ ghi nhận tổn thương cơ tim cấp tính. Troponin T là chỉ số có độ đặc hiệu cao phản ánh diễn biến, mức độ tổn thương hủy hoại cơ tim. Chỉ số Troponin T trong nhóm nghiên cứu cao hơn giá trị bình thường rất nhiều điều này cho thấy mức độ tổn thương hủy hoại tế bào cơ tim của các bệnh nhân trong nghiên cứu là rất nặng.

Trước can thiệp ECMO, có 68,4% số bệnh nhân có biến chứng ngừng tuần hoàn, thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn trung bình 15 phút (bảng 3). Phản vệ nặng thường khởi phát nhanh chóng tụt huyết áp, tổn thương thần kinh và ngừng tim (thời gian trung bình cho đến khi ngừng tim từ 5 đến 15 phút) [8]. Trong phản vệ các hóa chất trung gian gây viêm có thể dẫn đến

co thắt mạch vành và thiếu máu cơ tim, suy tuần hoàn cấp tính, ngừng tuần hoàn. Ngoài ra giảm co bóp cơ tim nặng dẫn đến tình trạng sốc, suy đa tạng nếu không được hỗ trợ kịp thời cũng là nguyên nhân gây ra ngừng tuần hoàn của bệnh nhân [9].

Trong nghiên cứu này, có 36,8% bệnh nhân có tình trạng rối loạn nhịp nguy hiểm (bảng 3). Điều này được giải thích là phản vệ có thể gây ra thiếu máu cục bộ cơ tim do mảng xơ vữa vỡ, làm lộ ra bệnh động mạch vành dưới lâm sàng, nhồi máu cơ tim và/hoặc rối loạn nhịp tim trong khi phản vệ. Hơn nữa, phản vệ có thể gây co thắt mạch máu, rối loạn nhịp tim và nhồi máu cơ tim ở bệnh nhân, bao gồm cả trẻ em, với chức năng tim bình thường được chẩn đoán bằng điện tâm đồ, siêu âm tim và chụp động mạch vành sau khi giải quyết tình trạng phản vệ. Ngoài ra, trong nhóm nghiên cứu, tất cả đều dùng liều cao thuốc vận mạch – cường tim, liệu pháp này cũng có thể liên quan đến các biến rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim và ngoại biên [10]. Hướng dẫn của Hội Tim mạch Châu Âu (2016) về suy tim cấp tính và mãn tính cũng nói rằng thuốc vận mạch – cường tim liều cao gây ra nhịp tim nhanh xoang và có thể gây thiếu máu cơ tim và rối loạn nhịp tim. Có 73,7% số bệnh nhân có tình trạng phù phổi cấp trước khi can thiệp ECMO (bảng 3). Phản vệ có thể gây phù phổi cấp tổn thương do hiện tượng tăng tính thấm thành mạch. Ngoài ra, trong quá trình xử trí phản vệ truyền nhiều dung dịch muối sinh lý cũng làm tăng nguy cơ gây phù phổi cấp. Việc có nhiều bệnh nhân có biến chứng phù phổi cấp còn cho thấy việc tiếp tục bù dịch sẽ kém hiệu quả và có thể có biến cố bất lợi.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân phản vệ cần can thiệp tim phổi nhân tạo chủ yếu có biểu hiện tim mạch khi khởi phát, phần lớn là phản vệ độ III và IV. Nhóm bệnh nhân tử vong có điểm APACHE II và nồng độ Troponin T thời điểm nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pumphrey RSH, Gowland MH.** Further fatal allergic reactions to food in the United Kingdom, 1999-2006. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007. 119(4):1018-1019. doi:10.1016/j.jaci.2007.01.021.
2. **Yilmaz R, Yuksekbas O, Erkol Z, Bulut ER, Arslan MN.** Postmortem Findings After Anaphylactic Reactions to Drugs in Turkey. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2009. 30(4):346-349. doi:10.1097/PAF.0b013e3181c0e7bb.

3. **Tayara W, Starling RC, Yamani MH, Wazni O, Jubran F, Smedira N.** Improved Survival After Acute Myocardial Infarction Complicated by Cardiogenic Shock With Circulatory Support and Transplantation: Comparing Aggressive Intervention With Conservative Treatment. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2006/05/01/ 2006. 25(5):504-509. doi:https://doi.org/10.1016/j.healun.2005.10.011.
4. **Nguyễn Bá Duy.** "Đánh giá hiệu quả điều trị hỗ trợ oxy hóa máu màng ngoài cơ thể ở bệnh nhân sốc phản vệ". Hội nghị Khoa học Toàn quốc chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và Chống độc năm 2019. 2019.
5. **Nguyễn Anh Tuấn.** "Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ theo phác đồ của khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa 2. 2016.78.
6. **Kounis NG.** Coronary hypersensitivity disorder: the Kounis syndrome. *Clinical therapeutics*. 2013. 35(5):563-571.
7. **Landesberg G, Jaffe AS, Gilon D, et al.** Troponin elevation in severe sepsis and septic shock: the role of left ventricular diastolic dysfunction and right ventricular dilatation*. *Crit Care Med*. Apr 2014. 42(4):790-800. doi:10.1097/ccm.000000000000107.
8. **Pumphrey RS.** Lessons from management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clinical and experimental allergy : journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*. Aug 2000. 30(8):1144-1150. doi:10.1046/j.1365-2222.2000.00864.x.
9. **Fassio F, Almerigogna F.** Kounis syndrome (allergic acute coronary syndrome): different views in allergologic and cardiologic literature. *Internal and Emergency Medicine*. December 01 2012. 7(6):489-495. doi:10.1007/s11739-012-0754-4.
10. **Overgaard CB, Dzavík V.** Inotropes and vasopressors: review of physiology and clinical use in cardiovascular disease. *Circulation*. 2008. 118(10):1047-1056.

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẦM CẢM SAU SINH Ở PHỤ NỮ TẠI HUYỆN ĐÔNG ANH, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Trần Thơ Nhị¹, Nguyễn Thị Diệu², Nguyễn Thị Thúy Hạnh¹

TÓM TẮT

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ. **Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ tại huyện Đông Anh, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1.337 phụ nữ. Họ được tuyển chọn từ 24 xã của huyện Đông Anh, Hà Nội. **Kết quả:** có 8,2% phụ nữ báo cáo bị trầm cảm sau sinh. Kết quả phân tích hồi quy đa biến chỉ ra rằng phụ nữ đã từng bị trầm cảm trong mang thai (OR=4,06); thiếu sự hỗ trợ từ phía gia đình và chồng (OR= 3,40); phụ nữ có trình độ học vấn thấp; sinh non dưới 37 tuần (OR= 2,31); bị bạo lực bạn tình; chồng thích con trai (OR= 1,84) là những yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh. **Kết luận.** Những phát hiện này cho thấy các chuyên gia y tế chú ý trong việc sàng lọc trầm cảm sau sinh để giảm thiểu các kết quả tiêu cực về sức khỏe tâm thần ở phụ nữ.

SUMMARY

PREVALENCE AND SOME RELATED FACTORS FOR POSTPARTUM DEPRESSION AMONG WOMEN IN DONG ANH DISTRICT, HANOI CITY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Công ty Cổ phần Giáo dục NBB

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thơ Nhị

Email: tranthonhi@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

Depression is a common psychiatric disorder affecting health of women. **Objectives:** To describe the prevalence of postpartum depression and some related factors among women in Dong Anh district, Hanoi city. **Subjects and research methods:** The study was designed as a cross-sectional study, which included a total of 1,337 women. The study participants were recruited from 24 communes in Dong Anh District, Hanoi. **Results:** 8.2% of the women reported postpartum depression. The results of multivariate analyses showed that they experienced depression during pregnancy (OR=4.06); lack of support from family and husband (OR= 3.40); women with low education, preterm birth less than 37 weeks (OR= 2.31); Being intimate partner violence; Husband prefers boys (OR= 1.84) were statistically significantly associated with postpartum depression. **Conclusions.** These findings clearly demonstrate a crucial need for relevant health professionals to screen for postpartum depression in order to mitigate the negative mental health outcomes among women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp, đặc trưng bởi sự buồn chán, mất hứng thú hoặc niềm vui, ngủ không yên giấc hoặc chán ăn, cảm giác mệt mỏi và kém tập trung [1]. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính đến năm 2030, trầm cảm sẽ là nguyên nhân đứng thứ nhất về gánh nặng bệnh tật cho y tế toàn cầu [1]. Tỷ lệ trầm cảm ở nữ giới cao gấp gần hai lần so với nam giới [2]. Trên thế giới, trầm cảm ở phụ nữ sau sinh là khá phổ biến chiếm