

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 Nhị<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diệu<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hạnh<sup>1</sup>

### 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

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Công 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

13,0% [3]. Bà mẹ bị trầm cảm thường có những cảm xúc tiêu cực như buồn phiền, lo âu, căng thẳng, dễ cáu gắt [4]. Nghiêm trọng hơn, họ có thể xuất hiện ý định tự tử, tự hủy hoại bản thân và con của họ [4]. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về trầm cảm sau sinh, tập trung chủ yếu ở Thành phố Hồ Chí Minh, Huế [5]. Một số khác thực hiện tại Hà Nội nhưng tập trung vào bối cảnh xã hội, niềm tin văn hóa, bạo lực và rối loạn tâm thần. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "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", với mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phụ nữ sau sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội (Đề tài này là một phần của dự án "Tác động của bạo lực đối với phụ nữ Việt Nam và Tanzania").

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chọn tất cả các phụ nữ sau sinh 4-12 tuần.
- Sống ở địa bàn huyện Đông Anh trong thời gian thu thập số liệu.

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phụ nữ không có khả năng trả lời câu hỏi
- Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

**2.2.1. Địa điểm:** Nghiên cứu được tiến hành tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội

**2.2.2. Thời gian:** Nghiên cứu được tiến hành từ 12 năm 2020 đến tháng 12 năm 2021 (Đề tài sử dụng số liệu sẵn có của dự án "Tác động của bạo lực đối với phụ nữ Việt Nam và Tanzania")

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**  
*Cỡ mẫu.* Cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

$$n = \frac{Z^2 \frac{p(1-p)}{(p.e)^2}}{1-\alpha/2}$$

*Trong đó:* n là cỡ mẫu cần thiết

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê, chọn  $\alpha=0,05$  (tương ứng độ tin cậy 95%);  $Z_{1-\alpha/2}=1,96$  tương ứng với  $\alpha=0,05$  sau khi tra bảng

$p=11,6\%$  là tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh (theo nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 290 sản phụ ở Tp. Hồ Chí Minh của Lương Bạch Lan).

$\epsilon$  là mức sai lệch tương đối. Lấy  $\epsilon=0,15$

→ Thay vào công thức, được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là  $n=1302$  phụ nữ sau sinh.

Thực tế nghiên cứu thu được 1337 phụ nữ. Đây cũng là cỡ mẫu cuối cùng dùng trong nghiên cứu.

**2.3.4. Phương pháp chọn mẫu.** Các công tác viên dân số các xã thuộc huyện Đông Anh lập danh sách phụ nữ thuộc tiêu chuẩn nghiên cứu. Sau khi nghiên cứu viên tổng hợp danh sách, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống ra 1337 phụ nữ.

### 2.3.5. Các biến số nghiên cứu

*a. Các biến số và chỉ số về nhân khẩu xã hội học của phụ nữ*

- Tuổi: Tính theo năm dương lịch.
- Trình độ học vấn của phụ nữ: Tiểu học, THCS, THPT và đại học và sau đại học.
- Nghề nghiệp của phụ nữ: nông dân, công nhân, nhân viên nhà nước, nội trợ, khác.
- Tình trạng hôn nhân: kết hôn, ly hôn, ly thân, li dị, ...
- Nơi sinh: cùng xã, khác xã hoặc khác Huyện/tỉnh/thành phố.
- Điều kiện sống: sống riêng, sống cùng bố mẹ đẻ, sống cùng bố mẹ chồng.

### *b. Các biến số và chỉ số cho mục tiêu 1*

- Tỷ lệ trầm cảm sau sinh
  - Các dấu hiệu trầm cảm sau sinh
- c. Biến số và chỉ số cho mục tiêu 2*
- Yếu tố nhân khẩu xã hội học
  - Yếu tố bạo lực do chồng:
  - Yếu tố hỗ trợ từ gia đình sau khi sinh: Hỗ trợ từ phía chồng, cha mẹ đẻ, cha mẹ chồng và anh chị em ruột bên chồng và bên nhà đẻ...

- Hình thức sinh: Sinh mổ hoặc sinh thường
- Sinh non: Tính theo tuần tuổi thai lúc sinh
- Sinh nhẹ cân: Tính theo gram của trẻ khi sinh
- Tuổi mang thai lần đầu: Tính theo năm dương lịch

- Tiền sử trầm cảm: Có hay không

**2.3.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu.** Trầm cảm sau sinh được sàng lọc bằng thang đo EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Thang đo gồm 10 câu hỏi, mỗi câu có 4 lựa chọn, với thang điểm từ 0 đến 3. Tổng điểm từ 0 đến 30 điểm. Công cụ này được thiết kế đặc biệt cho phụ nữ sau sinh và được chứng minh là công cụ hiệu quả khi đánh giá trầm cảm ở cộng đồng. Gibson và cộng sự đã tiến hành tổng quan 37 nghiên cứu chuẩn hóa bộ công cụ EPDS ở các quốc gia trên thế giới và đưa ra khuyến nghị sử dụng điểm cắt 9/10. Thang này lần đầu tiên được dịch sang tiếng Việt năm 1999

và được đánh giá trong một nghiên cứu của Úc về TCSS trên cộng đồng người Việt. Kết quả nghiên cứu cũng khuyến nghị điểm cắt 9/10 với độ nhạy là 86% và độ đặc hiệu là 84%. Ở nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng điểm cắt 9/10.

Tổng điểm của thang đo EPDS < 10: Không trầm cảm

Tổng điểm của thang đo EPDS ≥ 10: Trầm cảm

**2.3.7. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu sẽ được làm sạch trước khi nhập liệu. Toàn bộ phiếu được nhập vào máy tính bằng chương trình EpiData 3.1. Sau khi nhập liệu xong, bộ số liệu được chuyển sang phần mềm STATA 12 để làm sạch và tiến hành phân tích. Sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả để mô tả thông tin chung và dấu hiệu trầm cảm trong quá trình mang thai và sau sinh. Các mối liên quan được đo lường hai biến thông qua kiểm định  $\chi^2$  với mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$ . Mô hình hồi quy đa biến Logistics được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với TCSS nhằm không chế sự ảnh hưởng của một số yếu tố nhiễu.

**2.3.8. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt theo quyết định số 137/HĐĐĐĐHYHN, ngày 29 tháng 11 năm 2013.

Đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện sau khi đã được thông báo về mục đích nghiên cứu.

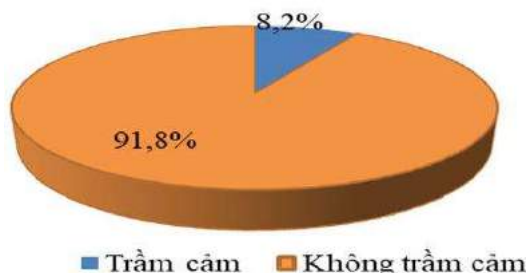
Những thông tin thu được hoàn toàn được bảo mật. Những phụ nữ có dấu hiệu trầm cảm được cung cấp địa chỉ phòng khám, bác sĩ tâm thần để giới thiệu họ đến tư vấn, khám và điều trị. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi với các

bên liên quan.

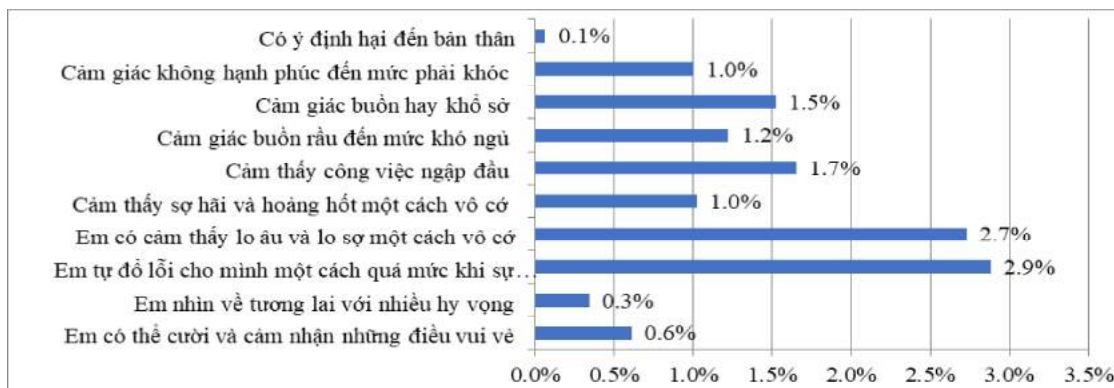
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của phụ nữ là 27 tuổi, số phụ nữ ở độ tuổi từ 25-34 chiếm tỷ lệ cao nhất 48,7%. Gần một nửa phụ nữ sinh cùng xã thuộc huyện Đông Anh so với nơi ở hiện tại, chiếm tỷ lệ 47,9%, còn lại là sinh khác xã hoặc khác huyện/tỉnh/thành phố. Trình độ học vấn từ trung cấp/cao đẳng/đại học chiếm tỷ lệ cao nhất 43,7%. Nghề nghiệp của phụ nữ chủ yếu là viên chức/nhân viên công ty, công nhân và buôn bán nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt là 32%, 27,4% và 14,2%. Hầu hết phụ nữ đã kết hôn và sống cùng chồng, chiếm tỷ lệ cao nhất 99,5%. Gần 2/3 số phụ nữ kết hôn sống cùng với bố mẹ chồng (67,2%), còn lại là sống riêng (27,9%) và sống với bố mẹ đẻ (4,9%).

**3.2. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh.** Theo tiêu chuẩn đánh giá của thang đo trầm cảm EPDS: có 104 phụ nữ bị trầm cảm sau sinh, chiếm tỷ lệ 8,2% (Biểu đồ).



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh**



**Biểu đồ 2. Các dấu hiệu trầm cảm ở phụ nữ sau sinh**

Từ biểu đồ 2 cho thấy: phụ nữ có những biểu hiện của trầm cảm sau sinh bao gồm: tự đổ lỗi cho mình một cách quá mức khi sự việc xảy ra không như mong muốn; cảm thấy lo âu và lo sợ một cách vô cớ; cảm thấy công việc ngập đầu; cảm giác buồn hay khổ sở; cảm giác không hạnh phúc đến mức phải khóc...

**3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố với trầm cảm sau sinh****Bảng 1. Bảng tổng hợp về mối liên quan giữa yếu tố nhân khẩu học, hành vi của chồng, yếu tố sản khoa, yếu tố sau sinh với trầm cảm sau sinh**

Các yếu tố	n (%)	Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến
		OR (95%CI)	AOR <sup>a</sup> (95%CI)
<b>Yếu tố nhân khẩu học:</b>			
<b>Tuổi của phụ nữ</b>			
≥25 tuổi	573 (45,0)	1	1
<25 tuổi	701(55,0)	1,30 (0,87-1,94)	<b>1,94 (1,21-3,13)</b>
<b>Nghề nghiệp</b>			
Viên chức nhà nước/Nhân viên công ty	408 (32,0)	<b>2,25 (1,07-4,72)</b>	<b>3,84 (1,65-8,95)</b>
Công nhân	349 (27,4)	1,16 (0,52-2,61)	1,15 (0,48-2,72)
Nông dân	166 (13,0)	<b>3,07 (1,38-6,85)</b>	<b>2,56 (1,07-6,16)</b>
Thất nghiệp/nội trợ	169 (13,4)	1,08 (0,42-2,78)	1,32 (0,46-3,74)
Buôn bán nhỏ	181 (14,2)	1	1
<b>Trình độ học vấn</b>			
THPT	465 (36,5)	1,32 (0,83-2,12)	<b>2,30 (1,31-4,06)</b>
THCS/Tiểu học	252 (19,8)	<b>1,88 (1,13-3,15)</b>	<b>3,48 (1,74-6,95)</b>
Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	557 (43,7)	1	1
<b>Yếu tố hành vi của chồng:</b>			
<b>Bạo lực tinh thần</b>			
Bị tử một hành động bạo lực trở lên	116 (9,1)	<b>3,75 (2,28-6,17)</b>	<b>2,15 (1,15-4,02)</b>
Không bị bạo lực	1158 (90,9)		
<b>Bạo lực thể xác và/hoặc tình dục</b>			
Có	157 (12,3)	<b>2,97 (1,86-4,76)</b>	<b>1,99 (1,12-3,55)</b>
Không	1117 (87,7)		
<b>Chồng thích giới tính thai nhi hiện tại</b>			
Thích con gái	270 (21,3)	1,77 (0,99-3,20)	1,86 (0,96-3,59)
Thích con trai	575 (45,3)	<b>1,88 (1,14-3,10)</b>	<b>1,84 (1,06-3,21)</b>
Không quan tâm	423 (33,4)	1	1
<b>Tuổi mang thai lần đầu</b>			
≥20	1015 (79,7)	1,60 (0,89-2,74)	<b>3,13 (1,56-6,28)</b>
<20	258 (20,3)		
<b>Trầm cảm trong mang thai</b>			
Có	63 (5,0)	<b>6,8 (3,82-11,95)</b>	<b>4,06 (2,05-8,02)</b>
Không	1206 (95,0)		
<b>Yếu tố sinh non và hỗ trợ sau sinh</b>			
<b>Sinh non</b>			
<37	57 (4,5)	<b>2,56 (1,25-5,23)</b>	<b>2,31 (1,02-5,22)</b>
≥37	1200 (95,5)		
<b>Hỗ trợ của gia đình sau sinh</b>			
Không	245 (19,3)	<b>3,70 (2,44-5,61)</b>	<b>3,40 (2,13-5,43)</b>
Có	1028 (80,7)		

\*Mô hình hồi quy đa biến được hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, hỗ trợ gia đình sau sinh, hình thức sinh, sinh non, trầm cảm trong khi mang thai, tuổi mang thai lần đầu, hành vi của chồng.

Bảng 1 trình bày kết quả phân tích đa biến giữa các yếu tố về nhân khẩu học, hành vi của chồng, tiền sử trầm cảm, sinh non và hỗ trợ của gia đình sau sinh với trầm cảm sau sinh cho thấy: Sau khi đưa các yếu tố nói trên vào mô hình hồi quy logistic thì các yếu tố nhân khẩu

học, bạo lực trong mang thai, hỗ trợ sau sinh, sinh non, chồng thích con trai vẫn có mối liên quan với TCSS, cụ thể là:

Phụ nữ có tuổi dưới 25 thì nguy cơ bị TCSS cao hơn gấp gần 2 lần so với phụ nữ có tuổi từ trên 25 tuổi, với (OR=1,94; 95%CI: 1,21-3,13). Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị TCSS càng cao với OR lần lượt là (OR=2,3; 95%CI: 1,31-4,06; OR=3,48; 95%CI: 1,74-6,95). Phụ nữ có nghề nghiệp là nông dân, công chức/viên chức nhà nước hoặc nhân viên công ty

thì nguy cơ bị TCSS cao gần 3 đến 4 lần khi so sánh với phụ nữ có nghề nghiệp buôn bán nhỏ với OR lần lượt là (OR= 2,56; 95%CI:1,07-6,16; OR=3,84; 95%CI:1,65-8,95).

Bên cạnh các yếu tố về nhân khẩu học thì những phụ nữ có chồng thích thai nhi là con trai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những phụ nữ có chồng không quan tâm đến giới tính thai nhi (OR= 1,84; 95%CI: 1,06-3,21). Những phụ nữ bị bạo lực thể xác và/hoặc tình dục thì nguy cơ bị TCSS cao gấp gần 2 lần so với phụ nữ không bị bạo lực thể xác hay tình dục trong mang thai (OR=1,99; 95%CI: 1,12-3,55). Phụ nữ bị từ 1 hành động bạo lực tinh thần trong khi mang thai thì nguy cơ bị trầm cảm cao gấp hơn 2 lần khi so sánh với phụ nữ không bị bạo lực tinh thần trong khi mang thai (OR=2,15; 95%CI: 1,15-4,02).

Ngoài yếu tố nhân khẩu học và hành vi của chồng có liên quan đến TCSS thì yếu tố trầm cảm trong mang thai cũng có liên quan đến TCSS, cụ thể là: phụ nữ bị trầm cảm trong khi mang thai thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 4 lần so với những phụ nữ không bị trầm cảm trong khi mang thai, với (OR=4,06; 95%CI: 2,05-8,02). Phụ nữ sinh non dưới 37 tuần thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 2 lần so với phụ nữ không sinh non (OR= 2,31; 95%CI: 1,02-5,22). Phụ nữ không được hỗ trợ sau của gia đình sinh thì nguy cơ bị TCSS cao gấp hơn 3 lần khi so sánh với những phụ nữ được hỗ trợ của gia đình sau sinh (OR= 3,40; 95%CI: 2,13-5,43).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh.** Tỷ lệ trầm cảm sau sinh của nghiên cứu này là 8,2%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng dao động từ 3,5% đến 63,3% theo số liệu của một nghiên cứu tổng hợp về tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở khu vực châu Á của Klainin và Arthur năm 2009 [6],[7]. Tỷ lệ này cũng tương tự như tỷ lệ chung trong quần thể ở khu vực Châu Âu là 8,6% [8]. Như nghiên cứu của Eberhard và cộng sự năm 2004 nghiên cứu trên 416 phụ nữ ở Na Uy cho tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 8,9% với điểm cắt EPDS  $\geq 10$  [8]. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ trầm cảm là do các nghiên cứu thực hiện trên các nền văn hóa khác nhau, thời điểm đo trầm cảm sau sinh khác nhau.

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh.** Phụ nữ có trình độ học vấn thấp cũng liên quan chặt chẽ với trầm cảm sau sinh. Phụ nữ có trình độ học vấn càng thấp thì nguy cơ bị trầm cảm càng cao lần lượt tăng từ 2,30 đến 3,48 lần. Kết quả này cũng tương tự với một

nghiên cứu tổng hợp về các yếu tố nguy cơ đến trầm cảm sau sinh của Klainin và cộng sự cho thấy: phụ nữ có trình độ học vấn thấp thì nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn [7].

Kết quả cho thấy có gần 59% phụ nữ cho rằng chồng của họ là người quan trọng trong việc hỗ trợ những việc hàng ngày trong khi mang thai và sau sinh, phụ nữ còn cho rằng, chồng họ là người quan trọng nhất để hỗ trợ họ về mặt tinh thần (57,1%). Nhưng thực tế, phụ nữ không những không được chồng và gia đình nhà chồng hỗ trợ trong khi mang thai và sau sinh mà còn gây ra bạo lực và làm tổn thương họ về thể xác lẫn tinh thần.

Ngoài hành vi của chồng gây bạo lực cho phụ nữ, việc yêu thích con trai của chồng cũng tạo áp lực tinh thần nặng nề đối với phụ nữ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng: phụ nữ có chồng thích thai nhi là con trai có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp gần 2 lần khi so sánh với những phụ nữ có chồng không quan tâm đến giới tính thai nhi. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo sự ưa thích con trai được coi là một vấn đề phổ biến tại một số nước châu Á, đặc biệt là ở các vùng nông thôn ở Trung Quốc, Ấn Độ, Việt Nam, Nepal và Pakistan [5], [6], [7].

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 8,2%. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau sinh là: bị trầm cảm trong khi mang thai (OR=4,06); thiếu sự hỗ trợ từ phía gia đình và chồng (OR= 3,40); những 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).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** (2008). The global burden of disease: 2004 update, Geneva.
2. **World Health Organization, ed.** (2015). Mental health atlas 2014, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
3. **Pooler J., Perry D.F., and Ghandour R.M.** (2013). Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms Among Women Enrolled in WIC. *Matern Child Health J*, 17(10), 1969–1980.
4. **Lépine J.-P. and Briley M.** (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 7(Suppl 1), 3–7.
5. **Murray L., Dunne M.P., Van Vo T., et al.** (2015). 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*, 15(1).
6. **Fisher J., Tran T.D., Biggs B., et al.** (2013). Intimate partner violence and perinatal common

- mental disorders among women in rural Vietnam. *Int Health*, 5(1), 29–37.
7. **Klainin P. and Arthur D.G.** (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 46(10), 1355–1373.
8. **Eberhard-Gran M., Tambs K., Opjordsmoen S., et al.** (2004). Depression during pregnancy and after delivery: a repeated measurement study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 25(1), 15–21.

## U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TRUNG THẤT - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Cung Văn Công<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học (MBH) 2017 của tổ chức Y tế thế giới (WHO), các khối u hạch được chia thành 5 nhóm chính: (1) U tiền chất của hạch (Precursor Lymphoid Neoplasm); (2) U tế bào B trưởng thành (Mature B- Cell); (3) U tế bào T và NK trưởng thành (Mature T-and NK-Cell); (4) U lympho Hodgkin (Hodgkin Lymphomas); (5) Suy giảm miễn dịch liên quan đến rối loạn tăng sinh bạch huyết (Immunodeficiency Associated Lymphoproliferative disorder). Trong thực hành lâm sàng, để đơn giản, ung thư hạch được xem xét trong hai nhóm chính là Hodgkin (HL) và không Hodgkin (NHL). Chỉ có những khối u phổ biến nhất, hoặc thường dẫn đến biểu hiện tại ngực mới được xem xét chi tiết. Ung thư tế bào B trưởng thành thuộc nhóm NHL. Ung thư hạch là bệnh lý thường gặp và có khoảng 4% liên quan đến chẩn đoán bệnh lý hạch trung thất, rốn phổi và nhu mô phổi. Ung thư hạch là bệnh lý nguyên phát của hệ thống bạch huyết. Mặc dù HL ít phổ biến hơn trong hai loại, chỉ chiếm 25% đến 30% các ca bệnh song phổ biến hơn NHL trong các bệnh lý trung thất. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh nhân (BN) nam, 43 tuổi, đến khám và điều trị tại bệnh viện Phổi trung ương, được chẩn đoán xác định NHL loại tế bào B trưởng thành (MB-C) bằng mô bệnh học (MBH) và hoá mô miễn dịch (HMMD), vị trí trung thất trước cùng với phương cách tiếp cận chẩn đoán để các đồng nghiệp cùng tham khảo.

**Từ khoá:** Ung thư hạch bạch huyết; U lympho không Hodgkin tế bào B, ung thư hạch Hodgkin, hoá mô miễn dịch.

### SUMMARY

#### B-CELL NON – HODGKIN LYMPHOMA IN THE MEDIASTINUM - CASE REPORT AND DOCUMENTARY OVERVIEW

The 2017 histopathological classification of the World Health Organization (WHO), the lymph node tumors are divided into 5 main groups: (1) Precursor Lymphoid Neoplasm; (2) Mature B-cell tumor; (3) Mature T-and NK-Cell tumors; (4) Hodgkin

Lymphomas; (5) Immunodeficiency Associated Lymphoproliferative disorder. In clinical practice, for simplicity, lymphoma is considered in two main groups, Hodgkin (HL) and non-Hodgkin (NHL). Only the tumors that are most common, or often lead to chest manifestations, are considered in detail. Mature B-cell cancer belongs to the NHL group. Lymphoma is a common disease and is associated with approximately 4% of the diagnoses of mediastinal, hilar, and parenchymal lymphadenopathy. Lymphoma is a primary disease of the lymphatic system. Although HL is less common of the two types, accounting for only 25% to 30% of cases, but it is more common than NHL in mediastinal disorders. We present a 43-year-old male patient, who came to the National Lung Hospital for examination and treatment, was diagnosed with mature B-cell NHL by histopathology and immunohistochemistry in anterior mediastinal location with diagnostic approach for colleagues reference.

**Keywords:** Lymphoma; Mature B-Cell lymphoma; Hodgkin Lymphoma; Immunohistochemistry.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ lymphoma không Hodgkin (NHL) đề cập đến một nhóm u hạch đa dạng, nhiều hình thái mô học và các biểu hiện lâm sàng, các dấu hiệu hình ảnh, diễn tiến và tiên lượng khác nhau. NHL chiếm khoảng 3% khối u ác tính ở người lớn. Hầu hết bệnh nhân NHL có tiên lượng tốt, và trong nhiều trường hợp, việc điều trị có thể bị trì hoãn trong nhiều năm. Tuy nhiên, một số BN sẽ có một quá trình tăng tốc và có thể chuyển đổi thành u lympho có mức ác tính cao. Mặc dù những u lympho này thường được coi là không thể chữa khỏi, song hầu hết BN có thể mong đợi một tuổi thọ tương tự như tuổi thọ của dân số nói chung, ngoại trừ những người trẻ tuổi khi được chẩn đoán và những người, sau khi điều trị toàn thân ban đầu, tiến triển nhanh hoặc chuyển đổi thành u lympho mức độ ác tính cao (8–10%). Một tiền đề được xác định là điều trị sớm NHL không cải thiện được khả năng sống sót, và nhiều BN có thể được theo dõi trong nhiều năm trước khi được chỉ định điều trị.<sup>1,2</sup>

Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ ban đầu phân loại NHL gồm mức độ thấp, trung

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023