

TRẦM CẢM Ở SẢN PHỤ SAU THẤT BẠI THAI KỲ THEO THANG ĐIỂM EPDS: NGHIÊN CỨU MÔ TẢ CẮT NGANG

Trần Thị Tú Hiên², Trần Thị Thu Hằng², Võ Đình Sáng², Trần Thị Ngọc Ánh², Lê Thị Thùy Trang², Nguyễn Xuân Anh Thu¹, Trần Thiện Thành², Lê Ngọc Tú², Ngô Thị Minh Thảo³, Võ Văn Đức¹, Võ Hoàng Lâm¹

¹Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Việt Nam

²Sinh viên Y khoa, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Việt Nam

³Khoa Nội, Bệnh viện Phục hồi chức năng, Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thất bại thai kỳ là một biến cố đau buồn gây ra hậu quả tâm lý nghiêm trọng, đặc biệt là trầm cảm. Tuy nhiên, tại Việt Nam, sự quan tâm chủ yếu dành cho trầm cảm sau sinh, trong khi sức khỏe tâm thần sau mất thai còn ít được nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang ở 64 sản phụ sau thất bại thai kỳ (bao gồm sảy thai, thai ngưng tiến triển) trong vòng 2 tuần sau biến cố tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, từ 01/2025 đến 05/2025. Sàng lọc nguy cơ trầm cảm bằng thang điểm EPDS với điểm cắt ≥ 13 .

Kết quả: Tuổi trung bình của sản phụ là $33,91 \pm 5,02$; tuổi thai trung bình $8,72 \pm 3,91$ tuần. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ra máu âm đạo (40,6%) và đau bụng hạ vị (30,3%). Tỷ lệ có nguy cơ trầm cảm sau thất bại thai kỳ là 37,5%. Phân tích hồi quy đa biến xác định ba yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ trầm cảm bao gồm: tiền sử sảy thai ($OR = 5,588$; $p = 0,012$), áp lực kinh tế ($OR = 5,542$; $p = 0,024$) và hỗ trợ từ chồng ($OR = 0,165$; $p = 0,008$).

Kết luận: Tỷ lệ nguy cơ trầm cảm sau thất bại thai kỳ ở mức cao. Tiền sử sảy thai, áp lực tài chính và thiếu hụt sự hỗ trợ từ người chồng là những yếu tố nguy cơ chính. Cần thực hiện sàng lọc tâm lý thường quy để can thiệp kịp thời cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Trầm cảm, thất bại thai kỳ, thang điểm EPDS.

ABSTRACT

DEPRESSION IN WOMEN AFTER PREGNANCY LOSS ASSESSED BY THE EPDS: A CROSS - SECTIONAL DESCRIPTIVE STUDY

Tran Thi Tu Hien², Tran Thi Thu Hang², Vo Dinh Sang², Tran Thi Ngoc Anh², Le Thi Thuy Trang², Nguyen Xuan Anh Thu¹, Tran Thien Thanh², Le Ngoc Tu², Ngo Thi Minh Thao³, Vo Van Duc¹, Vo Hoang Lam¹

Background: Pregnancy loss is a distressing event that causes serious psychological consequences, particularly depression. However, in Vietnam, attention has primarily focused on postpartum depression, whereas mental health following pregnancy loss remains under-researched.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 women who experienced pregnancy loss (including miscarriage and missed abortion) within two weeks of the event at the Department of Obstetrics and Gynecology, University

Ngày nhận bài: 20/8/2025. Ngày chỉnh sửa: 04/11/2025. Chấp thuận đăng: 17/12/2025

Tác giả liên hệ: Võ Hoàng Lâm. Email: vhlam@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 038 285 54 54

Trầm cảm ở sản phụ sau thất bại thai kỳ theo thang điểm EPDS...

of Medicine and Pharmacy Hospital, Hue University, from January to May 2025. The risk of depression was screened using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) with a cutoff score of ≥ 13 .

Results: The mean maternal age was 33.91 ± 5.02 years, and the mean gestational age was 8.72 ± 3.91 weeks. Common clinical symptoms included vaginal bleeding (40.6%) and lower abdominal pain (30.3%). The prevalence of depression risk following pregnancy loss was 37.5%. Multivariate regression analysis identified three independent factors associated with the risk of depression: history of miscarriage (OR = 5.588; $p = 0.012$), financial pressure (OR = 5.542; $p = 0.024$), and spousal support (OR = 0.165; $p = 0.008$).

Conclusion: The prevalence of depression risk following pregnancy loss is high. A history of miscarriage, financial stress, and a lack of spousal support are the main risk factors. Routine psychological screening is necessary to provide timely intervention for this population.

Keywords: Depression, pregnancy loss, EPDS scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thất bại thai kỳ không chỉ ảnh hưởng thể chất mà còn gây tác động nghiêm trọng đến tâm lý. Nhiều phụ nữ sau sảy thai phải đối mặt với cảm giác đau buồn, lo lắng, tội lỗi và tự trách, thậm chí kéo dài trong các lần mang thai tiếp theo. Trầm cảm sau thất bại thai kỳ có thể xuất hiện ở nhiều mức độ khác nhau (1,2).

Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sảy thai cao hơn đáng kể so với cộng đồng chung và nhóm phụ nữ sinh con khỏe mạnh (2,3). Tình trạng này có thể khởi phát rất sớm trong khoảng 10 ngày sau mất thai và kéo dài nhiều năm trong một số trường hợp, thậm chí có thể gây ảnh hưởng lâu dài (4). Trầm cảm sau thất bại thai kỳ nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời sẽ dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng như suy giảm chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng đến mối quan hệ hôn nhân, và đặc biệt là tác động tiêu cực đến sức khỏe và kết quả thai kỳ của những thai kỳ tiếp theo (5).

Thang điểm Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), do Cox và cộng sự phát triển đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới, dịch và chuẩn hoá ở nhiều quốc gia với độ tin cậy và giá trị cao trong sàng lọc trầm cảm chu sinh, bao gồm cả giai đoạn sau sinh, trong thai kỳ và sau các biến cố thai kỳ như sảy thai (6-9).

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu và tổng quan hệ thống tập trung vào trầm cảm sau sảy thai, song kết quả còn không đồng nhất và phụ thuộc vào bối cảnh văn hóa - xã hội (2). Nhóm phụ nữ trải qua thất bại thai kỳ dường như đang bị bỏ ngỏ trong các quy trình chăm sóc tâm lý thường quy; các dữ liệu về tỷ lệ trầm cảm cũng như các yếu tố liên quan ở nhóm đối tượng này tại Việt Nam còn rất hạn chế và chưa có tính hệ thống. Chính khoảng trống này đã

đặt ra nhu cầu cần thiết phải thực hiện nghiên cứu “Trầm cảm ở phụ nữ sau thất bại thai kỳ theo thang điểm EPDS: Nghiên cứu mô tả cắt ngang” với mục tiêu sàng lọc trầm cảm ở sản phụ sau thất bại thai kỳ và các yếu tố liên quan theo thang điểm EPDS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 64 sản phụ sau thất bại thai kỳ (bao gồm sảy thai, thai ngưng tiến triển) tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 1/2025 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Được chẩn đoán thất bại thai kỳ như sảy thai hoặc thai ngưng tiến triển trong vòng 2 tuần trước khi tham gia nghiên cứu.; Có đủ khả năng nhận thức và hiểu biết để trả lời phỏng vấn, không bị rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần nặng tại thời điểm khảo sát; Không sử dụng phương pháp điều trị trầm cảm vòng 4 tuần gần nhất (thuốc chống trầm cảm, liệu pháp tâm lý chuyên sâu).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ thông tin nghiên cứu; Có tiền sử hoặc đang điều trị các bệnh lý tâm thần nặng (tâm thần phân liệt, rối loạn lưỡng cực, trầm cảm nặng có loạn thần...); Có bệnh lý nội khoa cấp tính nặng ảnh hưởng đến khả năng trả lời câu hỏi; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ với độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$, p : tỷ lệ có nguy cơ trầm cảm sau thất bại thai kỳ theo nghiên cứu trước $p = 0,341$ (1), độ sai số cho phép chọn $d = 0.12$. Thay vào công thức trên cỡ mẫu tối thiểu tính được $n = 60$. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 64 đối tượng.

Trầm cảm ở sản phụ sau thất bại thai kỳ theo thang điểm EPDS...

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Dữ liệu được thu thập bởi các điều tra viên đã qua tập huấn chuẩn hóa về kỹ năng phỏng vấn, y đức và bảo mật thông tin.

- Các sản phụ được sàng lọc theo tiêu chuẩn chọn mẫu/loại trừ và ký văn bản đồng thuận sau khi được giải thích đầy đủ về nghiên cứu.

- Thu thập thông tin hành chính và lâm sàng: Ghi nhận các thông tin cá nhân: họ tên, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân.

- Thông tin được ghi nhận qua phỏng vấn trực tiếp và hồ sơ bệnh án, bao gồm 4 nhóm biến số chính: Đặc điểm xã hội, tiền sử bệnh lý, đặc điểm lâm sàng, yếu tố tâm lý - xã hội.

- Tình trạng thiếu máu được chẩn đoán và phân loại theo Tổ chức Y tế thế giới (10).

- Ghi nhận các chỉ số cận lâm sàng: nồng độ β -hCG, progesterone.

Thời điểm phỏng vấn sàng lọc trầm cảm: Sau 2 tuần kể từ thời điểm thất bại thai kỳ, tiến hành phỏng vấn bằng thang điểm EPDS (6).

- Cách thức phỏng vấn: Phỏng vấn được thực hiện trực tiếp tại phòng khám hoặc qua điện thoại, đảm bảo riêng tư, yên tĩnh và bảo mật thông tin.

- Giới thiệu mục đích của bộ câu hỏi, hướng dẫn đối tượng trả lời dựa trên cảm xúc thực tế trong 7 ngày gần nhất.

- Đọc từng câu hỏi EPDS theo đúng thứ tự, giải thích rõ ràng nếu đối tượng chưa hiểu, đảm bảo đối tượng tự lựa chọn đáp án phù hợp nhất với bản thân. Khuyến khích đối tượng trả lời trung thực, không thảo luận đáp án với người khác trong quá trình phỏng vấn.

- Đánh giá tổng điểm EPDS và ghi nhận kết quả vào phiếu nghiên cứu. Nếu điểm EPDS ≥ 13 hoặc xuất hiện ý nghĩ tự làm hại bản thân, đối tượng được

tư vấn, hỗ trợ tâm lý và giới thiệu đến chuyên gia tâm thần kinh hoặc bác sĩ chuyên khoa để can thiệp kịp thời.

2.4. Phương tiện nghiên cứu

Thang điểm EPDS: Thang điểm EPDS được dùng để sàng lọc trầm cảm sau sinh, bao gồm 10 câu hỏi được thiết kế để phản ánh triệu chứng tâm lý trong 7 ngày gần nhất bao gồm tâm trạng phiền muộn, cảm giác bị tội, lo âu và ý tưởng tự sát. Mỗi câu hỏi được chấm từ 0 đến 3, tổng điểm dao động từ 0 đến 30, với điểm số cao hơn biểu thị mức độ trầm cảm nặng hơn (6).

Nghiên cứu áp dụng phiên bản tiếng Việt của EPDS đã được dịch thuật và kiểm định phù hợp với quần thể Việt Nam, với độ tin cậy nội tại Cronbach's $\alpha = 0,75$ (9). Sàng lọc có nguy cơ trầm cảm khi thang điểm EPDS ≥ 13 điểm (6,8).

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến được mô tả bằng tần số (n, %) hoặc trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (ĐLC). Kiểm định Chi-bình phương, Fisher's Exact và hồi quy logistic được sử dụng để phân tích sự tương quan với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế thông qua Số 5501/QĐ-ĐHYD, ngày 25 tháng 11 năm 2024. Tất cả sản phụ tham gia đều đồng ý, thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 64 sản phụ, tỷ lệ có nguy cơ trầm cảm theo thang điểm EPDS chiếm 37,5% (n=24). Các đặc điểm nhân trắc (tuổi, chiều cao, cân nặng) tương đồng giữa hai nhóm. Phần lớn sản phụ sống ở thành phố, làm cán bộ viên chức, có trình độ đại học/sau đại học và đều đã kết hôn.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Có nguy cơ trầm cảm n (%)	Không có nguy cơ trầm cảm n (%)	p
Tuổi mẹ (năm)	< 35	16 (42,1)	22 (57,9)	0,435*
	≥ 35	8 (30,8)	18 (69,2)	
	Giá trị trung bình	33,33 $\pm$ 5,08	34,25 $\pm$ 5,02	0,978*

Trầm cảm ở sản phụ sau thất bại thai kỳ theo thang điểm EPDS...

Đặc điểm		Có nguy cơ trầm cảm n (%)	Không có nguy cơ trầm cảm n (%)	p
Chiều cao (m)		1,57 ± 0,62	1,59 ± 0,44	0,161*
Cân nặng (kg)		54,83 ± 7,31	55,00 ± 9,01	0,804*
Nơi sống	Thành phố	18 (36,0)	32 (64,0)	0,639*
	Nông thôn	6 (42,9)	8 (57,1)	
Nghề nghiệp	Nông dân	2 (100)	0	0,693*
	Công nhân	6 (33,3)	12 (66,7)	
	Cán bộ viên chức	6 (30,0)	14 (70,0)	
	Nội trợ	4 (66,7)	2 (33,3)	
	Buôn bán	8 (57,1)	6 (42,9)	
	Khác	2 (50)	2 (50)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	0	2 (100)	0,727**
	Trung học	12 (37,5)	20 (62,5)	
	Đại học/ Sau đại học	12 (40,0)	18 (60,0)	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	24 (37,5)	40 (62,5)	
	Chưa kết hôn	0	0	

* Pearson Chi-Square test

** Fisher's Exact Test

Ra máu âm đạo là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ 40,6%, đau bụng hạ vị chiếm tỷ lệ 30,3% và không có dấu hiệu lâm sàng chiếm 29.1%. Giá trị trung bình của hormon β -hCG (IU/L) là 31838,94 ± 30529,10 (mIU/mL) và Progesterone 12,90 ± 9,43 (ng/ml). Tỷ lệ thiếu máu chiếm 40,6% (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (%)
Triệu chứng	Không	18 (29,1)
	Ra máu âm đạo	26 (40,6)
	Đau bụng hạ vị	20 (30,3)
Thiếu máu	Có	26 (40,6)
	Không	38 (59,4)
Nồng độ β -hCG (mIU/mL)		31838,94 ± 30529,10
Nồng độ Progesterone (ng/ml)		12,90 ± 9,43

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng lúc vào viện

Yếu tố liên quan		Có nguy cơ trầm cảm N (%)	Không có nguy cơ trầm cảm N (%)	p
Tuổi thai (tuần)	< 14	20 (34,5)	38 (65,5)	0,186*
	≥ 14	4 (66,7)	2 (33,3)	
Tuổi thai trung bình (tuần)		8,58 ± 4,73	8,80 ± 3,40	0,156
Loại thất bại thai kỳ	Sảy thai	10 (38,5)	16 (61,5)	0,895
	Thai ngưng tiến triển	14 (36,8)	24 (63,2)	
Tiền sử sảy thai	Không	8 (20)	24 (80)	0,007
	Có	18 (52,9)	16 (47,1)	
Phương thức mang thai	Tự nhiên	18 (31)	40 (69)	0,002*
	Hỗ trợ	6 (100)	0	
Phương pháp điều trị	Dùng thuốc	12 (26,1)	34 (73,9)	0,003*
	Nạo hút	4 (100)	0	
	Theo dõi sảy thai	8 (57,1)	6 (42,9)	
Thiếu máu	Có	10 (38,5)	16 (61,5)	0,895
	Không	14 (36,8)	24 (63,2)	
Nồng độ β-hCG (mIU/mL)		31568,40 ± 28923,47	32012,36 ± 31886,73	0,978
Nồng độ Progesterone (ng/ml)		13,37 ± 8,99	12,62 ± 9,79	0,541

*Fisher's Exact Test.

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (tuổi thai, β-hCG, progesterone...) tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Tuy nhiên, phân tích cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở ba yếu tố: tiền sử sảy thai, phương thức thụ thai và phương pháp điều trị ($p < 0,01$). Trong đó, tần suất xuất hiện tiền sử sảy thai, mang thai tự nhiên và can thiệp bằng thuốc cao hơn đáng kể ở nhóm có nguy cơ trầm cảm (Bảng 3)

Tình trạng sinh sống và căng thẳng trong 6 tháng qua không có mối liên quan với nguy cơ trầm cảm. Ngược lại, thiếu hỗ trợ của chồng và có áp lực kinh tế làm tăng đáng kể nguy cơ trầm cảm ($p = 0,005$).

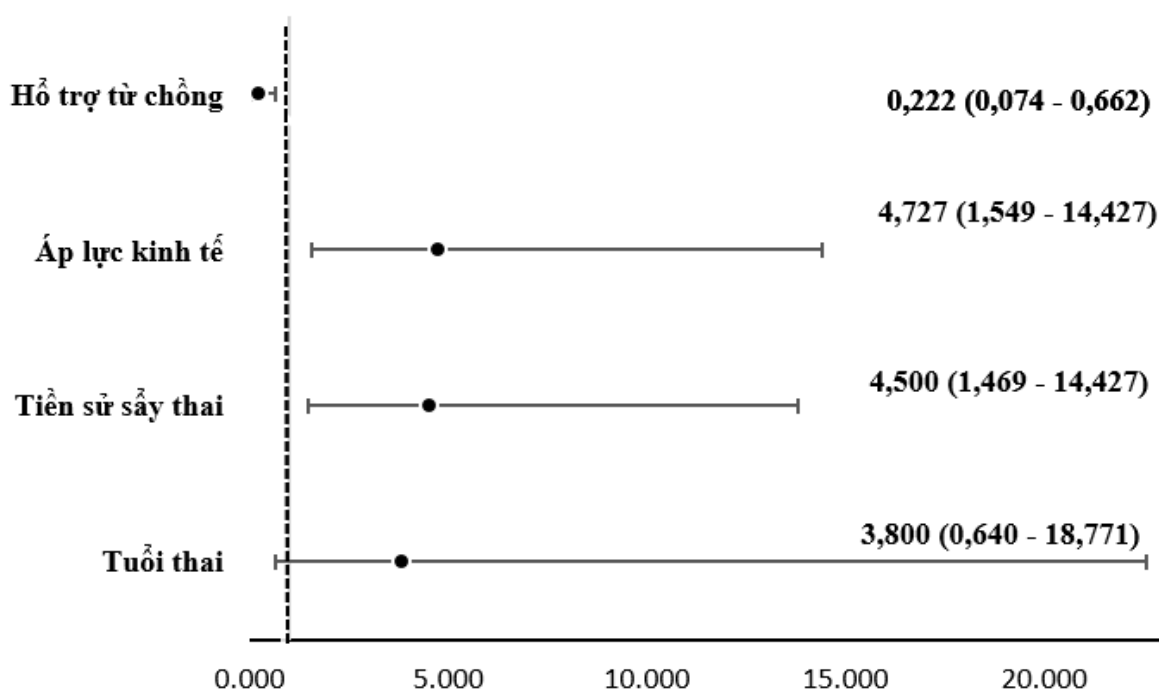
Bảng 4: Các yếu tố xã hội - gia đình liên quan đến trầm cảm sau thất bại thai kỳ

Yếu tố xã hội - gia đình		Có nguy cơ trầm cảm N (%)	Không có nguy cơ trầm cảm N (%)	p
Tình trạng sinh sống	Một mình	2 (28,6)	5 (71,4)	0,706*
	Sống chung với chồng	13 (43,3)	17 (56,7)	
	Sống chung với gia đình	9 (33,3)	18 (66,7)	
Hỗ trợ của chồng	Có	7 (21,2)	26 (78,8)	0,005
	Không	17 (54,8)	14 (45,2)	

Trầm cảm ở sản phụ sau thất bại thai kỳ theo thang điểm EPDS...

Yếu tố xã hội - gia đình		Có nguy cơ trầm cảm N (%)	Không có nguy cơ trầm cảm N (%)	p
Áp lực kinh tế	Có	13 (61,9)	8 (38,1)	0,005
	Không	11 (25,6)	32 (74,4)	
Căng thẳng trong 6 tháng qua	Có	8 (47,1)	9 (52,9)	0,342
	Không	16 (34,0)	31 (66,0)	

**Fisher's Exact Test.*



Biểu đồ 1: Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng trầm cảm sau thất bại thai kỳ

Phân tích hồi quy đơn biến, tiền sử sảy thai (OR = 4,500; KTC 95%: 1,460 - 14,427; p = 0,008), áp lực kinh tế (OR = 4,727; KTC 95%: 1,549 - 14,427; p = 0,006), hỗ trợ từ chồng (OR = 0,222; KTC 95%: 0,074 - 0,662; p = 0,007) có sự ảnh hưởng đến kết quả đánh giá trầm cảm sau thất bại thai kỳ.

Trong phân tích hồi quy đa biến, tiền sử sảy thai, áp lực về kinh tế và nhận được sự hỗ trợ của chồng là yếu tố có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,012; 0,024; 0,008. (Bảng 5).

Bảng 5: Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng trầm cảm sau thất bại thai kỳ

Đặc điểm	OR	95% CI	p
Tuổi thai	1,748	0,184 - 16,622	0,627
Tiền sử sảy thai	5,588	1,460 - 21,389	0,012
Hỗ trợ từ chồng	0,165	0,044 - 0,625	0,008
Áp lực kinh tế	5,542	1,253 - 24,511	0,024

IV. BÀN LUẬN

Trầm cảm sau thất bại thai kỳ là một vấn đề tâm lý nghiêm trọng, ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe tinh thần, đời sống cá nhân và mối quan hệ xã hội của sản phụ. Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình là $33,91 \pm 5,02$, phản ánh xu hướng mang thai muộn, tương đồng với nghiên cứu của Kulathilaka và cộng sự tại Sri Lanka ($30,39 \pm 6,38$) (11). Tỷ lệ có nguy cơ trầm cảm theo thang điểm EPDS là 37,5%, kết quả này tương đương với tỷ lệ 34,1% trong nghiên cứu của Mutiso và cộng sự (2019) (1). Mặc dù đa số đối tượng nghiên cứu cư trú tại thành thị (78,1%), tỷ lệ trầm cảm lại chiếm ưu thế ở nhóm nông thôn (42,9%). Xu hướng này tương đồng với nghiên cứu của Kassahun Mekuria (2023), ghi nhận tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ nông thôn cao hơn đáng kể so với thành thị (30% so với 19,8%) [12]. Bên cạnh đó, việc nhóm nội trợ và buôn bán có tỷ lệ trầm cảm cao trong nghiên cứu hiện tại cũng phù hợp với kết luận của Mekuria về mối liên quan chặt chẽ giữa sự bất ổn nghề nghiệp và nguy cơ rối loạn tâm thần (12).

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là ra máu âm đạo (40%) và đau bụng hạ vị (30,8%). Sự phân bố này khác biệt rõ rệt so với nghiên cứu của K.J. Sapra (2016) tại Mỹ (24% ra máu, 85% đau bụng), phản ánh sự đa dạng trong biểu hiện lâm sàng của bệnh lý. Về cận lâm sàng, nồng độ trung bình β -hCG và progesterone lần lượt là 31.838,94 và 12,90 (13).

Tỷ lệ có nguy cơ trầm cảm trong nghiên cứu chúng tôi là 37,5%, tương đương với Mutiso và cộng sự (2019) tại Bệnh viện Đại học Aga Khan với tỷ lệ 34,1% khi sử dụng thang EPDS (1). Cho thấy trầm cảm sau sảy thai là hậu quả phổ biến, cần được sàng lọc sớm và can thiệp kịp thời.

Về một số đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi thai trung bình tương đồng với nghiên cứu của Mutiso và cộng sự cho thấy tuổi thai xảy ra sảy thai dao động từ 3 tuần đến tối đa 23 tuần, phổ biến nhất là 8 tuần (22,5%; $n = 41$) (1). Tỷ lệ thai ngưng tiến triển chiếm phần lớn 59,4% và sảy thai tự nhiên chiếm 40,6% chủ yếu thất bại thai kỳ ở tuần thai < 14 (90,6%). Phù hợp với nghiên cứu trước đây về tình trạng sảy thai vì hầu hết đều xảy ra trong tam cá nguyệt đầu tiên và có xu hướng giảm dần theo tuổi thai (13).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử sảy thai và sự hỗ trợ của chồng là hai yếu tố liên quan có ý

nghĩa đến trầm cảm sau thất bại thai kỳ. Phụ nữ có tiền sử sảy thai trước đó có nguy cơ trầm cảm cao gấp 4,5 lần, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Hu Y. và cộng sự (2024), trong đó nguy cơ chỉ tăng nhẹ ($OR = 1,10$) (14). Về yếu tố xã hội, sự hỗ trợ từ người chồng thể hiện vai trò bảo vệ rõ rệt ($OR = 0,222$), trong khi áp lực kinh tế làm tăng nguy cơ trầm cảm gấp 4,7 lần ($OR = 4,727$). Các kết quả này tương đồng với ghi nhận của Hu Y. và Thayer về tác động của hỗ trợ xã hội và tài chính đến sức khỏe tâm thần (14, 15). Ngược lại, tình trạng cư trú không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,706$), phù hợp với nghiên cứu của Mutiso (1). Sau khi hiệu chỉnh qua mô hình hồi quy đa biến, ba yếu tố tiên lượng độc lập được xác định là: tiền sử sảy thai ($OR = 5,59$), áp lực kinh tế ($OR = 5,54$) và sự hỗ trợ của chồng ($OR = 0,17$). Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá đa chiều - bao gồm tiền sử sản khoa, hoàn cảnh kinh tế và nguồn lực gia đình - trong sàng lọc và can thiệp.

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm cấp tính (2 tuần sau biến cố), chưa cho phép đánh giá diễn tiến sức khỏe tâm thần theo chiều dọc thông qua việc theo dõi lại chỉ số EPDS ở các mốc thời gian sau. Đồng thời, các biến số như tiền sử sản khoa (PARA), tính chất thai kỳ (ngoài ý muốn) và thời gian mong con chưa được kiểm soát đầy đủ trong mô hình phân tích do những trở ngại khách quan trong việc thu thập dữ liệu nhạy cảm. Đây là những yếu tố xã hội học quan trọng cần được kiểm soát chặt chẽ hơn trong các nghiên cứu tương lai để có cái nhìn toàn diện.

V. KẾT LUẬN

Trầm cảm sau thất bại thai kỳ là gánh nặng sức khỏe tâm thần đáng kể, ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng sống và chức năng xã hội của người bệnh. Nghiên cứu xác định tiền sử sảy thai là yếu tố tiên lượng quan trọng làm gia tăng nguy cơ này. Do đó, việc tích hợp quy trình sàng lọc tâm lý thường quy và can thiệp sớm là yêu cầu cấp thiết trong thực hành lâm sàng nhằm hỗ trợ phục hồi toàn diện cho sản phụ.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có bất kỳ xung đột về lợi ích nào liên quan đến nghiên cứu, tác giả và quá trình xuất bản bài báo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mutiso SK, Murage A, Mukaindo AM. Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women- A cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2018 Feb 5;18(1):32.
2. Mergl R, Quaatz SM, Lemke V, Allgaier AK. Prevalence of depression and depressive symptoms in women with previous miscarriages or stillbirths - A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2024 Jan;169:84-96.
3. Wang S, Wang Y, Tong L, Zhuang J, Xu D, Wu Y. Association between pregnancy loss and depressive symptoms in women: a population-based study. *BMC Psychiatry*. 2024 July 23;24:526.
4. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med*. 2005 Dec 12;3:18.
5. Cuenca D. Pregnancy loss: Consequences for mental health. *Front Glob Womens Health*. 2023 Jan 23;3:1032212.
6. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1987 June;150:782-6.
7. Kukulskienė M, Žemaitienė N, Kukulskienė M, Žemaitienė N. Postnatal Depression and Post-Traumatic Stress Risk Following Miscarriage. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 May 27 [cited 2025 Dec 17];19(11). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/11/6515>
8. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD, Depression Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020 Nov 11;371:m4022.
9. 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 Sept;133(1-2):281-93.
10. Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Dec 17]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK602198/>
11. Kulathilaka S, Hanwell R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*. 2016 Apr 12;16:100.
12. Mekuria K, Beyene T, Lajore BA, Melkamu T, Ejajo T. Disparities in Postpartum Depression Among Urban and Rural Mothers in Hadiya Zone Shashogo District Southern Ethiopia Community-Based Comparative Cross-Sectional Study. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2023;10:23333928231217843.
13. Sapra KJ, Buck Louis GM, Sundaram R, Joseph KS, Bates LM, Galea S, et al. Signs and symptoms associated with early pregnancy loss: findings from a population-based preconception cohort. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2016 Apr;31(4):887-96.
14. Hu Y, Tang R, Li X, Wang X, Ma H, Heianza Y, et al. Spontaneous miscarriage and social support in predicting risks of depression and anxiety: a cohort study in UK Biobank. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Dec;231(6):655.e1-655.e9.
15. Thayer ZM, Gildner TE. COVID-19-related financial stress associated with higher likelihood of depression among pregnant women living in the United States. *Am J Hum Biol Off J Hum Biol Counc*. 2021 May;33(3):e23508.