GÁNH NẶNG TÂM LÝ HẬU SẨY THAI

BS. CKI Nguyễn Thùy Linh Trang

Olea Fertility

Sẩy thai là biến chứng thường gặp nhất ở giai đoạn đầu của thai kỳ. Sẩy thai xảy ra ở 15% số ca mang thai được xác nhận. Ước tính có khoảng 23 triệu ca sẩy thai mỗi năm trên toàn thế giới, tương đương với 44 ca mỗi phút. Tỷ lệ phụ nữ đã từng sẩy thai một lần là 10.8%, sẩy thai hai lần là 1,9%, và sẩy thai ba lần trở lên là 0,7%[1]. Do các số liệu về sẩy thai hiện nay chưa được tổng hợp đầy đủ, cũng như nhiều phụ nữ không biết mình đã mang thai, nên các con số thống kê này trên thực tế có thể còn lớn hơn.

Hiện nay vẫn chưa có sự thống nhất về định nghĩa sẩy thai và sẩy thai tái diễn giữa các quốc gia và các tổ chức. Sẩy thai thường được định nghĩa là mất thai trong tử cung trước khi thai có khả năng sống; tuy nhiên, việc chẩn đoán mang thai cũng như các định nghĩa rõ ràng về thế nào là thai trong tử cung và thế nào là thai có khả năng sống vẫn còn là một thách thức. Giới hạn đánh giá thai có khả năng sống có thể được xác định dựa vào tuổi thai hoặc cân nặng của thai nhi. Ở Úc, sẩy thai được định nghĩa là mất thai dưới 20 tuần tuổi hoặc cân nặng khi sinh không quá 400 g; ở những nơi khác trên thế giới, chẳng hạn như Vương quốc Anh, sẩy thai được định nghĩa là mất thai < 24 tuần tuổi[2]. Tổ chức y tế thế giới (WHO) định nghĩa sẩy thai là việc tống xuất một bào thai (hoặc phôi) có trọng lượng dưới 500 g tương đương với khoảng 22 tuần tuổi thai. Hiệp hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ (ASRM) định nghĩa sẩy thai là tình trạng thai lâm sàng sẩy khi tuổi thai dưới 20 tuần[3]. Hiệp hội Sinh sản và Phôi học người châu Âu (ESHRE) định nghĩa sẩy thai là tình trạng mất thai trước 22 tuần tuổi thai. Việc chưa có sự thống nhất rõ ràng giữa các quốc gia và các tổ chức dẫn đến những đánh giá khác nhau về tỷ lệ sẩy thai cũng như mức độ ảnh hưởng của việc sẩy thai lên cá nhân, gia đình, và xã hội.

Sẩy thai tái diễn ảnh hưởng đến khoảng 1 – 2% dân số, tùy thuộc vào định nghĩa được sử dụng[4]. Hiệp hội Sinh sản và Phôi học người châu Âu (ESHRE) gọi hiện tượng này là sẩy thai tái phát và định nghĩa là sẩy thai từ 2 lần mang thai trở lên[4]. Trường Cao đẳng Sản phụ khoa Hoàng gia Vương quốc Anh (RCOG) sử dụng thuật ngữ sẩy thai tái phát, trước đây được định nghĩa là 3 lần sẩy thai trở lên. Tuy nhiên, trong các hướng dẫn sửa đổi được xuất bản vào năm 2023 và dựa trên các khuyến nghị từ Series Miscarriage matters của Lancet gần đây về sẩy thai, một định nghĩa lại về sẩy thai tái phát bao gồm những lần sẩy thai không liên tiếp đã được đề xuất[1].

Mặc dù trải nghiệm về sẩy thai rất khác nhau giữa các cá nhân nhưng nghiên cứu cho thấy sẩy thai có tác động tâm lý sâu sắc và thường kéo dài đối với những người bị ảnh hưởng. Hiện nay có rất nhiều bằng chứng cho thấy phụ nữ có nguy cơ cao mắc chứng rối loạn lo âu, trầm cảm và sang chấn tâm lý hậu chấn thương (PTSD) sau sẩy thai. Một

nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu đa trung tâm của Farren và cộng sự tại Vương quốc Anh được công bố trên Tạp chí Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (AJOG) cho thấy những con số đáng báo động về tình trạng rối loạn tâm lý trên nhóm đối tượng sẩy thai sớm và thai ngoài tử cung. Tất cả những người tham gia nghiên cứu được yêu cầu hoàn thành Thang điểm đánh giá lo âu và trầm cảm của bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS), gồm 14 mục (trong đó có 7 câu hỏi liên quan đến lo âu và trầm cảm). Kết quả cho thấy 29% phụ nữ thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán sang chấn tâm lý hậu chấn thương một tháng sau sẩy thai, 24% bị rối loạn lo âu mức độ trung bình đến nặng và 11% bị rối loạn trầm cảm mức độ trung bình đến nặng. Mặc dù tần suất các rối loạn này thay đổi theo thời gian, tỷ lệ mắc vẫn còn cao sau 9 tháng, lần lượt là là 16% đối với sang chấn tâm lý hậu chấn thương, 17% rối loạn lo âu và 5% rối loạn trầm cảm[5].

Bất chấp những tác động tâm lý nghiêm trọng của sẩy thai, những đối tượng phải đối mặt với việc sẩy thai vẫn còn được quan tâm chưa đầy đủ. Nhiều phụ nữ cho rằng họ không nhận được sự hỗ trợ tích cực từ phía hệ thống y tế, cũng như sự quan tâm từ phía xã hội[6]. Điều này xảy ra vì một số lý do. Phụ nữ và người bạn đời của họ thường cảm thấy cô đơn với nỗi đau buồn khi trải qua việc sẩy thai, họ cho rằng gia đình và cả bạn bè không thể hiểu được sự mất mát to lớn ấy. Người ngoài cuộc coi đó là một chuyện buồn nhỏ sẽ nhanh chóng qua đi, trong khi những người phụ nữ trong cuộc tiếp nhận thông tin đó như một biến cố đau buồn khó có thể phôi phai của cuộc đời họ. Do đó, những người thân, được cho là đã bình thường hóa nỗi đau, không có sự quan tâm đúng mức cho đối tượng đang bị tổn thương nghiêm trọng về tinh thần này. Lý giải cho sự khác biệt trong nhận thức này, nên nhìn nhận sự việc từ hai góc độ: từ phía người bị tổn thương và từ phía những người xung quanh. Theo định nghĩa, sẩy thai xảy ra ở giai đoạn sớm của thai kỳ, trước khi nó có những biểu hiện thay đổi rõ ràng ra bên ngoài. Trong khi đó, đối với hầu hết phụ nữ, sẩy thai tượng trưng cho việc mất đi đứa con tương lai cũng như tất cả những viễn cảnh hạnh phúc liên quan đến sự xuất hiện của đứa trẻ. Điều này càng phức tạp hơn vì đây là một mất mát "vô hình", không có người hữu hình nào để đau buồn và thường không có nghi thức hay nghi lễ nào để tưởng nhớ sự mất mát. Ở cấp độ cơ bản nhất, điều mà đa số phụ nữ mong muốn và cần nhất vào thời điểm xảy ra biến cố là sự thừa nhận và xác nhận nỗi đau buồn cũng như sự mất mát của họ. Sự mất mát không đơn thuần chỉ là đứa con máu mủ mà còn cả hy vọng, ước mơ và khát vọng làm cha mẹ trong tương lai[6].

Về mặt y tế, sẩy thai thường được tối giản hóa. Việc chăm sóc vẫn nhằm mục đích phục hồi sức khỏe thể chất của người phụ nữ, trong đó sẩy thai được coi là một biến chứng thường gặp và dễ quản lý trong thời kỳ đầu mang thai. Mặt khác, đây thường được coi là kết quả của sự "chọn lọc tự nhiên" xảy ra với một thai kỳ không thể sống sót hoặc thai kỳ có bất thường. Phần lớn nhân viên y tế, dù không phải tất cả, thường dành sự ưu tiên vào việc đáp ứng nhu cầu thể chất của bệnh nhân chứ không phải nhu cầu về tinh thần. Thêm vào đó, đa số mối quan hệ nhân viên y tế – bệnh nhân còn thiếu sự đồng cảm và thừa nhận sự mất mát. Việc sử dụng các thuật ngữ được chuyên môn hóa giống nhau cho tất cả các bệnh nhân, thiếu sự tinh tế trong cách thông báo tin xấu cũng như chia sẻ các quy trình diễn ra sau đó; thiếu sự đồng hành theo dõi, bao gồm cả việc giới thiệu đến các dịch vụ hỗ trợ; thiếu cung cấp thông tin về nguyên nhân, triệu chứng cơ năng, quá

trình phục hồi cũng như cơ hội mang thai cho những lần tiếp theo, tất cả đều là những "khoảng trống" mà đa số các hệ thống y tế chưa đáp ứng được[6].

Việc thiếu sự hỗ trợ đúng mực rất đáng lo ngại vì những gì mà mọi người nhận được tại thời điểm sẩy thai sẽ định hình trải nghiệm sẩy thai của họ và các tác động tâm lý liên quan. Một trong những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến các rối loạn tâm lý sau sẩy thai là thiếu sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội, trong khi ngược lại, những trải nghiệm tích cực có thể xoa dịu sự mất mát và dẫn đến kết quả tâm lý tốt hơn. Tình trạng thực tế hiện nay cho thấy đang tồn tại sự cách biệt lớn giữa cung và cầu: nhu cầu được hỗ trợ mà người trong cuộc cần với thực tế những gì họ được cung cấp. Điều này đặc biệt quan trọng đối với những người đã từng bị sẩy thai nhiều lần vì nguy cơ xảy ra các biến cố bất lợi về tâm lý và nhu cầu hỗ trợ thậm chí còn cao hơn và nghiêm trọng hơn[6].

Hiện nay, việc xác định đối tượng phụ nữ có nguy cơ mắc các rối loạn tâm lý sau sẩy thai và phát triển các chiến lược điều trị tối ưu đang là định hướng được ưu tiên nghiên cứu[7]. Một công trình đánh giá những yếu tố dự đoán đối tượng có nguy cơ cao mắc các rối loạn tâm lý hậu sẩy thai vừa được công bố trên tạp chí BMJ Open tháng 1/2022. Đây là một nghiên cứu tiến cứu, bao gồm đối tượng là 737 phụ nữ vừa trải qua sẩy thai sớm đủ điều kiện tham gia. Thời điểm đánh giá là một tháng sau biến cố. Đối tượng tham gia được đề nghị hoàn thành hai bảng điểm: Thang điểm đánh giá lo âu và trầm cảm của bệnh viện (HADS) và Thang điểm chẩn đoán sang chấn tâm lý hậu chấn thương (Post–traumatic Stress Diagnostic Scale – PDS). Kết quả cho thấy những phụ nữ được chẩn đoán mắc các bệnh lý tâm thần trước đó có tần suất mắc các rối loạn tâm lý như lo âu, trầm cảm hoặc sang chấn tâm lý hậu chấn thương cao hơn: 75% cho nhóm đang có các bệnh lý tâm thần tại thời điểm sẩy thai so với 55% ở nhóm đã từng mắc và 30% ở nhóm không mắc bệnh (AUC 0,61; R2 8,4%; $p < 0,0001$). Những phụ nữ có tiền căn sẩy thai trước đó cũng có nguy cơ mắc các rối loạn tâm lý cao hơn: 48% so với 30% (AUC 0,59; R2 4,3%; $p < 0,0001$)[8].

KẾT LUẬN

Từ lâu, tác động tinh thần của sẩy thai chưa được quan tâm đúng mức cả về y tế và xã hội. Sẩy thai và sẩy thai tái diễn ảnh hưởng đến một tỷ lệ đáng kể trong mỗi dân số và có nhiều cách để cải thiện tác động bất lợi của những mất mát này mà không hề khó khăn, tốn kém hay mất thời gian. Một số đối tượng có nguy cơ cao hơn với những rối loạn tâm lý hậu sẩy thai cần được nhận diện sớm để có sự quan tâm đúng mực. Tuy nhiên, một điều tiên quyết rằng tất cả các nhân viên y tế khi tiếp cận với bệnh nhân trong giai đoạn đầu của thai kỳ đều phải cảnh giác với nguy cơ xuất hiện các rối loạn tâm lý ở tất cả phụ nữ nếu việc sẩy thai diễn ra, bất kể tuổi thai, diễn tiến lâm sàng hay tiền sử sản khoa của họ[8].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon – Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Lancet. 2021;397(10285):1658 – 67.
2. Carranza – Lira S, Blanquet J, Tserotas K, Calzada L. Endometrial progesterone and estradiol receptors in patients with recurrent early pregnancy loss of unknown etiology – – preliminary report. Med Sci Monit. 2000;6(4):759 – 62.
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive M. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2012;98(5):1103 – 11.
4. RPL EGGo, Bender Atik R, Christiansen OB, Elson J, Kolte AM, Lewis S, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. Hum Reprod Open. 2023;2023(1):hoad002.
5. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell – Jones N, Bobdiwala S, Al – Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(4):367 e1 – e22.
6. Bilardi JE, Temple – Smith M. We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support? Fertil Steril. 2023;120(5):937 – 9.
7. Prior M, Bagness C, Brewin J, Coomarasamy A, Easthope L, Hepworth – Jones B, et al. Priorities for research in miscarriage: a priority setting partnership between people affected by miscarriage and professionals following the James Lind Alliance methodology. BMJ Open. 2017;7(8):e016571.
8. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell – Jones N, Bobdiwala S, Al – Memar M, et al. Prognostic factors for post – traumatic stress, anxiety and depression in women after early pregnancy loss: a multi – centre prospective cohort study. BMJ Open. 2022;12(3):e054490.