|  |
| --- |
| **Bộ y tế****Bệnh viện tâm thần trung ương 1****-------------------------****nhận xét đặc điểm lâm sàng****các rối loạn tâm thần và hành vi****kết hợp với thời kỳ sinh đẻ****đề tài khoa học cấp cơ sở****Chủ nhiệm đề tài:TS Tô Thanh Phương****Hà nội 2010** |

**Đặt vấn đề**

       Rối loạn tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ là loại bệnh ít gặp. Theo Lempérière, dạng rối loạn này chiếm 0,15% số người đẻ và chỉ gặp trong thực hành tâm thần và trong các bệnh viện phụ sản. Tuy nhiên người bệnh thường có hành vi nguy hiểm, hung bạo và bệnh thường mang tính chất cấp tính.

       Bệnh thường để lại hậu quả rất nặng nề cho bản thân người bệnh cũng như tính mạng của đứa trẻ, họ thường ghét con, không thể chăm sóc được con, con khóc cũng không cho bú mà ngược lại còn thờ ơ, dửng dưng với con, có người còn ghét luôn cả trẻ con hàng xóm, họ muốn cấu véo, hành hạ khi nào thấy trẻ khóc thì mình mới thấy dễ chịu, đặc biệt là họ có thể giết con của mình vì họ thường phủ định đứa con do mình sinh ra, họ cũng có thể tự sát hoặc tấn công những người xung quanh. Trong trạng thái căng thẳng, nhiều bệnh nhân (BN) đã gây ra những vụ giết con thương tâm do hoang tưởng (HT) hoặc ảo giác (AG) chi phối. Bệnh sẽ phức tạp hơn nếu có trầm cảm và lo âu kèm theo. Các tác giả A.Gérard; F.Raffaitin; H.Cuche ( 1995)[9], rối loạn tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ là do các biến đổi hormon Steroide, đặc biệt là Estrogen.

    Trong thời kỳ có thai ít khi có trầm cảm, trầm cảm thường xuất hiện trước và sau đẻ gồm 3 loại sau:

-         Sau đẻ 3-4 ngày có thể thấy bệnh nhân chán nản, mệt mỏi, suy nhược, dễ bị kích thíchb, luôn phàn nàn về các triệu chứng cơ thể, rối loạn giấc ngủ, luôn có ám ảnh cho là mình không biết nuôi con và thường có tâm trạng buồn chán, lo âu, bi quan, có những lúc khóc lóc buồn phiền. Khi bệnh nặng, có thể đột ngột xuất hiện xung động tấn công trong cơn hoảng sợ nên rất nguy hiểm đối với con, thường gặp ở người mẹ trẻ. Bệnh có thể kéo dài (khoảng10 %).

-         Trầm cảm điển hình có thể xuất hiện 3 tuần sau đẻ và có thể dẫn đến những rối loạn quan trọng mối quan hệ mẹ -con. Sau một năm, các triệu chứng vẫn còn tồn tại dai dẳng ở 1/3 số bệnh nhân này nếu không được điều trị đúng cách.

-         Các rối loạn tâm thần có thể xuất hiện muộn 3 tháng sau đẻ, một số tác giả gọi là “ Loạn thần sữa”.    Vì vậy, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ có ý nghĩa thiết thực trong thưc hành lâm sàng tâm thần học, qua đó có thể giúp các thầy thuốc điều trị phù hợp nhằm ngăn chặn các hành vi nguy hiểm của người bệnh. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài:

**“ Nhận xét đặc điểm lâm sàng các rối loạn**

**tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ “**

Nhằm mục đích:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến rối loạn tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ.

***Chương 1***

**Tổng quan tài liệu**

**1.1   Một số vấn đề chung về rối loạn tâm thần và hành vi liên quan với thời kỳ sinh đẻ.**

***Dịch tễ:***Loạn thần sau đẻ được nhiều người thống nhất là do các loạn thần mất bù xảy ra sau khi đẻt, tỷ lệ loạn thần sau đẻ giảm ở các nước công nghiệp phát triển do có sự cải thiện các điều kiện vệ sinh nên đã tránh được tình trạng lú lẫn hoang tưởng liên quan đến nhiễm trùng, nhiễm độc khi đẻ. Loạn thần sau đẻ chiếm tỷ lệ 0,1-0,2% số phụ nữ có thai và đỉnh cao là 2-3 tuần sau đẻ. Các nghiên cứu dịch tễ mới nhất cho thấy, loạn thần sau đẻ sớm (cho đến 6 thángc), các biểu hiện loạn thần chiếm tới 70-80% số bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực, 20% bệnh nhân lưỡng cực sẽ tấi phát sau đẻ [12]. Theo một số tác giả, các rối loạn tâm thần và hành vi liên quan đến thời kỳ sinh đẻ gồm 2 dạng như sau:

-         Hoặc do tái phát các bệnh tâm thần trước đó (rối loạn cảm xúc lưỡng cựcr, tâm căn, tâm thần phân liệt), sinh đẻ là yếu tố thuận lợi đẻ các bệnh trước đó tái phát

-         Hoặc xuất hiện một bệnh trực tiếp có liên quan với sinh đẻ.

Hiện nay, các rối loạn tâm thần khi sinh đẻ còn nhiều tranh luận, nhưng các tác giả đều thống nhất có 3 nguyên nhân chính sau đây:

***1.1.1*Nguyên nhân sinh học:**Các rối loạn này do thay đổi hormon lúc có thai và sautđẻ. Hormon biến đổi mạnh (đột ngột giảm Oestrogèn và chất dưỡng thai®, giải phóng ức chế prolactine mà những chất này đều có tác động qua lại với Dopamine), có thể gây ra trầm cảm, hội chứng ngày thứ 3, loạn thần sau đẻ cấp [8].

**1.1.2 Nguyên nhân tâm lý:**Khi có thai, người mẹ thường có nhiều dự định, sự mong đợi và lo lắng cho đứa con của mình. Họ phàn nàn về những khó khăn khi có thai, thay đổi nhiều về hình dạng cơ thể, lo sợ bị quái thai do vậy dễ bị rối loạn cảm xúc. Nhiều biến cố thể đến trong thời kỳ có thai nên sự trợ giúp y tế là rất quan trọng đối với người mẹ.

    Chuẩn bị sinh đẻ liên quan nhiều đến cảm xúc của người mẹ, do vậy cần chuẩn bị tốt về tâm lý, đặc biệt là vai trò của người chồng, không nên nói về khó khăn và những biến cố có thể xảy ra khi sinh, tất cả các điều đó có tác dụng chống lại các Stres gây ra hoảng sợ khi sinh và tạo niềm tin để sau này họ chăm sóc con tốt hơn.

       **1.1.3    Nguyên nhân xã hội:**Trong suốt quá trình mang thai và sinh đẻ, mối quan hệ vợ chồng rất quan trọng, bên cạnh đó là các yếu tố như nghề nghiệp ổn định, kinh tế đầy đủ, được kiểm tra y tế thường xuyên cũng như có sự giúp đỡ của các tổ chức xã hội là yếu tố bảo vệ rất tốt cho quá trình sinh đẻ. Khi các điều kiện này không được đảm bảo sẽ ảnh hưởng rất lớn đến quá trình sinh đẻ. **Một số yếu tố nguy cơ thường gặp như:**

-         Đẻ con lần đầu tiên

-         Người mẹ sống cô lập

-         Mổ lấy thai

-         Bị rối loạn tâm thần trước hoặc trong thời kỳ có thai

-         Cuộc sống khó khăn

-         Hoàn cảnh xã hội bấp bênh

-         Vợ chồng bất hoà

-         Con chết hoặc bị bệnh nặng

-         Tai nạn nặng

-         Bố hoặc mẹ bệnh nhân bị chết.

**1.2.                     Đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần và hành vi liên quan với thời kỳ sinh đẻ.**

**1.2.1  Một số dạng lâm sàng liên quan đến thời kỳ sinh đẻ**

**1.2.1.1 Buồn sau sinh (Hội chứng ngày thứ 3 sau đẻ*“ Post-Partum blues”:***Theo một số tác giả, khoảng 30-70% số người trẻ có thai sau khi sinh đẻ dễ xuất hiện hội chứng này với một số biểu hiện:

-         Suy nhược, rối loạn giấc ngủ, có thể mất ngủ, dễ bị kích thích, khi ngủ dễ có ác mộng.

-         Thường phàn nàn hoặc cho là mình không có khả năng nuôi được con. Hay phàn nàn về cơ thể có những thay đổi.

-         Khí sắc thay đổi, xuất hiện những cơn khóc lóc cho là mình bị bỏ rơi.

-         Những lo âu từ lúc bắt đầu có thai luôn xuất hiện trở lại, xen kẽ là tâm trạng bi quan chán nản.

     Các biểu hiện này chưa thể được coi là trầm cảm, mà chỉ được coi là hội chứng suy nhược diễn ra trong khoảng thời gian ngắn. Những thay đổi nội tiết sau đẻ có liên quan đến Steroidc, đặc biệt là Estrogèn đã gây ra tình trạng phản ứng tâm lý - nội tiết khác nhau và là nguyên nhân gây trầm cảm. Các rối loạn này xuất hiện vào ngày thứ 3 và thứ 6 sau đẻ.

    ***Bệnh sinh:***  Buồn sau sinh được giải thích là do biến đổi hormon sau khi đẻh, và do những thay đổi về tâm lý “ chuẩn bị làm mẹ lần đầu”, do vậy họ rất chú ý quan tâm đến đứa con sắp tới bằng tất cả trực giác và sự ân cần của mình.

***Chăm sóc:*** Nên tạo điều kiện để những người mẹ trẻ gặp gỡ nhau, có thể trao đổi với nhau thành nhóm để tạo nên một không khí đầm ấm thân mậtt, thiết lập mối quan hệ tốt đẹp giữa mẹ với con…

***Tiến triển:*** Các biểu hiện trên có thể giảm dần trong 24 giờ và tối đa là 5 ngày. Khoảng 10% tự khỏi trong khoảng thời gian 1 tuần. Nếu các triệu chứng còn kéo dài > một tuần ( 10%) hoặc cường độ ngày càng tăng khi đó sẽ được coi là trầm cảm sau đẻ. Bệnh có xu hướng phát triển thành loạn thần sau đẻ, trạng thái lú lẫn hoang tưởng [8],[9][11].

**1.2.1.2         Loạn thần sau đẻ**

***Dịch tễ:***Loạn thần sau đẻ chiếm khoảng 0,2-0,5% những phụ nữ có thai, trong đó 1t/3 có tiền sử bị rối loạn tâm thần. Các triệu chứng loạn thần xuất hiện sớm sau đẻ 2-5 ngày chiếm khoảng 40% và trong tháng đầu tiên là 80%, thường xuất hiện 3 tuần đầu sau đẻ và đỉnh cao là ngày thứ 10 với các biểu hiện từ hoang tưởng cấp, và nặng hơn là lú lẫn. Các hoang tưởng thường gặp mang tính chất cấp tính, rất nhiều ảo giác, chủ đề hoang tưởng thường tập trung vào đứa con. Rối loạn khí sắc nặng, thường biến đổi quá mức từ trạng thái này sang trạng thái khác, khi trầm cảm nặng thì người bệnh có thể tự sát hoặc giết con do mình mới sinh ra.

***Các dấu hiệu lâm sàng:***

-         Khởi phát đột ngột. Có thể lú lẫn và biến đổi nhanh với rối loạn định

hướng về thời gian và không gian, lo âu, rối loạn nhịp thức ngủ, kích động trong đêm.

-         Các dấu hiệu sớm thường gặp là bệnh nhân có những cơn khóc lóc

-         Lo âu thường xuyên xuất hiện và rất quan trọng, căng thẳng, hoảng sợ, sợ chết.

-         Các triệu chứng rối loạn khí sắc nổi lên hàng đầu và thường xuyên thay đổi trong ngày®, có thể là trầm cảm nặng với những hành vi nguy hiểm với con, hoặc xen kẽ là kích động hưng cảm có thể có các rối loạn về chú ý, nhận thức kém về các sự vật hiện tại, nhiều khi đứng ngồi không yên, đôi khi có biểu hiện giống giải thể nhân cách.

-         ảo giác thường gặp là ảo thanh, ảo thị. Chủ đề hoang tưởng thường liên quan về đứa con như: Phủ định sự ra đời của nó, không có tình cảm với con,

không muốn đến gần con. Bệnh nhân cho là đứa con không còn tồn tại, cho là con mình đã bị thay thế bởi đứa trẻ khác, hoặc cho là con mình đã bị thay đổi giới tính. Thường phàn nàn và khẳng định là nó sắp chết.

-         Thường có hoang tưởng về sự âu yếm, hoặc hoang tưởng bị ma ám (Bịị xâm nhập).

-         Người mẹ có thể có hành vi xung động nguy hiểm đối với con của mình (đột ngột giết con)

-         Luôn phàn nàn là muốn chết và tự sát.

       ***Chẩn đoán phân biệt*** với lú lẫn tâm thần do nhiễm khuẩn. Lú lẫn do nhồi máu não sau đẻn, bệnh nhân thường có biểu hiện động kinh hoặc các dấu hiệu thần kinh khu trú, biểu hiện lâm sàng là một giai đoạn lú lẫn – hoang tưởng cấp thường kết hợp với đau đầu cấp, đau dai dẳng, xuất hiện đột ngột     (cần kiểm tra máu đôngc, chụp CT -Scanner ).

    Loạn thần sớm sau đẻ là một loạn thần cấp do sinh đẻ, do biến đổi nội tiết và thay đổi tâm lý. Một số yếu tố có thể tác động đến loạn thần sớm sau đẻ:

-         Đẻ con đầu tiên

-         Tiền sử gia đình có người bị bệnh tâm thần.

-         Những người nhân cách chưa hoàn thiện, các trạng thái ranh giới, nhân cách bệnh.

-         Có thai khi còn ít tuổi

    ***Tiến triển***:  Nếu được điều trị thì bệnh tiến triển tốt. Đa số khỏi bệnh sau 2-3 tuần điều trị bằng thuốc an thần kinh. Sốc điện thường rất hiệu quả. Khoảng 80% khỏi bệnh sau vài tháng điều trị, 20% tái phát trong lần có thai sau, rối loạn cảm xúc lưỡng cực có loạn thần chiếm 1%, tâm thần phân liệt rất hiếm (thường gặp ở người mẹ 20 tuổit). Loạn thần sau đẻ [7],[9].[10],[11] thường bị chi phối bởi các yếu tố:

-         Đẻ con lần thứ  nhất.

-         Đẻ con lần thứ nhất khi người mẹ > 35 tuổi

-         Có tiền sử bị bệnh hoặc có yếu tố gia đình

-         Nhân cách chưa trưởng thành

-         Các rối loạn về các mối quan hệ sớm khi có thai

-         Chưa chuẩn bị tốt về tâm lý trước khi đẻ

-         Kinh tế gặp nhiều khó khăn

**1.2.1.3         Rối loạn khí sắc sau đẻ**:Thường gặp sau đẻ 2 tháng (đôi khi15 ngày), biểu hiện:

-         Lú lẫn

-         Hoang tưởng (khoảng 50k%) chủ đề hoang tưởng thường liên quan đến đứa con

-         Khí sắc: Có thể xuất hiện giai đoạn trầm cảm nặng cùng với cảm giác không xứng đáng, cho là không có khả năng làm mẹ, tự buộc tội hoặc các loại hoang tưởng khác của giai đoạn lú lẫn hoang tưởng. Hiếm gặp giai đoạn hưng cảm, nếu có thì thường xuất hiện sớm. Thường gặp là trạng thái hỗn hợp đan xen của các yếu tố hưng cảm và trầm cảm. Vậy các giai đoạn này có liên quan gì với rối loạn lưỡng cực không?

+ Một số người trong tiền sử đã có những giai đoạn rối loạn khí sắc của rối loạn lưỡng cựcr, khi có thai, đó là một yếu tố làm xuất hiện một giai đoạn mới của rối loạn lưỡng cực.

     + Đối với giai đoạn đầu tiên: Thường gặp nhất, đặc biệt là yếu tố gia đình với những biểu hiện tăng khí sắcv, thường tái phát trong thời gian ngắn hoặc dài, khi đó cho phép ta nghĩ tới giai đoạn đầu tiên của rối loạn lưỡng cực. Đôi khi giai đoạn đầu tiên sẽ tồn tại một cách đơn độc khi không có yếu tố gia đình trong khi người bệnh có biểu hiện lú lẫn [9],[11],[13].

**Trầm cảm sau đẻ:**Loại này thường gặp và chiếm 20% số người mẹ trẻ tuổi, các triệu chứng xuất hiện trong suốt thời kỳ sơ sinh nhưng thường gặp ở giai đoạn muộn hơn. Bệnh thường xuất hiện 7-15 ngày sau đẻ

 - Các triệu chứng ít rầm rộ nên không đặt con họ vào tình trạng nguy hiểm

- Người mẹ không có khả năng chăm sóc con, thậm chí họ còn che dấu hành vi của họ

* ***Trầm cảm nhẹ:*** Chiếm khoảng 10-15% phụ nữ có thai. Các dấu hiệu

lâm sàng thường gặp làl:

-         Cảm giác mệt mỏi, buồn chán, đuối sức

-         Có những cơn khóc

-         Dễ bị kích thích

-         Cảm thấy mình không có khả năng vì không chăm sóc con được tốt

-         Đôi khi chán ăn, khó ngủ, ác mộng, giảm tình dục, xung động ám ảnh

* ***Trầm cảm mức độ trung bình:***Thường có các biểu hiện như sau:

-         Trạng thái suy nhược, mệt mỏi, kiệt sức

-         Rối loạn giấc ngủ, mất dục năng

-         Luôn cho là mình có lỗi vì không chăm sóc được con

-         Dễ bị kích thích và xung động hướng tới người chồng vì cho là chồng thường vắng mặt, cho là con luôn làm ồn ào, hay đòi hỏi quá mức về chăm sóc đứa trẻ mới sinh. Đôi khi các biểu hiện chán ăn, giảm cân, rối loạn giấc ngủ cần được chẩn đoán sớm trầm cảm sau đẻ, nếu đứa trẻ phải nằm viện thì việc chia rẽ mẹ -con thường làm nặng thêm các triệu chứng trầm cảm. Các rối loạn trầm cảm này thường kéo theo rối loạn mối quan hệ mẹ -con.

* ***Trầm cảm nặng sau đẻ:***Loại trầm cảm này thường tiếp sau giai đoạn “ngày thứ 3“ với các triệu chứng trầm

cảm rõ nét“, thường kèm theo cảm giác cho là mình không có khả năng, cảm thấy mình có lỗi, không xứng đáng, tự buộc tội vì cho là mình chăm sóc con kém, là người mẹ xấu. Bệnh nhân thường rất lo âu sợ hãi, việc chăm sóc con ngày càng kém, thời gian tiếp xúc giữa mẹ và con ngày càng giảm, không còn sự âu yếm mẹ -con. Đặc biệt là xuất hiện ám ảnh xung động về đứa con, không quan tâm đến con, tránh không muốn tiếp xúc với con, không phấn khởi khi có con. Khi trầm cảm nặng, họ thường phủ định cuộc hôn nhân của mình, phủ nhận mình có thai, phủ nhận việc mình đã sinh con, khẳng định là con mình đã bị đánh tráo, con mình đã bị thay đổi giới tính. Họ có xu hướng sống cô lập, ngại tiếp xúc.

      Trầm cảm nặng thường xuất hiện trong những tháng sau đẻ, các biểu hiện lâm sàng của giai đoạn trầm cảm nặng thường gặp là các hoang tưởng hoặc tình trạng lú lẫn. Họ có thể thờ ơ, dửng dưng, kích động, xung động hoặc tự sát, hoặc giết con, do vậy cần thiết phải đưa vào bệnh viện điều trị. Một số bệnh nhân dễ tái phát lại các đợt trầm cảm về sau. Đa số các trường hợp, trầm cảm sau đẻ là giai đoạn đầu của rối loạn cảm xúc lưỡng cực sau này. Lúc này cần chẩn đoán là trầm cảm sau đẻ. Có thể trong thời kỳ có thai đã có những yếu tố đau buồn như gia đình có người thân mất, ly thân hoặc các điều kiện tâm lý khó khăn như sống cô đơn, xung đột vợ chồng, cách biệt xã hội.

**Các yếu tố thuận lợi cho phát bệnh trầm cảm nặng sau đẻ** [ 8],[10]**:**

-         Khi người mẹ là thanh thiếu niên hoặc rất trẻ < 20 tuổi

-         Có con lần đầu > 35 tuổi

-         Quan hệ với mẹ của bệnh nhân thường không hoà thuận hoặc phải sống trong cảnh chia ly sớm trước đó, hoặc phải chịu đựng một sang chấn tâm lý mạnh.

-         Người mẹ là nạn nhân của sự phân biệt đối xử kéo dài suốt thời kỳ ấu thơ

-         Kết hôn trong điều kiện kinh tế và xã hội của mình gặp nhiều khó khăn

-         Các rối loạn tâm lý kéo dài trong suốt quá trình có thai (lo âul, trầm cảm), có thai ngoài ý muốn.

-         Tiền sử có rối loạn tâm thần trước khi đẻ hoặc đã bị rối loạn tâm thần khi đang có thai.

-         Trước đó đã có một con bị chết

-         Các điều kiện và hoàn cảnh mang thai khó khăn

-         Dị tật của đứa trẻ

-         Chồng không quan tâm đến 2 mẹ con, thậm chí bỏ mặc họ

-         Hội chứng ngày thứ 3 sau đẻ nặng nề

**Hưng cảm sau đẻ:**Khởi phát rất đột ngột, thường xuất hiện 2 tuần sau đẻ với các biểu hiện: Kích động mạnh, nhiều ảo giác. Các hoang tưởng thường gặp là mình rất khoẻ mạnh, có những nhiệm vụ cao cả, các hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng về tình dục và bị hại.  Khoảng 50% tiến triển hướng tới trầm cảm nặng (mélancoliem).

**1.2.1.4         Rối loạn tâm thần sau xảy thai, nạo thai:**Về cơ bản, đó là các giai đoạn trầm cảm, tuynhiên ít gặp hơn so với sau đẻ. Khi nạo thai thường mang những hậu quả xấu về tâm lý [9],[11]..

***Trầm cảm sau can thiệp y tế*** “ Dépression du Post -abortum”: Loại này hiếm gặp, ít có đảo lộn sinh học, thường gặp ở những bệnh nhân đã điều trị tâm thần nhiều hơn so với những người có thai bình thường. Tuy nhiên, những can thiệp y tế khi có thai có thể là nguyên nhân gây trầm cảm. Bệnh nhân thường có cảm giác tội lỗi do sự can thiệp này hơn là lý do để đảm bảo sức khoẻ cho người mẹ. Việc phá thai và chờ đợi sổ thai là giai đoạn khiến bệnh nhân rất lo âu. Trong tình huống này, bên cạnh yếu tố cảm xúc thì sự trưởng thành và tính dễ bị tổn thương của người mẹ là rất quan trọng, vì nó có thể gây ra những chấn thương về tâm thần. Sự việc đứa con chết trước khi sinh có tác động rất lớn đến cha mẹ và là một yếu tố nguy cơ gây trầm cảm khi có thai lần sau.

      ***Có hai hình thức nạo thai như  sau:***

-         Nạo thai chủ động: chiếm khoảng 2/3 số bệnh nhân trầm cảm do nạo thai, trầm cảm thường kéo dài 1 tuần.

-         Nạo thai bắt buộc:  5-10% bệnh nhân sau nạo thai bắt buộc có thể xuất hiện hội chứng “ ngàythứ 3 sau đẻ ” với biểu hiệnh: Cơn khóc, buồn chán, luôn thấy hối tiếc.

**1.2.1.5         Rối loạn tâm thần khi có thai:**Khi có thai, thường có các biểu hiện lo âu và tâm căn như:  cảm xúc dễ thay đổi, thờ ơ dửng dưng với mọi thứ, luôn cảm thấy suy nhược với đau đầu, mệt mỏi, ăn uống kém, ăn không thấy ngon, ban ngày muốn ngủ nhưng không ngủ được, ban đêm thì khó ngủ, nếu ngủ được thì cũng trong tình trạng mơ màng dễ tỉnh giấc và có khi có ác mộng, khi thức giấc trong đêm thì khó ngủ lại. Đôi khi xuất hiện các triệu chứng cơ thể, ám ảnh, đặc biệt là Hysterie (Hành vi xung độngH, nhi tính cùng với các đòi hỏi yêu sách).

      Các triệu chứng này giảm dần và hết sau 6 tháng, lo âu thường xuất hiện một vài tuần trước khi đẻ. Các triệu chứng cơ thể như lợm giọng, nôn, buồn nôn rất hay gặp trong tháng đầu tiên khi có thai [8],[9],[11],[13].

     ***Trầm cảm nhẹ:***Chiếm 11 C- 17%, thường gặp nhất là trầm cảm tâm căn. Bệnh nhân thường có các biểu hiện sau:

- Nghiền ngẫm lo âu khi có thai, khi đẻ thường gặp các biểu hiện như suy nhược, hay phàn nàn về cơ thể.

- Xuất hiện trong những tháng đầu tiên khi có thai

- Bệnh thường gặp ở những người dưới 20 tuổi khi có sự xung đột vợ chồng, có thai ngoài ý muốn hoặc phải huỷ bỏ thai.

     ***Trầm cảm nặng:*** ít gặp hơn, thường xuất hiện vào những tháng cuối cùng trước khi đẻ. Bệnh thường biểu hiện các yếu tố lú lẫn và hoang tưởng ngay sau khi đẻ hoặc xuất hiện trong tháng đầu sau đẻ.

     Cuối cùng, để làm giảm mức độ nặng nề của bệnh, cần phải:

+ Điều trị tốt các triệu chứng loạn thần

+ Điều trị tốt các trạng thái tâm căn nặng.

**1.2.1.6 Rối loạn dạng phân liệt:**Người bệnh có thể có các biểu hiện của hội chứng Paranoidh, hành vi không phù hợp, cảm xúc khô lạnh kéo dài trong khoảng thời gian dưới 6 tháng.

-         Các triệu chứng nặng hơn trong suốt thời kỳ sau đẻ dưới dạng một giai đoạn lú lẫn hoang tưởng, hoặc dưới dạng âm ỉ.

-         Đôi khi người bệnh có xu hướng trở thành mạn tính và thường chẩn đoán là tâm thần phân liệt, chẩn đoán này càng được khẳng định khi trong gia đình có người bị bệnh tâm thần phân liệt, hoặc trong thời kỳ mang thai có một số dấu hiệu như:  cảm xúc cùn mòn, thờ ơ, khô lạnh, xa lánh mọi người.

**1.2.1.7 Tâm thần phân liệt:**Các biểu hiện lâm sàng không còn điển hình như loạn thần sau đẻ. Tuy nhiên, sau đẻ đã đẩy nhanh hiện tượng mất bù của trạng thái loạn thần đã có và ổn định trong suốt thời kỳ có thai với các biểu hiện mất sự thống nhất giữa các mặt của hoạt động tâm thần, không có sự liên kết giữa tư duy, cảm xúc và hành vi. Người bệnh thường có các biểu hiện tư duy rời rạc, không liên quan giữa các chủ đề do vậy họ thường nói những câu vô nghĩa khó hiểu. Rối loạn khí sắc với biểu hiện cảm xúc thờ ơ khô lạnh, hoặc khí sắc giảm với nét mặt u buồn, hoặc biểu hiện căng thẳng hằn học. Bệnh nhân có thể kích động hoặc trầm cảm với các hoang tưởng, ảo giác có thể dẫn tới hội chứng căng trương lực. Họ thường xa lánh mọi người, hành vi kỳ dị. Không còn khả năng chăm sóc được con do vậy thường có rối loạn quan trọng mối quan hệ mẹ -con.

**1.3 Một số yếu tố liên quan đến rối loạn tâm thần và hành vi kết hợp với thời kỳ sinh đẻ:**

**1.3.1 Yếu tố gia đình:**

       **1.3.2 Yếu tố nhân cách:**Theo nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ em mất cha mẹ thì yếu tố dễ bị tổn th­ương trầm cảm có thể kéo dài đến tận khi trư­ởng thành. Nguy cơ bị trầm cảm do bị mất cha mẹ thường gặp ở trầm cảm không nội sinh hơn so với trầm cảm nội sinh và dễ gây trầm cảm cấp. Trong thực tế, trầm cảm do mất cha mẹ là thư­ờng gặp hơn so với trầm cảm xuất hiện do vợ chồng mâu thuẫn hoặc quan hệ xấu giữa con và cha mẹ.  Tính dễ bị tổn th­ương trầm cảm có liên quan với quá trình quan tâm của cha mẹ với con khi còn ít tuổi, nhất là những đứa trẻ bị bỏ rơi, bị hắt hủi, bị đầy đoạ th­ường có những mặc cảm tội lỗi, thất vọng hoặc những đứa trẻ được nuông chiều, thiếu giáo dục đúng đắn...là những yếu tố dễ làm thay đổi nhân cách về sau.

      Yếu tố nhân cách đóng vai trò quan trọng trong việc phát sinh các rối loạn tâm thần. Nhân cách yếu (còn gọi là nhân cách nghệ sỹ yếuc) dễ phát sinh ra bệnh Hysterie. Nhân cách ưu tư khép kín, ít thổ lộ, rụt rè, thụ động và ít có chính kiến của mình, hay lo lắng, hay che dấu những tình cảm của mình, phụ thuộc quá nhiều vào người khác… dễ sinh ra trầm cảm. Nhân cách nóng nảy, hiếu thắng, yêu cầu quá cao đối với người khác cũng dễ phát sinh ra các rối loạn cảm xúc khi không thực hiện được mong muốn của mình.

       Nhân cách được phân theo kiểu dựa trên khí chất chiếm ưu thế gồm 4 loại sau [4]:

**- *Nóng nảy:*** Đây là nhân cách của người có kiểu thần kinh mạnh, không cân bằng, hưng phấn mạnh hơn ức chế. Nhanh thay đổi khí sắc, yêu, ghét rõ ràng, bộc trực, thẳng thắn, dễ nổi nóng, chú ý đến những cái lớn. Là người dễ có sáng kiến song kém bền bỉ trong công việc.

-***Bình thản:***Có kiểu thần kinh mạnh, cân bằng, không lonh hoạt. Các mối quan hệ không rộng. Trong công việc họ chậm nhưng chắc, có khả năng thực hiện công việc một cách bền bỉ.

- ***Hăng hái, sôi nổi:*** Có kiểu thần kinh mạnh, cân bằng, linh hoạt. Hăng hái trong công việc, dễ thích nghi với hoàn cảnh mới, quan hệ rộng, dễ bắt tay vào việc nhưng dễ rút lui, tình cảm thường không sâu bền. Tính tình vui vẻ, cởi mở dễ gần.

-***ưu tư:***Quan hệ hẹp nhưng sâu bền, dễ xúc động, nhút nhát, khó thích nghi với cái mới. Tính tình khép kín, ít thổ lộ. Hay nghĩ, lo lắng khi có một sự việc nhỏ nào đó. Rụt rè, khó quyết định một vấn đề nào đó

**1.3.3 Yếu tố kinh tế:**Yếu tố kinh tế  đóng vai trò rất quan trọng trong việc phát sinh trầm cảm như buôn bán thua lỗ, mất việc làm, thua chứng khoán, bị lừa đảo mất tiền, lấy chồng khi kinh tế quá khó khăn không đảm bảo nhu cầu hàng ngày mà không có sự hỗ trợ của gia đình 2 bên, vợ chồng không có nghề nghiệp ổn định, thu nhập thấp…trong khi có thai hoặc sắp sinh con đòi hỏi phải chi phí nhiều do vậy đã khiến cho người mẹ phải suy nghĩ rất nhiều, do vậy dễ phát sinh bệnh [13],[14].

**1.3.4 Yếu tố xã hội:**Nhiều nghiên cứu đã thực hiện trong 30 năm đã đ­ưa ra các quan điểm có giá trị về vai trò của các sự kiện mới trong cuộc sống đối với sự phát sinh trầm cảm. Các bệnh nhân trầm cảm mà trư­ớc đó 6 tháng đã có các sự kiện của cuộc sống tác động có tỷ lệ cao gấp 3 lần so với trầm cảm trong dân số chung. Hơn 60% trầm cảm giai đoạn đầu đư­ợc nghiên cứu ở bệnh viện tâm thần tr­ước đó đã có các stress. Nguy cơ trầm cảm tại một đối tư­ợng có một yếu tố sang chấn cao hơn khoảng 6 lần so với ng­ười không có yếu tố sang chấn, tuy nhiên các yếu tố này còn bị hạn chế vì có khoảng 10% đối t­ượng về sau mới bộc lộ trầm cảm. Mối liên hệ giữa các sự kiện và trầm cảm gồm 3 dạng sau:

+ Một số nghiên cứu đã so sánh ảnh h­ưởng của các stres trong các trầm cảm khác nhau nh­ưng nhiều khi khó có thể phân biệt đ­ược, ngay cả khi các trầm cảm tâm căn mà tr­ước đó đã có các yếu tố báo hiệu là trầm cảm nội sinh, trầm cảm u sầu hoặc tiếp theo của một rối loạn lưỡng cực. Có thể nghĩ tới trầm cảm tâm căn nếu là bệnh nhân trẻ tuổi mà trước đó đã có nhiều sự kiện tác động, và trầm cảm phản ứng nếu trư­ớc đó có một sang chấn mạnh trong khi đó trầm cảm của rối loạn lưỡng cực ít chịu ảnh hư­ởng bởi các sự kiện của cuộc sống .

+ Sự xuất hiện của các sự kiện hiện tại không chỉ gặp ở trầm cảm mà còn gặp trong khởi đầu của nhiều bệnh tâm thần như­: ý định tự sát, tâm thần phân liệt, rối loạn lo âu... hoặc các bệnh cơ thể. Tuy nhiên các sự kiện của cuộc sống ở trầm cảm đóng vai trò quan trọng hơn so với tâm thần phân liệt. Theo một số tác giả, có một sự liên hệ đặc biệt giữa các sự kiện báo trư­ớc với một số rối loạn tâm thần nh­ư: trầm cảm có liên quan mật thiết với các sự kiện tổn thất, trong khi các rối loạn lo âu lại liên quan nhiều với các sự kiện nguy hiểm.

    Bên cạnh đó, các yếu tố khác cũng góp phần làm xuất hiện trầm cảm như: trẻ em bị chấn thương tâm lý hoặc các sự kiện trong cuộc sống của người lớn có tác động đến chúng. Một số nghiên cứu cho thấy, có thể cha mẹ bị trầm cảm nhưng con của họ đã trưởng thành thì họ có khả năng chống lại các Stress, còn với trẻ em lớn lên cùng với cha hoặc mẹ bị trầm cảm thì có khoảng 10% trẻ bị trầm cảm, nếu cả cha và mẹ bị trầm cảm thì 30% trẻ có nguy cơ bị trầm cảm. Tuy nhiên, các chỉ số này không cao hơn so với các bệnh di truyền khác [14].

**1.3.5 Yếu tố sinh học:**Các rối loạn tâm thần có thể xuất hiện khi cơ thể có những thay đổi như: có thai, sau đẻ, nhiễm khuẩn hoặc nhiễm vi rút. Có nhiều thuyết cho là do có sự mất cân bằng hormon và hoá học của não có thể gây ra trầm cảm. Người ta thấy có sự khác nhau về mức độ của một số yếu tố sinh hoá giữa người có trầm cảm và người không có trầm cảm. Nghiên cứu về trầm cảm theo mùa cho thấy các tác nhân hoá học của não đảm bảo việc điều chỉnh khí sắc, sự ăn ngon miệng và giấc ngủ sẽ bị thay đổi theo sự thay đổi của cường độ ánh sáng. Những bệnh nhân trầm cảm theo mùa rất nhậy cảm với những thay đổi xung quanh và những phản ứng này sẽ tăng lên  khi thay đổi mùa do có sự thay đổi cường độ ánh sáng của mặt trời [14].

**Điều trị:**

-         ***Giai đoạn sơ sinh:***Không nhất thiết phải điều trị thuốc. Có thể dùng liệu pháp tâm lý để người bệnh hiểu được vai trò và trách nhiệm của người mẹp, giúp họ vượt qua khó khăn và những lo âu khi sinh con.

***- Trầm cảm sau đẻ:***Cần giúp đỡ người bệnh vượt qua trở ngại về xã hội do người bệnh không muốn tiếp xúc với ai, các giao tiếp xã hội bị cản trở

    Cần sử dụng thuốc chống trầm cảm đủ mạnh để hết các triệu chứng trầm

cảm vì bệnh có xu hướng trở thành mạn tính. Nếu trầm cảm nặng, nếu có các hành vi nguy hiểm cần phải được điều trị tại bệnh viện chuyên khoa tâm thần.

       Cần sử dụng thuốc chống loạn thần nếu có hoang tưởng, ảo giác.

    Nâng cao thể lực cho người bệnh

***Chương 3***

**Kết quả nghiên cưu**

**3.1.1 Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu**

**Biểu đồ 3.1:  Lứa tuổi của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu**

          Lứa tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm tuổi từ  26-35 chiếm tới 62,50%. Tiếp đến là nhóm tuổi từ 16-25. Thấp nhất là nhóm 36-45 chỉ có 1 bệnh nhân

***Bảng 3.1.  Tình trạng hôn nhân của bệnh nhân nghiên cứu.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***BNNC******Hôn nhân*** | ***Số lượng******n*** | ***Tỷ lệ******%*** |
| Đã kết hôn | 14 | 87,50 |
| Ly hôn | 2 | 12,50 |
| Tổng số | 16 | 100,00 |

**Cả 16 bệnh nhân đều đã kết hôn chiếm 87,5%, trong đó có 2 bệnh nhân ly hôn (12,5%)**

**Biểu đồ 3.2:Nghề nghiệp ở bệnh nhân nghiên cứu**

     Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất ( 68,75% ), thấp nhất là các đối tượng ở các nghề nghiệp khác ( 8,75%)

***Bảng 3.2. Phân nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo trình độ học vấn.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***BNNC******Học vấn*** | ***Số lượng******n*** | ***Tỷ lệ******%*** |
| Tiểu học | 4 | 25,00 |
| Trung học cơ sở | 9 | 56,25 |
| Trung học phổ thông | 1 | 6,25 |
| ĐH-CĐ-THCN | 2 | 12,50 |
| Tổng số | 16 | 100,00 |

      Bệnh nhân có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất ( 56,25%), tiểu học là 25% và thấp nhất là nhóm BN có trình độ trung học phổ thông ( 6,25%)

***Bảng 3.3. Phân nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo nơi cư trú.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***BNNC******Nơi cư trú*** | ***Số lượng******n*** | ***Tỷ lệ******%*** |
| Khu vực thành thị | 3 | 18,75 |
| Vùng đồng bằng Bắc bộ | 7 | 43,75 |
| Miền núi | 6 | 37,5 |
| Tổng số | 16 | 100,00 |

   Bệnh nhân ở vùng đồng bằng Bắc bộ có tỷ lệ cao nhất ( 43,75%). Miền núi là 37,5% và thấp nhất là bệnh nhân cư trú ở khu vực thành thị 18.75%

**3.2 Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

  **Biểu đồ 3.3: Thời gian phát bệnh sau đẻ của  bệnh nhân nghiên cứu**

      Số bệnh nhân phát bệnh sau đẻ 6 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất ( 43,75% ), tiếp đến là tuần thứ 4 chiếm 31,25% và thấp nhất là tuần thứ 5 chỉ chiếm 6,25%

***Bảng 3.4. Biểu hiện  trầm cảm và lo âu của bệnh  nhân nghiên cứu***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Triệu chứng******Nhóm bệnh*** | ***n*** | ***Trầm cảm*** | ***Lo âu*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| N1 | 5 | 3 | 60,00 | 2 | 40,00 |
| N2 | 11 | 8 | 72,72 | 2 | 18,18 |
| Tổng số | 16 | 11 | 68,75 | 4 | 25 |

   Trong số 16 bệnh nhân thì có tới 11 bệnh nhân (  68,75% ) có biểu hiện trầm cảm và 4 bệnh nhân có lo âu, các bệnh nhân này đều phải điều trị bằng thuốc chống trầm cảm và giải lo âu

***Bảng 3.5. Rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân nghiên cứu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***N1 =5*** | ***N2=11*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| Khí sắc giảm, buồn rầu | 2 | 40,00 | 7 | 63,63 |
| Bi quan, chán nản |   |   | 7 | 63,63 |
| Đau khổ, thất vọng | 1 | 20,00 | 2 | 18,18 |
| Khóc lóc | 3 | 60,00 | 3 | 27,27 |
| Hoảng sợ, căng thẳng | 1 | 20,00 | 7 | 63,63 |
| Hằn học |   |   | 1 | 9,09 |
| Giảm các sở thích cũ |   |   | 7 | 63,63 |
| Khí sắc tăng, vui vẻ |   |   | 1 | 9,09 |
| Tăng sinh lực |   |   | 1 | 9,09 |

    Cả 2 nhóm có 9 BN ( 56,25%) biểu hiện buồn rầu, hoảng sợ căng thẳng có 8 BN (50%), 6 BN (37,5%) có biểu hiện khóc lóc

  Các biểu hiện buồn rầu, bi quan, chán nản, hoảng sợ, căng thẳng, giảm các sở

thích cũ ở nhóm N2 cao hơn nhóm N1.  Các biểu hiện khóc lóc lại gặp nhiều ở nhóm N1. Các biểu hiện vui vẻ, tăng sinh lực chỉ gặp ở nhóm N1.

**Biểu đồ 3.4:Rối loạn cảm xúc của  bệnh nhân nghiên cứu**

***Bảng 3.6. Rối loạn tư duy, tri giác ở bệnh nhân nghiên cứu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***N1 =5*** | ***N2=11*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| Chậm chạp, ít nói |   |   | 2 | 18,18 |
| Không nói | 2 | 40,00 | 1 | 9,09 |
| Than vãn, kể lể | 1 | 20,00 | 3 | 27,27 |
| Ý định tự  sát | 1 | 20,00 | 3 | 27,27 |
| ảo giác |   |   | 5 | 45,45 |
| Hoang tưởng bị hại |   |   | 5 | 45,45 |
| Hoang tưởng bị xâm nhập |   |   | 3 | 27,27 |
| Hoang tưởng ghen tuông |   |   | 1 | 9,09 |
| Hoang tưởng tự cao |   |   | 1 | 9.09 |

   Loạn thần chủ yếu gặp ở nhóm N2, tất cả có 10/16 (62,5%) BN có HT (trong đó có 5 BN có ảo thanh ra lệnh t)

      Các biểu hiện không nói ở nhóm N1 có tỷ lệ cao hơn nhóm N2. Các biểu hiện than vãn kể lể, ý định tự sát ở nhóm N2 có tỷ lệ cao hơn nhóm N1. Ý định tự sát cả 2 nhóm có 4 người, chiếm 25%

**Biểu đồ 3.5:Rối loạn  tư duy, tri giác của  bệnh nhân nghiên cứu**

***Bảng 3.7. Rối loạn hành vi ở bệnh nhân nghiên cứu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***N1 =5*** | ***N2=11*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| Giảm vận động, nằm nhiều | 2 | 40,00 | 1 | 9.09 |
| Bồn chồn, đứng ngồi không yên | 3 | 60,00 | 7 | 63,63 |
| Từ chối ăn | 1 | 20,00 | 2 | 18,18 |
| Kích động | 1 | 20,00 | 4 | 36,36 |
| Tấn công | 1 | 20,00 | 1 | 9.09 |
| Ghét chồng | 1 | 20,00 | 2 | 18,18 |
| Không chăm sóc con | 1 | 20,00 | 4 | 36,36 |
| Ghét con |   |   | 2 | 18,18 |
| Muốn giết con |   |   | 1 | 9.09 |
| Gây đau trẻ khác |   |   | 1 | 9.09 |
| Hành vi tự sát |   |   | 2 | 18,18 |

    Bồn chồn, đứng ngồi không yên có 10 BN (62,5%). Kích động có 5 BN (31,25%). Không chăm sóc con co 5 BN (31,25%).

      Các biểu hiện bồn chồn, đứng ngồi không yên, kích động, không chăm sóc con, hành vi tự sát ở nhóm N2 có tỷ lệ cao hơn nhóm N1

**Biểu đồ3.6:Rối loạn  hành vi của  bệnh nhân nghiên cứu**

***Bảng 3.8. Rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân nghiên cứu***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***N1 =5*** | ***N2=11*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| Trí nhớ giảm, hay quên | 4 | 80,00 | 10 | 62,50 |
| Mất nhớ | 1 | 20,00 |   |   |
| Tăng nhớ |   |   | 1 | 9,09 |

      Đa số bệnh nhân đều có trí nhớ giảm, tổng số cả 2 nhóm có tới 14/16 bệnh nhân có trí nhớ giảm, trong đó nhóm N1 có tỷ lệ cao hơn nhóm N2

***Bảng 3.9.  Liên quan giữa số lần phát bệnh với mức độ nặng của bệnh***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Số lần*** | ***N1 =5*** | ***N2=11*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| 1 lần 1 | 4 | 80,00 | 4 | 36,37 |
| Từ 2 – 3 lần | 1 | 20,00 | 7 | 64,63 |
| Tổng số | 5 | 100,00 | 11 | 100,00 |

    Từ 2 – 3 lần phát bệnh có tỷ lệ bệnh nặng cao hơn so với nhóm có 1 lần phát bệnh

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến phát  bệnh**

***Bảng 3.10. Tuổi khởi phát, tháng mắc bệnh trong năm.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tháng******Tuổi*** |   | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***6*** | ***7*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 16-25 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |   |   |   |   |
| 26-35 | 10 | 2 | 1 |   | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Tổng số | 16 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 |

Tuổi khởi phát trung bình là 27,5 ± 9,01

***Số bệnh nhân mắc bệnh theo tháng:***

Tháng 1: 3 người chiếm 18.75%          Tháng 6: 3 người chiếm 18.75 %

Tháng 2: 2 người   chiếm 12.5 %         Thâng 7: 1 người chiếm  6.25 %

Tháng 3: 1 người  chiếm 6.25%         Tháng 10: 2 người chiếm 12.5 %

Tháng 4: 2 người chiếm 12.5 %          Tháng 11: 1 người chiếm  6.25 %

                                                              Tháng 12: 1 người chiếm 6.25 %

     Tháng 1 và tháng 6 có tỷ lệ bệnh nhân phát bệnh cao nhất (18.75). Tiếp đến là tháng 2, tháng 4 và tháng 10 (12.5 %) . Thấp nhất là các tháng 3, 7, 11, 12 mỗi tháng chỉ chiếm 6,25%.

      **Biểu đồ 3.7: Số bệnh nhân nghiên cứu mắc bệnh theo tháng**

***Bảng 3.11. Các yếu tố liên quan đến hôn nhân và gia đình***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Hôn nhân -gia đình*** | ***N1 =5*** | ***N2=11*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| Ly hôn | 1 | 20,00 | 1 | 9,09 |
| Vợ chồng không hoà thuận | 1 | 20,00 | 1 | 9,09 |

     Cả 2 nhóm có 4/16 bệnh nhân phát bệnh liên quan đến hôn nhân và gia đình, chiếm 25%

***Bảng 3.12. Gia đình có người bị bệnh tâm thần***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Quan hệ******Tình trạng bệnh*** | ***n*** | ***Quan hệ cấp 1*** | ***Quan hệ cấp 2*** |
| *n* | *n* |
| Trầm cảm | 1 | 1 | 0 |
| Rối loạn cảm xúc lưỡng cực | 1 | 1 | 0 |
| Tổng số | 2 | 2 | 0 |

    Có 2 /16 bệnh nhân (chiếm 12c,5%) là có yếu tố gia đình thì cả 2 trường hợp này đều có người thân ruột thịt (Quan hệ cấp 1 Q) bị bệnh trầm cảm và rối loạn lưỡng cực. Quan hệ cấp 2 (họ hàngh), không thấy có trường hợp bệnh nhân nào có người họ hàng bị bệnh tâm thần.

***Bảng 3.13. Nhân cách tiền bệnh lý:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***BNNC******Kiểu nhân cách*** | ***n*** | ***Tỷ lệ*** |
| 1 | Nóng nảy | 1 | 6,25 |
| 2 | Bình thản | 0 | 0 |
| 3 | Hăng hái, sôi nổi | 6 | 37,5 |
| 4 | ưu tư | 9 | 56,25 |
| Tổng số | 16 | 100,00 |

     Số BN có nhân cách tiền bệnh lý thuộc loại ưu tư chiếm tỷ lệ cao nhất (56,25%), tiếp đến là nhóm có nhân cách hăng hái, không có bệnh nhân nào có nhân cách thuộc nhóm bình thản.

***Bảng 3.14. Các yếu tố thúc đẩy phát bệnh***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Các yếu tố thúc đẩyC******Nhóm bệnh*** | **n** | ***Các yếu tố kinh tế, xã hội, nghề nghiệp, sinh học*** |
| ***Kinh tế*** | ***Xã hội*** | ***Nghề******nghiệp*** | ***Bệnh khác*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| N1 | 1 |   |   |   |   |   |   | 1 | 100,0 |
| N2 | 5 | 3 | 60,00 | 1 | 20,00 | 1 | 20,00 |   |   |
| Tổng số | 6 | 3 | 50,00 | 1 | 16,67 | 1 | 16,67 | 1 | 16,67 |

     Trong số 16 bệnh nhân nghiên cứu thì có 6 bệnh nhân có các yếu tố liên quan với quá trình phát bệnh.

     Trong số 6 yếu tố liên quan đến phát bệnh thì yếu tố kinh tế chiếm tỷ lệ cao nhất ( 50%). Tiếp theo là các yếu tố xã hội, nghề nghiệp và do mắc các bệnh khác, mỗi loại yếu tố chỉ chiếm 16,67%.

***Chương 4***

**Bàn luận**

**4.1  Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu**

***4.1.1 Phân nhóm bệnh  nhân theo tuổi tại thời điểm nghiên cứu***

     Lứa tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm tuổi từ 26-35 chiếm tới 62,50%. Tiếp đến là nhóm tuổi từ 16-25. Thấp nhất là nhóm 36-45 chỉ có 1 bệnh nhân (6,25) (Biểu đồ 3.1).

*4.1.2****Tình trạng hôn nhân của bệnh nhân nghiên cứu.***Cả 16 bệnh nhân

đều đã kết hôn chiếm 87®,5%, trong đó có 2 bệnh nhân ly hôn (12,5%)

***4.1.3. Phân nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo nghề nghiệp***

    Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất ( 68,75% ), có thể do sự hiểu biết của người nông dân còn hạn chế, có thể ít tiếp xúc với các phương tiện truyền thông hoặc sách báo về y tế về vấn đề sinh đẻ, do vậy họ dễ mắc bệnh hơn do không có sự chuẩn bị tốt về tâm lý trước và sau khi sinh, thậm chí khi bệnh đã xuất hiện cũng không biết xử trí như thế nào cho nên tỷ lệ loạn thần sau đẻ cao nhất so với các đối tượng khác (Biểu đồ 3.2).

***4.1.4  Phân nhóm bệnh nhân rối loạn trầm cảm theo trình độ học vấn.***

      Bệnh nhân có trình độ trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất ( 56,25%). Với trình độ này thì sự hiểu biết về các kiến thức phòng bệnh có liên quan đến sinh đẻ là rất hạn chế, do vậy họ dễ mắc bệnh hơn các đối tượng khác. Hiện nay số BN có trình độ tiểu học là rất ít, hầu hết là THCS. Với các BN có trình độ từ THPT đến CĐ-ĐH thì sự hiểu biết của họ cao hơn do vậy họ có thể có những giải pháp tự điều hoà các mối quan hệ trong gia đình nên tỷ lệ mắc bệnh thấp

***4.1.5. Phân nhóm bệnh nhân rối loạn trầm cảm theo nơi cư trú.***

   Bệnh nhân cư trú ở vùng thành thị chiếm tỷ lệ thấp nhất (18.75%). Điều đó chứng tỏ các bà mẹ được chăm sóc tốt hơn về các dịch vụ y tế. Họ được kiểm tra định kỳ trong thời kỳ thai nghén cho đến khi sinh do vậy tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất.

**4.2 Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

***4.2.1. Thời gian phát bệnh sau đẻ***

      Số bệnh nhân phát bệnh sau đẻ 6 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất ( 43,75% ), tiếp đến là tuần thứ 4 chiếm 31,25%, tuần thứ 2 là 18,75 % và thấp nhất là tuần thứ  5 chỉ chiếm 6,25% (Biểu đồ 3.3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của các tác giảGerard A. ; Raffaitin ; Cuche H.(1995) [9], theo các tác giả này, loạn thần sau đẻ trong 4 tuần đầu chiếm tới 80% và cao điểm nhất là vào ngày thứ 10 sau đẻ. Theo chúng tôi, sự khác biệt này có thể do nền văn hoá khác nhau, ở Việt Nam, khi trong gia đình có thành viên mới thì cả gia đình rất phấn khởi, chăm lo cho mẹ và con trong tình thương yêu, đặc biệt là sự chăm sóc của ông, bà…do vậy các bà mẹ không cảm thấy bị cô đơn, không cảm thấy bị tách biệt với mọi người, không cảm thấy bị tách biệt với xã hội. Trong khi đó, ở các nước phương tây, họ thường sống tách biệt gia đình nên khi sinh đẻ họ sẽ cảm thấy cô đơn khi một mình nuôi con trong khi chồng phải đi làm việc cả ngày, có thể vì vậy mà tỷ lệ phát bệnh cao nhất trong tháng đầu tiên, nhất là 10 ngày sau đẻ.

***4.2.2. Biểu hiện trầm cảm và lo âu của bệnh  nhân nghiên cứu***

    Trong số 16 bệnh nhân thì có tới 11 (68,75%) BN bị trầm cảm. Theo Sutter -Dallay. L( 2009) [12], trầm cảm nhẹ sau đẻ chiếm 20%. Nghiên cứu của chúng tôi gặp cả các loại trầm cảm như trầm cảm nhẹ, trầm cảm vừa và trầm cảm nặng, khi điều trị tại bệnh viện họ đều phải dùng thuốc chống trầm cảm cho nên tỷ lệ cao hơn tác giả Sutter -Dallay. L.. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhân sau đẻ mắc trầm cảm chiếm tỷ lệ khá cao, do vậy khi điều trị bệnh nhân loạn thần sau đẻ cần lưu ý tìm các triệu chứng trầm cảm để điều trị đạt hiệu quả cao nhất.

***4.2.3. Rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân nghiên cứu***

          Các BN nghiên cứu nhóm N2 là các BN có rối loạn tâm thần và hành vi

nặng có các biểu hiện buồn rầu, bi quan, chán nản, hoảng sợ, căng thẳng, giảm các sở thích cũ cao hơn nhóm N1 (Biểu đồ 3.4).

      Biểu hiện buồn rầu: Người bệnh luôn thấy buồn chán, họ không hiểu vì sao lại buồn như vậy mặc dù gia đình vẫn quan tâm chăm sóc, nỗi buồn day dứt khiến họ không lúc nào được cảm thấy dễ chịu, họ luôn cảm thấy đau khổ, buồn rầu ủ rũ, không lúc nào gia đình thấy BN có những biểu hiện vui trên nét mặt khi mình đã có con. Họ luôn cảm thấy bi quan chán nản, lo lắng về tương lai, đa số trong số họ lo là cuộc sống sắp tới rất khó khăn, họ lo nghĩ nhiều về kinh tế, họ lo con mình rồi đây sẽ ra sao. Vì đa số BN là nông dân, trình độ thấp nên họ rất lo mình không có đủ điều kiện nuôi con tử tế khi mình không có nghề nghiệp ổn định. Có người lo là con mình sẽ hư hỏng, sẽ bị bệnh này bệnh kia.

      Biểu hiện căng thẳng, hoảng sợ gặp ở những bệnh nhân trầm cảm có loạn thần, người bệnh nhìn thấy những khuôn mặt ghê sợ, nhìn thấy quỷ, thấy ma quỷ nhập vào người nên họ rất kinh sợ, có lúc họ nhìn mặt con nhưng cứ tưởng là nhìn thấy đứa trẻ xa lạ đã chết. Có BN nghe thấy tiếng nói xui bóp chết con nhưng BN không thực hiện và rất căng thẳng khi phải đấu tranh chống lại ảo thanh xui khiến này. Có BN căng thẳng, hoảng sợ do luôn lo lắng cho là đứa con của mình sắp chết, vì vậy BN suốt ngày đòi ôm con và kiên quyết không đưa cho ai bế, có người trời lạnh nhưng cứ lo con bị nóng do mặc nhiều do vậy cứ cởi hết quần áo của bé ra nằm lạnh, chồng phải dùng vũ lực mới lôi được con ra.

    Biểu hiện khóc lóc, kêu than lại gặp nhiều ở nhóm N1 hơn nhóm N2. Họ hay than phiền, oán trách chồng con không quan tâm, gia đình bỏ mặc nên họ thấy tủi thân và khóc lóc than thân trách phận

***4.2.4. Rối loạn tư duy, tri giác ở bệnh nhân nghiên cứu***

    Biểu hiện chậm chạp, ít nói chỉ gặp ở nhóm N2, sau đẻ bệnh nhân có biểu hiện ít nói hơn mọi ngày, làm việc gì cũng chậm chạp, có khi mãi mới làm

xong một công việc gì đó.

    Ý định tự sát ở nhóm N2 có tỷ lệ cao hơn nhóm N1, bệnh nhân thường phàn

nàn là muốn chết do buồn chán, bi quan thất vọng, các bệnh nhân này thường có trầm cảm kèm theo khi được kiểm tra bằng thang Beck. Ý định tự sát thường khá mạnh và kéo dài mặc dù được gia đình động viên nhưng họ vẫn muốn thực hiện hành vi tự sát nếu có điều kiện (Biểu đồ 3.5).

      Các hoang tưởng gặp trong nghiên cứu là HT bị hại và HT bị xâm nhập là nhiều hơn cả.  Loạn thần chủ yếu gặp ở nhóm N2, tất cả có 10/16 (62,5%) BN có HT (trong đó có 5 BN có ảo thanh ra lệnh t). Theo Sutter-Dallay. L ; Dallay.D ( 2009)[12], có tới 70-80% số bệnh nhân sau đẻ có các biểu hiện  oạn thần.

     Nói chung không thấy có BN nào có HT tập trung vào đứa con do mình mới sinh ra như: Con mình bị thay đổi giới tính, con mình đã chết, con không phải do mình sinh ra..., điều này có khác với một số nghiên cứu của tác giả Gerard A.  [8].

***4.2.5. Rối loạn hành vi ở bệnh nhân nghiên cứu***

Số BN có biểu hiện giảm vận động, nằm nhiều ở nhóm N1 nhiều hơn nhóm N2, họ thường kêu là mệt mỏi, mệt mỏi ngày càng nhiều nên họ không muốn làm bất cứ việc gì, buổi sáng cũng không dậy vệ sinh cá nhân và ăn sáng, gia đình thường xuyên phải gọi. Khi dậy cũng uể oải mệt mỏi, ngồi chỗ này, sang chỗ khác nằm. Vì vậy một số người đã từ chối không ăn, gia đình động viên, ép cũng không ăn vì không muốn ăn, không có cảm giác ngon miệng.

     Một số BN trong tình trạng bồn chồn đứng ngồi không yên, luôn thấy bứt rứt khó chịu trong người, có người thấy cồn cào ruột gan, thấy nóng rát ruột gan rất khó chịu khiến nhiều người liên tục đi lại, có người đi suốt cả ngày lẫn

đêm không thể ngủ được và một số người trong số này chỉ muốn tự sát cho đỡ

khổ vì không thể chịu đựng hơn được nữa.

    Biểu hiện kích động ở BN loạn thần sau đẻ thường gặp là kêu khóc, gào to, quát tháo ầm ĩ nhất là khi cách ly với con, đập phá, cào cấu, chửi bới tất cả mọi người kể cả bố mẹ. Vì vậy, có BN đã tấn công lại khi có ai đó vào can thiệp.

       Có BN rất ghét chồng, căm thù chồng, liên tục chửi bới tố cáo chồng, cho là chồng bỏ rơi, làm khổ mình, đi ngoại tình...nên đã đánh lại chồng.

      Có tới 1/3 số BN không có khả năng chăm sóc được con, không cho con bú, không thay tã cho con, con đái ướt đẫm cũng kệ, con khóc cũng không dỗ, có người không biết thay tã cho con, có BN cứ cởi hết tã của con ra cả đêm vì cho là nó nóng mặc dù trời lạnh khiến chồng phải đưa con đi chỗ khác. Có BN rất ghét con vì cho là nó làm khổ mình, nó quấy suốt đêm làm mình không ngủ được nên BN không cho bú, vì thế con càng đói càng khóc, càng khóc BN lại càng ghét con hơn.

    Đặc biệt trong số 16 BN thì có 1 BN muốn giết con, chỉ muốn bóp cổ con và BN này đã rất căng thẳng nên người nhà phát hiện được ý định và phải đưa đứa tre đi chỗ khác. Có 1 BN rất thích gây đau cho trẻ khác, khi thấy trẻ con đến thì cấu, véo cho nó khóc và BN cảm thấy rất thích thú và nhẹ nhõm người khi thực hiện được hành vi của mình.

     Có 2 BN đã thực hiện hành vi tự sát bằng uống thuốc tân dược nhưng đã được phát hiện kịp thời (Biểu đồ3.6).

***4.2.6. Rối loạn trí nhớ ở bệnh nhân nghiên cứu***

Một điều thấy rõ là có tới 14/16 BN có biểu hiện trí nhớ giảm. Bệnh nhân hay quên, làm đâu quên đấy, làm việc này lại quên việc khác, quên cả giờ cho con ăn, có người quên cả tên người thân, bạn bè đến thăm và phải một lúc mới nhớ lại được. Các BN này đều hồi phục trí nhớ tốt sau một thời gian điều trị.

      Có 2 BN mất nhớ trong tình trạng kích động căng thẳng, nói linh tinh và sau khi ổn định BN như trong tình trạng bàng hoàng ngơ ngác sau khi sự việc

xảy ra và lại hỏi thì không nhớ các sự việc đã xảy ra, mình đã nói những gì .

      Có 1 BN có biểu hiện tăng nhớ khi có mặt người nhà để thăm khám, BN đã nhớ những chi tiết rất nhỏ đã xảy ra từ rất lâu rồi thậm chí người nhà cũng không còn nhớ, nhưng khi BN nói ra thì người nhà công nhận là có thực.

***4.2.7.    Liên quan giữa số lần phát bệnh với mức độ nặng của bệnh***

     Khi có số lần phát bệnh nhiều hơn thì tỷ lệ BN rối loạn tâm thần và hành vi nặng liên quan với sinh đẻ ( N2) cao hơn nhóm rối loạn tâm thần và hành vi nhẹ ( N1). Điều này cho thấy, cần quan tâm hơn đối với các BN rối loạn tâm thần sau khi sinh khi đã có nhiều lần phát bệnh, cần đưa họ ngay vào viện nếu có biểu hiện rối loạn tâm thần để kịp thời ngăn chặn những diễn biến xấu do bệnh gây ra.

**4.3. Một số yếu tố liên quan đến phát  bệnh**

***4.3.1 Một số yếu tố liên quan đến phát bệnh.***

***4.3.2.1 Tuổi khởi phát và tháng mắc bệnh trong năm***

     Tuổi khởi phát trung bình là 27,5 ± 9, 01. Kết quả của chúng tôi khác với kết quả nghiên cứu của Ben Abbas M và cs (2009) [5], theo đó lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 30-40 tuổi. Hardy -Baylé M.C [11], lứa tuổi mắc bệnh thường gặp ở BN loạn thần sau đẻ là 35 tuổi. Có thể giải thích sự khác biệt này là do ở Việt nam thường kết hôn sớm hơn ở các nước Phương Tây, do vậy tuổi khởi phát ở phụ nữ sau đẻ ở Việt nam cũng thấp hơn ở châu âu.

     Nếu tính theo mùa năm 2010:

Lập xuân:  ngày 4.2 dương lịch

Mùa hè:  ngày 5.2. dương lịch

Mùa thu: ngày 6.8  dương lịch

Mùa đông: ngày 7.11  dương lịch

     Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tháng 1  (mùa đôngm) và tháng 6 (mùa hè m) có tỷ lệ bệnh nhân phát bệnh cao nhất (18.75).  Như vậy ta thấy, đây là 2 mùa điển hình trong năm là mùa nóng và mùa lạnh, cả 2 mùa này đều ảnh hưởng rất lớn đến sức khoẻ con người và con người cũng rất dễ mắc các loại bệnh khác nhau trong. Với người phụ nữ khi sinh vào mùa này, bên cạnh những thay đổi mạnh trong cơ thể kết hợp với thời tiết khắc nghiệt càng làm cho bệnh dễ phát sinh. Cho nên, cần hết sức chăm lo sức khoẻ cho người phụ nữ khi sinh vào mùa hè và mùa đông, cần đảm bảo đủ chất dinh dưỡng cho người mẹ, đồng thời đảm bảo cho người mẹ được thoáng mát về mùa hè và ấm áp về nmùa đông (Biểu đồ 3.7).

***4.3.2.2  Các yếu tố liên quan đến hôn nhân và gia đình***

     Có 2 trường hợp ly hôn và 2 trường hợp vợ chồng bất hoà, tức là có 4/16     (chiếm 25c%) số BN phát bệnh do có liên quan đến hôn nhân và gia đình. Điều này cho thấy gia đình đóng vai trò lớn trong việc phát bệnh, nhất là vai trò của người chồng.

***4.3.2.3         Gia đình có người bị bệnh tâm thần***

   Trong số 16 BN thì có 2 bệnh nhân (12,5%) có người thânruột thịt ( Quan

hệ cấp 1) bị bệnh trầm cảm và rối loạn lưỡng cực. Theo P.Meguffin, R.Katz (1989) cho thấy: 7,8% (1,5-7,9) có nguy cơ mắc RLCXLC, và 11,4% (0,5-22,4) có nguy cơ mắc RLTC tại những gia đình có người mắc bệnh RLCXLC có quan hệ ruột thịt với BN (cấp 1). Với quan hệ họ hàng (cấp 2), nguy cơ mắc RLCXLC là 0,6 % và nguy cơ mắc RLTC là 9,1% (5,9-15,4) [6].

***4.3.2.4         Yếu tố nhân cách tiền bệnh lý***

    Trước khi mắc bệnh, nhóm bệnh nhân có nhân cách ưu tư chiếm tỷ lệ cao nhất ( 56,25%), đó là những bệnh nhân có tính tình khép kín, ít thổ lộ và họ thường âm thầm chịu đựng kể cả các hành động bạo lực của chồng, chồng hay cờ bạc, rượu chè khiến họ cũng không dám góp ý, họ muốn trong gia đình không có sự to tiếng và nhiều ông chồng biết vậy càng ức hiếp họ. Họ hay suy nghĩ và lo lắng khi có một sự việc nhỏ nào đó, họ hay nghĩ nhiều về tương lai của mình sau này không biết sẽ ra sao, con mình sẽ như thế nào. Họ thường khó đưa ra một quyết định nào đó mà thường phải hỏi ý kiến chồng, hoặc bố mẹ [4].

      Theo một số tác giả, nguyên nhân gây trầm cảm gồm có 4 loại sau [14]:

-         Yếu tố gia đình

-         Yếu tố nhân cách: đặc biệt là nhóm người có nhân cách ưu tư  dễ bị mắc

trầm cảm nhấtt, vì họ thường âm thầm chịu đựng, trong khi những nhóm nhân cách khác ít bị hơn vì họ có thể trao đổi, giải các Stress với những người khác hoặc tổ chức vui chơi dã ngoại...

-         Các vấn đề về kinh tế, văn hoá, xã hội

-         Mắc các bệnh khác như HIV, AIDS, ung thư…

***4.3.2.5         Các yếu tố kinh tế, văn hoá, xã hội...***

      Yếu tố kinh tế cũng đóng vai trò quan trọng gây ra bệnh, trong nghiên cứư của chúng tôi có tới 50% mắc bệnh có liên quan về các vấn đề kinh tế. Thường các cặp vợ chồng trẻ chưa có nghề nghiệp ổn định cho nên vấn đề kinh tế đã khiến họ phải quan tâm ngay từ sau khi cưới, kinh tế khó khăn lại sinh con khiến họ càng suy nghĩ nhiều, nhiều người cảm thấy bế tắc trong cuộc sống do kinh tế eo hẹp. Có người làm ăn thua lỗ lúc nào cũng lo phải kiếm tiền trả nợ. Do vậy, với phụ nữ trước và sau khi sinh cần hết sức ổn định cuộc sống, cần động viên họ không nên quá lo lắng về kinh tế để họ tránh bị mắc bệnh

      Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10/16 BN (chiếm 62,5%) tự phát bệnh mà không có bất cứ một nguyên nhân nào, như vậy yếu tố nội sinh đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy bệnh phát triển. Nhiều tác giả đã nhận thấy có sự biến đổi nồng độ của Hormon sinh dục đặc biệt là Oestrogèn, vì hormon này và một số chất dưỡng thai cũng giảm đột ngột sau đẻ, giải phóng ức chế

prolactine mà những chất này đều có tác động qua lại với Dopamine), có thể

gây ra trầm cảm, hội chứng ngày thứ 3, loạn thần sau đẻ cấp [8].

**Kết luận**

Tuổi khởi phát trung bình là 27,5 ± 9,01.

**Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu**

 -  Thời gian phát bệnh sau đẻ:  Tỷ lệ bệnh nhân phát bệnh sau đẻ 6 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (43,75%).

- Từ 2 lần phát bệnh trở lên có tỷ lệ loạn thần cao hơn 1 lần phát bệnh

***Rối loạn cảm xúc:***

    - Các biểu hiện buồn rầu, khóc lóc, hoảng sợ căng thẳng, giảm các sở thích  chiếm tỷ lệ cao

   - 11/16 bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm (chiếm 68c,75% )

***Rối loạn tư duy, tri giác:***

-         Không nói ( 40 %)

-         Ý định tự sát ở cả 2 nhóm chiếm 25%

-         Hoang tưởng bị hại (45,45%). Hoang tưởng bị xâm nhập (27,27%).

-         ảo giác (45,45%).

***Rối loạn hành vi:***

***-*** Bồn chồn, đứng ngồi không yên (62,5%).

- Kích động (31,25%).

- Không chăm sóc con (31,25%).

- Hành vi tự sát (12,5%)

**Một số yếu tố liên quan đến phát  bệnh**

+  Tháng 1 và tháng 6 có tỷ lệ bệnh nhân phát bệnh cao nhất (18.75).

+ Yếu tố hôn nhân: 25% phát bệnh liên quan đến hôn nhân và gia đình.

+ Yếu tố nhân cách: Loại nhân cách ưu tư  chiếm tỷ lệ cao nhất (56,25%),

+  Yếu tố gia đình (Quan hệ cấp 1 Q) chiếm 12,5%

+ Yếu tố kinh tế chiếm  18,75 %.

**Kiến nghị**

-         Tăng cường công tác giáo dục trên các phương tiện truyền thông đại chúng để nhân dân hiểu rõ về bệnh, hướng dẫn họ cách tự phòng tránh bệnh, người chồng cần đặc biệt quan tâm đến vợ trong quá trình sinh đẻ

-         Cần quan tâm chú ý đến những đối tượng có tiền sử gia đình bị bệnh

-         Cần lưu ý đến 2 mùa nóng và rét khi bệnh nhân sinh đẻ vào 2 mùa này

-         Cần đưa vào chương trình đào tạo để nâng cao trình độ cho các thầy thuốc về lĩnh vực này.

**Tài liệu tham khảo**

**Tiếng việt**

1. **1.     Trương Thị Kim Dung**( 1996 ),*Rối loạn tâm thần thời kỳ sau đẻ.*Một số chuyên đề tâm thần học. Học viện quân Y, tr 21-22
2. **2.     Tô Thanh Phương**( 2007 ),**N**hận xét bước đầu điều trị 10 bệnh nhân loạn thần sau đẻ có trầm cảm và lo âu.*Tạp chí y học thực hành,*số 3-2007, tr 50-52
3. **3.     Tổ chức y tế thế giới**( 1992),*Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi.*Bản dịch tiếng Việt, Geneva, tr 87-100
4. **4.     Nguyễn Sinh Phúc ( 2007),***Cấu trúc của nhân cách*

   Tâm thần học và tâm lý y học, học viện quân y. Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr 337-341

**Tiếng Pháp**

1. **5.     Ben Abbas M. ; Bênlmouloud O. ; Mellal**(2009). La depression du post-partum. Evaluation des facteur de risques

[*http://www.google.com/search?sourceid=navclientαgfns=Iαie=UTF-8αrlz=IT4GFREviVN323VN323αq=trouble+psychiques+de+la+grossesse+et+du+post-partum.*](http://www.google.com/search/sourceid%3Dnavclientagfns%3DIaie%3DUTF-8arlz%3DIT4GFRE-viVN323VN323aq%3Dtrouble%2Bpsychiques%2Bde%2Bla%2Bgrossesse%2Bet%2Bdu%2Bpost-partum.Pp17-27)

1. **6.     Canceil O.; Guedj  F.; Brochier T.** (1995), *Données actuelles de la génétique,* Les maladies dépressives, Médecine-Sciences-Flammarion, pp. 305-308
2. **7.     Danion-Grillat. A; Sibertin-Blanc.D**(2009).Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum**.**

[*http://www.google.com/search?sourceid=navclientαgfns=Iαie=UTF-8αrlz=IT4GFREviVN323VN323αq=trouble+psychiques+de+la+grossesse+et+du+post-partum.Pp17-27*](http://www.google.com/search/sourceid%3Dnavclientagfns%3DIaie%3DUTF-8arlz%3DIT4GFRE-viVN323VN323aq%3Dtrouble%2Bpsychiques%2Bde%2Bla%2Bgrossesse%2Bet%2Bdu%2Bpost-partum.Pp17-27)

1. **8.     Duverger Ph ; Malka.J** (2009),Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum**.**

[*http://www.google.com/search?client=qswinαrlz=IR3GFRE-viVN323VN323αq=trouble+psychiques+de+la+grossesse+et+du+post-partum.Pp2-13*](http://www.google.com/search?client=qswinarlz=IR3GFRE-viVN323VN323aq=trouble+psychiques+de+la+grossesse+et+du+post-partum.Pp2-13)

1. **9.     Gerard A. ;Raffaitin ; Cuche H.**(1995),***Depression chez la femme*,**les maladie depressives, Médecine-Sciences-Flâmmrion, pp.84-89
2. **10.                        Gorwood.p. Kessler V (2009),**la psychose puerperale un modèle du concept de vulnerabilité génétique

*http://www.google.com/search? sourceid =navclientagfn =Iaie=UTF-8arlz=IT4GFREviVN323VN323aq=lapsychose+puerperale+un+modele+du*

[*+concept+de+vulnerabilite+genetique*](http://www.google.com/search?%20sourceid%20=navclientagfn%20=Iaie=UTF-8arlz=IT4GFREviVN323VN323aq=lapsychose+puerperale+un+modele+du+concept+de+vulnerabilite+genetique)*Pp2-13*

1. **11.                        Hardy-Baylé M.C**(1986), *Troubles psychiques liés à la puerperalité*, Enseigenment de la psychiatrie. Doin éditeur. Pp 161-166.
2. **12.                        Sutter-Dallay. L ; Dallay.D ( 2009),**troubles psychiques et periode perinatale

*http://www,syngof/pages/fmc/troubles-psy.html. Pp 1-13*

1. ***13.***   **Tài liệu trên mạng** ( 2009*). Les troubles psychiques de la puerperalite*

[*http://frankpaillard.chez-alice.fr/infirmier-psychiatre-troubles-psychiques-puerperalie.htm Pp 1-10*](http://frankpaillard.chez-alice.fr/infirmier-psychiatre-troubles-psychiques-puerperalie.htm%20Pp%201-10)

1. **14.** **Tài liệu trên mạng**( 2006): *Les causes de la depression*

http://www.amh.net//About\_Ađiction \_Mental\_Health/mental\_Health\_Information/Depr...

**Phụ lục**

**Phụ lục 1: Mẫu bệnh án nghiên cứu**

**Bộ Y Tế                   mẫu đăng ký bệnh nhân nghiên cứu**

**bệnh viện tâm thần TW I                                                                 STT :**

**bệnh án**

**1. Thủ tục hành chính.**

    Họ và tên:                                     Tuổi:         Giới:           Dân tộc:         Con:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nghề nghiệp*** | ***Nơi sinh sống*** | ***Văn hoá*** |
| Nông dân |   | Nông thôn |   | Tiểu học |   |
| Công nhân |   | Thành phố |   | THCS |   |
| Viên chức |   | Miền núi |   | THPT |   |
| Sinh viên |   | Ven biển |   | Đại học -Cao đẳng |   |
| Khác |   |   |   | Trên đại học |   |

Địa chỉ:

Ngày vào viện:                                      Vào viện lần thứ:

Điều trị tại khoa:                                  Bệnh viện TTTWƯ 1

Số hồ sơ l­u trữ:                                    Lý do vào viện:

**2. Bệnh sử**

Bị bệnh lần thứ  nhất ngày      tháng        năm

***2.1 Tính chất khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh và số lần nằm viện***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Khởi phát*** | ***Thời gian mắc bệnh*** | ***Số lần nằm viện*** |
| Cấp ( < 1 tuần) |   | Dư­­ới 6 tháng |   |  |
| Bán cấp (>1 tuần -<1 tháng |   | 6 tháng đến  = 2 năm |   |  |
| Từ từ ( > 1 tháng) |   |  > 2 đến  = 5 năm |   |  |
|  |   |  > 5 đến = 10 năm |   |  |
|  |   | > 10 năm |   |  |

***Chẩn đoán bệnh lần trước:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Chẩn đoán******Số lần phát bệnh*** | ***Thời gian mắc bệnh*** |
| 1 lần |  |
| Từ 2 – 3 lần |  |

***+ Nhân cách tiền bệnh lý***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Kiểu nhân cách*** | ***Có*** | ***Không*** |
| 1 | ***Nóng nảy*** |   |   |
| 2 | ***Bình thản*** |   |   |
| 3 | ***Hăng hái, sôi nổi*** |   |   |
| 4 | ***ưu tư*** |   |   |

***2.2 Các yếu tố thuận lợi ảnh h­­ưởng đến sự phát bệnh***

***+ Tuổi khởi phát, tháng mắc bệnh trong năm***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tháng******Tuổi*** | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| <16 |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 16-25 |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 26-35 |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 36-45 |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

***+ Các yếu tố về hôn nhân, gia đình***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Bệnh nhân trong hoàn cảnh*** | ***Có*** | ***Không*** |
| 1 | Có gia đình bình thường |  |  |
| 2 | Ly hôn |  |  |
| 3 | Ly thân |  |  |
| 4 | Tình yêu tan vỡ |  |  |
| 5 | Vợ chồng không hoà thuận |  |  |
| 6 | Bạo lực gia đình |  |  |
| 7 | Có thai ngoài ý muốnC |  |  |
| 8 | Độc thân nhưng có con |  |  |

***+ Các yếu tố về cơ thể***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Các yếu tố thuận lợi*** | ***Có*** | ***Không*** |
| 1 | Mới mắc bệnh nào đó, mắc bệnh nan y, bệnh tim mạch, bệnh tuyến giáp... |  |  |
| 2 | Các thay đổi về cơ thể:Mất máu nhiềuGầy yếu, sút cân | ***…….*** | ***…….*** |
| 3 | Sau tai nạn, phẫu thuật |  |  |
| 4 | Thức đêm nhiều sau đẻ:Do không ngủ đượcDo làm việc quá sức                            Do con quấy khóc      Do căng sữa gây đau tứcDo mệt mỏi, ăn kém |  .................................... |  ....................................... |
| 5 | Do các sang chấn tâm lý mạnh:  |   |   |
| 6 | Lần đẻ trước có bị rối loạn tâm thần không? |   |   |

***+ Các yếu tố về kinh tế, văn hoá,  xã hội***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Các yếu tố thuận lợi*** | ***Có*** | ***Không*** |
| 1 | Các vấn đề liên quan về kinh tế |  |  |
| 2 | Các vấn đề liên quan về văn hoá |  |  |
| 3 | Các vấn đề liên quan về xã hội: Mất việc làm sau đẻ, Sống trong gia đình hoặc cơ quan luôn căng thẳng, bất hoà |  |  |
| 4 | Thư­­ờng thay đổi nơi làm việc |  |  |
| 5 | Ô nhiễm môi trư­­ờng ( n­­ước, chất độc, tiếng ồn trong nhà máy, bụi đ­­ường phố nặng) |  |  |

**3. Tiền sử**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | ***Quan hệ******Tình trạng bệnh*** | ***Quan hệ cấp 1*** | ***Quan hệ cấp******2*** |
| 1 | Trầm cảm |  |  |
| 2 | Rối loạn cảm xúc l­­ưỡng cực |  |  |
| 3 | Tâm thần phân liệt |  |  |

**4. Khám bệnh**

**4.1 Nội khoa:**

***Toàn thân:***    Thể trạng:                   Da, niêm mạc:

              Mạch:     l/p    Nhiệt độ:         Huyết áp:           mmHg

 ***Bộ phận***      Tim:                                      Phổi:

Tiêu hoá:                               Nội tiết:                         Đáy mắt:

***Các bộ phận khác:***

**4.2 Khám thần kinh:**

Dây thần kinh sọ não:  Không có tổn thư­­ơng liệt khu trú

Vận động tứ chiV:          Bình thư­­ờng

TrưT­ơng lực cơ:             Bình th­­ường

Cảm giácC:                    Nông (sâus) bình thư­­ờng.

Phản xạP:                      Không có phản xạ bệnh lý

**4.3 Khám tâm thần:**

*4.3.1****Biểu hiện chung:***

***4.3.2  Ý thức:***

Định h­­ướng về thời gian:                            Định h­­ướng về không gian:

Định h­­ướng bản thân:

***4.3.3 Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu***

***+  Các biểu hiện rối loạn cảm xúc***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** | ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** |
| ***F53.0*** | ***F53.1*** | ***F53.0*** | ***F53.1*** |
| Buồn rầu, khí sắc giảm |   |   | Giảm sở thích cũ |   |   |
| Bi quan, chán nản |   |   | Giảm nghị lực |   |   |
| Đau khổ, thất vọng |   |   | Hoảng sợ, căng thẳng |   |   |
| Khóc lóc |   |   | Khí sắc tăng, vui vẻ |   |   |
| Mệt mỏi |   |   | Tăng sinh lực |   |   |

***+ Các biểu hiện về rối loạn t­ duy, rối loạn tri giác.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** | ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** |
| ***F53.0*** | ***F53.1*** | ***F53.0*** | ***F53.1*** |
| Chậm chạp, ít nói |   |   | Hoang tưởng bị xâm nhập |   |   |
| Không nói |   |   | Hoang tưởng bị tội |   |   |
| Than vãn, kể lể |   |   | Hoang tưởng nghi bệnh |   |   |
| Ý định tự  sát |   |   | Hoang tưởng tự buộc tội |   |   |
| ảo giác |   |   | Hoang tưởng ghen tuông |   |   |
| Hoang tưởng bị hại |   |   | Hoang tưởng tự cao |   |   |
| Hoang tưởng bị đầu độc |   |   | Hoang tưởng phủ định |   |   |

***+ Các biểu hiện về rối loạn hành vi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** | ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** |
| ***F53.0*** | ***F53.1*** | ***F53.0*** | ***F53.1*** |
| Giảm vận động, nằm nhiều |   |   | Muốn giết chồng |   |   |
| Bất động |   |   | Không chăm sóc con |   |   |
| Bồn chồn, đứng ngồi không yên |   |   | Ghét con |   |   |
| Từ chối ăn |   |   | Muốn giết con |   |   |
| Kích động |   |   | Gây đau trẻ khác |   |   |
| Tấn công |   |   | Hành vi tự sát |   |   |
| Ghét chồng |   |   | Xung động tự sát |   |   |

***+ Các biểu hiện về trí nhớ***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** | ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** |
| ***F53.0*** | ***F53.1*** | ***F53.0*** | ***F53.1*** |
| Trí nhớ giảm, hay quên |   |   | Tăng nhớ |   |   |
| Mất nhớ |   |   |   |   |   |

***+ Các triệu chứng cơ thể***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** | ***Nhóm bệnh******Triệu chứng*** | ***Nhóm bệnh*** |
| ***F53.0*** | ***F53.1*** | ***F53.0*** | ***F53.1*** |
| Giảm trọng lượng cơ thể |   |   | Giảm tình dục |   |   |
| Rối loạn kinh nguyệt |   |   | Tăng tình dục |   |   |
| Mất kinh |   |   |   |   |   |

**5. Các triệu chứng và hội chứng chính:**

**6. Các ph­­ương pháp kiểm tra khác**

***6.1 Thang Beck***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Mức độ******Thang*** | ***Nhẹ*** | ***Trung bình*** | ***Nặng*** |
| ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** | ***n*** | ***%*** |
| ***Beck*** |  |  |  |  |  |  |
| ***Zung*** |  |  |  |  |  |  |

***6.2 Máu:***  Hồng cầu:     T/l.Bạch cầu:    G/l (TT:     %. L:    % A:   % M:   %  )

Huyết sắc tốH:      g/l. SGOT     u/l.SGPT      u/l.Protit:    g/l. Đư­­ờng     mmol /l

***6.3  X quang:***

**7. Chẩn đoán:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***STT*** | **Bệnh nhân nghiên cứu****Thể bệnh** | **Mã bệnh** | **Chẩn đoán** |
| 1 | Rối loạn tâm thần và hành vi nhẹ liên quan đến sinh đẻ | F 53.0 |  |
| 2 | Rối loạn tâm thần và hành vi nhẹ liên quan đến sinh đẻ | F 53.1 |  |

**8. Chẩn đoán phân biệt:**

Ý kiến xác nhận củaNgày        tháng        năm

Cơ quan, cơ sở quản lý bệnh nhân                               Người làm bệnh án

**Phụ lục 2:  Nghiệm pháp Beck**

**Họ và tên:**-----------------**Tuổi**----------------**Văn hoá:**----------------

***Nghề nghiệp****--------------****Căn bệnh****----------------------------------------------------*

   Trong bảng này có 21 đề mục đánh số từ 1 đến 21, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Bạn hãy đọc cẩn thận tất cả các câu và chọn câu nào mô tả gần giống nhất với tình trạng mà bạn cảm thấy hai ba ngày nay. Bạn hãy chắc chắn là đã đọc tất cả các câu trước khi lựa chọn. Bạn hãy đánh dấu chéo ở đầu câu của mỗi đề mục mà bạn đã chọn (xin đừng bỏ sót đề mục nào).

1-0. Tôi không cảm thấy buồn

   1.Tôi thấy chán hoặc buồn

   2. Tôi luôn luôn chán hoặc buồn và tôi không thể thôi được.

   2.Tôi buồn và bất hạnh đến mức hoàn toàn đau khổ

   3.Tôi buồn và khổ sở đến mức không thể chịu được.

2-0. Tôi hoàn toàn không bi quan và nản lòng về tương lai

   1.Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai

   2.Tôi không có gì để mong đợi một cách vui thích

   2.Tôi cảm thấy sẽ không bao giờ khắc phục được những điều phiền muộn của tôi

   3.Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình không thể cải thiện được

3-0. Tôi không cảm thấy như bị thất bại

   1.Tôi cảm thấy đã thất bại hơn người trung bình

   2.Tôi cảm thấy đã hoàn thảnhất ít điều đáng giá hoặc có chút ý nghĩa

   2.Nhìn lại cuộc đời, tôi, tất cả nhhững gì tôi có thể thấy chỉ là một loạt thất bại.

   3.Tôi tự cảm thấy hoàn toàn thất bại trong vai trò của tôi (bố, mẹ, vợ, chồng)

4-0. Tôi hoàn toàn không bất mãn

   1.Tôi luôn luôn cảm thấy buồn

   1.Tôi không thích thú những gì tôi vẫn ưa thích trước đây

   2.Tôi không thoả mãn về bất kỳ cái gì nữa

   3.Tôi không hài lòng với mọi cái

5-0. Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội

   1.Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình tồi hoặc không xứng đáng

   2.Tôi cảm thấy hoàn toàn có tội

   2.Giờ đây, tôi luôn cảm thấy trên thực tế mình tồi hoặc không xứng đáng

   3.Tôi cảm thấy như là tôi rất toòi hoặc vô dụng

6-0. Tôi không cảm thấy bị trừng phạt

   1.Tôi cảm thấy một cái gì xấu có thể đến với tôi

   2.Tôi cảm thấy bị trừng phạt hay sẽ bị trừng phạt

   2.Tôi cảm thấy đang bị trừng phạt

   3.Tôi muốn bị trừng phạt

7-0. Tôi không cảm thấy thất vọng với bản thân

   1.Tôi thất vọng với bản thân

   1.Tôi không thích bản thân

   2.Tôi ghê tởm bản thân

   3.Tôi căm thù bản thân.

8-0. Tôi không tự cảm thấy một chút nào xấu hơn bất kể ai

   1.Tôi tự chê mình về sự yếu đuối và lỗi lầm của bản thân

   2.Tôi khiển trách mình vì những lỗi lầm của bản thân

   3.Tôi khiển trách mình về mội điều xấu xảy đến.

9-0. Tôi không có bất kỳ ý nghĩ gì làm tổn hại bản thân

1.Tôi có những ý nghĩ làm tổn hại bản thân nhưng tôi thường không thực hiện

2.Tôi cảm thấy giá mà tôi chết đi thì hơn

2.Tôi cảm thấy gia đình tôi ắt là tốt lên nếu tôi chết

2.Tôi có ý định rõ ràng để tự sát

3.Tôi tự sát nếu tôi có thể

10-0. Hiện nay tôi không dễ bị kích thích hơn trước

    1.Hiện nay tôi khóc nhiều hơn trước kia

    2.Hiện nay tôi luôn luôn khóc, tôi không thể dừng được

    3.Tôi thường vẫn khóc đượcnhưng hiện nay tôi không thể khóc được chút nào dù tôi muốn khóc

11-0. Hiện nay tôi không dễ bị kích thích hơn trước

     1.Tôi bực mình và phát cáu dễ dàng hơn trước

     2.Tôi luôn luôn cảm thấy dễ phát cáu

     3.Tôi không cáu chút nào về những việc trước kia tôi thường phát cáu

12-0.Tôi không mất sự quan tâm đến người khác

      1.Hiện nay tôi ít quan tâm đến người khác hơn trước.

      2.Tôi đã mất rất nhiều sự quan tâm đến người khác và ít có cảm tình với họ

      3.Tôi hoàn toàn không có quan tâm đến người khác và không cần họ chút nào

13-0. Tôi quyết định cũng tốt như trước

      1.Hiện nay tôi ít tin chắc vào bản thân và cố gắng trì hoãn việc quyết định

      2.Không có sự giúp đỡ, tôi không thể quyết định gì được nữa

      3.Tôi không thể quyết định chút nào

14-0. Tôi không cảm thấy tôi xấu hơn trước chút nào

      1.Tôi buồn phiền vì tôi trông như già hoặc không hấp dẫn

      2.Tôi cảm thấy có những thay đổi cố định trong diện mạo làm cho tôi có vẻ không hấp dẫn

      3.Tôi cảm thấy tôi có vẻ xấu xí hoặc ghê tởm

 15-0. Tôi có thể làm việc tốt như trước

       1.Tôi phải đặc biệt cố gắng để có thể khởi động làm một việc gì

       1.Tôi không làm việc tốt như trước

       2.Tôi phải cố gắng hết sức để làm một việc gì

       3.Tôi hoàn toàn không thể làm một việc gì  cả

16-0. Tôi có thể ngủ tốt hơn trước

        1.Tôi ngủ dậy buổi sáng mệt hơn trước

         2.Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và thấy khó ngủ lại

         3.Hàng ngày tôi dậy sớm và không thể ngủ hơn 5 tiếng

17-0. Tôi không mệt hơn trước chút nào

         1.Tôi dễ mệt hơn trước

         2.Làm bất cứ việc gì, tôi cũng mệt

         3.Làm bất cứ việc gì tôi cũng quá mệt

18-0.Sự ngon miệng của tôi không kém hơn trước

          1.Sự ngon miệng của tôi không tốt chút nào

          2.Hiện nay sự ngon miệng của tôi kém rất nhiều

          3.Tôi không còn một chút nào ngon miệng

19-0. Gần đây tôi không sút cân chút nào

          1.Tôi bị sút cân trên 2 kg

          2.Tôi bị sút cân trên 4 kg

          3.Tôi bị sút cân trên 6 kg

20-0. Tôi không lo lắng về sức khoẻ hơn trước

          1.Tôi lo lắng về những đau đớn hoặc khó chịu ở dạ dày hoặc táo bón và những cảm giác của cơ thể

          2.Tôi quá lo lắng về tôi cảm thấy thế nào và điều gì tôi cảm thấy đến nỗi tôi rất khó suy nghĩ gì thêm

          3.Tôi hoàn toàn bị thu hút vào những cảm giác của tôi

 21-0. Tôi không nhận thấy gần đây có những thay đổi trong thích thú tình dục

          1.Tôi ít thích thú tình dục hơn trước

          2.Hiện nay tôi quá ít thích thú tình dục

         3.Tôi hoàn toàn mất thích thú tình dục