

2. **N. T. Quyển và T. C. Đào.** “Chúng không ngủ được” trong Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y. Hà Nội, NXB Văn hóa dân tộc; 2007:288-296.
3. **American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C
4. **Kenneth Carter, Michelle Olshan-Perlmutter (2014).** NADA Protocol Integrative Acupuncture in Addictions. Journal of Addictions Nursing; 25(4):182-187.
5. **Morin CM, Belleville G, Bélanger L, et al.** The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. SLEEP 2011; 34(5):601-608.
6. **Célyne H. Bastien, Annie Vallières, Charles M. Morin (2001).** Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Medicine. 2:297 – 307.
7. **Rafique N., Al-Asoom L.I., Alsunni A.A. và cộng sự. (2020).** Effects of Mobile Use on Subjective Sleep Quality. Nat Sci Sleep, 12, 357–364.

## HOANG TƯỞNG MANG THAI HAY GIẢ MANG THAI?

Bùi Văn San<sup>1,2</sup>, Nguyễn Việt Quang<sup>3</sup>, Vũ Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hà<sup>1</sup>, Bùi Trâm Anh<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Ngọc<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Mang thai giả có thể là một bệnh lý tư duy hoặc một rối loạn triệu chứng cơ thể không biệt định. Trong báo cáo này, chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân nữ, 24 tuổi, vào viện với “vết sẹo sau mổ”, trước đó xuất hiện các triệu chứng như mất kinh nguyệt, bụng to lên, cho rằng mình có thai. Bệnh nhân vào viện với sẹo vết mổ ngang dưới rốn gần giống vết mổ lấy thai. Qua quá trình thăm khám, theo dõi bệnh nhân, một số giả thiết được đặt ra trong 3 trường hợp: hoang tưởng mang thai, mang thai giả hoặc giả vỡ mang thai.

### SUMMARY

#### DELUSIONAL PREGNANCY OR PSEUDOCYESIS?

False pregnancy can be a mental illness or an unspecified somatic symptom disorder. In this report, we present a case of a 24-year-old female patient who was hospitalized with “post-operative scar”, previously showing symptoms such as missed menstrual period, enlarged abdomen, thought she was pregnant. The patient was admitted to the hospital with a scar below the umbilicus, like a cesarean section. Through the process of examining and monitoring patients, 3 hypotheses were raised: delusional pregnancy, pseudocycosis or simulated pregnancy.

**Keyword:** delusional pregnancy, pseudocycosis, pseudopregnancy, simulated pregnancy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai giả (Pseudocycosis) là sự phát triển của các dấu hiệu mang thai mà không có sự hiện

diện của phôi hoặc thai trong tử cung phụ nữ. Ở các loài động vật có vú, “mang thai giả” là một trạng thái mà các dấu hiệu và triệu chứng của việc mang thai đều được biểu hiện với một phần đến toàn bộ các triệu chứng như bụng to hơn, mất chu kì kinh nguyệt, nghén, căng tức vú, núm vú sẫm màu, chảy sữa, tăng cân,... mà không có sự hiện diện thực sự của phôi hay thai nhi.

Mang thai giả ở người đã được mô tả trên lâm sàng trong nhiều thế kỷ và được xuất hiện trong sách, phim, hay truyền hình thực tế. Ở phụ nữ không có thai, hiện tượng “mang thai giả” có thể là do cơ thể xuất hiện các triệu chứng lâm sàng như có thai hoặc bệnh nhân cho rằng mình có thai dựa trên một số nhận định sai lầm hoặc bệnh nhân giả vờ có thai tự tạo ra các triệu chứng giống với thai nghén.

Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần (DSM-5) mô tả chứng rối loạn mang thai giả là: “Niềm tin sai lầm về việc mang thai có liên quan đến các dấu hiệu khách quan và các triệu chứng được báo cáo của thai kỳ, có thể bao gồm to bụng, giảm lưu lượng kinh nguyệt, vô kinh, cảm giác chủ quan chuyển động của thai nhi, buồn nôn, căng và tiết dịch vú, và cơn đau đẻ vào ngày dự sinh” [1]

Trong quá trình thực hành lâm sàng (khám và điều trị) tại Viện Sức khỏe Tâm thần (VSKTT) - bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi có tiếp nhận, khám và theo dõi một ca bệnh được chuyển đến viện vì cho rằng mình mang thai và mới mổ lấy thai. Trong quá trình đó chúng tôi ghi nhận được những thông tin về bệnh nhân, tính chất bệnh lý và nhiều vấn đề cần bàn luận nên trình bày một ca bệnh trên.

### II. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG:

Bệnh nhân nữ, 24 tuổi

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn San

Email: buivansan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2022

Ngày duyệt bài: 6.9.2022

Lý do vào viện: Nghĩ rằng mình có thai cần được theo dõi, chăm sóc mặc dù đánh giá cận lâm sàng không có

Theo lời kể của mẹ bệnh nhân (độ tin cậy không cao vì mẹ bệnh nhân không sống cùng bệnh nhân trong quá trình bệnh nhân mang thai):

Tiền sử sản nhi phát triển tâm thần vận động bình thường, không có bệnh lý nội khoa thần kinh mạn tính, chấn thương sọ não, sử dụng chất, dị ứng, gia đình 3 đời không ai mắc bệnh lý tâm thần.

Tính cách bệnh nhân trước đây: hiền lành, sống nội tâm.

Bệnh nhân lập gia đình cách đây 2 năm. Sau khi lập gia đình, bệnh nhân và chồng đều có mong muốn có con, sinh hoạt vợ chồng đều đặn không sử dụng biện pháp tránh thai tuy nhiên hơn 1 năm đầu vẫn chưa có thai. Cách vào viện 9 tháng, bệnh nhân thông báo với gia đình 2 bên rằng mình có thai không rõ cách thông báo hay bằng chứng cụ thể. Người nhà ghi nhận bệnh nhân có buồn nôn trong 3 tháng đầu, bụng bệnh nhân có to lên trong 5 tháng đầu tương đương với việc có thai. Trong 9 tháng này, bệnh nhân có nhiều lần đi khám thai nhưng không cho người nhà đi cùng, nói rằng đi cùng bạn làm cùng công ty. Có lần bệnh nhân cho chồng xem ảnh siêu âm song thai nhưng không có giấy tờ khám kèm theo thông tin. Tuy nhiên theo lời kể của các thành viên trong gia đình nhận định bụng bệnh nhân không to lên từ tháng thứ 5, không phát hiện có kinh nguyệt trong 9 tháng này. Cách vào viện 3 ngày, bệnh nhân kể cùng chồng lên Hà Nội đăng kí đẻ tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc, tuy nhiên qua xác định của cơ quan công an phường thì không có việc này. Trước ngày dự kiến sinh bệnh nhân đột ngột bỏ đi, sau đó gọi điện thông báo cho chồng mình đang ở khách sạn do bác sĩ hẹn khám tại đó. Khi chồng tới nơi chứng kiến bệnh nhân đang gào khóc hoảng loạn đòi về quê, xung quanh không có sự xuất hiện của thai nhi. Gia đình đưa bệnh nhân vào bệnh viện tỉnh Hòa Bình, bệnh nhân vẫn khóc lóc, không hợp tác, được chuyển viện Bạch Mai. Tại khoa cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được khám chuyên khoa Sản, xác định bệnh nhân không có thai, phối hợp cùng công an giải thích tình trạng bệnh nhân cho gia đình và chuyển VSKTT theo dõi tiếp.

**Tâm thần:** Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được

Không có rối loạn định hướng bản thân, người xung quanh, không gian, thời gian.

Tư duy: Theo dõi hoang tưởng có thai

Cảm xúc: buồn bã, khóc lóc

Hoạt động: khóc lóc, kêu gào, có lúc không nói, giao tiếp bằng cử chỉ gật đầu, lắc đầu. Ăn ngủ thất thường

Chú ý, trí nhớ, trí tuệ: Còn duy trì

**Khám toàn thân:** Thể trạng: cân đối

Bụng: Mềm, không chướng, không sờ thấy tử cung trên vệ.

Không có vết mổ mới. Phần bụng dưới rốn khoảng 10 cm có một vết sẹo cũ đường ngang, dài khoảng 20cm ở vị trí cao hơn vị trí thông thường của vết mổ đẻ.

Vú: kích thước bình thường, núm vú màu sắc hồng bình thường, không có hạt montgomery, không tiết sữa.

Các cơ quan khác: Chưa phát hiện bất thường



#### **Cận lâm sàng:**

• Tại Trung tâm Cấp cứu A9:

Công thức máu: HC: 5.08 T/l; Hb: 149g/l; Hct: 0.429; BC:10.1 G/l; TC: 377G/l

Hóa sinh máu: Ure: 3.6 mmol/l; Creatine: 60 micromol/l; Glucose: 6.16mmol/l; AST: 48.8 U/L; ALT: 106.6 U/L; Na<sup>+</sup>: 139 mmol/l; K<sup>+</sup>: 3.98 mmol/l; Cl<sup>-</sup>: 102.1 mmol/l; Beta hCG: 0.1 mIU/mL

Đông máu cơ bản: PT: 96%; INR: 1.03; APTT: 28.7s; Fibrinogen:3.42g/l

Điện tâm đồ: Nhịp xoang, tần số 100 chu kì/phút; không biến đổi ST – T.

X-quang ngực thẳng: Bóng tim không to; Hai trường phổi sáng; Góc sườn hoành nhọn.

CT scanner sọ não: Hiện không thấy bất thường nhu mô não trên phim chụp CLVT sọ não. Polyp xoang hàm phải.

Siêu âm ổ bụng: hình ảnh gan nhiễm mỡ.

• Tại VSKTT: Được chỉ định trắc nghiệm tâm lý (HAM-A, HAM-D, DASS), bệnh nhân chưa hợp tác làm.

**Chẩn đoán sơ bộ:** Theo dõi hoang tưởng dai dẳng (hoang tưởng mang thai)

#### **Theo dõi tại VSKTT:**

Tại viện bệnh nhân và người nhà được tiếp xúc và giải thích tình trạng bệnh của bệnh nhân:

- Các đánh giá lâm sàng không thấy có thai

- Các thông tin của bệnh nhân không chính xác, cần thêm thông tin

- Các cận lâm sàng hiện tại không khẳng định có thai hoặc can thiệp gần với việc mang thai

- Có thể nghĩ đến bệnh nhân có rối loạn hoang tưởng mang thai

- Cần điều trị ổn định cảm xúc của bệnh nhân và có thể cân nhắc điều trị rối loạn hoang tưởng của bệnh nhân.

Người nhà không chấp nhận dùng thuốc, theo dõi tại viện 1 ngày.

- Bệnh nhân ổn định hơn, tiếp xúc được.

- Định hướng đúng.

- Cảm xúc ổn định hơn, đỡ buồn chán thất vọng.

- Hành vi ổn định.

- Ăn ngủ được.

Gia đình cho bệnh nhân xuất viện sau 1 ngày theo dõi

### III. BÀN LUẬN

Trong trường hợp bệnh nhân trên, các thông tin cần khai thác thêm để làm rõ bệnh nhân có thể nằm trong 3 trường hợp: mang thai giả, hoang tưởng mang thai hoặc giả vờ mang thai.

- **Mang thai giả (Pseudocyesis/ pseudopregnancy)** khi một người phụ nữ có thể trong tình trạng không có thai, không loạn thần tin rằng bản thân mang thai và xuất hiện các triệu chứng của việc mang thai. Pseudopregnancy để chỉ nguyên nhân các triệu chứng xuất hiện bởi thực thể gây tăng prolactin máu như khối u tiết hormone, suy giáp nguyên phát các nguyên nhân gây tăng prolactin máu,.. Pseudocyesis chỉ các triệu chứng gây ra bởi tâm lý của người phụ nữ khao khát có con. Tuy nhiên thực tế hai khái niệm này sử dụng cùng nhau vì yếu tố tâm lý như áp lực sinh con có thể gây tăng Prolactin máu và gây các triệu chứng mang thai giả.

Mặc dù không có số liệu dịch tễ tổng quát nhưng mang thai giả dường như xảy ra nhiều hơn ở những nền văn hóa nơi mà việc sinh con là vai trò chính của người phụ nữ và sinh sản là điều kiện tiên quyết cho một cuộc hôn nhân bền vững.

Đây là một hiện tượng lâm sàng hiếm khi xảy ra nhưng xuất hiện cả tất cả dân tộc, chủng tộc, tầng lớp xã hội. Nó thường phổ biến ở phụ nữ tuổi 20 đến 39, nhưng cũng được mô tả ở phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh với 40% phụ nữ đã sinh nở trước đó [2]

Trong DSM-V (Sổ tay thống kê và chẩn đoán bệnh tâm thần-phiên bản thứ 5), mang thai giả nằm trong nhóm các triệu chứng cơ thể biệt định khác và các rối loạn liên quan [1].

Trên bệnh nhân nữ 24 tuổi chúng tôi không khai thác được thông tin từ chồng bệnh nhân. Nhưng thông tin của người đi cùng cũng thấy

được yếu tố gia đình sau 2 năm kết hôn bệnh nhân cũng chưa có con, thêm vào đó thông tin liên quan khám thai kỳ được bệnh nhân rất kỳ vọng.

- **Hoang tưởng mang thai (Delusional Pregnancy)** là một trong số rối loạn hoang tưởng trong đó bệnh nhân cho rằng bản thân có thai nhi thực sự, bất chấp những bằng chứng về việc không có thai. Các chẩn đoán phổ biến nhất là tâm thần phân liệt (35,7%), rối loạn lưỡng cực (16,7%) và trầm cảm (9,5%). Ở những phụ nữ bị loạn thần, hoang tưởng mang thai không phải là hiếm, đặc biệt là khi đang dùng thuốc an thần với tác dụng ức chế tiết dopamine, làm tăng nồng độ prolactin có thể gây vô kinh, sưng/đau vú và thậm chí tiết sữa như một cơ thể đang mang thai [3]. Hơn nữa, thuốc chống loạn thần có liên quan đến việc tăng cân, do đó bụng bệnh nhân to hơn kết hợp với nhận thức sai về việc mang thai dù chưa có hoạt động tình dục như trường hợp cô gái 17 tuổi được Manoj (2004) báo cáo.

Hoang tưởng mang thai là một trong những loại hoang tưởng, trong DSM-V, rối loạn hoang tưởng được xếp vào mục rối loạn phổ phân liệt và các rối loạn loạn thần khác.

Bệnh nhân này mới vào viện được 1 ngày nên khẳng định rối loạn tâm thần khác chưa chắc chắn. Bệnh nhân có cơn khóc lóc, la hét, biểu hiện giao tiếp bằng cử chỉ... là những nét bất thường. Gia đình cung cấp một quá trình khám, đánh giá, chuẩn bị sinh kéo dài có thể là một quá trình bệnh của bệnh nhân.

- **Giả mang thai (Simulated pregnancy):** là trường hợp khi bệnh nhân không có tình trạng loạn thần, hoàn toàn ý thức cơ thể không hề có thai và không có các triệu chứng cơ thể nhưng cố tỏ ra là mình có thai, làm giả hay cường điệu các triệu chứng như thai nghén (gây nôn, gây mất kinh, ăn nhiều để tăng cân...) với lợi ích thứ phát của việc mang thai như níu kéo hôn nhân, chia tài sản, hưởng đặc quyền riêng,... Trong DSM-V, giả mang thai được xếp vào rối loạn giả bệnh.

Bệnh nhân có chia sẻ với người nhà về thông tin bác sĩ, khách sạn đến sinh con với người nhà, được công an xác minh không có. Các thông tin về gia đình với vấn đề pháp lý chúng tôi cũng hạn chế, thêm vào đó thời gian nằm theo dõi không kéo dài là khó khăn đánh giá giả mang thai. Với vấn đề y tế chúng tôi làm tối đa về chuyên môn nhằm cải thiện tình trạng bệnh nhân và người nhà.

**Hiện tượng và nguyên nhân.** Trên lâm sàng có thể gặp cả ba trường hợp trên, tuy nhiên những trường hợp giả mang thai thường sẽ không đến khám tại các cơ sở y tế để bị phát

giác. Ngoài ra hiện tượng này không chỉ được ghi nhận ở nữ giới mà còn xuất hiện ở nam giới trong hội chứng Couvade [4]. Do vậy lâm sàng cần đặc biệt phân biệt chẩn đoán loại rối loạn tâm thần khi một người phụ nữ nghĩ mình có thai nhưng những cận lâm sàng chẩn đoán xác định như siêu âm, xét nghiệm B-HCG không cho thấy kết quả mang thai. Đối với trường hợp mang thai giả, các triệu chứng có thể xuất hiện một cách rõ ràng là tăng cân, bụng phình to, ra ít máu âm đạo, căng tức vú, tiết sữa trong khi hoang tưởng mang thai chỉ dừng lại ở triệu chứng tăng cân và bụng to hơn [7].

Hoang tưởng mang thai có thể xuất hiện đơn độc hoặc phổ biến hơn xuất hiện cùng các loại hoang tưởng khác như trong hội chứng Clerambeault (hoang tưởng được yêu). Nó có thể là thoáng qua hoặc kéo dài, có thể đã thông một phần (hoặc không) bởi bằng chứng cụ thể và giáo dục, liệu pháp nhận thức hành vi hoặc can thiệp hóa dược. Nó có thể xuất hiện nguyên phát hoặc nhận thức sai lệch của bệnh nhân trong tình trạng y học gây ra bụng to lên như bí tiểu, chứng khát nhiều, hội chứng chuyển hóa, nang buồng trứng hay đau bụng trong viêm túi mật,.. Nguyên nhân thần kinh có thể do thoái hóa thụ thể trán-thái dương [6]. Nguyên nhân nội tiết có thể do suy giáp hoặc tình trạng tăng Progesteron ở giai đoạn tiền mãn kinh hay sau sinh, hoặc phổ biến nhất là tăng Prolactin máu. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy khi nồng độ Prolactin máu cao có thể xuất hiện các triệu chứng của mang thai giả, xuất hiện ở các bệnh nhân có rối loạn trầm cảm, rối loạn loạn thần, và nhiều rối loạn khác và kể cả trong quá trình điều trị thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần kinh, thuốc huyết áp, Estrogen, kháng H<sub>2</sub>,.. [7]. Các thuốc an thần kinh đều đối kháng dopamine và làm tăng mức độ prolactin ở một mức độ nhất định phụ thuộc vào liều. Điều này có nghĩa là những phụ nữ bị rối loạn tâm thần đang được điều trị bằng thuốc an thần kinh thường cảm nhận được những thay đổi của cơ thể liên quan đến việc mang thai [3] từ đó xuất hiện hoang tưởng cảm ứng. Điều này đã được Ahuja và Moorehead báo cáo mô tả sáu trường hợp hoang tưởng mang thai đã biến mất sau khi chuyển sang một loại thuốc an thần kinh tương ít gây tăng Prolactin [8].

#### **Chẩn đoán ca bệnh:**

- Khi chẩn đoán mang thai giả/hoang tưởng mang thai cần loại trừ mang thai thật bằng các công cụ như siêu âm, xét nghiệm  $\beta$ -hCG.

- Cần loại trừ một số trường hợp bệnh lý khiến cơ thể có các triệu chứng giống mang thai

như suy giáp nguyên phát, u tiết prolactin nguyên phát; tăng Prolactin máu do dùng thuốc an thần kinh (dòng Phenothiazine, haloperidol, butyrophenone, metoclopramide, sulpiride,...); thuốc chống trầm cảm (MAOI, TCA, Fluoxetine); thuốc huyết áp (reserpine, methyldopa),.. [7]

- Về mặt định nghĩa, hoang tưởng là ý tưởng sai lầm với thực tại, không phù hợp với nền văn hóa và tôn giáo của bệnh nhân, không thể giải thích và không thể đã thông được.

Trên bệnh nhân các xét nghiệm  $\beta$ -hCG, siêu âm đều không phù hợp với mang thai hoặc sau sinh vài ngày như bệnh nhân kể. Chẩn đoán xác định là phải mang thai giả hay rối loạn hoang tưởng thì chúng tôi cần thêm dữ liệu của case lâm sàng để bàn luận về các yếu tố tâm lý, các yếu tố củng cố chẩn đoán trong trường hợp này. Trường hợp này có một số yếu tố cần phân tích rõ. Thứ nhất, bệnh nhân luôn che dấu việc đi khám thai cùng người nhà, nếu bệnh nhân có hoang tưởng mang thai thì bệnh nhân hoàn toàn tin tưởng vào việc mình có thai và ít/không có xu hướng né tránh đi khám thai cùng người nhà. Thứ hai, vết sẹo ngang cũ trên bụng bệnh nhân nói là hen bác sỹ tại địa điểm nhà nghỉ để mổ lấy thai cách đó 1 ngày. Điều này cho thấy bệnh nhân đã có sự chuẩn bị vết sẹo từ trước, tuy nhiên vì kiến thức y học của bệnh nhân có hạn nên tạo ra sự mâu thuẫn về thời gian vết sẹo và địa điểm tiến hành mổ lấy thai. Hơn nữa, trong sản khoa mổ đẻ thông thường hay rạch da đường Pfannenstiel (trên khớp mu 2cm, thường trùng nếp lằn bụng để tăng tính thẩm mỹ, sẽ hơi cong xuống). Đường rạch của bệnh nhân là đường Joel Cohen, cao hơn thông thường. Theo nhận định chuyên môn sản khoa, đây là vết sẹo rạch hết lớp da sau đó khâu lại, mô phỏng vết sẹo mổ đẻ. Tuy nhiên với cảm xúc căng thẳng, kích động của bệnh nhân lúc vào viện và việc muốn có công an khám nghiệm chúng tôi cũng chưa thể loại trừ hoàn toàn hoang tưởng mang thai. Ngoài ra, những mô tả của người nhà cho rằng bệnh nhân không thấy dấu hiệu như bụng to dần lên, ngực căng tức,..cho thấy trường hợp này không phải là rối loạn mang thai giả.

**Điều trị:** Các bệnh cảnh trên có cách điều trị và quản lý hoàn toàn khác nhau. Thuốc chống loạn thần đóng một vai trò quan trọng trong điều trị rối loạn loạn thần, cụ thể là hoang tưởng mang thai trong trường hợp này. Mặt khác, trong trường hợp mang thai giả, nếu các triệu chứng cơ thể của bệnh nhân xuất hiện, vai trò của hóa dược là thứ yếu. Giáo dục, liệu pháp tâm lý nhận thức hành vi được cho là những biện pháp hiệu

quả với bệnh nhân mang thai giả. Hơn nữa, nếu bệnh nhân giả bệnh (giả mang thai), phải xem xét khía cạnh áp lực mang thai của bệnh nhân, và xem xét liệu bệnh nhân có rối loạn nhân cách trong trường hợp này. Trong ca bệnh này bệnh nhân không hợp tác điều trị nên không thể đưa ra nhận xét về điều trị.

#### IV. KẾT LUẬN

1. Trong quá trình khám, đánh giá, theo dõi các thông tin khai thác cần đầy đủ, nhiều nguồn khác nhau để có cách nhìn toàn diện với tình trạng bệnh.

2. Đối với những bệnh nhân có biểu hiện giống mang thai nhưng không có bằng chứng mang thai cần thăm khám thực thể, tâm thần và các cận lâm sàng đầy đủ nhất giúp cho gia đình, nhân viên y tế, gia đình có chẩn đoán chính xác nhất.

3. Quá trình tiếp nhận bệnh nhân trên và tham khảo ý văn cũng đặt ra các vấn đề với chuyên khoa sản, tâm thần, có thể giám định về vấn đề này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association và American Psychiatric Association, *btv*.

- (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, American Psychiatric Association, Washington, D.C.
2. Hoyer C.L. (1939). Pseudocyesis. By George Davis Bivin, Ph. D., and M. Pauline Klinger, M. A. (Bloomington, Indiana: The Principia Press, Inc., 1937.). *Am J Psychiatry*, **95**(5), 1250–1250.
3. Tarín J.J., Hermenegildo C., García-Pérez M.A. và cộng sự. (2013). Endocrinology and physiology of pseudocyesis. *Reprod Biol Endocrinol*, **11**(1), 39.
4. Laplante P. (1991). The Couvade Syndrome. *Can Fam Physician*, **37**, 1633–1660.
5. Yadav T., Balhara Y.P.S., và Kataria D.K. (2012). Pseudocyesis Versus Delusion of Pregnancy: Differential Diagnoses to be Kept in Mind. *Indian J Psychol Med*, **34**(1), 82–84.
6. Larner A.J. (2008). Delusion of pregnancy in frontotemporal lobar degeneration with motor neurone disease (FTLD/MND). *Behav Neurol*, **19**(4), 199–200.
7. López M.A.C., Rodríguez J.L.R., và García M.R. (2013). Physiological and Pathological Hyperprolactinemia: Can We Minimize Errors in the Clinical Practice?, *IntechOpen*.
8. Ahuja N., Moorhead S., Lloyd A.J. và cộng sự. (2008). Antipsychotic-induced hyperprolactinemia and delusion of pregnancy. *Psychosomatics*, **49**(2), 163–167.

## KẾT QUẢ HÓA TRỊ DẪN ĐẦU PHÁC ĐỒ GEMCITABIN-CISPLATIN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III-IV(M0) TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Hoài Thương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thái Hòa<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ gemcitabine- cisplatin điều trị dẫn đầu trên nhóm bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IV(M0) tại Bệnh viện ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 39 BN UTMH giai đoạn III-IV (M0) được điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ gemcitabine- cisplatin 3 chu kỳ tại bệnh viện ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2022. Bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo tiêu chuẩn Recist 1.1, độc tính dựa theo phần độ tiêu chuẩn Common Terminology Criteria for Adverse Events v.5.0 (CTCAE). **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 94.9%, Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ tại u và

hạch lần lượt là 91.3% và 84.6%. Tác dụng phụ lên hệ tạo huyết thường gặp ở chu kỳ thứ 3 là hạ bạch cầu (59%), giảm huyết sắc tố (30.8%) và hạ tiểu cầu (12.9%). Hầu hết các độc tính độ 1,2. 1/39 (2.6%) BN tăng creatin độ 1, 25.6% BN tăng men gan độ 1 sau hóa chất, các tác dụng phụ hay gặp gồm buồn nôn (94.8%), nôn (64.1%), chủ yếu là độ 1. **Kết luận:** hóa chất dẫn đầu gemcitabine- cisplatin ở bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IV(M0) mang lại tỉ lệ đáp ứng cao, dung nạp tốt, độc tính tối thiểu trên hệ tạo huyết.

**Từ khóa:** ung thư vòm mũi họng, hóa chất dẫn đầu, giai đoạn III-IV(M0)

#### SUMMARY

#### TREATMENT RESULT OF GEMCITABIN-CISPLATIN AS INDUCTION CHEMOTHERAPY IN NASOPHARYNX CANCER STAGE III-IV(M0) IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

**Objective:** Treatment results and adverse effects of gemcitabine-cisplatin induction chemotherapy on patients with stage III-IV (M0) nasopharynx cancer at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and methods:** clinical trial, retrospective, study on 39 patients with stage III-IV (M0) nasopharynx cancer who received 3

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thương

Email: Bsthuong105@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022