

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở PHỤ NỮ LIÊN QUAN ĐẾN CÁC BIẾN ĐỔI NỘI TIẾT

NGUYỄN VĂN SIÊM - Bệnh viện tâm thần trung ương I

TÓM TẮT

Trong bài báo này, đã trình bày 5 trường hợp rối loạn tâm thần xảy ra ở phụ nữ trong các thời kỳ có biến động về sinh học, sinh lý và tâm lý khác nhau (kinh nguyệt, mang thai, ngay trước khi lên bàn đẻ, sau khi đẻ, mãn kinh). Ở Việt Nam, những trường hợp như trên thường không đến điều trị nội trú tại các bệnh viện tâm thần. Họ đến chữa ở môi trường ngoại trú. Về lâm sàng, các ca trên có một số nét riêng khác với mô tả trong y văn hoặc có bệnh cảnh đa dạng và phức tạp với các rối loạn giống như trong các bệnh cơ thể, lập đi lập lại kéo dài, thường được điều trị về mặt triệu chứng nhưng không có kết quả. Chẩn đoán như một ca trầm cảm ẩn và điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm ba vòng loại yên dịu cho kết quả thỏa mãn cả bệnh nhân và bác sĩ.

Từ khóa: rối loạn tâm thần, thời kỳ biến đổi nội tiết nữ.

SUMMARY

In this paper, are reported five cases of mental disorders appeared in women's period of biological, physiological and psychological changes (menstruation, just prior to delivery, post-partum, menopause). Such cases have been rarely seen in psychiatric hospital, the patients frequently seeking mental health care in extra-hospital setting. Among these cases, one woman with persisting and repetitive complicated and polymorphe somatoform disorders have been symptomatically treated without any success. A diagnosis of masked depression has been made and results satisfying both the patient and doctor obtained with a tricyclic antidepressive drug.

Key words: mental disorders, women's period of endocrinological changes.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Có một số rối loạn tâm thần thường xuất hiện ở phụ nữ trong các thời kỳ biến động nội tiết như kinh nguyệt, cho con bú, đẻ, đoạn kinh được mô tả trong y văn thế giới với tỷ lệ rất cao.

Hội chứng tiền kinh nguyệt gặp ở 90% phụ nữ, cường độ tăng sau 30 tuổi.

Các rối loạn tâm thần thời kỳ đẻ: hội chứng ngày thứ ba hay hội chứng babyblues gặp ở 50% - 70% cuộc đẻ; loạn thần sau đẻ (xuất hiện trong vài tuần lễ đầu sau khi sinh) gặp với tỷ lệ 1 - 2 trong 1000 ca đẻ (H.I.Kaplan); giai đoạn trầm cảm chủ yếu sau đẻ là nguyên nhân của 40% các trường hợp nhập viện tâm thần trong vòng 3 tháng sau đẻ. Các trường hợp trên có nguy cơ tự sát và giết đứa con sơ sinh và có thể tiến triển kéo dài dưới dạng ám ảnh.

Về nguyên nhân đã có rất nhiều nghiên cứu về hormon sinh dục nhưng cho đến nay vẫn chưa phát hiện điều gì bất thường.

Trong bảng phân loại ICD-10 (chương 5, phần F, WHO, 1992) rối loạn tâm thần và hành vi trong thời kỳ đẻ được xếp ở mục F53, nhưng các rối loạn tâm thần ở trên đây chưa có một vị trí rõ ràng.

Ở nước ngoài các rối loạn tâm thần ở phụ nữ theo các nghiên cứu có tỷ lệ cao như vậy nhưng ở Việt Nam ít gặp các rối loạn đó trong môi trường bệnh viện tâm thần. Trong mấy chục năm thực hành tâm thần học, chúng tôi chỉ gặp một số ít trường hợp ở môi trường ngoại trú và các trường hợp rối loạn tâm thần ở họ lại có một số nét không giống như mô tả trong y văn thế giới. Vì vậy trong bài báo này tôi muốn nêu lên một số nét riêng ở phụ nữ Việt Nam.

Mục tiêu

- Mô tả một số trường hợp rối loạn tâm thần xảy ra ở các thời kỳ biến động nội tiết nữ.

- Phân tích chẩn đoán và điều trị các trường hợp đó.

PHƯƠNG PHÁP

- Tiếp cận lâm sàng theo các phương pháp thường áp dụng trong lâm sàng tâm thần học (hỏi bệnh, phỏng vấn) dựa vào nội dung của công cụ CIDI 2.1 (WHO tháng I, 1997).

- Thu thập thông tin từ bệnh nhân và thân nhân của người bệnh, theo nội dung nhiều trục: biểu hiện rối loạn tâm thần hiện tại, nhân cách trước khi mắc bệnh, bệnh cơ thể quan trọng đã mắc, các stress tâm lý - xã hội, kết quả hoạt động hiện tại.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trường hợp 1

Tr.K.Ph., 32 tuổi, làm nghề kế toán doanh nghiệp, tiền sử bệnh cá nhân và gia đình không có gì đặc biệt, hành kinh từ 16 tuổi, lấy chồng năm 28 tuổi, có một con gái 2 tuổi. Qua các kỳ hành kinh nhiều năm trước, Ph. chỉ thấy vài khó chịu thoáng qua như mệt mỏi, kém ngủ, không muốn giao tiếp.

Từ 31 tuổi đến gần đây, mỗi kỳ hành kinh tự nhiên bệnh nhân cứ thấy bồn chồn, lo lắng, mệt mỏi, có khi ít ngủ, có khi lại ngủ nhiều, tập trung chú ý giảm, chỉ muốn ngồi một mình, thỉnh thoảng có ý nghĩ tiêu cực (điều gì đó xấu có thể xảy ra với bản thân và gia đình), sợ ánh sáng sợ tiếng động, dễ bần gắt, lúc vui lúc buồn không ổn định. Bệnh nhân phải đến tìm sự giúp đỡ của bác sỹ trong trạng thái như trên.

Bàn luận

Bệnh cảnh lâm sàng của hội chứng tiền kinh nguyệt đã được mô tả trong y văn là những biểu hiện giống tâm căn với các nét rối loạn khí sắc trầm cảm lo âu nhẹ thoáng qua (tự qua khỏi trong 3 - 4 ngày). Ở Việt Nam rất ít trường hợp phụ nữ có hội chứng này phải đi khám bệnh. Trường hợp của Ph. như trên đây là những rối loạn mức độ nặng, cần đến sự giúp đỡ của bác sỹ.

Các biểu hiện lâm sàng trên đây giống các triệu chứng tâm căn với các nét rối loạn khí sắc trầm cảm - lo âu.

- Các rối loạn trên liên quan chặt chẽ với chu kỳ kinh.

- Không có các dấu hiệu của một bệnh thực tổn (nhiễm trùng, nhiễm độc).

- Điều trị dễ qua khỏi. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về lâm sàng cũng như các hormon sinh dục từ khoảng 70 năm nay nhưng cho đến hiện nay chưa có các tiêu chuẩn chuẩn hóa chẩn đoán cũng như cách đánh giá về chất và lượng của các triệu chứng (C.Spadone, F.Guedj).

Việc chẩn đoán và điều trị theo yêu cầu thực hành:

- Giải thích cho bệnh nhân về các biểu hiện khó chịu có thể gặp trong kỳ hành kinh là thường gặp, biểu hiện thường nhẹ và tự qua khỏi; trường hợp mức độ nặng hơn là hiếm gặp và cần sự giúp đỡ của bác sỹ; nói chung tiên lượng tốt.

- Điều trị: trường hợp trên đây được chỉ định một loại thuốc chống trầm cảm an dịu liều rất thấp (amitriptylin 25mg 1 - 2 viên trước lúc đi ngủ, vitamin B-complex). Kết quả thu được khá nhanh ngay những ngày đầu tiên dùng thuốc.

Trường hợp 2

Sản phụ Th., 28 tuổi, tiểu thương, chữa con so đã đến ngày sinh. Tiền sử sức khỏe không có gì đáng kể. Đột ngột xuất hiện một cơn kích động ngôn ngữ và vận động la hét to, đi lại, vận động chân tay mạnh, lộn xộn, ý nói về mờ mịt, tổ tiên, hương khói, có lúc nhận nhầm người thân, ý thức có vẻ không sáng sủa. Khám xét thực thể, xét nghiệm cấp công thức bạch cầu, kết quả không có gì đặc biệt.

Bệnh nhân được đưa đến gặp bác sỹ trong tình trạng như trên.

Bàn luận

Những trường hợp loạn thần cấp được mô tả trong y văn là các trường hợp xảy ra sau đẻ (postpartum psychosis) thường xuất hiện đột ngột từ ngày thứ năm đến ngày thứ 25 sau khi sinh, đôi khi có những triệu chứng báo trước như ý nghĩ nghiền ngẫm, lo âu, ác mộng, kích động về đêm trước khi xuất hiện một loạn thần cấp với các triệu chứng đa dạng (lú lẫn ý thức, hoang tưởng, về mặt lơ láo sợ hãi, cảm nhận người và vật ở xung quanh mình trở nên khác lạ), khí sắc lúc buồn lúc vui, ý tưởng bị hại, phủ định đã có chồng, phủ định đã có mang, phủ định đã sinh con, sợ chết, có ý tưởng tự sát và làm hại con. Bệnh nhân đã được gia đình đưa đến Bệnh viện tâm thần trung ương như một trường hợp cấp cứu.

Ca bệnh này của chúng tôi có điểm rất khác với các trường hợp mô tả trong y văn (loạn thần sau khi đẻ), họ đã được đưa đến bệnh viện khi cơn loạn thần khởi phát cấp diễn ngay trước giờ sinh.

Trường hợp một ca đặc biệt như thế này, một xử trí phải hết sức thận trọng và khẩn trương từ chẩn đoán đến xử trí làm thế nào có được sự an toàn cho cả sản phụ và cho cả đứa bé sắp sinh ra.

Về chẩn đoán phải loại trừ rất nhanh mọi bệnh thực tổn nhất là một bệnh nhiễm trùng.

Về điều trị cũng phải chọn một giải pháp an toàn cho cả mẹ và con. Valium 20mg dung dịch tiêm tĩnh mạch, Hept-a-myl 50mg tiêm tĩnh mạch (liều lượng cũng phải rất cân nhắc). Bệnh nhân tạm yên trong vòng năm phút.

Bác sỹ hộ tổng bệnh nhân đến khoa sản và phòng đẻ. Bệnh nhân đẻ thường sau 50 phút (èkip tâm thần lúc này mới tạm đỡ căng thẳng). Bệnh nhân được theo dõi và chăm sóc về mặt tâm thần trong nhiều tháng, tình trạng khả quan.

Trường hợp 3

Đ.Th.M.H., 30 tuổi, kỹ thuật viên trung cấp bưu điện, tiền sử sức khỏe không có gì đặc biệt, lấy chồng 2007, đẻ con so, con trai, sinh ngày 4 tháng 9/2009; khai là đẻ non một tháng, phải cắt khâu tầng sinh môn (épisiotomie), cân nặng của bé lúc sinh 2,2kg, mẹ bị “xuống sữa”, bà ngoại nuôi cháu. Thời gian có mang 4 tháng đầu, bệnh nhân bị mệt mỏi, kém ăn, kém ngủ. Từ tháng thứ 5, tình trạng đỡ hơn, đi làm việc bình thường.

Sau khi đẻ 20 ngày xuất hiện mất ngủ gần như trắng đêm, kéo dài liên tục hơn một tháng, kèm theo mệt mỏi, chán ăn, không trò chuyện với ai trong gia đình; bé con, cho con bú chỉ trong chốc lát, có vẻ thờ ơ với con, không nhìn con với vẻ âu yếm; biểu hiện buồn bã, thờ ơ; người thân đến thăm hỏi: biểu hiện nét mặt nghèo nàn, trả lời bị động, chậm chạp, ít phản ứng tình cảm. Kêu đau đầu, mệt mỏi, giảm trí nhớ, sợ tiếng động, cảm nghĩ sợ ma làm loảng thoảng. Có lúc nói với chồng “tiêm thuốc ngủ cho tôi chết đi”, có lúc ghét chồng, mắng chồng và mắng người giúp việc. Bệnh nhân đến khám tại phòng khám bệnh viện Bạch Mai, được xét nghiệm máu, ghi điện não, được chẩn đoán và điều trị như một trường hợp trầm cảm sau đẻ. Bệnh nhân uống một lần thuốc thấy cảm giác rất khó chịu, sợ là thuốc độc nên không chịu tiếp tục dùng thuốc. Bệnh nhân được gia đình đưa đến với chúng tôi trong tình trạng lơ đãng, chậm chạp, không có biểu cảm nét mặt, trả lời hết sức bị động, vẻ mặt hốc hác, than phiền mất ngủ nặng và mệt mỏi.

Kết hợp các kết quả thăm khám của bệnh viện Bạch Mai với thăm khám tâm thần hiện tại, các nét rối loạn tâm thần được tóm tắt như sau:

- Khí sắc trầm buồn, mất quan tâm thích thú, thờ ơ cả với đứa con mới đẻ.
- Giảm năng lượng (sinh lực) dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động ngày càng tăng.
- Giảm tập trung chú ý.
- Có ý tưởng muốn chết.
- Các rối loạn sinh học nặng (mất ngủ, chán ăn tụt cân).
- Bệnh nhân được phân tích và chẩn đoán là rối loạn trầm cảm sau đẻ mức độ trung bình nặng, không có triệu chứng loạn thần. Theo yêu cầu của gia đình được điều trị ngoại trú. Một số thuốc đã được chỉ định.

Elavil (amitriptylin, một thuốc chống trầm cảm ba vòng yên dịu) được chỉ định với liều 50mg buổi tối và 25mg buổi trưa; đồng thời cho paracetamol 500mg 2 viên, 3 lần trong ngày và vitamin B-complex liều cao. Bệnh ổn định khá nhanh trong vòng 2 tuần. Bệnh nhân được theo dõi tiếp tục cho đến hiện nay, tình trạng khả quan.

Trường hợp 4

Bệnh nhân Đ.Th.Đ., 50 tuổi, giáo viên cấp 3. Tiền sử gia đình không có gì đặc biệt. Tiền sử cá nhân hầu như

bình thường: cho đến gần đây bà Đ. vẫn là một phụ nữ hoạt bát, dạy học, nuôi dạy 2 con và đảm đương việc nhà. Bà Đ. đến gặp thầy thuốc, than phiền bị mệt mỏi, đau lưng, đau cổ, đau dạ dày, táo bón, chóng mặt, run tay; giảm tập trung chú ý, không thích chơi cầu lông như trước, không thích đọc sách báo, khó làm các công việc gia đình như thường lệ (mua bán, nấu ăn), không đến trường dạy học đã hơn một tháng trước khi phải đi khám bệnh. Bà Đ. báo cáo: không thấy có tình cảm với mọi người như trước, không cảm thấy vui khi đưa cháu nội thứ 2 ra đời. Hay có cảm giác bồn chồn lo sợ, hay cáu gắt, trách móc người này người kia vì những lý do không đáng kể. Rất khó vào giấc ngủ và thức giấc rất sớm (4 giờ sáng), sáng ra rất mệt mỏi. Chán ăn, giảm 3kg trong vài tháng qua. Bà Đ. trình bày các chi tiết khá rõ ràng, không có rối loạn về suy nghĩ và ngôn ngữ, nói rằng các khó chịu kể trên trội hẳn lên vào buổi sáng.

Chồng bà Đ. cho rằng tất cả các rối loạn kể trên là do đoạn kinh, bởi vì trước kia chưa bao giờ ông thấy các biểu hiện như vậy ở vợ mình.

Bàn luận

Ở bà Đ., tóm tắt có một số nét sau đây: suy nhược, dễ bị kích thích, cảm xúc san bằng, mất quan tâm thích thú, dễ bị kích thích, tự trách mình, cảm nghĩ không thích đáng, lo sợ, khó tập trung chú ý, giảm trí nhớ, nhiều rối loạn dạng cơ thể, rối loạn sinh học (dậy sớm, chán ăn, sụt cân). Các rối loạn có cường độ trội lên về sáng.

Các rối loạn trên thuộc bệnh cảnh trầm cảm nội sinh.

Đồng thời có một số nét gợi ý một trầm cảm thoái triển (hay trầm cảm nội sinh khởi phát muộn, 50 tuổi); không có tiền sử rối loạn khí sắc; không có các yếu tố suy thoái về thể chất; bệnh cảnh bao gồm rối loạn lo âu và hưng phấn tâm thần vận động hơn là biểu hiện ức chế; có hỗn hợp các nét than vãn nghi bệnh; không có sự thoái triển các chức năng tâm lý cấp cao (như tư duy, ngôn ngữ, nhận thức, hành vi...).

Điều trị

- Chỉ định loại thuốc chống trầm cảm 3 vòng yên dịu như amitriptylin với liều hiệu quả trong thời gian 3 – 4 tháng. Amitriptylin 25mg được cho trưa 1 viên, tối 2 viên. Kết quả khả quan sau 2 tuần dùng thuốc và tình trạng ổn định cho đến nay.

- Giải thích cho bệnh nhân về bản chất bệnh, sự tiến triển và tiên lượng, sự tuân thủ điều trị. Loại trầm cảm này thường có các đợt tái phát. Cần dùng thuốc chống trầm cảm 3 vòng liều thấp trong nhiều tháng để đề phòng tái phát.

Trường hợp 5

Bệnh nhân A.Th., 54 tuổi, giáo viên cấp 2, nghỉ hưu năm 2007, có chồng, có một con trai, một con gái đã tốt nghiệp đại học và đều đã có việc làm.

Bệnh nhân đến khám bệnh, khai rằng ngày 29 tháng 5/2008, đã phải nằm Bệnh viện Hữu Nghị 20 ngày vì có biểu hiện từng đợt mất ngủ trắng đêm, đến mức bệnh nhân cứ nghĩ đến buổi tối là đã sợ vì “sợ cả đêm không ngủ được”, những đêm ngủ được tương đối thì giấc ngủ không được yên; hay có ác mộng (mơ ngã từ trên cao xuống, mơ leo lên nơi cao và không thể tụt xuống được), rất sợ hãi, có khi vùng dậy đột ngột, hốt hoảng. Sáng dậy rất sớm, toàn thân mệt mỏi rã rời, chán ăn nặng, sụt cân nhiều (48kg tụt xuống 45kg trong vài tháng). Có những cơn cảm giác bút đứt bồn chồn trong người, ngột ngạt, khó thở, đánh trống ngực, hồi hộp (trong cơn, tự đo

huyết áp là 125/80mmHg, tự bắt mạch 80 – 90 nhịp/phút, bình thường nhịp mạch cổ tay chỉ là 60); kèm theo vã mồ hôi, gai gai rét. Cơ kéo dài 5 đến 10 phút. Thỉnh thoảng có ngày có cơn ngắn hơn. Than phiền đau mỗi cơ, cảm giác tê dại toàn thân. Có những cơn đau bụng (tự cho là do co thắt đại tràng), ợ hơi, ợ chua, đánh hơi nhiều, phân thường lỏng nhưng ngày chỉ đi một lần.

Tại bệnh viện, bệnh nhân được khám xét toàn thân, tim mạch, tiêu hóa và thần kinh, được chụp X quang tim phổi và đại tràng, ghi điện tim, ghi điện não, siêu âm ổ bụng, xét nghiệm huyết học và sinh hóa : kết quả đều không có gì bất thường. Được điều trị triệu chứng bằng thuốc, bệnh có giảm và được cho ra viện với chẩn đoán suy nhược thần kinh. Sau khi ra viện vài tuần thì các khó chịu trên đây lại tái diễn với mức độ gần như cũ. Khi đến với chúng tôi, bà Th. mang theo đủ các kết quả thăm khám và xét nghiệm những năm trước cũng như tất cả các đơn thuốc còn giữ được. Khai thác sâu hơn, thấy rằng: - trong tiền sử (tháng 10 năm 2000), bà Th. bị chó cắn, bị chảy máu nhiều chỗ, sau đó rất sợ chó, đi đâu thoáng nhìn thấy chó là đã sợ, nhiều lần ngủ mơ cũng thấy chó đuổi, rất hoảng hốt. Cuối năm 2000 phải điều trị ngoại trú 6 tháng bằng INH và rifamycin vì lao phổi. Sau đó, nhiều lần đến kiểm tra sức khỏe và chụp X quang tại Viện chống lao, kết quả không thấy gì đặc biệt. Từ 20 năm nay, thỉnh thoảng thấy ị ạch khó chịu ở vùng bụng trên, khám tại Bệnh viện Hữu nghị, được nội soi dạ dày, kết quả không thấy gì đặc biệt, đã được điều trị ngoại trú như viêm dạ dày, không có kết quả. Nhiều năm về sau, thỉnh thoảng vẫn có những đợt vài ba ngày bị ị ạch vùng thượng vị như vậy, dùng thuốc về dạ dày đều không đỡ. Từ khoảng gần 20 năm qua, bị 6 đợt có các biểu hiện gần giống nhau: đầy hơi, khó tiêu, buồn nôn, thành bụng lằn lằn như rắn bò, ngày chỉ đại tiện một lần nhưng phân thường lỏng; thỉnh thoảng có ngày bị tiểu tiện nhiều lần nhưng không bị đau buốt, kèm theo khát nước nhiều, tự nhiên khô. Sáu đợt khó chịu trên đây, đều đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị; chụp X quang đại tràng nhiều lần không thấy gì đặc biệt, được điều trị với chẩn đoán viêm hồi manh tràng mạn tính và viêm đại tràng co thắt, nhưng kết quả không thấy rõ rệt. Từ ba năm nay, đã vài lần đến khám lại về đại tràng, được hai bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa khám xét rất kĩ và đều kết luận là không có vấn đề gì về đại tràng.

Bàn luận

Các rối loạn bà Th. trình bày trên đây tiến triển đã vài chục năm nay, giống như các rối loạn chức năng của các hệ thống tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu và thần kinh nên bà Th. đã phải đến khám xét ở nhiều chuyên khoa; điều trị triệu chứng không cho kết quả. Các triệu chứng trên thường xuất hiện đồng thời với cường độ khác nhau, tiến triển từng đợt 4-5 tuần.

Bác sĩ tâm thần chúng tôi trong trường hợp này, phải làm các việc sau đây:

Thăm khám lâm sàng, xác định rõ các triệu chứng.

Dựa vào các kết quả chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân đã được thực hiện trong nhiều năm trước, đồng thời khám xét thêm để loại trừ các bệnh thực thể, các rối loạn do dùng chất ma túy...

Phân tích và tổng hợp các triệu chứng của bệnh nhân thuộc về tập chứng tâm thần nào.

Chẩn đoán phân biệt với các rối loạn tâm thần khác có những biểu hiện tương tự.

Xác định chẩn đoán và điều trị theo chẩn đoán đó.

Tóm tắt trên bệnh nhân này có các triệu chứng sau đây:

- Các triệu chứng làm nghỉ nhiều đến các rối loạn thần kinh thực vật.

- Triệu chứng ám ảnh sợ (sợ chó) và các biểu hiện lo lắng nghi bệnh; các biểu hiện nghi bệnh này có thể xuất hiện do bệnh kéo dài nhiều năm, chữa chạy không khỏi.

Về mặt tiến triển, bệnh có các đợt kéo dài 3 – 4 tuần với các biểu hiện như trên, lặp đi lặp lại nhiều lần và kéo dài nhiều năm; điều trị triệu chứng hầu như không cho kết quả nào; các biểu hiện bệnh có cường độ nặng lên vào buổi sáng, về trưa và chiều có cảm giác dễ chịu hơn. Tóm lại, bệnh có biểu hiện cho phép nghĩ đến chẩn đoán một trầm cảm ẩn.

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng yên dịu cho kết quả khá nhanh và ổn định, làm cho bệnh nhân thỏa mãn. Tình trạng ổn định cho đến nay đã được 16 tháng. Bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng thuốc duy trì và được tư vấn để đề phòng bệnh tái phát.

KẾT LUẬN

Trên đây, 5 trường hợp rối loạn tâm thần xảy ra ở nữ trong các thời kỳ có thay đổi nội tiết như hành kinh, ngay trước khi sinh, sau khi sinh, đoạn kinh (tuy nhiên cho đến hiện nay đã có rất nhiều nghiên cứu về các hormon nội tiết nhưng không thấy điều gì bất thường). Các trường hợp này ở nước ta ít gặp trong các bệnh viện tâm thần (có thể do mặc cảm rằng rối loạn tâm thần là các bệnh mất trí). Ở môi trường ngoại trú cũng chỉ gặp các ca bệnh nặng (có thể nữ được nương nhẹ hơn và người ta thường tìm cách điều trị tại nhà). Chúng tôi không nghĩ là ở Việt Nam lại có ít các loại bệnh này như vậy. Các biểu hiện được mô tả trong các ca này có một số nét lâm sàng có phần khác với y văn đã được nêu rõ. Một ca có các nét triệu chứng lâm sàng phức tạp liên quan đến nhiều chuyên khoa làm cho việc chẩn đoán và điều trị không đơn giản và việc điều trị triệu chứng không kết quả. Cách tiếp cận toàn diện sinh học – tâm lý – xã hội cùng với khám xét chuyên khoa sâu và suy luận y học theo quy luật hội chứng học và tiến triển và sau khi điều trị có kết quả đã có thể làm thỏa mãn cả bệnh nhân và bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A.V.Xnhegionhepxki. Rối loạn tâm thần trên cơ sở các bệnh thể chất không nhiễm khuẩn và các bệnh nội tiết, trong sách Tâm thần học, O.V.Kecbicôp, M.V.Cockina, R.A.Natgiarôp, A.V.Xnhegionhepxki. Nhà xuất bản "Mir", Matxcova – Nhà xuất bản y học Hà Nội, 1980.
2. C.Spadone, F.Guedj. Dépression et maladies endocriniennes in Les maladies dépressives. Jean Pierre Olié, Marie-France Poirier, Henri Léo. Flammarion, Paris, 1995, pp.136 – 143.
3. H.I.Kaplan, B.J.Sadock. Synopsis of Psychiatry (Postpartum blues pp.23, 360. Postpartum psychosis pp. 359 – 360. Menopausal distress pp. 509 – 510). Williams and Wilkins, Baltimore, 1991 .
4. Nguyễn Văn Siêm. Phân tích lâm sàng loạn thần xuất hiện sau khi đẻ. Y học thực hành số 11, 1996, trang 107 – 110.
5. Th.Lemperère, A.Féline et al. Psychiatrie de l'adulte. Masson, Paris, 1987, pp. 349 – 353.
6. WHO. ICD-10 (chương V, phần F3). World Health Organization, Geneva, 1992.