

nghĩa thống kê tại cả hai thời điểm sau 2 tuần và 4 tuần điều trị ($p < 0,01$). Điểm số ở tuần thứ 4 sau điều trị giảm hơn tuần thứ 2. Kết quả của chúng tôi đưa ra điểm trung bình thấp hơn nghiên cứu của tác giả Grover năm 2012 với điểm trung bình của FSFI là $24,93 \pm 8,71$. Nghiên cứu cho thấy 46,63% người bệnh trong nhóm đối tượng điều trị bằng SSRI, 42,85% với CTC ba vòng và 16,66% dùng Mirtazapine có RLCNTD.⁸ Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ phân tích trên 58 người bệnh nữ có RLCNTD, hơn nữa đối tượng là người bệnh nội trú nên mức độ trầm cảm và liều thuốc SSRI cũng cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Grover. Điều quan trọng nhất là nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tất cả đều được điều trị bằng thuốc SSRI, đã được chứng minh gây ảnh hưởng tới CNTD nhiều hơn các loại chống trầm cảm khác. Vì vậy điểm trung bình FSFI thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới sử dụng nhiều loại chống trầm cảm.

V. KẾT LUẬN

- Cả 6 khía cạnh của chức năng tình dục đều bị rối loạn, chiếm tỷ lệ cao nhất là đau khi quan hệ tình dục với 89,66%, tiếp theo là giai đoạn kích thích, sự hài lòng, giai đoạn ham muốn lần lượt chiếm 87,93%, 86,21% và 84,49%. Rối loạn tình dục giai đoạn cực khoái và bôi trơn âm đạo thấp nhất với 77,59% và 67,24%.

- Điểm trung bình của chỉ số đánh giá chức năng tình dục nữ FSFI giảm mạnh chứng minh sự suy giảm chức năng tình dục có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ tại cả 2 thời điểm sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hu XH, Hunkeler EM, Fireman B.** Incidence and Duration of Side Effects and Those Rated as Bothersome With Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Treatment for Depression: Patient Report Versus Physician Estimate. Published online 2004:7.
2. **Rosenberg KP, Bleiberg KL, Koscis J, Gross C.** A Survey of Sexual Side Effects Among Severely Mentally Ill Patients Taking Psychotropic Medications: Impact on Compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2003;29(4):289-296.
3. **Masiran R, Sidi H, Mohamed Z, et al.** Female Sexual Dysfunction in Patients with Major Depressive Disorder (MDD) Treated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) and Its Association with Serotonin 2A—1438 G/A Single Nucleotide Polymorphisms. *The Journal of Sexual Medicine.* 2014;11(4):1047-1055.
4. **Hayes R, Dennerstein L.** The Impact of Aging on Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review of Population-Based Studies. *The Journal of Sexual Medicine.* 2005;2(3):317-330.
5. **Shaeer O, Skakke D, Giraldi A, Shaeer E, Shaeer K.** Female Orgasm and Overall Sexual Function and Habits: A Descriptive Study of a Cohort of U.S. Women. *The Journal of Sexual Medicine.* 2020;17(6):1133-1143.
6. **Basson R, Gilks T.** Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond Engl).* 2018;14:174550651876266.
7. **Grover S, Kate N, Mishra E, Avasthi A.** Prevalence and Type of Sexual Dysfunction in Female Patients Receiving Antidepressant Medications. *Journal of Psychosexual Health.* 2020;2(2):158-164.
8. **Grover S, Shah R, Dutt A, Avasthi A.** Prevalence and pattern of sexual dysfunction in married females receiving antidepressants: An exploratory study. *J Pharmacol Pharmacother.* 2012;3(3):259.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CƠ THỂ HOÁ

Bùi Thanh Tùng¹, Nguyễn Văn Dũng², Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn giấc ngủ (RLGN) là một triệu chứng thường gặp ở rối loạn cơ thể hoá (RLCTH), có một số đặc điểm đặc trưng vừa có nét tương đồng lại vừa khác biệt so với rối loạn giấc ngủ trong trầm cảm và lo âu. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng

rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hoá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cơ thể hoá, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021, đánh giá dựa trên bệnh án nghiên cứu và trắc nghiệm tâm lý chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburg (PSQI). **Kết quả:** có 52/70 bệnh nhân (chiếm 74,3%) có rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng, trong đó 100% là mất ngủ, xét riêng theo giai đoạn giấc ngủ thì khó vào giấc chiếm tỷ lệ cao nhất ($n=38$, 73,1%), xét chung mất ngủ cả 3 giai đoạn của giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất 34,6%, mất ngủ hoàn toàn chiếm 25%, khó vào giấc đơn thuần chỉ 11,5%; trong khi đó trên thang điểm PSQI có tới 66/70 bệnh nhân (chiếm tới 94,3%)

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thanh Tùng

Email: tungbuiyhn1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2021

Ngày duyệt bài: 20.8.2021

có rối loạn giấc ngủ. **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ thường gặp trong rối loạn cơ thể hoá và là một vấn đề cần quan tâm trong chăm sóc và điều trị các bệnh nhân này.

Từ khoá: rối loạn giấc ngủ, rối loạn cơ thể hoá

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF SLEEP DISTURBANCES IN PATIENTS WITH SOMATIZATION DISORDER

Background: Sleep disturbances is a common symptom in somatization disorder, with some characteristic features that are both similar and different from sleep problems in depression and anxiety. **Objectives:** To describe some clinical features of sleep disturbances in patients with somatization disorder. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients diagnosed with somatization disorder, treated at the National Institute of Mental Health from September 2020 to May 2021, evaluating based on medical records and a psychological test named the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). **Results:** 52/70 patients (74.3%) had sleep disturbances in clinical assessment, of which 100% was insomnia. In particular, by sleep stages, difficult initiating sleep accounted for the highest percentage (n=38, 73.1%); in general, insomnia in all 3 stages of sleep accounted for the highest rate 34.6%, complete insomnia accounted for 25%, patients with only difficulty initiating sleep was just 11.5%; while on the PSQI, up to 66/70 patients (94.3%) had sleep disturbances. **Conclusion:** Sleep disturbances are common in somatization disorder and they are a matter of concern in the care and treatment of these patients.

Key words: sleep disturbances, somatization disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong xu hướng phát triển của thế giới hiện nay, con người ngày càng phải chịu nhiều sức ép từ cuộc sống, từ công việc cũng như từ các mối quan hệ xã hội. Chính vì vậy, các rối loạn liên quan với stress gặp ngày càng nhiều, trong đó có các rối loạn dạng cơ thể. Rối loạn cơ thể hoá là một rối loạn dạng cơ thể khá phổ biến. Tỷ lệ ước tính của rối loạn cơ thể hoá là 1% dân số nói chung, 1-6% ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và điều trị nội trú, nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ 2:1 đến 6:1, thường khởi phát trước 30 tuổi đến 40 tuổi¹. Đồng thời, rối loạn này lại có khuynh hướng tiến triển mạn tính, tái diễn, dai dẳng nhiều năm và gây ảnh hưởng rất lớn đến hoạt động chức năng và lao động nghề nghiệp của bệnh nhân².

Một trong những triệu chứng thường xuyên được bắt gặp trong rối loạn cơ thể hoá là rối loạn giấc ngủ³. Giấc ngủ có vai trò to lớn trong việc phục hồi các chức năng sống trong cơ thể sau 1 ngày làm việc dài, mỗi người trung bình giành

1/3 thời gian trong suốt cuộc đời cho việc ngủ. Khi cắt ngang tại 1 thời điểm bất kì, có tới 50% số người lớn bị ảnh hưởng bởi một hoặc một vài vấn đề về giấc ngủ. Những vấn đề giấc ngủ này bao gồm: khó vào giấc hoặc khó duy trì giấc ngủ, khó duy trì trạng thái thức và khó giữ được lịch thức ngủ nhất quán⁴. Các vấn đề giấc ngủ cùng với tính chất mạn tính của rối loạn cơ thể hoá ảnh hưởng nhiều tới điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có tác giả nào nghiên cứu về vấn đề này; vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hoá.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cơ thể hoá điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán F45.0 theo ICD – 10 bởi các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần
- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh lý cơ thể nặng, nguy hiểm tính mạng.
- Bệnh nhân có các tình trạng khác gây cản trở khả năng giao tiếp.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện. Từ mục tiêu nghiên cứu xây dựng bệnh án nghiên cứu phù hợp, tiến hành phỏng vấn và khám tâm thần bệnh nhân để nhận định trên lâm sàng và sử dụng thêm thang điểm PSQI để đánh giá, so sánh thêm.

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25. Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất của các biểu hiện, so sánh các tỷ lệ, kiểm định bằng các test thống kê phù hợp.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả không can thiệp, mục đích giúp đánh giá đầy đủ và điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân và chỉ tiến hành khi có sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà. Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội và cơ sở nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=70)

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	21	30%
	Nữ	49	70%
Trình độ học vấn	Dưới trung học phổ thông	48	68,6%
	Từ Trung học phổ thông trở lên	22	31,4%
Hôn nhân	Độc thân	5	7,1%
	Kết hôn	58	82,9%
	Ly thân/ Ly dị	2	2,9%
	Goá	5	7,1%
Nơi ở	Nông thôn	52	74,3%
	Thành thị	18	25,7%
Tuổi ($\bar{x} \pm sd$)	Hiện tại	51,1 ± 12,18	
	Khởi phát	44,1 ± 12,17	
Tổng thời gian mắc bệnh (năm) ($\bar{x} \pm sd$)		8,2 ± 6,81	
Thời gian mắc bệnh đợt này (tháng) ($\bar{x} \pm sd$)		2,4 ± 2,02	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tới 70%, nam giới chiếm 30%. Phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống, chiếm 68,6%. Về hôn nhân chủ yếu bệnh nhân đã kết hôn (82,9%). Về nơi ở, phần lớn bệnh nhân sống ở nông thôn (74,3%). Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51,1 ± 12,18, trong khi đó tuổi khởi phát trung bình là 44,1 ± 12,17. Tổng thời gian mắc bệnh trung bình là tương đối dài 8,2 ± 6,81 năm, thời gian mắc bệnh đợt này là 2,4 ± 2,02 tháng.

3.3. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trong rối loạn cơ thể hoá

Bảng 3.2: Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trong rối loạn cơ thể hoá (N=70)

Đặc điểm về RLG			Trên đánh giá lâm sàng		Trên thang PSQI	
			n	%	n	%
Có RLG	Mất ngủ	Không ác mộng	38	54,3%	66	94,3%
		Có ác mộng	14	20%		
	RLG khác	0	0%			
Không có RLG			18	25,7%	4	5,7%
Tổng thời gian RLG (năm) ($\bar{x} \pm sd$)			4,7 ± 4,93			
Thời gian RLG đợt này (tháng) ($\bar{x} \pm sd$)			2,5 ± 2,34			

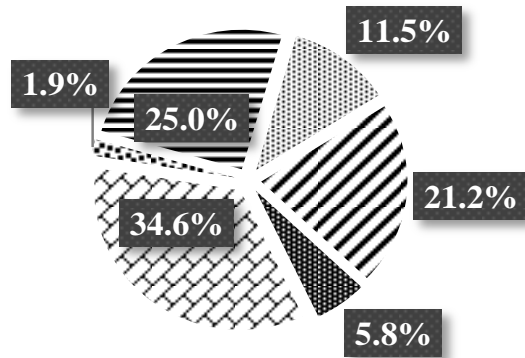
Nhận xét: Tỷ lệ RLG ở các bệnh nhân RLCTH là 74,3% (tương đương 52/70), trong đó mất ngủ chiếm 100% số bệnh nhân RLG, không có các RLG khác. Mất ngủ có ác mộng chiếm 1/5 tổng số bệnh nhân. Trong khi đó đánh giá trên thang PSQI với điểm cắt là 5 có tới 66/70 bệnh nhân (chiếm 94,3%) có RLG. Trong số các bệnh nhân RLG (n=52), tổng thời gian RLG trung bình là 4,7 ± 4,93 (năm), thời gian RLG đợt này là 2,5 ± 2,34 (tháng).

3.4. Đặc điểm giấc ngủ trong đêm theo các giai đoạn giấc ngủ

Bảng 3.3: Đặc điểm giấc ngủ trong đêm theo các giai đoạn giấc ngủ

Đặc điểm giấc ngủ	Thời điểm vào viện	Thời điểm ra viện	p
Thời gian đi vào giấc (phút) (N = 39)	121,2 ± 71,39	37,3 ± 19,43	0,000
Số lần thức giấc mỗi đêm (lần) (N = 39)	1,9 ± 1,07	1,1 ± 0,83	0,000

3.2. Tỷ lệ các loại hình mất ngủ



- ▣ Khó vào giấc đơn thuần
- ▣ Khó vào giấc + Khó duy trì giấc ngủ
- ▣ Khó vào giấc + thức dậy sớm

Biểu đồ 3: Tỷ lệ các loại hình mất ngủ (N=52)

Nhận xét: Trong số 52 bệnh nhân có RLG, xét RLG đơn thuần: tỷ lệ bệnh nhân khó vào giấc đơn thuần là 11,5%, giấc ngủ không hồi phục chỉ có 1,9%, mất ngủ hoàn toàn chiếm tới 25%. Về RLG kết hợp, khó vào giấc kèm khó duy trì giấc ngủ chiếm 21,2%; khó vào giấc kèm thức dậy sớm chiếm 5,8%; trong khi đó RLG cả 3 giai đoạn (khó vào giấc kèm khó duy trì giấc ngủ kèm thức dậy sớm) chiếm tỷ lệ cao nhất 34,6%.

Thời gian ngủ lại được sau khi thức giấc (phút) (N = 39)	30,8 ± 23,04	9,7 ± 13,62	0,000
Thời gian ngủ dậy sớm hơn thường lệ (giờ) (N = 39)	1,1 ± 1,12	0,2 ± 0,34	0,000
Tổng thời gian ngủ được (giờ) (N = 52)	3 ± 2,38	7,1 ± 1,19	0,000
Hiệu quả giấc ngủ trung bình (%) (N = 52)	48,4 ± 32,33	85,7 ± 10,01	0,000
Điểm trung bình PSQI (N = 52)	13,5 ± 4,64	7,3 ± 4,27	0,000

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân có RLG, xét giữa 2 thời điểm vào viện và ra viện thấy: thời gian đi vào giấc ngủ trung bình giảm từ 121,2 phút còn 37,3 phút. Số lần thức giấc mỗi đêm từ 1,9 lần giảm còn 1,1 lần; thời gian ngủ được sau khi thức giấc giảm từ 30,8 phút xuống 9,7 phút; thời gian ngủ dậy sớm hơn so với thường lệ cũng giảm từ 1,1 giờ chỉ còn 0,2 giờ. Điểm PSQI cũng giảm từ 13,5 xuống còn 7,3. Trong khi đó tổng thời gian ngủ trong đêm tăng từ 3 giờ lên 7,1 giờ, hiệu quả giấc ngủ cũng tăng từ 48,4% lên 85,7%. Sử dụng kiểm định Wilcoxon ghép cặp tất cả đều có $p = 0,000 < 0,01$ → có sự giảm về thời gian đi vào giấc, số lần thức giấc trong đêm, thời gian ngủ lại được sau khi thức giấc, thời gian thức giấc sớm hơn so với thường lệ, điểm PSQI. Cùng với đó, có sự gia tăng tổng thời gian ngủ và hiệu quả giấc ngủ có ý nghĩa thống kê, với $\alpha = 0,01$ (hay độ tin cậy 99%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ : nam $\approx 2,3 : 1$, và tuổi trung bình $51,1 \pm 12,18$, trình độ học vấn từ dưới trung học cơ sở chiếm 68,6%, và phần lớn bệnh nhân đã kết hôn với 82,9% kết quả này khá tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh (2020) (kết quả tương ứng là 3 : 1; $49,1 \pm 12,7$; 64,8% và 88,9%)⁵. Bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao 74,3%, tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn : thành thị $\approx 3 : 1$, kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2006) (tỷ lệ sống nông thôn là 77,5%)⁶.

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ qua đánh giá lâm sàng là 74,3% cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hà An (2006) (tỷ lệ này là 75%)⁶. Tuy nhiên so với nghiên cứu trên thế giới thì cao hơn nhiều như nghiên cứu của Ratika Sharma trên các bệnh nhân rối loạn dạng cơ thể (2017) thu được tỷ lệ RLG chỉ là 50,9% ở bệnh nhân RLCTH⁷; hay khi đánh giá trên thang PSQI tỷ lệ RLG lên đến 94,3% chiếm tới 66/70 bệnh nhân, tỷ lệ này cao hơn nhiều khi so sánh với tỷ lệ RLG trên đánh giá lâm sàng.

Biểu đồ 3 cho thấy trong số các bệnh nhân

RLGN (n = 52), khi xét đơn lẻ các loại hình RLG thì tỷ lệ các loại hình khó vào giấc xuất hiện ở 73,1% bệnh nhân; khi xét kết hợp nhận thấy mất ngủ cả 3 giai đoạn chiếm tỷ lệ lớn nhất 34,6%, mất ngủ hoàn toàn chiếm tới 25%, trong khi đó khó vào giấc đơn thuần chỉ chiếm 11,5%, không có khó duy trì giấc ngủ đơn thuần và không có thức dậy sớm buổi sáng đơn thuần; còn khi xét tổ hợp 2 loại hình đều thấy xuất hiện khó vào giấc, cụ thể khó vào giấc kèm khó duy trì giấc ngủ chiếm 21,2%, khó vào giấc kèm thức dậy sớm buổi sáng chiếm 5,8%, không có kết hợp của khó duy trì giấc ngủ kèm thức dậy sớm buổi sáng. Qua đó thấy khó vào giấc là nét đặc trưng chính trong RLG của RLCTH, đây cũng là điểm khác biệt so với RLG trong các rối loạn trầm cảm và các rối loạn lo âu.

Bảng 3.3 cho ta thấy các đặc điểm về giấc ngủ theo các giai đoạn giấc ngủ, $p = 0,000 < 0,01$ cho thấy sự cải thiện về cả thời lượng và chất lượng giấc ngủ sau điều trị. Về điểm trung bình PSQI của nghiên cứu chúng tôi là $13,5 \pm 4,64$, tương đồng với nghiên cứu của Ratika là $13,24 \pm 2,70$.⁷

V. KẾT LUẬN

Rối loạn giấc ngủ là triệu chứng thường gặp trong RLCTH với tỷ lệ lên đến 74,3%, các đặc điểm chính là khó vào giấc, khó duy trì giấc ngủ, đặc biệt là mất ngủ cả 3 giai đoạn chiếm 34,6%. Sau điều trị có sự cải thiện trên toàn bộ các đặc điểm cả về số lượng và chất lượng giấc ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. D. Sadock BJ, M. D. Sadock VA.** Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 3rd Edition. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. **Kirmayer LJ, Robbins JM, Paris J.** Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *J Abnorm Psychol.* 1994;103(1):125-136. doi:10.1037//0021-843x.103.1.125
3. **Trần Hữu Bình.** Các rối loạn dạng cơ thể. Trích trong: Các Rối Loạn Liên Quan Tới Stress và Điều Trị Trong Tâm Thần. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003:50-60.
4. **World Health Organization.** Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse,

Societies WF of SR. Worldwide Project on Sleep and Health: Project Overview. World Health Organization; 1998. Accessed August 23, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64100>

5. **Phạm Thị Quỳnh.** Đặc điểm triệu chứng phân ly ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hoá, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.

6. **Trần Thị Hà An.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn cơ thể hoá, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.

7. **Sharma R, Vohra P.** Psychosocial evaluation for prevalence of sleep disorders in patients of somatoform disorders visiting psychosomatic clinic in tertiary care centre, Vidarbha, 2017:3.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ống NGHIỆM

Vũ Thị Mỹ Hạnh^a, Nguyễn Văn Tuấn^{a,b}, Nguyễn Xuân Hợi^c,
Lê Thị Thu Hà^{a,b}, Nguyễn Thành Long^{a,b}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong quá trình thụ tinh qua ống nghiệm, người phụ nữ phải trải qua nhiều áp lực, gánh nặng về tâm lý, gây ảnh hưởng nhiều đến cảm xúc của nhóm đối tượng này. Việc đánh giá các yếu tố liên quan có giá trị dự đoán khả năng trầm cảm ở nhóm đối tượng này từ đó có những can thiệp sớm cho những đối tượng nguy cơ cao. **Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân điều trị thụ tinh trong ống nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 189 bệnh nhân vô sinh được điều trị thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021, có sử dụng thang điểm đánh giá PHQ-9 và thăm khám lâm sàng. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố về việc điều trị thất bại IUI, IVF trước đó, chưa có con khi điều trị, tuổi bệnh nhân, thời gian điều trị hỗ trợ sinh sản với kết quả có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không tìm thấy mối liên quan giữa nguyên nhân vô sinh, các vấn đề sảy thai, phá thai trước đó với trầm cảm. **Kết luận:** Cần có biện pháp can thiệp sớm và phù hợp cho các đối tượng có nguy cơ trầm cảm cao.

Từ khóa: trầm cảm, thụ tinh trong ống nghiệm, vô sinh.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION

Background: During IVF, women have to undergo a lot of pressure and psychological burden, which dramatically affects the emotions in this group. Evaluating relevant factors is valuable in predicting the risk of depression in this group, therefore early

predicting and intervening for high-risk subjects. **Objectives:** To evaluate some factors related to depressive disorders in IVF patients. **Subjects And Methods:** A cross-sectional descriptive study on 189 infertility patients treated with in vitro fertilization at the National Reproductive Center from October 2020 to March 2021, using the PHQ-9 rating scale and clinical examination. **Results:** There was a relationship between the rate of depression and factors related to the failure of previous IUI, IVF treatment, no children at the time of treatment, patient age, duration of assisted reproductive treatment, and duration of treatment, expecting time with statistically significant results ($p < 0.05$). No association was found between the cause of infertility, problems with miscarriage, and previous abortions with depression. **Conclusion:** Early and appropriate interventions are necessary for subjects at high risk of depression.

Keywords: depression, IVF, infertility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trầm cảm là một rối loạn cảm xúc phổ biến trong lĩnh vực tâm thần học trên khắp thế giới. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở nữ gấp khoảng 2 lần nam giới trong độ tuổi sinh sản [1]. Đây là rối loạn gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh trong một khoảng thời gian dài nếu không được điều trị.

Vô sinh gây một áp lực lớn với người phụ nữ thậm chí có thể gây ra những khủng hoảng trong hôn nhân. Tỷ lệ vô sinh trên thế giới ước tính khoảng 8-12% tùy từng khu vực [2] và hiện nay có nhiều phương pháp giúp hỗ trợ sinh sản trong đó thụ tinh trong ống nghiệm phát triển mạnh khoảng hai thập kỉ gần đây. Theo NICE 2014, tỷ lệ thành công của IVF mỗi chu kì khoảng 20-35%, tỷ lệ cộng đần sau 3 chu kì là 45-53% [3] và phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kĩ thuật, tuổi mẹ, nguyên nhân gây vô sinh, tâm lý của bệnh nhân,

Các tài liệu nhận thấy trong số phụ nữ điều trị IVF có tỷ lệ trầm cảm tương đối cao, dao

^aĐại học Y Hà Nội

^bViện Súc Khỏe Tâm Thần-Bệnh Viện Bạch Mai

^cBệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Mỹ Hạnh

Email: vuhanh.psy44@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2021

Ngày duyệt bài: 19.8.2021