

Đánh giá tính giá trị và độ tin cậy của bộ công cụ sàng lọc hội chứng tiền kinh nguyệt ở sinh viên nữ tại Trường Đại học Y Dược Huế

Ngô Đình Triệu Vỹ, Nguyễn Lê Hưng Linh, Trần Thị Mỹ Duyên, Trần Hoàng Nhật Anh,
Trần Thị Trà My, Trần Mạnh Linh
Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tính giá trị và độ tin cậy phiên bản Tiếng Việt của bộ công cụ sàng lọc hội chứng tiền kinh nguyệt PSST. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 303 sinh viên nữ tuổi từ 18 – 45 tại trường Đại học Y Dược Huế. Sử dụng bộ công cụ sàng lọc hội chứng tiền kinh nguyệt PSST phiên bản tiếng Anh để chuyển sang phiên bản Tiếng Việt. Các bước thực hiện gồm xin phép đồng ý sử dụng, dịch sang tiếng Việt, dịch ngược tiếng Anh và đánh giá độc lập tính chính xác bản dịch, áp dụng thí điểm và hoàn thiện bản tiếng Việt PSST, sau đó áp dụng sàng lọc hội chứng tiền kinh nguyệt để đánh giá. Chẩn đoán xác định Hội chứng tiền kinh nguyệt và Rối loạn – loạn khí sắc tiền kinh nguyệt theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ và Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê Rối loạn Tâm thần (DSM-5) của Hiệp hội Tâm Thần học Hoa Kỳ. **Kết quả:** Phiên bản tiếng Việt PSST có độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu là 77,4%, giá trị tiên đoán âm tính 97,2%, giá trị tiên đoán dương tính là 30,7% trong phát hiện Hội chứng tiền kinh nguyệt. Hệ số Cronbach's alpha = 0,91. Hệ số Kappa sau kiểm định kiểm tra – tái kiểm tra là 0,44, mức tương hợp 72,0%. Phân tích nhân tố khám phá (exploratory factor analysis – EFA) thông qua phân tích cấu phần (Principal Component analysis) cho thấy PSST phiên bản tiếng Việt có thể phát hiện Hội chứng tiền kinh nguyệt / Rối loạn – loạn khí sắc tiền kinh nguyệt phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5. **Kết luận:** Phiên bản tiếng Việt PSST là công cụ đáng tin cậy và hiệu quả để sàng lọc Hội chứng tiền kinh nguyệt.

Từ khóa: Hội chứng tiền kinh nguyệt; Rối loạn – Loạn khí sắc tiền kinh nguyệt; bộ công cụ sàng lọc Hội chứng tiền kinh nguyệt.

Abstract

Validation of the Vietnamese version of the premenstrual syndrome screening tool in female medical students at Hue University of Medicine and Pharmacy

Ngo Dinh Trieu Vy, Nguyen Le Hung Linh, Tran Thi My Duyen, Tran Hoang Nhat Anh,
Tran Thi Tra My, Tran Manh Linh.
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Objectives: To validate the Vietnamese version of the Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST). **Materials and method:** This was a cross-sectional study including 303 female-students in Hue University of Medicine and Pharmacy, who were between 18 and 45 years of age were approached to participate in this study. The PSST was translated from English to Vietnamese and conversely by obstetrician-gynecologist and psychiatrist independently. This initial version was piloted first in 20 women who were interviewed individually to make sure that participants and interviewers understood the items and the PSST has cultural adaptation before starting the interviews and collecting data. The participants were monitored premenstrual symptoms over at least two consecutive menstrual cycles by the Daily Record of Severity of Problems (DRSP), based on The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) criteria by American Psychiatric Association. **Results:** The prevalence of PMS and PMDD screening by Vietnamese PSST were 28.4% and 0.7%, respectively. The Vietnamese PSST showed specificity of 81.8% and sensitivity of 77.4%, high negative predicted value of 97.2% and low positive predicted value of 30.7%. The Cronbach's α was high 0.91. As for test-retest reliability, Vietnamese PSST showed fairly good agreement with Kappa = 0.44, percent agreement = 72.0%. In exploratory factor analysis using PCA (Principal components analysis) resulted in Vietnamese PSST can capture more cases with high score on PSST who are most likely definite PMS/PMDD by DSM-5 criteria. **Conclusion:** The Vietnamese version of the PSST is a reliable and effective tool for screening PMS in primary care in Viet Nam.

Key words: Premenstrual syndrome; Premenstrual dysphoric disorder; Premenstrual symptom screening tool.

Địa chỉ liên hệ: Trần Mạnh Linh, email: tmlinh@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 7/3/2020; Ngày đồng ý đăng: 20/4/2020

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tiền kinh nguyệt (HCTKN) và Rối loạn – loạn khí sắc tiền kinh nguyệt (RLKSTKN) là hai rối loạn tiền kinh nguyệt đã được ghi nhận ở nhiều quốc gia và dần trở thành vấn đề sức khỏe của cộng đồng cần được quan tâm [1]. Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) định nghĩa HCTKN là những thay đổi về thể chất (chướng bụng, căng tức vú, nhức đầu, đau cơ hoặc khớp, phù, tăng cân) và tinh thần (dễ tức giận, lo lắng, khó tập trung, trầm cảm, xa lánh các mối quan hệ xã hội) ở phụ nữ, những triệu chứng này xuất hiện một vài ngày trước khi hành kinh và mất dần trong những ngày sau đó [2]. Một nghiên cứu đa trung tâm từ 17 quốc gia với cỡ mẫu 18,803 ghi nhận tỉ lệ chung của HCTKN dao động trong khoảng từ 12% đến 98%, tỉ lệ mắc trung bình là 47,8% [1]. Rối loạn – loạn khí sắc tiền kinh nguyệt (RLKSTKN) là một rối loạn nặng của HCTKN với tỉ lệ mắc dao động từ 1,2 - 7,4% [3]. Năm 2013, Hiệp hội tâm thần học Hoa Kỳ (APA) đã chính thức công nhận RLKSTKN là một rối loạn tâm thần và đã công bố trong Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần lần thứ 5 (DSM-5) [4]. Tỉ lệ mắc HCTKN/RLKSTKN ngày càng tăng cùng với mức độ trầm trọng của hai rối loạn tiền kinh nguyệt này đã gây ảnh hưởng lớn đến hoạt động hàng ngày và các hoạt động xã hội ở những phụ nữ [5].

Chẩn đoán HCTKN và RLKSTKN dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) và Cẩm nang Chẩn đoán và Thống kê các rối loạn tâm thần (DSM-5). Chẩn đoán xác định rối loạn tiền kinh nguyệt này dựa trên xuất hiện và tăng dần các triệu chứng một vài ngày trước khi bắt đầu hành kinh thông qua theo dõi triệu chứng tiền kinh nguyệt trong ít nhất hai chu kì kinh liên tiếp và cần có sự tham gia của chuyên gia tâm thần để chẩn đoán xác định [2]. Năm 2003, M.Steiner đã phát triển bộ công cụ PSST để sàng lọc HCTKN/RLKSTKN (Premenstrual syndrome screening tool - PSST) [6]. PSST là bộ công cụ được chứng minh có hiệu quả giúp đánh giá và sàng lọc nhanh HCTKN và RLKSTKN trước khi theo dõi và chẩn đoán xác định bằng những công cụ khác [7]. Độ nhạy của PSST trong sàng lọc HCTKN khá cao, nghiên cứu của Henz A (2019) PSST có độ nhạy 79%, [8, 9, 10]. PSST đã được Hiệp hội Tâm Thần học Hoa Kỳ ghi nhận là bộ công cụ đáng tin cậy để sàng lọc HCTKN/RLKSTKN.

Mức độ phổ biến và nghiêm trọng của HCTKN và RLKSTKN ảnh hưởng khá lớn đến những hoạt động về thể chất cũng như xã hội ở những phụ nữ trẻ tuổi. Trong đó sinh viên ở các trường đại học là đối tượng cần được quan tâm hơn vì đây là đối tượng phải đối mặt với những áp lực từ học tập và những hoạt

động xã hội. Thay đổi môi trường học tập và sinh hoạt cũng như khối lượng kiến thức lớn là những vấn đề thường gặp ở đối tượng sinh viên đặc biệt là sinh viên ở những trường đại học y dược. Theo Shreyashi A và cộng sự (2016) nghiên cứu về tỷ lệ HCTKN và RLKSTKN ở sinh viên nữ trường đại học y khoa tại Nepal, tỷ lệ mắc HCTKN lên đến 61,1% và tỷ lệ RLKSTKN là 38,9% [9]. Ngoài ra, sinh viên đại học đang ở độ tuổi chưa có nhiều kinh nghiệm và kỹ năng để giải tỏa những căng thẳng cuộc sống cùng với áp lực học tập.

Nhiều nghiên cứu cũng phát hiện ra rằng RLKSTKN và HCTKN làm giảm hiệu quả học tập của nữ sinh cùng với giảm khả năng tập trung và tình trạng sức khỏe tâm thần, do đó ảnh hưởng đến kết quả học tập. Nghiên cứu ở trường đại học Jordan, tỷ lệ mắc HCTKN và RLKSTKN ở sinh viên nữ lần lượt là 92,3% và 7,7%, các triệu chứng RLKSTKN có tác động tiêu cực đến kết quả học tập, cuộc sống tinh thần, tâm lý của sinh viên nữ; do đó, các chuyên gia về sức khỏe tâm thần có vai trò quan trọng trong việc xác định các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ trầm trọng của RLKSTKN đối với nữ giới [4]. Mặt khác, không những HCTKN và RLKSTKN ảnh hưởng đến những hoạt động học tập cũng như xã hội mà những kết quả tiêu cực mà chúng mang lại như thành tích học tập giảm sút có thể góp phần làm gia tăng mức độ căng thẳng tâm lý và có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng của RLKSTKN và HCTKN [4].

Các nghiên cứu cụ thể về HCTKN và RLKSTKN và liên quan đến rối loạn tâm thần của sinh viên nữ đặc biệt là trong các trường y khoa nói riêng vẫn còn là một vấn đề cần được khảo sát. Cùng với đó, mặc dù PSST đã được dịch ra nhiều ngôn ngữ ở nhiều quốc gia và đã được nghiên cứu đánh giá, tuy nhiên hiện tại ở Việt Nam phát triển phiên bản Tiếng Việt dành cho công cụ hiệu quả này vẫn chưa có. Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tính giá trị và độ tin cậy phiên bản Tiếng Việt của bộ công cụ sàng lọc hội chứng tiền kinh nguyệt - PSST.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những sinh viên và học viên nữ đang học trường Đại học Y Dược, Đại học Huế tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn:

- Nữ giới, là người Việt Nam, có thể đọc và hiểu được tiếng Việt.
- Có độ tuổi từ 18 đến 45 tuổi.
- Có chu kì kinh nguyệt bình thường.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang sử dụng thuốc nội tiết có thành phần estrogen và progesterone hoặc các thuốc có ảnh hưởng đến chu kỳ kinh nguyệt.
- Mắc các rối loạn sức khỏe tâm thần đã được chẩn đoán và/hoặc đã và đang điều trị.
- Vô kinh hoặc rong kinh xuất hiện trong 1 năm gần đây.
- Đang mắc các bệnh lý nội tiết, bệnh lý mãn tính chẩn đoán trong vòng 6 tháng gần đây.
- Đang mắc và điều trị các bệnh lý cấp tính.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Thời gian thu thập số liệu từ 1/2019 đến 12/2019.

Nghiên cứu sử dụng phân tích khám phá EFA thông qua phân tích cấu phần PCA, ước lượng cỡ mẫu dựa trên công thức $n \geq 50 + 8p$; với n là số lượng mẫu tối thiểu cần thiết, p là số lượng biến độc lập trong mô hình. Chọn $p = 19$ tương ứng với 19 câu hỏi trong bộ công cụ PSST, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 202. Cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Chuẩn bị phiên bản tiếng Việt bộ công cụ PSST:

Bước 1. Dịch bộ câu hỏi PSST sang tiếng Việt

- Xin chấp thuận sử dụng bộ câu hỏi cho nghiên cứu.
- Dịch bộ câu hỏi PSST từ tiếng Anh sang tiếng Việt bởi nhóm nghiên cứu và 2 chuyên gia Tâm thần ở trường Đại học Y Dược Huế.

Bước 2. Đánh giá bản dịch tiếng Việt

- Độc lập dịch ngược sang Tiếng Anh phiên bản tiếng Việt PSST bởi chuyên gia Tâm Thần có văn bằng Ngoại ngữ về dịch thuật.
- Độc lập so sánh và đánh giá bản dịch về ngữ nghĩa, tính dễ hiểu, tính phù hợp với văn hóa, kiểm tra sự khác biệt bởi 1 chuyên gia Tâm Thần và 1 chuyên gia Sản Phụ khoa.

Bước 3. Đánh giá thử nghiệm bộ câu hỏi tiếng Việt PSST

- Phiên bản Tiếng Việt PSST thử nghiệm áp dụng trên nhóm 30 đối tượng chọn ngẫu nhiên ở những độ tuổi khác nhau từ 18 đến 45 tuổi. Các đối tượng sử dụng và phản hồi những vấn đề gặp phải của bộ công cụ về mặt ngữ nghĩa, tính dễ hiểu, tính phù hợp với văn hóa.

- Hoàn thiện bản dịch tiếng Việt PSST: Bộ câu hỏi cuối cùng được đưa vào nghiên cứu sau khi chỉnh sửa theo kết quả giai đoạn thử nghiệm, sự đồng thuận và thống nhất của các chuyên gia.

Áp dụng sàng lọc HCTKN bằng bộ câu hỏi tiếng Việt PSST:

- Khảo sát thông tin hành chính và sàng lọc HCTKN và RLLKSTKN bằng bộ câu hỏi PSST phiên bản

Tiếng Việt (Phụ lục 1).

- Theo dõi các triệu chứng liên quan đến HCTKN bằng công cụ DRSP gồm 21 triệu chứng của HCTKN, cho điểm hàng ngày với 6 mức độ (Phụ lục 2) [11]. Các đối tượng phân thành 11 nhóm và các triệu chứng được cho điểm hàng ngày liên tục trong hai chu kỳ kinh nguyệt liên tiếp.

- RLLKSTKN được chẩn đoán bằng Hệ thống chấm điểm đánh giá tiền kinh nguyệt Carolina (Carolina Premenstrual Assessment Scoring System - CPASS), là công cụ thiết lập chẩn đoán RLLKSTKN theo tiêu chuẩn của DSM-5 (Phụ lục 3). HCTKN được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ.

- Sàng lọc HCTKN và RLLKSTKN bằng bộ câu hỏi PSST phiên bản Tiếng Việt PSST lần 2 sau khi đối tượng đã kết thúc theo dõi hai chu kỳ kinh nguyệt để kiểm tra độ ổn định của bộ công cụ (kiểm tra – tái kiểm tra)

2.4. Phân tích số liệu và đánh giá bộ câu hỏi tiếng Việt PSST.

Kết quả sàng lọc PSST được chia thành 3 nhóm dựa trên tiêu chuẩn của M. Steiner [6]:

- Không mắc/HCTKN nhẹ.
- HCTKN vừa đến nặng.
- RLLKSTKN

Đánh giá tính nhất quán và độ ổn định của bộ câu hỏi PSST:

Tính nhất quán (consistency):

- 19 câu hỏi của PSST được tiến hành phân tích cấu phần (Principal Components Analysis - PCA) nhằm phát hiện các cấu phần tiềm ẩn có ý nghĩa. Hệ số tải nhân tố được chọn ở mức có ý nghĩa thực tiễn (factor loading) $> 0,5$. Hệ số KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) được sử dụng để xem xét sự thích hợp của phân tích nhân tố, chúng tôi chọn hệ số KMO $> 0,6$. Kiểm định Bartlett có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phần trăm phương sai trích $> 50\%$.

- Tính hệ số Cronbach's Alpha nhằm đo lường sự thống nhất nội tại (internal consistency) của PSST dựa trên 14 câu hỏi về triệu chứng (miền 1) và 5 câu hỏi về sự ảnh hưởng đến khả năng hoạt động sinh hoạt (miền 2). Tương quan giữa miền 1 và miền 2 được tính bằng cách sử dụng hệ số tương quan Spearman.

Độ ổn định

- Hệ số Kappa được sử dụng để kiểm tra mức độ tương hợp giữa 2 lần khảo sát kiểm tra và tái kiểm tra sau theo dõi 2 chu kỳ kinh nguyệt bằng phiên bản tiếng Việt PSST.

Đánh giá hiệu quả của bộ câu hỏi PSST:

- Sử dụng chẩn đoán dựa trên CPASS theo tiêu chuẩn DSM-5, tính được độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị

tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV) của PSST cho chẩn đoán HCTKN và RLLKSTKN.

- Diện tích dưới đường cong ROC (Area Under the Curve – AUC) được tính để xác định khả năng phân biệt tốt giữa hai trường hợp mắc và không mắc.

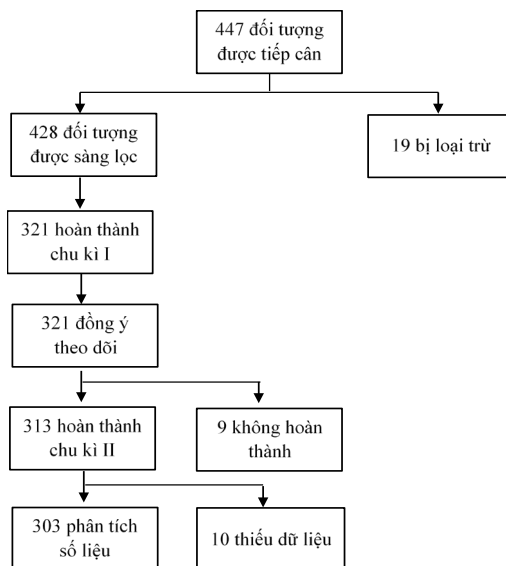
Tất cả các phép phân tích được thực hiện bằng phần mềm STATA 15.0. Mức ý nghĩa thống kê được chọn là 5%.

3. KẾT QUẢ

Trong tổng số 447 đối tượng được tiếp cận, 428 đối tượng được tuyển chọn tham gia vào nghiên

cứu, 19 đối tượng bị loại trừ không thỏa mãn tiêu chuẩn. Có 321 đối tượng đồng ý tiếp tục tham gia vào quá trình theo dõi trong hai chu kỳ kinh nguyệt. Trong nhóm này, 18 trường hợp bị loại trừ trong quá trình theo dõi sau 2 chu kỳ do mang thai (2 người), không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu (5 người), chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang (1 người) và thiếu dữ liệu theo dõi (10 người). Mẫu phân tích còn lại trên 303 đối tượng.

Sơ đồ 1. số lượng đối tượng tham gia nghiên cứu



3.1. Đặc điểm chung của mẫu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

	Số lượng (n = 303)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	22,5 ± 2,8	
Hệ đào tạo, n (%):		
Chính quy	265	87,5
Tập trung 4 năm	33	10,9
Sau đại học	5	1,7
Chuyên ngành đào tạo, n (%):		
Y đa khoa	164	54,1
Y học dự phòng	49	16,2
Y học cổ truyền	22	7,3
Y tế công cộng	8	2,6
Kỹ thuật y học	5	1,7
Dược sĩ	25	8,3

Răng Hàm Mặt	5	1,7
Tuổi bắt đầu xuất hiện kinh nguyệt	13,6 ± 1,3	
Số ngày hành kinh	5,1 ± 3,3	
Số ngày của chu kì kinh	29,9 ± 3,4	

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 22,5 ± 2,8 tuổi. Tuổi xuất hiện kinh nguyệt trung bình là 13,6 ± 1,3 tuổi, số ngày hành kinh trung bình là 5,1 ± 3,3 ngày, chu kì trung bình 29,9 ± 3,4 ngày.

Bảng 2. Kết quả sàng lọc và chẩn đoán HCTKN và RLLKSTKN.

CPASS					
		Không	HCTKN	RLLKSTKN	Tổng, n (%)
PSST	Không	209	6	0	215 (70,9%)
	HCTKN	61	23	2	86 (28,4%)
	RLLKSTKN	0	1	1	2 (0,7%)
	Tổng, n (%)	270 (81,9%)	30 (9,9%)	3 (1,0%)	303 (100,0%)

Sau khi sàng lọc bằng công cụ PSST, tỉ lệ RLLKSTKN là 0,7%, HCTKN vừa và nặng là 28,4% và không mắc hoặc HCTKN là 70,9%.

RLLKSTKN và HCTKN được chẩn đoán xác định sau khi theo dõi hai chu kì kinh nguyệt bằng CPASS cho tỉ lệ HCTKN và RLLKSTKN lần lượt là 9,9% và 1,0%.

Bảng 3. Tỉ lệ các triệu chứng dương tính ở hai nhóm nghiên cứu

	Chẩn đoán PSST (%)	Không mắc/ HCTKN nhẹ n = 215	HCTKN và RLLKSTKN n = 86	P
1	Tức giận/cáu gắt	16,7	70,5	<0,001
2	Lo âu/căng thẳng	11,6	63,6	<0,001
3	Hay khóc/tăng nhạy cảm khi bị từ chối	7,0	34,1	<0,001
4	Khí sắc trầm/tuyệt vọng	5,6	47,7	<0,001
5	Giảm hứng thú với công việc	21,9	60,2	<0,001
6	Giảm hứng thú với các hoạt động ở nhà	15,3	55,7	<0,001
7	Giảm thích thú với các hoạt động xã hội	17,7	58,0	<0,001
8	Khó tập trung	16,3	68,2	<0,001
9	Mệt mỏi/ thiếu năng lượng	20,5	79,5	<0,001
10	Ăn quá nhiều/thèm ăn	12,6	46,6	<0,001
11	Mất ngủ	6,5	27,3	<0,001
12	Ngủ nhiều (nhu cầu ngủ nhiều hơn)	20,9	53,4	<0,001
13	Cảm thấy quá tải hoặc mất kiểm soát	9,3	38,6	<0,001
14	Các triệu chứng thực thể	34,4	68,2	<0,001

Tỉ lệ phần trăm các triệu chứng dương tính (được cho điểm từ mức vừa đến nặng) ở nhóm HCTKN và RLLKSTKN lớn hơn nhóm không mắc hoặc HCTKN nhẹ có ý nghĩa thống kê.

Trong đó triệu chứng “tức giận/cáu gắt” (70,5%), “lo âu/căng thẳng” (63,6%), “mệt mỏi thiếu năng lượng” (79,5%) và các triệu chứng thực thể (68,2%) là thường gặp nhất.

3.2. Tính nhất quán và độ ổn định (Consistency and reliability)

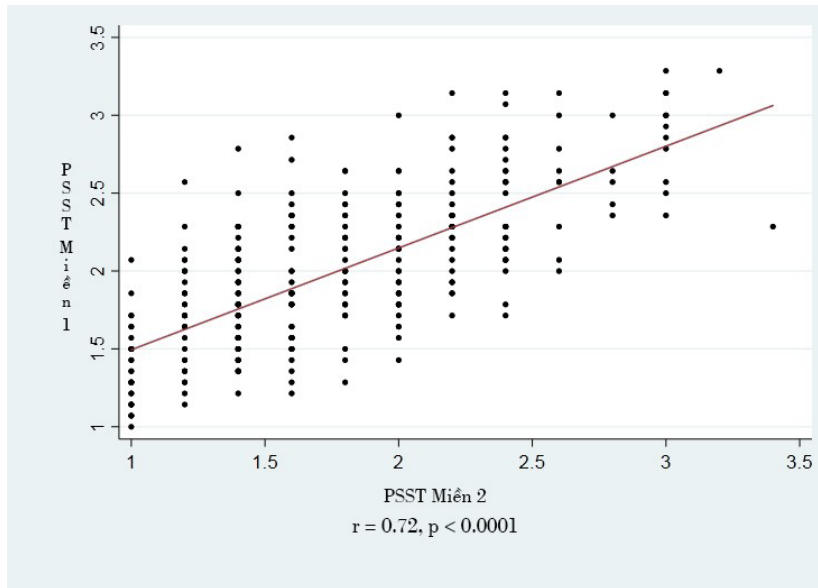
- Sự nhất quán nội tại của PSST phiên bản tiếng Việt được đo lường bằng hệ số Cronbach's alpha là 0,91 cho thấy tính nhất quán nội tại của thang đo ở mức cao. Hệ số Cronbach's alpha không tăng khi xóa bất kì một câu hỏi ra khỏi công cụ PSST (bảng 4), vì vậy tất cả các biến được giữ lại để phân tích cấu phần (Principal components analysis - PCA).

- Tính nhất quán nội tại của bộ công cụ cao hơn độ nhất quán của mỗi miền riêng biệt (miền 1 – các triệu chứng của HCTKN, $\alpha = 0,87$ và miền 2 – sự ảnh hưởng của các triệu chứng lên các hoạt động hàng ngày, $\alpha = 0,85$). Tương quan thuận có mức ý nghĩa được quan sát thấy giữa hai miền ($r = 0,72$, p

$< 0,0001$) (Biểu đồ 1).

- Kiểm tra độ ổn định, phiên bản tiếng Việt của PSST cho thấy sự tương hợp ở mức khá tốt ($Kappa = 0,44$ với tương hợp = 72,0%) khi đo lường được lặp lại sau hai chu kì kinh nguyệt trên 278 đối tượng nghiên cứu.

Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa PSST miền 1 (các triệu chứng) và PSST miền 2 (mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng lên các hoạt động hàng ngày)



3.3. Cấu trúc giá trị (Construct validity)

Bảng 4. Kết quả phân tích khám phá EFA

	Triệu chứng	h^2	Nhân tố 1	Nhân tố 2	Nhân tố 3	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Conbach's Alpha nếu loại khỏi thang đo
1	Tức giận/cáu gắt	0,65	0,51			2,14	0,04	0,90
2	Lo âu/Căng thẳng	0,62	0,55			2,02	0,05	0,90
3	Hay khóc/tăng nhạy cảm khi bị từ chối	0,64	0,68			1,66	0,04	0,91
4	Khí sắc trầm/tuyệt vọng	0,50	0,58			1,77	0,05	0,90
5	Giảm hứng thú với các hoạt động trong công việc	0,33			0,82	2,18	0,04	0,90
6	Giảm hứng thú với các hoạt động ở nhà	0,49			0,72	2,11	0,04	0,90
7	Giảm thích thú với các hoạt động xã hội	0,50			0,68	2,13	0,05	0,90
8	Khó tập trung	0,50	0,52			2,15	0,05	0,90
9	Mệt mỏi/Thiếu năng lượng	0,53	-			2,27	0,05	0,90
10	Ăn quá nhiều/thèm ăn	0,71	-			1,79	0,05	0,91

11	Mất ngủ	0,83	-			1,56	0,05	0,91
12	Ngủ nhiều (nhu cầu ngủ nhiều hơn)	0,70	-			2,01	0,05	0,91
13	Cảm thấy quá tải hoặc mất kiểm soát	0,54	0,64			1,72	0,05	0,90
14	Các triệu chứng thực thể	0,85	-			2,45	0,05	0,91
15	Hiệu quả hoặc năng suất công việc	0,51		-		2,14	0,04	0,90
16	Ảnh hưởng các mối quan hệ với bạn bè	0,34		0,75		1,78	0,04	0,90
17	Ảnh hưởng các ác mối quan hệ với gia đình	0,31		0,93		1,56	0,04	0,90
18	Ảnh hưởng các ác hoạt động đời sống xã hội	0,45		0,61		1,84	0,04	0,90
19	Tránh nhiệm của bạn đối với gia đình	0,54		0,65		1,51	0,04	0,90
Phần trăm phương sai trích			67,1	63,2	60,1			
Cronbach's Alpha của mỗi nhân tố			0,81	0,85	0,80			

Phân tích khám phá bằng cách sử dụng phân tích cấu phần (PCA) đối với PSST cho kết quả phân tích thành ba nhân tố có phần trăm phương sai lần lượt 67,1%, 63,2% và 60,1%. Kiểm định Barlett cho kết quả $\chi^2(171) = 2381,77$, $p < 0,0001$ cho thấy ma trận tương quan có ý nghĩa khác biệt so với ma trận đơn vị. Tính thích hợp của mẫu cho phân tích nhân tố khám phá được xác định bằng hệ số KMO = 0,9056 ($> 0,6$) cho thấy sử dụng phân tích nhân tố khám phá là thích hợp. Những thành phần có yếu tố tải dưới 0,5 (dưới mức ý nghĩa thực tiễn) được loại bỏ.

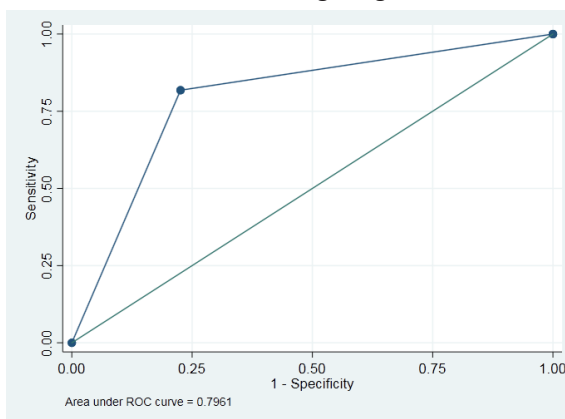
Nhân tố 1 bao gồm 4 triệu chứng chính của HCTKN và 2 triệu chứng “*Khó tập trung*” và “*Cảm thấy quá tải hoặc mất kiểm soát*”. Hệ số tải từ 0,51 – 0,68. Nhân tố 2 bao gồm bốn thành phần liên quan ở miền 2 – *sự ảnh hưởng của các triệu chứng HCTKN*

lên các hoạt động hàng ngày. Hệ số tải nằm trong khoảng 0,61 – 0,93. Nhân tố 3 bao gồm ba thành phần liên quan đến triệu chứng giảm thích thú các hoạt động hàng ngày (trong công việc, tại nhà và các hoạt động xã hội). Hệ số tải trong khoảng từ 0,68 – 0,82.

3.4. Độ nhạy và độ đặc hiệu

Sử dụng công cụ CPASS là tiêu chuẩn chẩn đoán để xác định HCTKN và RLLKSTKN. Bảng 3 ở trên trình bày kết quả dương tính thật, dương tính giả, âm tính thật, âm tính giả, từ đó tính toán cho kết quả phiên bản tiếng Việt PSST có độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu 77,41% đối với chẩn đoán HCTKN/RLLKSTKN. Giá trị tiên đoán âm của chẩn đoán HCTKN/RLLKSTKN rất cao 97,2% và giá trị tiên đoán dương ở mức thấp 30,7%.

Biểu đồ 2. Đường cong ROC.



Diện tích dưới đường cong ROC được tính là 0,796 (95% CI 0,720 – 0,867) cho thấy PSST có thể phân biệt khá tốt các trường hợp mắc HCTKN và không mắc HCTKN.

4. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ mắc HCTKN và RLLKSTKN

Tỷ lệ RLLKSTKN và HCTKN được chẩn đoán bằng CPASS trong nghiên cứu này là khá thấp chỉ 1% và 9,9%. Chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu tương tự được báo cáo tại Việt Nam về tỷ lệ của hai rối loạn này. Một nghiên cứu tại Ả Rập (2018) cho tỷ lệ RLLKSTKN và HCTKN là 15% và 37%. Nghiên cứu này thực hiện trên mẫu 194 đối tượng đến khám

tại phòng khám chuyên khoa tâm thần và sử dụng bộ câu hỏi MINI-PLUS 6 để đánh giá PMDD theo tiêu chuẩn DSM-5 thay vì theo dõi hai chu kỳ kinh nguyệt [9]. Nghiên cứu tại Jordan (2014) trên 254 phụ nữ cho tỷ lệ mắc HCTKN 80,2 % và 10,2%, tác giả sử dụng bộ câu hỏi SPAF (Shortened Premenstrual Assessment Form) để đánh giá và sử dụng tiêu chuẩn DSM-IV-TR để chẩn đoán PMDD [12]. Một phiên bản PSST khác tại Iran cho kết quả HCTKN là 30,7% và RLLKSTKN ở mức 12,9% [13]. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do sự khác biệt về đặc điểm của quần thể nghiên cứu, việc tuyển chọn đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi có giới hạn nên không thể đại diện được tỷ lệ mắc của quần thể.

Bảng 5. So sánh kết quả tỷ lệ mắc HCTKN và RLLKSTKN

Tác giả	Quốc gia	Đối tượng	Cỡ mẫu	Tiêu chuẩn chẩn đoán	Công cụ sàng lọc	HCTKN (%)	RLLKSTKN (%)
Mahfoud, 2018 [9]	Ả Rập	Phụ nữ	194	MINI-PLUS 6/DSM-5	PSST	37,0%	15,0%
Hanaudeh, 2014 [12]	Jordan	Sinh viên nữ	254	DSM-IV-TR	SPAF. PSS	80,2%	10,2%
Hariri, 2013 [13]	Iran	Sinh viên nữ	925	Không	PSST	30,7%	12,9%
Chayachinda, 2008 [17]	Thái Lan	Điều dưỡng nữ	423	Không	PSST	25,1%	Không báo cáo
Mingi Qiao, 2012 [18]	Trung Quốc	Phụ nữ	947	DRSP/DSM-5	PSST	21,1%	2,1%
Takeda, 2006 [19]	Nhật Bản	Phụ nữ	1117	Không	PSQ	5,6%	1,2%
Chúng tôi, 2019	Việt Nam	Sinh viên nữ y khoa	303	DSM-5/ ACOG	PSST	28,4%	0,7%
					CPASS	9,9%	1,0%

Mặt khác, các nghiên cứu trên thế giới từ nhiều nơi báo cáo tỷ lệ RLLKSTKN nằm ở mức từ 1 – 8% [14] [15] [16]. Những nghiên cứu này cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Một nghiên cứu khác tại Thái Lan (2008) cho tỷ lệ mắc HCTKN trên điều dưỡng nữ sau sàng lọc bằng PSST là 25,1% [17], kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu tại Trung quốc (2012) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ HCTKN là 21,1% và RLLKSTKN là 2,1% (18). Nghiên cứu tại Nhật Bản cho tỷ lệ HCTKN và RLLKSTKN thấp hơn với 5,6 % và 1,2% [19].

4.2. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, diện tích dưới đường cong ROC của PSST phiên bản tiếng Việt Nam

Sử dụng chẩn đoán dựa trên CPASS theo tiêu chuẩn DSM-5 và ACOG (2014), PSST phiên bản tiếng Việt cho thấy độ nhạy cao (81,8%), độ đặc hiệu khá tốt (77,8%), giá trị tiên đoán âm rất cao (97,2%) tuy nhiên giá trị tiên đoán dương thấp (30,7%). Kết quả phân tích cho thấy PSST là một công cụ sàng lọc tốt để có thể xác định những trường hợp có khả năng cao mắc HCTKN và RLLKSTKN trước khi đi tiến hành chẩn đoán xác định và điều trị.

Bảng 6. So sánh kết quả độ nhạy và độ đặc hiệu của PSST

Tác giả	Quốc gia	Đối tượng	Cỡ mẫu	Công cụ sàng lọc	Tiêu chuẩn chẩn đoán	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Mahfoud, 2018 (9)	Ả Rập	Phụ nữ	194	PSST	MINI-PLUS 6 / DSM-5	81,5%	61,6%
Raval, 2014 (20)	Ấn Độ	Sinh viên nữ	529	PSST	SCID-PMDD/ DSM-IV-TR	90,9%	58,01%
Mirghafourv, 2015 (7)	Brazil	Sinh viên nữ	230	PSST	DRSP / DSM-5	66,3%	85,6%
Henz, 2018 (8)	Brazil	Phụ nữ	127	PSST	DRSP / DSM-5	79%	33%
Chúng tôi, 2019	Việt Nam	Sinh viên nữ y khoa	303	PSST	DSM-5/ ACOG	81,8%	77,8%

Phiên bản PSST tại Ả Rập sử dụng bộ câu hỏi MINI-Plus 6 và tiêu chuẩn DSM-4 làm tiêu chuẩn chẩn đoán xác định cho độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81,5 % và 61,6% đối với HCTKN [9]. Khi so sánh với nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy tương đương nhưng độ đặc hiệu thấp hơn. Một nghiên cứu tại Ấn độ đánh giá tính giá trị của PSST khi chẩn đoán HCTKN và RLLKSTKN bằng bộ câu hỏi SCID và tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5 cho thấy độ nhạy của thang đo là 90,9%, độ đặc hiệu 57,1%, giá trị tiên đoán âm 97,01% [20]. Nghiên cứu này cũng cho thấy độ nhạy cao hơn tuy nhiên có một điều đáng chú ý rằng tác giả chỉ lấy 20% số trường hợp âm tính sau sàng lọc PSST nên có thể bỏ sót một số trường hợp âm tính giả dẫn đến gia tăng độ nhạy.

Đối với chẩn đoán RLLKSTKN, số trường hợp phát hiện thấp nên không thể sử dụng dữ liệu để đưa ra độ nhạy và độ đặc hiệu cho thang đo. Tuy nhiên, không có trường hợp sai lệch chẩn đoán giữa nhóm không mắc RLLKSTKN và nhóm RLLKSTKN.

Chúng tôi không tìm thấy những nghiên cứu đã công bố có đánh giá Diện tích dưới đường cong ROC. Kết quả cho thấy AUC là 0,796 (95% CI 0,720 – 0,867) cho thấy PSST có thể phân biệt khá tốt các trường hợp mắc HCTKN và không mắc HCTKN.

4.3. Tính nhất quán và độ ổn định của PSST phiên bản tiếng Việt Nam

Phiên bản tiếng Việt của PSST có tin cậy cao khi cho thấy có tính nhất quán nội tại cao (Cronbach's $\alpha = 0,91$) và độ tin cậy khi sử dụng kiểm định kiểm tra – tái kiểm tra cho kết quả tốt với Kappa = 0,44 với mức tương hợp = 72%.

Độ tin cậy của phiên bản tiếng Việt PSST là phù hợp khi so sánh với các phiên bản đã được dịch từ các nghiên cứu khác. Hệ Cronbach's Alpha đều lớn hơn 0,90 [13],[21],[22].

Độ tin cậy kiểm tra – tái kiểm tra sau theo dõi hai chu kì kinh nguyệt được báo cáo trong nghiên cứu tại Ả Rập có hệ số kappa = 0,25 và mức tương hợp 67% thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu của chúng tôi [9]. Trong nghiên cứu tại Ả Rập, tác giả đánh giá độ tin cậy của thang đo trên mẫu khá thấp với 21 đối tượng tham gia và lặp lại kiểm tra trong thời gian khá ngắn (sau 2 tuần).

4.4. Cấu trúc giá trị (Construct validity)

Chúng tôi không tìm thấy những nghiên cứu đã được công bố trước đó có liên quan đến các nhân tố cấu trúc của PSST. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phân tích nhân tố khám phá PSST được phân tích thành ba nhóm nhân tố, nhân tố 1 bao trùm 4 triệu chứng chính và 2 triệu chứng đi kèm của HCTKN và RLLKSTKN, nhân tố 2 bao trùm sự ảnh hưởng của các triệu chứng lên các hoạt động hàng ngày, nhân tố 3 bao trùm triệu chứng “Giảm hứng thú đến các hoạt động thường ngày”. Các triệu chứng như “mệt mỏi thiếu năng lượng”, “ăn quá nhiều/thèm ăn”, “mất ngủ/nhu cầu ngủ nhiều hơn” và “các triệu chứng thực thể” không đủ yếu tố tải không được đưa vào phân tích nhân tố khám phá.

Khi so sánh với tiêu chuẩn DSM-5. Nhân tố 1 trùng khớp với 4 triệu chứng chính có trong tiêu chuẩn B và 2/7 triệu chứng của tiêu chuẩn C. Nhân tố 2 trùng khớp với tiêu chuẩn D. Nhân tố 3 trùng khớp với tiêu chuẩn giảm thích thú các hoạt động hàng ngày là một triệu chứng quan trọng của tiêu chuẩn C. Như vậy, sự tương quan đáng kể giữa cấu trúc thành phần của PSST phiên bản tiếng Việt và tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-5. Khi các tiêu chuẩn chính của DSM-5 có thể đo lường bởi PSST sẽ giúp cho PSST có thể bắt được những trường hợp trùng với chẩn đoán xác định theo DSM-5.

5. KẾT LUẬN

Phiên bản tiếng Việt Nam PSST có độ nhạy 81,8%, độ đặc hiệu là 77,4%, giá trị tiên đoán âm tính 97,2%, giá trị tiên đoán dương tính là 30,7% trong phát hiện Hội chứng tiền kinh nguyệt ở phụ nữ Việt Nam. Hệ số Cronbach's alpha = 0,91. Hệ số Kappa sau kiểm định kiểm tra – tái kiểm tra là 0,44, mức tương hợp 72,0%.

Phân tích EFA cho thấy PSST phiên bản tiếng Việt Nam có thể phát hiện Hội chứng tiền kinh nguyệt / Rối loạn – loạn khí sắc tiền kinh nguyệt phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5. Phiên bản tiếng Việt Nam PSST là công cụ đáng tin cậy và hiệu quả để sàng lọc Hội chứng tiền kinh nguyệt.

6. KIẾN NGHỊ

Phiên bản tiếng Việt Nam của PSST sau khi được

chứng minh đáng tin cậy và hiệu quả trong việc sàng lọc Hội chứng tiền kinh nguyệt, chúng tôi kiến nghị nên áp dụng công cụ vào việc sàng lọc HCTKN với cỡ mẫu lớn hơn nhằm phát hiện những trường hợp mắc rối loạn này, cũng như các yếu tố nguy cơ đi kèm.

Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu đa dạng hơn về độ tuổi và vùng miền nhằm phát hiện nhiều hơn các trường hợp mắc RLLKSTKN để có thể xác được hiệu quả của bộ câu hỏi trong việc sàng lọc RLLKSTKN.

Các nghiên cứu về HCTKN và RLLKSTKN cần nhận được sự quan tâm nhiều hơn, cần có những nghiên cứu đánh giá điều trị rối loạn này nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho phụ nữ Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Direkvand-Moghadam A, Kaikhavani S, Sayehmiri K. The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: A systematic review and meta-analysis study. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013 Sep 1;16:8–17.
- ACOG. Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual. American College of Obstetricians and Gynecologists, Women's Health Care Physicians; 2014. 889 p.
- Hussein Shehadeh J, Hamdan-Mansour AM. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspect Psychiatr Care*. 2018 Apr;54(2):176–84.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2019 Dec 14]. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K. Epidemiology of premenstrual symptoms and disorders. *Menopause Int*. 2012 Jun;18(2):48–51.
- Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*. 2003 Aug;6(3):203–9.
- Mirghafourvand M, Jafarabadi MA, Ghanbari-Homayi S. Comparison of the Diagnostic Values of Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST) and Daily Record of Severity of Problems (DRSP). 2015;7.
- Henz A, Ferreira CF, Oderich CL, Gallon CW, Castro JRS de, Conzatti M, et al. Premenstrual Syndrome Diagnosis: A Comparative Study between the Daily Record of Severity of Problems (DRSP) and the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Jan;40(1):20–5.
- Mahfoud Z, Emam R, Anchassi D, Omran S, Alhaj N, Al-Abdulla S, et al. Premenstrual dysphoric disorder in Arab women: Validation and cultural adaptation of the Arabic version of the premenstrual screening tool. *Women Health*. 2019 Jul;59(6):631–45.
- Premenstrual Syndrome Diagnosis: A Comparative Study between the Daily Record of Severity of Problems (DRSP) and the Premenstrual Symptoms Screenin... - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2019 Jun 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29132173>
- Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *AFP*. 2016 Aug 1;94(3):236–40.
- Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallal H. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Feb;21(1):60–8.
- Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah Bazi S, Saki Malehi A, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Dec;16(6):531–7.
- Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K. Global study of women's experiences of premenstrual symptoms and their effects on daily life. *Menopause Int*. 2011 Sep;17(3):88–95.
- Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of

- Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 May;156(1):72–7.
16. Yang J, Joe S-H, Lee M-S, Kim S-H, Jung I-K. Survey of premenstrual symptom severity and impairment in Korean adolescents: premenstrual dysphoric disorder, subthreshold premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Asia Pac Psychiatry.* 2014 Jun;6(2):135–44.
17. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2008 Jan 1;29(3):203–9.
18. Qiao M, Zhang H, Liu H, Luo S, Wang T, Zhang J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2012 May 1;162(1):83–6.
19. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health.* 2006 Jul;9(4):209–12.
20. Raval CM, Panchal BN, Tiwari DS, Vala AU, Bhatt RB. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among college students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian Journal of Psychiatry.* 2016 Apr 1;58(2):164.
21. Bentz D, Steiner M, Meinlschmidt G. [SIPS--screening instrument for premenstrual symptoms. The German version of Premenstrual Symptoms Screening Tool to assess clinically relevant disturbances]. *Nervenarzt.* 2012 Jan;83(1):33–9.
22. Câmara R de A, Köhler CA, Frey BN, Hyphantis TN, Carvalho AF. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Braz J Psychiatry.* 2017 Jun;39(2):140–6.

PHỤ LỤC I

CÔNG CỤ SÀNG LỌC HỘI CHỨNG TIỀN KINH NGUYỆT PREMENSTRUAL SYNDROME SCREENING TOOL – PSST

Bạn đã từng trải qua một vài hoặc bất kỳ triệu chứng của HCTKN nào dưới đây và những triệu chứng này xuất hiện trước khi có kinh và biến mất trong một vài ngày? Hãy đánh (X) vào ô thích hợp.

Triệu chứng	Không	Nhẹ	Vừa	Nặng
1. Tức giận/cáu gắt				
2. Lo lắng/Căng thẳng				
3. Hay khóc/dễ nhạy cảm khi bị từ chối				
4. Tâm trạng chán nản/tuyệt vọng				
5. Giảm thích thú với hoạt động trong công việc				
6. Giảm thích thú với các hoạt động ở nhà				
7. Giảm thích thú với các hoạt động xã hội				
8. Khó tập trung				
9. Mệt mỏi/Thiếu năng lượng				
10. Ăn quá nhiều/thèm ăn				
11. Mất ngủ				
12. Ngủ nhiều/nhu cầu ngủ nhiều hơn				
13. Cảm thấy quá tải hoặc mất kiểm soát				
14. Các triệu chứng thực thể: Căng vú, đau đầu, đau cơ/khớp, chướng bụng, tăng cân.				

Những triệu chứng của bạn, trong danh sách ở trên, ảnh hưởng đến:

	Không	Nhẹ	Vừa	Nghiêm trọng
A. Hiệu quả hoặc năng suất công việc				
B. Các mối quan hệ với đồng nghiệp				
C. Các mối quan hệ với gia đình				
D. Các hoạt động đời sống xã hội				
E. Trách nhiệm của bạn đối với gia đình				

Cách đánh giá:

Tiêu chuẩn chẩn đoán RLLKSTKN:

1. Có ít nhất một trong các mục (1), (2), (3), (4) mức độ nặng.
2. Kết hợp với ít nhất 4/14 triệu chứng ở mức độ trung bình đến nặng
3. Ít nhất một trong mục A, B, C, D ở mức độ nghiêm trọng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán HCTKN:

1. Có ít nhất một trong các mục (1), (2), (3), (4) mức độ trung bình đến nặng.
2. Kết hợp với ít nhất 4/14 triệu chứng ở mức độ trung bình đến nặng.
3. Ít nhất một trong mục A, B, C, D ở mức độ trung bình đến nghiêm trọng.

Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health. 2003 Aug;6(3):203–9.

PHỤ LỤC II

Các triệu chứng	1	2	3	...	...	...	29	30
Cảm thấy trầm, buồn, tụt dốc, hoặc chán nản								
Cảm thấy tuyệt vọng								
Cảm thấy vô dụng hoặc có lỗi								
Cảm thấy lo âu, căng thẳng, dễ bị kích thích hoặc dễ cáu								
Cảm xúc thay đổi (ví dụ., đột ngột cảm thấy buồn hoặc khóc)								
Nhạy cảm hơn khi bị từ chối hoặc cảm thấy dễ bị tổn thương hơn.								
Cảm thấy tức giận và dễ nổi cáu.								
Có các xung đột hoặc những vấn đề với người khác.								
Ít hứng thú với những hoạt động thông thường (ví dụ: công việc, trường lớp, bạn bè, sở thích)								
Khó tập trung								
Cảm thấy lơ đãng, mệt mỏi hoặc cảm thấy thiếu năng lượng								
Tăng ngon miệng hoặc ăn quá nhiều.								
Thèm ăn những thức ăn đặc biệt								
Ngủ nhiều hơn, ngủ trưa, cảm thấy khó thức dậy hơn khi có ý định.								
Khó đi vào giấc ngủ hoặc khó duy trì giấc ngủ								
Cảm thấy quá tải hoặc không thể đương đầu.								
Cảm thấy mất kiểm soát								
Căng tức vú								
Sưng vú, chướng bụng, hoặc tăng cân.								
Đau đầu								
Đau cơ hoặc khớp								
Tại nơi làm việc, trường lớp, hoặc trong những thói quen hằng ngày, có ít nhất một trong những vấn đề ở trên là nguyên nhân gây giảm năng suất hoặc không hiệu quả.								
Ít nhất một trong các vấn đề kể trên làm cản trở sở thích hoặc những hoạt động xã hội (ví dụ., né tránh hoặc tần suất ít hơn)								
Ít nhất một trong các vấn đề ở trên cản trở mối quan hệ của bạn với người khác.								
Chảy máu kinh nguyệt: H= nặng, M= trung bình, L= nhẹ hoặc dạng vết; hoàn toàn không chảy máu.								
Tổng cộng								

HỒ SƠ GHI NHẬN HÀNG NGÀY CÁC TRIỆU CHỨNG QUAN TRỌNG DAILY RECORD OF SERVERTY PROBLEMS

Hướng dẫn: Ghi lại điểm số cho mỗi mục vào mỗi ngày bằng thang điểm từ 1 đến 6: 1 = không phải là tất cả, 2 = tối thiểu, 3 = nhẹ, 4 = trung bình, 5 = nghiêm trọng, 6 = rất nghiêm trọng.

Thêm điểm số vào cột cho ngày đầu tiên của chu kì kinh nguyệt. Nếu tổng số điểm dưới 50, hãy xem xét chẩn đoán loại trừ hội chứng tiền kinh nguyệt. Nếu tổng số điểm lớn hơn 50, ghi lại các triệu chứng của hai chu kì kinh nguyệt. Nếu có nhiều hơn ba mục có số điểm trung bình hơn 3 (nhẹ) trong giai đoạn sau rụng trứng, hãy bổ sung điểm số của khoảng thời gian năm ngày trong các giai đoạn hoàng thể và trước rụng trứng. Điểm số của giai đoạn hoàng thể lớn hơn 30% so với điểm số giai đoạn trước rụng trứng đòi hỏi phải chẩn đoán hội chứng tiền kinh nguyệt.

Bảng điểm hàng ngày để theo dõi những triệu chứng liên quan đến hội chứng tiền kinh nguyệt và Rối loạn - loạn khí sắc tiền kinh nguyệt cho bệnh nhân.

Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. AFP. 2016 Aug 1;94(3):236–40.

PHỤ LỤC III

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN HCTKN THEO HIỆP HỘI SẢN PHỤ KHOA HOA KỲ VÀ RLLKSTKN THEO HỆ THỐNG CHẨN ĐOÁN VÀ THỐNG KÊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL OF MENTAL DISORDERS)

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội chứng tiền kinh nguyệt – HCTKN của ACOG năm 2014

Hội chứng tiền kinh nguyệt có thể được chẩn đoán nếu bệnh nhân có ít nhất một trong các triệu chứng về thể chất và tinh thần trong 5 ngày trước mỗi 3 chu kì liên tiếp trước đó*	
Triệu chứng tinh thần Dễ nổi giận. Lo âu Khó tập trung, mất phương hướng, khó đưa ra quyết định. Trầm cảm Dễ bị kích thích Xa lánh các mối quan hệ xã hội (thu mình)	Triệu chứng thể chất Chướng bụng Đau vú, căng ngực Nhức đầu Đau cơ hoặc khớp Phù chi Tăng cân
*Những triệu chứng này phải thuyên giảm trong vòng 4 ngày khi bắt đầu hành kinh, không xuất hiện lại cho đến ngày thứ 13 của chu kì kinh nguyệt, đồng thời trong thời gian này không sử dụng thuốc điều trị, các biện pháp điều trị nội tiết, ma túy hoặc rượu. Các triệu chứng phải lặp lại trong 2 chu kì kinh nguyệt kế tiếp, và các triệu chứng này phải biểu hiện rõ ràng, thể hiện trong các mối quan hệ xã hội, trong học tập hoặc công việc.	

ACOG. Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual. American College of Obstetricians and Gynecologists, Women's Health Care Physicians; 2014. 889 p.

Bảng 2. Tiêu chuẩn chẩn đoán cho Rối loạn - loạn khí sắc tiền kinh nguyệt – RLLKSTKN theo DSM-5

A. Trong phần lớn các chu kì kinh nguyệt, ít nhất 5 triệu chứng phải xuất hiện trong tuần cuối cùng trước khi bắt đầu hành kinh, cải thiện dần trong vòng vài ngày sau khi hành kinh, và dần ít lại rồi mất đi sau đó.
B. Xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau: 1. Biểu hiện cảm xúc dễ thay đổi (ví dụ, tâm trạng không ổn định; cảm thấy đột ngột buồn hoặc khóc, hoặc dễ nhạy cảm hơn khi bị từ chối). 2. Dễ kích thích hoặc tức giận hoặc gia tăng xung đột với mọi người. 3. Khí sắc trầm, cảm thấy tuyệt vọng, hoặc có những ý nghĩ tiêu cực về bản thân (ý nghĩ tự trách mình). 4. Lo lắng, căng thẳng, và/hoặc cảm xúc đè nén, khó giải tỏa hoặc dễ cáu gắt, bực mình.

C. Có ít nhất một triệu chứng dưới đây để đạt được tổng cộng 5 triệu chứng khi kết hợp với triệu chứng từ tiêu chuẩn B ở phía trên.

1. Giảm sự hứng thú trong những hoạt động thường ngày (ví dụ. công việc, trường lớp, bạn bè, sở thích).
2. Khó tập trung.
3. Bơ phờ, dễ mệt mỏi, hoặc giảm năng lượng rõ rệt.
4. Thay đổi khẩu vị, ăn nhiều, hoặc thèm ăn những món ăn đặc biệt.
5. Ngủ nhiều quá mức hoặc mất ngủ.
6. Cảm giác bị quá tải hoặc mất kiểm soát.
7. Các triệu chứng về thể chất như đau vú, căng ngực, đau cơ hoặc khớp, cảm giác chướng bụng, hoặc tăng cân.

Chú ý: Các triệu chứng trong Tiêu chuẩn A – C phải xuất hiện trong hầu hết các chu kì kinh nguyệt xảy ra trong năm trước.

D. Những triệu chứng này liên quan với tình trạng phiền muộn, lo âu trong công việc, trường lớp, hoạt động xã hội hàng ngày, hoặc trong các mối quan hệ (ví dụ, né tránh các hoạt động xã hội, giảm năng suất và hiệu quả trong công việc, trong học tập, hoặc tại nhà).

E. Các triệu chứng rối loạn này không chỉ đơn thuần làm nặng thêm các triệu chứng của các Chứng rối loạn tâm thần khác như: chứng rối loạn trầm cảm chính, chứng rối loạn hoảng sợ, chứng rối loạn trầm cảm dai dẳng, hoặc chứng rối loạn nhân cách (mặc dù các triệu chứng rối loạn có thể xảy ra đồng thời với bất kỳ Chứng rối loạn tâm thần nào kể trên).

F. Tiêu chuẩn A phải được đánh giá hàng ngày ít nhất trong suốt hai chu kì có triệu chứng. (lưu ý: vẫn có thể tạm thời chẩn đoán trong quá trình đánh giá)

G. Sự xuất hiện của các triệu chứng không phải do tác động của việc sử dụng một số chất (ví dụ như ma túy, thuốc, điều trị) hoặc ảnh hưởng bởi một số bệnh lý (như: cường giáp)

Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. AFP. 2016 Aug 1;94(3):236–40.