

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn hay gặp trong thực hành tâm thần học cũng như trong thực hành đa khoa. Theo WHO và nhiều tác giả có từ 3 đến 5% dân số trên thế giới (khoảng 200 triệu người) có các triệu chứng trầm cảm ở một giai đoạn nào đó trong cuộc đời. Hơn nữa, người ta còn thấy tỷ lệ tái phát của trầm cảm là 50% đến 80% các trầm cảm đơn cực và cao hơn nữa ở rối loạn cảm xúc lưỡng cực. Khoảng 45% - 70% những người tự sát có rối loạn trầm cảm và 15% số bệnh nhân trầm cảm chết do tự sát. Trầm cảm là những rối loạn thường gặp nhất trong các rối loạn tâm thần ở người cao tuổi. Theo Kohn R, rối loạn trầm cảm trong quần thể dân cư là 5,6% song rối loạn trầm cảm người cao tuổi ở cộng đồng là 10,7%.

Rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi có nhiều nét đặc thù riêng khác hẳn so với các lứa tuổi trẻ. Do có sự thoái hóa của các tế bào não, sự già hóa của các cơ quan trong cơ thể, các bệnh cơ thể, cùng lúc có nhiều trên một người già..., kết hợp với các sang chấn tâm lý có thể do gia đình, xã hội. Các triệu chứng đặc trưng như khí sắc trầm, giảm năng lượng, dễ mệt mỏi gặp với tỷ lệ thấp trong khi các biểu hiện cơ thể lại nổi trội, che mờ các triệu chứng cốt lõi đó của rối loạn trầm cảm. Thêm nữa đồng hành với các triệu chứng của trầm cảm thường là các rối loạn lo âu. Thực tế việc chẩn đoán trầm cảm ở người cao tuổi thường là khó và hay bị bỏ qua, dẫn đến hơn 90% người cao tuổi có các biểu hiện trầm cảm mà không được chẩn đoán và điều trị thỏa đáng.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi.*
2. *Đánh giá các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm tuổi này.*
3. *Nhận xét về điều trị trầm cảm ở người cao tuổi.*

Đóng góp mới của luận án

1. Là nghiên cứu tiên cứu đầu tiên ở Việt Nam, xác định được đặc điểm lâm sàng và quy luật tiến triển của rối loạn trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi.
2. Xác định được các yếu tố liên quan đến phát sinh và tiến triển các rối loạn trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi tại Việt Nam.
3. Các nhận xét điều trị các rối loạn trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi

Các nhận xét này có giá trị để giúp nhận biết sớm điều trị có hiệu quả hơn các trường hợp rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, giảm tỷ lệ tự sát và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi tại Việt Nam

Bố cục của luận án:

Luận án có 151 trang, bao gồm: Đặt vấn đề (2 trang); Chương 1. Tổng quan (50 trang); Chương 2. Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu (12 trang); Chương 3. Kết quả nghiên cứu (34 trang); Chương 4. Bàn luận (50 trang); Kết luận (2 trang); Kiến nghị (1 trang). Tài liệu tham khảo: có 153 tài liệu, gồm 21 tài liệu tiếng Việt, 127 tài liệu tiếng Anh. 5 tài liệu tiếng Pháp

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

1.1. KHÁI NIỆM VÀ LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU VỀ TRẦM CẢM

1.1.1. Khái niệm

1.1.1.1. Khái niệm về rối loạn trầm cảm

1.1.1.2. Khái niệm về người cao tuổi.

1.1.2. Lịch sử nghiên cứu trầm cảm

1.1.3. Bệnh Nguyên, bệnh sinh của rối loạn trầm cảm

Cho đến nay vấn đề bệnh sinh của trầm cảm và những đặc điểm trầm cảm người cao tuổi vẫn chưa được hoàn toàn sáng tỏ. Có nhiều luận điểm giải thích, triệu chứng dựa trên các hiểu biết về di truyền, về dẫn truyền thần kinh, về tâm lý, về sinh học, cũng như các mối liên hệ về xã hội, văn hoá

1.1.3.1. Nghiên cứu liên quan serotonin với rối loạn trầm cảm.

1.1.3.2. Các chất dẫn truyền thần kinh khác

1.1.3.3. Bệnh sinh các rối loạn trầm cảm với các triệu chứng cơ thể.

1.2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN TRẦM CẢM.

1.2.1. Khí sắc trầm

1.2.2. Mất quan tâm thích thú

1.2.3. Giảm năng lượng tâm thần

1.2.4. Ý tưởng và hành vi tự sát

1.2.5. Các triệu chứng sinh học

1.2.6. Biểu hiện lo âu

1.2.9. Các đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở người cao tuổi

Rối loạn trầm cảm có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt hay gặp ở người cao tuổi (NCT). Trong thực tế ở cộng đồng có nhiều quan điểm sai lầm, cho rằng đây là các biểu hiện suy thoái tự nhiên, chứ chưa phải hoàn toàn là bệnh lý ở giai đoạn tuổi già. Lâm sàng RLTC ở NCT rất đa dạng, và được xác định khác nhau tùy theo từng tác giả. D.J. Duches nhấn mạnh trạng thái RLTC ở NCT chỉ được tính với các biểu hiện trầm cảm nặng, điển hình. Easson (1978) cho rằng rối loạn trầm cảm là một biểu hiện thường xảy ra ở NCT. Ở người cao tuổi các biểu hiện trầm cảm có những đặc điểm khác so với trầm cảm ở người trẻ, đó là:

- Thường thể hiện bằng triệu chứng cơ thể như đau đầu, đau bụng, đau ngực, ngột ngạt. Chính vì các biểu hiện triệu chứng cơ thể nổi bật nên đối với các thể trầm cảm cảm nhẹ hay trầm cảm che đậy thường không được phát hiện chẩn đoán và tất nhiên không được điều trị. Đa phần các trường hợp này bệnh nhân được người thân đưa đến các cơ sở nội khoa với các chẩn đoán và điều trị bệnh lý về tim mạch, tiêu hoá, thần kinh, cơ xương khớp...nhưng không thấy có các bằng chứng tổn thương thực thể rõ ràng.
- Rối loạn ăn: Thường là chán ăn, không có hứng thú trong ăn uống, mất cảm giác ngon miệng. Hậu quả là bệnh nhân bị giảm cân và tạo cơ hội để các bệnh khác phát triển. Tuy nhiên có thể ăn nhiều hơn bình thường dẫn đến tăng cân. Tăng hay giảm cân là triệu chứng cần lưu ý ở người cao tuổi, triệu chứng tăng cân có thể là biểu hiện của các bệnh thực thể khác.
- Rối loạn giấc ngủ, thường là biểu hiện mất ngủ hơn là ngủ nhiều, trong rất nhiều trường hợp bệnh nhân thường xuyên có ác mộng. Có thể người cao tuổi hay nằm nhiều nhưng lại mất ngủ. Người cao tuổi trầm cảm thường phân nản khó vào giấc ngủ hay chất lượng giấc ngủ giảm sút, luôn bị thức giấc lúc nửa đêm, dậy sớm...
- Khí sắc dao động: không ổn định rõ rệt, hay cáu kỉnh, dễ xúc động, không giải thích được nguyên nhân.
- Tư duy khó tập trung, khó tiếp thu các thông tin mới, trí nhớ suy giảm dẫn đến kết quả công việc giảm sút. Các triệu chứng loạn thần khá thường gặp (hoang tưởng bị hại, bị bỏ rơi...) nổi dung của hoang tưởng và ảo giác

thường phù hợp với cảm xúc và liên quan chặt chẽ với các triệu chứng cơ thể.

- Người cao tuổi có thể có các biểu hiện rối loạn hành vi, đi lang thang, lạm dụng các chất như bia, rượu và các chất gây nghiện.
- Tự sát cũng là một triệu chứng rất nghiêm trọng trong rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, ở các mức độ khác nhau từ ý tưởng đến có hành vi tự sát. Người cao tuổi thực hiện hành vi tự sát bằng các hình thức khác nhau như uống thuốc, tự gây tai nạn cho mình, từ chối ăn uống...
- Các hoạt động xã hội: người cao tuổi có các triệu chứng trầm cảm thường thu mình, cô lập không muốn giao tiếp hay tham gia các hoạt động đoàn thể, luôn phân nản về bản thân hoặc khó chia sẻ với mọi người. Bệnh nhân ít hoặc không quan tâm đến các hoạt động và những người xung quanh, ngay cả với những người thân thiết nhất. Các biểu hiện thay đổi ở các mức độ khác nhau, từ kém nhiệt tình đến tình trạng thờ ơ.

1.2.9.1. Một số thể trầm cảm đặc biệt thường gặp ở người cao tuổi

* Trầm cảm sau các bệnh nội khoa (Trầm cảm thực tổn)

Từ năm 1973, Kielholz.P mô tả một hình thái TC phát sinh sau một bệnh cơ thể. Tỷ lệ trầm cảm thứ phát sau một bệnh cơ thể chiếm 20 – 80% các trường hợp TC trên lâm sàng. Trầm cảm do nguyên nhân thực tổn phần lớn gặp ở các bệnh cơ thể mạn tính. Rối loạn trầm cảm hình thành sau phản ứng cảm xúc lâu dài của người bệnh đối với bệnh thực thể mạn tính, là phản ứng trước sự thay đổi môi trường bên trong của cơ thể. Rối loạn trầm cảm cũng có thể xuất hiện sau những tổn thương ở hệ thống thần kinh trung ương. Khoảng 50% bệnh nhân đột quỵ có dấu hiệu TC. Năm 1992 Tổ chức Y tế Thế giới phân loại RLTC xuất hiện thứ phát sau một bệnh lý của não hoặc bệnh cơ thể, là trầm cảm thực tổn (mục F06-ICD10)

Các bệnh thường gặp là: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, các bệnh mạn tính: tim mạch (Suy tim, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim...); Đái tháo đường; tai biến mạch máu não (xuất huyết não, nhồi máu não...); các bệnh xương và khớp (loãng xương, gãy xương...); các bệnh về phổi (hen phế quản mãn, tâm phế mãn...); Alzheimer; Parkinson.

* Trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể.

Việc chẩn đoán trầm cảm được che đậy bằng các triệu chứng cơ thể đặc biệt tuổi già là rất khó khăn, bởi vì: sự biểu hiện rối loạn trầm cảm là “dưới ngưỡng”, pha tạp nhiều triệu chứng tâm thần và cơ thể không đáp ứng tiêu chuẩn của bất cứ một rối loạn trầm cảm nào trong hệ thống phân loại trầm cảm được biệt định trong ICD – 10: Người bệnh luôn phàn nàn về các triệu chứng cơ thể một cách mơ hồ lúc tăng lúc giảm như: đau nhức, tức ngực, cảm giác ngạt thở, cồn cào dạ dày. Người bệnh thường xuyên rối loạn giấc ngủ, ăn không ngon miệng, mệt mỏi, giảm sinh lực, giảm thích thú tình dục. Các triệu chứng tăng lên vào buổi sáng, và giảm đi vào chiều tối. Điều trị bệnh cơ thể không có hiệu quả. Đáp ứng tốt với các thuốc chống trầm cảm.

Các rối loạn cảm xúc khó phát hiện do bệnh nhân thường không nhận biết sự giảm khí sắc mà giải thích đó là những khó chịu về cơ thể. Do đó, cần theo dõi để phát hiện được sự ức chế nhẹ như: cảm giác khó chịu, khó giao tiếp, hạn chế tiếp xúc, giảm hứng thú vốn có đối với những công việc trước đây.

** Trầm cảm do căn nguyên tâm lý.*

Đối với người già thường có nhiều yếu tố gây sang chấn tâm lý, như sự vấn đề về hưu, cô đơn, cảm giác bất lực đuối sức trước cuộc sống, cảm giác là người thừa, là gánh nặng của gia đình và xã hội, mối quan hệ xã hội, kinh tế, mâu thuẫn gia đình, ly thân, ly dị, góa bụa, con cái hư hỏng.... Các yếu tố gây stress và những biến cố trong cuộc sống nếu kéo dài, tích lũy lại gây ra sự quá tải về tâm lý tác động vào nhân cách dễ bị tổn thương là nguyên nhân gây nên trầm cảm.

** Trầm cảm với các triệu chứng loạn thần.*

Các triệu chứng loạn thần thường gặp trong trầm cảm ở người cao tuổi. Các triệu chứng thường nặng hơn, nguy cơ tái phát cao, triệu chứng dai dẳng hơn, ý nghĩ tự tử nhiều hơn. Các nghiên cứu trầm cảm có loạn thần ở người già thấy rằng có mối liên quan với sa sút trí tuệ.

*** Các hoang tưởng:** Thường gặp ở trầm cảm khởi phát muộn sau 65 tuổi. Các hoang tưởng xuất hiện trên nền của rối loạn trầm cảm. Các hoang tưởng xuất hiện ở giai đoạn trầm cảm nặng. Khi rối loạn trầm cảm mất đi thì các triệu chứng hoang tưởng cũng mất theo.

*** Ảo giác.** Trên một bệnh nhân có thể có ảo giác kết hợp với hoang tưởng hoặc chỉ có ảo giác đơn thuần. Ảo giác xuất hiện trên nền khí sắc trầm rờ rệt và có

quan hệ chặt chẽ với các triệu chứng khác của trầm cảm. Ảo giác trong trầm cảm có loạn thần thường gặp nhất là ảo thanh (36.63%), ảo thị, ảo giác xúc giác, ảo khứu hiêm gặp. Ảo thanh trong trầm cảm thường là giọng nói kết tội, phi báng, khẳng định ý nghĩ mất giá trị của bệnh nhân, bình phẩm chê bai về phẩm chất, tư cách của bệnh nhân. Ảo thị hiêm gặp và thường có kết hợp với sững sờ. Bệnh nhân nhìn thấy các hình ảnh ghê rợn của các tai nạn và thảm họa.

*** Căng trương lực.** Hội chứng căng trương lực gặp ở 20% số trường hợp trầm cảm nặng có loạn thần. Có thể là sững sờ, bất động căng trương lực hoặc kích động căng trương lực. Theo Lefteris Lykouras (2000) trầm cảm sững sờ là một dạng của trầm cảm có loạn thần.

Chẩn đoán giai đoạn trầm cảm ở người cao tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10). (giống như ở người trưởng thành)

Ba triệu chứng đặc trưng của trầm cảm:

- Khí sắc trầm
- Mất mọi quan tâm thích thú
- Giảm năng lượng dẫn đến tăng sự mệt mỏi và giảm vận động.

Bảy triệu chứng phổ biến khác:

- Giảm sút tập trung chú ý
- Giảm lòng tự trọng và lòng tự tin
- Có ý tưởng bị tội và không xứng đáng, vô dụng
- Không tin tưởng vào tương lai
- Có ý tưởng và hành vi tự huỷ hoặc tự sát
- Rối loạn giấc ngủ (thức giấc trước 2 giờ)
- Ăn không ngon miệng hoặc từ chối ăn, giảm trọng lượng cơ thể

(5% trở lên) trong vòng 4 tuần. Thời gian tối thiểu của cả giai đoạn trầm cảm phải kéo dài cần thiết ít nhất 2 tuần. Tiêu chuẩn về thời gian để phân biệt với các phản ứng cảm xúc buồn rầu xuất hiện trong một số hoàn cảnh đặc biệt hoặc sau một Stress.

1.3. CÁC CĂN NGUYÊN THƯỜNG GẶP TRONG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1.3.1. Trầm cảm do căn nguyên tâm lý - xã hội

Đối với người cao tuổi, nhiều tác giả cho rằng nguyên nhân quan trọng gây nên trầm cảm là các tác nhân tâm lý, nhất là các sự kiện trầm trọng trong cuộc sống cá nhân.

1.3.1.1. Sự cô đơn. Một trong những nguyên nhân hàng đầu làm ảnh hưởng đến tâm lý người cao tuổi là sự cô đơn. Sự cô đơn như là một nỗi ám ảnh

đối với người cao tuổi, được thể hiện ở nhiều khía cạnh khác nhau như: Vấn đề về hưu, thiếu người thân. Kết quả điều tra ở Việt Nam do Viện Lão khoa tiến hành (năm 2002) cho thấy 12,4% người cao tuổi thường xuyên thấy cô đơn, 29,5% thỉnh thoảng và 52,2% không thấy cô đơn.

Sự thiếu quan tâm chăm sóc trong gia đình

Vai trò của gia đình rất quan trọng trong sự ổn định cảm xúc ở người cao tuổi. Đó là môi trường người cao tuổi được chăm sóc, an toàn và thoải mái được các nhu cầu thích hợp cho người cao tuổi. Gia đình đầm ấm sẽ phát huy được tiềm năng về cơ thể, tâm lý muốn được thể hiện sau nhiều năm đúc kết các kinh nghiệm trong cuộc sống. Ngược lại, môi trường thiếu nuôi dưỡng, thiếu tình thương, xung đột, bạo lực thì người cao tuổi không có được cảm giác an toàn, nghỉ ngơi cuộc sống, buồn chán, cô đơn.

Vấn đề về hưu: Thời kỳ mới về hưu là một giai đoạn vô cùng khó khăn đối với người cao tuổi. Đây là giai đoạn có nhiều biến đổi tâm lý đặc biệt là các rối loạn tâm lý đó có liên quan trước hết đến sự thích nghi với hoàn cảnh sống mới, do nếp sinh hoạt thay đổi, các mối quan hệ xã hội bị hạn chế. Một số người trong số đó khó thích nghi được với giai đoạn khó khăn này nên mắc “Hội chứng về hưu”, với tâm trạng buồn chán, mặc cảm, thiếu tự tin, dễ cáu gắt, nổi giận. Do đó họ trở nên sống cô độc và cách ly xã hội.

1.3.1.2. Các yếu tố stress tâm lý xã hội khác

Khu vực - nơi sống: Về mặt nơi sống liên quan đến các rối loạn trầm cảm còn nhiều điểm chưa thống nhất.

Vấn đề kinh tế: Quan điểm về sự liên quan giữa tầng lớp kinh tế xã hội đến rối loạn trầm cảm hiện vẫn còn tranh luận vì khó biết đó là nguyên nhân hay là hậu quả của rối loạn trầm cảm. Người cao tuổi thường hay phàn nàn sự buồn chán và cô đơn về sự cách ly với xã hội. Họ cho rằng buồn phiền này là do khó khăn về vật chất, không thỏa mãn những nhu cầu cơ bản của cuộc sống... Những điều này buộc người cao tuổi phải đoạn tuyệt với các quan hệ bạn bè cũ, biến cuộc sống của họ trở nên buồn tẻ, ảm đạm, vô vị và nghèo nàn

1.3.2. Trầm cảm do các nguyên nhân là bệnh lý thực tổn.

Các bệnh lý cơ thể là nguyên nhân dẫn đến các rối loạn về cảm xúc, trong đó RLTC chiếm tỷ lệ cao. Đặc biệt ở những người mắc các bệnh nặng, bệnh mạn tính như bệnh ung thư, các bệnh tim mạch, đái đường, HIV/AIDS..

Trầm cảm sau tai biến mạch máu não. Bệnh nhân sau khi bị TBMMN thường có các triệu chứng về cảm xúc chủ yếu là trầm cảm như thay đổi khí sắc trong ngày, tư duy chậm chạp, đôi khi lo âu hoặc kích động, giảm cân, mất ngon miệng, dậy sớm vào buổi sáng, khó đi vào giấc ngủ, xa lánh xã hội, mất hứng thú, tự đánh giá thấp bản thân, cảm giác bị tội có thể có ý tưởng tự tử.

Trầm cảm và bệnh đái tháo đường. Jacobson, 1993 cho rằng trầm cảm ở BN ĐTĐ là do tình trạng căng thẳng vì có một bệnh lý mạn tính hơn là do trực tiếp bản thân ĐTĐ. Một số nghiên cứu gợi ý rằng cảm xúc trầm liên quan với sự khó khăn trong việc thích nghi với các biến chứng ở BN ĐTĐ. Các căng thẳng tâm lý tăng trong 2 năm đầu sau khi biến chứng vông mạc xuất hiện, sự suy giảm thị lực dao động ảnh hưởng tới tâm lý nhiều hơn sự suy giảm nặng nhưng ổn định. Ngoài ra, các biến chứng cấp tính liên quan đến trầm cảm nhiều hơn các biến chứng mạn tính.

Trầm cảm và bệnh tim mạch. Tỷ lệ hiện mắc trầm cảm sau nhồi máu cơ tim từ 3-3.5 lần cao hơn so với quần thể chung. Sự xuất hiện triệu chứng trầm cảm trong bệnh mạch vành được cho là có mối liên quan đến mức tiên lượng, người ta thấy rằng trầm cảm mới xuất hiện sau nhồi máu cơ tim thì làm tăng nguy cơ tim tử vong.

1.3.3. Các yếu tố liên quan khác đến trầm cảm người già.

1.3.3.1. Tuổi và giới.

1.3.3.2. Quá trình lão hóa.

1.3.3.3. Nhân cách tiền bệnh lý.

1.3.3.4. Thuốc và các chất giảm đau.

1.4. ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI

1.4.1. Những nguyên tắc chung:

- 1. Điều trị theo nguyên nhân gây trầm cảm**
- 2. Điều trị triệu chứng (giai đoạn cấp)**
- 3. Điều trị bệnh cơ thể kết hợp**
- 4. Phòng tái phát,**

1.4.2. Sử dụng thuốc chống trầm cảm:

Cơ sở để chọn thuốc chống trầm cảm:

- + Tác dụng ưu thế của thuốc đối với triệu chứng trầm cảm:
 - * Thuốc CTC cảm êm dịu đối với các triệu chứng lo âu, kích động
 - * Thuốc CTC hoạt hóa đối với các triệu chứng ức chế tâm thần vận động,
 - + Tác dụng phụ thường gặp đặc biệt với người cao tuổi
- Thời gian điều trị: Giai đoạn cấp từ 1 đến 3 tháng. Chống tái phát từ 4 đến 6 tháng sau khi hết các triệu chứng cơ bản. Điều trị lâu dài nên tìm liều thấp nhất mà có hiệu lực cho từng BN.

1.4.3. Một số phương pháp điều trị khác

1.4.3.1. Điều trị bằng sốc điện:

1.4.3.2. Điều trị bằng kích thích từ xuyên sọ.

1.4.3.3. Liệu pháp ánh sáng

1.5. CÁC THANG ĐÁNH GIÁ TRỢ GIÚP CHẨN ĐOÁN TRẦM CẢM

1.5.1. Thang đánh giá trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory - BDI) Thang Beck dùng để đánh giá trạng thái trầm cảm và hiệu quả của các phương pháp điều trị. Thang có 21 mục, bao gồm 95 mục nhỏ thể hiện trạng thái cảm xúc của đối tượng với 4 mức độ được ghi điểm từ 0 đến 3. Tổng số điểm: 63. Đánh giá kết quả: Tổng số điểm < 14: bình thường. Từ 14 – 19: Trầm cảm nhẹ. Từ 20-29: trầm cảm vừa. ≥ 30 điểm là trầm cảm nặng

1.5.2. Thang đánh giá trầm cảm ở người già "Geriatric Depression Scale" (GDS).

Thang bao gồm 30 câu hỏi được người bệnh tự trả lời có hay không, đề cập tới cảm giác cảm thấy thế nào trong thời gian một hoặc hai tuần qua. Tỷ số của GDS khá rõ ràng. Ở những câu hỏi có dấu chấm bên cạnh (.), nếu trả lời "không" thì đáp ứng với trầm cảm (các câu 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30). Còn ở các câu hỏi khác, câu trả lời "có", chỉ ra rằng có đáp ứng trầm cảm. Tất cả những điểm đáp

ứng trầm cảm được tính 1 điểm và khi nào điểm trên 14 là lý do để xem xét.

1.5.3. Thang đánh giá lo âu Zung (Self rating anxiety scal of Zung). **Nội dung gồm 20 câu hỏi về triệu chứng dành cho người bệnh tự đánh giá, mỗi câu có 4 mức điểm từ 1 đến 4 được xếp theo thời gian xuất hiện triệu chứng. Điểm số tối đa là $20 \times 4 = 80$: Điểm số $\geq 50\%$: rối loạn lo âu. Điểm số < 50%: không rối loạn lo âu**

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả các bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm của ICD- 10 khởi phát từ 60 tuổi trở lên. Chúng tôi thực hiện công trình nghiên cứu trong thời gian từ tháng 12 năm 2009 đến tháng 12 năm 2013.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ **Những bệnh nhân dưới 60 tuổi**

- + Những bệnh nhân mắc bệnh tâm thần phân liệt, sa sút tâm thần
- + Những bệnh nhân nghiện ma túy hay các chất tác động tâm thần
- + Gia đình và bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

+ Sử dụng phương pháp mô tả tiến cứu, có kết hợp với hồi cứu tiền sử cá nhân và gia đình. Phân tích các triệu chứng lâm sàng của từng bệnh

nhân nghiên cứu trong 2 thời điểm, tương ứng với 2 giai đoạn: cấp tính và giai đoạn tương đối ổn định của bệnh.

+ Làm trắc nghiệm tâm lý, (thang trầm cảm của Beck, thang đánh giá trầm cảm người già,) cũng tương ứng với 2 lần khám đánh giá lâm sàng.

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu

Do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả lâm sàng, tiến cứu trên quần thể bệnh nhân nằm viện chúng tôi áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{\Delta^2}$$

Trong đó: n là số bệnh nhân nghiên cứu. P = 90% tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng cốt lõi của trầm cảm người già là mất các ham thích, hứng thú đã được xác định bởi các nghiên cứu trước đây (Kapland và Sadock (1997) và q = 10% tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn trầm cảm nhưng không có biểu hiện này. $\Delta = 6$ là khoảng sai lệch mong muốn thu được.

$Z_{1-\alpha/2}$ = Là hệ số tin cậy ở mức xác suất là 95% (=1,96)

Thay số vào công thức ta có:

$$n = 1,96^2 \frac{0,09 \times 0,1}{(6)^2} \approx 96$$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu này 96 bệnh nhân. Chúng tôi thu nhận trong 4 năm được 155 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn cho nghiên cứu.

2.2.3. Bộ câu hỏi thu nhập thông tin về lâm sàng

Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (1992) Bộ câu hỏi gồm 20 câu bao hàm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến trầm cảm trên bệnh nhân

2.2.4. Bệnh án nghiên cứu chi tiết đáp ứng với mục tiêu nghiên cứu.

2.3. Phương pháp triển khai nghiên cứu thu nhập thông tin đánh giá.

Mỗi đối tượng nghiên cứu được khám xét kỹ ở 2 giai đoạn để đánh giá so sánh tiến triển của các dấu hiệu lâm sàng và trắc nghiệm: Lần

khám bệnh thứ 1 (giai đoạn cấp tính): Lần khám bệnh thứ 2 (giai đoạn tạm thời ổn định): khi bệnh nhân được xuất viện.

2.4. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU, PHÂN TÍCH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ. Tổng hợp kết quả bằng phương pháp thống kê toán học. Số liệu được xử lý bằng chương trình Stata 10.0.

2.5. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

Đề cương nghiên cứu đã được Bộ môn Tâm thần, Hội đồng chấm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu. Vấn đề chẩn đoán xác định, can thiệp điều trị đều được tiến hành với sự hội chẩn và giám sát của Lãnh đạo Viện. Nghiên cứu chỉ là mô tả lâm sàng, nhằm góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán bệnh và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu rối loạn trầm cảm từ 60-69 là 113 bệnh nhân (chiếm 72,9%), nhóm trên 70 tuổi là 42 bệnh nhân (chiếm 27,1%). Trong đó nam (là 33,8%) và nữ (là 66,5%). Nghề nghiệp làm ruộng (chiếm tỷ lệ 30,3%). Cán bộ hưu trí (chiếm tỷ lệ 44,5%) bệnh nhân nghiên cứu. Người có trình độ đại học là 45 người (chiếm 29,0%) trong đó cao nhất vẫn là nhóm trung học cơ sở gồm 50 BN (chiếm 32,3%). Khu vực sống ở thành phố với 82 BN (chiếm 52,9%). Nông thôn là 40 bệnh nhân (chiếm 25,9%). Có 46 bệnh nhân (chiếm 29%) được phát hiện rối loạn trầm cảm sau 1 năm bị bệnh. Đặc biệt có 60 bệnh nhân (chiếm 38,7%) được phát hiện có bệnh trầm cảm sau 1,5 năm và có 16 bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi được chẩn đoán và điều trị là trên 18 tháng (chiếm 10,3%).

3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRẦM CẢM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng giai đoạn sớm

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở giai đoạn sớm.

TT	Triệu chứng	Tuổi		60-64		65-69		70-74		75-79		≥80		Tổng	
		(n=74)		(n=39)		(n=31)		(n=6)		(n=5)		(n=155)			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	Rối loạn giấc ngủ	61	82,4	26	66,7	22	70,9	6	100,0	5	100,0	120	77,4		
2	Mệt mỏi	61	82,4	37	94,9	30	96,8	5	83,3	5	100,0	138	89,0		
3	Đề cấu giận	30	40,5	17	43,9	15	48,4	2	0,33	2	40,0	66	42,6		
4	Giảm tập trung chú ý	35	47,3	16	41,0	18	58,1	6	100,0	5	100,0	80	51,6		
5	Chán ăn	45	60,8	26	66,7	22	70,9	1	16,7	2	40,0	96	61,9		
6	Sút cân	69	93,2	33	84,6	28	90,3	3	50,0	2	40,0	135	87,1		
7	Đau cơ khớp	30	40,5	28	97,4	25	80,6	1	16,7	4	80,0	89	57,4		
8	Rối loạn thần kinh thực vật	71	95,9	35	89,7	30	96,7	2	33,3	2	40,0	140	90,3		

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm lúc vào viện

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu lúc vào viện.

Triệu chứng	Triệu chứng đặc trưng lúc vào viện					
	Khí sắc trầm		Mất quan tâm		Giảm năng lượng	
Nhóm tuổi	N	%	N	%	n	%
60-64 (n=74)	35	47,3	40	54,1	52	70,2
65-69 (n=39)	15	38,5	12	30,7	20	51,3
70-74 (n=31)	10	32,3	16	51,6	28	90,3
75-79 (n=6)	2	33,3	4	66,7	5	83,3
>80 (n=5)	2	40,0	4	80,0	4	80,0
Tổng (n=155)	64	41,3	76	49,0	109	70,3

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu giai đoạn vào viện

TT	Triệu chứng	Tuổi		60-64		65-69		70-74		75-79		>80		Tổng	
		(n=74)		(n=39)		(n=31)		(n=6)		(n=5)		(n=155)			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	Giảm tập trung chú ý	53	71,6	23	58,9	25	80,6	6	100,0	5	100,0	112	72,3		
2	Giảm tính tự trọng, tự tin	32	43,2	10	25,6	24	77,4	5	83,3	4	80,0	75	48,4		
3	Ý tưởng bị tội	12	16,2	6	15,4	19	61,3	4	66,7	3	60,0	44	28,4		
4	Nhìn tương lai ảm đạm	4	5,4	7	17,9	22	70,9	5	83,3	4	80,0	42	27,1		
5	Hành vi tự sát	5	6,7	7	17,9	7	22,5	3	50,0	5	100,0	27	17,4		
6	Rối loạn giấc ngủ	74	100,0	39	100,0	31	100,0	6	100,0	5	100,0	155	100,0		
7	Ăn ít ngon miệng	71	97,2	37	94,9	29	93,5	6	100,0	5	100,0	144	92,9		

Bảng 3.4. Các triệu chứng cơ thể.

Triệu chứng	Tuổi	< 70 (n=113)		>70 (n=42)		P	Tổng (n=155)		
		N	%	n	%		N	%	
		Theo	Thức giấc sớm	92	81,4		42	100	p < 0,05
	Sút cân	95	84,0	40	95,2	p > 0,05	137	88,4	
ICD - 10	Mất hứng thú	63	55,7	34	80,9	p < 0,05	97	62,6	
	Kích thích suy nhược	80	70,8	35	83,3	p > 0,05	115	74,2	
Triệu chứng cơ thể khác	Tiêu hóa	Nóng rát vùng bụng	67	59,3	9	21,4	<0,05	76	49,0
		Cảm giác buồn nôn	54	47,8	6	14,3	<0,05	60	38,7
		Cảm giác ruột co thắt	53	46,9	10	23,8	<0,05	63	40,6
		Đầy bụng, ăn không tiêu	95	84,1	20	47,6	<0,05	115	74,1
	Tim mạch	Hồi hộp	83	73,5	24	57,1	>0,05	107	69,0
		Mạch nhanh	79	69,9	12	28,6	<0,05	91	58,7
	TK TV	Bốc hỏa	62	54,9	22	52,4	>0,05	84	54,2
		Chóng mặt	46	40,7	23	54,8	>0,05	69	44,5
		Ra mồ hôi	75	66,4	27	64,3	>0,05	102	65,8
		Tê bì	33	29,2	16	38,1	>0,05	49	31,6

	Lan tỏa	112	72,3	
Thời gian	Thường xuyên	90	58,1	p < 0,05
	Từng cơn	29	18,7	
Cường độ	Mơ hồ	112	72,3	p < 0,05
	Nặng rõ ràng	30	19,4	
Liên quan	Thuốc giảm đau ít tác dụng	92	59,4	p < 0,05
	Tâm lý	45	29,0	

Bảng 3.5. Đặc điểm các triệu chứng đau

Tính chất	Đặc điểm	Số bệnh nhân	%	p
Vị trí đau	Khu trú	29	18,7	p < 0,05

Bảng 3.6. Các loại rối loạn tri giác.

Rối loạn tri giác	Tuổi < 70 (n=20)		≥ 70 tuổi (n=10)		Tổng số n=30	
	n	%	N	%	n	%
Áo thanh bình phẩm	10	50,0	4	40,0	14	46,7
Áo thanh lúc dở thức dở ngủ	12	60,0	5	50,0	17	56,7
Áo giác xúc giác	4	20,0	7	70,0	11	36,7
Loạn cảm giác bản thể	9	45,0	5	50,0	14	46,7
Áo thị	0	0	6	60,0	6	20,0

Bảng 3.7. Các loại hoang tưởng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Hoang tưởng	Tuổi < 70 tuổi (n=22)		≥ 70 tuổi (n=10)		Tổng số n= 32	
	N	%	N	%	n	%
Hoang tưởng tự buộc tội	12	54,5	10	100	22	68,75
Hoang tưởng bị bỏ rơi	5	22,7	9	90,0	14	43,75
Hoang tưởng bị thiệt hại	10	45,5	8	80,0	18	56,25
Hoang tưởng nghi bệnh	18	81,8	6	60,0	24	75,0
Hoang tưởng ghen tuông	11	50,0	2	20,0	13	40,62
Hoang tưởng bị theo dõi	7	31,8	1	10,0	8	25

Bảng 3.8. Các rối loạn hành vi lúc vào viện

Nhóm tuổi RL hành vi	< 70 (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số (N=155)	
	n	%	N	%	n	%
Không nói	76	67,3	28	66,7	104	67,1
Kêu khóc ban đêm	41	36,3	39	92,8	80	51,6
Chậm chạp, sững sờ	33	21,3	25	59,5	58	37,4
Đi lang thang	16	14,2	3	7,1	19	12,3

Kích động	15	13,3	9	21,4	24	15,5
Bồn chồn	105	92,9	26	61,9	131	84,5
Từ chối ăn uống	80	70,7	36	85,7	116	74,8

Bảng 3.9. Biểu hiện rối loạn nhận thức ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	Biểu hiện rối loạn nhận thức			
	Giảm trí nhớ gần		Rối loạn định hướng	
	n	%	n	%
60-64 (n=74)	42	56,8	2	2,7
65-69 (n=39)	37	94,9	2	2,7
70-74 (n=31)	27	87,1	0	0,0
75-79 (n=6)	3	50,0	1	1,6
>80 (n=5)	5	100,0	0	0,0
Tổng (n=155)	114	73,5	5	3,2

Bảng 3.10. Các biểu hiện lo âu kèm theo lúc vào viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Biểu hiện	Lo âu		Hoảng sợ	
		N	%	n	%
60-64 (n=74)		67	90,5	6	8,10
65-69 (n=39)		37	94,8	5	12,8
70-74 (n=31)		26	83,8	4	12,9
75-79 (n=6)		3	50,0	3	50,0
>80 (n=5)		1	20,0	3	60,0
Tổng (n=155)		134	86,5	21	13,5
P		p < 0,05		p < 0,05	

3.3. ĐẶC ĐIỂM CÁC YẾU TỐ STRESS Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Bảng 3.11. Các yếu tố stress ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các yếu tố stress		Nhóm tuổi		Tổng số			
		< 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)			
		n	%	N	%	n	%
Yếu tố dẫn đến cơ đơn	Góa bụa	9	7,9	16	38,1	25	16,1
	Người thân chết	9	7,9	16	38,1	25	16,1
	Vê hưu	15	13,3	0	0	15	9,6
	Con cháu bỏ rơi	15	13,3	6	14,3	21	13,5
Yếu tố stress khác	Môi trường sống	9	7,9	3	7,1	12	7,7
	Kinh tế	22	19,5	0	0	22	14,2
	Con cái không thành đạt	9	7,9	4	9,5	13	8,4
	Bệnh tật	11	9,73	8	19,0	19	12,3
	Mâu thuẫn gia đình	13	11,5	9	21,4	22	14,2

3.4. NHẬN XÉT VỀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Bảng 3.12. Sử dụng thuốc chống trầm cảm ở nhóm BN nghiên cứu

Thuốc chống trầm cảm		N	%	Liều thuốc điều trị (mg)		Thời gian duy trì (ngày)	
				$\bar{x} \pm s$	Min-Max	$\bar{x} \pm s$	Min-Max
TC As	Amitriptylin	11	7,1	53,1± 20,9	25 – 100	13,9± 7,1	8 – 27
SSR I	Zoloft	38	24,5	100,5± 24,9	50- 150	18,5± 8,9	13 – 32
	Paroxetin	6	3,9	40,1± 10,9	40 – 60	15,5± 6,9	9 – 23
	Luvox	11	7,1	100,9± 50,0	50-150	19,5± 5,3	14 - 24
Khác	Remoron	89	57,4	36,3± 14,2	15 – 60	17,9± 9,1	10 – 43

Bảng 3.13. Điều trị bằng các thuốc khác

Thuốc khác		n	%	Liều thuốc điều trị (mg)		Thời gian duy trì (ngày)	
				$\bar{x} \pm s$	Min-Max	$\bar{x} \pm s$	Min- Max
Chỉnh khí sắc	Depakin chrono	10	6,45	538,1±156,4	200 – 1000	18,2± 8,5	12 – 34
An thần kinh	Seroquel	20	12,9	237,64±48,26	100-200	10,33 ± 5,20	14-21
	Olanpin	45	29,0	12,1± 5,5	5 – 30	12,36±5,43	5 – 41
	Dogmatil	65	41,9	102,5± 44,4	50 – 100	98,66±32,74	6 – 30
	Risperdal	21	13,5	2,7± 1,1	2-4	15,9± 8,9	10-23
	Haloperidol	16	10,3	10,1 ± 1,1	5- 10	5± 3,1	1 -7
Bình thần	Sedusen	80	51,6	10,69±4,50	5-10	6,6± 4,1	7-11

Bảng 3.14. Tác dụng phụ liên quan đến thuốc

Tác dụng phụ		Nhóm tuổi			ng số				
		60-69 (n=112)	70-79 (n=112)	≥80 (n=112)	ng số	%			
Do thuốc CTC	Khô miệng	82,4	76,9	77,4	26	61,9	93	60,0	
	Táo bón	60	64	58	17	40,5	61	39,4	
	Lú lẫn	50	2	8	3	40,5	7	4,51	
	Mạch nhanh	40	1	2	1	33,3	59	38,1	
	Bí tiểu	30	4	5	1	11,9	20	7,10	
Do thuốc hướng thần khác	Loãng cho	10,8	16,4	16,1	3	11,9	60	38,7	
	Mệt mỏi	6,7	7	6,4	2	11,9	51	32,9	
	Chứng run	2	4	3,5	1	12,8	158	37,4	
	Hạ huyết áp	60-64	65	70	75-79	11,9	80	28	18,1
	Nôn và buồn nôn	2	1,8	6	14,3	8	5,20		
Điều dưỡng	Giảm hiệu quả điều trị	35	30,9	11	26,2	46	29,6		

3.7. Kết quả điều trị

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1 ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Tuổi. Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu thấy tỷ lệ trầm cảm cao nhất là ở những bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 60 - 69. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Müller-Spahn, Hock (1994), Robert M. Kok (1995), và nhiều các tác giả khác khi nghiên cứu những bệnh nhân trầm cảm khởi phát trên 60 tuổi. Một điểm cũng nhận thấy là từ sau 60 tuổi tỷ lệ trầm cảm giảm dần theo các nhóm (ở nhóm trên 75 tuổi tỷ lệ chỉ còn 3,9% tổng số BN nghiên cứu) và đặc biệt sau tuổi 80 chỉ còn 3,2% trong tổng số bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm.

4.1.2. Giới. Kết quả cho thấy trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu có 52 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 33,5%) và 103 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ

66.5%). Như vậy nhóm bệnh nhân nữ cao gấp 2 lần nhóm bệnh nhân nam, nghiên cứu phù hợp với số liệu của chương trình nghiên cứu trầm cảm hợp tác với 9 Trung tâm ở Châu Âu, tỷ lệ rối loạn trầm cảm người cao tuổi trung bình ở phụ nữ là 14,1% trong khi ở nam giới là 8,6%..

4.1.3. Nghề nghiệp. Bệnh nhân là cán bộ, viên chức chiếm tỷ lệ 44,5% trong khi đó bệnh nhân là nông dân có tỷ lệ 30,3% và công nhân với tỷ lệ là 25,2%. Theo tác giả Chen R, Copeland J.R và cộng sự khi nghiên cứu trong dân số chung cũng thấy có đến 55% số người bị trầm cảm là lao động trí óc, chỉ có 30% là những người lao động chân tay. Có lẽ sự căng thẳng tâm thần kéo dài là một trong những yếu tố stress dẫn đến suy yếu cảm xúc và gây rối loạn trầm cảm

4.1.4. Thời gian từ khởi phát bệnh đến khi vào viện. Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu có tới 38,7% bệnh nhân chỉ được đưa đến viện sau hơn 1 năm bị bệnh và chỉ có 21,3% bệnh nhân là được phát hiện và được can thiệp điều trị trước 6 tháng kể từ khi khởi phát bệnh. Sự chậm trễ này đã được đề cập đến trong rất nhiều y văn: Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc được điều trị thỏa đáng tại chuyên khoa của bệnh tâm thần phân liệt và trầm cảm là 1,5 -2,5 năm. Việc chẩn đoán sớm để điều trị có hiệu quả tất cả những bệnh nhân trầm cảm là một mục tiêu khó đạt được. Nhất là với những bệnh nhân trầm cảm là người cao tuổi, bệnh khởi phát thường từ từ, kín đáo, thường tồn tại và phát triển song song với nhiều bệnh cơ thể khác do vậy những bệnh nhân này thường mất rất nhiều thời gian đi khám ở các chuyên khoa khác trước khi đến với chuyên khoa tâm thần. Sự chậm trễ này còn tùy thuộc vào sự hiểu biết của gia đình, cộng đồng và bác sĩ đa khoa để nhận biết về trầm cảm.

4.1.5. Các triệu chứng ở giai đoạn sớm

- Người bệnh khó khăn đi vào giấc ngủ, giấc ngủ không sâu, dễ tỉnh giấc, người bệnh trở lên hoang mang, hay có những suy nghĩ về quá khứ, những việc chưa làm được, hay có giấc mơ kỳ quái hay ác mộng. Khi tỉnh dậy bệnh nhân thấy cơ thể mệt mỏi, tinh thần trì trệ, không thấy thoải mái. Giấc ngủ không ổn định nên người bệnh thường hay lo lắng, tìm và mua các loại thuốc hỗ trợ để mong tìm cho mình một giấc ngủ tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 77,4%

người bệnh rối loạn giấc ngủ. Phù hợp với nghiên cứu của Robert Baldwin, Kaplan Sadock cho rằng rối loạn giấc ngủ là triệu chứng sớm nhất ở trầm cảm của người cao tuổi.

- Những cảm giác mệt mỏi bất thường có tần suất 89,0% ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Cùng với biểu hiện rối loạn giấc ngủ, người bệnh thấy cơ thể mệt mỏi kéo dài, người bệnh không muốn rời khỏi chỗ nằm, lười vệ sinh thân thể, không muốn ăn, uống, các sinh hoạt hàng ngày đều trở ngại, người bệnh ngại giao tiếp. Theo Miiller-Spahn & Hock Các triệu chứng mệt mỏi thường nặng hơn về buổi sáng và giảm đi vào buổi chiều.

- Các triệu chứng thần kinh thực vật biểu hiện ở 90,3% số bệnh nhân nghiên cứu và có tỷ lệ tương tự ở cả hai nhóm tuổi trước và sau 70 tuổi. Đây là những biểu hiện nhất thời, luôn thay đổi, không hệ thống như: vã mồ hôi, lạnh chân tay, nóng bừng mặt, đánh trống ngực, chóng mặt.....

- Các triệu chứng cơ thể khác có thể gặp nhiều loại, đặc biệt là các triệu chứng về tiêu hóa (chán ăn 61,9%, táo bón 49,6%, sút cân 87,1%.) Nhưng những biểu hiện này gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi. Đó cũng là những triệu chứng nhẹ nhàng, kín đáo, mơ hồ, bệnh nhân khó mô tả được một cách rõ ràng, không có các biểu hiện một cách có hệ thống. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của Shahpesandy H rằng trầm cảm ở tuổi già thường biểu hiện bằng những triệu chứng “ẩn” kín đáo, không điển hình.

4.2.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm lúc mới vào viện.

4.2.2.1. Các triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm ở nhóm BN NC

Cùng với thời gian, các biểu hiện của trầm cảm ngày một bộc lộ rõ rệt. Trong các triệu chứng đặc trưng, của trầm cảm thường gặp là khí sắc trầm. Đây là một trong các triệu chứng điển hình nhất, và rõ rệt nhất, nhưng đối với người cao tuổi, khí sắc trầm chỉ gặp ở 41,3% các bệnh nhân nghiên cứu. Giai đoạn đầu bệnh nhân mô tả một cảm giác buồn thoáng qua, cảm giác cuộc sống tẻ nhạt, âm thanh, màu sắc, hương vị đều trở lên mờ nhạt, về sau các triệu chứng buồn ngày một nặng lên. Buồn đã tạo nên nét mặt nặng trĩu và đau khổ, người bệnh như đắm chìm trong tâm trạng u uất, khí sắc giảm, mặt mày ủ rũ, ngồi một chỗ hoặc hoạt động rất chậm chạp, nói nhỏ hoặc từ chối tiếp

xúc...(bảng 3.2). Đó chính là các triệu chứng đặc trưng để chẩn đoán trầm cảm. Mặt khác, cùng với triệu chứng khí sắc trầm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (gặp ở 70,3%) bệnh nhân thường thấy đuối sức trước các đòi hỏi của nghề nghiệp và cuộc sống, không muốn làm việc gì, cảm giác này tăng lên khi ở một mình, và giảm dần vào các buổi chiều, hiệu suất công việc giảm sút, sự mệt mỏi biểu hiện cả lúc lao động trí óc hay lao động chân tay. Nhiều bệnh nhân thấy mệt mỏi khó khăn ngay cả trong cuộc sống sinh hoạt gia đình và chăm sóc bản thân. Mất quan tâm với các ham thích thú cũ (có ở 49,0%) bệnh nhân nghiên cứu, các mối quan tâm thu hẹp dần, bệnh nhân trở nên bàng quan với các sự kiện diễn ra xung quanh mình, không quan tâm đến gia đình, thờ ơ với việc chăm sóc con cái, các thích thú cũ không còn nữa, các biểu hiện rõ nét:

Ở các bệnh nhân dưới 70 tuổi, bệnh cảnh lâm sàng triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm gặp nhiều hơn thì ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi lại biểu hiện nhiều hơn các triệu chứng phổ biến của trầm cảm (bảng 3.3): nhìn tương lai âm ảm có ở (73,8% các bệnh nhân nghiên cứu (trong đó 61,9% các bệnh nhân trên 70). Có tới 17,4% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có ý tưởng hành vi tự sát. Nghiên cứu của Gay,C, BoureauF,1989 có tới 50%-58% bệnh nhân có khí sắc trầm buồn và 1/3 trong số đó có ý tưởng tự sát (xấp xỉ 16,6%). Ở những người cao tuổi có lẽ các yếu tố tâm lý trở thành gánh nặng cho con cháu, cảm thấy mình bất lực trước các biến động của cuộc sống, cách ly dần với các hoạt động xã hội, sự cô đơn tuổi già.... làm cho tư duy bệnh nhân càng nhuốm màu cảm xúc trầm cảm, bệnh nhân thường xuất hiện nhiều định kiến, tự ti, cho mình là hèn kém, có phẩm chất xấu, các trường hợp nặng hơn là hoang tưởng tự buộc tội.

Tóm lại trong nghiên cứu của chúng tôi, khí sắc trầm là triệu chứng cốt lõi có tần suất cao ở cả hai nhóm tuổi. Tuy nhiên, để phát hiện khí sắc buồn phải xem xét trong mối quan hệ chặt chẽ của tình trạng cảm xúc ức chế với nhiều triệu chứng khác. Khí sắc giảm luôn luôn kèm theo các triệu chứng: rối loạn ngon miệng, rối loạn giấc ngủ, tự đánh giá thấp bản thân, mất tự tin hoặc cảm giác không xứng đáng, giảm tập trung chú ý, cảm giác mất khả năng giải quyết các công việc hàng ngày, ý tưởng tự sát. Những

triệu chứng này cùng với các rối loạn thực vật hình thành bệnh cảnh trầm cảm mang đặc điểm riêng ở người cao tuổi.

4.2.2.2. Triệu chứng sinh học: (bảng 3.4). Trong 155 bệnh nhân thu nhận được chúng tôi thấy 100% có ít nhất là 4/8 triệu chứng sinh học. Triệu chứng hiện diện ở 62,6% bệnh nhân là mất hứng thú với những hoạt động hàng ngày gây thích thú. Triệu chứng cũng thường gặp là thức giấc sớm hơn 2 giờ (chiếm tỷ lệ 86,5%), đặc biệt là triệu chứng kích thích suy nhược có đến 74,2% số bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây.

4.2.2.3. Các triệu chứng cơ thể khác

A. Tiêu hóa. *Cảm giác ăn không tiêu* là triệu chứng có tần suất cao ở cả hai nhóm (74,1%): trong đó nhóm dưới 70 tuổi chiếm 84,1% và nhóm trên 70 tuổi chiếm 47,6% (với $p < 0,05$). Đầy bụng với ăn không tiêu thường xuyên kèm theo là cảm giác khó chịu vùng bụng (59,3% ở nhóm dưới 70 tuổi, 21,4% ở nhóm trên 70 tuổi) (bảng 3.5). Người bệnh than phiền cảm giác nóng bụng lan toả và thay đổi, khó mô tả được chính xác (như các hiện tượng: nhức nhối, nhọn nhọn, như bị chà xát, bóp thắt...). Người bệnh còn than phiền về các cảm giác bụng chướng, *bụng lúc nào cũng ậm ạch*. Triệu chứng xuất hiện nhiều lên trong khi họ căng thẳng cảm xúc. Cảm giác căng đầy bụng thường liên quan đến *cảm giác buồn nôn* (gặp với tần suất 38,7% nhóm bệnh nhân nghiên cứu). Cảm giác nôn nao, buồn nôn, không liên quan gì đến bệnh lý cơ thể, hoặc sự biến đổi cấu trúc các tạng ổ bụng, hoặc nhiễm trùng, nhiễm độc, kể cả không liên quan gì đến những sai sót trong chế độ ăn, mà liên quan chặt chẽ đến các trạng thái cảm xúc, đặc biệt là cảm xúc buồn rầu và lo lắng. Các triệu chứng này có thể xuất hiện đơn lẻ hoặc kết hợp cùng với các triệu chứng khác của cơ thể như hồi hộp, vã mồ hôi, các biểu hiện mệt mỏi, suy nhược.

B. Triệu chứng tim mạch: *Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu có 107 bệnh nhân có biểu hiện hồi hộp đánh trống ngực (chiếm tỷ lệ 69,0%), và 91 bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh (chiếm tỷ lệ 58,7%), các triệu chứng chức năng hệ tim mạch dường như tăng dần theo nhóm tuổi, đặc biệt là sau 70 tuổi. Chính với bệnh cảnh như vậy, bệnh nhân trầm cảm người cao tuổi thường đến khám và thăm dò, điều trị rất lâu ở chuyên khoa tim mạch trước khi đến với bác sĩ chuyên khoa tâm thần.*

C. Các rối loạn thần kinh thực vật. Các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật gặp ở tất cả các nhóm tuổi (bảng 3.5). Có 102 bệnh nhân có những cơn vã mồ hôi (chiếm tỷ lệ 65,8%); có tới 44,5% số bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện chóng mặt, và 54,2% bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện bốc hỏa, nóng bừng mặt ... Như vậy, các triệu chứng thuộc hệ thần kinh thực vật không những sớm xuất hiện ở người bệnh trầm cảm trên 60 tuổi mà khi bệnh toàn phát các triệu chứng này cũng biểu hiện rõ và phong phú hơn rất nhiều.

D- Triệu chứng đau: Kết quả (bảng 3.6) thấy có 141 bệnh nhân có biểu hiện đau, (chiếm tỷ lệ 90,96%). Biểu hiện của triệu chứng đau rất khác nhau về cả vị trí đau, thời gian đau và cả về cường độ. Vị trí đau thường thay đổi, đau đầu, đau vai gáy, đau môi các khớp xương, đau cột sống đôi khi gặp đau tức ngực, tức nặng vùng thượng vị. Có 60 bệnh nhân biểu hiện đau tức vùng ngực nhưng không tìm thấy tổn thương thực thể (chiếm tỷ lệ 38,7%). Người bệnh thường có cảm giác đau lan tỏa (72,3%) nhiều hơn là đau khu trú (18,7%); đau xuất hiện từng lúc song tái diễn (18,7%) ít hơn là đau liên tục, thường xuyên (58,1%), về cường độ đau thì người bệnh thường có cảm giác đau mơ hồ khó mô tả (72,3%) hơn là cảm giác đau rõ ràng (19,4%). Các biểu hiện đau này thường liên quan chặt chẽ với biến đổi tâm lý của bệnh nhân (29,0%).

4.2.3. Đặc điểm các triệu chứng loạn thần ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.2.3.1. Các rối loạn tri giác. *Gặp ở 30 trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu (19,4%). Ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ (46,7%), ảo thanh lúc đỡ thức đỡ ngủ (56,7%). BN thường nghe thấy tiếng nhiều người bình luận về đạo đức, nhân phẩm của mình, thấy nhiều tiếng nói chê bai dèm pha bản thân và gia đình. Các ảo giác loại này chủ yếu được thấy ở nhóm BN dưới 70 tuổi. Ở nhóm trên 70 tuổi, các rối loạn tri giác chủ yếu là rối loạn cảm giác bản thể (50,0%) và ảo giác xúc giác (70,0%).*

4.2.3.2. Các loại hoang tưởng: Kết quả cho thấy hoang tưởng có ở 32/155 số bệnh nhân nghiên cứu (20,6%). Có sự khác nhau rõ rệt ở nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi và nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi. Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu dưới 70 tuổi, những hoang tưởng hay gặp hơn cả là hoang tưởng nghi bệnh (chiếm 81,8%), hoang tưởng ghen tuông (chiếm 50,0%), Hoang tưởng bị theo dõi cũng thường gặp (chiếm 31,8% số bệnh nhân nghiên cứu). Ở những bệnh nhân trên 70 tuổi các hoang tưởng hay gặp lại là các hoang tưởng bị thiệt hại, bị tội. Trong 10 bệnh nhân

trên 70 tuổi có 9 bệnh nhân luôn lo sợ mình sẽ bị gia đình và xã hội bỏ rơi (chiếm tỷ lệ 90,0%), có 8 bệnh nhân luôn có hoang tưởng bị thiệt hại (chiếm tỷ lệ 80,0%).

4.2.3.3. Các rối loạn hành vi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. *Tỷ lệ các bệnh nhân có rối loạn hành vi là rất cao như kêu khóc ban đêm (51,6%), bồn chồn (84,5%). Tiếp theo mới là các rối loạn hành vi như chậm chạp, từ chối ăn uống hay không nói. Các rối loạn hành vi như đi lang thang có 19 bệnh nhân (chiếm 12,3%), kích động có 24 bệnh nhân (chiếm 15,5%). Hành vi tự sát thấy (ở 17,4%), (ý tưởng buộc tội (có ở 28,4%) số bệnh nhân nghiên cứu. Trong trầm cảm người già, các triệu chứng xuất hiện thường không điển hình, không chỉ có ức chế hành vi mà thường gặp các loại hoạt hóa, kích thích, kích động. Đây cũng là lý do chính để gia đình cho bệnh nhân đến nhập viện.*

4.2.3.4. Suy giảm nhận thức ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. *Giảm sự tập trung chú ý (chiếm tỷ lệ 72,3%). Ở giai đoạn sớm của các rối loạn trầm cảm mới chỉ có biểu hiện của suy giảm sự tập trung chú ý mức độ nhẹ với 51,6%, làm cho người bệnh khó ghi nhận được những hiện tượng sự vật mới xảy ra, nhưng vào giai đoạn toàn phát các biểu hiện về sự giảm độ tập trung chú ý ngày càng rõ ràng hơn, làm cho người bệnh khó khăn trong việc thực hiện các công việc thường ngày, nhiều khi phải bỏ dở những công việc cần phải lao động trí óc. Verhey và cộng sự thấy 70% bệnh nhân trầm cảm người già có suy giảm trí nhớ song không có suy giảm chức năng vỏ não cao cấp khác như vong ngôn, vong tri, vong hành. Đây chính là triệu chứng quan trọng để phân biệt mất trí giả do trầm cảm và sa sút trí tuệ Alzheimer.*

4.2.3.5. Các rối loạn lo âu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Trong 155 bệnh nhân có 134 bệnh nhân biểu hiện lo âu (chiếm đến 86,5%), 21 bệnh nhân có biểu hiện hoảng sợ (13,5%). Các triệu chứng hoảng sợ gặp nhiều hơn ở lứa tuổi trên 70 tuổi. Sự lo lắng về bệnh tật cùng với các biểu hiện của trầm cảm làm tăng mức độ trầm trọng của lo âu như đánh trống ngực, hoặc ngất xỉu, mất tự chủ hay lên cơn bùng nổ về cảm xúc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Cairney J, Krause N, lo âu là triệu chứng thường thấy và đồng hành trong bệnh cảnh lâm sàng của trầm cảm.

4.3. CÁC YẾU TỐ STRESS LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Sự cô đơn. Trước kia sự cô đơn (bảng 3.11) được xem là hậu quả của bệnh tật, ngày nay người ta có xu hướng cho đó chính là nguyên nhân của sự giảm sút sức khỏe, bệnh tật, nhất là bệnh cao tuổi.

Nghi hưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi sang chấn về hưu là 9,6%. Đây là một giai đoạn vô cùng khó khăn đối với người cao tuổi, đòi hỏi người nghỉ hưu phải chuẩn bị trước về tâm lý, có kế hoạch cho một công việc mới và quan trọng là phải thích nghi nhanh chóng với sự thay đổi này.

Mất người thân, mất bạn đời (24,4%) là một trong những nguyên nhân làm cho người cao tuổi cảm thấy cô đơn và hụt hẫng trong cuộc sống. Góa bụa ở nhóm trên 70 tuổi (chiếm 38,1%) gặp nhiều hơn so với nhóm dưới 70 tuổi (chỉ có 7,9%). Sang chấn tâm lý xuất hiện trong gia đình BN khi con cái bỏ rơi gặp nhiều ở nhóm BN dưới 70 tuổi (chiếm 13,3%).

Các yếu tố tâm lý khác. Nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi, sang chấn tâm lý do con cái bất hòa (là 14,3%). Sang chấn về khó khăn kinh tế (là 15,2%). Theo các nghiên cứu, lứa tuổi 60 là tuổi phải đối mặt với nhiều thay đổi trong công tác, và cuộc sống gia đình, đây cũng là lứa tuổi để so sánh sự thành đạt của bản thân với bạn bè, đồng nghiệp, nên song hành với sự thành đạt và thay đổi đó là những sang chấn mà người ở lứa tuổi đó phải gánh chịu.

4.4. NHẬN XÉT VỀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NHÓM BN NGHIÊN CỨU

4.4.1 Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 89 bệnh nhân dùng Remeron (chiếm tỷ lệ 57,4%) liều dùng trung bình $36,3 \pm 14,2$ (mg/ngày); Zoloft có 38 bệnh nhân sử dụng (chiếm tỷ lệ 24,5%) liều dùng trung bình $100,5 \pm 24,9$ (mg/ngày)...; và Amitriptylin có đến 11 bệnh nhân sử dụng (chiếm tỷ lệ 7,1%) liều dùng trung bình $53,1 \pm 20,9$ mg/ngày. Thuốc chống trầm cảm 3 vòng vẫn được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong các nhóm thuốc chống trầm cảm. Tuy nhiên thuốc có rất nhiều tác dụng không mong muốn, nhất là người già. Các bác sĩ khuyên, nên sử dụng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới vì có nhiều ưu việt, ít tác dụng phụ.

4.4.2. Điều trị bằng thuốc khác

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành trên những bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm của các thể bệnh: giai đoạn trầm cảm của trầm cảm tái diễn, trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm thực tổn. Có 10 bệnh

nhân được chỉ định dùng thuốc Depakine Chrono (chiếm tỷ lệ 6,45 %) với liều dùng trung bình $538,1 \pm 156,4$ mg. Đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực và trầm cảm tái diễn, trầm cảm thực tổn, Depakine Chrono có ý nghĩa quan trọng trong điều trị cũng như trong dự phòng tái phát. Có 102 bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc chống loạn thần kết hợp với thuốc chống trầm cảm (chiếm tỷ lệ 65,8%). Olanzapin (chiếm tỷ lệ 29,0%), Risperdal (chiếm tỷ lệ 13,5%), Dogmatil (chiếm tỷ lệ 41,9%). Việc sử dụng thuốc chống loạn thần có chọn lựa ở đây nhằm mục đích giải quyết các triệu chứng loạn thần, các rối loạn hành vi cho người bệnh.

4.4.3. Tác dụng không mong muốn. Các chống trầm cảm thế hệ mới ít tác dụng không mong muốn hơn so với thuốc cổ điển, tuy nhiên các tác dụng này vẫn có thể xảy ra. Gặp nhiều nhất là các biểu hiện khô miệng (60,0%), táo bón (39,4%), nhịp tim nhanh (38,1%), bí tiểu (7,1%). Các biểu hiện này chủ yếu gặp ở nhóm BN được điều trị bằng thuốc CTC 3 vòng. Các biểu hiện run rẩy khi đi lại (37,4%), loạn choạng (38,7%), hạ huyết áp (18,1%).

4.4.4. Đánh giá chung về điều trị. Kết quả ổn định tốt (thấy ở 77,4%) bệnh nhân nghiên cứu và thấy nhiều hơn ở nhóm tuổi dưới 70. Kết quả kém (thấy ở 10,3%) bệnh nhân. Ở nhóm này các triệu chứng loạn thần vẫn còn dai dẳng, nhất là các hoang tưởng nghi bệnh. Các triệu chứng loạn cảm giác bản thể, các rối loạn hành vi tạm ổn định, song các triệu chứng cơ thể vẫn còn nhiều, đặc biệt là các biểu hiện đau, các rối loạn thần kinh thực vật. Các triệu chứng cốt lõi của trầm cảm chỉ mới thuyên giảm nhưng chưa hết, khi sắc còn dao động trong ngày, còn mệt mỏi, chậm chạp cả trong suy nghĩ và hoạt động. Đặc biệt ở các bệnh nhân này còn có nhiều tác dụng phụ do các thuốc hướng thần, mặc dù các thuốc này đã được lựa chọn, với liều lượng thấp và duy trì trong thời gian ngắn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả Nguyễn Kim Việt, Kapland Sadock, Robert C. Baldwin A. Bas et al, việc điều trị trầm cảm ở người già thường gặp nhiều khó khăn, vì người già có nhiều yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội cấu thành hay là nguyên nhân của trầm cảm. Việc điều trị bằng thuốc sẽ kém hiệu quả nếu không đồng thời can thiệp được các bất toại về tâm lý gia đình, xã hội... của từng người bệnh

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 155 bệnh nhân rối loạn trầm cảm khởi phát ở tuổi trên 60 được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ 12-2009 đến 12-2013, chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân nữ 66,5%. 72,9% các bệnh nhân ở vào độ tuổi 60-69. Giai đoạn trầm cảm (F32) là chẩn đoán hay gặp nhất (55,5%).

1. Đặc điểm lâm sàng. Các triệu chứng rối loạn trầm cảm trong giai đoạn sớm chủ yếu là các triệu chứng cơ thể mơ hồ, không hệ thống như (mệt mỏi (89,0%), rối loạn thần kinh thực vật (90,3%), sút cân 87,1%, rối loạn giấc ngủ (77,4%), và 78,7% số bệnh nhân đến cơ sở Sức khỏe Tâm thần muộn sau 1 năm kể từ khi bệnh khởi phát. Giai đoạn toàn phát: Các triệu chứng khí sắc trầm (chỉ có ở 41,3%), mất quan tâm thích thú có ở (49,0%), các triệu chứng này gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi dưới 70. Trong khi đó ở nhóm tuổi trên 70 lại chiếm ưu thế hơn với các biểu hiện, ý tưởng tự tử (78,6%), nhìn tương lai ảm đạm (73,8%), bị buộc tội (61,9%), ý tưởng và hành vi tự sát (35,7%). Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm chiếm ưu thế trong bệnh cảnh. Các triệu chứng về tiêu hóa bao gồm: Ăn ít ngon miệng (92,9%), sút cân (88,4%), đầy bụng không tiêu (74,1%). Các triệu chứng về tim mạch như hồi hộp (69,0), mạch nhanh (58,7%). Các triệu chứng thần kinh thực vật bao gồm: Vã mồ hôi (65,8%), bốc hỏa (54,2%), chóng mặt (44,5%). Thức giấc sớm (86,5%), kích thích suy nhược (74,2%). Đặc biệt các triệu chứng đau thấy ở 90,96% các bệnh nhân với các đặc tính đau lan tỏa, mơ hồ phụ thuộc vào trạng thái tâm lý người bệnh. Các biểu hiện loạn thần (có ở 40%) các bệnh nhân. Các rối loạn hành vi: Bồn chồn (thấy ở 84,5%), hành vi tự sát (thấy ở 17,4%). Suy giảm nhận thức (có ở 73,5%) bệnh nhân.

2. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các yếu tố stress và các bệnh lý cơ thể đóng vai trò quan trọng trong phát sinh và tiến triển các rối loạn trầm cảm ở các bệnh nhân nghiên cứu, cô đơn (chiếm tỷ lệ 63,2%). Mâu thuẫn gia đình (14,2%), bệnh tật mãn tính (12,3%).

3. Việc điều trị rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.

Kết quả tốt chỉ có được ở (77,4%) bệnh nhân nghiên cứu. Các thuốc hướng thần được dùng với liều thấp và dùng trong thời gian ngắn, song các tác dụng không mong muốn là khá phổ biến như khô miệng (có ở 60,0%), táo bón (có ở 39,4%), nhịp tim nhanh (có ở 38,1%), run rẩy (có ở 37,4%) các bệnh nhân nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ

Cải tiến chương trình đào tạo, bổ xung kiến thức về trầm cảm cho các bác sĩ đa khoa, nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu để nhận biết sớm những dấu hiệu rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi trong điều kiện thực tế tại cộng đồng.

Cần phát triển hơn nữa hệ thống chăm sóc sức khỏe tâm thần người cao tuổi: bao gồm đào tạo các cán bộ chuyên khoa, thiết lập các cơ sở điều trị, chăm sóc từ trung ương đến cộng đồng, xóa bỏ các thành kiến cũng như các mặc cảm, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho những người cao tuổi bị bệnh tâm thần.

RATIONALE

Depression is a common disorder in psychiatric practice as well as in general medical practice. According to World Health Organization (WHO), and many authors, from 3 to 5% of the world population (about 200 million people) have symptoms of depression at some stage in their lives. Moreover, we also find a recurrence rate of depression at 50% and 80% of unipolar depression and higher in bipolar disorder. Approximately 45% - 70% of those who committed suicide had suffered from depressive disorder and 15% of patients with depression die in suicides. Depression is the most common disorder of mental disorders in the elderly. According to Kohn R, depressive disorders in populations is 5.6%, nevertheless, depressive disorders in elderly community is 10.7%.

Depressive disorder in the elderly has many typical characteristics which are different from that of younger ages. As a result of degeneration of brain cells, the aging of the organs in the body, the diseases in the body, at the same time in the elderly, combined with the psychological trauma due to family, social factors, the core symptoms such as low mood, depression, decreased energy, fatigue are identified with low rate while the body expression shows dominant, to obscure those symptoms of depressive disorder. Furthermore, the symptoms of depression are often accompanied by the anxiety disorder. In fact, the diagnosis of depression in the elderly is difficult and often overlooked, resulting in over 90% of the elderly having the expression of depression, which has not been diagnosed or treated properly.

Objectives of the Research:

1. *To describe clinical features of depressive disorders starting in the elderly.*
2. *To identify factors relating to depression in this age group.*
3. *Commenting on the treatment of depression in the elderly.*

New contributions of the thesis

1. It is the first prospective research in Vietnam, to identify clinical characteristics and progression of depressive disorders starting in the elderly.
2. To identify factors relating to the onset and development of depressive disorders in the elderly in Vietnam.
3. It reviews the treatment of depressive disorder starting in the elderly.
4. It helps identify more effective treatment of cases of depressive disorders in the elderly, reducing the suicide rate and improving quality of

life for the elderly in Vietnam.

The layout of the thesis:

The thesis has 151 pages, including:

Rationale (2 pages)

Chapter 1. Overview (50 pages)

Chapter 2. Objects – Methods of Research (12 pages)

Chapter 3. Research Results (34 pages)

Chapter 4. Discussion (50 pages)

Conclusion (2 pages)

Recommendations (1 page).

Reference document: 153 documents, including 21 Vietnamese documents, 127 English documents. 5 French documents.

CHAPTER 1: OVERVIEW

1.1. Concept and History of Research on Depression

1.1.1. Concept

1.1.1.1. The concept of depressive disorder

1.1.1.2. The concept of the elderly.

1.1.2. History of depressive research

1.1.3. Etiology, pathogenesis of depressive disorders

Until now, the issue of etiology and pathogenesis of depression and depressive features in the elderly has not been fully clarified. There are many arguments to explain the causes, symptoms based on the understanding of genetic, neuro-transmitter, the psychological, biological factors, as well as the social, cultural relations.

1.1.3.1. *Pathogenesis of depression*

a. Research related to serotonin in depressive disorder.

b. Other neuro-transmitters.

c. Pathogenesis of depressive disorder with physical symptoms.

1.2. Clinical manifestation of depressive disorder.

The clinical features of depression in the elderly

Depressive disorder can appear at any age, and is especially commonly found in the elderly. In fact, in many communities there are misconceptions, as that it is just a natural degeneration at the old age, but not entirely pathological. Depressive disorders in the elderly show varied clinicals, in the way to determine depression; it also varies depending on the author. Duches DJ emphasizes the state of depressive disorder in the elderly; it is calculated with the expression of severe major depression. Eason (1978) suggests that depressive disorder often occurs in the elderly. The expression of depression at this age also has different characteristics comparing to depression in the younger people, which are:

- Often expressed as physical symptoms such as headaches, abdominal pain, chest pain, feeling stuffy. It is because the body symptoms are prominent, so the mild depression manifestation or masked depression

is often undetected in diagnosis and untreated in the treatment course. For most of these cases, the patient relatives bring the patients to the medical facility for diagnosis and treatment of cardiovascular, gastrointestinal, neurological, musculoskeletal diseases, but with no detection of obvious physical injury.

- Eating disorders: anorexia, usually not interested in eating, loss of appetite. Consequently, patients lose weight and opportunities are created for the development of other diseases. However, some of patients may overeat; it often leads to weight gain. Weight increase or lost is to be noted as symptoms in the elderly, so symptoms of weight gain may be a manifestation of other disease entities.

- Sleep disorders, often manifested as insomnia than oversleeping; in many cases patients have frequent nightmares. Maybe the elderly may get laid a lot but suffer from insomnia. Elderly people often complain of difficulty in going into sleep or reduction of the sleep quality, they are often awake at night, and get up early.

- Low mood: remarkably unstable, irritable, and emotionally disturbed, with unexplainable causes.

- Difficulty in concentrating on thinking, difficulty in absorbing the new information, memory impairment leading to reduced job performance. This process can happen slowly or quickly.

- The psychotic symptoms are quite common (delusion of persecution; prosopagnosia....)the content of delusions and hallucinations are usually congruent with emotions, closely related to physical symptoms.

- Elderly people may have behavioral problems, often in conflict with relatives, tramping, substance abuse, such as beer, liquor and drugs.

- Suicide is a very serious symptom in depressive disorders in the elderly, in varying degrees from the thought to the behavior to commit suicide. The elderly commit suicide in various forms such as taking pills, self-inflicted accidents, eating refuse..

- The socialization activities: the elderly with depressive symptoms are often introverted, isolated, they do not want to communicate or participate in union activities, always complain about oneself or feel difficult to share opinions with others. Patients with little or no interest in the activities or people around them, not even to their intimate people. The expression changes in levels, ranging from less enthusiastic to apathetic condition.

1.2.9.1. *Some specific types of depression commonly found in the elderly*

*** Depression following the internal medical conditions (organic depression)**

Since 1973, Kielholz.P described a depressive morphology arises after a physical disease. which may account for 20-80% of clinical cases of depression. Those Depression mostly occurs with chronic physical diseases. . Depressive disorder has its formation after long-term emotional responses of patients with chronic diseases, as a reaction to changes in the

internal environment of the body. Depressive disorder¹ can also occur after damage in the central nervous system. Approximately 50% of patients of stroke have signs of depression. In 1992, the World Health Organization classifies the depressive disorder as a secondary to brain pathology or disease of the body, it is the organic depressive disorder (categorized item F06 in ICD-10)²

The common diseases are: infection, poisoned, chronic diseases: cardiovascular(heart failure, hypertension, myocardial infarction); diabetes; cerebral vascular accident (cerebral hemorrhage, cerebral infarction); bone and joint diseases (osteoporosis, bone fractures ...); lung diseases (chronic asthma, chronic heart pleurisy); Alzheimer's, and Parkinson.

*** Masked Depression.**

The diagnosis of depressive disorders masked by the body symptoms, especially in the old age is very difficult, because: the expression of depressive disorders is "below the threshold", blended by many psychiatric and body symptoms which do not respond to the standards of any depressive disorder in depression classification system differentiated in ICD-10: Patients complain of vaguely physical symptoms at increased and reduced levels: such as pain, chest soreness, choking sensation, stomach rumbling. The patients suffer from with frequent sleep disturbances, loss of appetite, fatigue, decreased energy, reduced sexual interest. The symptoms increase in the morning, and decrease in the evening. Treatment of physical disease is not effective. And they respond well to antidepressants.

The emotional turmoil is difficult to detect because patients are not often aware of the low mood, which is interpreted as physical discomfort. Therefore, the need to monitor and to detect slight inhibition such as , difficult communicating, contact limiting, and reducing the inherent excitement of their previous work.

*** Depression due to psychological causes.**

For older people, there are often many psychological stress such as retirement issues ,loneliness, the feeling of powerless, exhausted energy for life, feeling as a redundant person, the burden of the family and society, , socio-economic relationships, family conflicts, separation, divorce, widowhood, and naughty children. The stressors and life events, if

(1) or somatic disorder

²Includes miscellaneous conditions causally related to brain disorder due to primary cerebral disease, to systemic disease affecting the brain secondarily, to exogenous toxic substances or hormones, to endocrine disorders, or to other somatic illnesses. (Source: ICD-10)

prolonged, may accumulate and cause the psychological overload a impacting on vulnerable personality that causes depression.

*** Depression with psychotic symptoms.**

Psychotic symptoms of depression are commonly found in the elderly. The symptoms are usually more severe, with high risk of recurrence, more persistent, more suicidal thoughts. The researches into psychotic depression in the elderly have the findings that there is an association with dementia.

*** The Delusion:** It is found to be common in late-onset depression after age 65. The delusions appear based on the background of depressive symptoms. The delusions appear in major, severe depression. When the depressive disorder is gone, the delusion also disappear.

*** Hallucinations.** A patient may have hallucinations combined with delusions, or just only hallucinations. Hallucinations appear when the low mood is apparent and having a close correlation with the other symptoms of depression. Hallucinations in psychotic depression is the most common for auditory hallucinations (36.63%), visual hallucinations, tactile hallucinations, meanwhile olfactory hallucinations are rare. Auditory hallucinations in depression is often voices of conviction, defamatory meaning, confirming the patient's thought of worthless, disparaging comments about the quality, status of the patient. Visual hallucinations are rare and usually associated with stupor. Patients see the dreadful pictures of accidents and disasters.

*** Catatonic status .** catatonic syndrome occurs in 20% of cases of severe psychotic depression. It could be stupor, immobile or agitated catatonic status. By Lefteris Lykouras (2000) depressive stupor is a form of psychotic depression.

Diagnosis of depressive episodes in the elderly. According to the World Health Organization (ICD-10). (the same as in adults)

Three characteristic symptoms of depression:

- Low mood
- Loss of interests
- Reduced energy leading to increased fatigue and reduced mobility.

Seven other common symptoms:

- Lack of concentration
- Reduction of self-esteem and self-confidence
- Self-inflicted to being guilty, worthless, and useless
- Lack of trust in the future
- Self-inflicted to thoughts and acts of destruction or suicide
- Sleep Disorders
- Loss of appetite or refusal to eat, reduced body weight (5% or more) within 4 weeks. Minimum period of depressive episodes must last at least 2 weeks. Time standards needed to distinguish the emotional reactions which appear in some special circumstances or after a stress.

1.3. Common causes of depressive disorder in the elderly

1.3.1. Depression due to socio-psychological causes

For the elderly, many authors suggest that important causes of depression are the psychological factors, especially serious events in personal lives.

1.3.1.1. Loneliness. One of the leading causes psychologically affecting the elderly is the loneliness. Loneliness is like an obsession for the elderly, expressed in many different aspects, such as retirement issues, lack of relatives. Results of the survey in Vietnam, conducted by the Central Institute of Gerontology (2002) showed that 12.4% of the elderly people often feel lonely, 29.5% sometimes 52.2% do not feel lonely.

The lack of family care and concern

The role of family is very significant in emotional stability in the elderly. That is the environment where the elderly is taken care of, safe and enjoying the appropriate needs for the elderly. An affectionate family will promote the potential strength of the body, to satisfy the psychological self justification of experience after many years of life. Conversely, lack of a nurturing environment, lack of love, in life of conflicts, violence, the elderly do not have a sense of security, they are bound to be trapped in doubt, boredom, and loneliness.

The issue of retirement: a new period of retirement is a very difficult time for the elderly. This is the stage when there are many psychological variables, especially psychological disorders that primarily related to adaptation to new living situations, lifestyle changes, while the social relationships are limited. A number of the elderly find it difficult to adapt to this hard period, so they acquire the "retirement syndrome", with melancholy mood, guilt, low self-esteem, irritability, and anger. Thus, they become solitary and socially isolated.

1.3.1.2. Other psychosocial distressing factors

Location – place to live: Regarding the place to live in correlation with depressive disorders, there have been many disagreements.

Economic problems: The view on the correlation between socio-economic classes to depressive disorders is still debated because it is hard to know which is the cause or consequence of depressive disorder. Elderly people often complain of boredom, loneliness and social isolation. They believe that the sadness is due to material shortage, not sufficient to satisfy the basic needs of life. These circumstances drive the elderly to break ties with old friends, making their life more dull, dreary, tasteless and meager.

1.3.2. Depression as a result of chronic physical disease.

Physical diseases are the causes for emotional disturbances, in which depressive disorder accounts for a high proportion. Especially, in people with severe, chronic conditions such as cancer, cardiovascular disease, diabetes, HIV / AIDS.

Depression after a stroke. Patients after stroke often have emotional symptoms of depression primarily as low mood in the day, thinking slowly, sometimes anxiety or agitation, weight loss, loss of appetite, getting up early morning, hard to go to sleep, social alienation, loss of interest, low self-esteem of themselves, feeling guilty and they may have suicidal intention.

Depression and diabetes. Jacobson, 1993 believes that depression in patients with diabetes is caused by psychological stress of having a chronic disease rather than directly by the diabetes itself. Some studies have suggested that depression was associated with difficulties in adapting to the complications in patients with diabetes. The psychological stress increases in the first 2 years after retinal appearance, the fluctuating vision impairment affects the psychological feeling more than the severe but stable physical degradation. In addition, the acute complications are more related to depression than the chronic complications.

Depression and cardiovascular disease. Prevalence of depression after myocardial infarction is from 3-3.5 times higher than the general population. The appearance of symptoms of depression in coronary artery disease is believed to be associated with the prognosis, it was found that depression emerging after myocardial infarction increases the risk of heart death rates.

1.3.3. Other factors related to depression in the elderly.

1.3.3.1. Age and sex.

1.3.3.2. The aging process.

1.3.3.3. Pre-morbid personality.

1.3.3.4. Medicine and analgesic drugs

1.4. Treatment of depressive disorders in the elderly

1.4.1. The general principles:

1. Treat the causes of depression
2. Symptomatic treatment (acute phase)
3. Treatment combined physical diseases
4. Prevention of recurrence

1.4.2. Use of antidepressants:

The basis for selecting antidepressants:

- * The advantageous effect of the drug for depressive symptoms:
 - The tranquilized effect for symptoms of anxiety, agitation
 - Activated effect for symptoms of psychomotor inhibition,
- * Common side effects especially with the elderly

Duration of treatment: for acute episodes within 1 to 3 months. Anti recurrence from 4 to 6 months after the end of the basic symptoms. Long-term treatment should find the lowest dose, which to be found effective for each patient.

1.4.3. Some other treatments

1.4.3.1. Electronic-Convulsion Therapy

1.4.3.2. Treatment with transcranial magnetic stimulation.

1.4.3.3. Lighting therapy.

1.5. RATING SCALE TO SUPPORT DIAGNOSIS OF DEPRESSION

1.5.1. Beck Depression Rating Scale (Beck Depression Inventory - BDI) is used to assess depression and the effectiveness of treatments. The Scale has 21 sections, including 95 sub-sections to show the emotional state of the object with 4 levels, scored from 0 to 3 points. Total score: 63. Evaluation Results: The total score <14: Normal. From 14-19: Mild Depression. 20-29: Moderate depression. ≥ 30 points is severe depression.

1.5.2. Rating scale of depression in the elderly, "Geriatric Depression Scale" (GDS).

The scaling for rating includes 30 questions to be answered by the patient himself with Yes or No, referring to the feeling how he feels during one or two past weeks. GDS score is pretty clear. In question with a dot (.) next to it, if answered with "No", it responds to the depression (for those questions of 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30). As for the other questions, the answer "Yes" indicates the depression. Every response corresponding to depression is accounted for 1 point, and when the case gets over 14 points, it is the reason for further examination.

1.5.3. Self Rating Anxiety Scale of Zung. The content includes 20 questions about symptoms for the patient to do self-assessment, each question has 4 levels from 1 to 4 arranged by the time when the symptoms appear. The maximum score is $20 \times 4 = 80$: Score $\geq 50\%$: it means anxiety disorder. Score $<50\%$: it means no anxiety disorder.

CHAPTER 2.

OBJECTS AND METHODS OF THE RESEARCH

2.1. OBJECTS FOR RESEARCH

2.1.1. Objects of the research, the location and time

- Objects include all inpatient at the Institute of Mental Health-Bach Mai Hospital who meet diagnostic criteria for depressive episode of ICD-10 starting from 60 years and older. We carried out the research in the period of December 2009 - December 2013.

2.1.2. Exclusive Criteria

- + Patients under 60 years old
- + The patients with schizophrenia, dementia
- + Patients with drug addiction or psycho-tropic misuse
- + Family and patients who had been involuntary to participate in the research

2.2. METHODOLOGY

2.2.1. Research Design

+ Using the prospective descriptive method in combination with retrospective history of individuals and families. Analysis of the clinical symptoms of each patient in 2 research timings, corresponding to two phases: the acute phase of the disease and the relatively stable period of the disease.

+ Psychological testing, (Beck depression scale, depression rating scale for the elderly) also corresponds to 2 clinical evaluation visits.

2.2.2 Sample sizes

As our research is descriptive clinical research, the research was carried out on inpatient populations, so we apply the following formula for calculating the sample size:

$$n = Z_{1 - \alpha / 2}^2 \frac{p \cdot q}{\Delta^2}$$

Where:

n is the number of patients studied.

P = 90% rate of patients with core symptoms of elderly depression such as loss of appetite, lack of interest which had been identified by previous studies (Kapland and Sadock (1997), and

q = 10% rate patients with depressive disorders, but they can not express it.

$\Delta = 6$ is about the desired deviation to be obtained.

$Z_{1 - \alpha / 2}$ is the coefficient of reliability at the probability level of 95% (= 1.96)

Entry of numbers into the formula, we have: $n = 1,96^2 \frac{20,1 \times 0,9 = 96}{6^2}$

Thus, the minimum sample size required for this research is 96 patients. During 4 consecutive years, we acquired 155 patients, eligible for the research.

2.2.3. The questionnaire for clinical information

Based on the diagnostic criteria of ICD-10 (1992) The questionnaire consists of 20 questions to cover the clinical symptoms related to depression in patients

2.2.4. Medical record in response to the research objectives.

2.3. The method to collect information for assessment.

Each research object was meticulously examined in two episodes for a comparative assessment of the progression of clinical signs and tests: the 1st examination (acute phase): the 2nd examination (phase of temporary stabilization period) when the patient checked out the hospitalization.

2.4. METHOD OF DATA PROCESSING, ANALYSIS AND ASSESSMENT OF FINDINGS.

The findings are collated by the method used in mathematical statistics. The data is processed using the Stata 10.0. Program

2.5. ETHICAL ISSUES IN RESEARCH

The research program had been approved by the Department of Psychiatry, the Review Council of Academic Outlines Selection of Hanoi Medical University. Patients and their families had agreed to participate in the research. Diagnosis and the therapeutic interventions were conducted with the consultation and supervision of the Leadership of the Institute. The

research is just the clinical description, a contribution to improve the quality of diagnosis and to highlight the patient care quality.

CHAPTER 3. RESULTS

3.1. GENERAL CHARACTERISTICS OF PATIENT GROUP UNDER THE RESEARCH

Patients with depressive disorder in research time (aged from 60-69), comprise 113 patients (representing 72.9%), the age group over 70 comprised 42 patients (representing 27.1%). Among them, male accounts for (33.8%) and female (66.5%). Occupation is farmer (30.3% occupancy rate). State employed pensioners (accounting for 44.5%) of patients under study. Patients with college degree consist of 45 people (29.0%), the highest rate is found among primary school group which includes 50 patients (32.3%). Residents in the city area are 82 patients (representing 52.9%). Residents in rural area are 40 patients (25.9%). 46 patients (29%) were detected with depressive disorder after 1 year of illness. Especially, there are 60 patients (representing 38.7%) found to suffer from depression after 1 year and a half and 16 patients with over 18 month duration from onset to diagnosis and treatment (accounting for 10.3%).

3.2. Clinical features of depression in patients under research

3.2.1. Clinical Characteristics in the early episode

Table 3.2.1. The clinical features of depressive disorders in the early episodes.

TT	Symptom	Age 60-64 (N = 74)		65-69 (N = 39)		70-74 (N = 31)		75-79 (N = 6)		≥ 80 (N = 5)		Total (N = 155)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Sleep Disorders	61	82.4	26	66.7	22	70.9	6	100.0	5	100.0	120	77.4
2	Fatigue	61	82.4	37	94.9	30	96.8	5	83.3	5	100.0	138	89.0
3	Irritability	30	40.5	17	43.9	15	48.4	2	0.33	2	40.0	66	42.6
4	Reduced attention	35	47.3	16	41.0	18	58.1	6	100.0	5	100.0	80	51.6
5	Anorexia	45	60.8	26	66.7	22	70.9	1	16.7	2	40.0	96	61.9
6	Weight loss	69	93.2	33	84.6	28	90.3	3	50.0	2	40.0	135	87.1
7	Arthralgia	30	40.5	28	97.4	25	80.6	1	16.7	4	80.0	89	57.4
8	Neuro vegetative disorders	71	95.9	35	89.7	30	96.7	2	33.3	2	40.0	140	90.3

3.2.2. The clinical features of depressive disorders at hospital admission

Table 3.2.2.1. Characteristics symptoms of depressive disorders in the patient under research

Symptom	Characteristics symptoms at hospital admission					
	Low mood		Lack of interest		Reduced energy	
	n	%	n	%	n	%
Age group						
60-64 (n = 74)	35	47.3	40	54.1	52	70.2
65-69 (n = 39)	15	38.5	12	30.7	20	51.3
70-74 (n = 31)	10	32.3	16	51.6	28	90.3
75-79 (n = 6)	2	33.3	4	66.7	5	83.3
> 80 (n = 5)	2	40.0	4	80.0	4	80.0
Total (n = 155)	64	41.3	76	49.0	109	70.3

Table 3.2.2.2. Common symptoms of depressive disorder in research patients

TT	Symptom	Age											
		60-64 (N = 74)		65-69 (N = 39)		70-74 (N = 31)		75-79 (N = 6)		> 80 (N = 5)		Total (N = 155)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Reduced attention	53	71.6	23	58.9	25	80.6	6	100.0	5	100.0	11	72.3
2	Reduced self-esteem, self-confidence	32	43.2	10	25.6	24	77.4	5	83.3	4	80.0	75	48.4
3	Feeling of guilty	12	16.2	6	15.4	19	61.3	4	66.7	3	60.0	44	28.4
4	Dreary view of future	4	5.4	7	17.9	22	70.9	5	83.3	4	80.0	42	27.1
5	Suicidal behavior	5	6.7	7	17.9	7	22.5	3	50.0	5	100.0	27	17.4
6	Sleep disorders	74	100.0	39	100.0	31	100.0	6	100.0	5	100.0	155	100.0
7	Loss appetite	71	97.2	37	94.9	29	93.5	6	100.0	5	100.0	144	92.9

Table 3.2.2.3. Physical symptoms

Symptom	Age	<70 (N = 113)		> 70 (N = 42)		P	Total (N = 155)		
		n	%	n	%		n	%	
		ICD -10	Early wake-up	92	81.4		42	100	p < 0.05
	Weight loss	95	84.0	40	95.2	p > 0.05	137	88.4	
	Loss of interest	63	55.7	34	80.9	p < 0.05	97	62.6	
Other physical symptoms	Neurasthenic Stimulation		80	70.8	35	83.3	p > 0.05	115	74.2
	Digestion	Burning abdomen	67	59.3	9	21.4	< 0.05	76	49.0
		Nausea	54	47.8	6	14.3	< 0.05	60	38.7
		Gut felt contractions	53	46.9	10	23.8	< 0.05	63	40.6
		Indigestion, dyspepsia	95	84.1	20	47.6	< 0.05	115	74.1
	Heart	Suspense	83	73.5	24	57.1	> 0.05	107	69.0
		Rapid pulse	79	69.9	12	28.6	< 0.05	91	58.7
	Neuro-vegetative signs	Flushing	62	54.9	22	52.4	> 0.05	84	54.2
		Dizziness	46	40.7	23	54.8	> 0.05	69	44.5
		Sweating	75	66.4	27	64.3	> 0.05	102	65.8
	Numbness	33	29.2	16	38.1	> 0.05	49	31.6	

Table 3.2.2.4. Characteristics of painful symptoms

Feature	Characteristics	Patients	%	P
Pain location	localized strenuous	29	18.7	p < 0.05
	dispersal	112	72.3	
Duration	Persistent	90	58.1	p < 0.05
	intermittent	29	18.7	
Intensity	Hazy	112	72.3	p < 0.05
	perceptible	30	19.4	
Related	painkiller does not work much	92	59.4	p < 0.05
	psychologically	45	29.0	

3.2.3. Symptoms of psychosis in patient group under the research

Table 3.2.3.1. The perceptual disorder

Disorders of perception	Age <70 (n = 20)		≥ 70 years (N = 10)		Total n = 30	
	n	%	n	%	n	%
Auditory hallucinations with comments content	10	50.0	4	40.0	14	46.7
Auditory hallucinations in sleep-wake schedule	12	60.0	5	50.0	17	56.7
Tactile hallucinations	4	20.0	7	70.0	11	36.7
Sennesthopathie	9	45.0	5	50.0	14	46.7
Visual hallucination	0	0	6	60.0	6	20.0

Table 3.2.3.2. The types delusion among patients in the research.

Delusion	Age <70 years old (N = 22)		≥ 70 years old (N = 10)		Total n = 32	
	n	%	n	%	n	%
Delusion of self-incriminating	12	54.5	10	100	22	68.75
Delusion of being abandoned	5	22.7	9	90.0	14	43.75
Delusion of losing possession	10	45.5	8	80.0	18	56.25
Delusion of hyper-chondry	18	81.8	6	60.0	24	75.0
Delusion of jealous	11	50.0	2	20.0	13	40.62
Delusion of persecution	7	31.8	1	10.0	8	25

Table 3.2.3.3. The behavioral disorders

Age group Behavior	<70 (n = 113)		≥ 70 years (n = 42)		T otal (N = 155)	
	n	%	n	%	n	%
mutism	76	67.3	28	66.7	104	67.1
Crying at night	41	36.3	39	92.8	80	51.6
Sluggish, stupor	33	21.3	25	59.5	58	37.4
wandering	16	14.2	3	7.1	19	12.3
Agitated	15	13.3	9	21.4	24	15.5
Akathesia	105	92.9	26	61.9	131	84.5
Refusal of eating	80	70.7	36	85.7	116	74.8

Table 3.2.3.4. Expression of cognitive dysfunction

Age group	Manifestation of cognitive disorders			
	Recentmemory Impairment		Disorientation	
	n	%	n	%
60-64 (n = 74)	42	56.8	2	2.7
65-69 (n = 39)	37	94.9	2	2.7
70-74 (n = 31)	27	87.1	0	0.0
75-79 (n = 6)	3	50.0	1	1.6
> 80 (n = 5)	5	100.0	0	0.0
Total (n = 155)	114	73.5	5	3.2

Table 3.2.3.5. Anxiety symptoms at presentation in patients under research

Age	Manifest	Anxiety		panic	
		n	%	n	%
60-64 (n = 74)	67	90.5	6	8.10	
65-69 (n = 39)	37	94.8	5	12.8	
70-74 (n = 31)	26	83.8	4	12.9	
75-79 (n = 6)	3	50.0	3	50.0	
> 80 (n = 5)	1	20.0	3	60.0	
Total (n = 155)	134	86.5	21	13.5	
P	p <0.05		p <0.05		

3.3. CHARACTERISTICS OF STRESS FACTORS IN PATIENTS UNDER RESEARCH**Table 3.3.1. Stress factors in patients under research**

Stress factor	Age group <70 years (N = 113)		≥ 70 years (N = 42)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Factors led to loneliness	Widowed	9	7.9	16	38.1	25	16.1
	death of intimate person	9	7.96	16	38.1	25	16.1
	Retirement	15	13.3	0	0	15	9.6
	neglected by own children	15	13.3	6	14.3	21	13.5
	living environment	9	7.9	3	7.1	12	7.7
Other stress factors	economic	22	19.5	0	0	22	14.2
	failure of children	9	7.9	4	9.5	13	8.4
	disabilities	11	9.73	8	19.0	19	12.3
	family conflict	13	11.5	9	21.4	22	14.2

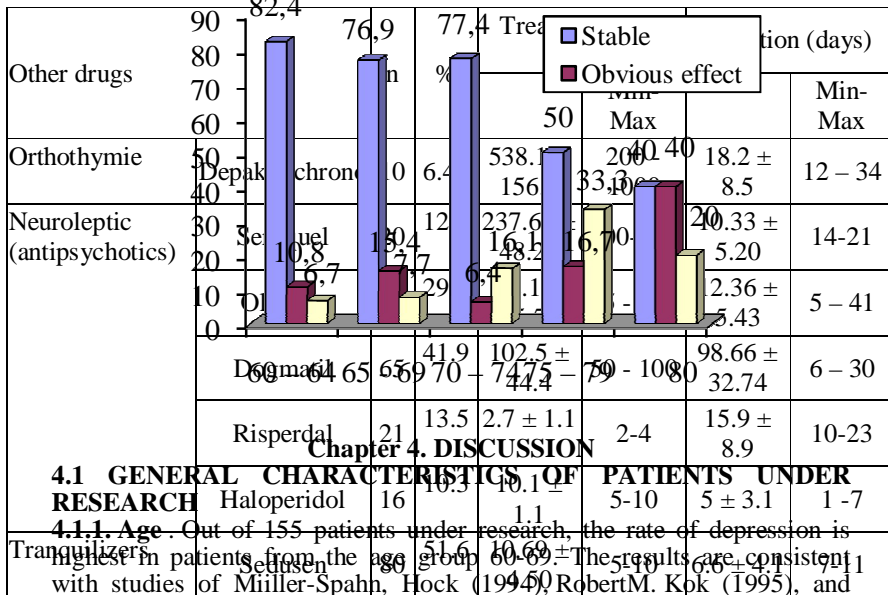
3.4. COMMENT ON TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS UNDER RESEARCH

Table 3.4.1. Use of antidepressants in the research patients

Antidepressants		Research (N = 113)		Total (N = 42)		Total	
Side effects	%	X±S	Min-Max	X±S	Min-Max	%	
Due to dry mouth		67	59.0	26	61.9	93	60.0
Antidepressants	Conspitation %	44	38.9	17	40.5	61	39.4
	Confusion	2	1.8	1	2.4	3	1.9
TCAAs	Amitri	41	36.2	18	43.8	59	38.1
	rapid pulse	7.1					
	urinary retention	53.4 ± 20.9	25 - 190	3.5	16.7	11	27.10
Due to other psychotropic drugs	Stagger	38	24.5	14	33.3	60	38.7
	Zoloft						
	Fatigue	414.9	36.2	50-150	28.8	51	32.9
	Tremor	6	3.9	18	42.8	58	37.4
	Hypotension	40.5 ± 10.3	40 - 60	5.0	16.9	28	18.1
	SSRI						
	Paroxetine						
	Luvox	11	7.1	150.9 ± 1.8	50-150	14.5 ± 5.3	814.24
	vomiting and nausea	11	7.1	100.9 ± 1.8	50-150	14.5 ± 5.3	814.24
others	Remor	89	57.4	11	26.2	46	29.6
	sexual induction	35	30.9	15 - 60	9.1	10 - 43	

3.5. Results of treatment

Table 3.4.2. Treatment with other drugs



4.1 GENERAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDER RESEARCH

4.1.1. Age. Out of 155 patients under research, the rate of depression is highest in patients from the age group 60-69. The results are consistent with studies of Müller-Spahn, Hock (1994), Robert M. Kok (1995), and

3.4.3. Side effects related to drug of patients with depression onset over

60 years old. A feature is also found that people of over 60-year-old have decreased rate of depression by groups (in the group older than 75 years the rate is only 3.9% of researched patients) and especially, after age 80 only 3.2 % of patients show signs of depression.

4.1.2. Gender. Results show that among 155 patients under research, there are 52 male patients (accounting for 33.5%) and 103 female patients (66.5%). Thus, female patients account for 2 times higher than male patients, consistent with research data of depression research program in collaboration with 9 centers in Europe "Mandellia Laura, Alessandro Serretia, Raffaella Zanardib, David Rossinib, Tarricone Diana, Cristina Ilaria, De Ronchia, Colombo Department of Psychiatry, University of Bologna, Bologna, Italy, "the average rate of depressive disorders in the elderly woman is 14.1% while in men it is 8.6%".

4.1.3. Occupation. Patients with occupation as officials and employees account for 44.5% while the proportion of farming patients is 30.3% and the proportion of workers is 25.2%. According to Chen R, Copeland JR et al as in general population studies, they also found 55% of people with depression from the intellectual work, only 30% from the manual labor. Perhaps, the prolonged mental stress is one of the factors leading emotional impairment which then cause the depressive disorder.

4.1.4. Time from onset until hospital admission. Among 155 researched patients there is 38.7% of the patients hospitalized after just over 1 year, only 21.3% patients are detected and get treatment within 6 months after the onset of the disease. This delay has been mentioned in a lot of literature: The time from onset until satisfactorily treated by psychiatrists in schizophrenia and depression is 1.5 -2.5 years. Early diagnosis is effective for the treatment of all patients with depression, and it is a difficult goal to achieve. Especially with the depressed patients in the elderly, the onset is usually gradual, insidiously, and often exists in parallel with the development of many other physical diseases; therefore, it often takes a lot of time for the patients to get examination in the other departments prior being advised to psychiatry. This delay depends on the understanding of the family, community and the general practitioners to recognize the depression.

4.1.5. The symptoms in the early episodes

- Patients find difficult to go to sleep, shallow sleep, easy to be waken up, the patient becomes confused, or has thoughts about the past, the undone work, or has weird dreams or nightmares. The patient wakes up and find the body extremely tired, mentally sluggish, uncomfortable. Unstable sleep makes the patient anxious, to find and buy drugs to support their desire to find a better sleep. In our research, 77.4% of patients had sleep disorders. Consistent with the research of Robert Baldwin, Kaplan Sadock, it is proved that sleep disorders are the earliest symptoms of depression in the elderly.

- The *unusually tired feeling* has a rate of 89.0% in the researched patients. Along with sleep disorders, the patient finds the body lasting tired, the patient does not want to leave the bed, he is lazy to clean oneself, does not want to eat, or drink, and daily activities are delayed, the patient has communication problems. According to Miiller-Spahn & Hock, the fatigue symptoms are often worse in the morning and decrease in the afternoon.

- The neuro-vegetative manifestations are found in 90.3% of researched patients and similar rates found in both groups before and after the age of 70. This is an impermanent manifestation, which is constantly changing, unsystematic, such as sweating, cold hands and feet, flushes on the face, palpitations, and dizziness.

- Many other physical symptoms could be seen, especially gastrointestinal symptoms (anorexia 61.9%, constipation 49.6%, weight loss 87.1%), but these expressions are found more common in patients over 70 years old. It is also gentle, discreet, vague symptom, difficult for patients to describe explicitly, no expression is found in a systematic way. Our results are consistent with the statement of Shahpesandy H that depression in old age is often manifested by "hidden", discreet, not typical features.

4.2.2. The clinical features of depressive disorders at hospital admission.

4.2.2.1. The characteristic symptoms of depressive disorder in patients under research

Over time, the expressions of depression revealed a clearly by day. Among the typical symptoms of depression low mood is common. This is one of the most typical symptoms, and most obvious, but for the elderly, depression mood only seen in 41.3% of researched patients. In the early episode, patients describe a transient sad feeling, feeling a dull life; the sound, the color, the taste all become vaguely faded, then sadness symptoms develop seriously. The sadness creates the sullen faces, and as patients wallow in melancholy, low mood, the face drops, sedentary or slow operation, low sound talking or refusal of communicative contact (Table 3.2.1). That is the typical symptoms for diagnosing depression.

In our research (observed in 70.3%), the patients often find failing to meet the demands of career and life, they do not want to do anything, this feeling increases when they are staying alone, and it decreases in the afternoon, the work performance is diminished, the fatigue is manifested both at intellectual work or physical labor. Many patients find it tired and difficult even in family life and taking care of oneself. They lose their interest in the former interest (49.0% researched patients), the concerns become dwindling, patients become indifferent to events happening around them, unmindful of the family, unresponsive to the care of children, the former interests are no longer. The clearest expressions are:

In patients under 70 years of age, typical clinical symptoms of depressive disorder is more frequent, meanwhile in patients over 70 years common symptoms of depression is more common (Table 3.2.2.2): comparatively, bleak view of future is found in (73.8% of patients aged over 70), the thought of self-esteem, self-incriminating found in 28.4% of studied patients (in which 61.9% of patients over 70). There is 17.4% of researched patients who have suicidal thoughts and behaviors. Studies by Gay.C research, BoureauF, 1989 show up to 50% -58% of patients with low mood and sadness, and one third of them had suicidal intention (approximately 16.6%). In the elderly, perhaps psychological factors is that one will become a burden to their own children, they feel powerless against the fluctuations of life, gradually isolating themselves from the social activities, the loneliness of old age make patients more feelings of depression, patients often create many stereotypes stigma, self-esteem, for they attribute themselves to philistines, badly dignified qualification, in more severe cases, it is delusion of self-incriminating.

In conclusion of our research, the low mood is a core symptom of depression with high frequency in both age groups. However, to recognize low mood, it is necessary to consider the correlation of emotional inhibition with many other symptoms. Low mood is always accompanied by symptoms: appetite disorders, sleep disorders, low self-esteem, lack of confidence or feeling unworthy, decreased attention, loss of ability to do the daily work, suicidal thought. These symptoms, along with the vegetative disorders constitute the depressive features, characterized for the elderly.

4.2.2.2. Biological Symptoms: (Table 3.2.2.3). In 155 patients, we find 100% with at least 4/8 biological symptoms. The symptoms manifest in 62.6% of patients who lose interest in daily enjoyable activities. Common symptoms are also identified as waking up 2 hours earlier than normal habit (accounting for 86.5%), especially symptoms of neurasthenic stimulation, up to 74.2% of studied patients. This result is consistent with previous studies.

4.2.2.3. The other physical symptoms

A. Digestion. *feeling of indigestion* are symptoms of high frequency in both groups (74.1%): in the group under 70 years old it is accounted for 84.1% and in over 70 year-old group it is accounted for 47.6% ($p < 0.05$). With undigested food, the bloating abdomen is often accompanied by abdominal uneasiness, abdominal discomfort (59.3% in the group under 70 years of age, 21.4% in the group over 70 years) (Table 3.5). Patients complain about abdominal burning sensation diffusing and changing. The characteristics of the feeling is hard to describe exactly (as phenomena like ached, churn, as if to be rubbed, squeeze the belt ...). The patient also complain of feeling abdominal distention, *abdomen is always bubbling*. The symptoms appear much more while they are in emotional

stress. The abdominal fullness sensation is often associated with *nausea, vomiting*, (frequency of 38.7% for the group of studied patients). A sick feeling, nausea, unrelated to physical condition, or change the structure of the abdominal organs, or infections, poisoning, including those not related to errors in diet, but it is closely related to the emotional state, especially emotional sadness and anxiety. Symptoms can appear separately or in combination with other symptoms such as palpitations, sweating, fatigue symptoms, asthenic body

B. Cardiovascular Symptoms: In total 155 patients under research there are 107 patients who manifest nervous palpitations (accounting for 69.0%) and 91 patients manifest tachycardia (accounting for 58.7%), the cardiovascular symptoms seem to increase gradually with age, especially after age 70. It is in such a context of illness, the elderly depressed patients often visit cardiovascular specialist for examination and treatment long before they go to mental health specialist.

C. The neuro-vegetative disorders. Symptoms of neuro-vegetative disorder are seen in all age groups (Table 3.2.2.3). There are 102 patients with bouts of sweating (accounting for 65.8%); up to 44.5% of the researched patients who suffer from dizziness, and 54.2% of researched patients exhibit flushing, hot blush ... Thus, not only the neuro-vegetative symptoms appear early in the depression patients over age 60, but also it is found that when the disease is at full expression these symptoms show clearer and much more abundant manifestation.

D. Pain symptoms: The results (in Table 3.2.2.4) show that 141 patients have pain expression, (accounting for 90.96%). Expression of pain is various, in term of the location of the pain, pain duration and intensity. The pain position often changes, headaches, sore neck and shoulder pain, fatigue and joint pain, spinal pain sometimes chest pain, or harsh epigastric. There are 60 patients with chest pain but we did not find any physical injury in the heart (accounting for 38.7%). The patients often feel a diffused pain (72.3%) than localized pain (18.7%); intermittent pain at times but appears to recur (18.7%) lower than the persistent pain (58.1%). For the pain intensity, the patient usually feels vague pain, more difficult to be described (72.3%) than the strenuous pain (19.4%). The expressions of this pain are often closely related to the psychological changes of patients (29.0%).

4.2.3. Characteristic of psychosis in researched patients

4.2.3.1. The perceptual disorders. Considering 30 out of 155 researched patients (19.4%). Auditory hallucinations with commenting content account for (46.7%), the hallucination in sleep-awake schedule (56.7%). The patients often hear people commenting about their morality and dignity, auditory voices condemning them accompanied with detraction against their families. The hallucinations of this type are mainly found in the group of patients under 70 years of age. In the group over 70 years of

age, perceptual disorders are mainly sennestopathie disturbances (50.0%) and tactile hallucinations (70.0%).

4.2.3.2. Types of delusion: The results show that delusion were found in 32/155 researched patients (20.6%). There are obvious differences in patients under 70 years of age and patients over 70 years old. Among researched patients under age 70, the commonest delusion is hypochondriac delusion (accounting for 81.8%), jealousy delusion (accounting for 50.0%), followed by delusion of persecution, also common (accounting for 31.8% of researched patients). In patients over 70 years old, the common delusion is delusions of being the victims, guilty. Out of 10 patients over 70 years old, 9 patients are fearful of being neglected and abandoned by the family and society (accounting for 90.0%), 8 patients have delusion of losing possession (80.0%).

4.2.3.3. Behavioral disorders in the researched patients. Proportion of patients with behavioral disorders is very high, such as crying at night (51.6%), restlessness (84.5%). Next come the behavioral disorders, such as sluggish behavior, refusing to eat, drink, or mutism. The behavioral disorders such wandering are found in 19 patients (12.3%), agitation found in 24 patients (15.5%), suicidal behavior (17.4%), (thought of accusation are 28.4% of the researched patients. In the elderly depression, the symptoms often appear atypical, not only seen a behavior inhibition, but also other activated types, stimulation, offensive agitation. This is the main reason for the family to hospitalize the patients.

4.2.3.4. Cognitive impairment in the researched patients. Reduced attention is found for 72.3%. In the early episodes of depressive disorders, there is only expression of slight reduced attention to 51.6%, making it hard for the patients to record newly occurred events and phenomena, but in the full development episode of the reduced attention, the expression of reduced attention is more clearly manifested, making it difficult for patients to perform daily tasks, sometimes they have to suspend the intellectual work. Verhey et al found that 70% of the elderly depressed patients have memory impairment but no higher cortical dysfunctions such as aphasia, agnosia, apraxia. This symptom is important to distinguish the pseudo dementia as a result of depression from Alzheimer.

4.2.3.5. The anxiety disorders in the researched patients. In 155 patients, there are 134 patients with manifestation of anxiety (accounting for 86.5%), 21 patients with panic expression (13.5%). The symptoms of panic are found more in the over 70 years age. There is a worry about diseases, together with symptoms of depression which increases the severity of anxiety such as palpitations, or fainting, losing control, or emotional outbursts. The results of our research are consistent with the research of Cairney J, Krause N, anxiety are common symptoms and companionship in the clinical picture of depression.

4.3. STRESS FACTORS RELATED TO DEPRESSIVE DISORDERS IN RESEARCHED PATIENTS

Loneliness . In the past, loneliness (Table 3.11) is seen as a result of illness, people today tend to assume that it is the cause of a decline in health and disease, especially in elderly patients.

Retired patients. on our research, the retirement-related trauma is 9.6%. This is an extremely difficult period for the elderly, pensioners should have been prepared psychologically, there should be plans for a new work and it is important to adapt quickly to this change.

Loss of loved one, loss of a spouse (24.4%) is one of the causes for the elderly who feel lonely and deprived of life. Widowed people at age 70 year old group (38.1%) are found more numerous than the group under 70-year-old people (only 7.9%). Psychological trauma occurs in patients when their own children abandon them, found more in the group of patients under 70 years old (about 13.3%).

The other psychological factors. Among patients ≥ 70 years of age group, psychological trauma due to child discord is (14.3%). Trauma of economic difficulties accounts for (15.2%). According to the research, the 60-year-old age group face many changes in work and family life, this is the age when they compare their own success with friends', co-workers', so going in parallel with the successes and changes, it is trauma that people in that age group have to suffer from.

4.4. Comments on treatment of depression in patients under the research

4.4.1 Treatment with antidepressants

The research results show that 89 patients take Remeron (accounting for 57.4%) average dose of 36.3 ± 14.2 (mg/day); Zoloft are used by 38 patients (24.5%) average dose 100.5 ± 24.9 (mg/day) ...; and Amitriptylines are used in 11 patients (7.1%) average dose 53.1 ± 20.9 mg/day. Three-cyclic antidepressant is still considered the "gold standard" in the antidepressants. However, there are many unwanted effects, especially in the elderly. The authors recommend the use of antidepressants of new generation which has many advantages and fewer side effects.

4.4.2 . Treatment with other medications

In this research we conducted on patients with depressive episode including: the depressive episodes of recurrent depression, depression in bipolar disorder, organic depression. 10 patients were designated to use Depakine Chrono (accounting for 6.45%) with an average dose of 538.1 ± 156.4 mg. For bipolar disorder and recurrent depression, organic depression, Depakine Chrono had important roles in the treatment and prophylaxis of recurrence. 102 patients were administered to use

antipsychotics in combination with antidepressants (accounting for 65.8%). Olanzapine (accounting for 29.0%), Risperdal (accounting for 13.5%), Dogmatil (accounting for 41.9%). The use of antipsychotics as chosen here was meant for the purpose of resolving psychotic symptoms, behavioral disorders for patients.

4.4.3. Unwanted effects.

The new generation antidepressants have less unwanted effects than classical drugs, however, the side effects can still occur. The most common manifestations are dry mouth (60.0%), constipation (39.4%), tachycardia (38.1%), urinary retention (7.1%). The expression was mainly observed in the group of patients treated with three-cyclic antidepressants. The expressions are found like shaky when walking (37.4%), unsteadiness (38.7%), hypotension (18.1%).

4.4.4. Overall assessment of treatment.

These are stable good results (seen in 77.4%) in the researched patients and more frequent in the age group under 70. Poor results (found in 10.3%) patients. In this group, the psychotic symptoms persisted, especially the delusion hypochondriac. Symptoms of the senesthopathic disorder, and behavior disorders were temporarily stabilized, but the somatic symptoms still existed, particularly the expression of pain, neurovegetative disorders. The core symptoms of depression only relieved but still remained, the low mood was fluctuating during the day, tired, sluggish both in thought and activity. Especially, in such patients, there were many side effects of psychotropic drugs, although these drugs had been selected, with low doses and administered for a short time.

The results of our research are in accordance with the remarks of authors like Nguyen Kim Viet, Kapland Sadock, Robert C., Baldwin A., Bas et al. The treatment of depression in the elderly is often difficult, because the elderly have many biological, psychological, social factors in a composition likely to be the cause of depression. The medication will be less effective if not simultaneously interfering the dissatisfaction resulted from family and social psychology... of each patient.

CONCLUSION

Through researching 155 patients with depressive disorder onset at the age of 60 under the treatment at the National Institute of Mental Health from December, 2009 to December, 2013, we found 66.5% female patients, 72.9% of patients in the 60-69 age group. Depressive episode (F32) is the most common diagnosis (55.5%).

1. **Clinical features.** Symptoms of depressive disorders in early stages are mostly vague physical symptoms, unsystematic (fatigue (89.0%), neuro-

vegetative disorders (90.3%), weight loss (87.1%), sleep disorders (77.4%), and 78.7% of patients admitted in the Mental Health facility later than 1 year after the disease onset. In the full development episode: The low mood symptoms (only in 41.3%), loss of interest (49.0%), the symptoms are more common in the age group under 70, while that in the age group over 70 it prevails more with the expression and thought of inferiority (78.6%), the weary view in the future accounts or (73.8%), anorexia (61.9%), suicidal thought and behavior (35.7%). Somatic symptoms of depression may predominate in the illness. The digestive symptoms include: Loss appetite (92.9%), weight loss (88.4%), bloating indigestion (74.1%). Symptoms such as heart palpitations (69.0), tachycardia (58.7%). The neurovegetative symptoms include: Sweating (65.8%), flushes (54.2%), dizziness (44.5%). Waking up early (86.5%), neurasthenia stimulation (74.2%). Especially, the pain symptoms seen in 90.96% of patients with characteristics of vague or diffused pain depending on the psychological state of patients. The expression of psychosis is found in (40%) patients. The behavioral disorders: akathisia (found in 84.5%), suicidal behavior (found in 17.4%). Cognitive impairment is found (in 73.5%) patients.

2. Factors related to depression in the researched patients

The stress factors and the somatic illness may play an important role in the regeneration and development of depressive disorders in the researched patients, with loneliness accounting for (63.2%). Family conflicts (14.2%), chronic illness (12.3%).

3. Treatment of depressive disorders in the elderly.

Good results can only be found in (77.4%) researched patients. The psychotropic drugs are used in low doses and used for a short time, but the un-wanted effects are quite as common as dry mouth (in 60.0%), constipation (in 39.4%), tachycardia (in 38.1%), tremor (in 37.4%) of the researched patients.

RECOMMENDATIONS

It is to improve the training programs, with additional knowledge about depression for general practitioners, health workers in primary health care to recognize the early signs of depressive disorders in the elderly in real conditions of the community.

There is a need to further develop the system of mental health care for elderly people including specialist staff training, establishing treatment facilities and care from the central level to the community level, eliminating the prejudice as the stigma, in order to improve the quality of life for older people with mental illnesses.