

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não là một trong những bệnh phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong cao hoặc gây tàn tật cho những người sống sót sau nhồi máu não.

Nhồi máu não thường xảy ra một cách đột ngột và nặng nề. Nếu qua giai đoạn cấp tính bệnh thường để lại nhiều di chứng. Trong số những rối loạn tâm thần sau nhồi máu não thì trầm cảm là biểu hiện hay gặp. Tỷ lệ trầm cảm thường gặp ở khoảng 1/3 số người sau nhồi máu não. Đây không chỉ là hậu quả của tổn thương thực thể tại tế bào não và rối loạn chức năng não, mà còn là hậu quả của phản ứng tâm lý trước một bệnh nặng, nhiều di chứng, và người bệnh có nguy cơ bị thay đổi công việc, thay đổi vị trí trong gia đình và xã hội. Trầm cảm có thể xuất hiện ngay trong giai đoạn cấp hoặc ở giai đoạn hồi phục. Biểu hiện lâm sàng của trầm cảm có thể là một trầm cảm điển hình hoặc là trầm cảm không điển hình, đồng thời bệnh cảnh lâm sàng của trầm cảm còn đan xen hoặc bị che lấp bởi những rối loạn tâm thần mang tính đặc trưng của tổn thương tế bào não tương ứng với các vùng chi phối chức năng thần kinh cao cấp gây ra.

Chính vì vậy, việc hiểu biết đặc điểm lâm sàng của trầm cảm sau nhồi máu não sẽ giúp thầy thuốc nhận diện được sớm các dấu hiệu của trầm cảm, giúp người bệnh được can thiệp, điều trị đúng và kịp thời. Nó có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau nhồi máu não.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở bệnh nhân sau nhồi máu não.

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở những bệnh nhân sau nhồi máu não.

Bố cục của luận án:

Nội dung chính của luận án gồm 133 trang với 27 bảng, 3 biểu đồ, 16 diễn đồ và 117 tài liệu tham khảo với bố cục như sau: Đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 42 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 13 trang, kết quả nghiên cứu 33 trang, bàn luận 42 trang, kết luận và kiến nghị 3 trang.

Phần tài liệu tham khảo gồm 117 tài liệu, đa số các tài liệu là những ấn phẩm mới được công bố trong 10 năm trở lại đây.

Phụ lục gồm: danh sách bệnh nhân, bệnh án nghiên cứu, trắc nghiệm tâm lý

Những đóng góp khoa học và giá trị thực tiễn của luận án:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng đặc trưng của trầm cảm sau nhồi máu não trong quần thể người Việt Nam, tỷ lệ trầm cảm sau nhồi máu não, những đặc điểm khác biệt giữa trầm cảm sau nhồi máu não và trầm cảm chung, trầm cảm trên các bệnh cơ thể mãn tính là những cái mới có đóng góp cho thực hành lâm sàng của cả chuyên khoa tâm thần và các chuyên khoa liên quan.

Nhận diện được một số yếu tố liên quan với trầm cảm sau nhồi máu não cũng là những đóng góp mới của đề tài, hỗ trợ các thầy thuốc lâm sàng nhận biết một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu não đối với trầm cảm.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

NHỒI MÁU NÃO

Khái niệm:

Nhồi máu não là quá trình bệnh lý, trong đó động mạch não bị hẹp hoặc bị tắc, lưu lượng tuần hoàn tại vùng đó giảm trầm trọng, chức năng vùng não đó bị rối loạn.

Nhồi máu não có nguy cơ gây tử vong cao hoặc để lại nhiều di chứng kể cả về thể chất và tâm thần. Trong những tật chứng về tâm thần thì trầm cảm là rối loạn rất hay gặp.

1.2. RỐI LOẠN TRẦM CẢM

1.2.1. Lịch sử nghiên cứu và phân loại trầm cảm

Sầu uất (Melancholia) là thuật ngữ được dùng đầu tiên trong học thuyết thể dịch của Hippocrate (460 – 377 trước công nguyên). Năm 1686 Bonet mô tả một dạng bệnh tâm thần với tên gọi: Hưng cảm – sầu uất “Maniaco – Melancolicus

Năm 1992, trầm cảm được ICD 10 phân loại và xếp ở các mục sau:

- + F06.32: Trầm cảm thực tổn.
- + F31.2, F31.3, F31.4: Giai đoạn trầm cảm trong rối loạn CXLC
- + F32: Giai đoạn trầm cảm

- + F33: Trầm cảm tái diễn
- + F41.2: Rối loạn hỗn hợp lo âu - trầm cảm
- + F43.20 và F43.21: Trầm cảm trong rối loạn sự thích ứng
- + F20.4: Trầm cảm sau phân liệt

1.2.2. Bệnh nguyên của trầm cảm

1.2.2.1. Trầm cảm do căn nguyên tâm lý

1.2.2.2. Trầm cảm do các nguyên nhân là bệnh lý thực tổn, các rối loạn thoái triển hoặc do sử dụng các thuốc ức chế tâm thần.

1.2.2.3. Trầm cảm nội sinh:

- A. Di truyền
- B. Bất thường trong dẫn truyền thần kinh (sinh hóa não).
- C. Nguyên nhân thực tổn

1.2.3. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán rối loạn trầm cảm (ICD10)

1.3. TRẦM CẢM SAU NHỒI MÁU NÃO

1.3.1. Những nghiên cứu về trầm cảm sau nhồi máu não:

Hầu hết các nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người sống sót sau đột quỵ não, bị trầm cảm nhiều hơn rất nhiều so với nhóm chứng cùng tuổi.

Hackett và Anderson (2005) thấy rằng tỷ lệ ước tính của trầm cảm sau nhồi máu não là khác nhau tùy thuộc vào công cụ chẩn đoán mà các nhà nghiên cứu đã sử dụng. Tổng hợp các nghiên cứu cắt ngang thì thấy khoảng 1/3 số bệnh nhân sống sót sau nhồi máu não sẽ bị trầm cảm.

1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh sinh:

1.3.2.1. Các yếu tố tâm lý

Nhồi máu não nói riêng và tai biến mạch máu não nói chung là một trải nghiệm gây Stress rất lớn cho người bệnh. Đây không chỉ là một bệnh nặng, nhiều di chứng và nguy cơ bị tàn tật mà còn làm cho người bệnh có nguy cơ bị thay đổi công việc, thay đổi vị trí trong gia đình - xã hội, giảm hoặc mất tính độc lập và giảm chất lượng cuộc sống.

1.3.2.2. Yếu tố thực tổn

Đã có thời gian dài các nhà nghiên cứu đi tìm câu trả lời cho câu hỏi “vị trí tổn thương não có vai trò như thế nào với trầm cảm sau nhồi máu não?”. Các tác giả đều nhận thấy trầm cảm sau NMN là thường gặp, song không được điều trị kịp thời vì không được nhận biết và ghi nhận nó như là một hậu quả của đột quỵ. Giả thiết phổ biến của các nghiên cứu trước đó là tổn thương vùng não trước trán có liên quan tới trầm cảm.

1.3.3. Đặc điểm lâm sàng của trầm cảm sau nhồi máu não

Bệnh cảnh lâm sàng của trầm cảm sau nhồi máu não có thể là một trầm cảm điển hình hoặc là một trầm cảm không điển hình với nhiều triệu chứng xen lẫn giữa triệu chứng trầm cảm với các triệu chứng cơ thể của bệnh cơ thể mà nhiều khi rất khó phân định một cách rõ ràng. Bệnh cảnh lâm sàng của trầm cảm còn bị che đậy và lẫn với suy giảm nhận thức, với tâm trạng chán nản, than phiền do phản ứng tâm lý của người bệnh. Với những bệnh nhân có rối loạn nhận thức nặng và rối loạn ý thức thì người bệnh có thể có những dấu hiệu của trầm cảm nhưng không thỏa đáng để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm hoàn chỉnh.

Trầm cảm sau nhồi máu não có một số hình thái sau:

1.3.3.1. Trầm cảm điển hình:

Bệnh nhân có các triệu chứng điển hình như cảm xúc bị ức chế, tư duy ức chế, vận động ức chế hoặc các triệu chứng điển hình như mô tả của ICD10 gồm 3 triệu chứng chủ yếu và 7 triệu chứng phổ biến.

1.3.3.2. Trầm cảm không điển hình:

- Bên cạnh bệnh cảnh lâm sàng điển hình như trên, trầm cảm không điển hình có biểu hiện là khí sắc trầm và thường than phiền về các triệu chứng cơ thể, dễ bị kích thích, hay cáu gắt, giảm giao tiếp, ăn nhiều, ngủ nhiều... Có khoảng 1/3 số bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu não là có biểu hiện lâm sàng làm trầm cảm không điển hình.

Trên những bệnh nhân nhồi máu não, trầm cảm không được điển hình như mô tả ở trên là do bị các triệu chứng của nhồi máu não, rối loạn tâm thần thực tổn như tính dễ bùng nổ, suy giảm nhận thức, rối loạn trí nhớ đan xen và che lấp. Đồng thời, đa số bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu não là những người cao tuổi do vậy trầm cảm sau nhồi máu não cũng có những sắc thái giống với trầm cảm người cao tuổi, trầm cảm căn nguyên tâm lý, trầm cảm cơ thể...

1.3.4 Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm sau nhồi máu não

Những bệnh nhân nhồi máu não thường là những người cao tuổi do vậy ngoài các yếu tố tâm lý và vị trí tổn thương não kể trên, bệnh nhân còn có những yếu tố khác liên quan đến sự xuất hiện trầm cảm ở lứa tuổi này như: các bệnh đồng diễn, suy giảm nhận thức, tình trạng kinh tế...

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả các bệnh nhân bị nhồi máu não lần đầu điều trị tại Khoa Thần kinh, Khoa Đông Y và Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai từ 1/1/2010 đến 31/12/2012. Bao gồm 243 bệnh nhân, trong đó có 189 bệnh nhân được điều trị tại Khoa Thần kinh, 44 bệnh nhân điều trị tại Khoa Đông y và 10 bệnh nhân thuộc VSKTT. Đưa vào nhóm nghiên cứu những bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm theo mô tả của ICD10.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

** Bệnh nhân nhồi máu não được chẩn đoán bởi bác sỹ chuyên khoa thần kinh với tiêu chuẩn:*

** Trầm cảm:*

Được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm của ICD-10 bởi bác sỹ chuyên khoa tâm thần. Gồm 3 triệu chứng đặc trưng và 7 triệu chứng phổ biến. Các triệu chứng này phải kéo dài trong thời gian ít nhất 2 tuần

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh rối loạn ý thức nặng, không hồi phục, không tiếp xúc được.

Các đối tượng đã bị nhồi máu não tái phát nhiều lần.

Các trường hợp sa sút trí tuệ mức độ nặng.

Các trường hợp thất ngôn gây hạn chế trong việc mô tả triệu chứng.

Liệt hầu họng, liệt tứ chi nặng làm hạn chế giao tiếp và tái khám.

Người bệnh có tiền sử rối loạn tâm thần từ trước khi bị nhồi máu não

Không có hình ảnh nhồi máu não trên phim chụp MRI sọ não.

Không tham gia đủ thời gian nghiên cứu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức “ước tính một tỷ lệ trong quần thể”. Theo công thức phải nghiên cứu tối thiểu 38 bệnh nhân trầm cảm.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu có theo dõi dọc. Những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn lựa và tiêu chuẩn loại trừ ở trên được đưa vào nhóm nghiên cứu.

Mỗi bệnh nhân được nghiên cứu trong 06 tháng kể từ ngày bị nhồi máu não nhằm đánh giá:

Tiến triển của nhồi máu não

Phát hiện trầm cảm sau nhồi máu não bằng cách sử dụng bộ công cụ chẩn đoán sàng lọc “Beck rút gọn”.

Nghiên cứu về trầm cảm sau nhồi máu não:

Mỗi bệnh nhân trầm cảm được tiếp tục theo dõi trong 6 tháng kể từ ngày trầm cảm được phát hiện.

Nghiên cứu trầm cảm sau nhồi máu não bằng phương pháp nghiên cứu mô tả và nghiên cứu phân tích:

Nghiên cứu mô tả:

+ Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu như tuổi, giới, điều kiện kinh tế, nghề nghiệp, xã hội...

+ Đặc điểm lâm sàng của nhồi máu não và mức độ tổn thương não trên phim CT, MRI sọ não.

+ Đặc điểm lâm sàng của trầm cảm

+ Nhận xét về điều trị trầm cảm/nhồi máu não.

Nghiên cứu phân tích

Phân tích mối liên quan giữa sự xuất hiện trầm cảm và các yếu tố tâm lý của bệnh nhân, vị trí và mức độ tổn thương não. Phân tích mối liên quan của nhồi máu não ảnh hưởng tới biểu hiện lâm sàng của trầm cảm. Phân tích ảnh hưởng của sự xuất hiện trầm cảm đến tiên lượng và tiến triển của nhồi máu não:

2.2.3. Các bước tiến hành

2.2.3.1. Các bước chuẩn bị

Các công cụ dùng cho quá trình nghiên cứu như:

Thang đánh giá trầm cảm rút gọn của Beck

Bệnh án nghiên cứu chi tiết phù hợp với mục tiêu nghiên cứu

2.2.3.2. Phương thức phát hiện trầm cảm:

*** Bệnh nhân đang điều trị nội trú:**

Để đảm bảo tính khách quan và khoa học: mời hội chẩn chuyên khoa tâm thần để xác định lại chẩn đoán và cho ý kiến điều trị.

*** Bệnh nhân đã ra điều trị ngoại trú:**

Trầm cảm được theo dõi và phát hiện thông qua 2 bước:

Bước sàng lọc: Bệnh nhân nhồi máu não được nhóm nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi “Beck rút gọn” để sàng lọc và phát hiện những bệnh nhân có

dấu hiệu trầm cảm (nhóm nghiên cứu gồm: Bác sỹ điều trị, người nghiên cứu và hai sinh viên Y6 Đại học Y Hà Nội)

Bước chẩn đoán xác định trầm cảm: Khi sàng lọc, những bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm sẽ được giới thiệu đến người nghiên cứu và bác sỹ chuyên khoa tâm thần để xác định chẩn đoán xem người bệnh có bị trầm cảm hay không (dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD10).

Tiến hành đánh giá tiến triển của trầm cảm và toàn trạng những bệnh nhân trầm cảm/nhồi máu não với tần suất 01 tháng/1 lần.

2.2.4. XỬ LÝ SỐ LIỆU

Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS.

Tiến hành phân tích thống kê mô tả, tính tần suất của các biểu hiện, so sánh các giá trị trung bình tại các thời điểm, tính giá trị p, tính mối tương quan RR và tính OR.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THÔNG TIN CHUNG

Bảng 3.1: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu

Nhóm	Tổng số	Tuổi trung bình	SD	Tuổi thấp nhất	Tuổi cao nhất
Không trầm cảm	167	64,29	11,775	35	90
Trầm cảm	76	63,42	10,395	40	86
Chung cho nhóm NC	243	64,02	11,347	35	90

Trong nhóm nghiên cứu 35 tuổi là tuổi thấp nhất và người có tuổi cao nhất là 90 tuổi. Tuổi trung bình là $64,02 \pm 11,347$.

Biểu đồ 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi

+ Nhóm bệnh nhân nhồi máu não từ 60 – 69 tuổi chiếm nhiều bệnh nhân nhất (78 bệnh nhân) và trầm cảm ở nhóm tuổi này cao nhất (25 bệnh nhân), sau đó là nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi có 65 bệnh nhân

Bảng 3.2: Phân bố về giới của nhóm nghiên cứu

	Tổng số	Tỷ lệ % (n=243)
Nam	149	61,3

Giới	Nữ	94	38,7
Tổng cộng		243	100,0

Trong nhóm nghiên cứu số bệnh nhân nhồi máu não là nam giới (61,3%) nhiều gần gấp đôi nhóm người bị nhồi máu não là nữ giới (38,7%).

Bảng 3.3: Trình độ văn hóa

		Tổng số	Tỷ lệ % (n=243)
Trình độ văn hóa	Không đi học	2	0,8
	Tiểu học	37	15,2
	Trung học cơ sở	129	53,1
	Trung học phổ thông	75	30,9
	Tổng số	243	100

Nhóm có trình độ học văn trung học cơ sở chiếm trên một nửa số đối tượng nghiên cứu, nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông được gần 1/3.

3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Bảng 3.4: Tỷ lệ trầm cảm sau nhồi máu não

Giới	Nhóm	Nam		Nữ		Tổng		P
		n=149	%	n=94	%	n=243	%	
	Nhóm trầm cảm	46	30,9	30	31,9	76	31,3	> 0,05
	Nhóm không trầm cảm	103	69,1	64	68,1	167	68,7	
	Tổng cộng	149	100,0	94	100,0	243	100,0	

Trong 243 bệnh nhân nhồi máu não, có 76 bệnh nhân trầm cảm, chiếm tỷ lệ 31,3%. Tỷ lệ trầm cảm ở nam là 30,9%, không khác biệt với trầm cảm ở nữ giới (31,9%).

Biểu đồ 3.2: Thời điểm xuất hiện trầm cảm

Trầm cảm xuất hiện nhiều nhất ở tháng thứ 3 sau nhồi máu não và tháng thứ hai

Biểu đồ 3.3: Thể lâm sàng của trầm cảm

Bảng 3.5: Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm sau nhồi máu não ở thời điểm mới được phát hiện

Triệu chứng	n = 76	Tỷ lệ %
Khí sắc trầm	66	86,8
Mất mọi quan tâm thích thú	50	65,8
Giảm năng lượng, dễ mệt mỏi và giảm hoạt động.	46	60,5

86,8% sắc giảm. Mất mọi quan tâm thích thú, chiếm 65,8%, giảm năng lượng- dễ mệt mỏi chiếm tỷ lệ ít nhất trong các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm (60,5%).

Bảng 3.6 : Đặc điểm các triệu chứng phổ biến của trầm cảm sau nhồi máu não ở thời điểm mới được phát hiện

Triệu chứng	Tổng số	Tỷ lệ % (n = 76)
Giảm tập trung chú ý	52	68,4
Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin	44	57,9
Ý tưởng bị tội, không xứng đáng	19	25,0
Nhìn vào tương ai ảm đạm, bi quan	42	55,3
Ý tưởng tự sát	2	2,6

Hành vi tự sát		1	1,3
RL giấc ngủ	Mất ngủ, khó đi vào giấc ngủ	75	98,7
	Thức dậy sớm và không thể ngủ lại	70	92,1
Ăn không ngon miệng		49	64,5

Trong các triệu chứng phổ biến của trầm cảm thì triệu chứng rối loạn giấc ngủ là gặp nhiều hơn cả, trong đó mất ngủ đầu giấc, khó vào giấc ngủ chiếm tỷ lệ 98,7%, mất ngủ cuối giấc và thức giấc nhiều lần trong đêm chiếm tỷ lệ 92,1%.

Bảng 3.7: Đặc điểm khác của trầm cảm sau NMN khi mới được phát hiện

Triệu chứng	Tổng số	Tỷ lệ % (n = 76)
Buồn chán	72	94,7
Giảm vận động	47	61,8
Lo lắng, bồn chồn	61	80,3
Các triệu chứng cơ thể: tim mạch, dạ dày ruột,...	76	100,0
Suy giảm nhận thức một cách đột ngột, nhanh chóng (giả mất trí)	4	5,3

Buồn chán gặp ở 94,7% số bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.8: Những biểu hiện khác khi có trầm cảm sau nhồi máu não.

Triệu chứng	Tổng	
	Tổng số	Tỷ lệ % (n = 76)
Khí sắc giảm đột ngột, nhanh chóng	27	35,5
Giảm vận động một cách khác thường mà ngay như người thân cũng có thể nhận ra sự khác biệt này	34	44,7
Ngôn ngữ giảm, BN ít kêu than hơn	30	39,5
Dễ bị kích thích, không ổn định	36	47,4
Tính cách thay đổi: trở nên khó chịu hơn	37	48,7
Tăng cảm giác đau, triệu chứng đau nhiều và rõ rệt	30	39,5
Rối loạn ăn uống	13	17,1

Có 35,5% bệnh nhân có biểu hiện khí sắc thay đổi một cách đột ngột, nhanh chóng so với trầm cảm thông thường.

Diễn đồ 3.1: Đặc điểm tiến triển của dấu hiệu buồn chán

Đến tháng thứ 3 thì chỉ còn 7 bệnh nhân (9,2%) là các dấu hiệu buồn chán không đổi. Còn lại, đa số các bệnh nhân là đỡ hoặc hết hẳn buồn chán (18,4%). Sự buồn chán nhanh chóng được giải quyết sau 6 tháng hầu hết là hết buồn chán (94,7%).

Diễn đồ 3.2: Đặc điểm tiến triển của dấu hiệu khí sắc

93,4 số bệnh nhân trầm cảm có dấu hiệu khí sắc giảm.

Sau một tháng có 36,8% số triệu chứng cải thiện hơn trước

Sau 3 tháng thì có gần ¾ số triệu chứng này cải thiện dưới tác dụng của điều trị.

Và 70/71 bệnh nhân cải thiện hoàn toàn về mặt khí sắc sau 6 tháng

Diễn đồ 3.3: Đặc điểm tiến triển của dấu hiệu “mất quan tâm thích thú”

Sau tháng thứ 2 dấu hiệu này mới được cải thiện ở nhiều bệnh nhân trầm cảm (64,5%) và đến tháng thứ 5, 6 triệu chứng này ở đa số bệnh nhân mới cải thiện.

Diễn đồ 3.4: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “giảm năng lượng, mau mệt mỏi”

Khi khởi phát chỉ có 65,8%, triệu chứng này tăng dần lên và cao nhất là sau 3 tháng (81,6%). Sau tháng thứ hai bị trầm cảm thì dấu hiệu “giảm năng lượng, nhanh mệt mỏi” mới cải thiện nhiều và phải sau tháng thứ 3 thì số bệnh nhân có triệu chứng này cải thiện là nhiều nhất (63,2% đỡ và 9,2% hết mệt).

Diễn đồ 3.5: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “giảm tập trung chú ý”:
Số lượng triệu chứng tăng lên và cao nhất vào tháng thứ 4 kể từ khi bị trầm cảm (80,3%). Sự thuyên giảm chậm. Cho đến tháng thứ 6 đa số bệnh nhân cải thiện rõ rệt

Diễn đồ 3.6: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “Bi quan, nhìn tương lai ảm đạm”:

Dấu hiệu bi quan, nhìn tương lai ảm đạm, cao nhất ở tháng thứ 3 (77,6%).

Diễn đồ 3.7: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “Giảm hoặc mất vận động”

Lúc khởi phát có 61,8% sau đó tăng lên 69,7% sau 1 tháng và 80,3% số bệnh nhân có triệu chứng này ở tháng thứ 2, nhưng nhanh chóng cải thiện.

Diễn đồ 3.8: Đặc điểm tiến triển của “Ý tưởng bị tội và không xứng đáng”

Có 30,3% số bệnh nhân có ý tưởng bị tội và không xứng đáng
Các triệu chứng cải thiện rất nhanh, sau 3 tháng hầu như các bệnh nhân trầm cảm đều không còn ý tưởng này.

Diễn đồ 3.9: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “rối loạn giấc ngủ”

Rối loạn giấc ngủ gặp ở 100% số bệnh nhân nghiên cứu
Sau 4 tháng, có trên 50% số bệnh nhân cải thiện hoàn toàn về giấc ngủ
Sau 6 tháng vẫn còn 2 trường hợp còn rối loạn giấc ngủ.

Diễn đồ 3.10: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “lo lắng, bồn chồn bất an”

Ngay từ khi mới bị trầm cảm đã có 82,9% số bệnh nhân trầm cảm có lo lắng, các triệu chứng này nhanh chóng thuyên giảm trong 3 tháng đầu.

Diễn đồ 3.11: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “giảm vận động một cách khác thường” (triệu chứng trầm cảm không điển hình)

Có 39,5% số bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng trầm cảm không điển hình bằng việc “giảm vận động một cách khác thường”.

Triệu chứng này nhanh chóng cải thiện sau 1 tháng

Diễn đồ 3.12: Đặc điểm tiến triển triệu chứng “khí sắc giảm nhanh, đột ngột”

Có 34,2% số bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng trầm cảm không điển hình bằng việc “khí sắc giảm nhanh, đột ngột”. Triệu chứng này tiến triển nhanh, sau 3 tháng số bệnh nhân có cải thiện triệu chứng là nhiều nhất.

Diễn đồ 3.13: Đặc điểm: “Dễ bị kích thích, cảm xúc không ổn định”

Có 47,4% số bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm không điển hình bằng việc “dễ kích thích, cảm xúc không ổn định”, nhanh chóng cải thiện sau 2 tháng

Diễn đồ 3.14: Đặc điểm tiến triển của triệu chứng “Tăng cảm giác đau”

- Trong nhóm nghiên cứu có 27,6% số bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng trầm cảm không điển hình bằng việc “tăng cảm giác đau”, cải thiện sau 2 tháng

Bảng 3.9: Đặc điểm tiến triển của trầm cảm biểu hiện bằng mất trí giả (n=4)

Triệu chứng giả mất trí	Sau 1 tháng		Sau 2 tháng		Sau 3 tháng		Sau 4 tháng		Sau 5 tháng		Sau 6 tháng	
	Đỡ	Hồi phục	Đỡ	Hồi phục	Đỡ	Hồi phục	Đỡ	Hồi phục	Đỡ	Hồi phục	Đỡ	Hồi phục
Suy giảm nhận thức	3	1	0	4		4		4		4		4
Tốc độ tư duy giảm	3	1	0	4		4		4		4		4
Khả năng tập trung chú ý giảm đột ngột, rõ rệt	2	2	0	4		4		4		4		4
Giảm vận động nặng	3	1	0	4		4		4		4		4
Trạng thái bàng hoàng sững sờ	2	1	0	4		4		4		4		4

Có 4 bệnh nhân có biểu hiện bằng các triệu chứng giả mất trí, các triệu chứng này nhanh chóng cải thiện ở ngay tháng đầu tiên mới xuất hiện.

Bảng 3.10: Kết quả thang điểm Beck rút gọn của nhóm bị trầm cảm

Mức độ trầm cảm theo thang Beck rút gọn	Lúc phát hiện TC		Sau 1 tháng		Sau 2 tháng		Sau 3 tháng		Sau 4 tháng		Sau 5 tháng		Sau 6 tháng	
	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%
Không TC	10	13,2	15	19,7	15	19,7	19	25,0	36	47,4	49	64,4	75	98,7
TC nhẹ	23	30,3	13	17,1	24	31,6	39	51,3	32	42,1	27	35,5	1	1,3
TC vừa	30	39,5	33	43,4	28	36,8	16	21,1	7	9,2	0	0,0	0	0,0
TC nặng	13	17,1	15	19,7	9	11,8	2	2,6	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Tổng	76	100	76	100	76	100	76	100	76	100	76	100	76	100,0

Trầm cảm mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 39,5%, trầm cảm nhẹ 30,3%.

Có 10 trường hợp có điểm Beck là bình thường nhưng vẫn là trầm cảm đó là những trường hợp giả mất trí, trầm cảm không điển hình.

3.3. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa trầm cảm và giới tính

	Nam	Nữ	Tổng	CI 95%
Trầm cảm	46	30	76	OR = 0,953 (0,547 <OR< 1,661)
Không trầm cảm	103	64	167	
Tổng	149	94	243	

Giới tính không liên quan tới sự hình thành trầm cảm với OR = 0,953.

Bảng 3.12: Liên quan giữa tổn thương dây thần kinh sọ và trầm cảm.

Tổn thương thần kinh sọ	Trầm cảm		Không		Tổng số		P
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	
	Tổng số	Tỷ lệ % (n = 76)	Tổng số	Tỷ lệ % (n = 167)	Tổng số	Tỷ lệ % (n = 243)	
Có liệt	49	64,5	112	67,06	161	66,25	P > 0,05 OR=0,89(0,5-1,58)
Không liệt	27	35,5	55	32,94	82	33,75	
Tổng	76	100	167	100	243	100	

66,25% số đối tượng nghiên cứu có tổn thương dây thần kinh sọ khi bị nhồi máu não, trong đó 64,5% bị trầm cảm là có liệt. 35,5% số người trầm cảm không liệt.

Liệt chưa đủ là yếu tố nguy cơ gây trầm cảm với OR = 0,89.

Bảng 3.13: Liên quan giữa liệt nửa người và trầm cảm

Liệt nửa người	Trầm cảm		Không		Tổng số		P CI 95%
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	
	n	%	n	%	n	%	
Liệt ½ người phải	34	44,7	80	47,9	114	46,9	P=0,65 OR= 0,88(0,51-1,52)
Liệt ½ người trái	25	32,9	67	40,1	92	37,9	P = 0,28 OR = 0,73 (0,41 – 1,29)
Không liệt	17	22,4	20	12,0	37	15,2	P = 0,04 OR = 2,12(1,04 – 4,32)
Tổng	76	100	167	100	243	100	

Nhóm trầm cảm có 77,6% và nhóm không trầm cảm có 88% liệt nửa người.

Bảng 3.14: Liên quan giữa phản ứng cảm xúc của người bệnh sau NMN và TC

Cảm xúc sau NMN		Nhóm trầm cảm		Nhóm không trầm cảm		Tổng cộng		P
		n=76	%	n=167	%	n=243	%	
Lo lắng	Có	34	44,7	85	50,9	119	49,0	P0,05 OR=0,78 (0,45-1,35)
	Không	42	55,3	82	48,1	124	51,0	
Khoái cảm	Có	1	1,3	2	1,2	3	1,2	P>0,05 OR=1,1(0,1-12,32)
	Không	75	98,7	165	98,8	240	98,8	
Thờ ơ, lãnh đạm	Có	31	40,8	59	35,3	90	37,0	P>0,05 OR=1,26(0,72-2,2)
	Không	45	59,2	108	64,7	153	63,0	
Không phù	Có	21	27,6	22	13,2	43	17,7	P=0,007

hợp	Không	55	82,4	145	86,8	200	82,3	OR=2,52(1,28-4,94)
------------	-------	----	------	-----	------	-----	------	---------------------------

17,7% số bệnh nhân nhồi máu não có cảm xúc không phù hợp, gần một nửa số bệnh nhân này sau đó bị trầm cảm. với $P=0,007$ thì nguy cơ gây trầm cảm với $OR=2,52$

Bảng 3.15: Liên quan giữa sự hiểu biết và thái độ của người bệnh về NMN và TC

Hiểu biết và thái độ	Trầm cảm		Không trầm cảm		Tổng cộng		P
	n = 76	%	n=167	%	n=243	%	
Hiểu, chấp nhận thực tế	15	19,7	36	21,6	51	21,0	$P > 0,05$ $OR=0,89(0,46-1,76)$
Hiểu, không chấp nhận	44	57,9	72	43,1	116	47,3	$P=0,036$ $OR=1,74(1,009-3,005)$
Không hiểu biết về NMN và cho rằng bệnh dễ vượt qua	3	4,0	26	15,6	29	11,9	$P=0,017$ $OR=0,22(0,07-0,76)$
Nhìn nhận nhồi máu não là dấu chấm hết cho tương lai	12	15,8	7	2,6	19	7,8	$P=0,004$ $OR=4,29(1,6-11,4)$
Nhìn nhận NMN là bệnh nặng nhưng còn hy vọng	2	2,6	25	15,1	27	11,0	$P=0,01$ $OR=0,15(0,04-0,67)$
Tổng số	76	100	167	100	243	100	

Bảng 3.16: Liên quan giữa nguy cơ thay đổi vai trò của BN khi NMN và trầm cảm.

Nhóm Nguy cơ	Nhóm trầm cảm		Nhóm không trầm cảm		Tổng cộng		P CI 95%
	n = 76	%	n = 167	%	n = 243	%	
Không thay đổi	39	51,3	85	50,9	124	51,0	$P = 0,95$ $OR=1,02(0,59-1,75)$
Mất vị trí xã hội	1	1,3	3	1,8	4	1,6	$P = 0,79$ $OR=0,73(0,07-7,12)$
Nguy cơ thay đổi vai trò trong gia đình	26	34,2	69	41,3	95	39,1	$P = 0,29$ $OR=0,74(0,42-1,3)$
Thay đổi cả vai trò xã hội và gia đình	10	13,2	10	6,0	20	8,3	$P = 0,04$ $OR=2,37(1,95-6,0)$
Tổng cộng	76	100	167	100	243	100	

13,2% có thay đổi cả vai trò xã hội và gia đình, cao gấp hơn hai lần so với nhóm không trầm cảm (6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P = 0,04$ và nguy cơ bị trầm cảm do thay đổi vai trò của người bệnh sau nhồi máu não với $OR=2,37(1,95-6,0)$.

Bảng 3.17: Các dạng tổn thương não của nhóm nghiên cứu

Vị trí tổn thương não	Bán cầu não trái		Bán cầu não phải		P
	n = 243	Tỷ lệ %	n = 243	Tỷ lệ %	
Thùy trán	11	4,5	13	5,3	
Thùy thái dương	33	13,6	49	20,2	

Thùy chẩm	8	3,3	8	3,3	>0,05
Bao trong	15	6,2	15	6,2	
Đồi thị	4	1,6	15	6,2	
Não thất bên	20	7,9	22	9,0	
Nhân bèo	25	10,3	20	8,2	
Thân não	10	4,1	8	3,3	
Tiểu não	6	2,5	0	0,0	
Tồn thương não đa ổ	46		18,9		

Nhồi máu não thùy thái dương chiếm tỷ lệ cao nhất, 82 bệnh nhân (33,7%).

Nhóm nhồi máu tiểu não là ít gặp nhất, 6 bệnh nhân (2,5%)

Bảng 3.18: Mối liên quan giữa NMN thùy trán phải và trầm cảm

Trầm cảm	Nhồi máu thùy trán phải		Tổng
	Không	Có	
Không trầm cảm	162	5	167
Có trầm cảm	69	7	76
Tổng số	231	12	243
Mức nguy cơ	P=0,048 OR = 3,287 (1,008 <OR< 10,715)		

Tồn thương thùy trán phải là nguy cơ trực tiếp gây trầm cảm

3.3.2. Trầm cảm và các bệnh đồng diễn

Bảng 3.19: Mối liên quan giữa trầm cảm và THA

Trầm cảm	Tăng huyết áp		Tổng
	Có	Không	
Có trầm cảm	48	28	76
Không trầm cảm	83	84	167
Tổng số	131	112	243
Mức nguy cơ	CI 95% OR = 1,735 (0,995 <OR< 3.025)		

Tăng huyết áp không phải là nguy cơ gây trầm cảm sau nhồi máu não với OR = 1,735

Bảng 3.20: Mối liên quan giữa trầm cảm và Nhồi máu não/Đái tháo đường

Trầm cảm	Đái tháo đường		Tổng
	Có	Không	
Có trầm cảm	21	55	76
Không trầm cảm	21	146	167
Tổng số	42	201	243
Mức nguy cơ	CI 95% OR = 2,655 (1,345<OR<5,238)		

Đái tháo đường là nguy cơ của trầm cảm sau nhồi máu não. Với P=0,007, OR=2,655 (1,345-5,238). Có nghĩa là bệnh nhân NMN có bệnh lý ĐTD kết hợp có nguy cơ bị trầm cảm tăng 2,655 lần so với người bị NMN mà không có ĐTD.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Bằng phương pháp nghiên cứu tiền cứu, mô tả và phân tích trên 243 bệnh nhân nhồi máu não lần đầu chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

4.1.1. Tuổi của nhóm nghiên cứu

Nhóm từ 60 – 69 tuổi là có tỷ lệ cao nhất trong những người bị nhồi máu não (32,1%), sau đó là nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi có 26,7%.

Theo Lê Đức Hình, nhồi máu não thường gặp hơn ở quần thể trên 50 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đúng và tương ứng với sự phổ biến của các nguyên nhân gây nhồi máu não.

4.1.2. Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân nhồi máu não là nam giới (61,3%) nhiều gần gấp đôi nhóm người bị nhồi máu não là nữ giới (bảng 3.2). Nam giới bị đột quỵ nói chung và nhồi máu não nói riêng cao hơn nữ giới, 68% số người đột quỵ là nam giới. Brown C, Hasson H, V Thyselius, Almborg A.H nghiên cứu 105 bệnh nhân tỷ lệ giữa nam và nữ là 69/36.

4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TRẦM CẢM SAU NHỒI MÁU NÃO

4.2.1. Tần suất trầm cảm sau nhồi máu não.

- Bằng phương pháp tiền cứu, theo dõi dọc trong 6 tháng kể từ ngày bị nhồi máu, chúng tôi thấy tỷ lệ trầm cảm là 31,3% (Bảng 3.4). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của William A.L (1987), nghiên cứu bệnh nhân nhồi máu não trong 6 tháng thấy có tới 1/3 số bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm. Trong một nghiên cứu tổng quan từ 51 nghiên cứu khác nhau, Maree L. Hackett và cs (2005) cũng thấy tỷ lệ trung bình của trầm cảm sau nhồi máu não là 33,3%.

4.2.2. Tỷ lệ trầm cảm và giới tính.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy, có 30,1% số nam giới bị trầm cảm và 31,9% số nữ giới bị trầm cảm trong vòng 6 tháng kể từ ngày bị nhồi máu. Như vậy, tần suất bị trầm cảm ở cả nam và nữ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là tương đương nhau.

Brittany Poynter (2009) tổng hợp từ 56 nghiên cứu khác nhau thấy có 35 nghiên cứu thông báo rằng trầm cảm sau nhồi máu não ở nữ cao hơn nam giới và tác giả đưa ra kết luận rằng trầm cảm sau nhồi máu não là rất phổ biến ở cả hai giới, nhưng dường như là hơi phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới.

4.2.3. Thời gian khởi phát trầm cảm sau nhồi máu não

Kết quả ở biểu đồ 2 cho thấy, tỷ lệ trầm cảm mắc mới ở thời điểm tháng thứ hai và tháng thứ 3 sau nhồi máu não là cao nhất, sau đó số người mới mắc trầm cảm ở những tháng tiếp theo có xu hướng giảm dần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác

giác khác, các tác giả đều thấy trầm cảm xuất hiện nhiều nhất ở giai đoạn cấp, sau đến là giai đoạn phục hồi chức năng và thấp nhất ở giai đoạn cộng đồng.

4.2.4. *Thể lâm sàng của trầm cảm sau nhồi máu não:*

- Chúng tôi thấy 60 trường hợp bị trầm cảm điển hình (79%), 16 trường hợp (21%) trầm cảm không điển hình (biểu đồ 3). Sau 2-3 tháng, những bệnh nhân biểu hiện bằng trầm cảm không điển hình có xu hướng tiến triển điển hình hóa, sau 3 tháng kể từ ngày khởi phát có tỷ lệ trầm cảm điển hình cao nhất (97,4%). Và sau đó các triệu chứng trầm cảm dần được cải thiện và tan biến dưới tác động của điều trị nên bệnh cảnh lâm sàng cải thiện rõ rệt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu về trầm cảm sau đột quỵ của Risto Vataja, MD và cs, tác giả thấy trong nghiên cứu của mình có 26% là trầm cảm điển hình, trầm cảm không điển hình là 14%. Wongwande M và CS (2012) thấy trầm cảm không điển hình (2,6%) ít hơn trầm cảm điển hình (12,8%).

4.2.5. *Triệu chứng sớm của trầm cảm sau nhồi máu não.*

- Trong nghiên cứu chúng tôi thấy sự than phiền buồn chán là dấu hiệu hay gặp nhất trước khi bệnh nhân bị trầm cảm. Theo các tác giả Iboen, William thì nhân cách của người bệnh cũng đóng vai trò tiên lượng và dự đoán sớm trầm cảm sau nhồi máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi trầm cảm xuất hiện (bảng 3.7) thấy có 94,7%, sau tăng lên 97,4% (Diễn đồ 1) số bệnh nhân trầm cảm có biểu hiện buồn chán.

- Rối loạn giấc ngủ cũng là một trong hai biểu hiện sớm nhất của trầm cảm sau nhồi máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 100% số bệnh nhân nghiên cứu có rối loạn giấc ngủ, đây là dấu hiệu sớm và làm cho người bệnh than phiền nhiều nhất (bảng 3.6).

• 4.2.6. *Đặc điểm các triệu chứng của trầm cảm sau nhồi máu não*

4.2.6.1. *Các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm*

- Qua kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 chúng tôi thấy trong lần phát hiện đầu tiên chỉ có 86,8% có biểu hiện khí sắc trầm, 65,8% số bệnh nhân có biểu hiện mất hoặc giảm quan tâm thích thú và 65,8% có biểu hiện giảm năng lượng dẫn đến dễ mệt mỏi. Các chỉ số này cũng phản ánh đúng thực tế rằng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có cả những trường hợp trầm cảm điển hình và không điển hình. Kết quả đánh giá các mức độ trầm cảm cho thấy chỉ có 17% là trầm

cảm nặng và 39,5% là trầm cảm vừa còn lại là trầm cảm nhẹ vào thời điểm tháng đầu tiên bị trầm cảm.

4.2.6.2. Các triệu chứng phổ biến của trầm cảm.

- Giảm tập trung chú ý là triệu chứng phổ biến của trầm cảm, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có ở 68,7% số bệnh nhân trầm cảm (bảng 3.6) và sau 5 tháng bị trầm cảm các triệu chứng này mới thuyên giảm hoàn toàn (Diễn đồ 3.5).

- Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy trong nhóm bệnh nhân trầm cảm chỉ có 55,3% là có biểu hiện bi quan và nhìn tương lai ảm đạm.

- Trong nhóm trầm cảm sau nhồi máu não chúng tôi thấy có 68,4% số bệnh nhân có giảm tập trung chú ý. Có 64,5% số bệnh nhân có rối loạn ăn uống, chủ yếu là cảm giác ăn không ngon miệng. Rất ít trường hợp có ý tưởng và hành vi tự sát. Điều này có thể giải thích rằng, số bệnh nhân này đang nằm trong quá trình nghiên cứu, chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi, bệnh liên quan đến cả yếu tố tâm lý và yếu tố thực tổn. Nên đây là những đặc trưng của loại trầm cảm sau nhồi máu não. Vì lẽ đó mà trong nhóm nghiên cứu chúng tôi ít thấy trường hợp trầm cảm nặng. Do đó, các số liệu nghiên cứu trên phản ánh đúng thực trạng của người bệnh.

4.2.6.3. Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm

- Hầu như tất cả những bệnh nhân trầm cảm đều có biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể (bảng 3.7), triệu chứng cơ thể có thể là các triệu chứng thần kinh tự trị thuộc hệ tim mạch như tim đập nhanh, hồi hộp đánh trống ngực, các triệu chứng thuộc hệ thống dạ dày ruột, triệu chứng thần kinh cơ.

Các biểu hiện triệu chứng cơ thể ở nhóm nghiên cứu khá phổ biến bao gồm: Ăn kém ngon miệng (có tỷ lệ 64,5%), rối loạn giấc ngủ đầu giấc, bệnh nhân khó đi vào giấc ngủ, chiếm tỷ lệ 98,7%, trong đó giấc ngủ không sâu, chập chờn, thức dậy sớm và không thể ngủ lại được chiếm 92,1% (Bảng 3.6). Kader (2009) khi nghiên cứu về rối loạn trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị các bệnh nội khoa mạn tính (thận, tim mạch ...) thấy tỷ lệ rối loạn ăn uống là 32%, rối loạn giấc ngủ (khó đi vào giấc ngủ là 60% và khó duy trì giấc ngủ là 56%). Số liệu các triệu chứng cơ thể của trầm cảm trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả nước ngoài. Điều này có thể cho thấy rằng đặc điểm rối loạn giấc ngủ là một trong những triệu chứng đặc trưng của trầm cảm sâu nhồi máu não. Chiang H.H (2013) nghiên cứu tỷ lệ và các mối liên quan với trầm cảm trên 270 BN bị bệnh thận mạn đang được điều trị bảo

tồn ở Đài Loan thấy tỷ lệ có rối loạn giấc ngủ là 63%, sút cân cũng có tỷ lệ cao (66.13%) trong đó sút cân nhiều chiếm 1/3 số BN có trầm cảm (32,26%) với chỉ số BMI rất thấp. Số BN tăng cân chỉ chiếm tỷ lệ thấp (11.48%) và chưa xác định được tăng cân thực sự hay tăng cân do phù.

- **4.2.6.4. Triệu chứng không điển hình của trầm cảm sau nhồi máu não**

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy, bên cạnh những triệu chứng trầm cảm điển hình như trên, bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu não còn có một số dấu hiệu đặc trưng cho trầm cảm sau nhồi máu não như sau.

- **- Khí sắc giảm một cách nhanh chóng, đột ngột:**

- Biểu hiện là khí sắc nhanh chóng thay đổi, không cần chờ đủ hai tuần theo tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm của ICD 10 thì khí sắc của người bệnh đã thay đổi một cách rõ ràng, trước cả những dấu hiệu khác. Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy có 27 trường hợp trầm cảm sau nhồi máu não có biểu hiện này (35,5%). Sau một tháng còn 26 bệnh nhân (34,2%) có dấu hiệu khí sắc giảm đột ngột. Khí sắc của người bệnh tiến triển nhanh cùng với tiến triển của trầm cảm dưới quá trình điều trị.

- **- Giảm vận động một cách khác thường**

- Người bệnh trở nên giảm vận động, thích nằm một chỗ hoặc ít đi lại hơn trước, rối loạn này cũng xuất hiện một cách bất thường không có một tổn thương hay bệnh lý cơ thể nào giải thích phù hợp. Kết quả ở bảng 3.8 cho thấy trong 76 bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu não có 47 bệnh nhân có biểu hiện giảm vận động hơn so với chưa bị trầm cảm ở các mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng, trong đó có 34 bệnh nhân trầm cảm có biểu hiện giảm vận động một cách khác thường. Sự thay đổi về vận động này rất rõ rệt và nhanh chóng mà ngay cả những người thân trong gia đình cũng nhận ra sự khác biệt về vận động giữa ngày hôm trước và hôm sau. Triệu chứng này cũng nhanh chóng cải thiện dưới tác động của điều trị trầm cảm.

- **- Tính dễ bị kích thích, tính cách thay đổi và tăng cảm giác đau.**

- 48,7% số bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu não có biểu hiện khó tính, tính cách khó chiều, thể hiện sự khó chịu trong cơ thể, bệnh nhân thay đổi rất nhanh những đòi hỏi và mong muốn của mình.

- Như vậy, bệnh cảnh lâm sàng của trầm cảm sau nhồi máu não có các biểu hiện lâm sàng với những triệu chứng như khí sắc giảm đột ngột, bệnh nhân nhanh chóng giảm vận động hơn so với trước, tính tình thay đổi và trở nên dễ cáu gắt hơn, dễ bị kích thích bởi những tác động bên ngoài và tăng cảm giác đau hơn, nhưng người bệnh lại ít nói và ít kêu than hơn trước. Một số bệnh nhân lại có rối loạn và thay đổi nhu cầu ăn uống theo kiểu lúc thì ăn nhiều, lúc lại ăn ít.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với mô tả của Simon Fleminger (2011) khi ông mô tả về trầm cảm sau đột quy. Tuy nhiên, số lượng trầm cảm không điển hình của chúng tôi thấp hơn nhiều, 15,8% so với 1/3 số bệnh nhân trầm cảm.

4.2.6.5. Lo âu ở bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu não

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có lo âu là 80,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kootker J.A và CS (2012) trầm cảm có lo âu (PSDA) là một rối loạn phổ biến trong giai đoạn mạn tính của đột quy, PSDA có tác động tiêu cực đến khả năng tái hòa nhập xã hội và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Lassalle - Lagadec S , Sibon I , Dilharreguy B, Allard M. (2012) thấy

- **4.3. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẦM CẢM SAU NMN**

4.3.1. Liên quan giữa trầm cảm sau nhồi máu não và giới tính

- Tỷ lệ trầm cảm sau nhồi máu não ở nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi không có gì khác biệt (30,9% ở nam so với 31,9% ở nữ giới - bảng 3.4).

- Trong các nghiên cứu về liên quan giữa giới tính và trầm cảm sau đột quy, rất nhiều nghiên cứu thấy nữ giới có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn.

- ***4.3.2. Liên quan giữa tình trạng ý thức của người bệnh khi tiếp nhận***

- ***4.3.3. Liệt khu trú và giảm vận động sau NMN***

- ***4.3.4 Liên quan giữa trí nhớ và trí tuệ do nhồi máu não và trầm cảm***

- **4.3.5. LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ TÂM LÝ VÀ TRẦM CẢM SAU NHỒI MÁU NÃO**

4.3.5.1. Liên quan giữa cảm xúc và phản ứng tâm lý của người bệnh sau NMN.

- Ngay sau nhồi máu não, người bệnh có cảm xúc lo lắng là hay gặp hơn cả (49%). 34/119 (28,6%) bệnh nhân nhồi máu não có cảm xúc lo lắng bị trầm cảm vào những tháng tiếp theo, phản ứng cảm xúc này không phải là yếu tố nguy cơ của trầm cảm với $OR = 0,78 (0,45 - 1,35)$. Đây là những băn khoăn, lo lắng thông thường có thể gặp ở bất kỳ người bệnh nào khi mắc phải một bệnh lý nguy hiểm, để lại những thiếu sót về chức năng của các cơ quan bộ phận trên cơ thể. Bệnh có thể ảnh hưởng đến vai trò của mình trong gia đình, vai trò của mình trong xã hội. Có nguy cơ gây mất việc làm và thu nhập... Sự lo lắng này cũng gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của người bệnh, đồng thời ít nhiều ảnh hưởng đến sự biến đổi cảm xúc và các triệu chứng cơ thể của người bệnh.

17,7% số bệnh nhân nhồi máu não có cảm xúc không phù hợp, gần một nửa số bệnh nhân này sau đó bị trầm cảm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P = 0,007$, với nguy cơ bị trầm cảm tăng gấp 2,52 lần so với nhóm không bị phản ứng cảm xúc này ($OR = 2,52 (1,28 - 4,94)$).

Hơn 1/3 số bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện thờ ơ, lãnh đạm sau nhồi máu não (37,0%). Trong đó nhóm trầm cảm có 40,8%, nhóm không trầm cảm có 35,3%. Yếu tố nguy cơ $OR = 1,26 (0,72 - 2,2)$. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Biểu hiện thờ ơ lãnh đạm của người bệnh cũng liên quan đến tâm lý chán nản và tình trạng tinh táo của người bệnh.

Theo Simon (2005), yếu tố tâm lý có vai trò quan trọng liên quan đến trầm cảm sau nhồi máu não. Đột quỵ là một biến cố bất ngờ đối với người bệnh, là một sang chấn cả về cơ thể và tâm thần, nó xảy ra một cách cấp tính với cường độ mạnh, đến mức nó có thể đe dọa đến tính mạng của những người mắc phải. Hơn nữa, đột quỵ không chỉ là một sang chấn đột ngột, bất ngờ mà còn là một bệnh có nhiều di chứng nên gây tác động tâm lý tiêu cực tới người bệnh một cách trường diễn. Sự quan tâm chăm sóc của những người xung quanh cũng có tác động không nhỏ đến trạng thái tâm lý của người bệnh.

Người bệnh ở tình trạng mà có thể gây nên trạng thái phản ứng trầm cảm thì được xem như là nguyên nhân của trầm cảm sau NMN.

4.3.5.2. Liên quan giữa trầm cảm với sự hiểu biết và thái độ của người bệnh sau NMN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có gần một nửa số bệnh nhân nghiên cứu có hiểu biết về bệnh nhồi máu não (47,3%), nhưng người bệnh không

chấp nhận và thích ứng được với thực tế của bệnh gây ra. Chính vì vậy người bệnh thường có cảm xúc lo lắng bệnh tật từ mức nhẹ đến nặng. Đây chính là những sang chấn, những tác động tiêu cực đến tâm lý người bệnh dễ gây tâm lý dao động và là điều kiện thuận lợi hình thành trầm cảm sau này. Thật vậy, trên một nửa số những bệnh nhân nghiên cứu có trầm cảm sau nhồi máu não có suy nghĩ này (57,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,036$, $OR = 1,74(1,009-3,005)$. Như vậy bệnh nhân hiểu biết về tình trạng sức khỏe nhưng không chấp nhận được tế có nguy cơ bị trầm cảm tăng 1,74 lần. Nhìn nhận vấn đề một cách bi quan cũng có liên quan đến trầm cảm sau nhồi máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19 bệnh nhân nhìn nhận NMN một cách bi quan (7,8%), họ cho rằng nhồi máu não là dấu chấm hết cho tương lai và 12/19, (63,1%) người có suy nghĩ đó sau này tiến triển thành trầm cảm sau nhồi máu não. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P = 0,004$ và $OR = 4,29(1,61-11,38)$, có nghĩa là những người có nhận thức tiêu cực về nhồi máu não có nguy cơ bị trầm cảm tăng gấp 4,29 lần.

4.3.5.3. Môi liên quan giữa trầm cảm và thái độ của gia đình

Trên 2/3 số đối tượng nghiên cứu đều cảm nhận thấy sự quan tâm chăm sóc của các thành viên gia đình cũng như những người xung quanh dành cho mình. Tỷ lệ giữa hai nhóm trầm cảm và không trầm cảm khác nhau rất ít (75,0% so với 66,5%) và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. Mọi tương quan OR không có ý nghĩa giữa các biến số về thái độ của gia đình với trầm cảm. Rất ít số người bệnh không nhận được sự quan tâm chăm sóc của người thân và những người xung quanh. Sự quan tâm qua loa không chu đáo của người thân và những người xung quanh sẽ làm bệnh nhân cảm thấy mình bị bỏ rơi, bị cô lập và lãng quên khỏi gia đình và xã hội. Trên thực tế, thể hiện sự quan tâm chăm sóc cũng như thái độ tiếp nhận của người bệnh đối với sự quan tâm chăm sóc của những người xung quanh là rất khác nhau giữa những nền văn hóa, giữa các quốc gia và vùng dân cư khác nhau.

4.3.6. MÔI LIÊN QUAN GIỮA TRẦM CẢM VÀ VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG NÃO

- So sánh tỷ lệ trầm cảm giữa nhóm bị nhồi máu não bán cầu não trái và bán cầu não phải trong nghiên cứu của chúng tôi thấy trầm cảm do tổn thương bán cầu bên trái cao hơn trầm cảm ở nhóm tổn thương bán cầu não phải (46,75% so với 30,63%), với CI 95% nhưng yếu tố nguy cơ chưa ý nghĩa thống kê với $OR = 1,052(0,61 - 1,81)$.

- Theo nhiều nghiên cứu thì vai trò của vị trí tổn thương có liên quan đến trầm cảm sau nhồi máu não hay không là vấn đề còn gây nhiều tranh cãi. Tranh cãi nhiều nhất liên quan tới vai trò của tổn thương vùng trước của bán cầu não phải với trầm cảm sau nhồi máu não. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi đã đề cập đến vấn đề có sự liên quan hay không giữa vị trí tổn thương não và trầm cảm.

4.3.6.1. Liên quan giữa trầm cảm và NMN thùy trán trái

- $OR = 1,890 (0,558 < OR < 6,396)$

4.3.6.2. Liên quan giữa trầm cảm và NMN thùy thái dương trái

- Tính mỗi nguy cơ OR được CI 95%, $OR = 1,236 (0,577 < OR < 2,649)$

4.3.6.3. Liên quan giữa trầm cảm và NMN thùy trán phải

- Kết quả cho thấy với $P = 0,048$ thì tỷ lệ trầm cảm trong những người tổn thương thùy trán phải cao hơn tỷ lệ không trầm cảm là có ý nghĩa thống kê. Tính mỗi nguy cơ OR ta được $OR = 3,287 (CI\ 95\%,\ 1,008 < OR < 10,715)$. Như vậy, tổn thương thùy trán phải làm tăng nguy cơ bị trầm cảm lên 3,287 lần

4.3.6.4. Liên quan giữa trầm cảm và NMN thùy thái dương phải

- Tính mỗi nguy cơ OR được CI 95%, $OR = 0,805 (0,379 < OR < 1,712)$

4.3.6.5. Liên quan giữa trầm cảm và NMN vùng đồi thị

$OR = 0,38 (0,12 < OR < 1,134, P=0,14)$

Kết quả nghiên cứu về mối liên quan giữa vị trí tổn thương của nhồi máu não và trầm cảm cho thấy tổn thương ở vùng thùy trán phải là có liên quan với mức nguy cơ gây trầm cảm gấp 3,287 lần. Còn tổn thương ở các vùng khác không liên quan với trầm cảm.

4.3.7. CÁC BỆNH ĐỒNG DIỄN

- Kết quả cho thấy, sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa nhóm có tăng huyết áp và không tăng huyết áp là không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$, và tăng huyết áp không phải là nguy cơ của trầm cảm sau nhồi máu não với CI 95% thì $OR = 1,654 (0,948 < OR < 2,884)$.

4.3.7.2. Liên quan giữa trầm cảm sau nhồi máu não và đái tháo đường.

- Nhiều tác giả đều cho rằng trầm cảm là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, khoảng 1/3 số bệnh nhân đái tháo đường có trầm cảm. Như vậy, đái tháo đường là một nguy cơ lớn của trầm cảm sau đái tháo đường. Mà Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm ngày càng gặp nhiều, nhất là ở những

người lớn tuổi. Và đái tháo đường cũng là yếu tố thuận lợi của nhồi máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy, nhóm bệnh nhân có đái tháo đường có nguy cơ bị đái tháo đường cao gấp 2,655 lần so với nhóm nhồi máu não không bị đái tháo đường $OR = 2,655 (1,345 < OR < 5,238)$.

KẾT LUẬN

Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả và phân tích từng trường hợp trên 243 bệnh nhân nhồi máu não và theo dõi trong thời gian 6 tháng kể từ khi trầm cảm, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở bệnh nhân sau nhồi máu não

- Tỷ lệ trầm cảm trong số bệnh nhân nhồi máu não là 31,3%. Trong đó có 78,9% là trầm cảm điển hình, có 5,3% bệnh nhân biểu hiện bằng giả mất trí do trầm cảm.
- Triệu chứng khởi phát gặp với tỷ lệ cao là sự buồn chán và rối loạn giấc ngủ (100%).
- Các triệu chứng ở thời kỳ toàn phát, các triệu chứng đặc trưng và phổ biến của trầm cảm không nhiều và phổ biến như trong trầm cảm nội sinh:
 - Khí sắc trầm 86,8%, mất mọi quan tâm thích thú 65,8%, giảm năng lượng 60,5%
 - Giảm tập trung chú ý 68,4%, giảm tính tự trọng và tự tin 57,9%, bi quan về tương lai 55,3%, ý tưởng bị tội 25%...

Các triệu chứng không điển hình và đặc trưng cho trầm cảm sau nhồi máu não đó là: Khí sắc thay đổi một cách đột ngột (35,5%). Giảm vận động một cách khác thường (44,7%). Dễ kích thích, tính cách không ổn định (48,7%)

- Đặc biệt với những bệnh nhân giả mất trí với biểu hiện như khả năng nhận thức giảm nhanh chóng, tốc độ tư duy suy giảm đột ngột và cấp diễn khả năng tập trung chú ý cũng giảm đột ngột làm bệnh nhân thường có trạng thái bàng hoàng ngơ ngác.
- Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm sau nhồi máu não là những triệu chứng chủ yếu và phổ biến của trầm cảm, 100% bệnh nhân nghiên cứu có các triệu chứng cơ thể.
- Triệu chứng lo âu chiếm tỷ lệ cao (80,3%)
- **Các yếu tố liên quan**
- Những phản ứng cảm xúc của người bệnh sau khi bị nhồi máu não có liên quan đến sự xuất hiện trầm cảm như: Cảm xúc ức chế làm tăng nguy

cơ bị trầm cảm 2,43 lần ($1,26 < OR = 2,43 < 4,67$, $P = 0,008$), cảm xúc không phù hợp cũng làm tăng nguy cơ bị trầm cảm sau nhồi máu não 2,52 lần ($1,28 < OR = 2,52 < 4,94$)

- Thái độ và hiểu biết của người bệnh về tình trạng nhồi máu não cũng liên quan đến sự xuất hiện trầm cảm sau nhồi máu não. Những bệnh nhân tuy có hiểu biết về nhồi máu não nhưng không chấp nhận được thực trạng bệnh lý của mình có nguy cơ bị trầm cảm tăng gấp 1,74 lần và những người nhìn nhận và đánh giá quá trầm trọng cho rằng nhồi máu não là bệnh tối tệ, là dấu chấm hết cho tương lai cũng làm nguy cơ mắc trầm cảm lên 4,29 lần. Ngược lại, những người cũng nhìn nhận bệnh nhồi máu não là bệnh nặng nhưng có nhiều hy vọng trong điều trị thì ít nguy cơ bị trầm cảm ($OR=0,15$).
- Tổn thương nhồi máu não thùy trán phải có liên quan với trầm cảm sau nhồi máu não. Những bệnh nhân bị nhồi máu não vùng này có nguy cơ bị trầm cảm gấp 3,287 lần so với các bệnh nhân bị tổn thương vùng khác của não.
- Bệnh đồng diễn: Đái tháo đường là bệnh đồng diễn làm tăng nguy cơ bị trầm cảm sau nhồi máu não lên 2,655 lần.

KIẾN NGHỊ

- Trầm cảm sau nhồi máu não là một rối loạn thường gặp, nhưng các bác sỹ đa khoa nói chung và bác sỹ chuyên khoa Tâm thần nói riêng còn chưa có nhận thức đầy đủ về hiện trạng này. Do vậy, rất cần đưa vào chương trình giảng dạy cho các bác sỹ đa khoa, chuyên khoa Thần kinh, Phục hồi chức năng và các chuyên khoa khác có liên quan. Cần phổ biến kiến thức về bệnh này trên các phương tiện truyền thông để bệnh nhân, gia đình và nhân dân hiểu biết rõ hơn về bệnh, giúp cho việc phát hiện bệnh sớm, can thiệp điều trị đúng và kịp thời.

INTRODUCTION

Ischemic stroke is one of the most common diseases and causes of mortality or disability caused to the survivors after recovering from a ischemic stroke. Worldwide, the rate of ischemic stroke is approximate 1.3% (Bamford, Le Duc Hinh), the number of new patients is 22/100.000 persons/year. Vietnam is a developing country with the increasingly-high population of elderly people and the number of people with ischemic stroke is also increased continuously.

Ischemic stroke usually occurs suddenly and heavily with focal neurological symptoms, disorders of consciousness and is the cause resulting in high mortality rate. If the patient can recover after the acute episode, it is usually resulted in many physical, mental sequelae and the lower quality of life as well as the working ability

of the patients. Among the mental disorders after ischemic stroke, depression is one of the common manifestations. The rate of depression is commonly occurred to one third of people after ischemic stroke. This is not only a result of brain injury and dysfunction, but also as a result of psychological responses again a serious illness, many squeals, and patients are at risk of having the personnel position changed in their job, family and society. Depression can occur even in the acute stage or in the recovery episode. The clinical symptoms of depression may be a major depression or minor depression, and clinical symptoms of the depression are overlapped or obscured by the mental disorder with the anonymous damage to brain function area. According to Linda's. William (2004), if depression after ischemic stroke is not detected and treated promptly, it will not only affect the ability to restore function and quality of work and quality of life but also increase the risk of death for these patients [3].

Therefore, understanding the clinical symptoms of the depression ischemic stroke will help the doctors to identify early signs of depression, help the patients to have early interventions to be treated properly and promptly. It has important meaning in care and rehabilitation for the patients after suffering from a ischemic stroke.

1. Objectives of the study

1.1 Description of the clinical symptoms of depression in the patients after ischemic stroke.

1.2 Study some factors relating to depression in the patients after ischemic stroke

2. Layout of the thesis

- The main contents of the thesis include 133 pages with 27 tables, 3 diagrams, 16 maps and 117 references which are presented as follows: 02 pages of Introduction, 42 page of Overview, 13 page of Subjects and Methodology of the study, 33 pages of the result, 42 pages of discussions, 3 pages of conclusions and recommendations.
- References include 117 documents in which the majorities are new publications in the last 10 years.
- Appendices include: the list of patients, clinical records, psychological tests

3. Scientific contributions and practical values of the thesis

The research on the clinical symptoms of the depression after ischemic stroke in the Vietnamese population, the rate of depression after ischemic stroke, the different features between depression after ischemic stroke and other depression, depression in other chronic diseases is the new contribution to the clinical practice of the mental health and other specialist.

Identify some factors relating to the depression after ischemic stroke as well as new contributions of the thesis, support the doctors to identity the risks factors of depression in ischemic stroke patients.

HAPTER 1 OVERVIEW

1.1 ISCHEMIC STROKE

Definition

Ischemic stroke is pathological processes in which the cerebral arteries are narrowed or clogged, the blood flow in that area fell severely and the brain functions in such area is disorder.

Ischemic stroke usually occurs suddenly with deficiencies of nerve function, usually confined than spreaded, and the patient can survive more than 24 hours or die within 24 hours. The clinical and test examinations exclude the reasons due to injury. For the accurate diagnosis of ischemic stroke, it is necessary to base on the time of occurring symptoms, focal neurological signs, subclinical signs and autopsy.

Ischemic stroke has the higher risk of mortality or sequelae, including impacts on the physical and mental health. Among the mental disabilities, depression is a very common disorder.

1.2 Depressive disorder

1.2.1 History and classification of depression

Melancholia is the term used for the first time in the humeral theory of Hippocrates (460-377 BC). In 1686, Bonet described it as a form of mental illness called Maniaco - Melancolicus

By 1992, depression is classified by ICD10 and ranked in the following categories:

- + F06.32: Organic depressive disorder.
- + F31.2, F31.3, F31.4: The episode depression in bipolar affective disorder
- + F32: Depression episode
- + F33: Recurrent depression disorder
- + F41.2: The mixture of anxiety and depressive disorder
- + F43.20 and F43.21: depression in the adaption disorder
- + F20.4: Post-schizophrenic depression

1.2.2 Causes and mechanism for the pathogenesis of the depression

1.2.2.1 Psychogenic causes

1.2.2.2 Depression due to such causes as disease, disorder or regress by using mental inhibition medicines

1.2.2.3 Endogenous depression

A. Genetics

B. Abnormalities in neurotransmitters (brain chemistry)

C. Inner causes

1.2.3 Clinical symptoms and diagnosis of depressive disorder (ICD-10)

1.3. DEPRESSION AFTER ISCHEMIC STROKE

1.3.1 Studies on depression after Ischemic stroke

Most studies have shown that those who survive after a stroke shall suffer from depression more than other people of the same age groups.

Hackett and Anderson (2005) reviewed the studies on depression after stroke and found that the estimated rate of patients with depression after Ischemic stroke is various depending on the diagnostic tools applied. However, the summary on the cross-sectional studies showed that one third of the patients who survive after a Ischemic stroke will suffer from the depression..

1.3.2 Causes

1.3.2.1 Psychological factors

Ischemic stroke in particular and stroke in general is the most stressful experience to the patients. This is not only a serious disease with many sequelae and risks of disability but also put the patients at the danger of having changes in jobs and position in the family and society, having independence or the life quality reduced. Therefore, after suffering from a Ischemic stroke, the patient will have many negative thoughts such as: everything ends now, he become helpless to my family and the society, he am just the burden to everyone and he am afraid that he will receive no care from no one etc.

Later, the patient may face to loss job and unstable financial situation, changed position in the family and society. The patients will easily have the feeling of being useless because of unrecoverable deficiencies, physical and mental sequelae.

1.3.2.2 Organic factors

For a long time, the researchers were studying to find the answers to the question “how important is the brain damage on the depression after Ischemic stroke?”. The authors all recognized that the depression after Ischemic stroke is common, but not timely treated because it fails to recognize and record it as a result of a stroke. The most common assumption of previous studies is that the damage of left brain has related to the depression. Today, with the magnetic resonance image (MRI) and modern technologies with higher sensitivity, these questions are further studied.

1.3.3 The clinical features of depression after Ischemic stroke

The clinical picture of depression after Ischemic stroke may be a major or minor depression with many symptoms which are mixed between the depression symptoms and physical symptoms. Sometimes, it is very difficult to clarify clearly. The clinical picture of depression is also hidden and mixed with the cognitive impairment. For the patients with the severe cognitive dysfunction and awareness disorder, the patients may have the symptoms of the depression but not satisfied enough for diagnosing a complete depression episode.

Depression after Ischemic stroke has some forms as follows:

1.3.3.1 Major depression

Patients with major symptoms such as suppressed emotions suppressed thinking, suppressed movement or the major symptoms is described by ICD-10 consisting of three main symptoms and 7 popular symptoms.

1.3.3.2 Minor depression

- Besides the minor clinical symptoms as mentioned above, minor depression has the symptoms of irritability, complaining about physical symptoms, irritability, decreased communication, eating more, sleeping much etc. About one third of the patients with depression after Ischemic stroke have the minor depression symptoms.

Among the patients with Ischemic stroke, the minor depression as described above is due to the symptoms of Ischemic stroke, psychosomatic disorder such as irritability, cognitive impairment, and mixed memory disorders. At the same time, the majority of the patients with depression after Ischemic stroke have the similar symptoms as the depression of the elderly and depression due to psychological causes and psychosomatic depression etc.

1.3.4 Some factors relating to depression after Ischemic stroke

The patients with Ischemic stroke are often the elderly, In addition to the psychological factors and the brain damage location as mentioned above, these patients also have other factors relating to depression in this age group such as: ensemble disease, cognitive impairment, economic conditions etc.

CHAPTER 2

SUBJECTS AND METHODOLOGY

2.1 STUDY SUBJECTS

The study was done on all patients with first Ischemic stroke get in the Department of Neurology, Department of Traditional Medicine, and National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from 1/1/2010 to 31/12/2012. There are 243 patients, of which 189 patients were treated at Department of Neurology, 44 patients treated at the Department of Traditional medicine and 10 patients treated at National Institute of Mental Health. There are the patients with the depression symptoms as standard by ICD10.

2.1.1 Criteria for selecting patients for the study

* Patients with Ischemic stroke as diagnosed by a neurological specialist in accordance with the criteria

* Depression

Depression was diagnosed according to the depression standard of ICD-10 by the psychiatrists. There are 3 typical symptoms and 7 common symptoms. These symptoms must be last for at least 2 weeks

2.1.2. Exclusion criteria:

The patient with heavy sense of disorder and unrecoverable, inaccessible

The patient with repeated Ischemic stroke

The patient with serious dementia

The patients with aphasia cause limitation in describing symptoms

The patients with paralysis of the larynx, severe quadriplegic limit the communication and follow-up ability

Patients with a history of psychiatric disorder before the Ischemic stroke

The patient without MRI image of the brain

The patient without sufficient participation time to the study

2.2 THE METHODOLOGY

2.2.1 Sample size

The sample size is calculated in accordance with the formula “estimated rate in the complex”

$p = 0.33$ is the proportion of patients with depression after Ischemic stroke, $\alpha: 0.05$ is the level of statistical significance. $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: 1.96 is the z value obtained from Z table with $\alpha = 0.05$. Δ : is the deviation between desired rate obtained from our study sample and ratio $p = 0.33$ of the combination of the previous studies. We choose $\Delta = 0.15$. Replace the numbers into the formula; we must study on at the minimum 38 patients of depression.

2.2.2 Study Design

Using the method with the longitudinal follow-up. The patients who meet the criteria for selection and exclusion criteria as mentioned above will be included in the study group. Each patient was studied for 06 months after the date of having Ischemic stroke to evaluate:

- + Progression of Ischemic stroke
- + Find out the depression after Ischemic stroke by using the diagnostic tool "Beck shortened".

The study on depression after Ischemic stroke:

Study on the depression after Ischemic stroke using the descriptive and analysis method.

- **Descriptive method**

- + General characteristics of the study subjects such as age, sex, economic condition, occupation, social status etc.
- + The clinical features of Ischemic stroke and brain injury level on CT, MRI of the brain.
- + The clinical features of depression

- **Analysis method**

Analyzing the relationship between the occurrence of depression and psychogenic factors of the patients, location and extent of brain damage, analyzing the relation of Ischemic stroke of infarct-related affect clinical manifestations of depression. Analysis of the effects of depression appears to prognosis and progression of Ischemic stroke on the clinical symptoms of the depression. Analyzing the occurrence of the depression on the prognosis and progression of Ischemic stroke

2.2.3 Study steps

2.2.3.1 Preparation steps

The tools used for the study are as follows:

- Short-form evaluation scores of Beck
- The detailed hospital record suitable with the study objectives

2.2.3.2 The method for detecting depression

*** The inpatients**

To ensure the objectivity and science requirements: the psychiatry consultation board is invited to carry out the diagnosis and give advices on the treatments.

*** The outpatients**

Depression is monitored and detected by two steps:

- **Filtering step**: the patients with Ischemic stroke are interviewed by the study team. We use the "short-form questionnaire of Beck" to filter and detect the patients with the depression symptoms (The study team includes: treatment doctors, researchers and two sixth years' students of Hanoi Medical University).

- **Depression diagnosis**: When filtering, the patients with the depression symptoms shall be introduced to the researchers and the psychiatrists for examination to diagnose. Whether this patient is suffering from a depression or not (basing on the diagnosis criteria of ICD 10)

2.2.4. ANALYSIS DATA

- After collected, the data shall be Analyzed by SPSS statistics software

- Analyze the descriptions, calculate the frequency of the symptoms, compare with the average values at different periods, calculate value P and then calculate the relation of RR and calculate OR.

CHAPTER 3 RESEARCH RESULTS

3.1. GENERAL INFORMATION

Table 3.1: Average age of research group

Group	n	Average age	SD	Lowest age	Highest age
Nondepressive	167	64.29	11.775	35	90
Depressive	76	63.42	10.395	40	86
Average for research group	243	64.02	11.347	35	90

In the research group, 35 years old are the lowest and persons with the highest age are 90. Average age is 64.02 ± 11.347 .

Chart 3.1: Distribution under age group

Patients with Ischemic stroke in age from 60-69 represent the highest rate (78 patients) and depressed rate at this age group also represents the highest rate (25 patients), and followed by the age group from 70-79 with 65 patients.

Table 3.2: Distribution on sex of the research group

Sex		n	Rate %
	Male	149	61.3
Female	94	38.7	
Total		243	100.0

In the research group, numbers of Ischemic stroke male patients (61.3%) are more than nearly double of Ischemic stroke female patients (38.7%).

Table 3.3: Qualification

Qualification		n	Rate %
	Illiterate	2	0.8
Primary School	37	15.2	
Secondary School	129	53.1	
High School	75	30.9	
Total		243	100

The group with secondary school qualification represents more than half of the research objects; the high school group represents approximately 1/3.

3.2. CLINICAL FEATURES

Table 3.4: Depressed rate after the ischemic stroke

Sex	Group	Male		Female		Total		P
		n=149	%	n=94	%	n=243	%	
Depressive group		46	30.9	30	31.9	76	31.3	>0.05
Nondepressive group		103	69.1	64	68.1	167	68.7	
Total		149	100.0	94	100.0	243	100.0	

There are 76 depressed patients, representing 31.3%. Depression rate at male patients is 30.9%, not different from one at female patients (31.9%).

1st month 2nd month 3rd month 4th month 5th month 6th month

Chart 3.2: Time of depression onset

The depression onset mostly in the third month after Ischemic stroke (21 patients) and the second month (20 persons)

Chart 3.3: Clinical state of depression

Table 3.5: Typical symptoms of depression after Ischemic stroke when found out

Symptoms	n = 76	Rate %
Depressed mood	66	86.8
Loss of interest and enjoyment	50	65.8
Reduced energy leading to increased fatigability and diminished activity	46	60.5

- 86.8% depressed mood, lost interest, representing 65.8%, energy reduction results, representing the lowest rate of typical symptoms of depreciation (60.5%).

Table 3.6: Features of common symptoms of depression after Ischemic stroke when found out

Symptoms	n = 76	Rate %	
Reduced concentration and attention	52	68.4	
Reduced self-esteem and self-confidence	44	57.9	
Idea of guilt and unworthiness (even in mild type of episode)	19	25.0	
Bleak and pessimistic views of the future	42	55.3	
Idea of self-harm or suicide	2	2.6	
Acts of self-harm or suicide	1	1.3	
Disturbed sleep	Insomnia, difficulty falling in sleep	75	98.7
	Early waking up and unable to sleep again	70	92.1
Diminished appetite	49	64.5	

- Among the popular symptoms of depression, disturbed sleep is more popular, in which the insomnia at early sleep, difficulty falling in sleep represent rate of 98.7%, insomnia at late sleep and wake up at many time at night represent rate of 92.1%.

Table 3.7: Some other features of depression after Ischemic stroke when found out

Symptoms	Total	Rate %
Sad, disgusted	72	94.7
Reduced movement	47	61.8
Anxiety , Akathisia	61	80.3
Physical symptoms: cardiovascular, gastrointestinal, ...	76	100.0
Suddenly, fast cognitive impairment (pseudo dementia)	4	5.3

- Sad, disgusted symptoms represent 94.7% of research patients

Table 3.8: Other signs of depression after Ischemic stroke

Symptoms	Total	
	n = 76	%
Sudden, fast reduced complexion	27	35.5
Abnormal reduced movement which may be easily realized by relatives	34	44.7
Reduced language, patients have less complaints	30	39.5
Easy to excite, unstable	36	47.4
Change in personality: more prissy	37	48.7
Increase in pain feeling, more and clearer pain symptoms	30	39.5
Eating disorder	13	17.1

35.5% patients have suddenly, fast changed mood in comparison with common depression.

Line Chart 3.1: Progress characteristics of sad, disgusted signs

- Until the third month, only 7 patients (9.2%) have unchanged signs. Most remainders are better or stopped sad, disgusted states (18.4%). Sadness, digestedness is fast settled after 6 months (94.7%).

Line Chart 3.2: Progress characteristics of complexion signs

- 93.4% depressed patients have reduced complexion.
- After one month, 36.8% symptoms are better.
- After 3 months, appropriate 3/4 these symptoms are improved under treatment.
- And 70/71 patients are completely improved on complexion signs after 6 months.

Line Chart 3.3: Progress characteristics of “loss of interesting” signs

After the 2nd month, this sign is improved at many depressed patients (64.5%) and until the 5th month, 6th month, this sign is better and recovered at most patients.

Line chart 3.4: Progress characteristics of “energy reduction, easy tiredness” symptom

- When onset, there are only 65.8%, this symptom gradually increases and at the highest level after 3 months (81.6%). After the second month of depression, the sign of “energy reduction, easy tiredness” is better and only after the third month, patients with this symptom are significantly improved (63.2% better and 9.2% recovered).

Line chart 3.5: Progress characteristics of “Reduced concentration and attention” symptom

- Numbers of symptoms increase and highest in the 4th month from depression onset (80.3%). Subsidence is slow. Up to the 6th month, most patients are distinctly improved.

Line chart 3.6: Progress characteristics of “Reduced self-esteem and self-confidence”
Reduced self-esteem and self-confidence signs are highest level at the third month (77.6%).

Line chart 3.7: Progress characteristics of “reduced movement or loss” symptom

There are 61.8% at the time found out and then increase up to 69.7% after 1 month and 80.3% at the 2nd month, but fast better.

Line chart 3.8: Progress characteristics of “Idea of guilt and unworthiness”

- There are 30.3% of patients with Idea of guilt and unworthiness.
- Symptoms are fast improved, after 3 months, most patients have no this idea.

Line chart 3.9: Progress characteristics of “Disturbed sleep” symptom

- Disturbed sleep appears at 100% of the research patients
- After 4 months, over 50% of patients are completed recovered for sleep
- After 6 months, there are still 2 cases of disturbed sleep

Line chart 3.10: Progress characteristics of “anxious, akathisia”

At beginning of depression, 82.9% of depressed patients are anxious; these symptoms are fast subsided within 3 first months under treatment.

Line chart 3.11: Progress characteristics of “abnormal movement reduction” (atypical depression symptom)

- 39.5% of the research patients have atypical depression symptoms by “abnormal movement reduction”. This symptom is fast improved after 1 month.
-

Line chart 3.12: Progress characteristics of “fast, suddenly reduced complexion”

34.2% of the research patients have atypical depression symptom by “fast, suddenly reduced complexion”. This symptom fast develops, after 3 months; most patient numbers have improved symptoms.

Line chart 3.13: Progress characteristics of “language reduction, less complaint” symptom

38.2% of the research patients have atypical depression symptom by “fast language reduction, less complaint”. This symptom is better after 2 months.

Line chart 3.14: Characteristics: “easily excited, unstable feeling”

- 47.4% of the research patients have atypical depression symptom by “easily excited, unstable feeling”. This symptom is fast improved after 2 months.

Line chart 3.15: Progress characteristics of “suddenly changed personality: more prissy”

In the depressed group, 46.1% of the research patients have atypical depression symptoms by “suddenly changed personality”. This symptom is fast improved after 1 month, especially after 3 months. After 6 months, nearly all symptoms are improved.

Line chart 3.16: Progress characteristics of “increased pain feeling” symptom

- In the research group, 27.6% of the research patients have atypical depression symptom by “increased pain feeling”. This symptom is better after 2 months.

Table 3.9: Progress characteristics of depression expressed by pseudo-dementia (n=4)

Pseudodementia symptom	After 1 month		After 2 months		After 3 months		After 4 months		After 4 months		After 6 months	
	Better	Recover	Better	Recover	Better	Recover	Better	Recover	Better	Recover	Better	Recover
Cognitive impairment	3	1	0	4		4		4		4		4
Reduced thought speed	3	1	0	4		4		4		4		4
Suddenly, distinctly reduced concentration and attention	2	2	0	4		4		4		4		4
Serious reduced movement	3	1	0	4		4		4		4		4
Petrification state	2	1	0	4		4		4		4		4

There are 4 patients with symptoms by pseudo-dementia; these symptoms are fast improved at the first month of onset.

Table 3.10: Beck scale scoring of depressed group

Depression level under Beck scale	Found depression		After 1 month		After 2 months		After 3 months		After 4 months		After 4 months		After 6 months	
	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%	n=76	%
Nondepressed	10	13.2	15	19.7	15	19.7	19	25.0	36	47.4	49	64.4	75	98.7
Light depression	23	30.3	13	17.1	24	31.6	39	51.3	32	42.1	27	35.5	1	1.3
Medium depression	30	39.5	33	43.4	28	36.8	16	21.1	7	9.2	0	0.0	0	0.0
Serious depression	13	17.1	15	19.7	9	11.8	2	2.6	1	1.3	0	0.0	0	0.0
Total	76	100.0	76	100.0	76	100.0	76	100.0	76	100.0	76	100.0	76	100.0

The medium depressed level represents the highest rate of 39.5%, light depressed: 30.3%. 10 cases with Beck score are normal but are still depression such as pseudo-dementia, atypical depression.

Table 3.11: Effect of Ischemic stroke on daily activities

Activities after Ischemic stroke	Depressed		No depressed		Total		P
	n = 76	%	n=167	%	n=243	%	
Inability for self-service, need in server	30	39.5	55	32.9	85	35.0	>0.05

Ability for self-service	37	48.7	70	41.9	107	42.3
Self-service and able to work simple works	9	11.8	42	25.1	51	22.7

3.3. RELATED FACTORS

Table 3.12: Relation between depression and gender

	Male	Female	Total	CI 95%
Depressed	46	30	76	OR = 0.953
Non-depressed	103	64	167	(0.547 <OR< 1.661)
Total	149	94	243	

Gender is related to formation of depression after the Ischemic stroke with OR = 0.953

Table 3.13: Relation between consciousness of patients and depression

consciousness	Depression				Total		P
	Yes		No		n	%	
	n	%	n	o/ /o			
Serious disorder	1	1.3	2	1.2	3	1.2	>0.05
Able to contact	28	36.8	55	32.9	83	34.2	
Sound mind but slow	9	11.8	19	13.4	28	11.5	
Complete sound mind	38	50.0	91	54.5	129	53.1	
Total	76	100	167	100	243	100	

Most patients have good state of consciousness after Ischemic stroke. 3 cases have serious consciousness disorder after Ischemic stroke, but these cases gradually improved at next month's, thus still admitted to the research. Difference between groups has not statistical significance with $P > 0.05$.

Table 3.14: Relation between cranial nerve paralytic and depression

Cranial nerve paralytic	Depression				Total		P
	Yes		No		n	%	
	n	%	n	%			
Paralyzed	49	30.4	112	69.6	161	100	P> 0.05 OR=0.89(0.5-1.58)
Non-paralyzed	27	32.9	55	67.1	82	100	
Total	76	31.3	167	68.7	243	100	

69.6% of patients have cranial nerve paralytic when suffering from Ischemic stroke, in which, 30.4% of depression. 32.9% of non-paralyzed patients but depressed. Paralytic is not enough to be factor related to depression with OR = 0.89.

Table 3.15: Relation between hemiplegic and depression

Hemiplegic	Depression	Total	P
------------	------------	-------	---

	Yes		No		n	%	CI95%
	n	%	n	%			
Right hemiplegic	34	44.7	80	47.9	114	46.9	P=0.65 OR= 0.88(0.51-1.52)
Left hemiplegic	25	32.9	67	40.1	92	37.9	P = 0.28 OR = 0.73 (0.41 -1.29)
Non- paralysed	17	22.4	20	12.0	37	15.2	P = 0.04 OR = 2.12(1.04 -4.32)
Total	76	100	167	100	243	100	

- Depressed group has 77.6% and non-depressed group has 88% of hemiplegic.

Table 3.16: Relation between emotion of patients after Ischemic stroke and depression

Emotion after Ischemic stroke		Depressed		Non-depressed		Total		P
		n=76	%	11=167	%	n = 243	%	
Anxious	Yes	34	44.7	85	50.9	119	49.0	P 0.05 OR = 0.78 (0.45-1.35)
	No	42	55.3	82	48.1	124	51.0	
Pleasant	Yes	1	1.3	2	1.2	3	1.2	P >0.05 OR= 1.1 (0.1-12.32)
	No	75	98.7	165	98.8	240	98.8	
Unmindful	Yes	31	40.8	59	35.3	90	37.0	P >0.05 OR = 1.26 (0.72-2.2)
	No	45	59.2	108	64.7	153	63.0	
Unsuitable	Yes	21	27.6	22	13.2	43	17.7	P = 0.007 OR = 2.52 (1.28-4.94)
	No	55	82.4	145	86.8	200	82.3	

17.7% of numbers of Ischemic stroke patients have unsuitable emotion; nearly half of these patients are depressed. With $P = 0.007$ threatening depression with $OR = 2.52$ (1.28-4.94).

Table 3.17: Relation between memory after Ischemic stroke and depression

Memory disorder	Depressed		Non-depressed		Total		P
	n = 76	%	n =167	%	n =243	%	
Short-term memory loss	63	82.9	132	79.0	195	80.3	P= 0.43 OR= 1.28(0.64-2.6)
Complete loss	4	5.3	5	3.0	9	3.7	P= 0.39 OR= 1.8(0.47-6.9)
Non-disorder	9	11.8	30	28.0	39	16.0	P=0.23 OR=0.6 (0.28-1.36)

Memory loss is not a factor threatening depression. Difference in memory loss between two depressed and non-depressed groups is insignificant with $P > 0.05$.

Table 3.18: Relation between knowledge and attitude of patients on stroke and depression

Knowledge and attitude	Depressed		Non-depressed		Total		P
	n = 76	%	n=167	%	n=243	%	
Understand, accept the fact	15	19.7	36	21.6	51	21.0	P >0.05 OR=0.89(0.46-1.76)

Understand, not accept	44	57.9	72	43.1	116	47.3	P=0.036 OR=1.74(1.009-3.005)
Not know about stroke and think that it is easy to overcome	3	4.0	26	15.6	29	11.9	<i>P=0.017</i> <i>OR=0.22(0.07-0.76)</i>
Consider the stroke as the end	12	15.8	7	2.6	19	7.8	P=0.004 OR=4.29 (1.6-11.4)
Consider the stroke as serious disease but still hope	2	2.6	25	15.1	27	11.0	<i>P=0.01</i> <i>OR=0.15(0.04-0.67)</i>
Total	76	100	167	100	243	100	

Nearly half of patients have knowledge on stroke but not accept and adapt to the fact of disease (47.3%), in which the depressed group is 57.9% compared to 43.1% of non-depressed group, *statistic difference with $P < 0.036$, then threatening factor is = 1.74 (1.009-3.005)*.

19 patients (7.8%), they think that the ischemic stroke is an end dot for their future and 12/19 (63.1%) patients with such thought after that become depression after the stroke. *Statistic difference with $P = 0.004$ and $OR = 4.29 (1.61-11.38)$, means that persons with negative understand on stroke have risks of depression up by 4.29 times.*

Table 3.19: Relation between feeling of patients on attitude and consideration, care of their families for them and depression

Group	Depressed		Non-depressed		Total		p CI 95%
	n=76	%	n=167	%	n = 243	%	
Family's attitude							
Consideration, care	57	75.0	111	66.5	168	69.1	P - 0.18 OR=1.51(0.82-2.79)
Normal	18	23.7	50	29.9	68	28.0	P = 0.31 OR=0.73(0.39-1.36)
No consideration, care	1	1.3	6	3.6	7	2.9	P = 0.35 OR=0.36(0.42-3.02)
Total	76	100	167	100	243	100	

- In the research group, insignificant numbers of patients don't receive consideration, care of their relatives and other persons (2.9%).

Table 3.20: Relation between risk in role change of patients and depression.

Group	Depressed		Non-depressed		Total		p CI 95%
	n = 76	%	n = 167	%	n = 243	%	
Risk							
Unchanged	39	51.3	85	50.9	124	51.0	P = 0.95 OR= 1.02(0.59-1.75)
Loss of social position	1	1.3	3	1.8	4	1.6	P = 0.79 OR=0.73(0.07-7.12)
Risk of role	26	34.2	69	41.3	95	39.1	P = 0.29

change in family							OR=0.74(0.42-1.3)
Change in both social and family roles	10	13.2	10	6.0	20	8.3	P = 0.04 OR=2.37(1.95-6.0)
Total	76	100	167	100	243	100	

13.2% of patients have change in both social and family roles, double than non-depressed group (6%). This difference has statistical significance with P = 0.04 and threatening depression with OR=2.37 (1.95-6.0).3.3.1.

Relation between brain damage location and depression

Table 3.21. Forms of brain damage locations of research group

Location	Left hemisphere		Right hemisphere		P
	n = 243	Rate %	n = 243	Rate %	
Frontal lobe	11	4.5	13	5.3	>0.05
Temporal lobe	33	13.6	49	20.2	
Occipital lobe	8	3.3	8	3.3	
Interior mantle	15	6.2	15	6.2	
Thalamus	4	1.6	15	6.2	
Lateral ventricles	20	7.9	22	9.0	
Nucleus lentiformis	25	10.3	20	8.2	
Brain stem	10	4.1	8	3.3	
Cerebellum	6	2.5	0	0.0	
Multifocal brain lesions	46		18.9		

- Ischemic stroke at temporal lobe represents the highest rate, 82 patients (33.7%).
- Cerebellum ischemic group represents insignificant rate, 6 patients (2.5%)

Table 3.22: Relation between right frontal ischemic and depression

Depression	Right frontal ischemic		Total
	No	Yes	
Non-depressed	162	5	167
Depressed	69	7	76
Total	231	12	243
OR	P=0.048 OR = 3.287 (1.008 <OR< 10.715)		

The right frontal ischemic is directly threatening to the depression

3.3.2. Depression and concomitant diseases

Table 3.23: Relation between depression and hypertension

Depression	Hypertension		Total
	Yes	No	

Depressed		48	28	76
Non-depressed		83	84	167
Total		131	112	243
Risk level	CI95%	OR = 1.735 (0.995 <OR< 3.025)		

Hypertension is not risk factor to the depression after ischemic stroke with OR = 1.735

Table 3.23: Relation between depression after ischemic stroke diabetes

Depression	Diabetes		Total
	Yes	No	
Depressed	21	55	76
Non-depressed	21	146	167
Total	42	201	243
Risk level	CI 95%	OR = 2.655 (1.345<OR<5.238)	

The diabetes is a risk factor of the depression after ischemic stroke. With P = 0.007, OR=2.655 (1.345-5.238). It means that ischemic stroke patients with combined pathological diabetes are threatening depression more 2.655 times than ischemic stroke patients without diabetes.

CHAPTER 4 DISCUSSION

By using the prospective research method, description and analysis method on 243 patients with ischemic stroke, treated at the Neurology Department, Traditional Medicine Department and Institute of Mental health - Bach Mai Hospital, we have some following comments:

4.1. GENERAL CHARACTERISTICS OF RESEARCH GROUP

4.1.1. Age

Group in age from 60-69 has the highest rate (32.1%), and following by group in age from 70-79 with 26.7%. In opinion of Le Duc Hinh, the ischemic stroke happens most in community over 50 year old. Our results have reflected duly and respectively with popularity of ischemic stroke causes.

4.1.2. Gender

In our research, numbers of ischemic stroke male patients (61.3%) are double than ischemic stroke female patients (Table 3.2).

Male patients with stroke and ischemic stroke are more than female patients, 68% of stroke patients are male. Brown C, Hasson H, Thyselius V, Almborg (2012) researched 105 patients with rate between male and female is 69/36.

4.2. CLINICAL FEATURES OF DEPRESSION AFTER ISCHEMIC STROKE

4.2.1. Frequency of Depression after ischemic stroke

Studying 243 ischemic stroke patients, we have found 76 cases of depression at various levels, representing rate of 31.3% (Table 3.4). Our results are suitable to ones of William A.L (1987), the results of ischemic stroke patients within 6 months have shown that 1/3 patients have depression signs. In a review study from 51 different researches, Maree L. Hackett and ect (2005) also found the average rate of the depression after ischemic stroke with 33.3%.

4.2.2. Rate of depression and gender.

The results in Table 3.4 show that 30.1% male patients are depressed and 31.9% female patients are depressed within 6 months from the date of ischemic stroke. Therefore, depression frequency in both male and female patients in our research group is similar.

Brittany Poynter (2009) did a review study from 56 different researches, he found 35 researches notifying that the depression after ischemic stroke in female patients was higher than one in male patients and the author concluded that the depression after ischemic stroke was popular in both two genders, but seemed rather popular in female than male.

4.2.3. Time of depression onset after ischemic stroke

Results in Diagram 2 show that the rate of newly onset depression in the second month and the third month after ischemic stroke is highest, after that newly depressed patients in next months have gradual trends.

Our results are suitable to ones of many other authors, they also find that the depression appears mostly at the acute phase, and then rehabilitation phase and lowest at the phase returning to the community.

4.2.4. Clinical form of depression after ischemic stroke:

In 243 ischemic stroke patients, we have found 60 major depressives (79%), 16 minor depressive (21%) (Diagram3). After 2-3 months, minor depressed patients have typicalized progress trend, thus, after 3 months from the date of onset, the rate of major depression is highest (97.4%). And then depression symptoms are gradually improved and recovered under effect of treatment, thus the clinical disease is clearly improved.

Our results are suitable to ones on depression after stroke of Risto Vataja and ect (2001), the author realized in his research there were 26% of major depression, 14% [46] of minor depression. Wongwandee M and CS (2012) realized that the minor depression (2.6%) was less than major depression (12.8%) [62].

4.2.5. Early symptom of depression after ischemic stroke.

In our research, we found that the complaint, tiredness is popular sign of depressed patients. According to Iboen, William, the personality of patients also plays anticipated and estimated role in the depression after ischemic stroke. In our research, when the depression onset (table 3.7), there are 94.7%, after that up to 97.4% (Line chart 1) depressed patients numbers with sad signs.

Sleep disorder is one of two earliest signs of the depression after the ischemic stroke. As showed in our research, 100% of patients have the sleep disorder; this is an early sign and makes patients have a lot of complaints (table 3.6).

4.2.6. Characteristics of depression symptoms after ischemic stroke

4.2.6.1. Special symptoms of depression

The results as showed in Table 3.5, we found that in the first time, only 86.8% of patients have depressed mood signs, 65.8% of patients have Loss of interest and enjoyment and 65.8% of patients have energy reduction leading to increased fatigability. These indexes also reflect the fact that in our research group, there are both major and minor depressions. Assessment results of depression levels show that there are 17% of serious depression and 39.5% of medium depression; remainder is light depression at the first month of depression.

Our results are quite lower than researches on endogenous depression patients, Duong Duy Dang (2010) researched seriously depressed patients and Nguyen Tam Anh (2008), researched depressed patients with psychotic symptoms, both of them found that 100% of patients had full 3 special symptoms of depression.

4.2.6.2. Popular symptoms of depression.

Reduced concentration and attention is a popular symptom of depression, our results show that 68.7% of depressed patients (table 3.6) and after 5 months of depression, these symptoms are subsided completely (Line chart 3.5).

Results in Table 3.6 show that in the depressed patient group, only 55.3% of patients have Idea of guilt and unworthiness signs.

In the depressed group, we found that 68.4% of patients have reduced concentration. 64.5% of patients have eating disorder, mainly unappetizing feeling. Very few cases have suicide and act idea. This may explain that, these patients are in progress of research, mainly the elderly, the disease relates to psychological factor and real catering factor. Thus these are special characteristics of depression after ischemic stroke. Thus, in our research group, serious depressed cases are found insignificantly. As a result, the above-mentioned research data have duly reflected real state of patients.

4.2.6.3. Physical symptoms of depression

Almost depressed patients have expression by physical symptoms (Table 3.7), physical symptoms may be self-control nervous symptoms, cardiovascular system such as tachycardia, palpitations, symptoms of gastrointestinal system, neuromuscular symptoms.

Physical symptoms expressions in research group are quite popular including: unappetizing (representing 64.5%), difficult to sleep, representing 98.7%, in which non-deeply sleep, broken sleep, early wake up and unable to sleep again represent 92.1% (Table 3.6).

When studying the depressive disorders and quality of life of patients with chronic medical diseases (renal, cardiovascular, a.), Kader (2009) found that the ratio of eating disorders is 32%, sleep disorders (trouble in falling asleep is 60% and difficult to maintaining the sleep is 56%). Such data on physical symptoms of depression in our study group is higher than those of this foreign author. This may suggest that sleep disturbance is one of the typical symptoms of depression after ischemic stroke. Chiang HH (2013) studied the rate and environment relating to depression in 270 patients with chronic renal disease who are treated in Taiwan and

found that the rate of sleep disorders was 63%, the rate of patients with weight is also high (66.13%), in which high weight loss accounts for 1/3 of the patients with depression having very low BMI, the number of patients with weight gain is low (11.48%) and it is not yet defined whether weight gain is actual or due to edema.

4.2.6.4 Atypical symptoms of depression after ischemic stroke

The results of our study also showed that, besides the typical symptoms of depression as mentioned above, the patients with depression after ischemic stroke also have some atypical signs of depression as follows.

- *Quick and sudden reduced mood*

The symptom is the quick and sudden change in the mood without waiting for 2 weeks for diagnosing the depression as ICD10; the patient's mood is changed clearly before appearing other symptoms/ the results in Table 3.8 show that 27% of the patients with depression after ischemic stroke have this symptom (accounting for 35.5%). After 1 months, there are 26 patients (34.2%) with the sign of reduced mood (Line chart 3.12). the mood of the patients changes rapidly with the progression of depression under treatment.

- *Reduction in language and less complaining abnormally*

39.5% of the patients with depression have the sign of reducing language and the patients become less talking and crying clearly (Table 3.8). This decrease is not related to the state of consciousness and new lesions in the brain or other body pathology. After a month, there are still 29 patients with this sign (38.2%), the results in line chart 3.13 also show that the patients gradually return normal in the next few months as a result of the depression treatment.

- *Abnormal reduced movement*

The patients become less movement such as lying in bed, traveling less than before. This disorder also appears abnormally without any damage or physical disease which can explain for this sign. The results in Table 3.8 show that among 76 patients with depression after ischemic stroke, there are 47 patients with reduced movement then before at different levels and in which there are 34 patients of depression have the symptoms of movement reducing abnormally. This change in movement is clear and quick which can be recognized even by the family members between today and yesterday. This symptom is also quickly improved as a result of depression treatment process.

- *The irritability, changes in personality and increase in hyperalgesia.*

48.7% of patients with depression after ischemic stroke have the symptoms of being hard to please and discomfort in the body, the patients rapidly change their demands and expectations.

Thus, the clinical picture of depression after ischemic stroke have the clinical symptoms such as sudden change in mood, movement than before, the patients become harder and easy to get angry, easy to be excited by the external impacts and increase the feeling of being hurt but the patients become less talking and complaining than before. Some patients have the disorders and changes in eating demands, i.e. sometime eat more, sometimes eat less.

The results of our study are suitable with the description of Simon Pleminger (2011) about the depression after stroke. However, the number of atypical depression symptoms we experienced are much smaller, only accounting for 15.8% compared to one third of patients with depression.

4.2.6.5. Anxiety in the patients with depression after ischemic stroke

In our study, the rate of patients with anxiety was 80.3%. The results of our study are consistent with the results of Kootker J.A et al (2012) Post-Stroke Depression with or without Anxiety (PSDA) is a common disorder in the chronic phase of stroke. PSDA has negative impact in reintegrating into society and quality of life of patients.

Lassalle - Lagadec s, Sibon I, Dilharreguy B, Allard M (2012) found that anxiety is a symptom commonly occurred within ten days after stroke.

4.3. SOME FACTORS RELATING TO THE DEPRESSION AFTER ISCHEMIC STROKE

4.3.1. The relation between depression after ischemic stroke and gender

The rate of depression after ischemic stroke in men and women in our study has no difference (30.9% compared with 31.9% in men and in women as in Table 3.4).

In the studies on the relation between gender and depression after stroke, many studies show that women are at higher risk of depression.

4.3.2 The relation between the states of consciousness of the patients when get in hospital

4.3.3. Localized paralysis and decreased mobility after ischemic stroke

4.3.4 The relation between memory and intelligence due to depression and ischemic stroke

4.3.5. The relation between psychological factors and depression after ischemic stroke

4.3.5.1. The relation between emotional and psychological reactions of patients after ischemic stroke.

- Soon after ischemic stroke, the patient will feel anxious than before (49%). 34/119 (28.6%) patients with ischemic stroke feel anxious due to depression in the following months, these emotional reactions are not risks of depression with OR = 0.78 (0.45 to 1.35). These are normal anxiety and worry which can be found in any patients suffering from a dangerous illness, and leave the shortcomings in functions of the organs of the body. The disease can affect the patient's role in the family, the society. There is a risk of losing job and income ... This anxiety also affects the quality of life of many patients, and have more or less impacts on the changes of emotion and physical disease symptoms of the patients (table 3:16).

17.7% of patients with ischemic stroke have inappropriate emotions, almost half of these patients then suffer from depression. This difference was statistically significant with $p = 0.007$, with the risk of depression increased by 2.52 times compared with those without this emotional reaction (OR = 2.52 (1, 28 - 4.94))

More than one third of the studied patients have the symptoms of lethargy, apathy after ischemic stroke (37.0%). Of which 40.8% had depression, the patients without

depression account for 35.3%. Risk factor OR = 1.26 (0.72 - 2.2). The difference between the two groups is not statistically significant with $p > 0.05$. The symptoms of lethargy, apathy are also related to the discouraging feeling and wakefulness of the patients.

According to Simon (2005), psychological factors play an important role in the depression after ischemic stroke. Stroke is a sudden event for patients, is a trauma on the physical and mental, it occurs with acute nature and strong intensity that could threaten the lives of the patients. Moreover, the stroke is not just a sudden trauma but an illness with many unexpected sequelae to have negative impacts on the patients in a chronic way. The care of other people will also have considerable impact on the psychological state of the patient.

The patients are in the condition that may cause depression reaction, and then it is considered as the causes of depression after ischemic stroke.

4.3.5.2. The relation between depression with the understanding and attitude of stroke.

In our study, 47.3% of the patient members had knowledge on brain infarction (but the patients did not accept and adapt to the actual causes of the disease. Therefore, patients are often anxious about their illness of different levels. This was the trauma, negative impacts on the psychology of patients which easily lead to the changes in their psychology and become favorable conditions for depression later. Therefore, more than a half of the studied patients with the depression after ischemic stroke have such feeling (57.9%). The difference was statistically significant with $p < 0.036$, OR-1.74 (1.009- 3.005). Thus, the patients have the knowledge on their health conditions but cannot accept the facts will have higher risk of depression of 1.74 times (Table 3.18).

Looking at the problem pessimistically is also related to depression after ischemic stroke. In our study, 19 patients look at ischemic stroke pessimistically (7.8%), they think that ischemic stroke is the end of everything and 12/19, (63.1%) patients think that they will have the depression after ischemic stroke. The difference was statistically significant with $p = 0.004$ and OR = 4.29 (1.61 to 11.38), it means that the patients with negative seeing about the ischemic stroke will have higher risks of having depression at 4.29 times higher (Table 3.18).

4.3.5.3. The relation between the depression after ischemic stroke and the changing role of patients after ischemic stroke

- In the study group, there are only 20 patients of ischemic stroke having the danger of changing their roles in the family and society. 50% (10/20) of such patient then have the depression and the difference between two groups was statistically significant with $p = 0.04$ and the risk of OR=2.37(1.95-6.0).

- The number of patients with their roles changed in the family accounts for 39.1% of the study participants and these patients then become depression.

4.3.5.4 The relation between depression and family attitude

More than 2/3 the study participants can feel the care of their families and surrounding people for them (Table 3.19). The OR relation was not significant between the variables on the altitude of the family with the depression. Very few

patients did not receive the care from their families and surrounding people. Insufficient care of the family and surrounding people will make the patients feel as they are abandoned, neglected and isolated from their families and society. Actually showing the care as well as the attitude of the patients on receiving the care from the surrounding people are very different among the cultures, countries and regions.

4.3.6 THE RELATION BETWEEN THE DEPRESSION AND THE BRAIN TRAUMA LOCATION

In comparing the rate of depression between the patients of ischemic stroke on left hemisphere and on right hemisphere, we found that the depression due to the left hemisphere trauma is higher than right hemisphere trauma (46.75% compared with 30.63%) with CI 95%, but the risk factors are not statistically significant with OR = 1.052 (0.61 - 1.81) (Table 3.22).

According to many studies, it is no more important that whether there is the relation between trauma location and the depression after ischemic stroke or not. There are many controversy ideas about the role of trauma in the front area of the right hemisphere and the depression after ischemic stroke. Therefore, our study mentioned on the issues about whether there is the relation between the brain trauma and the depression or not.

4.3.6.1 The relation between the depression and the ischemic stroke in the left hemisphere

OR = 1.890 (0.558 < OR < 6.396)

4.3.6.2 The relation between the depression and the ischemic stroke in the right hemisphere

Calculating the risk OR, we have CI 95%, OR = 1.236 (0.577 < OR < 2.649)

4.3.6.3 The relation between the depression and the ischemic stroke in the right frontal lobe

The results in table 3.25 show that with $p = 0.048$, the rate of the patients with the right frontal lobe lesions becomes depressed is higher than those of not becoming depressed and this was statistically significant. Calculated the risk OR, we have OR = 3.287 (CI 95%, 1.008 < OR < 10.715). Therefore, the right frontal lobe lesion increases the risk of depression of nearly 3.287 times.

4.3.6.4 The relation between depression and ischemic stroke in the right temporal lobe

Calculate the risk OR, we have CI 95%, OR = 0.805 (0.379 < OR < 1.712)

4.3.6.5 The relation between the depression and ischemic stroke in hypothalamic area

OR = 0.38 (0.12 < OR < 1.134, $p=0.14$)

The findings on the relation between the trauma location of ischemic stroke and the depression show that the right frontal lobe lesion is related to the risk of depression of 3.287 times higher. And the trauma in other areas is not related to the depression.

4.3.7 CONCURRENT DISEASES

The results in Table 3:28 show that the difference between the rate of depression between the group with hypertension and without hypertension was not statistically

significant with $p > 0.05$ and the hypertension is not resulting in the risk of depression after ischemic stroke with CI 95% then $OR = 1.654 (0.948 < OR < 2.884)$.

4.3.7.2 The relation between the depression after ischemic stroke and the diabetes

Many authors agree that depression is a common symptom of the patients with diabetes and approximately one third of the patients with diabetes suffer from depression. Therefore, diabetes is a high risk of depression after diabetes. And diabetes is among the most common non-communicative diseases, especially in the elderly people. And the diabetes is the favorable factor for ischemic stroke. Diabetes is also the concurrent disease to increase the risk of depression after ischemic stroke to 2.655 times; $OR = 2,655 (1.345 < OR < 5,238)$.

CONCLUSIONS

By using the descriptive method and analyzing case by case on 243 patients with ischemic stroke and follow for a period of 6 months from the date of being depressed, we have the following conclusions:

1. The clinical symptoms of depression in patients after ischemic stroke

- The rate of depression among patients with ischemic stroke was 31.3%. Of which 78.9% are major depression, with 5.3% of patients with dementia due to depression.
- The initial symptoms with high rate are tired and boring feeling and sleep disorders (100%).
- The symptoms in the full development period, typical symptoms and common symptoms of the depression are not much and common as the endogenous depression:
 - The reduced mood: 86.8%, losing all interest and concerns: 65.8%, reduced energy: 60.5%
 - Reduced concentration: 68.4%, reduced self-esteem and self-confidence: 57.9%, feeling pessimistic about the future: 55.3%, feeling sinful: 25% etc.

The typical and atypical symptoms of the depression after ischemic stroke include: sudden change in mood (35.5%). Decreased movement in an unusual way (44.7%). Irritability, change the personality (48.7%).

- Especially for the patients with dementia through such symptoms as: quick decrease in cognitive ability, sudden decrease in thinking speed and reduced attention ability and the patients are normally in stupefied and bewildered status.
- The serious physical symptoms of the depression after ischemic stroke are common symptoms of depression, 100% of studied patients have the physical symptoms.
- The symptoms of anxiety account for high percentage (80.3%)

1. Related factors

- The emotional reactions of patients after ischemic stroke are related to the onset of depression such as: Emotional inhibition will increase the risk of depression to 2.43 times ($1.26 < OR = 2.43 < 4.67, P = 0.008$), unsuitable feeling also increase the risk of depression after ischemic stroke to 2.52 times ($1.28 < OR = 2.52 < 4.94$)
- Attitudes and knowledge of the patients on ischemic stroke conditions are also related to the occurrence of depression after ischemic stroke. Although patients with ischemic stroke who understand but not accept the fact of their illness will have the

risk of depression increased by 1.74 times and the patients who recognize and evaluate too seriously and consider that ischemic stroke is a very bad disease and the end of their future will also have the risk of depression increased by 4.29 times. In vice versa, the patients who think that ischemic stroke is a serious disease but have hopes for treatment will have lower risk of depression (OR=0.15)

- The trauma of frontal lobe infarction may be related to the depression after ischemic stroke. The patients with ischemic stroke in this brain area shall have risk of depression 3.287 times higher than the patients with the trauma in other brain areas.

-Concurrent diseases: Diabetes is also the concurrent disease to increase the risk of depression after ischemic stroke to 2.655 times.

RECOMMENDATIONS

Depression after ischemic stroke is a common disorder, however, the general doctors, the neurologists and other specialties in particular still have not sufficient knowledge on this situation. Therefore, these contents should be included in the curriculum for training to them. It is necessary to propagandize the knowledge on this disease on the means of communication to help the patients, their families and the public to understand more about this disease and help to have early detection, intervention and proper treatment.