

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển kinh tế, xã hội, kiến thức và các dịch vụ y tế..., quần thể người cao tuổi ngày càng chiếm một tỷ lệ cao trong dân số, nhất là ở các nước đang phát triển (8 -11% dân số) [1]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1950 trên thế giới có khoảng 214 triệu người cao tuổi, đến năm 1990 đã có khoảng trên 500 triệu người [2]. Ước tính đến 2025 sẽ có 1121 triệu người cao tuổi. Sự gia tăng dân số người cao tuổi diễn ra rõ rệt nhất ở Châu Á, Châu Phi, Châu Mỹ La tinh. Các châu lục này hiện nay có khoảng 250 triệu người cao tuổi, nhưng đến 2025 sẽ tăng đến 800 triệu người[3].

Trầm cảm là một rối loạn hay gặp trong thực hành tâm thần học cũng như trong thực hành đa khoa. Theo WHO và nhiều tác giả có từ 3 đến 5% dân số trên thế giới (khoảng 200 triệu người) có các triệu chứng trầm cảm ở một giai đoạn nào đó trong cuộc đời. Hơn nữa, người ta còn thấy tỷ lệ tái phát của trầm cảm là 50% đến 80% các trầm cảm đơn cực và cao hơn nữa ở rối loạn cảm xúc lưỡng cực....Khoảng 45% - 70% những người tự sát có rối loạn trầm cảm và 15% số bệnh nhân trầm cảm chết do tự sát[4][5]. Trầm cảm là những rối loạn thường gặp nhất trong các rối loạn tâm thần ở người cao tuổi. Theo Kohn R, rối loạn trầm cảm trong quần thể dân cư là 5,6% song rối loạn trầm cảm người cao tuổi ở cộng đồng là 10,7% [6][7].

Ở người cao tuổi sự thoái hóa của các tế bào não, sự già hóa của các cơ quan trong cơ thể, các bệnh cơ thể, các bệnh cơ hội cùng lúc có nhiều trên một người già..., kết hợp với các sang chấn tâm lý có thể do môi trường, xã hội làm cho rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi có nhiều nét đặc thù riêng khác hẳn so với các lứa tuổi trẻ. Bên cạnh các triệu chứng hay gặp như khí sắc trầm, giảm năng lượng, dễ mệt mỏi thì còn có các biểu hiện khác gồm các biểu hiện cơ thể như các triệu chứng về cơ xương khớp,

tim mạch, hô hấp, tiêu hoá, thần kinh chức năng nhiều khi lại nổi trội, che mờ các triệu chứng của rối loạn trầm cảm. Thêm nữa đồng hành với các triệu chứng của trầm cảm thường là các rối loạn lo âu[8][9].

Thực tế việc chẩn đoán trầm cảm ở người cao tuổi thường là khó và hay bị bỏ qua, dẫn đến hơn 90% người cao tuổi có các biểu hiện trầm cảm mà không được chẩn đoán và điều trị thoả đáng[10][11]. Theo Robert M. Kok, Thea J (2005) chỉ có 12% - 15% người cao tuổi có rối loạn trầm cảm được thầy thuốc đa khoa chữa trị và khoảng 0,2% trong số họ được các thầy thuốc chuyên khoa tâm thần chăm sóc [12]. Khó khăn là do nhiều thầy thuốc, bệnh nhân và gia đình vẫn xem các triệu chứng của trầm cảm là một biểu hiện bệnh lý nội khoa nào đó mà không đến với thầy thuốc tâm thần. Ngoài ra ở người cao tuổi trầm cảm còn có nhiều biểu hiện suy giảm nhận thức, nên rất khó phân biệt với mất trí trên lâm sàng[13].

Ở Việt Nam, cho đến nay trong lĩnh vực tâm thần học chưa có một công trình nào nghiên cứu, chuyên sâu và có hệ thống các đặc trưng rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi. Chúng tôi tập trung vào nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và điều trị các rối loạn trầm cảm ở lứa tuổi này, với hy vọng sẽ giúp tăng cường hơn nữa chất lượng chẩn đoán và điều trị, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống người cao tuổi.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

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

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

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

1.1.1. Khái niệm

1.1.1.1. Khái niệm về rối loạn trầm cảm.

Buồn chán là một phản ứng cảm xúc thường gặp ở bất cứ ai trong cuộc sống. Khi các biểu hiện trở nên trầm trọng, kéo dài, cản trở đến chất lượng cuộc sống và khả năng thích nghi của họ, thì được gọi là rối loạn TC [14][15].

Các nhà tâm thần học trước đây mô tả trầm cảm là một giai đoạn u sầu điển hình (melancholia). Rối loạn phản ánh sự ức chế nặng nề các mặt hoạt động tâm thần, song chủ yếu là tam chứng cổ điển: khí sắc giảm, buồn; các quá trình tư duy bị chậm lại; sự ức chế tâm thần vận động nhiều khi đến sững sờ, bất động [8][14][16].

Theo Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các rối loạn tâm thần và hành vi, TC là một hội chứng bệnh lý của cảm xúc biểu hiện đặc trưng bởi khí sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn tới tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động, phổ biến là mệt mỏi rõ rệt chỉ sau một cố gắng nhỏ. Các triệu chứng này tồn tại trong một khoảng thời gian tối thiểu là 2 tuần liên tục. Những biểu hiện này được coi là các triệu chứng có ý nghĩa lâm sàng nhất trong việc chẩn đoán [14].

Những biểu hiện của RLTC cũng thay đổi hình thái và mức độ theo sự phát triển của tuổi tác và phản ứng cá biệt của từng người. Ở người cao tuổi triệu chứng thường có dấu hiệu riêng, nổi bật là các phản nản cơ thể như đau mỏi; các biểu hiện buồn chán, với ý tưởng tự sát, rối loạn thần kinh thực vật, hoặc biểu hiện bằng những rối loạn hành vi như thô bạo, kích động. Trong khi đó ở người trẻ tuổi các biểu hiện của trầm cảm chủ yếu là buồn chán, phàn

nàn về cuộc sống và sức khỏe của bản thân. Ngoài ra biểu hiện trầm cảm còn mang sắc thái của văn hoá xã hội, truyền thống gia đình họ tộc, lối sống của mọi người trong gia đình.

1.1.1.2. Khái niệm về người cao tuổi.

- Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1980, những người từ 60 tuổi trở lên là người có tuổi và trên 80 tuổi là tuổi già [11][17]. Cũng vào năm 1980 Hội nghị Lão khoa Thế giới quy ước về người cao tuổi khi tiến hành nghiên cứu như sau[18]:

Trường phái Hippocrate:

* Thơ ấu	: Trước 14 tuổi
* Trưởng thành	: 15 - 42 tuổi
* Suy thoái	: 43 - 60 tuổi
* Già	: 60 tuổi trở lên

Theo WHO:

* Trung niên	: 45 - 59 tuổi
* Người có tuổi	: 60 - 74 tuổi
* Người già	: 74 - 90 tuổi
* Người sống lâu	: Trên 90 tuổi

Đại hội Thế giới về người già, lần đầu tiên trong lịch sử do Liên hiệp quốc triệu tập tại Vienne năm 1982, đã thống nhất quy định người già là từ 60 tuổi trở lên. Đến cuối thập niên 80, khái niệm người cao tuổi dần dần được dùng thay thế cho khái niệm người già.

Tuy nhiên việc quy định tuổi già ở các nước cũng có sự khác biệt, do căn cứ vào tuổi thọ trung bình của người dân tại nước đó.

Tại Việt Nam, Pháp lệnh người cao tuổi (số: 23/2000/PL-UBTVQH10 ngày 28/4/2000) quy định, người cao tuổi là người có độ tuổi từ 60 trở lên.

***Để nghiên cứu bệnh lý người cao tuổi, các nhà chuyên môn phân lớp tuổi 5 năm.**

Tuổi : 60 - 64 tuổi; 65 - 69 tuổi; 70 - 74 tuổi;
75 - 79 tuổi; 80 - 84 tuổi; 85 - 89 tuổi; ≥ 90 tuổi.

*** Khi nghiên cứu về khả năng hoạt động xã hội của người cao tuổi, thường dùng cách phân chia như sau**

- 45 - 59: tuổi tiền lão, hoạt động sung mãn có nhiều kinh nghiệm và hiệu quả
- 60 - 74: người cao tuổi, hoạt động bắt đầu giảm linh hoạt.
- 75 -89: người già, thường giảm nhiều, ngừng các hoạt động xã hội
- Trên 90 tuổi, người quá già, các hoạt động đều cần có sự hỗ trợ của gia đình, xã hội.

Các nghiên cứu cho thấy bắt đầu từ tuổi trước già và nhất là tuổi già có rất nhiều biến đổi về sinh học và tâm lý.

1.1.2. Lịch sử nghiên cứu trầm cảm

Ở thế kỷ XVIII nhiều tác giả đã quan tâm nghiên cứu về các rối loạn trầm cảm. Rối loạn trầm cảm, là một thuật ngữ được dùng đầu tiên trong học thuyết thể dịch của Hypocrate. Tiếp sau Pinet mô tả trầm uất là một trong bốn loại loạn thần. Đến năm 1896 Kraepelin đã thống nhất các quan điểm xếp 2 trạng thái trầm cảm và hưng cảm trong một bệnh lý chung và đặt tên là loạn thần hưng trầm cảm (psychose maniaco – depressive) [19][20][21].

Sang thế kỷ XX rối loạn trầm cảm được nghiên cứu và hoàn thiện về khái niệm bệnh học, cũng như phân loại các rối loạn trầm cảm trong Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) năm 1992 của Tổ chức Y tế Thế giới (và mới nhất là DSM-V). Trong phân loại này trầm cảm được xếp trong nhóm rối loạn cảm xúc, mục F30 - F39[14][20][21][22].

1.1.3. Bệnh sinh của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

Cho đến nay vấn đề bệnh sinh của trầm cảm và những đặc điểm trầm cảm người cao tuổi vẫn chưa được hoàn toàn sáng tỏ. Có nhiều luận điểm giải thích, triệu chứng dựa trên các hiểu biết về di truyền, sinh hóa não, tâm lý, cũng như các mối liên hệ về xã hội, văn hoá[23][24][25].

1.1.3.1 Các yếu tố về sinh học.

+ *Yếu tố di truyền.* Nghiên cứu những cặp sinh đôi cho thấy RLTC ở cặp sinh đôi một trứng (76%) cao hơn những cặp sinh đôi hai trứng (19%). Các nghiên cứu cho rằng cơ chế nhiều gen là phù hợp trong các trường hợp hơn là chỉ một hoặc hai gen.

+Lão hóa và bệnh tật:

Liên quan rất nhiều với những rối loạn chức năng ở hệ viền và vùng dưới đồi. Vùng dưới đồi được xem là đồng hồ sinh học của cơ thể, là trung tâm điều hòa cao nhất về các chức năng thực vật nhưng trong sự lão hóa "độ tin cậy" của vùng dưới đồi bị suy yếu, tạo điều kiện xuất hiện bệnh tăng huyết áp, thiếu năng vành, tiểu đường ...

Trục dưới đồi - tuyến yên - thượng thận có vai trò quan trọng phản ứng thích nghi với stress. Khi hệ thống này bị lệch lạc, dẫn đến việc tăng tiết quá mức nội tiết tố cortisol. Mức cortisol tăng cao có thể có hiệu ứng xấu trên não. Một khi não nhạy cảm với cortisol, nó sẽ hoạt động quá mức khi tiếp xúc với stress lần sau nữa, vì thế làm tăng khả năng dễ bị mắc các rối loạn tâm thần nói chung và trầm cảm nói riêng. Trong tuổi già khả năng thích nghi này kém hơn rõ rệt và kết quả là stress dễ tác động gây tổn thương hơn.

Trong lão khoa thực nghiệm: Khi nghiên cứu biến đổi ở mức tế bào trong quá trình già hóa, các tác giả chú ý đến hai vấn đề.

* Sự già hóa cơ thể không đồng đều. Một số tổ chức không già hoặc già ít, thường là những tổ chức luôn luôn được đổi mới như tế bào biểu mô. Tế bào biểu mô ruột khi chết đi được nhanh chóng đổi mới và thay thế.

* Có những tế bào không bao giờ đổi mới một khi đã được hình thành. Các tế bào hạch của hệ thần kinh trung ương không phân chia, vì thế không thể nhân lên được. Các đại phân tử DNA không được đổi mới sẽ già đi . . . Hậu quả có thể dẫn đến rối loạn truyền "mã" và sản xuất ra các protein không thích hợp. Khi các rối loạn đó liên quan đến các nhân tế bào hạch thần kinh, các tế bào sẽ chết đi. Dẫn đến quá trình teo não, lão hóa.....

Trong cơ thể sự già hóa có tính khác biệt. Hệ vận động là cơ quan thực bị rối loạn sớm nhất, lực cơ bắt đầu giảm ở tuổi trên 30; Ở hệ tuần hoàn, thành động mạch lớn giãn nở đối lập với thành các động mạch ngoại biên dày lên, gây những rối loạn huyết động ở người cao tuổi; Về nội tiết, nồng độ testosterone tự do trong huyết tương thấp hơn từ một nửa đến hai phần ba so với người trẻ.

Có sự thoái triển rõ rệt ở hệ thần kinh sau 60 tuổi, đặc biệt sau 80 tuổi. Ở não các mô liên kết tăng lên, xâm lấn các tế bào “ quý phái”, noron thừa dần, các tế bào đệm tăng... việc cấp máu cho tổ chức não bắt đầu giảm ở tiền tuổi già và nhất là lứa tuổi 60 - 74 (Maucovskin 1987).

Các biến đổi đó dẫn đến các nét đặc trưng về mặt tâm lý của tuổi già: hiện tượng xơ cứng về mặt tâm thần, các phản ứng bù trừ..., dẫn đến tính bảo thủ, không dễ thay đổi tập quán cũ và nhất là dẫn đến sự khác biệt rõ rệt của các biểu hiện triệu chứng, hội chứng, bệnh lý về cơ thể và tâm thần ở người cao tuổi so với lứa tuổi trẻ.

Những thay đổi cơ bản trên cũng tạo điều kiện cho bệnh cơ thể dễ phát sinh, phát triển. Ở người cao tuổi các bệnh lý thường kết hợp với nhau làm cho bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, khó phân biệt nguyên nhân, kết quả. Theo thống kê của Viện Lão khoa Việt Nam (1999) các bệnh cơ thể ở người già hay

gặp là: Tim mạch (59,3%); Hô hấp (35,6%); Tiêu hóa (39%); Tiết niệu (10,8%); Thần kinh (4,6%); Các bệnh khác (16,8%) [1].

Các rối loạn tâm thần người cao tuổi cũng rất đa dạng: rối loạn giấc ngủ, rối loạn trầm cảm, suy giảm trí nhớ, trí tuệ... Các biểu hiện này có thể là các rối loạn chức năng não hoặc tổn thương thực thể tại não (thoái hóa não, rối loạn tuần hoàn não, u não, teo não...) hoặc là các triệu chứng của các bệnh cơ thể.

1.1.3.2. Vai trò các chất dẫn truyền thần kinh

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

* Serotonin là chất dẫn truyền thần kinh, có nhiều trong thực vật (như chuối), nhưng khó hấp thu qua ruột và bị chuyển hóa nhanh nên không bị ngộ độc khi ăn thức ăn có nhiều serotonin. Trên động vật có vú, khoảng 70% serotonin có trong tế bào ưa crôm của ruột, 8% ở tiểu cầu, 20% ở thần kinh trung ương (đặc biệt là ở tuyến Tàng và vùng Dưới đồi thị). Bình thường serotonin trong máu là vào khoảng 0,06 - 0,22 ug/ml, chủ yếu nằm ở trong tiểu cầu và trong tế bào mastocyt [39].

Serotonin được tổng hợp từ tryptophan và bị khử amin - oxy hóa bởi men Mono-Amino-Oxydaza (MAO) để thành axit hydroxy-indol-axetic (5-HIAA), chất này được thải trừ ra nước tiểu 2-10 mg/ngày. Nghiên cứu các trường hợp bệnh nhân bị ung thư tế bào niêm mạc ruột các tác giả nhận thấy, tốc độ thải trừ chất này qua nước tiểu tăng lên tới 100 mg/ngày [39].

- Tác dụng sinh lý của serotonin: bình thường serotonin là chất dẫn truyền thần kinh trung gian, tham gia điều hòa nhiều chức năng hoạt động của cơ thể, cụ thể:

+Trên hệ thần kinh trung ương:

- Serotonin được coi là một chất trung gian hóa học dẫn truyền xung động thần kinh trên hệ thần kinh trung ương.
- Serotonin có tác dụng an thần, gây ngủ.

- Sự cân bằng serotonin và các chất như nor-adrenaline và axetylcholine có tham gia vào quá trình điều hòa thân nhiệt

+ Trên các cơ quan:

- Trên tim cô lập, serotonin làm tim đập nhanh và mạnh, nhưng làm giãn mạch vành.

- Trên huyết áp: serotonin làm tăng huyết áp do co mạch nhưng lại hạ huyết áp nhẹ, kéo dài do giãn mạch.

- Trên cơ trơn (ruột, tử cung): serotonin làm tăng cường co bóp.

- Tác dụng cầm máu: serotonin có nhiều trong tiểu cầu, khi chảy máu, tiểu cầu vỡ, giải phóng serotonin, làm co mạnh cầm máu.

- Serotonin giải phóng cùng histamine trong tế bào mastocyte và tham gia vào cơ chế sốc phản vệ [39][40].

Liên quan serotonin với rối loạn trầm cảm

- Tác động của serotonin đến rối loạn trầm cảm

Nghiên cứu của nhiều tác giả đã nhận xét, rối loạn trầm cảm là hậu quả của giảm nồng độ serotonin (5-Hydrotryptamie - 5HT) ở khe xinap và nhân mạnh một số điểm như sau [41][42]:

- Có hiện tượng giảm tryptophan (tiền chất của serotonin) trong huyết tương của bệnh nhân rối loạn trầm cảm.

- Có hiện tượng giảm chuyển hóa serotonin trong dịch não tủy ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm, đặc biệt là các bệnh nhân rối loạn trầm cảm có hành vi tự sát.

- Tác dụng của các thuốc ức chế tái hấp thụ serotonin, thay đổi nhạy cảm của các thụ cảm thể 5-HT sau xinap thần kinh có hiệu quả tốt trong điều trị cho những bệnh nhân rối loạn trầm cảm.

Theo Angst, J., Merkgangas, K và cộng sự (1997), nồng độ serotonin trong máu và trong các tổ chức não của bệnh nhân rối loạn trầm cảm giảm rõ rệt so

với người bình thường. Tác giả cho rằng sự suy giảm nồng độ serotonin có liên quan rất nhiều đến bệnh sinh của rối loạn trầm cảm [43].

Dan J.S và cộng sự (2006), nhận thấy rằng có sự tương ứng giữa nồng độ serotonin trong dịch não tủy và các triệu chứng của rối loạn trầm cảm ở các mức độ khác nhau. Các tác giả thấy có hiện tượng nồng độ serotonin trong dịch não tủy càng thấp thì rối loạn trầm cảm càng nặng [44].

Theo Sadock B.J và cộng sự (2007), không chỉ nồng độ serotonin trong dịch não tủy của bệnh nhân rối loạn trầm cảm giảm thấp hơn so với bình thường mà ngay cả các sản phẩm chuyển hóa của serotonin là 5-HT1A cũng giảm thấp hơn [45].

Các nghiên cứu định lượng nồng độ serotonin trong huyết tương của bệnh nhân rối loạn, trầm cảm điển hình giai đoạn cấp tính, nhận thấy có hiện tượng giảm nồng độ serotonin, trong đó 50% trường hợp giảm thấp hơn một nửa so với người bình thường và 30% trường hợp có serotonin huyết tương giảm thấp hơn 2/3 so với người bình thường.

Như vậy, mức độ nặng, nhẹ của rối loạn trầm cảm liên quan nhiều với mức độ thay đổi nồng độ serotonin trong cơ thể. Mức serotonin trong cơ thể càng thấp rối loạn trầm cảm biểu hiện càng nặng hơn.

Một bằng chứng gián tiếp về vai trò của serotonin trong rối loạn trầm cảm là kết quả điều trị rối loạn trầm cảm bằng các thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin (SSRI). Sử dụng các thuốc chống trầm cảm này làm nồng độ serotonin ở khe xinap tăng lên cùng với hiệu lực chống trầm cảm của thuốc cũng xuất hiện rõ rệt [41].

Cơ chế tác dụng của serotonin đến các rối loạn của cơ thể cho đến nay vẫn chưa hoàn toàn được biết rõ. Tuy nhiên, người ta nhận thấy cơ chế tác động của serotonin đến rối loạn trầm cảm thông qua một số tác dụng sinh lý của serotonin:

- Sự cân bằng serotonin, Nor-Adrenalin và Axetylcholin ở vùng dưới đồi ảnh hưởng lớn đến điều hòa thân nhiệt và các chức năng của các Catecholamin. Các catecholamine còn tham gia nhiều vào các chức năng điều hòa các hoạt động tâm thần như: hoạt động cảm xúc, hoạt động trí nhớ và chú ý, cảm giác đau và khoái cảm,...[39][47].

- Serotonin ức chế hoạt động của hệ thống hoạt hóa cấu tạo lưới và những hoạt động khác của não, nên có vai trò tạo nên giấc ngủ. Serotonin cũng có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau ở tủy sống nên làm dịu đau. Vì có tác dụng này nên serotonin có liên quan đến rối loạn cảm xúc và một số triệu chứng của trầm cảm như: thay đổi khí sắc, rối loạn cảm giác đau; rối loạn giấc ngủ, lo âu, sợ hãi vô cớ và tâm trạng thất thường [39][47][48][49].

1.1.3.2.2. Các chất dẫn truyền thần kinh khác

. *Noradrenalin*. Nghiên cứu hoạt động của các tế bào hệ Noradrenergic ở não, người ta đo nồng độ chất 3-Methoxy 4-Hydroxyphenylglycol (MHPG) trong nước tiểu (đây là sản phẩm chuyển hoá chủ yếu của Noradrenalin có nguồn gốc từ não). Ở những người bệnh trầm cảm, nồng độ MHPG niệu giảm [42][48][49].

. *Dopamin*. Sản phẩm chuyển hoá chủ yếu của Dopamin là Homovanilic acid(HVA). Nghiên cứu cho thấy nồng độ HVA trong dịch não tủy giảm ở bệnh nhân trầm cảm[48][49].

. *Acetylcholin* có nồng độ cao ở vùng vỏ não vận động và ở Hypothalamus. Hệ thống này hoạt hoá cấu trúc lưới. Khi hoạt hoá hệ acetylcholine làm phát sinh RLTC. Ở những người trầm cảm có thụ thể rất nhạy cảm với hệ acetylcholine[42][50].

+ *Những bất thường về thần kinh nội tiết*. Hoạt động của hệ viền có vai trò trung gian liên quan đến các trạng thái cảm xúc[51][52][53] thông qua

điều khiển giải phóng các hormone tuyến yên- một chất quan trọng trong hệ thống nội tiết: "*Dưới đồi - Tuyến yên - Thượng thận*" (HPA); "*Dưới đồi - Tuyến yên - Tuyến giáp*" (HPT); "*Dưới đồi - Tuyến yên - Tuyến sinh dục*" (HPGH).

Sự tăng hoạt động của trục HPA được nhận thấy ở bệnh nhân trầm cảm [53][54] khi mất điều hoà hệ thống HPA làm tăng cortisol trong máu dẫn tới làm giảm serotonin. Corticosteroid là chất ức chế hoạt động thụ thể 5HT-1A hoặc giảm hoạt tính serotonin ở vùng hải mã liên quan đến trầm cảm.

Rối loạn hoạt động của trục HPT cũng được nhận thấy ở bệnh nhân trầm cảm [53][54]: TRH là một peptit vùng dưới đồi kích thích tuyến yên giải phóng TSH có vai trò điều hoà sản xuất hormone tuyến giáp T3, T4. Khi TSH tăng cao dẫn tới rối loạn cảm xúc. Bệnh nhân trầm cảm giảm đáp ứng TSH đối với TRH (25-70%) trong dịch não tuỷ thấy tăng TRH.

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

Nghiên cứu bệnh sinh về các rối loạn trầm cảm với các triệu chứng cơ thể, các tác giả Topolianski.VD,1986; Donald Oken.MD,1991; Kojima. K, 1996; Zelenima E.V, 1997,Robert C, BaldwinA, Bas et al (2002),[55][56], xem xét con người là một chỉnh thể toàn vẹn thống nhất về tâm thần và thể chất.

Các trạng thái cảm xúc được hình thành trên cơ sở hoạt động của các cấu trúc dưới đồi, cấu tạo lưới, đồi thị..., thông qua các chất dẫn truyền thần kinh và các hormone trong cơ thể. Các tác giả Bougerol T, Brochier T, Bayle F.J (1995),Ferber Ch (1989),cho rằng, những kích thích từ môi trường bên ngoài và bên trong cơ thể được phản ánh thông qua các giác quan. Các xung động thần kinh đó đều đi qua thể lưới, hệ limbic rồi lên vỏ não. Tại đây gây ra những thay đổi hoạt động của các cấu trúc thần kinh và các chất hoá học dẫn truyền thần kinh tương ứng với phản ứng cảm xúc nhất định. Ảnh hưởng của cảm

xúc đến cơ thể thông qua 3 con đường[24][25][58]: Đường hệ thống thấp đến chi phối cơ xương; Đường thần kinh thực vật đến tạng phủ; Đường nội tiết dịch thể thông qua sự bài tiết các hormone tuyến yên. Khi có sự tác động của các biến cố bất lợi (tình huống đe dọa cuộc sống, xung đột.....) làm thay đổi chức năng các cấu trúc thần kinh, đặc biệt hệ limbic, dưới đồi, cấu tạo lưới, vỏ não mới,...làm thay đổi hoạt tính các amin sinh học như Serotonin, Noradrenalin, ...và các hormone trong cơ thể làm xuất hiện các triệu chứng cơ thể- thực vật- nội tạng.

Ở người cao tuổi, bị rối loạn trầm cảm với các biểu hiện về cảm xúc thường mờ nhạt trong khi các triệu chứng về cơ thể lại rõ nét, có sự *tăng cường hoạt hoá hệ thần kinh thực vật- nội tạng*. Sự rối loạn của hệ thần kinh thực vật, gây ra những rối loạn chức năng cho nhiều cơ quan trong cơ thể, như: tăng hoặc giảm nhịp tim, đánh trống ngực, tăng hoặc giảm huyết áp, táo bón, tăng tiết dịch đường tiêu hoá, tăng co thắt dạ dày gây đau bụng, tăng nhu động bài tiết ở ruột già gây ỉa chảy...

Một số tác giả khác cho rằng, sự gia tăng của CRH trong hệ trục *Hạ đồi- Tuyến yên- Vỏ thượng thận*, kéo theo sự giảm ăn ngon miệng, mệt mỏi, giảm ham muốn tình dục, rối loạn giấc ngủ, rối loạn vận động, lo âu, giảm khí sắc[49][50][58]. Sự tăng phóng thích CRH trung tâm được tìm thấy ở những bệnh nhân trầm cảm, làm tăng tiết Glucocorticoide và cortisol. Sự tăng tiết Glucocorticoide ức chế hoạt động thụ thể Serotonin nhóm 5-HT1A ở vùng hồi hải mã, làm xuất hiện các triệu chứng lâm sàng. Các tác giả còn tìm thấy các triệu chứng rối loạn thần kinh cơ, các triệu chứng cơ thể chung như: đau đầu, đau cơ bắp, mệt mỏi, khó ngủ, tình trạng bực bội, cáu gắt, cũng như các triệu chứng như mạch nhanh, hồi hộp đánh trống ngực, bồn chồn bất an và giảm thích thú tình dục, bất lực đều liên quan đến tăng hoạt động T3

(Triiodothyronin), T4 (Thyroxin). Rối loạn các hoạt động trục Hạ đồi- Tuyến yên- Tuyến giáp, thường gặp trong các bệnh nhân trầm cảm cơ thể.

Như vậy, cơ chế *hoạt động thần kinh- thể dịch*, trong đó vai trò của các cấu trúc thần kinh, các axit amin ở não và các hormone trong cơ thể được coi là *bộ máy sinh hoá thần kinh* tự điều chỉnh, chịu trách nhiệm về các rối loạn cảm xúc và các rối loạn cơ thể.

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

Theo mô tả kinh điển trầm cảm điển hình được biểu hiện bằng sự ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần, bao gồm: Cảm xúc bị ức chế, tư duy bị ức chế, vận động bị ức chế[9][13].

Quan điểm mới của trầm cảm được đặc trưng bởi 3 triệu chứng chính, đặc trưng là khí sắc giảm, mất quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn đến giảm các hoạt động và 7 triệu chứng phổ biến khác...

Tuy nhiên đặc điểm triệu chứng của trầm cảm còn thay đổi phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như mức độ của RLTC, đặc điểm lứa tuổi mắc rối loạn trầm cảm.

1.2.1. Các biểu hiện lâm sàng của trầm cảm điển hình. Rối loạn trầm cảm có các biểu hiện lâm sàng thường gặp như sau:

1.2.1.1. Khí sắc trầm

Các biểu hiện giảm khí sắc là biểu hiện thường gặp nhất ở các trạng thái trầm cảm. Mức độ của biểu hiện này thay đổi tùy theo mức độ trầm cảm. Trong trường hợp điển hình bệnh nhân biểu hiện sự đau khổ, chán nản, buồn rầu một cách rõ ràng thông qua lời nói, thái độ và dáng điệu. Khí sắc trầm thường gặp là uể oải, cảm giác khó chịu, bất an, với nét mặt ủ rũ. Hoặc là biểu hiện một nét mặt có những nét đặc trưng như nếp nhăn ở khoé miệng, trán, cung lông mày đều sụp xuống, mắt luôn nhìn xuống hoặc đôi khi là nét mặt thờ ơ, vô cảm. Sự bế tắc trong suy nghĩ với một nỗi buồn bao phủ mà không giải thích được có thể dẫn đến hành vi tự sát ở bệnh nhân trầm cảm. Tuy

nhiên có một số bệnh nhân vẫn giữ được nụ cười bên ngoài để che dấu khí sắc giảm, bởi có 10-15% số bệnh nhân phủ định cảm xúc của mình.

Khi nghiên cứu RLTC ở những người có bệnh lý dạ dày - ruột, Trần Hữu Bình thấy 87% biểu hiện khí sắc giảm [55].

Theo Đinh Thị Hoan nghiên cứu rối loạn trầm cảm người tiền mãn kinh thì rối loạn khí sắc chiếm 87,7%.

Lâm Tường Minh nghiên cứu về các triệu chứng cơ thể trong rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi cho thấy tỷ lệ khí sắc giảm 87,2%. [61].

1.2.1.2. Mất quan tâm thích thú

Mất quan tâm thích thú là một triệu chứng luôn song hành với giảm khí sắc nhưng ở các mức độ khác nhau. Các nghiên cứu đều cho kết quả 80-100% có rối loạn này [57][59][62].

Bệnh nhân cảm thấy quá khứ, hiện tại và tương lai của mình không sáng sủa đôi khi người bệnh không thể mô tả được trạng thái của mình. Người bệnh phàn nàn rằng họ ít hoặc không còn thích thú với các hoạt động, sinh hoạt hàng ngày. Mọi vận động đều làm người bệnh tăng cảm giác chán nản, không có được cảm giác vui vẻ và hài lòng với thực tại dẫn đến không muốn tham gia các thú vui, giải trí, ngại tiếp xúc, mất các sở thích trước đây, không hoàn thành các công việc mình làm, do dự khó quyết định, vì vậy người bệnh thường né tránh, ngại các hoạt động xã hội, ngại giao tiếp với mọi người.

1.2.1.3. Giảm năng lượng tâm thần

Đây cũng là một triệu chứng đặc trưng của trầm cảm, các biểu hiện là người bệnh luôn uể oải, mệt mỏi, mất sinh lực, cảm thấy nặng nhọc khi làm việc kể cả một công việc trước đây người bệnh dễ dàng thực hiện. Do vậy người bệnh làm việc kém hiệu quả. Người bị RLTC thường không hoàn thành công việc được giao phó hoặc bỏ dở công việc, hoặc rút lui vì mình cảm thấy không thể đảm đương.

Triệu chứng này trong các công trình nghiên cứu về trầm cảm chiếm tỷ lệ cao từ 85-100% [8][20][64][65].

1.2.1.4. Biểu hiện lo âu

Lo âu là một triệu chứng song hành với trầm cảm. Bệnh nhân thường có cảm giác lo lắng, bồn chồn bất an, sợ hãi cho tình trạng sức khỏe, các dự định và tương lai của mình... Bệnh nhân có thể có các biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật như cảm giác hồi hộp, khó thở, đánh trống ngực, mạch nhanh, đau đầu, run rẩy tay chân, cảm giác nóng rát trong bụng, co thắt dạ dày, vã mồ hôi, nôn mửa. Bệnh nhân khó ngủ vì suy nghĩ nghiền ngẫm trong đêm, thức giấc lúc nửa đêm, ác mộng... Sự lo âu tồn tại dai dẳng một cách vô lý, căng thẳng, chờ đợi điều không mong muốn xảy ra. Nhiều khi có cơn hoảng sợ có thể có phản ứng tấn công người khác, hoặc nguy cơ hành vi tự sát[22][29][73][74].

1.2.1.5. Ý tưởng và hành vi tự sát

Khi bị rối loạn trầm cảm và không được điều trị thỏa đáng. Nhiều bệnh nhân có suy nghĩ dai dẳng, không thể dứt ra được về cái chết. Người bệnh luôn có cảm giác xung quanh không có mình thì sẽ tốt hơn cho nên lập kế hoạch tự sát và thực hiện hành vi tự sát. Nguy cơ tự sát gặp trong tất cả các giai đoạn bệnh nhưng cao nhất là ngay lúc mới điều trị. Các nghiên cứu cho rằng 10% bệnh nhân trầm cảm tự sát trong vòng 12 tháng từ khi phát bệnh. Người cao tuổi nguy cơ tự sát 18% với các bệnh nhân trầm cảm tái diễn, 15% chết do tự sát [10][74][75].

1.2.1.6. Các triệu chứng sinh học

Các triệu chứng sinh học hay triệu chứng cơ thể thường gặp và quan trọng ở bệnh nhân trầm cảm và đặc biệt là người cao tuổi, phần lớn là các triệu chứng rối loạn hệ thần kinh thực vật. Các biểu hiện triệu chứng cơ năng của hệ thần kinh, hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá...[57][59][76][77][78].

Rối loạn giấc ngủ là dấu hiệu thường gặp hơn cả trong nhóm triệu chứng này (80 - 100%), với biểu hiện là giảm chất lượng giấc ngủ hoặc thời gian ngủ. Có thể người bệnh khó vào giấc ngủ, hoặc là thức giấc lúc nửa đêm hoặc thức giấc sớm, cũng có thể người bệnh ngủ nhiều, giấc ngủ kéo dài bất thường, khi thức giấc vẫn cảm thấy mệt mỏi, không thoải mái. Có khi người bệnh nằm suốt cả ngày nhưng lại không ngủ được, giấc ngủ thường nông dễ thức giấc hoặc thường xuyên có ác mộng thức sớm trước 2 giờ so với thường lệ[79][80].

Người bệnh giảm hoặc mất đi cảm giác ngon miệng hoặc chán ăn, mất hoàn toàn cảm giác thèm ăn uống dù không có bệnh lý thực thể nào, dẫn đến từ chối ăn uống làm cho người bệnh bị sút cân, suy kiệt. Một số trường hợp khác có thể ăn nhiều dẫn đến tăng trọng lượng cơ thể [55][60][81].

Giảm trọng lượng cơ thể có liên quan trực tiếp đến chán ăn, giảm cân đôi khi nặng nề. Có trường hợp giảm 5% trọng lượng cơ thể trong một tháng [55].

Các biểu hiện giảm hoặc mất khả năng tình dục là triệu chứng cũng hay gặp. Nam giới có thể liệt dương.

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

[1][8][13][14][15][16][34][55][59][76].

Rối loạn trầm cảm có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt hay gặp ở người cao tuổi (NCT) với các biểu hiện rối loạn từ mức độ nhẹ nhất cho đến mức độ nặng nề nhất [27]. Trong thực tế ở cộng đồng có nhiều quan điểm sai lầm về sức khỏe tâm thần, cho rằng đây là biểu hiện bình thường ở giai đoạn tuổi già, đó là các biểu hiện suy thoái tự nhiên hay các rối loạn của thời kỳ thoái triển, chứ chưa phải hoàn toàn là bệnh lý [22][38][71].

Trước khi có tiêu chuẩn quốc tế về rối loạn khí sắc, các nghiên cứu dịch tễ thống kê có các kết quả khác nhau do sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. Năm 1960 ở Pháp cho rằng RLTC ở NCT có biểu hiện trầm uất

chiếm 1/2 số NCT có vấn đề về sức khoẻ tâm thần đến khám. Một nghiên cứu khác của Polvan (1965) đưa ra tỷ lệ 10,7% có biểu hiện buồn rầu u uất. Trong khi ở Anh thời kỳ này Schachter cho thấy chẩn đoán trầm cảm rất ít gặp, trên 100.000 hồ sơ NCT khám bệnh thì số lượng trầm cảm là 4,5%.

Lâm sàng RLTC ở NCT rất đa dạng, do đó tiêu chí (hay tiêu chuẩn) để xác định trầm cảm cũng khác nhau tùy theo từng tác giả. D.J. Duches nhấn mạnh trạng thái RLTC ở NCT chỉ được tính với các biểu hiện trầm cảm nặng, điển hình, có hậu quả nặng nề. Easson (1978) cho rằng các nhà lâm sàng chưa quan tâm và nhận biết đầy đủ, tuy nhiên thừa nhận rối loạn trầm cảm là một biểu hiện thường xảy ra ở NCT.

Trầm cảm ở người cao tuổi có những đặc thù riêng khác so với trầm cảm ở người trẻ, đó là:

- Thường thể hiện bằng triệu chứng cơ thể như đau đầu, đau bụng, đau ngực, ngột ngạt kèm cảm giác lo âu, buồn, chán nản... Chính vì các biểu hiện triệu chứng cơ thể nổi bật nên đối với các thể trầm cảm cảm nhẹ hay trầm cảm che đậy bởi triệu chứng cơ thể thường không được phát hiện chẩn đoán và tất nhiên không được điều trị. Đa phần các trường hợp này bệnh nhân được người thân đưa đến các cơ sở nội khoa với các chẩn đoán và điều trị bệnh lý về tim mạch, tiêu hoá, thần kinh, cơ xương khớp....nhưng không thấy có các bằng chứng tổn thương thực thể rõ ràng.

- Khí sắc dao động: Người cao tuổi có thường có khí sắc không ổn định rõ rệt, hay cáu kỉnh, dễ xúc động, không giải thích được nguyên nhân.

- Rối loạn tâm thần vận động. Các rối loạn tâm thần vận động thay đổi tùy từng mức độ nặng nhẹ của trầm cảm. Trong những trường hợp nhẹ triệu chứng này có thể kín đáo, có khi người xung quanh không nhận biết được. Khoảng 50% bệnh nhân có biểu hiện tình trạng chậm chạp (trong ngôn ngữ, tư duy và vận động). Mức độ trầm cảm nặng sẽ biểu hiện giảm những hoạt

động, nhiều khi sững sờ bất động. Người bệnh ngồi hàng giờ mà không muốn tiếp xúc với ai. Sự rối loạn tâm thần vận động có thể từ nhẹ đến nặng, từ suy giảm sự nhiệt tình. Trên cơ sở tình trạng bị ức chế, giảm khí sắc, thất vọng... người bệnh có thể đột nhiên vùng vẫy, bỏ chạy hay tự sát bất ngờ. Một số tác giả coi chậm chạp tâm thần vận động như là biểu hiện chắc chắn của trầm cảm. Ngược lại một số bệnh nhân lại thể hiện tình trạng kích thích (bồn chồn, đi đi lại lại, cuồng quít, bất an, rên ri...), một số ít có thể kích động hẳn học đau khổ. Trong bệnh cảnh trầm cảm ở người cao tuổi các triệu chứng về khí sắc hay mất quan tâm thích thú đôi khi mờ nhạt và thường ẩn mình sau bệnh cơ thể sẵn có của người già, sự kêu ca phàn nàn về các bệnh cơ thể mà tăng hay giảm có chịu sự tác động tâm lý. E.Frank và Cs nhận thấy 36-41% có biểu hiện kích thích tâm lý vận động [66][67][68].

Người cao tuổi có thể có các biểu hiện rối loạn hành vi, mâu thuẫn với người thân, đi lang thang, lạm dụng các chất như bia, rượu và các chất gây nghiện [57][81][82].

- Các rối loạn nhận thức trong trầm cảm. Thay đổi nhận thức là một biểu hiện quan trọng và thường gặp ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, tuy nhiên ở các mức độ khác nhau. Người cao tuổi bị trầm cảm thường có biểu hiện khó tiếp thu các thông tin mới, suy giảm trí nhớ, suy giảm sự tập trung chú ý, tư duy chậm lại hay suy tưởng các chủ đề tiêu cực, bi quan, người bệnh ít nói hoặc không nói. Nhiều suy tưởng, hồi ức mang nội dung trầm cảm: bi quan, đánh giá thấp về bản thân, cảm thấy mình hèn kém, tội lỗi, thường suy nghĩ về một quá khứ sai lầm, tự khiển trách mình, thổi phồng các thất bại trong cuộc sống. Có thể có nhận cảm tội lỗi, không xứng đáng, có thể dẫn tới hoang tưởng bị tội. Hậu quả của những suy nghĩ bi quan này là ý tưởng dẫn đến hành vi tự sát, tự huỷ hoại, vì họ cho rằng chỉ có cái chết mới là cách giải quyết triệt để nhất. Người bệnh dần bị kiệt sức, sợ hãi, bất động...

Trần Hữu Bình nghiên cứu trầm cảm ở bệnh nhân có rối loạn dạ dày ruột thực thể cho tỷ lệ 72,2% giảm tập trung chú ý [55][60][70][71][72].

- Các triệu chứng loạn thần khá thường gặp (hoang tưởng bị hại, bị bỏ rơi...) tính chất của hoang tưởng và ảo giác thường phù hợp với cảm xúc và liên quan chặt chẽ với các triệu chứng cơ thể.

- Các hoạt động xã hội: người cao tuổi có các triệu chứng trầm cảm thường thu mình, cô lập không muốn giao tiếp hay tham gia các hoạt động đoàn thể, luôn phàn nàn về bản thân hoặc khó chia sẻ với mọi người. Bệnh nhân ít hoặc không quan tâm đến các hoạt động diễn ra xung quanh với những người xung quanh, có thể ngay cả với những người thân thiết nhất. Các biểu hiện thay đổi ở các mức độ khác nhau, từ kém nhiệt tình đến tình trạng thờ ơ. Hứng thú giảm cả trong công việc, trong quan hệ với người thân hay đoàn thể, mất hẳn hứng thú sinh hoạt tình dục, mà không có một tình trạng bệnh lý thực thể nào rõ ràng.

- Rối loạn ăn: Thường nổi bật là cảm giác chán ăn, không có hứng thú trong ăn uống, mất cảm giác ngon miệng. Hậu quả là bệnh nhân bị giảm cân và tạo cơ hội để các bệnh khác phát triển. Tuy nhiên có thể ăn nhiều hơn bình thường dẫn đến tăng cân. Tăng hay giảm cân là triệu chứng cần lưu ý ở người cao tuổi, bởi đây là giai đoạn thoái triển mạnh mẽ và nhanh chóng về thể chất, nên triệu chứng tăng cân có thể là biểu hiện của các bệnh thực thể khác.

- Rối loạn giấc ngủ, người cao tuổi trầm cảm thường có biểu hiện mất ngủ nhiều hơn là ngủ nhiều, trong rất nhiều trường hợp bệnh nhân thường xuyên có ác mộng. Có thể người cao tuổi hay nằm nhiều nhưng lại mất ngủ. Người cao tuổi trầm cảm thường phàn nàn khó vào giấc ngủ hay chất lượng giấc ngủ giảm sút, luôn bị thức giấc lúc nửa đêm, dậy sớm...

- Tự sát cũng là một triệu chứng rất nghiêm trọng trong rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi [83], ở các mức độ khác nhau từ ý tưởng đến có hành vi

tự sát. Người cao tuổi thực hiện hành vi tự sát bằng các hình thức khác nhau như uống thuốc, tự gây tai nạn cho mình, thắt cổ, cắt mạch máu, nhảy lầu.....

- Lykouras L. (2002) nghiên cứu 40 bệnh nhân rối loạn trầm cảm có loạn thần có hành vi tự sát và 64 bệnh nhân rối loạn trầm cảm không loạn thần có hành vi tự sát ở người cao tuổi. Tác giả không nhận thấy có sự khác biệt về tự sát giữa 2 nhóm bệnh nhân này. Từ đó tác giả kết luận rằng loạn thần không làm tăng nguy cơ tự sát ở bệnh nhân trầm cảm cao tuổi[58][97].

Schatzberg AF và đồng nghiệp (2008) thấy rằng ở những bệnh nhân tìm cách tự sát thì 80% trong số đó bị rối loạn trầm cảm nặng và trong số những bệnh nhân bị rối loạn cảm xúc, tự sát có liên quan chặt chẽ đến độ tuổi khởi phát muộn và những người mà có nhiều ý định tự sát thường được chẩn đoán là trầm cảm có loạn thần[98].

Hội chứng Cotard là một dạng đặc biệt của trầm cảm nặng, đặc trưng bởi đến các hoang tưởng hư vô rất nặng nề. Người bệnh cho rằng phủ tạng của mình thối rữa, ruột gan hỏng hết không thể ăn uống gì được. Họ cho rằng mình chẳng có giá trị gì. Người bệnh tin cả gia đình họ đều đã chết thê thảm, trái đất đang sụp đổ tan vỡ, loài người đang bị diệt vong. Trong trạng thái này người bệnh thường có ý tưởng và hành vi tự sát [43].

Tự sát thường xảy ra ở bệnh nhân có mức độ trầm cảm nặng. Theo Mitchell và Cs (1988), có 39% người cao tuổi bị trầm cảm toan tự sát. Nguy cơ tự sát tăng gấp 30 lần ở người cao tuổi rối loạn cảm xúc lưỡng cực so với quần thể chung, 19% số người cao tuổi có rối loạn cảm xúc lưỡng cực tử vong do tự sát (Goodwin et Jamison, 1990). Theo D.A.Brent và Cs (1988), rối loạn cảm xúc lưỡng cực có thể là nguy cơ chủ yếu được tìm thấy ở người cao tuổi đã tự sát (28% ở các bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực đã tử vong, 17% số bệnh nhân rối loạn đơn cực đã tử vong). Các trường hợp rối loạn cảm xúc lưỡng cực đặc biệt thể hỗn hợp có nguy cơ tự sát cao hơn rối loạn đơn cực. Sự

tự sát xảy ra đặc biệt trong 10 năm đầu của bệnh mà không có sự phân biệt theo giới [83].

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

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

Từ năm 1973, Kielholz.P mô tả một hình thái TC phát sinh sau một bệnh cơ thể gọi là TC thực tổn. Trầm cảm thứ phát sau một bệnh cơ thể chiếm 20 – 80% các trường hợp TC trên lâm sàng. Trầm cảm do nguyên nhân thực tổn phần lớn gặp ở các bệnh cơ thể mạn tính. Tỷ lệ TC ở bệnh nhân Alzheimer là 15 – 40%.Khoảng 50% bệnh nhân đột quỵ có dấu hiệu TC.

Rối loạn trầm cảm hình thành sau phản ứng cảm xúc lâu dài của người bệnh đối với bệnh thực thể mạn tính, là mối liên hệ qua lại giữa cơ thể và tâm thần, như là phản ứng trước sự thay đổi môi trường bên trong của cơ thể. Rối loạn trầm cảm cũng có thể xuất hiện sau những tổn thương ở hệ thống thần kinh trung ương. Năm 1992 Tổ chức Y tế Thế giới phân loại RLTC xuất hiện thứ phát sau một bệnh lý của não hoặc bệnh cơ thể, gọi là trầm cảm thực tổn (mục F06-ICD10)[14][15]. Các bệnh thường gặp là: nhiễm khuẩn, nhiễm độc, các bệnh mạn tính: tim mạch (Suy tim, tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim...); Đái tháo đường; tai biến mạch máu não (xuất huyết não, nhồi máu não...); các bệnh xương và khớp (loãng xương, gãy xương...); các bệnh về phổi (hen phế quản mãn, tâm phế mãn...); Alzheimer, Parkinson[29][37][85].

Các tác giả cho rằng tuy chưa thấy có rối loạn thực tổn đặc hiệu nào liên quan đến trầm cảm khởi phát muộn, song sự thoái hóa không đặc hiệu ở hệ thần kinh TW là điều kiện dễ dẫn đến các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.

Nhiều loại thuốc có thể gây ra trầm cảm nhất là khi dùng cho người cao tuổi: Các chất ức chế hệ thần kinh TW (rượu, bia, benzodiazepine, bacbiturate...), các thuốc hạ huyết áp (Reserpine, Clonidine, methyldopa...) cũng như các thuốc corticosteroid, thuốc chống co giật, thuốc chống lao [82][86].

1.2.3.2. Trầm cảm với các triệu chứng cơ thể (masked depression).

* ***Trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể.*** Việc chẩn đoán trầm cảm được che đậy bằng rối loạn cơ thể đặc biệt tuổi già là rất khó khăn, bởi vì: sự biểu hiện rối loạn trầm cảm là “dưới ngưỡng”, pha tạp nhiều triệu chứng tâm thần và cơ thể không đáp ứng tiêu chuẩn của bất cứ một rối loạn trầm cảm nào trong hệ thống phân loại trầm cảm được biệt định trong ICD – 10. Từ việc nghiên cứu đặc điểm các triệu chứng, khám xét lâm sàng chi tiết sự diễn biến của các rối loạn và sự đáp ứng đối với điều trị, sự hỗ trợ của test Beck, Zung, thang đánh giá trầm cảm người cao tuổi cho phép thầy thuốc lâm sàng có cơ sở chẩn đoán được “*Trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể*”:

Schachter M (1960), xếp trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể vào nhóm "trầm cảm không điển hình", TC mờ nhạt được ngụy trang bởi các rối loạn cơ thể, thần kinh thực vật nội tạng[63].

Theo Kielholz P. 1973, 1975, trầm cảm cơ thể là một hình thái bệnh lý mà trong đó các triệu chứng cơ thể ở vị trí hàng đầu. Avoruxki G.IA và cộng sự (1987) cho rằng trầm cảm cơ thể là một tổng hợp các triệu chứng phức tạp, không thống nhất bao gồm trong đó là triệu chứng suy nhược, loạn cảm giác bản thể, rối loạn thần kinh thực vật nội tạng trên nền cảm xúc trầm cảm kín đáo, nhẹ nhàng[87].

Người bệnh luôn phàn nàn về các triệu chứng cơ thể một cách mơ hồ lúc tăng lúc giảm như: đau nhức, tức ngực, cảm giác ngạt thở, cồn cào dạ dày, ăn không tiêu.

Sự hiện có các triệu chứng trầm cảm nhẹ (trầm cảm không điển hình, trầm cảm mờ nhạt, trầm cảm mỏng manh) trong hình ảnh lâm sàng của bệnh. Các rối loạn cảm xúc khó phát hiện do bệnh nhân thường không nhận biết sự giảm khí sắc mà giải thích đó là những khó chịu về cơ thể. Do đó, cần theo dõi mức độ triệu chứng để phát hiện được sự ức chế nhẹ như: giảm cảm giác

khó chịu, khó giao tiếp, hạn chế tiếp xúc, giảm hứng thú vốn có đối với những công việc trước đây[61].

+ Người bệnh thường xuyên rối loạn giấc ngủ, ăn không ngon miệng, mệt mỏi, giảm sinh lực, giảm thích thú tình dục.

+ Các triệu chứng tăng lên vào buổi sáng, và giảm đi vào chiều tối.

+ Điều trị bệnh cơ thể không có hiệu quả.

+ Đáp ứng tốt với các thuốc chống trầm cảm.

Do những đặc điểm của trầm cảm là có nhiều triệu chứng cơ thể đa dạng, đặc biệt là các triệu chứng đau, rối loạn cảm giác, gây lo lắng, cũng như các triệu chứng rối loạn thực vật, nội tạng không nằm trong khuôn khổ của một bệnh thực tổn nhất định. Bác sĩ cần phân biệt với các rối loạn tâm thần khác có những biểu hiện tương tự như tâm căn suy nhược, bệnh cơ thể tâm sinh, rối loạn phân ly, rối loạn lo âu, rối loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể, rối loạn nghi bệnh[55][61].

Trong trầm cảm che đậy bằng các rối loạn cơ thể, bệnh nhân rất khó khăn trong việc mô tả các cảm giác của mình. Trong các lời than phiền của họ nhấn mạnh về các triệu chứng cơ thể mang đặc điểm di chuyển. Đó là một trong những điểm cơ bản của trầm cảm bằng các triệu chứng cơ thể đang tiến triển. Thêm nữa, trầm cảm biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể thường diễn biến lâu dài có khi hàng chục năm.[14][55].

1.2.3.3. Trầm cảm do căn nguyên tâm lý.

Đối với người già có nhiều nguyên nhân đặc biệt là sự cô đơn, (vấn đề về hưu, giảm các mối quan hệ xã hội, mâu thuẫn gia đình, ly thân, ly dị, góa bụa,), các sang chấn tâm lý khác (con cái hư hỏng, cảm giác bất lực đuối sức trước cuộc sống, cảm giác là người thừa, là gánh nặng của gia đình, và xã hội,

kinh tế ...), cũng như các bệnh cơ thể mạn tính khác nhau có vai trò rất quan trọng trong rối loạn trầm cảm ở người già.

Các yếu tố gây stress và những biến cố trong cuộc sống nếu kéo dài, tích lũy lại gây ra sự quá tải về tâm lý tác động vào nhân cách dễ bị tổn thương là nguyên nhân gây nên trầm cảm [89].

1.2.3.4. Trầm cảm với các triệu chứng loạn thần [9][13][38][53].

Các triệu chứng loạn thần thường xuất hiện trong trầm cảm ở người cao tuổi. Trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi thường có các triệu chứng nặng hơn, nguy cơ tái phát cao, ý nghĩ tự tử nhiều hơn. Các nghiên cứu trầm cảm có loạn thần ở người già thấy rằng có mối liên quan với sa sút trí tuệ [91].

Nelson và cs quan sát thấy hoang tưởng ở 39 bệnh nhân trong 109 bệnh nhân trên 60 tuổi điều trị trầm cảm. Mayers và Greenberg đã báo cáo khoảng 24 - 53% bệnh nhân cao tuổi trầm cảm nằm viện có hoang tưởng. Hoang tưởng thường bao gồm: bị ngược đãi, có tội lỗi, nghi bệnh, ảo giác có thể xuất hiện và có ý nghĩ tự sát dai dẳng.

1.2.3.4.1. Các hoang tưởng: Thường gặp ở trầm cảm có loạn thần khởi phát muộn sau 65 tuổi (hơn là ở trầm cảm có loạn thần khởi phát trước tuổi 65) [50]. Các hoang tưởng xuất hiện trên nền của rối loạn trầm cảm. Các hoang tưởng xuất hiện vào thời điểm trầm cảm nặng. Khi rối loạn trầm cảm mất đi thì các triệu chứng hoang tưởng cũng mất theo [69].

Hoang tưởng đa dạng, không ổn định. Các tác giả chia hoang tưởng trong trầm cảm có loạn thần làm 2 loại: phù hợp với khí sắc và không phù hợp với khí sắc. Sự phân chia chỉ là tương đối vì cả 2 loại hoang tưởng có thể xuất hiện đan xen nhau trên cùng một bệnh nhân, làm cho bệnh cảnh lâm sàng trở nên phức tạp.

- Hoang tưởng phù hợp với khí sắc hay gặp hơn trong trầm cảm có loạn thần như hoang tưởng tự buộc tội, hoang tưởng nghi bệnh... Bệnh nhân cho

rằng mình có nhiều tội lỗi nặng nề, họ hồi tưởng lại các khuyết điểm nhỏ mà họ đã mắc phải trước đây, khuếch đại lên, giải thích chúng như một tội lỗi nặng nề, cho rằng đó là nguyên nhân gây nên các bất hạnh cho bản thân, gia đình và xã hội... Bệnh nhân thấy mình không đáng được nằm viện, không đáng được chăm sóc... Bệnh nhân cho rằng mình bị bệnh nặng nề, các cơ quan trong cơ thể bị hỏng, các triệu chứng cơ thể dù nhẹ cũng được họ cho là triệu chứng của bệnh nan y, không thể chữa khỏi.

Có thể hoang tưởng không phù hợp với khí sắc như hoang tưởng bị hại, bị theo dõi... Bệnh nhân cho rằng có ai đó theo dõi, hoặc cho rằng có một thế lực nào đó đang tìm cách làm hại mình

Trầm cảm có loạn thần phù hợp với khí sắc tỉ lệ khỏi bệnh là 40-50%.

Trầm cảm có loạn thần không phù hợp với khí sắc có tỉ lệ khỏi bệnh chỉ đạt 19-20%[71]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trên một bệnh nhân có thể có cả triệu chứng loạn thần phù hợp khí sắc và loạn thần không phù hợp khí sắc[94].

Hoang tưởng chiếm ưu thế ở người trên 60 tuổi thường là hoang tưởng nghi bệnh. Các nghiên cứu cho thấy 65% nam và 62% nữ (người già) bị trầm cảm có các triệu chứng nghi bệnh. Các triệu chứng thường tập trung vào bộ máy tiêu hóa, tim mạch, tiết niệu... Hoang tưởng nghi bệnh thường tồn tại rất dai dẳng, đồng thời với ăn mất ngon miệng, sút cân nhanh chóng. Đôi khi bệnh nhân không chịu ăn uống hoàn toàn và hậu quả là trạng thái suy kiệt về cơ thể, rối loạn chuyển hóa nước, điện giải... đe dọa cuộc sống bệnh nhân. Do vậy cần được phát hiện và điều trị kịp thời[47][58].

Sự tái phát nhiều lần các triệu chứng trầm cảm và các hoang tưởng nghi bệnh có thể làm tăng nguy cơ tự sát ở người cao tuổi[58][94]. Trầm cảm nghi bệnh người cao tuổi thường khó trong chẩn đoán vì bệnh nhân thường từ chối hoặc bỏ qua các triệu chứng, dấu hiệu của trạng thái ức chế cảm xúc. Họ

thường biểu lộ một triệu chứng nghi bệnh, các triệu chứng loạn cảm giác bản thể, rối loạn giấc ngủ, rối loạn sự ngon miệng, các triệu chứng đau nhức mơ hồ, ở đầu, cột sống, các khớp, các rối loạn thần kinh thực vật... Tuy nhiên theo các tác giả sự đáp ứng với các trị liệu bằng thuốc chống trầm cảm là một nhân tố quan trọng để xác định một rối loạn cảm xúc thực sự nằm bên dưới các biểu hiện lâm sàng.

1.2.3.4.2.Ảo giác

Trên một bệnh nhân có thể có ảo giác kết hợp với hoang tưởng hoặc chỉ có ảo giác đơn thuần. Ảo giác xuất hiện trên nền khí sắc trầm rõ ràng và có quan hệ chặt chẽ với các triệu chứng khác của trầm cảm. Ảo giác trong trầm cảm có loạn thần thường gặp nhất là ảo thanh (36.63%), ảo thị, ảo giác xúc giác, ảo khứu hiêm gặp[32][42][94].

Theo Rossetos Gournellis(2001), ảo thanh trong trầm cảm có loạn thần là ảo thanh giả, có vị trí trong đầu bệnh nhân. Lúc đầu các âm thanh này thường đơn giản là tiếng ồn, tiếng ù hoặc có thể giống tiếng còi tàu, tiếng nhạc vv... Các ảo thanh thô sơ này khiến bệnh nhân khó chịu, ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân. Trên nền trầm cảm nặng, khi có ảo thanh thô sơ, tình trạng mất ngủ và lo âu của bệnh nhân lại càng tăng, bệnh nhân thêm bi quan chán nản, có thể dẫn đến hành vi tự hủy hoại thân thể hoặc hành vi tự sát [90][94].

Ảo thanh trong trầm cảm thường là giọng nói kết tội, phỉ báng, khẳng định ý nghĩ mất giá trị của bệnh nhân, bình phẩm chê bai về phẩm chất, tư cách của bệnh nhân. Nặng nhất là ảo thanh chi phối xui khiến hay ra lệnh cho bệnh nhân tự sát.

Ảo thanh có thể phù hợp với khí sắc hoặc không phù hợp với khí sắc. Nhiều tác giả cho rằng ảo thanh không phù hợp với khí sắc tuy ít gặp hơn nhưng có tiên lượng nặng hơn so với ảo thanh phù hợp với khí sắc.

Ảo thị trong trầm cảm có loạn thần hiếm gặp và thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi có kết hợp với sững sờ. Bệnh nhân nhìn thấy các hình ảnh không có thật thường là các hình ảnh ghê rợn của các tai nạn và thảm họa. Một số tác giả như Brice Pitt (1982), Herrmann LL (2007) cho rằng ảo thị ở bệnh nhân trầm cảm có loạn thần cao tuổi có thể do căn nguyên thực tồn như teo não và lạm dụng rượu[88][92].

1.2.3.4.3.Căng trương lực

Hội chứng căng trương lực gặp ở 20% số trường hợp trầm cảm nặng có loạn thần. Có thể là sững sờ, uồn sấp, bất động căng trương lực hoặc kích động căng trương lực. Theo Lefteris Lykouras (2000) trầm cảm sững sờ là một dạng của trầm cảm có loạn thần. Căng trương lực làm thay đổi tiên lượng của trầm cảm và việc điều trị trở nên khó khăn hơn. Các thuốc chống trầm cảm đơn thuần ít kết quả đối với bệnh nhân này, cần phải điều trị bằng sốc điện hoặc kết hợp thuốc an thần kinh với thuốc chống trầm cảm[94].

Bảng 1.1. Tần xuất các triệu chứng trầm cảm theo tuổi (Mitchell et al., 2006) [99].

Các triệu chứng	Tần xuất (%)		
	Vị thành niên	Trưởng thành	Người cao tuổi
Khí sắc trầm cảm	95	92	56
Giảm hoạt động	56	48	60
Mất hứng thú	75	92	96
Buồn quá mức	76	96	52
Suy nhược	62	92	97
Rối loạn tập trung chú ý	80	82	84
Ý tưởng tự sát	67	68	83
Mất hy vọng	80	68	63
Mặc cảm tội lỗi	44	56	82
Né tránh xã hội	68	53	96
Giảm tự tin	93	94	38
Mất ngủ	62	64	100
Ngủ nhiều	24	60	9
Giảm cân	18	32	6
Tăng cân	9	14	8
Tăng cảm giác ngon miệng	22	34	14
Giảm cảm giác ngon miệng	56	48	80
Phản nản cơ thể	37	48	98
Bồn chồn	51	70	67
Ảo giác	31	22	9
Hoang tưởng, kích động	13	6	57

1.2.3.4.4.Đặc điểm trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực ở người cao tuổi.

Trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLCXLC) ở NCT là chủ đề ngày càng được quan tâm, các tiến bộ về các lĩnh vực sinh học, di truyền học, dược lý học đã được vận dụng để tìm hiểu. Biểu hiện lâm sàng trầm cảm trong RLCXLC ở NCT cũng gần giống như trầm cảm trong RLCXLC ở trẻ tuổi, tuy nhiên có một số triệu chứng đặc thù cho lứa tuổi này[51].

Người cao tuổi có nhiều sự thay đổi về thể chất, tâm sinh lý nên việc chẩn đoán trầm cảm trong RLCXLC ở NCT giai đoạn này gặp nhiều khó khăn. Các biểu hiện trầm cảm trong RLCXLC ở NCT thường kín đáo hơn ở tuổi trẻ (Goodwin và Jaminson, 1990).

Biểu hiện các triệu chứng loạn thần rõ ràng ở 30% các trường hợp, các biểu hiện của loạn thần chủ yếu là các rối loạn tư duy, như ngôn ngữ nghèo nàn, rời rạc (tư duy rời rạc, thiếu logic). Nội dung tư duy thường bao gồm hoang tưởng bị tội, bị bỏ rơi... các nghi thức ám ảnh. Các triệu chứng về loạn thần này kéo dài làm khó khăn trong quá trình chẩn đoán ở 50% các trường hợp RLCXLC ở NCT (Carlson và Cs, 1994), và điều này cũng cần đặt ra vấn đề chẩn đoán phân biệt với tâm thần phân liệt khởi phát muộn.

Trong khi chẩn đoán rối loạn cảm xúc ở người trưởng thành thường là với các triệu chứng hưng cảm và trầm cảm khá rõ ràng, thì ở người cao tuổi chẩn đoán trạng thái trầm cảm trong RLCXLC lại chủ yếu bằng triệu chứng mệt mỏi, bồn chồn kết hợp với sự cau có hoặc hay cáu giận (Puig – Antich, 1986). Trong giai đoạn hưng cảm có thể chỉ biểu hiện với một giọng điệu sáng khoái hưng phấn, hoặc biểu hiện bởi tính khí không ổn định, hoặc sự cáu giận hay quá khích (tuy nhiên triệu chứng hay cáu giận cũng có thể gặp ở giai đoạn đầu của RLTC). Khí sắc trầm cảm có thể bị che đậy hoặc biểu hiện bằng

các triệu chứng khác như phàn nàn cơ thể (mệt mỏi, đau đầu, tức ngực...). Dù cho bản chất về khí sắc thay đổi thế nào thì các biểu hiện như cau có, xung động được xem như là những biểu hiện chính của rối loạn khí sắc.

Một số tác giả cho rằng có sự khác biệt đáng kể giữa các triệu chứng trầm cảm trong RLCXLC xuất hiện sớm ở người trẻ tuổi với trầm cảm trong RLCXLC xuất hiện muộn ở người cao tuổi. Tác giả G.A. Carlson nghiên cứu sự tiến triển ở 695 bệnh nhân bị RLCXLC biểu hiện trước 40 tuổi và các bệnh nhân biểu hiện bệnh sau 60 tuổi cho thấy ở nhóm bệnh nhân trẻ có sự giảm đáng kể các triệu chứng trong 2 năm đầu (sau đợt hưng cảm đầu tiên). M.Strober (1995) nghiên cứu theo dõi 5 năm ở 54 người trưởng thành có RLCXLC cho thấy 4% vẫn có các rối loạn tiếp diễn, 44% biểu hiện giảm mức độ trầm cảm và hưng cảm, 21% biểu hiện có thêm ít nhất 2 chu kỳ trong quá trình theo dõi.

Nguy cơ tự sát ở NCT bị trầm cảm trong RLCXLC tăng cao hơn ở nhóm bị các rối loạn tâm thần khác (Brent và cs, 1988) hoặc ở nhóm không có các vấn đề về sức khỏe tâm thần (Lewinsohn và cs, 1995). Tác giả Goodwin và Jaminson (1990) tóm tắt trên 30 nghiên cứu từ 1938-1988 (9500 bệnh nhân) thấy có 19% người cao tuổi bị trầm cảm trong RLCXLC đã có hành vi tự sát. Việc tự sát thường diễn ra trong 10 năm đầu của rối loạn, đặc biệt ở NCT và người trưởng thành có nhân cách dễ bị tổn thương. Các yếu tố nguy cơ tự sát ở NCT là trầm cảm trong RLCX. Rối loạn khí sắc, thiếu sự quan tâm chăm sóc của người thân, nỗi cô đơn, cô độc là yếu tố làm gia tăng hành vi tự sát của người cao tuổi. Ý tưởng tự sát hay gặp ở giai đoạn hỗn hợp hơn là giai đoạn hưng cảm và đặc biệt tăng đáng kể đối với mức độ nặng của các triệu chứng trầm cảm (Strakowski và cs, 1996).

Tiền lượng trầm cảm trong RLCXLC ở NCT còn phụ thuộc vào biểu hiện triệu chứng lâm sàng, tiền sử gia đình có các vấn đề về sức khỏe tâm thần (Akiskal và cs, 1983).

1.3. CHẨN ĐOÁN TRẦM CẢM (Ở NGƯỜI CAO TUỔI)

1.3.1. Các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm điển hình

Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm điển hình ở NCT cũng tuân theo Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ X (ICD-10), hay bảng Phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ (DSM-IV). Trong dạng điển hình trầm cảm nặng được biểu hiện bằng các triệu chứng gần như các triệu chứng trầm cảm ở trưởng thành, các triệu chứng có thể mang tính chất cấp diễn hoặc kéo dài và nặng nề [14][15].

a. Theo tiêu chuẩn DSM-IV[15].

Giai đoạn trầm cảm biểu hiện ít nhất 2 tuần:

- Là giai đoạn đánh dấu sự thay đổi so với trước đây.
- Trong ít nhất 2 tuần các triệu chứng luôn luôn tồn tại trong phần lớn thời gian, trong hầu hết các ngày.

- Trong 9 triệu chứng sau, ít nhất có 5 triệu chứng và bắt buộc phải có triệu chứng (1) hoặc (2):

- 1- Khí sắc trầm hoặc cau có.
- 2- Giảm ham muốn (sự quan tâm) hoặc hứng thú trong hầu hết các hoạt động.
- 3- Giảm hoặc tăng cân một cách bất thường hoặc giảm hoặc tăng cảm giác ngon miệng.
- 4- Mất ngủ hoặc ngủ nhiều.
- 5-Tăng hoặc giảm tâm thần vận động.
- 6- Mệt mỏi hoặc mất năng lượng.
- 7- Tự ti hoặc mặc cảm tội lỗi.
- 8- Khó tập trung chú ý, khó đưa ra quyết định.
- 9- Suy nghĩ về cái chết, ý tưởng tự sát hoặc tự sát.

Trầm cảm điển hình có thể chia ra mức độ nhẹ, trung bình và nặng.

*** Phân loại:**

296.2X Rối loạn trầm cảm điển hình, giai đoạn đơn độc.

296.3X Rối loạn trầm cảm điển hình, tái diễn.

296.5X Rối loạn cảm xúc lưỡng cực I, giai đoạn trầm cảm.

296.6X Rối loạn cảm xúc lưỡng cực I, giai đoạn hỗn hợp.

296.89 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực II.

301.13 Rối loạn khí sắc chu kỳ.

b. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (ICD-10)[14]

Việc chẩn đoán dựa trên sự xuất hiện của:

Ba triệu chứng đặc trưng của trầm cảm:

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

Bảy triệu chứngphổ biến khác:

- Giảm sút tập trung chú ý
- Giảm lòng tự trọng và lòng tự tin
- Có ý tưởng bị tội và không xứng đáng, vô dụng
- Không tin tưởng vào tương lai
- Có ý tưởng và hành vi tự huỷ hoặc tự sát
- Rối loạn giấc ngủ
- Ăn không ngon miệng hoặc từ chối ăn, giảm trọng lượng cơ thể (5% trở lên) trong vòng 4 tuần.

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

***Phân loại của TCYTTG (ICD-10):trong đó:**

F06: Rối loạn cảm xúc thực tổn (F06.32)

F31: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm (Từ F31.3-F31.6).

F32: Giai đoạn trầm cảm (Từ F32.1-F32.9).

F33: Rối loạn trầm cảm tái diễn (Từ F33.0-F33.9).

Cũng giống như tiêu chuẩn DSM-IV, giai đoạn trầm cảm được chia thành 3 mức độ: nhẹ, vừa và nặng.

1.3.2. Phân loại theo ICD-10

1.3.2.1. Trầm cảm nhẹ

Bệnh nhân ở giai đoạn trầm cảm nhẹ thường gặp trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, hay ở các phòng khám nội khoa, hoặc chưa được quan tâm bởi lẽ các triệu chứng có tính đặc thù tâm thần chưa thật sự rõ ràng, trong khi đó các triệu chứng cơ thể lại nổi bật. Do vậy có tỷ lệ lớn các bệnh nhân trầm cảm nhẹ không được phát hiện và hỗ trợ điều trị trong giai đoạn này mà ngược lại được điều trị với các chẩn đoán bệnh nội khoa.

Người cao tuổi trầm cảm có thể tiếp tục các công việc hàng ngày và duy trì các hoạt động xã hội, vẫn công tác và cố gắng thâm nhập cũng như thể hiện bản lĩnh của mình. Phần lớn người cao tuổi trầm cảm nhẹ có kết quả công việc giảm sút, tuy nhiên một số trường hợp ban đầu người cao tuổi lại cảm thấy công tác có hiệu quả nhưng sau đó kết quả lao động lại giảm sút. Một số ít các trường hợp đã ảnh hưởng nhiều đến các sinh hoạt và có thể ngừng các sinh hoạt, hoạt động thường ngày.

Chẩn đoán TC nhẹ khi có tối thiểu 2 trong số các triệu chứng chủ yếu và 2 trong số các triệu chứng phổ biến.

1.3.3.2. Trầm cảm vừa

Ở mức độ trầm cảm này các triệu chứng có tính đặc thù tâm thần rõ ràng hơn, người bệnh và gia đình dễ dàng nhận biết và thường đến khám ở các cơ sở tâm thần.

NCT bị trầm cảm thường đã bị ảnh hưởng nhiều tới các hoạt động thường ngày do các triệu chứng gây ra. Khi người cao tuổi có những triệu

chúng này thì khó khăn trong việc duy trì các sinh hoạt, học tập cũng như các mối quan hệ xã hội, kết quả lao động giảm sút hẳn hay phải ngừng lao động. Trong nhiều trường hợp các triệu chứng cơ thể nổi bật, buộc phải trải qua nhiều kiểm tra y tế.

Chẩn đoán TC vừa khi có tối thiểu 2 trong số các triệu chứng chủ yếu và 3 trong số các triệu chứng phổ biến.

1.3.4.3. Trầm cảm nặng.

Trong giai đoạn trầm cảm nặng, người bệnh thường biểu lộ buồn chán nặng hoặc kích động, trừ khi biểu hiện chậm chạp rõ nét. Mất tự tin hoặc cảm thấy vô dụng hoặc tội lỗi dường như chiếm ưu thế. Tự sát là hành vi nguy hiểm rõ ràng trong những trường hợp đặc biệt trầm trọng.

Có thể trầm cảm nặng kèm theo các triệu chứng loạn thần, các hoang tưởng, ảo giác hoặc sửng sờ trầm cảm.

Chẩn đoán TC nặng khi có 3 triệu chứng chủ yếu và tối thiểu là 4 trong số các triệu chứng phổ biến. Ngoài ra dựa vào sự có hay không các triệu chứng loạn thần mà người chia TC nặng thành 2 loại:

Trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần

Trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần

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

Các biểu hiện rối loạn trầm cảm người cao tuổi rất đa dạng và diễn biến rất phức tạp. Các biểu hiện thường không đơn thuần chỉ có rối loạn trầm cảm mà thường tồn tại và phát triển song song với nhiều bệnh cơ thể khác.

Cole M.G và cộng sự cho rằng rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi có thể là một quá trình bệnh lý đã kéo dài nhiều năm trước hoặc từ những giai đoạn khủng hoảng trước già kéo dài sang giai đoạn tuổi già[104].Kielholz.P, 1973, chia nguyên nhân gây trầm cảm làm ba nhóm.

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

Đối với người cao tuổi, nhiều tác giả cho rằng nguyên nhân quan trọng gây nên trầm cảm là các tác nhân tâm lý, nhất là các sự kiện trầm trọng trong cuộc sống cá nhân. Sang chấn thường gặp nhất là sự chết của vợ hay chồng, hoặc những người thân yêu trong gia đình. Sự mất mát tiền bạc của cải quá lớn; những mâu thuẫn xung đột kéo dài trong gia đình mà không giải quyết được... cũng được các tác giả coi là các nhân tố dẫn đến trầm cảm [105][106].

Thêm nữa là các tác nhân xã hội như sự sắp về hưu. Mâu thuẫn với con cái, cuộc sống cô đơn, cảm giác đuối sức trước cuộc sống, thiếu hoặc không có một hệ thống trợ giúp về mặt vật chất và tinh thần của gia đình, bạn bè, xã hội, cảm giác là người thừa là gánh nặng của gia đình và xã hội... cũng được xem là có vai trò rất quan trọng trong cơ chế bệnh nguyên của các rối loạn trầm cảm (RLTC) ở người cao tuổi [107][108][109].

1.4.1.1. Sự cô đơn. Một trong những nguyên nhân hàng đầu làm ảnh hưởng đến tâm lý người cao tuổi là sự cô đơn. Sự cô đơn như là một nỗi ám ảnh đối với người cao tuổi, được thể hiện ở nhiều khía cạnh khác nhau như: Vấn đề về hưu, thiếu người thân, ... [56][80].

-Trước kia sự cô đơn được xem là hậu quả của bệnh tật, ngày nay người ta có xu hướng cho rằng trạng thái cô đơn chính là nguyên nhân dẫn đến giảm sút sức khỏe, bệnh tật, nhất là bệnh tâm thần[107].

Theo điều tra của Pháp, 22% người cao tuổi không thường xuyên được tiếp xúc với ai, ngoài những người trong nhà; 80% không sống với con cháu; 80% chỉ có họ hàng ở gần, và chỉ có 1/3 số họ có người thân đến thăm chỉ 1 lần/tuần.

Kết quả điều tra ở Việt Nam do Viện Lão khoa tiến hành (năm 2002) cho thấy 12,4% người cao tuổi thường xuyên thấy cô đơn, 29,5% thỉnh thoảng và 52,2% không thấy cô đơn[110].

Sự thiếu quan tâm chăm sóc của gia đình

Vai trò của gia đình rất quan trọng trong sự ổn định cảm xúc ở người cao tuổi. Tổ ấm gia đình là môi trường văn hoá, được tạo dựng trên cơ sở tình thương yêu, đùm bọc lẫn nhau của những người ruột thịt sống trong gia đình. Đó là môi trường người cao tuổi được chăm sóc, an toàn và thoả mãn được các nhu cầu thích hợp cho người cao tuổi. Với môi trường như vậy, người cao tuổi có được cảm giác an toàn, yên tâm, vui vẻ, mạnh dạn. Gia đình đầm ấm sẽ phát huy được tiềm năng về cơ thể, tâm lý muốn được thể hiện sau nhiều năm đúc kết các kinh nghiệm trong cuộc sống. Ngược lại, môi trường thiếu nuôi dưỡng, thiếu tình thương, đe nẹt, xung đột, bạo lực thì người cao tuổi không có được cảm giác an toàn, luôn lo sợ làm cho người cao tuổi giảm linh hoạt, tăng thụ động, nghi ngờ cuộc sống, buồn chán. Như vậy, việc ổn định về sức khoẻ tâm thần bị cản trở, dẫn đến xuất hiện các rối loạn về cảm xúc ở người cao tuổi trong đó có rối loạn trầm cảm [27][30][34].

Đặc biệt là những người góa bụa thường là cô đơn, nhu cầu của họ thường không được toại nguyện, làm tăng cảm giác không hài lòng với cuộc sống. Họ chất chứa những bức bối với xung quanh, thậm chí là cảm giác căm thù, oán hờn và ganh tỵ dẫn đến cảm giác cô đơn [107][111].

Các nghiên cứu của C.Z.Garrison và cs (1992) cho thấy tỷ lệ của các giai đoạn trầm cảm tăng tỷ lệ thuận ở những người cao tuổi không sống cùng gia đình. Hơn nữa ảnh hưởng tốt hay xấu của mối quan hệ trong gia đình cũng là mối nguy cơ cho giai đoạn trầm cảm nặng.

Vấn đề về hưu: Thời kỳ mới về hưu là một giai đoạn vô cùng khó khăn đối với người cao tuổi. Đây là giai đoạn có nhiều biến đổi tâm lý đặc biệt ở người cao tuổi; và các rối loạn tâm lý đó có liên quan trước hết đến sự thích nghi với hoàn cảnh sống mới, khi phải chuyển từ giai đoạn làm việc tích cực đến giai đoạn nghỉ hưu. Những người cao tuổi sau khi về hưu đã trải qua một loạt biến đổi

tâm lý quan trọng do nếp sinh hoạt thay đổi, các mối quan hệ xã hội bị hạn chế. Một số người trong số đó khó thích nghi được với giai đoạn khó khăn này nên mắc “Hội chứng về hưu”, với tâm trạng buồn chán, mặc cảm, thiếu tự tin, dễ cáu gắt, nổi giận. Do đó họ trở nên sống cô độc và cách ly xã hội.

1.4.1.2. Các yếu tố stress tâm lý xã hội khác

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

Theo **Cairney J, Krause N (2005)**, tỷ lệ người cao tuổi sống ở thành phố có rối loạn trầm cảm (8,17%) [29] cao hơn những người sống ở nông thôn. Các tác giả cho rằng sự khác biệt này có liên quan đến nhiều yếu tố tâm lý xã hội chứ không chỉ là yếu tố kinh tế. Tỷ lệ này còn tăng theo lứa tuổi và hay mắc cùng các bệnh cơ thể khác [113][114]. Reinhard Heun, Sandra Hein (2005) cho thấy tỷ lệ rối loạn trầm cảm chiếm 5% dân số người già nói chung và hơn 10% số người được nuôi dưỡng trong các nhà dưỡng lão [116].

Vấn đề kinh tế: Quan điểm về sự liên quan giữa tầng lớp kinh tế xã hội đến rối loạn trầm cảm hiện vẫn còn tranh luận. Các tác giả Chen R et al (2005) cho rằng rối loạn trầm cảm nói chung thường gặp ở tầng lớp kinh tế xã hội cao [108]. Điều này cũng phù hợp với kết quả của Chou K.L, Ho A.H, Chi I (2006) [107]: tầng lớp xã hội liên quan rõ đến các dạng rối loạn cảm xúc và còn ảnh hưởng đến mô hình bệnh học của trầm cảm. Các kết quả điều tra khác cũng tìm thấy sự tương quan giữa mức kinh tế- xã hội với tỷ lệ trầm cảm. Tuy nhiên khó biết rằng đó là nguyên nhân hay là hậu quả của rối loạn trầm cảm. Người cao tuổi thường hay phàn nàn sự buồn chán và cô đơn về sự cách ly với xã hội. Họ cho rằng buồn phiền này là do khó khăn về vật chất, không thỏa mãn những nhu cầu cơ bản của cuộc sống... Những điều này buộc người cao tuổi phải đoạn tuyệt với các quan hệ bạn bè cũ, biến cuộc sống của họ trở nên buồn tẻ, ảm đạm, vô vị và nghèo nàn [116].

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

Các bệnh lý cơ thể có ảnh hưởng lớn đến các rối loạn về cảm xúc, trong đó RLTC thường gặp. Đặc biệt ở những người mắc các bệnh nặng, bệnh mạn tính như bệnh ung thư, các bệnh tim mạch, đái đường, HIV/AIDS.. [131].

1.4.2.1 Trầm cảm sau tai biến mạch máu não

Bệnh lý thực tổn não được thừa nhận là đóng vai trò quan trọng và phổ biến trên lâm sàng tâm thần học người già. Theo Robert C. Baldwin A. Bas et al (2002), 12% bệnh nhân người cao tuổi bị trầm cảm có các biểu hiện bệnh lý mạch máu não [80]. Lawhorne L [27] 50% các bệnh nhân bị đột quỵ do co thắt mạch máu não (Stroke) có các biểu hiện trầm cảm rõ rệt trên lâm sàng. Sự thoái hóa không đặc hiệu ở hệ thần kinh trung ương là điều kiện để dẫn đến các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi [62].

Tỷ lệ trầm cảm sau thiếu máu não hoặc xuất huyết não rất thay đổi theo các nghiên cứu: từ 23-60%. Trên thực tế, phần lớn các nghiên cứu trên cho rằng tỷ lệ này gần bằng 50%, và có khi còn cao hơn thế vì có hiện tượng trầm cảm ẩn, không được nhận biết, không được điều trị đầy đủ.

Bệnh nhân sau khi bị TBMMN thường có các triệu chứng về cảm xúc chủ yếu là trầm cảm như thay đổi khí sắc trong ngày, tư duy chậm chạp, mất năng lực, đôi khi lo âu hoặc kích động, mất ngon miệng, rối loạn giấc ngủ, xa lánh xã hội, thờ ơ với ngoại cảnh, mất mọi hy vọng, mất hứng thú, tự đánh giá thấp bản thân, cảm giác bị tội. Giảm tình dục, ý tưởng tự tử thường gặp.

Giả thuyết sinh học của trầm cảm dựa trên giả thuyết tổn thương của TBMMN gây ra các rối loạn của hệ thống dẫn truyền có vai trò duy trì khí sắc, chủ yếu là hệ serotonine và hệ noradrenalin. Khái niệm này dựa trên sự kiện trầm cảm sau TBMMN nhiều hơn trầm cảm sau can thiệp phẫu thuật, nhồi máu cơ tim, hoặc bệnh nội khoa.

1.4.2.2. Trầm cảm và bệnh đái tháo đường.

Trầm cảm khi đó được coi là trầm cảm phản ứng hay rối loạn sự thích ứng mà yếu tố gây stress ở đây chính là việc có một bệnh lý cơ thể. Jacobson, 1993 cho rằng trầm cảm ở BN ĐTĐ là do tình trạng căng thẳng vì có một bệnh lý mạn tính hơn là do trực tiếp bản thân ĐTĐ[50][133].

Một số nghiên cứu gợi ý rằng cảm xúc trầm liên quan với sự khó khăn trong việc thích nghi với các biến chứng ở BN ĐTĐ. Peyrot và Rubin, 1999 nhấn mạnh rằng tác động trên cảm xúc của các biến chứng có thể mạnh hơn ngay sau khi chúng phát sinh. Chẳng hạn, các căng thẳng tâm lý tăng trong 2 năm đầu sau khi biến chứng vông mạc xuất hiện[50]. Người ta cũng nhận thấy, sự suy giảm thị lực dao động ảnh hưởng tới tâm lý nhiều hơn sự suy giảm nặng nhưng ổn định. Ngoài ra, các biến chứng cấp tính liên quan đến tỷ lệ các triệu chứng trầm cảm nhiều hơn các biến chứng mạn tính.

Việc gánh nặng bệnh tật dẫn tới trầm cảm cũng có thể phụ thuộc mức độ và chất lượng của sự hỗ trợ xã hội [65]. Đối với ĐTĐ, các mối liên quan đáng kể được nhận thấy giữa sự hỗ trợ xã hội chung và hỗ trợ đặc hiệu ĐTĐ và trầm cảm. Katon W, Von Korff M, Lin E et al (1990), cho rằng tình trạng sức khoẻ kém ở các BN có bệnh mạn tính đã hạn chế những cơ hội phát triển và duy trì các mối quan hệ xã hội, vì thế gây ra các căng thẳng về cảm xúc[7].

1.4.2.3. Trầm cảm và bệnh tim mạch.

*** Trầm cảm bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim**

Tỷ lệ hiện mắc trầm cảm sau nhồi máu cơ tim từ 3-3.5 lần cao hơn so với cộng đồng. Một phân tích gộp từ 22 nghiên cứu cho thấy trầm cảm sau nhồi máu cơ tim làm tăng nguy cơ tử vong lên 2-2.6 lần so với nhóm không trầm cảm.

Thời điểm xuất hiện triệu chứng trầm cảm trong bệnh mạch vành được cho là có mối liên quan đến mức tiên lượng, người ta thấy rằng trầm cảm mới xuất hiện sau nhồi máu cơ tim thì nguy cơ tim mạch cao hơn so với trầm cảm đã có trước đó. Carney và cs trong nghiên cứu 920 bệnh nhân trầm cảm sau nhồi máu cơ tim trong đó 370 bệnh nhân trầm cảm mới và 550 bệnh nhân trầm cảm tái phát, tất cả bệnh nhân được theo dõi trong 29 tháng, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm mới xuất hiện trầm cảm 18.4% và nhóm trầm cảm tái phát 11.8% ($p < 0.5$) [134]. Tương tự như vậy Charles B. Nemeroff, M.D, Ph.D. Dominique L (1998), theo dõi 489 bệnh nhân trầm cảm sau hội chứng vành cấp trong 12 tháng cho thấy những bệnh nhân trầm cảm mới xuất hiện sau hội chứng vành cấp thì khả năng xảy ra biến cố tim mạch cao hơn và nặng hơn so với nhóm bệnh nhân đã có trầm cảm từ trước [131].

Như vậy bệnh lý tim mạch là tác nhân gây ra trầm cảm và ngược lại trầm cảm là yếu tố nguy cơ độc lập cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Việc điều trị phù hợp trầm cảm trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim có thể cải thiện tiên lượng cho những bệnh nhân này.

*** Trầm cảm và suy tim**

Tỷ lệ trầm cảm trên bệnh nhân suy tim theo nhiều nghiên cứu khoảng từ 35-38%. Số liệu thống kê cho thấy nguy cơ mắc bệnh trầm cảm ở bệnh nhân suy tim gấp 4-5 lần so với cộng đồng. Ở bệnh nhân suy tim, trầm cảm gắn liền với tình trạng sức khỏe kém, tần suất nhập viện cao, tỷ lệ tử vong cao. Các tác giả thấy rằng có nhiều cơ chế liên hệ giữa trầm cảm và suy tim như:

- Trương lực giao cảm tăng- hoạt hóa trực dưới đồi-tuyến yên-thượng thận (HPA) gây giảm độ biến thiên nhịp tim, tăng nồng độ catecholamine trong máu, tăng nồng độ cortisol máu.
- Hoạt hóa tiểu cầu: hoạt hóa thụ thể 5-HT, tăng yếu tố 4 tiểu cầu và beta thromboglobulin.

- Tăng cytokine gây viêm.

Rozzini R và cs quan sát trên những bệnh nhân nhập viện > 70 tuổi, tỉ lệ tái nhập viện là 67% ở nhóm bệnh nhân suy tim có trầm cảm nhưng chỉ 44% ở nhóm bệnh nhân suy tim không có trầm cảm. Bệnh nhân suy tim kèm trầm cảm tỷ lệ tử vong là 21%, so với 15% ở nhóm suy tim không kèm trầm cảm.

Trầm cảm cũng là yếu tố nguy cơ tái phát rung nhĩ sau khi đã chuyển nhịp thành công được theo dõi trong 2 tháng.

*** Viêm hệ thống và hoạt động miễn dịch.**

Vai trò của các yếu tố viêm với sự diễn tiến của bệnh lý tim mạch đã được xác lập. Trong các nghiên cứu mô tả cắt ngang và phân tích gộp cho thấy sự gia tăng nồng độ cytokine (IL1, IL6, CRP) ở những bệnh nhân trầm cảm. Frasure-Smith và cộng sự nghiên cứu trên 741 bệnh nhân sau hội chứng vành cấp được xác định trầm cảm theo thang điểm Beck và theo dõi CRP trong 2 tháng: có 102 bệnh nhân thang điểm Beck > 14 điểm và CRP > 2 mg%. Theo dõi trong 2 năm, tác giả nhận thấy biến cố tim mạch chính xảy ra ở nhóm có cả 2 yếu tố; Beck > 14 và CRP > 2 mg% tương đương với nhóm chỉ có 1 yếu tố là Beck > 14 hoặc CRP > 2 mg%. Điều này gợi ý rằng trầm cảm và tình trạng viêm có mối liên quan trong cơ chế bệnh sinh và tiên lượng trên những bệnh nhân này. Trong một thử nghiệm lâm sàng khác Pizzi và cộng sự chia ngẫu nhiên 100 bệnh nhân trầm cảm - bệnh mạch vành thành 2 nhóm; một nhóm điều trị bằng Sertraline và một nhóm điều trị bằng giả dược trong 20 tuần. Kết quả nhóm điều trị với Sertraline cải thiện thang điểm Beck và nồng độ CRP, interleukin - 6, fibrinogen giảm hơn so với nhóm dùng giả dược [81][136].

1.4.3. Trầm cảm nội sinh

Cho đến nay trầm cảm nội sinh vẫn dựa vào giả thuyết đa yếu tố. Các giả thuyết sinh học căn cứ vào gen di truyền, thay đổi monoamin trong não, rối

loạn nội tiết, tổn thương giải phẫu thần kinh và sinh lý thần kinh. Trầm cảm nội sinh ở người cao tuổi có tỷ lệ trầm cảm không khác biệt so với người trẻ[43].

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

1.4.3.1.1. Tuổi và giới

Rối loạn TC có thể gặp ở các lứa tuổi, tuy nhiên ít được ghi nhận ở người cao tuổi, việc chẩn đoán rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi còn gặp nhiều khó khăn do các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng như ở vị thành niên và người trưởng thành.

Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi thay đổi rõ ràng theo tuổi, dao động lớn từ 0,4 đến 8,3%, theo tác giả Angold và Costello (2001) thì tỷ lệ này thay đổi từ 1,6 – 8,9%, Kristjansson B.(2005). nghiên cứu ở các trung tâm dưỡng lão Canada cho thấy tỷ lệ này là 1,8% ở tuổi < 60 còn trên 70 thì tỷ lệ là 4,6%, trên 80 tuổi có tỷ lệ 10,3%,..... các nghiên cứu khác nhau cũng đưa ra các tỷ lệ khác nhau[137].

Tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao hơn ở phụ nữ, các nghiên cứu ở người cao tuổi đều cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ cao gấp 2-3 lần so với ở nam giới.

1.4.3.1.2. Quá trình lão hóa.

Người cao tuổi có sự khủng hoảng lớn về tâm lý đặc biệt trong giai đoạn lão hóa, cảm xúc dao động, dễ bị tổn thương. Giai đoạn của sự thoái triển còn thường được thể hiện bằng những biểu hiện như tăng đậm những nét nhân cách vốn có của người bệnh, các thay đổi về tư duy, hành vi..... [12].

Các vấn đề nảy sinh trong quá trình lão hóa này làm cho người cao tuổi và gia đình xã hội lo lắng, đặc biệt các vấn đề liên quan đến SKTT chiếm tỷ lệ khá cao từ 8-21%, bao gồm rối loạn trầm cảm, tự sát, lạm dụng chất.

1.4.3.1.3.Nhân cách tiền bệnh lý

Những người cao tuổi có đặc điểm nhân cách như hay lo âu, dễ phụ thuộc, cảm xúc không ổn định, cầu toàn quá mức, ám ảnh...thì có nguy cơ cao bị trầm cảm. tuy nhiên bất cứ kiểu nhân cách nào cũng có khả năng bị trầm cảm trong hoàn cảnh khó thích ứng[20].

1.4.3.1.4.Thuốc và các chất giảm đau

Người cao tuổi mang trong mình nhiều loại bệnh nên thường dùng nhiều loại thuốc. Sử dụng các loại thuốc giảm đau, các loại thuốc gây ngủ và lạm dụng các chất gây nghiện đặc biệt sử dụng các loại thuốc giảm đau có chứa moocphin, rượu. Ở những người nghiện, lạm dụng chất thường có các biểu hiện bất thường về tâm lý, tâm thần như các rối loạn hành vi, cảm xúc.

Đặc điểm chung của lạm dụng các chất này là giai đoạn đầu thường kích thích, sáng khoái, hưng phấn nhưng sau đó người dùng thường rơi vào trạng thái trầm cảm, mệt mỏi, uể oải, giảm sút và ức chế các hoạt động tâm thần (giai đoạn ức chế)[3][117].

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

Trầm cảm khó được phát hiện ở người cao tuổi. Các than phiền về cơ thể có thể xuất phát từ một bệnh cơ thể mới hay đã có từ trước, (người cao tuổi hay bị các bệnh tim mạch hô hấp, ung thư...)hoặc phát sinh do trầm cảm... Các bệnh nhân trầm cảm cao tuổi thường có tỷ lệ tử vong cao hơn quần thể chung. Khi chẩn đoán trầm cảm cần phát hiện các yếu tố bệnh cơ thể và còn cần phải phân biệt với các loại bệnh khác như mất trí tiến triển do bệnh Alzheimer... [138][139].

1.5.1. Những nguyên tắc chung:

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

*** Điều trị bằng các liệu pháp tâm lý**

Có thể sử dụng các trị liệu tâm lý cá nhân, trị liệu tâm lý nhóm, liệu pháp gia đình.

Có thể sử dụng liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp thư giãn.... các liệu pháp này đã được khẳng định là có hiệu quả rõ rệt với các bệnh nhân trầm cảm là người cao tuổi, cả trong đơn trị liệu hoặc phối hợp với thuốc chống trầm cảm[139].Việc giải quyết các yếu tố stress, mâu thuẫn gia đình. Những lời khuyên, chia sẻ của người thân và sự chăm sóc của các thành viên trong gia đình...kể cả các phương pháp luyện tập cũng có vai trò quan trọng trong điều trị trầm cảm người cao tuổi.

*** Điều trị dược lý:**

Các nhà lâm sàng hiện nay có thể lựa chọn giữa nhiều loại thuốc chống trầm cảm khác nhau, tuy nhiên trầm cảm vẫn chưa được điều trị đúng mức trong cộng đồng. Một nghiên cứu mới của Menchetti M và cộng sự cho thấy chỉ có 24,4% bệnh nhân trầm cảm được đi khám bệnh và trong đó chỉ có 50% được chỉ định thuốc điều trị đúng[99].

Theo các tác giả, cần lựa chọn các thuốc chống trầm cảm không có tác động kháng cholinergic vì tác động kháng cholinergic sẽ gây ra hoặc làm tăng các rối loạn tim mạch sẵn có ở người cao tuổi (nhịp tim, tăng huyết áp ...). Thêm nữa các thuốc này có thể còn gây ra suy giảm trí nhớ, rối loạn định hướng ở người già, làm cho bệnh cảnh trở nên phức tạp, dễ lẫn với bệnh sa sút trí tuệ [105].

Trầm cảm người cao tuổi thường phối hợp với lo âu, có khi kích động. Việc chọn lựa các thuốc chống trầm cảm có tác động yên dịu là một ưu tiên. Việc phối hợp các thuốc giải lo âu có thời gian bán hủy ngắn, ít gây giãn cơ, loạng choạng, ngã gãy xương ở người cao tuổi cũng cần được xem xét. Việc

phối hợp các thuốc chống loạn thần, yên dịu mạnh cần được cân nhắc tránh các thuốc có thể gây trầm cảm thứ phát[105].

Liều lượng các thuốc hướng thần nói chung và chống trầm cảm nói riêng ở người cao tuổi cần cân nhắc thận trọng, theo các tác giả, (thường bằng 1/2 liều người trẻ tuổi) do khả năng dung nạp, chuyển hoá, hấp thu, đào thải, bài tiết của người cao tuổi đều đã bị suy giảm, thoái triển[105][139].

Người già thường được sử dụng nhiều loại thuốc khác nhau cùng lúc (để điều trị các bệnh cơ thể kèm theo), do vậy cần phải xem xét sự tương tác giữa các thuốc chống trầm cảm với các thuốc điều trị bệnh cơ thể.

Điều trị sốc điện (ECT) cũng được chỉ định trong các trường hợp có các triệu chứng loạn thần ở người từ chối ăn uống hay có nguy cơ tự sát cao [37].

Các tác giả cho rằng, điều trị các RLTC cần phải điều trị toàn diện và phải tuân thủ các nguyên tắc:

1.5.2.Sử dụng thuốc chống trầm cảm:

+ Thời gian điều trị: Thanh toán các triệu chứng từ 1 đến 3 tháng. Chống tái phát từ 4 đến 6 tháng sau khi hết các triệu chứng cơ bản. Điều trị lâu dài nên tìm liều thấp nhất mà có hiệu lực cho từng BN.

+ Cơ sở để chọn thuốc chống trầm cảm:

- Tác dụng ưu thế của thuốc đối với triệu chứng trầm cảm:

* Thuốc CTC cảm êm dịu đối với các triệu chứng lo âu, kích động

* Thuốc CTC hoạt hóa đối với các triệu chứng ức chế tâm thần vận động

- Các BN kháng thuốc

* Điều trị kháng thuốc chống trầm cảm: Theo L. Colona và cs (1996), khoảng 10 - 30% BN kháng thuốc CTC. Kháng thuốc CTC khi điều trị hai loại CTC khác nhau trong 4 - 6 tuần với liều hiệu quả, nhưng các triệu chứng trầm cảm không thuyên giảm.

- Cần thay thuốc CTC không hiệu quả bằng loại thuốc CTC có cơ chế khác. Có thể tăng cường tác dụng thuốc CTC với một thuốc khác mà thuốc này có tác dụng làm tăng hiệu lực của thuốc CTC [138], gồm có:

+ Thuốc CTC kết hợp với Lithium, có thể đáp ứng tốt khoảng 20-60% số bệnh nhân sau 4 tuần điều trị, nồng độ Lithium được duy trì trong huyết tương từ 0,5-0,8mmol/l thường đạt được kết quả điều trị tốt, thời gian ổn định kéo dài [142][143].

+ Kết hợp thuốc CTC với hormone thyroid cũng có thể có tới 30-40% số bệnh nhân đáp ứng tốt sau 4-6 tuần điều trị, trong đó T3 (Triiodothyroxin) có hiệu quả cao hơn T4 (Thyroxin).

* Có thể được sốc điện, tuy nhiên hết sức cẩn thận và phải kiểm tra kỹ các bệnh nội khoa. Nói chung các BN lớn tuổi cần có sự phối hợp các phương pháp điều trị như liệu pháp tâm lý, các hoạt động xã hội và hoạt động nhận thức, cần có chương trình chăm sóc và điều trị lâu dài.

* Điều trị các bệnh tâm thần kết hợp: Sự kết hợp giữa rối loạn lo âu và trầm cảm rất thường gặp, rối loạn lo âu chiếm khoảng 15% dân số (Mỹ), trong số này có 25% BN lo âu có RLTC điển hình. Ngược lại, khoảng 20-30% số BN trầm cảm khi hỏi cũng rất hay gặp rối loạn lo âu, lo âu cấp, rối loạn hoảng sợ, do vậy làm tăng nguy cơ tự sát ở BN trầm cảm [94].

1.5.3. Một số phương pháp điều trị khác

1.5.3.1. Điều trị bằng sốc điện:

Sốc điện lần đầu tiên được sử dụng vào năm 1938 bởi Cerletti và Bini. Là một liệu pháp gây ra trạng thái mất ý thức trong một thời gian ngắn, tạo ra một cơn co giật động kinh trung bình từ một kích thích điện. Có thể sốc điện một hoặc hai bên. Sốc điện một bên có thể giảm được một số tác dụng phụ về nhận thức sau sốc điện như thời gian hồi phục trí nhớ nhanh hơn sốc hai bên [94].

1.5.3.2. Điều trị bằng kích thích từ xuyên sọ.

(TMS) là một kỹ thuật mới, tác động khu trú và không xâm phạm đối với tổ chức não. Cho tới trước 1/2003 đã có tới hơn 2140 công trình nghiên cứu về kỹ thuật này được công bố, nghĩa là từ năm 1999 đến nay, ít nhất mỗi năm có 250 công trình nghiên cứu được công bố [141].

1.5.3.3. Liệu pháp ánh sáng:

Bệnh trầm cảm theo mùa thường xuất hiện vào mùa đông - xuân (đỉnh cao là tháng 12), do ánh sáng mặt trời giảm hơn các mùa khác nên gây ra sự tiết bất thường melatonin của tuyến tùng. Melatonin làm ảnh hưởng đến nhịp sinh học, làm rối loạn chu kỳ thức ngủ, do vậy người ta đã sử dụng ánh sáng với cường độ 1500- 2500 lux, với cường độ này thì ánh sáng có tác dụng làm giảm tiết melatonin để điều trị RLTC theo mùa [54][141].

Giờ điều trị: Điều trị vào buổi sáng từ 6 đến 8 giờ, hoặc từ 12-14 giờ nếu BN ngủ nhiều. Điều trị vào khoảng thời gian từ 18 đến 22 giờ nếu BN mất ngủ

1.5.4. Điều trị toàn diện

- + Nâng đỡ thể trạng, chống suy mòn, chống bội nhiễm và chống loét.
- + Chế độ ăn uống phù hợp, sử dụng các vitamin và đạm thủy phân.
- + Các biện pháp đề phòng hành vi tự sát.
- + Vệ sinh thân thể và răng miệng thường xuyên.
- + Luôn luôn đề phòng nguy cơ chuyển thành rối loạn hưng cảm trong sử dụng các thuốc CTC.

1.5.5. Điều trị củng cố

Nhằm tránh tái phát các triệu chứng trầm cảm, nhiều nghiên cứu khẳng định tái phát, tái diễn là thường gặp và cũng có nhiều khó khăn trong điều trị. Tái phát thường xuất hiện 4-8 tuần sau giai đoạn trầm cảm. Nếu thuốc CTC đã có hiệu quả tốt trong điều trị giai đoạn trầm cảm cấp, sau khi hết các triệu chứng lâm sàng vẫn có thể điều trị duy trì liều thuốc đó. Thời gian điều trị củng

có vẫn còn chưa có sự thống nhất, theo một số tác giả việc điều trị củng cố RLTC khoảng từ 4 đến 6 tháng, có thể 6-9 tháng[136]. Một số tác giả khuyên nên dùng bằng 1/2 liều điều trị [70]. Nếu điều trị lâu dài cần phối hợp liệu pháp tâm lý để BN không bỏ thuốc. Trong thực tế khả năng tái phát khoảng 40-60% nếu không điều trị duy trì và 10-30% nếu được điều trị duy trì [138].

1.5.6.Điều trị dự phòng:

-Nhằm tránh tái diễn các rối loạn trầm cảm. Thời gian tối thiểu điều trị dự phòng là 5 năm kể từ khi hết các triệu chứng trầm cảm [106]. Theo Kupler, cần điều trị dự phòng 5 năm cho những BN có nguy cơ tái diễn cao (trong tiền sử đã có nhiều giai đoạn trầm cảm). Hiệu quả của thuốc CTC khá tốt khi điều trị dự phòng trầm cảm đơn cực. Khoảng 15% xuất hiện hiện tượng đảo ngược khí sắc trong quá trình điều trị dự phòng, BN trở nên hưng cảm, trong những trường hợp này có thể kết hợp thuốc CTC với thuốc chỉnh khí sắc (Depakin.....). Những nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ tái diễn tăng cao sau khi dừng điều trị, ngay cả khi BN đã được điều trị từ 3 -5 năm. Việc dừng điều trị phải từ từ sau một giai đoạn ổn định nhiều tháng [84][105][138].

1.5.7. Tiến triển và tiên lượng trầm cảm ở người cao tuổi

Đối với người ở tuổi tiền lão và tuổi già các stress của môi trường sống đóng một vai trò rất quan trọng trong căn nguyên, bệnh sinh của các rối loạn trầm cảm. Thêm vào đó là các biến đổi đặc trưng ở tuổi thoái triển và sự già hoá cả về cơ thể và tâm thần (nhất là với phụ nữ) làm cho khả năng thích nghi của những người già cũng bị suy giảm theo lứa tuổi.

- Trầm cảm người cao tuổi còn có thể do các bệnh cơ thể gây ra hoặc song song cùng tồn tại với bệnh cơ thể. Do vậy bệnh nhân thường được điều trị nhiều loại thuốc khác nhau, sự dung nạp thuốc của người già thường thấp và có nhiều tác dụng phụ hay biến chứng do tác động tương hỗ giữa các thuốc trong cơ thể bệnh nhân..... do đó tiến triển các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi thường là phức tạp, biến động và nặng nề hơn so với người trẻ. Tỷ lệ tái phát

thường cao, sự hồi phục thường không hoàn toàn, dễ trở thành mạn tính, khó điều trị hơn và nguy cơ tự sát cao hơn so với trầm cảm ở người trẻ tuổi [109].

- Trầm cảm ở người cao tuổi cần được xem xét và đánh giá một cách thận trọng cả về cơ thể và tâm thần, cả về lâm sàng và cận lâm sàng. Một tiên lượng sẽ khả quan hơn nếu có các nhân tố sau:

- ◇ Tuổi dưới 70
- ◇ Trong tiền sử gia đình có người bị rối loạn cảm xúc,
- ◇ Đã có một cơn trầm cảm rõ rệt khởi phát trước tuổi 45 và có hồi phục hoàn toàn.

- Tiên lượng sẽ kém hơn nếu.

- ◇ Tuổi trên 70
- ◇ Kèm theo bệnh cơ thể nặng
- ◇ Tiền sử bị bệnh trầm cảm liên tục trên hai năm không có giai đoạn hồi phục
- ◇ Có biểu hiện tổn thương não, có dấu hiệu thần kinh khu trú....

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

- Các trắc nghiệm tâm lý không có giá trị chẩn đoán xác định RLTC. Các thang này có ý nghĩa trợ giúp lâm sàng, đánh giá cường độ trầm cảm, dự đoán tiến triển, kết quả điều trị hội chứng trầm cảm.

- Các trắc nghiệm được sử dụng trong nghiên cứu gồm có:

- + Thang đánh giá trầm cảm Beck
- + Thang đánh giá trầm cảm người cao tuổi
- + Thang đánh giá lo âu Zung

1.6.1. Thang đánh giá trầm cảm Beck (Beck Depression Inventory - BDI)

- Thang đánh giá trầm cảm do A.T. Beck và cộng sự giới thiệu năm 1974 từ những quan sát lâm sàng bệnh nhân trầm cảm. Trắc nghiệm Beck được WHO thừa nhận để đánh giá trạng thái trầm cảm và hiệu quả của các phương pháp điều trị.

- Thang có 21 mục, bao gồm 95 mục nhỏ thể hiện trạng thái cảm xúc của đối tượng với 4 mức độ được ghi điểm từ 0 đến 3.

Tổng số điểm: $21 * 3 = 63$.

Đánh giá kết quả:

Tổng số điểm < 14	: bình thường
Từ 14 – 19	: trầm cảm nhẹ
Từ 20 – 29	: trầm cảm vừa
≥ 30	: trầm cảm nặng

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

- Thang đánh giá trầm cảm người già (GDS) được Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adley and Rose đưa ra sử dụng vào đầu những năm 1980. Là một công cụ đơn giản đáp ứng nhu cầu phát hiện nhanh trầm cảm ở người cao tuổi.

- Thang này được thiết lập như một bảng tự đánh giá. Thang bao gồm 30 câu hỏi được người bệnh tự trả lời có hay không, các câu hỏi đề cập tới cảm giác của người được hỏi cảm thấy thế nào trong thời gian một hoặc hai tuần qua.

- Tỷ số của GDS khá rõ ràng. Ở những câu hỏi có dấu chấm bên cạnh (.), nếu trả lời “không” thì đáp ứng với trầm cảm (các câu 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30). Còn ở các câu hỏi khác, câu trả lời "có", chỉ ra rằng có đáp ứng trầm cảm. Tất cả những điểm đáp ứng trầm cảm được tính 1 điểm và khi nào điểm trên 14 là lý do để xem xét.

1.6.3. Thang đánh giá lo âu Zung (Self rating anxiety scal of Zung).

Thang này do W.K Zung đề xuất năm 1980, được dùng để đánh giá trạng thái lo âu. Nội dung gồm 20 câu hỏi về triệu chứng dành cho người bệnh tự

đánh giá, mỗi câu có 4 mức điểm từ 1 đến 4 được xếp theo thời gian xuất hiện triệu chứng. Điểm số tối đa là $20 \times 4 = 80$

Cách đánh giá:

$$+ \text{Điểm số (\%)} = \frac{\text{Điểm thực hiện được}}{\text{Điểm số tối đa (80)}} \times 100$$

+ Đánh giá:

- Điểm số $\geq 50\%$: rối loạn lo âu
- Điểm số $< 50\%$: không rối loạn lo âu

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

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

- Đối tượng nghiên cứu.

Gồm tất cả các bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm của ICD- 10F (1992), tại các mục:

- F06.32 rối loạn trầm cảm thực tổn.
- F31.3 (rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ và vừa).
- F31.4 (rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm nặng không có các triệu chứng loạn thần).
- F31.5 (rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm nặng có các triệu chứng loạn thần).
- F 31.6 (rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hỗn hợp).
- F32.0 (giai đoạn trầm cảm nhẹ).
- F32.1 (giai đoạn trầm cảm vừa).
- F32.2 (giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần).
- F32.3 (giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần).
- F32.8 (các giai đoạn trầm cảm khác).
- F32.9 (giai đoạn trầm cảm không biệt định).
- F33.0 (rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn nhẹ).
- F33.1 (rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn vừa).
- F33.2 (rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn nặng không có các triệu chứng loạn thần).

- F33.3 (rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn nặng có các triệu chứng loạn thần).
- F33.4 (rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại thuyên giảm).
- F33.8 (rối loạn trầm cảm tái diễn khác).
- F33.9 (rối loạn trầm cảm tái diễn không biệt định).

Chúng tôi thực hiện công trình nghiên cứu trong thời gian 4 năm từ tháng 6 năm 2009 đến tháng 12 năm 2013.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- + Những bệnh nhân dưới 60 tuổi
- + Những bệnh nhân mắc bệnh tâm thần phân liệt. Sa sút tâm thần
- + Những bệnh nhân nghiện ma túy hay các chất tác động tâm thần
- + Gia đình và bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

+ Sử dụng phương pháp mô tả tiến cứu, có kết hợp với phỏng vấn hồi cứu tiền sử cá nhân và gia đình, phân tích từng trường hợp.

+ Phân tích các triệu chứng lâm sàng của từng bệnh nhân nghiên cứu trong 2 thời điểm, tương ứng với 2 giai đoạn tiến triển cấp tính của bệnh và giai đoạn tương đối ổn định của bệnh.

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

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu

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

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

Trong đó: n là số bệnh nhân nghiên cứu

P = 90% tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng cốt lõi của trầm cảm người già là mất các ham thích, hứng thú đã được xác định bởi các nghiên cứu trước đây (Kapland và Sadock (1997), Gary W. Samll, Peter V. Rabins (1997)

q = 10% tỷ lệ bệnh nhân có RLTC nhưng không có biểu hiện này.

$\Delta = 6$ là khoảng sai lệch mong muốn thu được

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

Thay số vào công thức ta có:

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

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

2.2.3. Công cụ nghiên cứu lâm sàng

Tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm theo ICD - 10

* Các triệu chứng chính:(đặc trưng)

- ◇ Khí sắc trầm
- ◇ Mất quan tâm, thích thú và mọi ham muốn.
- ◇ Tăng mệt mỏi, giảm hoạt động chỉ sau một cố gắng nhỏ.

* Các triệu chứng phổ biến khác.

- ◇ Giảm độ tập trung, sự chú ý.
- ◇ Giảm tính tự trọng và lòng tự tin.

- ◇ Những ý tưởng tự buộc tội và không xứng đáng.
- ◇ Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan.
- ◇ Ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại hoặc tự sát
- ◇ Rối loạn giấc ngủ
- ◇ Ăn ít ngon miệng.

*** Các triệu chứng sinh học của trầm cảm (somatic syndrome)**

1. Mất quan tâm thích thú trong các hoạt động mà khi bình thường vẫn làm bệnh nhân hứng thú
2. Thiếu các phản ứng cảm xúc đối với những sự kiện hoặc những hành động mà bình thường vẫn gây ra những phản ứng cảm xúc.
3. Tỉnh giấc vào lúc sáng sớm hơn 2 giờ hoặc sớm hơn giờ thức dậy thường ngày.
4. Trầm cảm nặng lên vào buổi sáng.
5. Có bằng chứng khách quan về sự chậm chạp tâm thần vận động hay kích động (được nhận thấy hay do người khác kể lại).
6. Giảm nhiều cảm giác ngon miệng.
7. Sụt cân (5% hoặc nhiều hơn trọng lượng cơ thể trong tháng trước).
8. Giảm đáng kể hưng phấn tình dục

* Nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán giai đoạn trầm cảm khi các triệu chứng trên phải tồn tại ít nhất 2 tuần, nhưng cũng có thể ngắn hơn nếu có triệu chứng trầm cảm nặng bất thường, khởi phát nhanh. Trong tiền sử không có một giai đoạn hưng cảm hay hưng cảm nhẹ trong bất kỳ thời điểm nào của bệnh, bao gồm:

Giai đoạn trầm cảm nhẹ: F32.0

- Có ít nhất 2 triệu chứng chủ yếu của trầm cảm.
- Có ít nhất 2 triệu chứng phổ biến khác.

- Không có triệu chứng nào ở mức độ nặng.
- Thời gian rối loạn trầm cảm tối thiểu kéo dài 2 tuần
- Có hay không có các triệu chứng cơ thể của trầm cảm.
- Khó tiếp tục công việc thường ngày và hoạt động xã hội nhưng vẫn có thể thích ứng được một phần.

Giai đoạn trầm cảm vừa: F32.1

- Có ít nhất 2 triệu chứng của trầm cảm.
- Có ít nhất 3 hoặc 4 triệu chứng phổ biến khác
- Có thể có một số triệu chứng ở mức độ nặng.
- Thời gian rối loạn trầm cảm tối thiểu kéo dài 2 tuần.
- Có hay không có các triệu chứng cơ thể của trầm cảm.
- Khó khăn để tiếp tục hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình.

Giai đoạn trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần: F 32.2

- Có 3 triệu chứng chủ yếu của trầm cảm.
- Có nhiều hơn 4 triệu chứng khác.
- Phần lớn triệu chứng ở mức độ nặng.
- Thời gian rối loạn trầm cảm tối thiểu kéo dài 2 tuần.
- Có hay không có các triệu chứng cơ thể của trầm cảm.
- Ít khả năng tiếp tục công việc thường ngày và hoạt động xã hội.

Giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần: F32.3

- Thoả mãn các tiêu chuẩn của trầm cảm nặng không có loạn thần.
- Có hoang tưởng ảo giác hoặc sững sờ trầm cảm. Hoang tưởng ảo giác phù hợp với rối loạn khí sắc

Các giai đoạn trầm cảm khác: F 32.8

Các giai đoạn trầm cảm không biệt định: F 32.9

***Rối loạn cảm xúc lưỡng cực,**

*** RLCXLC hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ hoặc vừa F 31.3 bao gồm:**

Phải có đầy đủ các tiêu chuẩn cho một giai đoạn trầm cảm nhẹ (F32.0) hoặc (F32.1).

Phải có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm nhẹ, hưng cảm, hoặc hỗn hợp trong giai đoạn quá khứ.

- Không có triệu chứng cơ thể (F 31.30)
- Có các triệu chứng cơ thể (f 31.31)

*** Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần (F31.4), tiêu chuẩn chẩn đoán là:**

+ Hiện tại phải có đầy đủ các chuẩn của 1 giai đoạn trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần (F32.2).

+ Phải có ít giai đoạn hưng cảm hoặc cảm nhẹ hoặc hỗn hợp trong thời gian trước đây.

*** Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần (F31.5), tiêu chuẩn chẩn đoán là:**

+ Hiện tại phải có đầy đủ các tiêu chuẩn của 1 giai đoạn trầm cảm nặng có triệu chứng loạn thần (F32.3).

+ Phải có ít nhất 1 giai đoạn hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ hoặc hỗn hợp trong thời gian trước đây.

+ Phải có hoang tưởng và ảo giác có thể phù hợp hoặc không phù hợp với khí sắc.

*** Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hỗn hợp (F31.6), tiêu chuẩn chẩn đoán là:**

+ Bệnh nhân có ít nhất một giai đoạn rối loạn cảm xúc hưng cảm. hưng cảm nhẹ hoặc hỗn hợp trong quá khứ biểu lộ hoặc pha trộn hoặc thay đổi nhanh chóng các triệu chứng hưng cảm, hưng cảm nhẹ và trầm cảm.

+ Chỉ có thể chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực hỗn hợp nếu cả 2 nhóm triệu chứng đều nổi bật trong phần lớn giai đoạn hiện tại của bệnh và nếu giai đoạn này kéo dài ít nhất 2 tuần.

- **Rối loạn trầm cảm tái diễn.**

+ **Rối loạn trầm cảm tái diễn - hiện tại giai đoạn trầm cảm nhẹ (F33.0)**, có hay không có triệu chứng cơ thể và tiêu chuẩn chẩn đoán là.

Phải có đủ tiêu chuẩn cho một rối loạn trầm cảm tái diễn, F33.0. Có một giai đoạn trầm cảm đã được biệt định như giai đoạn trầm cảm nhẹ F32.0.

Có ít nhất 2 giai đoạn kéo dài tối thiểu 2 tuần lễ và phải cách nhau vài tháng không có rối loạn khí sắc đáng kể.

- **Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn trầm cảm vừa (F33.1), tiêu chuẩn chẩn đoán là:**

Phải có đủ tiêu chuẩn cho một rối loạn trầm cảm tái diễn, F33.1. Có một giai đoạn trầm cảm đã được biệt định như giai đoạn trầm cảm vừa F32.1

Có ít nhất 2 giai đoạn kéo dài tối thiểu 2 tuần lễ và phải cách nhau vài tháng không có rối loạn khí sắc đáng kể.

- **Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần (F33.2), tiêu chuẩn chẩn đoán là:**

+ Phải có đủ tiêu chuẩn cho 1 rối loạn trầm cảm tái diễn (F33.2) và giai đoạn hiện tại phải có đủ tiêu chuẩn cho 1 giai đoạn trầm cảm nặng không kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.2).

+ Ít nhất phải có 2 giai đoạn phải kéo dài tối thiểu là 2 tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn khí sắc đáng kể nào.

- **Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần (F33.3)**, tiêu chuẩn chẩn đoán là:

+ Phải có đủ tiêu chuẩn cho 1 rối loạn trầm cảm tái diễn (F33.3) và giai đoạn hiện tại phải có đủ tiêu chuẩn cho 1 giai đoạn trầm cảm nặng không kèm theo các triệu chứng loạn thần (F32.3).

+ Ít nhất phải có 2 giai đoạn phải kéo dài tối thiểu là 2 tuần và phải cách nhau nhiều tháng không có rối loạn khí sắc đáng kể nào.

+ Các triệu chứng loạn thần có thể phù hợp hoặc không phù hợp với khí sắc chẩn đoán biệt định ở F33.30 (có các triệu chứng loạn thần phù hợp với khí sắc) và F33.31 (có triệu chứng loạn thần không phù hợp với khí sắc).

- Rối loạn trầm cảm tái diễn, hiện tại giai đoạn thuyên giảm. F33.4
- Rối loạn trầm cảm tái diễn khác. F33.8
- Rối loạn trầm cảm tái diễn, không biệt định F 33.9.
- F06.32 rối loạn trầm cảm thực tổn với nguyên nhân trực tiếp là bệnh não hoặc rối loạn cơ thể khác
- Các thể trầm cảm khác....

Trắc nghiệm tâm lý Beck (thực hiện theo thang Beck rút gọn)

- Mục đích: đánh giá mức độ trầm cảm của bệnh nhân nghiên cứu, kiểm chứng với khám đánh giá lâm sàng.

- Phương pháp tiến hành:

Khảo sát trắc nghiệm tâm lý theo test Beck trong 2 lần ở tất cả bệnh nhân nghiên cứu:

- Lần 1: Khoảng từ ngày thứ 1-5 sau khi bệnh nhân vào viện.
- Lần 2: Trước khi bệnh nhân ra viện.

Kết quả test được đánh giá so sánh, kiểm chứng với kết quả thăm khám thực tế lâm sàng (có phụ lục kèm theo).

Thang đánh giá trầm cảm người già (phụ lục)

- Thang đánh giá trầm cảm người già (GDS) được Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adley and Rose đưa ra sử dụng vào đầu những năm 1980. Là một công cụ đơn giản đáp ứng nhu cầu phát hiện nhanh trầm cảm ở người cao tuổi [149].

Thang đánh giá lo âu Zung (có phụ lục kèm theo)

Thang này do W.K Zung đề xuất năm 1980, được dùng để đánh giá trạng thái lo âu. Nội dung gồm 20 câu hỏi về triệu chứng dành cho người bệnh tự đánh giá, mỗi câu có 4 mức điểm từ 1 đến 4 được xếp theo thời gian xuất hiện triệu chứng. Điểm số tối đa là $20 \times 4 = 80$ [150].

2.2.4. Công cụ khảo sát các yếu tố tâm lý gia đình và xã hội ở bệnh nhân nghiên cứu

Bộ câu hỏi gồm 15 câu hỏi, xây dựng dựa theo bộ câu hỏi đánh giá yếu tố tâm lý - xã hội của Viện Y học Lao động, TP Hà Nội (có phụ lục kèm theo) nhằm đánh giá:

- + Hoàn cảnh tâm lý - xã hội quá khứ và hiện tại của bệnh nhân.
- + Yếu tố di truyền.
- + Môi trường sống tự nhiên.

Người khảo sát có nhiệm vụ hướng dẫn bệnh nhân và gia đình bệnh nhân hiểu từng câu và đánh dấu vào các mục có hoặc không.

Phương pháp tiến hành khảo sát

* Phòng vấn trực tiếp từng đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi thu nhập thông tin, đánh giá các yếu tố tâm lý - xã hội đã được xây dựng, đánh dấu ghi nhận các yếu tố tâm lý - xã hội tác động đến khởi phát bệnh ở đối tượng nghiên cứu.

* Phòng vấn trực tiếp người nhà của từng đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi thu nhập thông tin, đánh giá các yếu tố tâm lý, xã hội để xây dựng, bổ xung và khẳng định thông tin mà bệnh nhân đã cung cấp.

* Tham khảo ý kiến của nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, theo dõi hàng ngày đối tượng nghiên cứu trong thời gian điều trị, để bổ xung các thông tin mà bệnh nhân, người nhà bệnh nhân chưa cung cấp trong khi phỏng vấn.

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

Mỗi đối tượng nghiên cứu được khám xét tử mỹ xác định qua 2 lần khám lâm sàng ở 2 giai đoạn để đánh giá so sánh tiến triển của các dấu hiệu lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu:

- Lần khám bệnh thứ 1 (giai đoạn cấp tính): theo dõi phát hiện các biểu hiện lâm sàng từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 5 sau khi bệnh nhân nhập viện.

- Lần khám bệnh thứ 2 (giai đoạn tạm thời ổn định): theo dõi phát hiện các biểu hiện lâm sàng khi bệnh nhân được xuất viện.

- Thu nhập các thông tin về lâm sàng dựa vào bộ câu hỏi đã được xây dựng (có phụ lục kèm theo).

- Phỏng vấn hồi cứu các yếu tố tiền sử cá nhân và gia đình liên quan đến rối loạn trầm cảm.

- Hoàn thiện bệnh án nghiên cứu theo mẫu (có phụ lục kèm theo).

2.3.1. Các biến số nghiên cứu

*** *Biến số khảo sát về đặc điểm chung của bệnh nhân***

- Đặc điểm về giới: nam/ nữ

- Đặc điểm về tuổi khởi phát, tuổi tại thời điểm nghiên cứu

- Đặc điểm về nghề nghiệp lao động trước đây: lao động trí óc, lao động chân tay, tự do buôn bán...

- Hôn nhân và hoàn cảnh gia đình: có gia đình, độc thân, ly hôn, goá, có người thân nghiện rượu, ma túy, con hư, gia đình có người ốm hay chết, vợ chồng bất hoà, xung đột trong gia đình, kinh tế khó khăn...

- Thời gian bị bệnh (từ lúc khởi phát đến thời điểm nghiên cứu).

Các biến này đã được y văn cho là có đặc điểm riêng, đặc trưng cho rối loạn trầm cảm ở người trên 60 tuổi.

*** Các biến số khảo sát về đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân**

A- Đánh giá các biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn sớm của bệnh

+ Các biểu hiện sớm của bệnh như hội chứng suy nhược (rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, giảm tập trung chú ý, dễ bị kích thích), các biểu hiện phổ biến về tiêu hoá (chán ăn, khó tiêu), các triệu chứng đau, rối loạn thần kinh thực vật....., thời gian xuất hiện, cường độ, tính chất, liên quan, diễn biến, thái độ của bệnh nhân đối với các triệu chứng đó.

+ Các biểu hiện sớm về loạn thần, các rối loạn hành vi, cảm xúc....

B- Đánh giá các biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn nhập viện. Các triệu chứng tâm thần của trầm cảm (các triệu chứng chủ yếu, các triệu chứng thường gặp....), nội dung triệu chứng, mức độ trầm trọng, mối tương quan giữa các triệu chứng, tiến triển của triệu chứng qua thời gian điều trị.

- Đặc điểm các triệu chứng cơ thể của trầm cảm.

- Các hoang tưởng ảo giác, các rối loạn hành vi, rối loạn lo âu...

- Các biểu hiện của suy giảm nhận thức trong trầm cảm.

- Các bệnh cơ thể kết hợp.

- Các yếu tố thúc đẩy quá trình phát triển bệnh

C. Các biến số về đặc điểm cận lâm sàng của bệnh

- Đặc điểm qua đánh giá test Beck, thang GDS, các xét nghiệm khác

D. Các biến về khảo sát điều trị.

- Điều trị các triệu chứng trầm cảm, các triệu chứng loạn thần, các rối loạn hành vi, các bệnh cơ thể kết hợp.

- Các thuốc điều trị, liều lượng, thời gian, tác dụng phụ.

2.4. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU, PHÂN TÍCH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

+ Tổng hợp kết quả bằng phương pháp thống kê toán học và tính mối liên quan. Các số liệu được xử lý bằng chương trình Stata 10.0, tính cỡ mẫu nghiên cứu, test student, test χ^2 , trong đó gồm:

- Tính tỷ lệ %.
- So sánh 2 hoặc nhiều tỷ lệ nghiên cứu:
- + Kiểm định μ^2 để so sánh nhiều tỷ lệ nghiên cứu:

$$\chi^2 = \Sigma(O - E)^2 / E$$

- + So sánh số trung bình quan sát bằng test "t student".

2.5. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Đề cương nghiên cứu đã được Bộ môn Tâm thần, Hội đồng chấm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

- Khi tiến hành nghiên cứu được sự đồng ý của Ban lãnh đạo VSKTT.

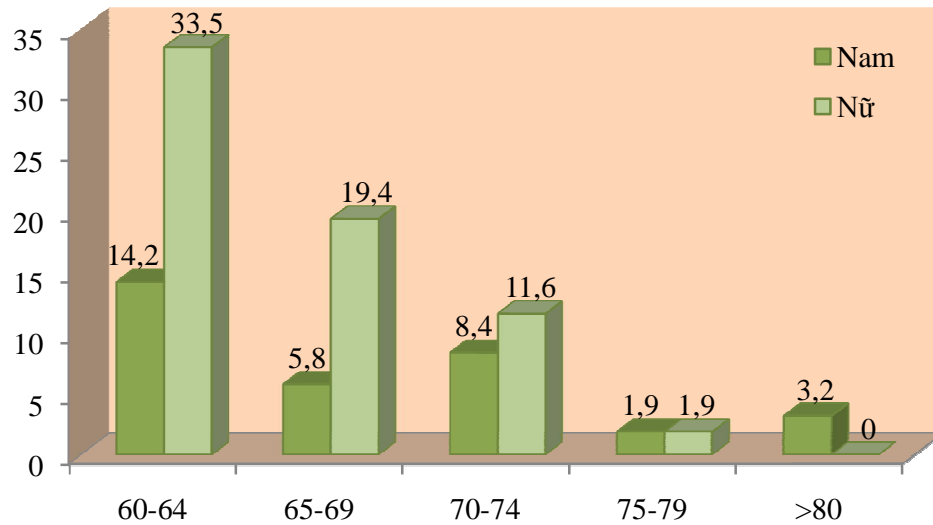
- Chúng tôi thông báo rõ mục đích nghiên cứu với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi được sự đồng ý của bệnh nhân và họ có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì.

- Vấn đề chẩn đoán xác định, can thiệp điều trị đều được tiến hành với sự hội chẩn và giám sát của Lãnh đạo Viện. Nghiên cứu chỉ là mô tả lâm sàng, nhằm góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán bệnh và nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

CHƯƠNG 3

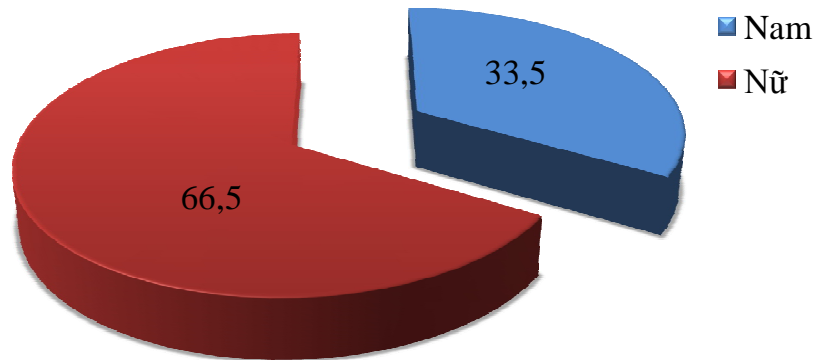
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU



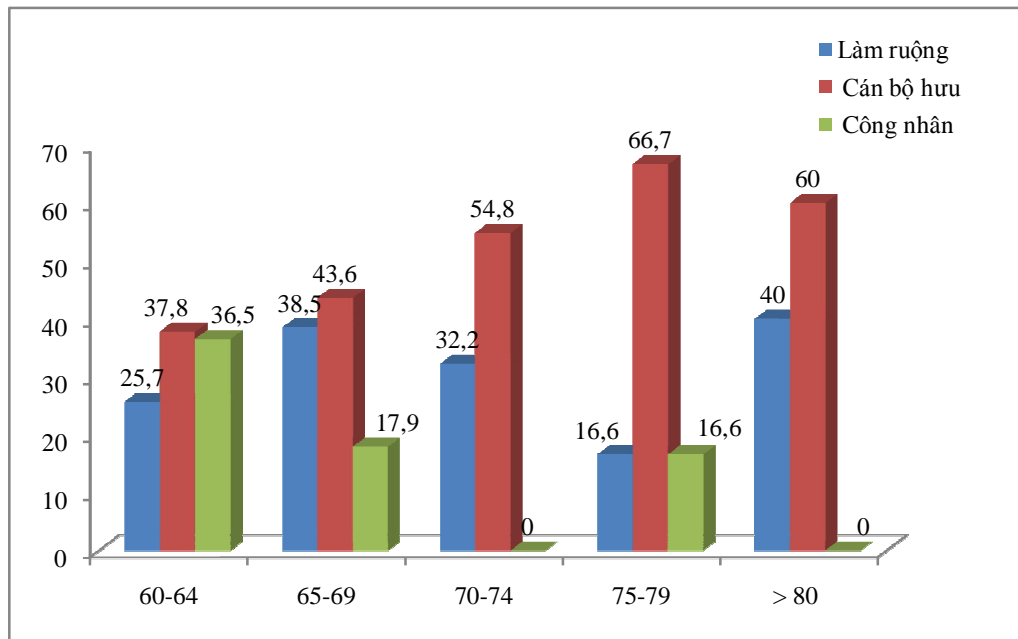
Biểu đồ 3.1. Nhóm tuổi ở các bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Theo sự phân bố tuổi bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu ở biểu đồ 3.1, rối loạn trầm cảm được phát hiện ở độ tuổi 60-69 là 113 bệnh nhân (chiếm 72,9%) ở nhóm trên 70 tuổi là 42 bệnh nhân (chiếm 27,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Tuổi trung bình của bệnh nhân có rối loạn trầm cảm ở thời điểm nghiên cứu ($69,35 \pm 9,26$). Đồ thị phân bố tuổi bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu tăng cao ở lứa tuổi 60-69, và giảm dần ở các nhóm tuổi cao hơn (biểu đồ 3.1).



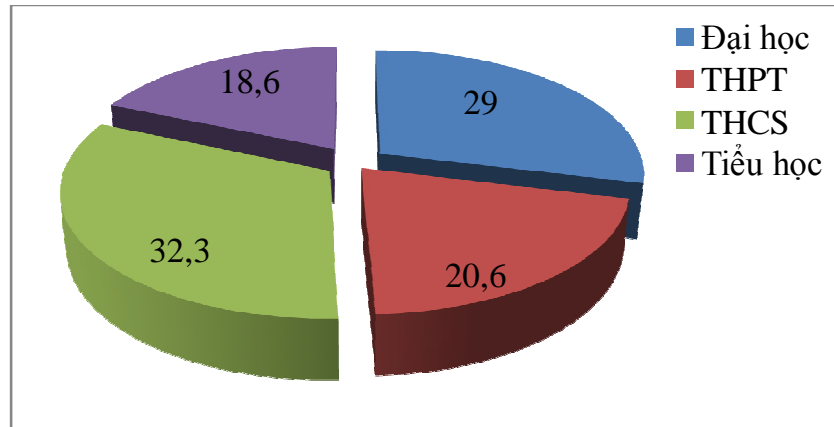
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ giới ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân nam là 33,8% và tỷ lệ bệnh nhân nữ là 66,5%. Sự khác biệt giới tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



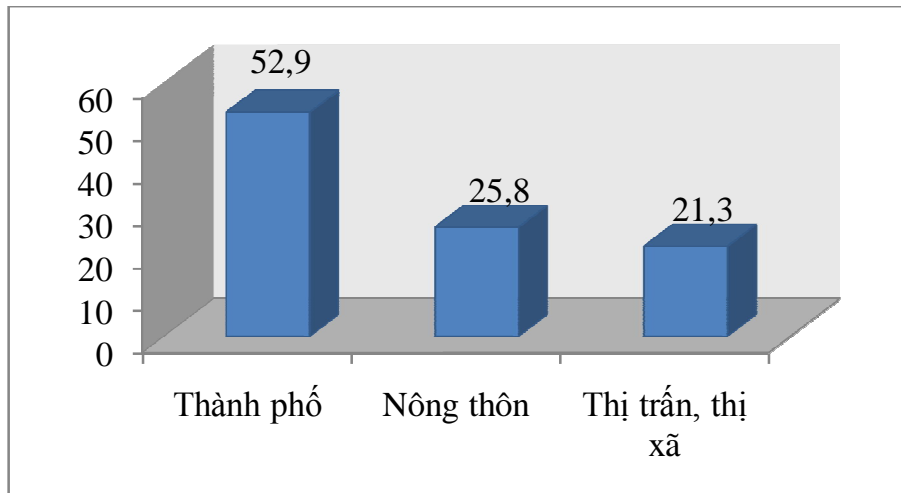
Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu theo nghề

Nhận xét: Nghề nghiệp làm ruộng chiếm tỷ lệ 30,3%. Cán bộ hưu trí chiếm tỷ lệ 44,5% bệnh nhân nghiên cứu, 25,2% là công nhân. Sự khác nhau trong nhóm nghề nghiệp là có ý nghĩa với ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.4. Trình độ học vấn

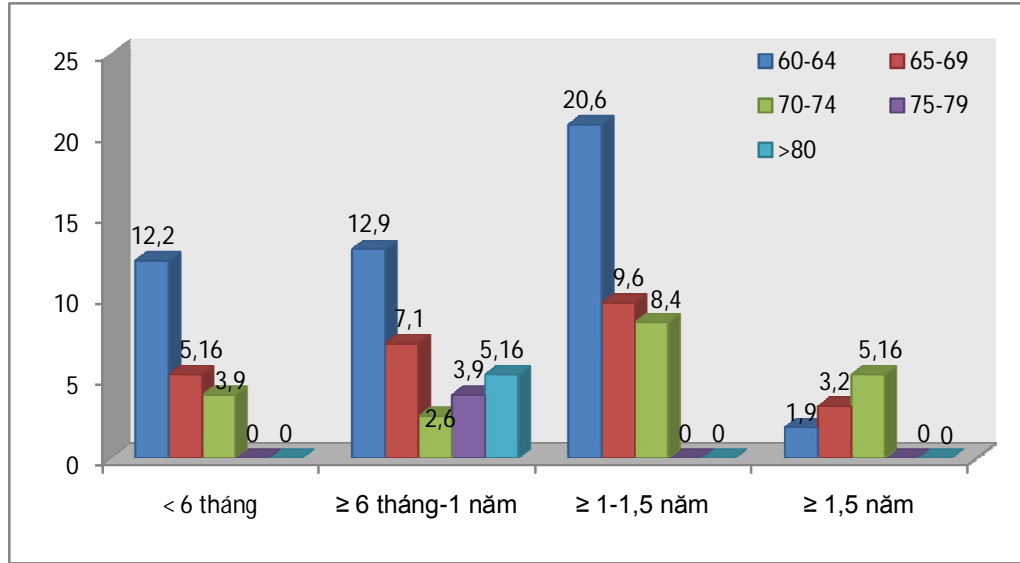
Nhận xét: Số bệnh nhân nghiên cứu có trình độ tiểu học là 28 bệnh nhân (chiếm 18,6%). Người có trình độ đại học là 45 người (chiếm 29,0%) trong đó cao nhất vẫn là nhóm trung học cơ sở gồm 50 bệnh nhân (chiếm 32,3%).



Biểu đồ 3.5. Phân bố bệnh nhân theo môi trường sống

Nhận xét: Nhiều nhất là nhóm ở thành phố gồm 82 bệnh nhân (chiếm 52,9%). Trong khi đó ở nông thôn là 40 bệnh nhân (chiếm 25,9%) và đặc biệt là có đến 33 bệnh nhân ở khu vực cận kề thành phố (chiếm tỷ lệ 21,3%).

So sánh giữa các bệnh nhân theo môi trường sống thấy $P < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.



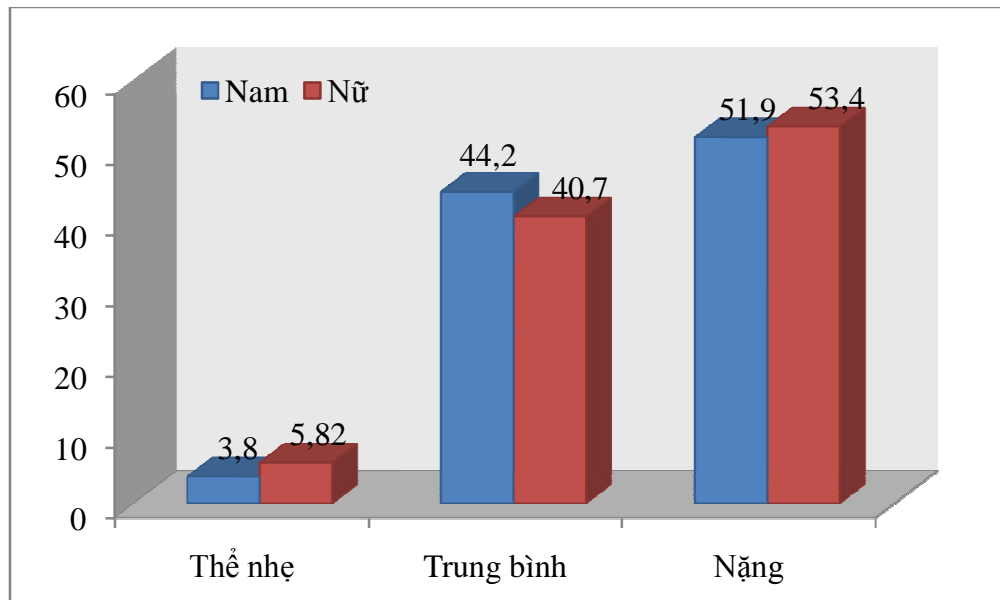
Biểu đồ 3.6. Thời gian từ khi phát bệnh đến khi đến khi được chẩn đoán và điều trị thỏa đáng

Nhận xét: Trong số 155 bệnh nhân có 33 bệnh nhân có thời gian từ khởi phát đến khi được chẩn đoán và điều trị < 6 tháng (chiếm 21,3%), như vậy số bệnh nhân được phát hiện bệnh sớm chỉ là 1/5 trong tổng số các bệnh nhân trầm cảm người cao tuổi. Có 46 bệnh nhân (chiếm 29%) được phát hiện rối loạn trầm cảm sau 1 năm bị bệnh. Đặc biệt có 60 bệnh nhân (chiếm 38,7%) được phát hiện có bệnh trầm cảm sau 1,5 năm và có 16 bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi được chẩn đoán và điều trị là trên 18 tháng (chiếm 10,3%). Như vậy khoảng 2/3 số bệnh nhân được phát hiện bệnh muộn.

Bảng 3.1. Các thể trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Mã bệnh Nhóm bệnh	Mã bệnh	Số bệnh nhân theo nhóm	% Theo nhóm	Tổng số BN nghiên cứu (155)	
				n	%
1. Trầm cảm thực tổn	F 06.3	5	3,2	5	3,2
2. Giai đoạn trầm cảm	F 32,0	1	0,6	86	55,5
	F 32,1	46	29,6		
	F 32,2	16	10,3		
	F 32,3	22	14,2		
	F 32,8	1	0,6		
3. Trầm cảm tái diễn	F 33,1	25	16,1	59	38,1
	F 33,2	24	15,5		
	F 33,3	10	6,5		
4. RLCX lưỡng cực hiện tại trầm cảm	F31,5	5	3,2	5	3,2
Tổng số		155	100		

Nhận xét: Có 86 bệnh nhân (chiếm 55,5%) với chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm; 59 bệnh nhân (chiếm 38,1%) được chẩn đoán là trầm cảm tái diễn; còn lại 10 bệnh nhân (chiếm 6,4%) được chẩn đoán là rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn trầm cảm và trầm cảm thực tổn.



Biểu đồ 3.7. Mức độ trầm cảm theo lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét:

Có 8 bệnh nhân nghiên cứu thuộc trầm cảm mức độ nhẹ (chiếm 5,16%) thể này chủ yếu gặp ở lứa tuổi 60-64, thường là do các sang chấn tâm lý tác động, bệnh nhân đã đi khám nhiều nơi, làm rất nhiều các xét nghiệm và điều trị với các chuyên khoa khác không khỏi rồi mới đến với chuyên khoa tâm thần để được điều trị.

Nhóm nam giới có tỉ lệ trầm cảm mức độ trung bình là 23 bệnh nhân (chiếm 44,2%). Trầm cảm mức độ nặng là 27 bệnh nhân (chiếm 51,9%).

Nhóm nữ giới tỷ lệ trầm cảm mức độ trung bình là 42 bệnh nhân (chiếm 40,7%). Trầm cảm mức độ nặng là 55 bệnh nhân (chiếm 53,4%).

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

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng giai đoạn sớm

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở giai đoạn sớm.

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

Nhận xét: Trong 155 bệnh nhân có đến 140 bệnh nhân rối loạn thần kinh thực vật (chiếm 90,3%). Có đến 138 bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi (chiếm 89,0%) các biểu hiện mệt mỏi của người bệnh xuất hiện nhiều về các buổi sáng và giảm đi vào các buổi chiều, mệt khi phải làm một việc gì đó, mệt khi phải suy nghĩ. Đây cũng là lý do để người bệnh uống rất nhiều loại thuốc bổ. Kết hợp với các biểu hiện mệt mỏi đó thì có 135 bệnh nhân có biểu hiện sút cân (chiếm 87,1%), rối loạn giấc ngủ có 120 bệnh nhân (chiếm 77,4%), Các triệu chứng tâm thần khởi phát không khác biệt giữa các nhóm tuổi ($p > 0,05$). Như vậy triệu chứng rối loạn cảm xúc ở giai đoạn sớm hầu hết bệnh nhân xuất hiện rối loạn giấc ngủ, cảm giác đuối sức mệt mỏi, sút cân, đặc biệt là biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật có ở các nhóm tuổi.

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

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu lúc vào viện

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

Nhận xét: Có 64 bệnh nhân thấy có khí sắc trầm buồn, với các tiêu chuẩn để chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm (theo ICD -10 năm 1992) thì tiêu chuẩn khí sắc trầm là tiêu chuẩn đặc trưng nhưng với người già thì tiêu chuẩn này chỉ (chiếm 41,9%) số bệnh nhân nghiên cứu, đây là sự khác biệt so với lớp trẻ. Có 109 bệnh nhân (70,3%) biểu hiện giảm năng lượng. Chỉ có 76 bệnh nhân (49,0%) có cảm giác trống trải, mất quan tâm đến các việc xung quanh. Trong 3 nhóm triệu chứng này, tỷ lệ có các triệu chứng chủ yếu như buồn chán, rối loạn khí sắc, bi quan, mất quan tâm thích thú, so sánh giữa các nhóm tuổi trên 70 tuổi và dưới 70 tuổi thấy ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Đặc điểm triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu giai đoạn vào viện

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

Nhận xét: Có 112 bệnh nhân (72,3%) có các triệu chứng giảm tập trung chú ý, có 75 bệnh nhân (48,4%) có triệu chứng giảm tính tự trọng, tự tin. Chỉ có 44 bệnh nhân (28,4%) có ý tưởng bị tội, không xứng đáng. Có 42 bệnh nhân (27,1%) nhìn tương lai ảm đạm. Có đến 100% bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ, và 144 bệnh nhân có biểu ăn không ngon miệng (chiếm 92,9%), có 27 bệnh nhân có hành vi tự hủy hoại cơ thể (chiếm 17,4%).

Trong 2 nhóm tuổi, trên 70 tuổi và dưới 70 tuổi, tỷ lệ có các triệu chứng phổ biến của trầm cảm như giảm tập trung chú ý, giảm tính tự trọng tự tin và nhìn tương lai âm đạm gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi trên 70 có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi ($p < 0,05$). Vì vậy các triệu chứng phổ biến của trầm cảm phụ thuộc vào nhóm tuổi.

Bảng 3.5. Các triệu chứng cơ thể theo ICD-10.

TT	Triệu chứng	Tuổi < 70 (n=113)		>70 (n=42)		p	Tổng (n=155)	
		n	%	n	%		n	%
1	Thức giấc sớm	92	81,4	42	100	$p < 0,05$	134	86,5
2	Sút cân	95	84,0	40	95,2	$p > 0,05$	137	88,4
3	Mất hứng thú	63	55,7	34	80,9	$p < 0,05$	97	62,6
4	Kích thích suy nhược	80	70,8	35	83,3	$p > 0,05$	115	74,2

Theo (bảng 3.5) các triệu chứng cơ thể xuất hiện song hành với các triệu chứng của trầm cảm và có xu hướng vượt trội hơn các triệu chứng của trầm cảm. Các biểu hiện thức giấc sớm có đến 134 bệnh nhân nghiên cứu (chiếm 86,5%), so sánh giữa 2 nhóm tuổi (có $p < 0,05$). Sút cân 137 bệnh nhân nghiên cứu (chiếm 87,4%), không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi. Triệu chứng kích thích suy nhược có ở 115 bệnh nhân (chiếm 74,5%) số bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 3.6. Các triệu chứng cơ thể khác thường gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

TT	Triệu chứng		Tuổi		p		Tổng		
			< 70 (n=113)		>70 (n=42)		(n=155)		
			n	%	n	%	n	%	
1	Tiêu hóa	Nóng rát vùng bụng	67	59,3	9	21,4	<0,05	76	49,0
		Cảm giác buồn nôn	54	47,8	6	14,3	<0,05	60	38,7
		Cảm giác ruột co thắt	53	46,9	10	23,8	<0,05	63	40,6
		Đầy bụng, ăn không tiêu	95	84,1	20	47,6	<0,05	115	74,1
2	Tim mạch	Hồi hộp	83	73,5	24	57,1	>0,05	107	69,0
		Mạch nhanh	79	69,9	12	28,6	<0,05	91	58,7
3	TKTV	Bốc hỏa	62	54,9	22	52,4	>0,05	84	54,2
		Chóng mặt	46	40,7	23	54,8	>0,05	69	44,5
		Ra mồ hôi	75	66,4	27	64,3	>0,05	102	65,8
		Tê bì	33	29,2	16	38,1	>0,05	49	31,6

Nhận xét. Các rối loạn tiêu hóa liên quan đến trầm cảm thường gặp nhất, nổi bật hơn cả là cảm giác nóng rát bụng (chiếm 49,0%) và đau kèm với những cảm giác buồn nôn và nôn mửa, người bệnh thường mô tả các triệu chứng nóng rát vùng bụng, tạo thành các cơn đau âm ỉ vùng bụng, các cơn đau đôi lúc bùng phát mà người bệnh có cảm giác như co thắt vùng bụng, hiện tượng trào ngược dạ dày cũng xuất hiện. Đây là các triệu chứng làm người bệnh rất khó chịu và đi khám nhiều chuyên khoa nội, uống rất nhiều các loại thuốc để mong hết các triệu chứng này nhưng không ổn. Khi so sánh các triệu chứng này giữa hai nhóm tuổi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu có 107 bệnh nhân (chiếm 69,0%) bệnh nhân có triệu chứng hồi hộp; trong khi đó chỉ có 60 bệnh nhân (38,7%) có triệu chứng tức ngực.

Trong từng nhóm tuổi tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng hồi hộp không có sự khác biệt $P > 0,05$, tức ngược, triệu chứng về tim mạch xuất hiện không phụ thuộc vào từng nhóm tuổi.

Có 84 bệnh nhân (chiếm 54,2%) với triệu chứng bốc hỏa, có 102 bệnh nhân (65,8%) có triệu chứng ra mồ hôi, gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 60-64 (70,2%), ít hơn là triệu chứng chóng mặt có ở 69 bệnh nhân (44,5%) và triệu chứng tê bì có ở 49 bệnh nhân (31,6%).

Bảng 3.7. Đặc điểm các triệu chứng đau

Tính chất	Đặc điểm	Số bệnh nhân	%	p
Vị trí đau	Khu trú	29	18,7	p <0,05
	Lan tỏa	112	72,3	
Thời gian	Thường xuyên	90	58,1	p <0,05
	Từng cơn	29	18,7	
Cường độ	Mơ hồ	112	72,3	p <0,05
	Nặng rõ ràng	30	19,4	
Liên quan	Thuốc giảm đau ít tác dụng	92	59,4	p <0,05
	Tâm lý	45	29,0	

Nhận xét: Có 141 bệnh nhân có biểu hiện đau (chiếm 90,96%) trong đó có 112 bệnh nhân (72,3%) có trạng thái đau lan tỏa trong khi đó chỉ có 29 bệnh nhân (18,7%) có trạng thái đau khu trú; sự khác biệt giữa 2 trạng thái có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

90 bệnh nhân (58,1%) có thời gian đau thường xuyên trong khi đó chỉ có 29 bệnh nhân (18,7%) có thời gian đau từng cơn; sự khác biệt giữa 2 trạng thái có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có 112 bệnh nhân (72,3%) có cường độ đau mơ hồ, không rõ ràng và có 30 bệnh nhân (19,4%) có cường độ đau nặng rõ ràng; sự khác biệt giữa 2 trạng thái có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

92 bệnh nhân nghiên cứu (chiếm 59,4%) cho rằng đã dùng nhiều các loại thuốc giảm đau nhưng không thấy có tác dụng và cắt được cơn đau, và có 45 bệnh nhân (29,0%) cho rằng bị tác động bởi yếu tố tâm lý.

3.2.3. Các triệu chứng loạn thần ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.8. Các loại rối loạn tri giác

Trong 155 bệnh nhân nghiên cứu số bệnh nhân có rối loạn tri giác là 30 người chiếm (19,4%).

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

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân nghiên cứu có 30 người bị rối loạn tri giác (19,4%), nhóm < 70 tuổi có 20 bệnh nhân (chiếm 12,9%) và nhóm ≥ 70 tuổi có 10 bệnh nhân (chiếm 6,5%). Tỷ lệ có ảo thanh bình phẩm và ảo giác lúc đỡ thức đỡ ngủ ở nhóm < 70 tuổi cao hơn so nhóm trên 70 tuổi. Ngược lại bệnh nhân có ảo giác xúc giác và loạn cảm giác bản thể nhóm > 70 tuổi lại cao hơn so với nhóm < 70 tuổi.

Bảng 3.9. Các loại hoang tưởng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Trong 155 bệnh nhân nghiên cứu số bệnh nhân có hoang tưởng là 32 người chiếm (20,6%), một bệnh nhân có thể có nhiều loại hoang tưởng xuất hiện cùng một lúc.

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

Nhận xét: Những bệnh nhân ≥ 70 tuổi trở lên có hoang tưởng tự buộc tội, nghi bị thiệt hại, hoang tưởng bị bỏ rơi nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi. Số bệnh nhân có hoang tưởng nghi bệnh, hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị theo dõi lại nhiều hơn so với nhóm tuổi trên 70. Tỷ lệ các loại hoang tưởng giữa 2 nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.10: Thời gian tồn tại và tác động của hoang tưởng đến hành vi.

Các loại hoang tưởng	Thời gian tồn tại				Tác động đến hành vi			
	Liên tục		Từng lúc		Có chi phối		Không chi phối	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hoang tưởng nghi bệnh (n =24)	16	66,7	8	33,3	21	87,5	3	12,5
Hoang tưởng tự buộc tội n =22	15	68,2	7	31,8	16	72,7	5	27,3
Hoang tưởng bị thiệt hại n =18	13	72,2	5	27,8	11	61,1	7	38,9
Hoang tưởng bị bỏ rơi n =14	8	57,1	6	42,8	11	78,6	3	21,4
Hoang tưởng ghen tuông n=13	9	69,2	4	30,8	11	84,6	2	15,4
Hoang tưởng bị theo dõi n=8	3	37,5	5	62,5	6	75,0	2	25,0

Hoang tưởng nghi bệnh xuất hiện liên tục (66,7%), không liên tục (33,3%); chi phối hành vi (87,5%), không chi phối hành vi (12,5%).

Hoang tưởng tự buộc tội xuất hiện liên tục (68,2%), không liên tục (31,8%); chi phối hành vi (72,7%), không chi phối hành vi (27,3%).

Hoang tưởng bị theo dõi xuất hiện liên tục có (37,5%) không liên tục (62,5%), chi phối hành vi (75,0%) không chi phối (25,0%).

Bảng 3.11. Các rối loạn hành vi lúc vào viện

RL hành vi	Nhóm tuổi < 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Không nói	76	67,3	28	66,7	104	67,1
Kêu khóc ban đêm	41	36,3	39	92,8	80	51,6
Chậm chạp, sửng sờ	33	21,3	25	59,5	58	37,4
Đi lang thang	16	14,2	3	7,1	19	12,3
Kích động	15	13,3	9	21,4	24	15,5
Bồn chồn	105	92,9	26	61,9	131	84,5
Từ chối ăn uống	80	70,7	36	85,7	116	74,8

Nhận xét: Tỷ lệ các bệnh nhân có rối loạn hành vi như kêu khóc ban đêm (51,6%), bồn chồn là rất cao (84,5%). Tiếp theo mới là các rối loạn hành vi như chậm chạp, từ chối ăn uống hay không nói. Các rối loạn hành vi như đi lang thang có 19 bệnh nhân (chiếm 12,3%), kích động có 24 bệnh nhân (chiếm 15,5%). Các rối loạn hành vi giữa 2 nhóm phụ thuộc nhóm tuổi ($p < 0,05$). Trong trầm cảm người già, các triệu chứng xuất hiện thường không điển hình, không chỉ có ức chế hành vi mà thường gặp các loại hoạt hóa, kích thích, kích động. Đây cũng là lý do chính để gia đình cho bệnh nhân đến nhập viện.

Bảng 3.12. Biểu hiện rối loạn nhận thức ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

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

Nhận xét: Trong 155 bệnh nhân cao tuổi có các biểu hiện rối loạn trầm cảm thì có đến 114 bệnh nhân biểu hiện giảm trí nhớ gần (chiếm 73,5%); tuy nhiên chỉ có 5 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn định hướng (3,2%). Các triệu chứng này chủ yếu gặp ở bệnh nhân cao tuổi có các triệu chứng rối loạn trầm cảm mức độ nặng và có các bệnh cơ thể kết hợp.

Bảng 3.13. Các biểu hiện lo âu kèm theo lúc vào viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

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

Nhận xét: Trong 155 bệnh nhân có 134 bệnh nhân biểu hiện lo âu (chiếm đến 86,5%) ở các nhóm tuổi, đặc biệt lo âu xuất hiện nhiều hơn ở nhóm dưới 70 tuổi và giảm dần ở nhóm trên 70 tuổi, khi so sánh giữa các nhóm tuổi thấy ($P < 0,05$).

21 bệnh nhân có biểu hiện hoảng sợ (13,5%). Các triệu chứng hoảng sợ gặp nhiều hơn ở lứa tuổi trên 70 tuổi. Trong từng nhóm tuổi tỷ lệ có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. CÁC BỆNH CƠ THỂ KẾT HỢP Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Bảng 3.14. Các bệnh tiêu hoá và khớp đã được chẩn đoán và điều trị

Các bệnh	Nhóm tuổi < 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Các bệnh tiêu hoá	15	7,96	6	14,3	21	13,5
Các bệnh về khớp	6	5,30	13	30,9	19	12,3

Nhận xét: Tỷ lệ mắc các bệnh tiêu hoá là 21 bệnh nhân chiếm (13,5%) và các bệnh về khớp ở là 19 bệnh nhân (chiếm 12,3%). Các bệnh nhân này đã được các chuyên khoa thăm khám, chẩn đoán xác định và điều trị kết hợp, khi so sánh giữa 2 nhóm tuổi có $P < 0,005$

Bảng 3.15. Các bệnh cơ thể khác

Các bệnh khác	Nhóm tuổi < 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Tim mạch	7	6,2	5	11,9	12	7,74
Thần kinh	4	3,5	6	14,2	10	6,4
Hô hấp	2	1,7	9	21,4	11	7,0
Tiết niệu	5	4,4	2	4,7	7	4,5
Nội tiết	12	10,6	1	2,3	13	8,3
Khác	6	5,3	2	4,7	8	7,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh về tim mạch chung là (7,74%), trong đó ở nhóm tuổi dưới 70 là (6,2%) và nhóm trên tuổi 70 là (11,9%); mắc bệnh nội tiết là 13 bệnh nhân (đái tháo đường) (chiếm 8,3%) (trong đó nhóm tuổi dưới 70 (chiếm 10,6%), nhóm trên 70 tuổi (có 2,3%). Tỷ lệ mắc các bệnh cơ thể khác ở 2 nhóm tuổi là khác nhau ($p < 0,05$).

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

Bảng 3.16. Các yếu tố dẫn đến cô đơn ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các yếu tố stress	Nhóm tuổi		< 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số	
	N	%	n	%	n	%		
Góa bụa	9	7,9	16	38,1	25	16,1		
Người thân chết	9	7,96	16	38,1	25	16,1		
Về hưu	15	13,3	0	0	15	9,6		
Con cháu bỏ rơi	15	13,3	6	14,3	21	13,5		
Môi trường sống	9	7,9	3	7,1	12	7,7		

Nhận xét: Với văn hóa của người Việt Nam, cùng chung một mâm cơm, cùng chung một mái nhà, một nhà bếp đã và vẫn còn là niềm hạnh phúc của từng gia đình của cộng đồng xã hội Việt Nam, với tỷ lệ hai ông bà sống cùng con cháu là 91 người (chiếm 56,8%). Có đến 26,9% số bệnh nhân lại sống tách biệt khỏi con cái, họ tự chăm sóc với nhau. Và có đến 33 bệnh nhân chiếm 21,3% số bệnh nhân ở một mình, họ có những lý do riêng nhưng đây cũng là một trong các tác nhân gây nên các rối loạn cảm xúc của người cao tuổi, họ thường hay tủi thân, hay khóc khi ở một mình, tính tình thay đổi hay cáu giận vô cớ, đặc biệt là không chịu chăm sóc sức khỏe cho chính bản thân mình, nên cơ thể của họ khi đến viện thường là gầy yếu. Tuổi càng cao, tính tình và sinh hoạt thay đổi hẳn so với tuổi trẻ nên có đến 7,7% có các tác nhân do môi trường gây nên. 16,1% do tác nhân người thân chết. 16,1% do cuộc sống góa bụa, và đặc biệt có đến 13,5% có yếu tố do con cái bỏ rơi.

Bảng 3.17. Các yếu tố gây stress khác ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các yếu tố stress	Nhóm tuổi		< 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kinh tế	22	19,5	0	0	22	14,2		
Con cái không thành đạt	9	7,9	4	9,5	13	8,4		
Bệnh tật	11	9,73	8	19,0	19	12,3		
Mâu thuẫn gia đình	13	11,5	9	21,4	22	14,2		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhóm <70 tuổi gặp các yếu tố stress về thiệt hại kinh tế cao hơn nhóm ≥70 tuổi với $P < 0.01$.

Nhóm ≥70 tuổi gặp các yếu tố stress về người thân, con cái không thành đạt, mâu thuẫn gia đình hay tình hình bệnh tật của người thân cũng như của bản thân cao hơn nhóm <70 tuổi. so sánh tỷ lệ gặp các yếu tố stress ở 2 nhóm tuổi là có sự khác biệt ($p < 0,05$).

3.5. CÁC KẾT QUẢ TRẮC NGHIỆM KHI VÀO VIỆN

Bảng 3.18. Kết quả đánh giá bằng thang Beck

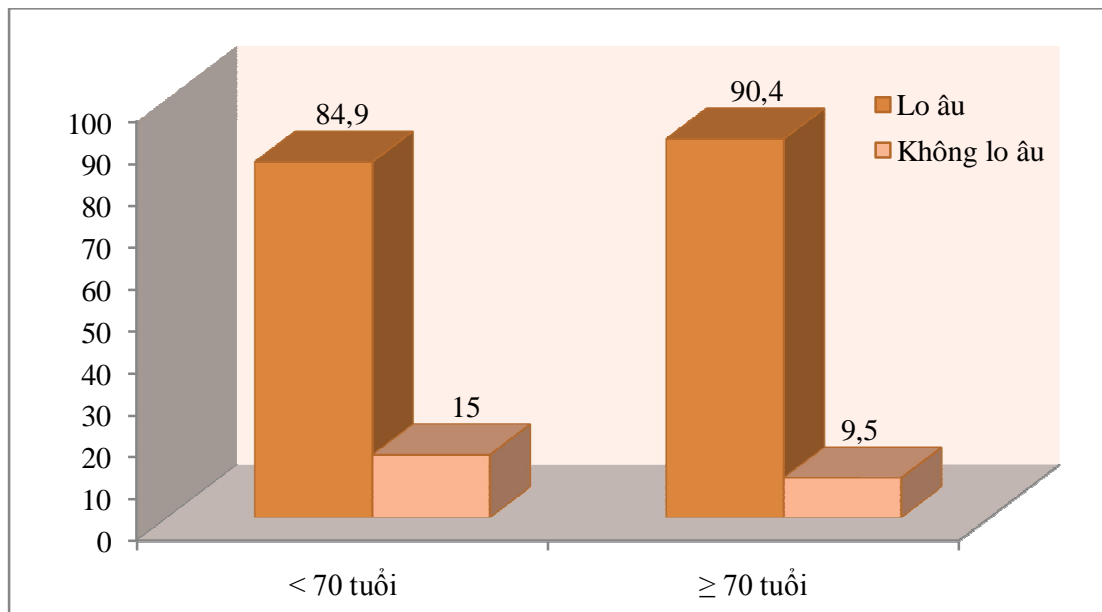
Điểm BECK	Tuổi		60 – 64 (n=74)		65 – 69 (n=39)		70 -74 (n=31)		75 – 79 (n= 6)		>80 (n=5)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trầm cảm nhẹ	8	10,8	5	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0	13	8,4		
Trầm cảm vừa	41	55,4	13	33,3	10	32,6	1	16,7	02	33,3	67	43,2		
Trầm cảm nặng	25	33,9	21	53,8	21	67,8	5	83,3	3	60	75	48,3		
Tổng	74	100	39	100	31	100	6	100	5	100	155	100		

Nhận xét: Trên bảng 3.18 theo thang điểm Beck tỷ lệ trầm cảm vừa 43.2%, gặp nhiều ở lứa tuổi 60-64 (chiếm 55,4%) và trầm cảm nặng là (48,3%), và gặp nhiều ở lứa tuổi 75-79 (chiếm 83,5%). Điểm khác nhau giữa các mức độ có $p < 005$.

Bảng 3.19. Kết quả đánh giá bằng thang trầm cảm người già

Điểm Tuổi	60 – 64 (n=74)		65 –69 (n=39)		70 -74 (n=31)		75 – 79 (n= 6)		≥ 80 (n=5)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trầm cảm nhẹ	5	6,7	3	7,6	0	0	0	0	0	0	8	5,2
Trầm cảm vừa	41	55,4	14	35,9	6	19,4	2	33,3	2	40,0	65	41,9
Trầm cảm nặng	28	37,8	22	56,4	25	80,6	4	66,7	3	60,0	82	52,9
Tổng	74	100	39	100	31	100	6	100	5	100	155	100

Nhận xét: Bảng 3.19 Theo đánh giá bằng thang điểm trầm cảm người già có đến 82 người bệnh bị trầm cảm nặng (chiếm 82%) và có 65 người bị trầm cảm vừa (41,9%) gặp nhiều ở lứa tuổi 60-64.

**Biểu đồ 3.8. Mức độ lo âu đánh giá bằng thang điểm Zung khi vào viện**

Nhận xét: Giá trị trung bình đánh giá lo âu theo thang điểm Zung khi vào viện là $52,1 \pm 6,61$ điểm. Mức độ có lo âu chiếm 86,5% và không lo âu chiếm 13,5%.

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

3.6.1. Đặc điểm chỉ định thuốc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.20. Trị liệu thuốc chống trầm cảm ở nhóm BN nghiên cứu

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

Nhận xét: trong 155 bệnh nhân người cao tuổi được chẩn đoán là trầm cảm và điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm, trong đó thuốc chống trầm cảm 3 vòng còn được điều trị ở 11 bệnh nhân (chiếm 7,1%). Remeron được sử dụng (ở 57,4%) trong 89 bệnh nhân, zoloft được sử dụng ở 38 bệnh nhân (24,5%) số bệnh nhân.

Bảng 3.21. Điều trị bằng các thuốc khác

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

Nhận xét: Trong bảng 3.21. Các thuốc chỉnh khí sắc được dùng ở 18,7% số bệnh nhân với thời gian điều trị nội trú là 12-34 ngày, các loại thuốc chống loạn thần như Risperidal được dùng 13,5% số bệnh nhân (với liều 2-4 mg/ngày và kéo dài 10-23 ngày). Có 45 bệnh nhân được dùng Olanzapin (29,0%). Có 20 bệnh nhân được dùng Seroquel (12,9%), và có đến 16 bệnh nhân được dùng Haloperidol (10,3%) duy trì trong thời gian ngắn 1-7 ngày và liều tối đa là 10mg/24h.

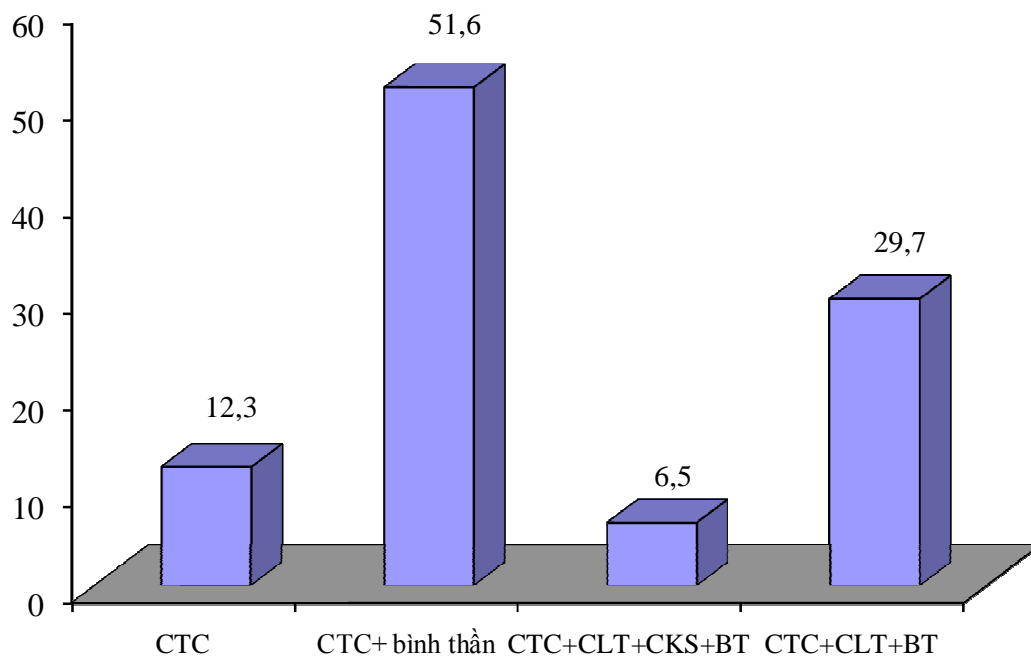
Trong khi đó thuốc bình thần được dùng 51,6% số bệnh nhân với liều nhỏ từ 5-10mg/ngày, thời gian trung bình dùng sedusen 7-11 ngày.

Sự khác biệt giữa bệnh nhân dùng ATK thế hệ mới và ATK truyền thống có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Bệnh nhân có nhiều biểu hiện cơ thể của trầm cảm được phối hợp với Dogmatil.

Có 10 bệnh nhân được dùng kết hợp Depakine (6,45%). Các bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực và trầm cảm thực tổn đều được dùng chình khí sắc.

- Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có các triệu chứng bồn chồn bất an, lo âu được sử dụng nhóm thuốc bình thần (Seduxen).



Biểu đồ 3.9. Kết hợp thuốc trong điều trị

Phần lớn bệnh nhân được dùng thuốc chống trầm cảm kết hợp với thuốc bình thần (51,6%), dùng thuốc chống trầm cảm đơn độc chỉ có 19 bệnh nhân với (12,3%) số bệnh nhân nghiên cứu. Trong đó chống trầm cảm kết hợp với các thuốc chống loạn thần, thuốc bình thần chiếm đến 29,7%.

Bảng 3.22. Tác dụng phụ liên quan đến thuốc chống trầm cảm

Tác dụng phụ	Nhóm tuổi < 70 tuổi (N=113)		Nhóm tuổi ≥ 70 tuổi (N=42)		Tổng số N=155	
	n	%	n	%	n	%
Khô miệng	67	59,0	26	61,9	93	60,0
Táo bón	44	38,9	17	40,5	61	39,4
Lú lẫn	2	1,8	5	11,9	7	4,51
Mạch nhanh	41	36,2	18	42,8	59	38,1
Bí tiểu	4	3,5	7	16,7	11	7,10

- Khi dùng thuốc chống trầm cảm đơn độc, tác dụng không mong muốn gặp ở nhóm BN nghiên cứu khá đa dạng và phổ biến. Có 93 bệnh nhân có biểu hiện khô miệng (chiếm 60,0%), bị táo bón 61 bệnh nhân (chiếm 39,4%), nhịp tim nhanh (38,1%).

- Ngoài ra còn gặp một số triệu chứng khác như lú lẫn tâm thần (4,51%). Một số bệnh nhân bí tiểu (7,10%).

Bảng 3.23. Tác dụng phụ liên quan với thuốc hướng thần khác

Tác dụng phụ	< 70 tuổi (n=113)		≥ 70 tuổi (n=42)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Loạng choạng	46	40,7	14	33,3	60	38,7
Mệt mỏi	41	36,2	10	23,8	51	32,9
Chứng run	40	35,3	18	42,8	58	37,4
Hạ huyết áp	23	20,3	5	11,9	28	18,1
Nôn và buồn nôn	2	1,8	6	14,3	8	5,20
Giảm đục năng	35	30,9	11	26,2	46	29,6

Nhận xét: Khi dùng phối hợp thuốc an thần kinh để điều trị, các tác dụng không mong muốn gặp ở nhóm BN nghiên cứu cũng đa dạng và phổ biến. Có 60 bệnh nhân có biểu hiện loạng choạng (chiếm 38,7%), và 58 bệnh nhân (chiếm 37,4%) có cứng run chân tay, hạ huyết áp thấy ở 18,1%, mệt mỏi có ở 51 bệnh nhân nghiên cứu (chiếm 32,9%),

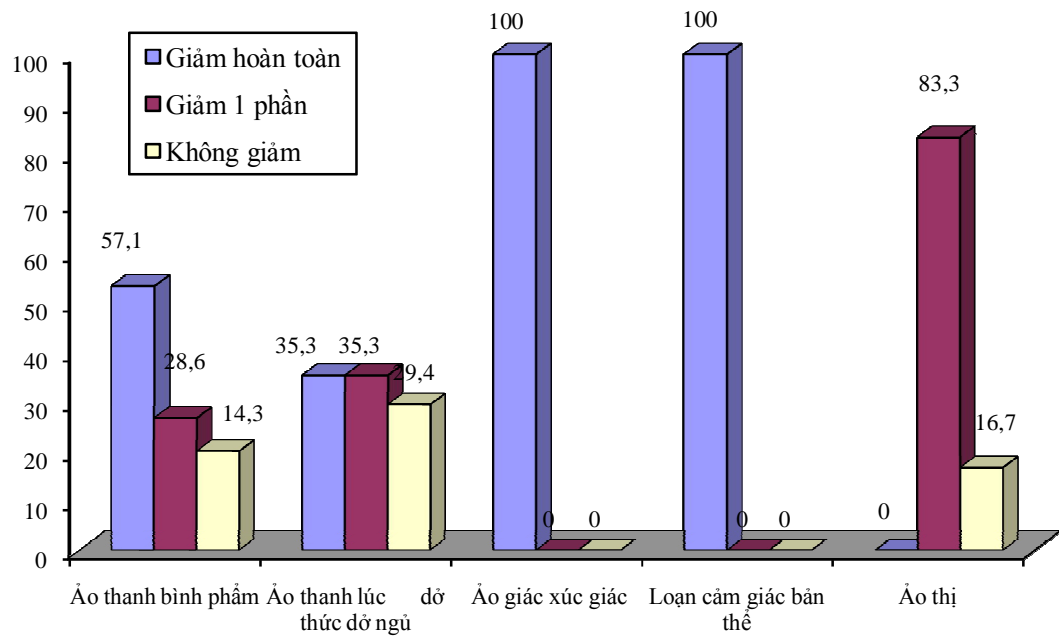
- Ngoài ra còn gặp một số triệu chứng khác như giảm đục năng (29,6%). buồn nôn và nôn (5,20%).

3.7. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Bảng 3.24: Diễn biến chung các triệu chứng trầm cảm

Triệu chứng Trầm cảm	Trước điều trị	Sau điều trị					
		Giảm hoàn toàn		Giảm 1 phần		Không giảm	
	n	n	%	n	%	n	%
Khí sắc trầm	64	38	59,4	14	21,8	12	18,8
Mất quan tâm và thích thú	76	40	52,6	27	35,5	9	11,8
Giảm năng lượng và giảm hoạt động	109	42	38,5	60	55,0	7	6,4
Giảm tập trung và chú ý	112	28	25,0	41	36,6	43	38,4
Giảm tự trọng và tự tin	75	38	50,7	25	33,3	12	16,0
Có ý tưởng bị tội, không xứng đáng	44	26	59,1	12	27,3	6	13,6
Nhìn tương lai ảm đạm, bi quan	42	23	54,7	14	33,3	5	11,9
Có ý tưởng và hành vi tự sát	27	27	100	0	0	0	0
Rối loạn giấc ngủ	155	134	86,5	21	13,5	0	0
Rối loạn ăn uống	144	117	81,3	18	12,5	9	6,3

Sau điều trị một số triệu chứng giảm hoàn toàn 100%, tuy nhiên vẫn có một số triệu chứng khác không giảm chiếm tỷ lệ từ 6,3 – 38,4%.



Biểu đồ 3.10: Diễn biến các triệu chứng rối loạn tri giác

Sau điều trị, ảo thanh bình phẩm thuyên giảm hoàn toàn gặp 8/14 BN (57,1%), không giảm gặp 2/14 BN (14,3%). Ảo giác xúc giác, loạn cảm giác bản thể thuyên giảm hoàn toàn sau điều trị.

Bảng 3.25: Diễn biến các triệu chứng rối loạn tư duy

Triệu chứng rối loạn tư duy	Trước điều trị	Sau điều trị					
		Giảm hoàn toàn		Giảm 1 phần		Không giảm	
	n	n	%	n	%	n	%
Hoang tưởng thiệt hại	7	4	57,1	3	42,8	0	0,0
Hoang tưởng ghen tuông	9	5	55,5	3	33,3	1	11,1
Hoang tưởng bị theo dõi	7	3	42,9	3	42,9	1	14,3
Hoang tưởng bị bỏ rơi	3	2	66,7	0	0,0	1	33,3
Hoang tưởng nghi bệnh	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0
Tự buộc tội	2	1	50,0	1	50,0	0	0,0

Nhận xét. Sau điều trị, Hoang tưởng nghi bệnh thuyên giảm hoàn toàn gặp 3/4 BN (75,0%), giảm ít 1/4 BN (25,0%). Hoang tưởng tự buộc tội thuyên giảm hoàn toàn gặp (50,0%), giảm một phần (50%). Hoang tưởng bị thiệt hại thuyên giảm hoàn toàn gặp 4/7 BN (57,1%), giảm ít gặp 3/7 BN (42,8%). Hoang tưởng bị bỏ rơi thuyên giảm hoàn toàn gặp 2/3 BN (66,7%), không giảm gặp 1 BN (33,3%). Hoang tưởng bị theo dõi thuyên giảm hoàn toàn gặp 3 BN (42,9%), không giảm gặp 1 BN (14,3%).

Bảng 3. 26. Diễn biến của triệu chứng cơ thể sau điều trị

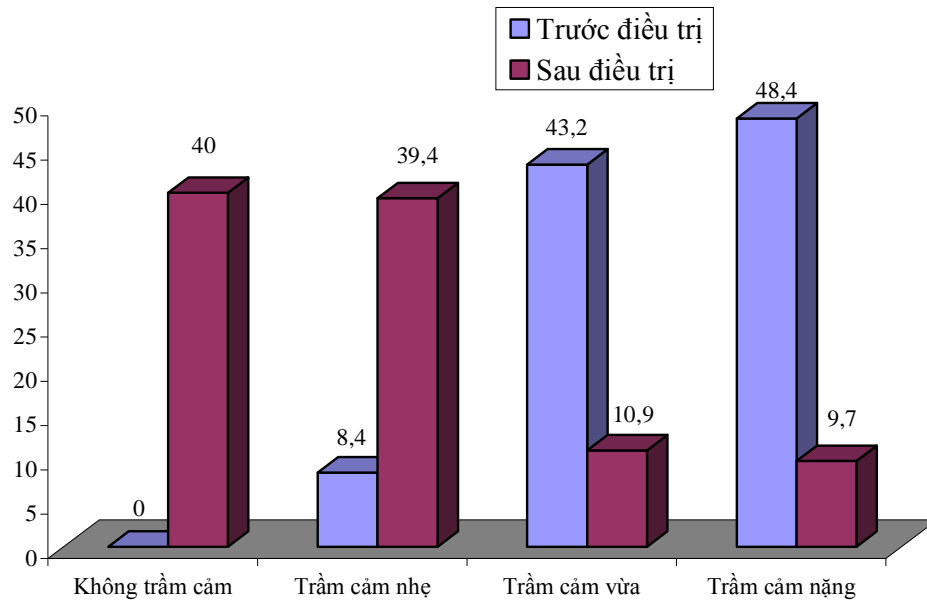
Triệu chứng Cơ thể	Trước điều trị	Sau điều trị					
		Hết		Giảm		Không giảm	
	n	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
Hồi hộp	107	90	84,1	17	15,9	0	0,0
Mạch nhanh	91	87	95,6	4	4,4	0	0,0
Nóng rát vùng bụng	76	36	47,4	40	52,6	0	0,0
Cảm giác buồn nôn	60	57	95,0	3	5,00	0	0,0
Cảm giác ruột co thắt	63	42	66,7	21	33,3	0	0,0
Cảm giác đầy bụng, ăn không tiêu	115	29	25,2	71	61,7	5	4,3
Chóng mặt	69	64	92,7	7,2	0	0	0
Bốc hỏa	84	84	100,0	0	0	0	0
Tê bì	49	31	63,3	18	36,7	0	0
Vã mồ hôi	102	102	100,0	0	0	0	0
Đau khu trú	29	23	79,3	4	13,7	2	6,9
Đau lan tỏa	112	92	82,1	11	9,8	9	8,0

Nhận xét: Các triệu chứng ở hệ tim mạch của bệnh nhân trầm cảm sau khi ra viện đều hết hoặc giảm. Triệu chứng hồi hộp khỏi 84,1% và giảm 15,9%; mạch nhanh khỏi 95,6%

Các triệu chứng về tiêu hóa thuyên giảm rõ rệt ở cảm giác buồn nôn (95,0%). Riêng triệu chứng ăn không tiêu còn đến 4,3% không thuyên giảm, có thể bệnh nhân có tác dụng phụ của thuốc gây táo bón.

Các triệu chứng về rối loạn thần kinh thực vật thuyên giảm rõ rệt ở hầu hết các bệnh nhân.

Các triệu chứng đau thuyên giảm rõ rệt với 79,3% ở đau lan tỏa và 82,1% ở đau khu trú, (chỉ còn 6,9% đến 8%) các cơn đau là không thuyên giảm



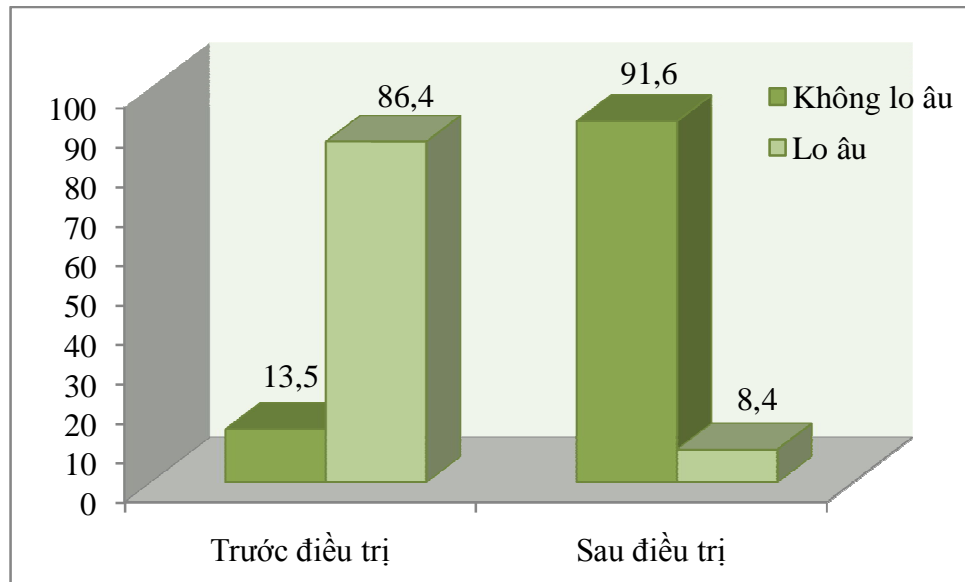
Biểu đồ 3.11. So sánh kết quả điều trị trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm Beck trước và sau điều trị

Nhận xét: Biểu đồ 11, cho thấy kết quả điều trị trầm cảm theo thang điểm Beck. Tỷ lệ bệnh nhân bị trầm cảm mức độ nặng giảm từ 48,4% trước điều trị xuống còn 9,7%, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân bị trầm cảm mức độ vừa giảm từ 43,2% trước điều trị xuống còn 10,9%, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đặc biệt, sau điều trị có đến 40% bệnh nhân không còn bị trầm cảm. Kết quả điều trị trầm cảm được tính theo thang điểm Beck trung bình khi vào viện, sau điều trị điểm trung bình của thang điểm Beck giảm từ $27,9 \pm 6,39$ xuống còn $15,7 \pm 4,3$. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.27. Kết quả điều trị trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm GDS trước và sau điều trị

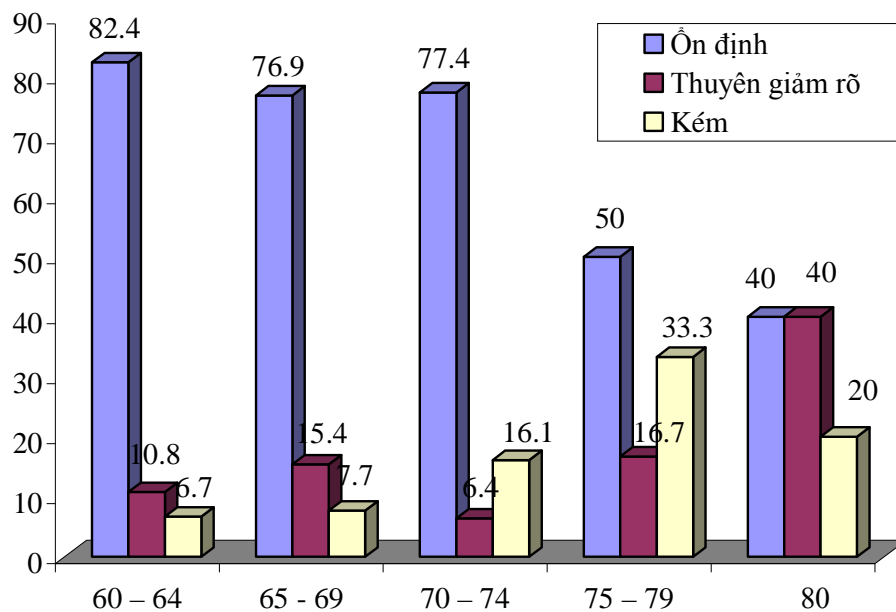
Mức độ trầm cảm	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Không trầm cảm	0	0	87	56,1	<0,001
Trầm cảm nhẹ	8	5,2	43	27,7	<0,001
Trầm cảm vừa	65	41,9	13	8,38	<0,001
Trầm cảm nặng	82	52,9	12	7,74	<0,001

Nhận xét: Bảng 3.28 trên cho thấy kết quả điều trị trầm cảm theo thang điểm GDS. Tỷ lệ bệnh nhân bị trầm cảm mức độ nặng giảm từ 52,9% trước điều trị xuống còn (7,74%), sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân bị trầm cảm mức độ vừa giảm từ 41,9% trước điều trị xuống còn 8,38%, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đặc biệt, sau điều trị có đến 56,1% bệnh nhân không còn bị trầm cảm. Kết quả điều trị trầm cảm được tính theo thang điểm GDS trung bình khi vào viện so với sau điều trị. Điểm trung bình của thang điểm GDS giảm từ $19,8 \pm 3,69$ xuống còn $11,1 \pm 3,29$. Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$



Biểu đồ 3.12. Kết quả điều trị lo âu được đánh giá bằng thang điểm Zung trước và sau điều trị

Nhận xét: biểu đồ trên cho thấy kết quả điều trị lo âu theo thang điểm Zung. Tỷ lệ bệnh nhân bị lo âu giảm từ 86,4% trước điều trị xuống còn 8,4% sau điều trị, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau điều trị có đến 91,6% bệnh nhân không còn bị lo âu, điểm trung bình của thang điểm Zung giảm từ $52,1 \pm 6,61$ xuống còn $45,5 \pm 4,81$ sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.13. Hiệu quả điều trị

Nhận xét: Trong (**Biểu đồ 3.13.**) trong 155 bệnh nhân được chẩn đoán trầm cảm sau điều trị có đến 77,4% các bệnh nhân ổn định. Đặc biệt có đến (10,3%) số bệnh nhân thuyên giảm kém và tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trên 70.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1 ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Tuổi

(Biểu đồ 1). Trong vòng 4 năm từ tháng 6 năm 2009 đến 12 năm 2013 tại VSKTT Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã phát hiện được 500 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm của ICD – 10 được đưa vào điều trị nội trú. Trong đó có 155 bệnh nhân khởi phát bệnh ở tuổi trên 60 (chiếm tỷ lệ 31,0%), tuy sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê, song dường như các rối loạn trầm cảm thường gặp hơn ở nhóm tuổi tiền lão và tuổi già. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lawhorne (2005) [27], 71,7% bệnh nhân trầm cảm là ở lứa tuổi sau 60. Theo Cart Gerhard gottfries [85] nghiên cứu ở Thụy Sĩ, trên 50% bệnh nhân trầm cảm là ở trên 65 tuổi.

- Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu (biểu đồ 3.1) thấy tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi cao nhất là ở những bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 60 - 69. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Miiller-Spahn, Hock (1994), Robert M. Kok (1995), và nhiều báo cáo của các tác giả khác khi nghiên cứu những bệnh nhân trầm cảm trên 60 tuổi [1][4][12].

Tuy nhiên, khi nghiên cứu về tỷ lệ mắc chung trong cộng đồng, tác giả Robert M [12] đã theo dõi trong 6 tháng tất cả các đối tượng từ 18 tuổi trở lên và thấy rằng những người trong nhóm tuổi từ 60 - 65 có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn cả. Sự khác biệt một phần có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi chỉ gồm những bệnh nhân trầm cảm nặng, với bệnh cảnh lâm sàng khá điển hình phải vào viện điều trị nội trú. Một điểm cũng nhận thấy là từ sau 60 tuổi tỷ lệ trầm cảm giảm dần theo các nhóm (ở nhóm trên 75 tuổi tỷ lệ chỉ còn 3,9% tổng số bệnh nhân nghiên cứu) và đặc biệt sau tuổi 80 chỉ còn 3,2% trong tổng số

bệnh nhân còn có biểu hiện trầm cảm. Nhận xét này phù hợp với nghiên cứu ECA ở Bắc Mỹ cũng cho thấy tỷ lệ giảm dần theo độ tuổi. Theo các tác giả Robert Balwin và cộng sự [56], bản thân tuổi già không phải là yếu tố nguy cơ của trầm cảm. Những người già khỏe mạnh về cơ thể không có nguy cơ về trầm cảm hơn các nhóm khác. Một số tác giả (Daniel O' Connor [115], Kapland Sadock[22]), cho rằng tỷ lệ trầm cảm dường như không thay đổi qua suốt thời kỳ trung niên thậm chí đến tuổi già. Theo tài liệu nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hương tỷ lệ trầm cảm người cao tuổi là 18,15%[89]. Nguyễn Thị Phương Loan(nghiên cứu về loạn thần trong trầm cảm người cao tuổi) có tỷ lệ 17,25%[95].

4.1.2. Giới

Kết quả ở biểu đồ 3.2 cho thấy trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu có 52 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 33,5%) và 103 bệnh nhân nữ có tỷ lệ (chiếm tỷ lệ 66,5%). Như vậy trong những bệnh nhân trầm cảm trên 60 tuổi, nhóm bệnh nhân nữ cao hơn gấp 2 lần nhóm bệnh nhân nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Theo Robert Baldwin [56], rối loạn trầm cảm có tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới ở lứa tuổi muộn. Theo số liệu của chương trình nghiên cứu trầm cảm hợp tác với 9 Trung tâm ở Châu Âu “Laura Mandellia, Alessandro Serrettia, Raffaella Zanardib, David Rossinib Diana De Ronchia Ilaria Tarricone Cristina Colombo Department of Psychiatry, University of Bologna, Bologna, Italy, [3]”, tỷ lệ rối loạn trầm cảm người cao tuổi trung bình ở phụ nữ là 14,1% trong khi ở nam giới là 8,6%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi mặc dù chỉ ở quần thể bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên và được điều trị nội trú trong bệnh viện song cũng phù hợp với kết quả của những nghiên cứu khác được thực hiện tại những thời điểm và ở

các quần thể dân cư khác nhau. Các tác giả Faravelli C[2], Mario Maj, Norman Satorius [60], Robert M. [12], Flynn H.A., Henshaw E [48], Djernes J.K và cộng sự [109] cũng thấy tỷ lệ trầm cảm ở nữ cao hơn 2 lần so với nam giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của Menchetti M [99], Robert M. [12], khi nghiên cứu những người trên 65 tuổi thấy tỷ lệ trầm cảm ở nam giới chiếm chỉ 2,2% nhưng nữ chiếm tới 4,9%.

4.1.3. Nghề nghiệp

Biểu đồ 3.3 cho thấy trong 155 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân là cán bộ, viên chức chiếm tỷ lệ 44,5% trong khi đó bệnh nhân là nông dân có tỷ lệ 30,3% và công nhân với tỷ lệ là 25,2%. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, những cán bộ viên chức thường xuyên làm việc trí óc bị rối loạn trầm cảm nhiều hơn các đối tượng lao động chân tay đơn thuần, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Theo tác giả Chen R, Copeland J.R và cộng sự [108] khi nghiên cứu trong dân số chung cũng thấy có đến 55% số người bị trầm cảm là lao động trí óc, chỉ có 30% là những người lao động chân tay. Có lẽ sự căng thẳng tâm thần kéo dài là một trong những yếu tố stress dẫn đến suy yếu cảm xúc và gây rối loạn trầm cảm.

Tác giả Djernes J.K và CS [109] khi nghiên cứu về sự liên quan giữa các tầng lớp kinh tế xã hội với trầm cảm cũng thấy rằng rối loạn trầm cảm thường gặp hơn ở tầng lớp trí thức và tầng lớp kinh tế xã hội cũng ảnh hưởng đến mô hình bệnh tật của trầm cảm. Nghiên cứu ở 9 Trung tâm Châu Âu với các mức độ kinh tế xã hội khác nhau thì tỷ lệ trầm cảm hoàn toàn khác biệt với nhau, ở Iceland tỷ lệ là 8,8%. Munich là 23,6% [2]. Tuy nhiên theo Robert Baldwin [56], mặc dù các yếu tố kinh tế xã hội rất khác nhau song tỷ lệ trầm cảm là giống nhau khi nghiên cứu ở New York, London và Liverpool.

4.1.4 Trình độ học vấn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.4) chiếm nhiều nhất là nhóm có trình độ trung học cơ sở với 32,3%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Lâm Tường Minh (2010) là bệnh nhân có trình độ trung học cơ sở chiếm 40% [83] và phù hợp với nhận định của Miiller-Spahn & Hock (1994), rối loạn trầm cảm ở nhóm có trình độ trung học cơ sở luôn cao hơn so với các nhóm khác [4].

Theo Hội Tâm thần học Mỹ (2000), rối loạn trầm cảm có thể gặp ở mọi tầng lớp xã hội, không phân biệt về trình độ văn hóa [57]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có trình độ đại học và sau đại học chỉ chiếm 29,0% số bệnh nhân nghiên cứu. Có lẽ do trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. Ở độ tuổi này sang chấn tâm lý, các bệnh lý cơ thể và liên quan đến sử dụng nhiều loại thuốc là yếu tố quan trọng gây ra rối loạn trầm cảm hơn là trình độ học vấn. Tuy nhiên một số tác giả cho rằng ở các bệnh nhân có trình độ học vấn cao, có địa vị cao với mức thu nhập cao nên khi về hưu có sự thay đổi đáng kể về cuộc sống đặc biệt là sự cô đơn là các tác nhân gây sang chấn tâm lý và dễ dẫn đến trầm cảm.

4.1.5 Nơi cư trú.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 5) chiếm nhiều nhất là nhóm bệnh nhân sống ở thành phố (với 52,9%) ít hơn là nhóm bệnh nhân nông thôn (chiếm 25,8%) và đến trị trấn, thị xã (với 21,3%). Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Tỷ lệ bệnh nhân sống vùng nông thôn thấp hơn có lẽ là do những người bệnh không có điều kiện đi khám sớm, đúng chuyên khoa nên khi bệnh nặng mới vào viện điều trị. Còn tại thành thị có điều kiện chăm sóc sức khỏe thường xuyên, do đó có thể đến điều trị ngay khi có biểu hiện bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hương về các yếu tố

liên quan đến phát sinh trầm cảm người cao tuổi: tỷ lệ trầm cảm ở nông thôn cao hơn thành phố. Có thể nghiên cứu đó với cỡ mẫu chỉ gồm 45 bệnh nhân và theo dõi trong 1 năm, còn nghiên cứu của chúng tôi kéo dài trong 4 năm với cỡ mẫu là 155 bệnh nhân [89]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu đa trung tâm, đa quốc gia về sức khỏe tâm thần thấy tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi vùng thành phố cao hơn hẳn so với vùng nông thôn [2][3].

Một khía cạnh nữa khi xem xét điều kiện nơi ở của các bệnh nhân trầm cảm người già là thành phố, thị trấn có tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với vùng nông thôn. Có thể do các tác động của cuộc sống thị trường, sự cạnh tranh, cuộc sống công nghiệp bắt họ phải chịu sức ép của công việc, tiếng ồn, sự ô nhiễm môi trường làm thay đổi lối sống, cấu trúc gia đình, tình cảm giữa các thế hệ, giữa con người với con người, và đây cũng là những tác nhân vô cùng quan trọng với lứa tuổi già.

4.1.6. Thời gian từ khởi phát bệnh đến khi vào viện

Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu có tới 38,7% bệnh nhân chỉ được đưa đến viện sau hơn 1 năm bị bệnh (Biểu đồ 3.6) và chỉ có 21,3% bệnh nhân là được phát hiện và được can thiệp điều trị trước 6 tháng kể từ khi khởi phát bệnh. Sự chậm trễ này đã được đề cập đến trong rất nhiều y văn: Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc được điều trị thỏa đáng tại các chuyên khoa của bệnh tâm thần phân liệt và trầm cảm là 1,5 -2,5 năm [8][10].

Việc phát hiện và điều trị sớm các rối loạn trầm cảm còn gặp rất nhiều khó khăn, đặc biệt là người cao tuổi, các biểu hiện suy giảm nhận thức và rối loạn trầm cảm lại được gia đình và xã hội cho là sự thoái triển tự nhiên của tuổi già mà ít quan tâm đến. Việc chẩn đoán sớm để điều trị có hiệu quả tất cả những bệnh nhân trầm cảm là một mục tiêu khó đạt được. Nhất là với những bệnh nhân trầm cảm là người cao tuổi, bệnh khởi phát thường từ từ, kín đáo, thường tồn tại và phát triển song song với nhiều bệnh cơ thể khác [10][11][27], do

vậy những bệnh nhân này thường mất rất nhiều thời gian đi khám ở các chuyên khoa khác trước khi đến với chuyên khoa tâm thần. Sự chậm trễ này còn tùy thuộc vào sự hiểu biết của gia đình, cộng đồng và bác sĩ đa khoa để nhận biết về trầm cảm. Thái độ phân biệt đối xử với các bệnh nhân tâm thần, sự xấu hổ, tự cách ly của bản thân và gia đình, việc sẵn có của các dịch vụ sức khỏe tâm thần tại cộng đồng.... là những yếu tố quan trọng trong việc phát hiện sớm, can thiệp sớm đối với bệnh nhân trầm cảm.

4.1.7. Các thể trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Theo bảng 3.1. các thể rối loạn cảm xúc đều có thể gặp ở người cao tuổi, tuy nhiên một giai đoạn trầm cảm xuất hiện lần đầu sau 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (55,5%). Trầm cảm tái diễn có tỷ lệ thấp hơn (38,1%), trong khi trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực và trầm cảm thực tổn chỉ thấy ở 5 bệnh nhân mỗi loại, chiếm tỷ lệ 3,2%, Có lẽ là do nghiên cứu trên các bệnh nhân nội trú tại bệnh viện nên hầu hết các trường hợp đều là trầm cảm rõ rệt, điển hình. Đặc biệt trầm cảm với các triệu chứng cơ thể (F32.1 là 29,6%), (F33.1 là 16,1%) được thấy khá phổ biến. Thêm nữa, bệnh cảnh trầm cảm nặng có các triệu chứng loạn thần cũng khá thường gặp (F32.3, F33.3, F31.5), thực tế đây chính là nguyên nhân để đưa bệnh nhân đến các bệnh viện tâm thần.

Nghiên cứu của chúng tôi phần nào phù hợp với nhận xét của Davi. L. Dunner [145]: Trầm cảm ở người cao tuổi có thể là một giai đoạn mới, đầu tiên, song thường gặp là trầm cảm tái diễn, ít gặp hơn là đợt trầm cảm của rối loạn cảm xúc lưỡng cực... Một số tác giả khác [13] [16] cũng nhận xét rằng trầm cảm người cao tuổi có liên quan mật thiết đến các yếu tố tâm lý xã hội, các bệnh lý cơ thể, nên thường thấy hơn là các giai đoạn trầm cảm. Còn rối loạn cảm xúc lưỡng cực lại chủ yếu khởi phát ở lứa tuổi trẻ, rối loạn cảm xúc lưỡng cực ít được nhận biết hoặc là bị nhầm nếu cơn đầu tiên xuất hiện lại là bệnh cảnh trầm cảm. Theo tác giả Nguyễn Kim Việt có đến trên 60% các

trường hợp trầm cảm về sau phải thay đổi chẩn đoán là rối loạn cảm xúc lưỡng cực[66][105].

4.1.8. Mức độ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 13 bệnh nhân ở thể trầm cảm mức độ nhẹ (chiếm 8,4%) (Biểu đồ 7), chủ yếu gặp ở lứa tuổi 60-64. Rối loạn trầm cảm mức độ trung bình có 67 bệnh nhân (chiếm 43,2%). Rối loạn trầm cảm mức độ nặng có 75 bệnh nhân (chiếm 48,3%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Reinhard Heun, Sandra Hein.(2005) [32] về tình hình bệnh người cao tuổi, cho rằng bệnh nhân mắc các rối loạn ở mức độ nhẹ thường chỉ điều trị ngoại trú và người già thường ngại nằm viện, sợ mình là gánh nặng cho con cháu. Điều trị nội trú thường là những bệnh nhân có nhiều triệu chứng, bệnh đang ở giai đoạn nặng.

Một số nghiên cứu khác cho rằng [3][12][32], do trầm cảm ở người cao tuổi thường thể hiện bằng các triệu chứng cơ thể rất đa dạng, phong phú và mơ hồ, người bệnh mô tả bệnh không rõ ràng. Thêm vào đó là những quan niệm sai lầm của bệnh nhân, gia đình và cả nhân viên y tế cho rằng những thay đổi về cảm xúc của người bệnh là sự tiến triển bình thường của tuổi già, các yếu tố này gây khó khăn cho việc phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời [75].

Theo Kaplan Sadock (1997) [22], giai đoạn đầu của rối loạn trầm cảm thường có các triệu chứng suy nhược cơ thể. Đó là biểu hiện ban đầu của rất nhiều bệnh lý khác nhau, cả các bệnh lý cơ thể và bệnh lý tâm thần, đặc biệt ở những người cao tuổi, trước tác động của rất nhiều yếu tố tâm lý xã hội, nhiều bệnh cơ thể kèm theo. Các biểu hiện suy nhược cơ thể có thể là hậu quả trực tiếp của các stress... Đây là những biểu hiện nhất thời, luôn thay đổi, không hệ thống như: vã mồ hôi, lạnh chân tay, nóng bừng mặt, đánh trống ngực, chóng mặt... nên khó nhận biết là bệnh lý của trầm cảm.

Kết quả này cũng phù hợp với mô tả và nhận định của các tác giả Miiller-Spahn & Hock[4]. Nguyễn Việt Thiêm [8] rằng biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn sớm, rối loạn trầm cảm người cao tuổi rất mơ hồ và diễn biến vô cùng phức tạp, khi đến viện thường là các giai đoạn nặng

4.2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG TRẦM CẢM Ở NHÓM BN NGHIÊN CỨU

4.2.1. Biểu hiện lâm sàng của rối loạn trầm cảm trong giai đoạn sớm trước khi vào viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Bằng khám xét lâm sàng có định hướng, hồi cứu chúng tôi phát hiện được các dấu hiệu về sự thay đổi sinh học thường thấy trong giai đoạn sớm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng3.2):

- Rối loạn các yếu tố sinh học như rối loạn giấc ngủ là một trong những lo lắng nhất của người bệnh. Theo kết quả điều tra của Viện Nghiên cứu Vệ sinh Tâm thần Mỹ thấy có 1/3 dân số có rối loạn giấc ngủ và 100% bệnh nhân cao tuổi có rối loạn trầm cảm có biểu hiện rối loạn giấc ngủ mức độ nặng. Người bệnh khó khăn đi vào giấc ngủ, cảm giác lo lắng, sợ hãi khi lên giường (khi lên giường được 30-45 phút mà vẫn trằn trọc không ngủ được). Khi ngủ được thì giấc ngủ không sâu, dễ tỉnh giấc. Khi tỉnh giấc thì không thể ngủ tiếp, người bệnh trở lên hoang mang, sợ hãi cho chính mình. Thường khi khó ngủ thì người bệnh hay có những suy nghĩ về quá khứ, những việc chưa làm được, những mâu thuẫn dằn vò tâm trí người bệnh, đến khi mệt quá ngủ đi thì lại hay có giấc mơ kỳ quái hay ác mộng (có bệnh nhân cho rằng họ mất ngủ suốt đêm) chẳng có lúc nào ngủ được yên lành. Khi tỉnh dậy bệnh nhân thấy cơ thể mệt mỏi vô cùng, tinh thần trì trệ, không thấy thoải mái. Bệnh nhân không muốn ra khỏi giường. Giấc ngủ không ổn định nên người bệnh thường hay lo lắng, tìm và mua các loại thuốc hỗ trợ để mong tìm cho mình một giấc ngủ tốt hơn. Trong giai đoạn đầu các thuốc hỗ trợ và thuốc ngủ có thể đưa người bệnh đến giấc ngủ tốt hơn, nhưng về sau dù có uống tăng liều thuốc

ngủ thì người bệnh cũng rất khó có giấc ngủ tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 77,4% người bệnh rối loạn giấc ngủ. Phù hợp với các nghiên cứu của Robert Baldwin, Kaplan Sadock cho rằng rối loạn giấc ngủ là triệu chứng sớm nhất ở trầm cảm của người cao tuổi.

- Những *cảm giác mệt mỏi bất thường* có tần suất 89,0% ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Cùng với biểu hiện rối loạn giấc ngủ, người bệnh thấy cơ thể mệt mỏi kéo dài, người bệnh không muốn rời khỏi chỗ nằm, không muốn vệ sinh thân thể, không muốn ăn, uống, các sinh hoạt hàng ngày đều trở nài, người bệnh ngại giao tiếp, muốn ngồi một chỗ. Các triệu chứng mệt mỏi thường nặng hơn về buổi sáng và giảm đi vào buổi chiều. Vào các buổi chiều người bệnh thường thấy thoải mái hơn, cơ thể nhẹ nhàng hơn. Theo Miiller-Spahn & Hock[4] đây là triệu chứng thể hiện tình trạng suy giảm năng lượng chung của cơ thể. Từ phản ứng, lo lắng và mệt mỏi ở người bệnh xuất hiện những cảm giác bứt rứt khó chịu, dễ cáu gắt: 41,5% ở nhóm dưới 70 tuổi, 45,2% ở nhóm trên 70 tuổi; không muốn giao tiếp. Các biểu hiện này thường kéo dài 3 đến 5 tháng, người bệnh thường đi khám các chuyên khoa khác, lo lắng và uống rất nhiều các loại thuốc. Gia đình các người bệnh này thường cho đó là tật chứng của người già và cũng không đưa người thân đi chữa trị mà chủ yếu là chăm sóc bằng chế độ ăn uống, hay mua thuốc bổ về tự điều trị. Việc này cũng lý giải về thời gian để người bệnh đến với chuyên khoa tâm thần thường chậm trễ sau 1 năm.

- Nhiều tác giả (Nguyễn Việt, Robert C. Baldwin A. Bas et al (2002), Kaplan H.I, Sadock B.J) [34][56][84] cho rằng triệu chứng mệt mỏi có thể là biểu hiện ban đầu của rất nhiều bệnh lý khác nhau, cả các bệnh lý cơ thể và bệnh lý tâm thần. Đặc biệt ở những người cao tuổi, trước tác động của rất nhiều yếu tố tâm lý xã hội, nhiều bệnh cơ thể kèm theo. Các biểu hiện mệt mỏi của cơ thể có thể là hậu quả trực tiếp của các stress. Hơn nữa các biểu hiện này cũng xuất hiện nhiều hơn ở nhóm nghiên cứu thuộc lứa tuổi trên 70.

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

- Các triệu chứng cơ thể khác có thể gặp nhiều loại, đặc biệt là các triệu chứng về tiêu hóa (chán ăn 61,9%, táo bón 49,6%, sút cân 87,1%) Nhưng những biểu hiện này gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi. Đó cũng là những triệu chứng nhẹ nhàng, kín đáo, mơ hồ, bệnh nhân khó mô tả được một cách rõ ràng, không có các biểu hiện một cách có hệ thống. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của tác giả Shahpesandy H [93] rằng trầm cảm ở tuổi già thường biểu hiện bằng những triệu chứng “ẩn” kín đáo, không điển hình.

- Ở giai đoạn trước khi vào viện các biểu hiện giảm tập trung chú ý được nhận thấy khá rõ nét trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.2). Giảm sự tập trung chú ý (chiếm tỷ lệ 51,6%), bệnh nhân thường biểu hiện bằng hiện tượng như lơ đãng khi nói chuyện, dễ bị lôi cuốn bởi các hiện tượng khác xung quanh. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Shahpesandy H [93] khi cho rằng 95% bệnh nhân trầm cảm có rối loạn chú ý. Các tác giả khác cũng cho rằng khả năng tập trung chú ý kém là triệu chứng bệnh nhân hay than phiền nhất.[27][37]

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những biểu hiện sớm của trầm cảm ở người trên 60 tuổi. Đó thường là những rối loạn biểu hiện kín đáo không đặc hiệu, như các biểu hiện mệt mỏi bất thường, mệt vào buổi sáng, các rối loạn thần kinh thực vật như vã mồ hôi, đánh trống ngực... Một số các triệu chứng khác như chán ăn, sút cân, rối loạn giấc ngủ.....và rất dễ nhầm lẫn với các triệu chứng của nhiều bệnh cảnh nội khoa khác. Các triệu chứng thường hay bắt đầu từ một sang chấn tâm lý. Kết quả này cũng phù hợp với

mô tả và nhận định của các tác giả Cole M.G và CS [104], Starkstein, SE & Robinson, RG [132]. Nguyễn Viết Thiêm [8] rằng biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn sớm, rối loạn trầm cảm người cao tuổi rất mơ hồ và diễn biến vô cùng phức tạp, rất khó khai thác được chính xác thời điểm khởi phát các triệu chứng. Tuy nhiên ở giai đoạn đầu các biểu hiện đa dạng đó của trầm cảm vẫn có thể nhận biết được nếu có sự quan tâm thoả đáng, nhất là với các bác sĩ đa khoa ở cộng đồng. Trong giai đoạn này nếu được phát hiện và điều trị kịp thời thì người bệnh sẽ không có các rối loạn tiếp theo, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi sẽ có ý nghĩa hơn.

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

4.2.2.1. Các triệu chứng lâm sàng của rối loạn trầm cảm

Cùng với thời gian, các biểu hiện của trầm cảm ngày một bộc lộ rõ rệt, ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh cũng như những người sống cùng bệnh nhân. Trong các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm thường gặp là khí sắc trầm. Đây là một trong các triệu chứng điển hình nhất, quan trọng nhất và rõ rệt nhất, nhưng đối với người cao tuổi, khí sắc trầm chỉ gặp ở 41,3% các bệnh nhân nghiên cứu. Giai đoạn đầu bệnh nhân mô tả một cảm giác buồn thoáng qua, cảm giác này thường xuất hiện nhiều vào các buổi sáng, cảm giác cuộc sống tẻ nhạt, âm thanh, màu sắc, hương vị đều trở lên mờ nhạt, về sau các triệu chứng buồn ngày một nặng lên. Buồn không làm cho họ nước mắt lưng tròng, nhưng đã tạo nên nét mặt gằn như nặng trĩu và đau khổ, người bệnh như đắm chìm trong tâm trạng u uất, khí sắc giảm, mặt mày ủ rũ, ngồi một chỗ hoặc hoạt động rất chậm chạp, nói nhỏ hoặc từ chối tiếp xúc...(bảng 3.3). Đó chính là các triệu chứng cốt lõi để chẩn đoán trầm cảm. [10][14][34][37][55]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của (Kaplan Sadock) [84] về trầm cảm người cao tuổi cho rằng triệu chứng khí sắc trầm gặp chỉ gặp ở 48,5% số bệnh nhân đây là những nét đặc trưng

riêng và khác biệt rõ ràng so với lứa tuổi trẻ. Các triệu chứng này được coi là có ý nghĩa lâm sàng đặc biệt (bảng 3.4). Khí sắc trầm, phản ánh tình trạng cảm xúc bị ức chế với cảm giác khó chịu, dao động [11][18].

Người bệnh có *khí sắc trầm với nét mặt buồn*, mệt mỏi, không còn năng lượng mất hi vọng. Kèm theo cảm giác thất bại, Giảm giá trị bản thân, dẫn đến không còn hứng thú để làm các công việc hàng ngày. Trong một số trường hợp, kèm theo cảm giác bị tội không xứng đáng nên có tới 17,4% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có ý tưởng hành vi tự sát. Nghiên cứu của Gay.C, BoureauF,1989[64] có tới 50%-58% bệnh nhân có khí sắc trầm buồn liên quan đến bệnh mạn tính, và 1/3 trong số đó có ý tưởng tự sát (xấp xỉ 16,6%). Tỷ lệ này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Mặt khác, khi nghiên cứu triệu chứng khí sắc trầm, chúng tôi thấy trầm cảm ở người cao tuổi liên quan chặt chẽ với các sang chấn tâm lý, các rối loạn các chức năng sinh lý như các rối loạn chức năng thực vật- nội tạng như các cảm giác khó chịu (ở ngực, bụng, toàn thân...), mất ngủ, chán ăn, mệt mỏi, uể oải, giảm khả năng làm việc, cường giao cảm (mạch nhanh, huyết áp tăng, khô miệng, buồn nôn, táo bón), sút cân, mất hoàn toàn ham muốn tình dục... Nghiên cứu về trầm cảm Bengtson, V.L., Silverstein, M., Putney, N., Gans, D (2009)[62], nhấn mạnh sự rối loạn khí sắc trầm buồn, mặc dầu BN không nhận thấy được ảnh hưởng của nó làm mất thích thú và làm mất sinh lực (tình trạng mệt mỏi không cắt nghĩa được). Tác giả cho rằng, khí sắc người bệnh giảm sút, hay đăm chiêu, hoặc hay chảy nước mắt, cảm giác bị cô lập, khi chủ quan bản thân họ tự nhận thấy, có sự khó chịu, không thoải mái, thường xuyên có *rối loạn giấc ngủ*. Bengtson, V.L., Silverstein, M., Putney, N., Gans, D, nhấn mạnh, khí sắc trầm buồn là nhân tố chủ đạo, từ đó làm xuất hiện nhiều triệu chứng khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với những đánh giá được rút ra sau nghiên cứu của các tác giả.

Cùng với triệu chứng về khí sắc trầm người bệnh có biểu hiện như mất mọi năng lượng trong cơ thể. Cảm giác mệt mỏi, đuối sức khi làm một việc hay suy nghĩ một vấn đề gì đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi (gặp ở 70,3%) các bệnh nhân nghiên cứu. Bệnh nhân thường thấy đuối sức trước các đòi hỏi của nghề nghiệp và cuộc sống, người bệnh không muốn ra khỏi giường, không muốn làm việc gì, cảm giác này tăng lên khi ở một mình, và giảm dần vào các buổi chiều, hiệu suất công việc giảm sút, sự mệt mỏi biểu hiện cả lúc lao động trí óc hay lao động chân tay. Nhiều bệnh nhân mệt mỏi thấy khó khăn ngay cả trong cuộc sống sinh hoạt gia đình và chăm sóc bản thân. Mất quan tâm với các ham thích thú cũ (có ở 49,0%) bệnh nhân nghiên cứu, các mối quan tâm thu hẹp dần, bệnh nhân trở nên bàng quan với các sự kiện diễn ra xung quanh mình, không quan tâm đến gia đình, thờ ơ với việc chăm sóc con cái, các thích thú cũ không còn nữa, các biểu hiện rõ nét ở từng thời điểm, nặng lên khi có stress kết hợp.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, khi vào viện điều trị phần lớn các bệnh nhân nghiên cứu đều được chẩn đoán là trầm cảm vừa và nặng, nên tỷ lệ các bệnh nhân có từ hai đến ba triệu chứng cốt lõi trong bệnh cảnh lâm sàng là hoàn toàn phù hợp với tiêu chuẩn bắt buộc phải có để chẩn đoán trầm cảm theo ICD -10 [14]. Kết quả này phần nào phù hợp với một số nhận xét của các tác giả Mỹ [57][138] khi nghiên cứu đặc điểm trầm cảm giữa các châu lục. Có lẽ do ảnh hưởng của nền văn hoá nên ở người cao tuổi Châu Á ưu thế các triệu chứng cảm xúc trầm cảm thường gặp là các triệu chứng mệt mỏi, mất năng lượng, mất sức sau một cố gắng nhỏ.

Cùng với các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm thì các triệu chứng phổ biến của trầm cảm được gặp phổ biến. Ở các bệnh nhân dưới 70 tuổi, bệnh cảnh lâm sàng triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm hơn thì ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi lại biểu hiện nhiều hơn các triệu chứng phổ biến của

trầm cảm (bảng 3.4): nhìn tương lai ảm đạm có ở 27,1% bệnh nhân nghiên cứu (73,8% các bệnh nhân nhóm tuổi trên 70), ý tưởng tự ti, tự buộc tội có ở 28,4% các bệnh nhân nghiên cứu (trong đó 61,9% các bệnh nhân trên 70).

Theo Blazer và cộng sự [20] khi nghiên cứu về đặc điểm triệu chứng trầm cảm theo tuổi đã nhận thấy nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi có nhiều triệu chứng về tư duy trầm cảm hơn nhóm dưới 70 tuổi. Trong rối loạn trầm cảm người cao tuổi thường đến viện vào giai đoạn muộn, khi người bệnh có các biểu hiện như liên tưởng chậm chạp, hồi ức khó khăn, khó diễn đạt ý nghĩ của mình thành lời nói, người bệnh nói nhỏ, nói chậm, hoặc không nói, có khi rầu rĩ, khóc lóc. Ở những người cao tuổi có lẽ các yếu tố tâm lý trở thành gánh nặng cho con cháu, cảm thấy mình bất lực trước các biến động của cuộc sống, cách ly dần với các hoạt động xã hội, sự cô đơn tuổi già... làm cho tư duy bệnh nhân càng nhuốm màu cảm xúc trầm cảm, bệnh nhân thường xuất hiện nhiều định kiến, tự ti, cho mình là hèn kém, có phẩm chất xấu, các trường hợp nặng hơn là hoang tưởng tự buộc tội.

Ở các bệnh nhân này, tâm trạng buồn rầu đã lan toả vào sâu trong suy nghĩ của bệnh nhân, người bệnh luôn liên tưởng suy nghĩ của mình đến với các sự kiện xung quanh. Đặc biệt bệnh nhân thường xem xét lại các sự kiện trong quá khứ, thấy mình có nhiều thiếu sót với vợ, con, gia đình, đồng nghiệp, các sai lầm nhỏ trong quá khứ cũng trở thành nỗi dằn vặt ân hận của người bệnh. Bệnh nhân thấy mình trở lên hèn kém, yếu đuối, không xứng đáng với niềm tin yêu của người thân, không xứng đáng với vị trí mà xã hội đã giao phó... Theo kết quả nghiên cứu của Stek M.L và cộng sự [135] các biểu hiện nhìn tương lai ảm đạm thấy ở 94% các bệnh nhân trầm cảm người già trên 70 tuổi. Có lẽ vì những lý do đó mà ý tưởng tự sát được thấy với tỷ lệ đáng kể (17,4%)(bảng 3.4). Đây là những con số đáng lưu ý về tình trạng tự hủy hoại thân thể của các bệnh nhân cao tuổi do rối loạn trầm cảm gây nên.

- Kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nhận xét của tác giả (Mitchell A.J, James Lindesay) là ý tưởng và hành vi tự sát trong trầm cảm người cao tuổi được gặp nhiều hơn hẳn so với trầm cảm ở người trẻ tuổi [73][83]. Đây có lẽ cũng là sự khác biệt giữa trầm cảm ở người trẻ tuổi và người cao tuổi, ở những người trẻ tuổi các triệu chứng đặc trưng chủ yếu của trầm cảm thường rõ ràng và nổi trội hơn là ở những người cao tuổi.

Tóm lại trong nghiên cứu của chúng tôi, khí sắc trầm là triệu chứng cốt lõi có tần suất cao nhất ở hai nhóm. Tuy nhiên, để phát hiện khí sắc buồn phải xem xét trong mối quan hệ chặt chẽ của tình trạng cảm xúc ức chế với nhiều triệu chứng khác. Theo bản phỏng vấn chẩn đoán quốc tế kết hợp CIDI-10(1992)[14] được sử dụng cho nghiên cứu lâm sàng trầm cảm, đặc điểm căn bản của trầm cảm là khí sắc giảm, cảm xúc buồn, mất hứng thú luôn luôn kèm theo các triệu chứng: rối loạn ngon miệng, rối loạn giấc ngủ, tình trạng mệt mỏi, tự đánh giá thấp bản thân, mất tự tin hoặc cảm giác không xứng đáng, giảm tập trung chú ý, cảm giác mất khả năng giải quyết các công việc hàng ngày, ý tưởng tự sát. Những triệu chứng này cùng với các rối loạn thực vật chiếm vị trí ưu thế trong bệnh cảnh để hình thành bức tranh trầm cảm mang đặc điểm riêng trong lâm sàng bệnh nhân trầm cảm người cao tuổi.

4.2.2.2. Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm ở nhóm BN nghiên cứu

Việc chẩn đoán trầm cảm được biểu hiện bằng rối loạn cơ thể đặc biệt là tuổi già là rất khó khăn bởi vì: Sự biểu hiện rối loạn trầm cảm là “dưới ngưỡng”, pha tạp nhiều triệu chứng tâm thần và cơ thể không đáp ứng tiêu chuẩn của bất cứ một rối loạn trầm cảm nào trong hệ thống phân loại trầm cảm được biết định trong ICD - 10 [14][15]. Từ việc nghiên cứu đặc điểm các triệu chứng, khám xét lâm sàng chi tiết sự diễn biến của các rối loạn và sự đáp ứng đối với điều trị, sự hỗ trợ của trắc nghiệm tâm lý Beck, Zung, thang đánh

giá trầm cảm người cao tuổi cho phép thầy thuốc lâm sàng có cơ sở chẩn đoán được “*Trầm cảm với các rối loạn cơ thể*”:

Các biểu hiện triệu chứng của trầm cảm nhẹ (trầm cảm không điển hình, trầm cảm mờ nhạt) trong hình ảnh lâm sàng của người bệnh, các rối loạn cảm xúc khó phát hiện do bệnh nhân thường không nhận biết sự giảm khí sắc mà giải thích đó là những khó chịu về cơ thể. Do đó, việc theo dõi mức độ triệu chứng như: giảm cảm giác khoan khoái, khó giao tiếp với xung quanh, hạn chế tiếp xúc, giảm hứng thú vốn có đối với những công việc trước đây phải có một quá trình thời gian và người thầy thuốc thăm khám phải có kiến thức về trầm cảm thì mới phát hiện các biểu hiện này.

Ở người cao tuổi, có những đặc thù riêng là các cơ quan trong cơ thể đang trong giai đoạn thoái triển, các biểu hiện trầm cảm ở lứa tuổi này cũng có những đặc điểm khác so với trầm cảm ở người trẻ, đó là:

4.2.2.3. Triệu chứng sinh học: (bảng 3.5) Trong Bảng Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10, nguyên tắc chẩn đoán rối loạn trầm cảm có triệu chứng cơ thể, bệnh nhân phải đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán một giai đoạn trầm cảm và có ít nhất là 4/8 triệu chứng sinh học. Trong 155 bệnh nhân thu nhận được chúng tôi thấy 100% có ít nhất là 4/8 triệu chứng sinh học, triệu chứng luôn hiện diện ở 62,6% bệnh nhân là mất (giảm) hứng thú với những hoạt động hàng ngày gây thích thú, triệu chứng cũng thường gặp là thức giấc sớm hơn 2 giờ chiếm tỷ lệ 86,5%, đặc biệt là triệu chứng kích thích suy nhược có đến 74,2% số bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây, ở giai đoạn sớm các triệu chứng không đầy đủ, mơ hồ và khó chẩn đoán [8][10][55][61].

- Cảm giác ăn ít ngon miệng [bảng 3.4]. Thường nổi bật là cảm giác chán ăn, không có hứng thú trong ăn uống, mất cảm giác ngon miệng. Hậu quả là

bệnh nhân bị giảm cân và tạo cơ hội để các bệnh khác phát triển. sút cân gặp ở 88,4% số bệnh nhân nghiên cứu. Có thể nói trong giai đoạn toàn phát các biểu hiện của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi liên quan chặt chẽ đến triệu chứng rối loạn về cơ thể như các triệu chứng về tiêu hoá dạ dày- ruột, tim mạch, hô hấp..., trong đó nổi bật nhất các triệu chứng là các triệu chứng tiêu hóa.

Tuy nhiên có thể ăn nhiều hơn bình thường dẫn đến tăng cân. Tăng hay giảm cân là triệu chứng cần lưu ý ở người cao tuổi, bởi đây là giai đoạn thoái triển mạnh mẽ và nhanh chóng về thể chất, nên triệu chứng tăng cân có thể là biểu hiện của các bệnh thực thể khác[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (có đến 92,9%) số bệnh nhân có cảm giác ăn ít ngon miệng, (với 95,2% bệnh nhân trên 70 tuổi và 95,6% bệnh nhân dưới 70 tuổi thường xuyên có cảm giác này), nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lâm Tường Minh, Trần Hữu Bình cho rằng các triệu chứng ăn ít ngon miệng có đến 98,8% số bệnh nhân có các rối loạn trầm cảm [55][61].

4.2.2.4. Các triệu chứng cơ thể khác

A. Tiêu hóa. *Cảm giác ăn không tiêu* là triệu chứng có tần suất cao ở cả hai nhóm: 74,1%, trong đó nhóm dưới 70 tuổi chiếm 84,1% và nhóm trên 70 tuổi chiếm 47,6% với $p < 0,05$. Đầy bụng với ăn không tiêu thường xuyên có, chiếm vị trí trung tâm trong bệnh cảnh lâm sàng rối loạn trầm cảm người cao tuổi, kèm theo là rối loạn cảm giác đầy bụng, khó chịu vùng bụng rất đa dạng phong phú: 59,3% ở nhóm dưới 70 tuổi, 21,4% ở nhóm trên 70 tuổi (bảng 3.6).

- Người bệnh than phiền cảm giác nóng rát bụng lan toả và thay đổi (lúc thì nhức nhối, lúc thì nóng lạnh, lúc thì chèn ép như thắt chặt thắt lưng). Đặc điểm của các cảm giác là khó xác định được chính xác, không tìm được lời để diễn tả đã làm cho họ phiền muộn, làm lo lắng nhiều hơn. Khi mô tả về chứng rối loạn cảm giác chức năng bụng tác giả (Robert Baldwin)[80], nhận xét, các cảm giác nặng nề vùng bụng luôn đi kèm với các cảm giác đau bụng mơ hồ

(có tần suất cao từ 70-80%) trong các rối loạn tiêu hoá thường gặp làm cho bệnh nhân khó chịu. Người bệnh than phiền về các cảm giác đầy bụng, *bụng lúc nào cũng âm ạch*. Triệu chứng xuất hiện nhiều lên trong khi họ căng thẳng cảm xúc. Cảm giác căng đầy bụng thường liên quan đến cảm giác đau âm ỷ, lan tỏa.

- Những *cảm giác buồn nôn, nôn* thường gặp với tần suất ở (38,7%) nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Cảm giác nôn nao, buồn nôn, không liên quan gì đến bệnh lý cơ thể, hoặc sự biến đổi cấu trúc các tạng ổ bụng, hoặc bệnh nội tiết, hoặc nhiễm trùng, nhiễm độc, kể cả không liên quan gì đến những sai sót trong chế độ ăn, mà liên quan chặt chẽ đến các trạng thái cảm xúc, đặc biệt là cảm xúc buồn rầu và lo lắng. Theo nghiên cứu của Robert Baldwin biểu hiện này chiếm tới 84% ở nhóm *trầm cảm cơ thể*. Cảm giác nôn nao, buồn nôn, thường liên quan đến những cảm giác đặc biệt và rất khó chịu phần dưới thực quản, cảm giác mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và ăn mất ngon miệng.

- Trong đặc điểm cấu trúc các rối loạn cảm giác chức năng bụng, có một số biểu hiện khác tuy tần suất có thấp hơn nhưng sự xuất hiện của chúng càng làm tăng thêm sự chú ý, và làm cho bệnh nhân càng trở nên lo lắng hơn, như những *cảm giác cuộn bụng, cảm giác ruột nổi thừng di chuyển tăng lên*. Bệnh nhân miêu tả cảm giác như có cục gì mắc vướng, nhưng không khó nuốt, nôn nhẹ liên tục (không ảnh hưởng đến sự ngon miệng cũng như không làm giảm cân). Với các bệnh nhân có cảm giác chán ăn không do hoang tưởng ảo giác gây ra, người bệnh mất cảm giác thèm ăn, không muốn ăn, nghĩ đến ăn là sợ, cảm giác buồn nôn xuất hiện, cơ thể sụt cân rõ ràng.

Một loạt các triệu chứng thường gặp ở đường tiêu hóa: ợ hơi, hoặc tức ngực. Các triệu chứng này không hạn chế ở một bộ phận cơ thể nào, người bệnh có cảm giác đau bụng không rõ ràng, khó chịu vùng bụng hoặc có cơn

đau bụng dữ dội mà bệnh nhân luôn đòi phẫu thuật kiểm tra. Đau bụng thường gặp cơn đau ở vùng bụng dưới có khi lan sang sau lưng. Cơn đau lan tỏa không xác định rõ vị trí, có thể cơn đau sẽ thuyên giảm sau khi đi đại tiện. Một điểm trong cơn đau này là triệu chứng mất ngủ thường gặp ở những bệnh nhân này, nhưng ngủ được thì rất ít khi bị cơn đau đánh thức.

Rối loạn đại tiện. người bệnh đi đại tiện không có giờ giấc, về số lần đại tiện thường gặp nhiều hoặc ít, điều làm cho người bệnh thường xuyên khó chịu nhất, biểu hiện bằng sự “táo bón” và “đi lỏng” luân phiên. Song ở những bệnh nhân này tuyệt nhiên không thấy xuất hiện hiện tượng đại tiện ra máu hoặc đi phân đen, các triệu chứng này tồn tại có thể xuất hiện đơn lẻ hoặc kết hợp cùng với các triệu chứng khác về tiêu hóa, có thể như: ợ nóng, buồn nôn, sôi bụng, các biểu hiện của cơ thể như hồi hộp, vã mồ hôi, các biểu hiện mệt mỏi, suy nhược cũng hay gặp, tăng hay giảm triệu chứng này liên quan rõ rệt đến các yếu tố căng thẳng cảm xúc [152].

Tất cả các biểu hiện đó đã tạo nên những hình ảnh riêng biệt, phong phú và đa dạng các rối loạn cảm giác chức năng bụng. Nghiên cứu của Brice Pitte[88] có tới 74%-80% tất cả các bệnh nhân có biểu hiện rối loạn cảm giác chức năng bụng kèm theo các cảm giác đau liên quan đến cảm xúc trầm cảm. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy đặc điểm các rối loạn cảm giác chức năng bụng có liên quan đến rối loạn trầm cảm, phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả.

B. Triệu chứng tim mạch:(bảng 3.6) Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu có 107 bệnh nhân có biểu hiện hồi hộp đánh trống ngực, chiếm tỷ lệ 69,0%. và 91 bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh (chiếm tỷ lệ 58,7%), các triệu chứng chức năng hệ tim mạch dường như tăng dần theo nhóm tuổi của các bệnh nhân nghiên cứu, đặc biệt là sau 70 tuổi. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Charles B. Nemeroff, M.D, Ph.D. Dominique L. Musselman, M.D.,and Dwight L. Evans, M.D[131], các tác giả này cũng thấy các triệu chứng thuộc hệ tim mạch biểu hiện nhiều hơn ở những người cao tuổi bị trầm cảm. Chính với bệnh cảnh như vậy, bệnh nhân trầm cảm người cao tuổi thường đến khám và thăm dò, điều trị rất lâu ở các chuyên khoa tim mạch trước khi đến với bác sĩ chuyên khoa tâm thần. Việc phân biệt các rối loạn chức năng hệ tim mạch cùng với các bệnh lý tim mạch thực sự đi kèm với bệnh nhân trầm cảm, thực tế là một vấn đề rất khó khăn và cần được các bác sĩ tâm thần quan tâm trong việc chọn lựa và sử dụng các loại thuốc chống trầm cảm.

C. Các rối loạn thần kinh thực vật.

- Các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật gặp ở tất cả các nhóm tuổi bảng 3.6. Trong 155 bệnh nhân nghiên cứu có 102 bệnh nhân có những cơn vã mồ hôi chiếm tỷ lệ 65,8%; có tới 44,5% số bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện chóng mặt, và 54,2% bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện bốc hỏa, nóng bừng mặt ... Như vậy, các triệu chứng thuộc hệ thần kinh thực vật không những sớm xuất hiện ở người bệnh trầm cảm trên 60 tuổi mà khi bệnh toàn phát các triệu chứng này cũng biểu hiện rõ và phong phú hơn rất nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của rất nhiều tác giả khác trong nước và trên thế giới [131][134][136], nhưng khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Pháp: M. Blanchard et A Mann [136] thì thấy chỉ có 50 - 58% số bệnh nhân nghiên cứu. Thực ra tỷ lệ các rối loạn này có thể rất khác nhau giữa các tác giả vì còn tùy thuộc vào quan niệm và tiêu chuẩn chẩn đoán. Trầm cảm người cao tuổi thường kèm theo lo âu, ám ảnh, các rối loạn nội tiết, các bệnh lý cơ thể và sử dụng nhiều loại thuốc. Các rối loạn thực vật mơ hồ, không hệ thống, nhất thời nhiều khi khó quy kết là triệu chứng của bản thân bệnh lý trầm cảm hay không.

D- Triệu chứng đau: Kết quả ở bảng 3.7 cho thấy trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu có 141 bệnh nhân có biểu hiện đau khi bị rối loạn trầm cảm, chiếm tỷ lệ 90,96%. Biểu hiện của triệu chứng đau rất đa dạng, khác nhau về cả vị trí đau, thời gian đau và cả về cường độ. Vị trí đau thường hay thay đổi lúc xuất hiện ở đầu, đau vai gáy, đau mỗi các khớp xương, đau cột sống đôi khi gặp đau tức ngực, tức nặng vùng thượng vị. Có 60 bệnh nhân biểu hiện đau tức vùng ngực nhưng không tìm thấy tổn thương thực thể nào tại tim (chiếm tỷ lệ 38,7%). Người bệnh thường có cảm giác đau lan tỏa (72,3%) nhiều hơn là đau khu trú (18,7%); đau xuất hiện từng lúc song tái diễn từng cơn (18,7%) ít hơn là đau liên tục, thường xuyên (58,1%), cũng về cường độ đau thì người bệnh thường có cảm giác đau mơ hồ khó mô tả (72,3%) hơn là cảm giác đau rõ ràng (19,4%). Các biểu hiện đau này thường liên quan chặt chẽ với biến đổi tâm lý của bệnh nhân (29,0%). Sự khác biệt ở các tính chất này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

- Trong nghiên cứu của Yuri L. Bronstein [91], Shahpesandy H [93] triệu chứng *đau bụng khá thường gặp* (88,4-92,1%). Còn nghiên cứu của Evans DL, Charney DS [68], Trần Hữu Bình [55] không đưa ra con số cụ thể, nhưng các tác giả nhận xét triệu chứng đau bụng là những triệu chứng thường gặp hơn cả, có liên quan nhiều đến trạng thái cảm xúc người bệnh. Phân tích đặc điểm đau bụng trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi thấy khác nhau trên các bệnh nhân. Biểu hiện đau bụng được coi là làm phức tạp cho việc chẩn đoán trầm cảm. Đau thường kèm với những nỗi sợ hãi, lo lắng sâu kín và căng thẳng. Đau không khu trú thường xuyên ở bất kỳ một vùng nào đó ở ổ bụng. Đau có đặc điểm là co thắt từ một vùng sang một vùng khác của bụng. Các điểm đau điển hình không phát hiện thấy. Có tới 40,6% đau mang đặc điểm di chuyển, lan tỏa. Đau đi kèm với sự căng thẳng tâm lý, các biểu hiện đau có đặc điểm dai dẳng, tái diễn. Đau xuất hiện và mất đi một cách tự phát, không

có liên quan gì với việc ăn uống và hoạt động thể lực, ngay đến cả ăn kiêng vẫn không giảm nhẹ chứng đau.

- Chứng đau bụng xuất hiện (74,1%) và nặng lên trong sự căng thẳng cảm xúc. Kết quả nghiên cứu và đánh giá về chứng đau tiêu hoá của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của, Lâm Tường Minh (61), Trần Hữu Bình[55]. Ngoài ra, đau bụng của các bệnh nhân trầm cảm còn được phân biệt nhờ vào hiệu quả của các thuốc giảm đau. Các thuốc giảm đau không làm thay đổi tính chất và cường độ đau bụng, trong khi đó dùng thuốc chống trầm cảm, có sự thay đổi đáng kể tính chất và cường độ đau bụng. Các tác giả cho rằng, cần nghĩ đến trầm cảm nếu khi sắc người bệnh giảm sút kèm theo đau dai dẳng. Ngoài ra, trong nghiên cứu của mình các tác giả đã đưa ra nhiều trường hợp đau bụng với nhiều chẩn đoán khác nhau: (viêm dạ dày tá tràng, viêm đại tràng co thắt, loạn vận động đường mật, loạn khuẩn...). Những số liệu phân tích sinh hoá, X quang, nội soi, xét nghiệm phân,...không phát hiện bệnh lý thực tồn. Tiến triển của các triệu chứng này liên quan chặt chẽ với các trạng thái cảm xúc căng thẳng và sau đó được điều trị khỏi bằng thuốc chống trầm cảm.

- Tuy triệu chứng đau không được coi là các triệu chứng sinh thể của trầm cảm và cũng không phải là tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm theo ICD-10. Song với các bệnh nhân trầm cảm người già, đau là triệu chứng khá phổ biến và các đặc điểm đau ghi nhận được ở các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là giống với nhận xét của nhiều tác giả trong y văn [46][56] rằng đau là triệu chứng đặc trưng hay gặp trong trầm cảm người cao tuổi. Theo Robert C. Baldwin [56] đau trong trầm cảm là triệu chứng không cần thiết được bằng một bệnh lý cơ thể cụ thể nào. Cần phân biệt với đau trong các triệu chứng rối loạn dạng cơ thể, tuy nhiên đau sẽ thoái triển nếu điều trị hết nền tảng trầm cảm nằm bên dưới [43].

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

4.2.2.5.1. Các rối loạn tri giác

Các rối loạn tri giác gặp ở 30 trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu (19,4%) (bảng 3.8). Giống như các triệu chứng loạn thần khác, ảo giác chính là một trong những lý do để bệnh nhân được đưa đến các cơ sở dịch vụ tâm thần và chẩn đoán trầm cảm nặng có loạn thần chiếm tỷ lệ đáng kể trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong số các ảo thanh, ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ (46,7%), ảo thanh lúc đỡ thức dở ngủ (56,7%). BN thường nghe thấy tiếng nhiều người bình luận về đạo đức, nhân phẩm của mình, thấy nhiều tiếng nói chê bai dèm pha bản thân và gia đình, kể lể về các thiếu sót, khuyết điểm mà bệnh nhân từng mắc phải. Các ảo giác loại này chủ yếu được thấy ở nhóm BN dưới 70 tuổi. Theo Brice Pitte [88], các ảo thanh thường đồng hành với các hoang tưởng để tạo thành hội chứng Paranoid ở các BN cao tuổi bị trầm cảm và các ảo giác này cũng mang màu sắc trầm cảm.

Ở nhóm trên 70 tuổi, các rối loạn tri giác chủ yếu là rối loạn cảm giác bản thể (50,0%) và ảo giác xúc giác (70,0%). Điều này phù hợp với nhận xét của Robert Baldwin [56] rằng một trong các triệu chứng đặc trưng của trầm cảm ở người cao tuổi là than phiền nhiều về cảm giác tê bì, nóng lạnh ở một bộ phận nào đó của cơ thể, các cảm giác dị cảm trên da, cảm giác rối loạn chức năng của cơ quan, bộ phận nào đó trong cơ thể... Các triệu chứng này càng làm cho bệnh cảnh trầm cảm ở người cao tuổi có nhiều triệu chứng về cơ thể và khó phân biệt với một bệnh cơ thể thực sự nằm bên dưới, nhất là những người có tâm lý né tránh, từ chối chấp nhận mình bị rối loạn tâm thần mà đi khám các chuyên khoa bệnh lý cơ thể khác, dẫn đến sự chậm trễ trong phát hiện và can thiệp sớm rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.

4.2.2.5.2. Các loại hoang tưởng: (Bảng 3.9). Kết quả cho thấy hoang tưởng các loại có ở 32/155 số bệnh nhân nghiên cứu (20,6%). Có sự khác nhau rõ

rệt về sự xuất hiện hoang tưởng ở các nhóm bệnh nhân nghiên cứu dưới 70 tuổi và nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Việt (về đặc điểm trầm cảm ở các bệnh nhân nữ trên 45 tuổi được điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần): 60% bệnh nhân trầm cảm có hoang tưởng. Theo các tác giả (Robert C Baldwin [80], Piter Hill và cộng sự [21]...), hoang tưởng được thấy nhiều hơn ở trầm cảm khởi phát muộn và điều đó ngụ ý rằng sự lão hoá là một yếu tố bệnh nguyên của rối loạn này. Theo nghiên cứu của Kristjansson B, (2005). [137], các triệu chứng loạn thần gặp ở 11% nhóm bệnh nhân 60- 69 tuổi trong khi đó gặp 33% ở nhóm tuổi trên 70. Nghiên cứu khác (Robin Jacoby [146], Brice Pitte [88], Kaplan Sadock [84]) cho thấy trầm cảm có loạn thần thấy ở 2,5% bệnh nhân trầm cảm trẻ tuổi. 6,7% ở bệnh nhân nhóm tuổi 60- 69 và 32,5% ở nhóm tuổi trên 70.

- Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu dưới 70 tuổi, những hoang tưởng hay gặp hơn cả là hoang tưởng nghi bệnh chiếm (81,8), hoang tưởng ghen tuông (chiếm 50,0%), Hoang tưởng bị theo dõi là hoang tưởng cũng thường gặp (chiếm 31,8% số bệnh nhân nghiên cứu). Theo Brice Pitte, hoang tưởng nghi bệnh là nét đặc trưng của trầm cảm người cao tuổi. Robert Baldwin [80] cũng nhấn mạnh tính chất hư vô trong hoang tưởng nghi bệnh thường gặp nhiều hơn ở trầm cảm người già so với trầm cảm ở người trẻ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi hoang tưởng nghi bệnh kèm theo với các rối loạn cảm giác bản thể và các rối loạn thần kinh thực vật đã tạo ra một bệnh cảnh khá phức tạp nhất là các nghi bệnh thuộc hệ thống tim mạch, tiêu hoá. Trong khi Brice Pitl [88], Trần Hữu Bình [55] nhận thấy hoang tưởng nghi bệnh trong trầm cảm người già chủ yếu theo hệ thống tiêu hoá, tiết niệu. Các dấu hiệu rất nhẹ như (đau bụng, đau đầu, đầy bụng, đánh trống ngực ..) họ lại cho rằng đó chính là

biểu hiện của các bệnh nan y (ung thư, u não, nhồi máu cơ tim...) và cho rằng bệnh của mình không thể chữa khỏi. Điều này phù hợp với ý kiến của Nguyễn Thị Phương Loan (2013) thấy rằng các hoang tưởng nghi bệnh được thấy rõ ở nam giới hơn và được thổi phồng một cách lệch lạc bởi các dấu hiệu nhận cảm về cơ thể như phủ tạng thối rữa mục nát [95].

- Ở những bệnh nhân trên 70 tuổi các hoang tưởng hay gặp lại là các hoang tưởng bị thiệt hại, bị tội. Trong 10 bệnh nhân trên 70 tuổi có 9 bệnh nhân luôn lo sợ mình sẽ bị gia đình và xã hội bỏ rơi (chiếm tỷ lệ 90,0%), có 8 bệnh nhân luôn có hoang tưởng bị thiệt hại (chiếm tỷ lệ 80,0%). Các triệu chứng này dường như thấy xuất hiện ít hơn ở nhóm tuổi dưới 70. Theo Nguyễn Việt [34] các hoang tưởng trong rối loạn tâm thần người già thường thấy có nội dung bị thiệt hại về tài sản, bị con cháu bỏ rơi không ai chăm sóc, hoang tưởng tự buộc tội cho rằng mình có nhiều tội lỗi, nhiều thiếu sót trong quá khứ, nay trở thành gánh nặng cho con cháu, không xứng đáng được hưởng sự chăm sóc của con cháu...Từ đó hay dẫn tới những ý tưởng và hành vi tự sát khá thường gặp ở nhóm tuổi này. Khi so sánh giữa hai nhóm tuổi thì thấy có sự khác biệt rõ với $p < 0,05$.

4.2.2.5.3. Thời gian tồn tại và tác động của hoang tưởng đến hành vi

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.10) hoang tưởng nghi bệnh xuất hiện liên tục (66,7% các bệnh nhân có hoang tưởng), không liên tục (33,3% các bệnh nhân có hoang tưởng), chi phối hành vi (87,5% các bệnh nhân có hoang tưởng), không chi phối hành vi (12,5% các bệnh nhân có hoang tưởng). Hoang tưởng tự buộc tội xuất hiện liên tục (68,2% các bệnh nhân có hoang tưởng), không liên tục (31,8% các bệnh nhân có hoang tưởng); chi phối hành vi (72,7% các bệnh nhân có hoang tưởng), không chi phối hành vi (27,3% các bệnh nhân có hoang tưởng).

Hoang tưởng bị theo dõi xuất hiện liên tục có (37,5% các bệnh nhân có hoang tưởng) không liên tục (62,5% các bệnh nhân có hoang tưởng), chi phối hành vi (75,0% các bệnh nhân có hoang tưởng) không chi phối (25,0% các bệnh nhân có hoang tưởng).

Các hoang tưởng thường chi phối các hành vi tự sát, tự hủy hoại bản thân hoặc gây ra các hành vi nguy hiểm cho những người xung quanh như đập phá, đánh người...

Điều này phù hợp với ý kiến của nhiều tác giả như Kaplan Sadock (1997), Lykouras L (2002), Robert C. Baldwin (1993) cho rằng hoang tưởng trong trầm cảm có loạn thần thường chi phối hành vi dù chúng xuất hiện liên tục hay không liên tục.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các hành vi của bệnh nhân như tự sát, kiểm tra, né tránh... đều do hoang tưởng chi phối. Các tác giả đều khẳng định rằng trầm cảm có loạn thần cần được điều trị nội trú trong bệnh viện [22][97][80].

4.2.2.5.4. Các rối loạn hành vi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Các rối loạn hành vi gặp ở tỷ lệ cao trong các bệnh nhân nghiên cứu cũng chính là lý do mà bệnh nhân được đưa đến bệnh viện tâm thần (bảng 3.11).

Theo Robin Jacoby và Catheriner [146], trầm cảm người già còn được biểu hiện như bệnh cảnh của rối loạn hành vi bao gồm “từ chối ăn uống, rối loạn đại tiểu tiện, kêu khóc, các hành vi kích động xâm phạm, tấn công người xung quanh, hoặc các hành vi cách ly xã hội, không chăm sóc bản thân, và không quan tâm đến môi trường xung quanh”.

Trong nghiên cứu của chúng tôi biểu hiện chậm chạp tâm thần vận động được thấy ở 74,8% số bệnh nhân. Theo Brice Pitte [88] và Henry Brodaty [26], trạng thái ức chế tâm thần vận động cũng khá hay gặp tuy rằng không có sự khác biệt theo các nhóm tuổi. Giống như các biểu hiện mô tả trong y văn,

trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi hay gặp các biểu hiện bệnh nhân suy nghĩ chậm chạp, trả lời nhát gừng, đơn điệu hoặc không nói hoàn toàn, ít vận động, bệnh nhân như đắm chìm trong lạng lẽ sững sờ.

Ngược lại, các biểu hiện kích động hần học, tấn công người xung quanh, đập phá đồ đạc... thấy ở 24 bệnh nhân nghiên cứu (15,5%) và những hành vi đi lang thang (12,3%), đặc biệt là biểu hiện đứng ngòì không yên, bồn chồn được thấy ở hầu hết các ở bệnh nhân nghiên cứu (84,5%). Theo nhiều nghiên cứu, trạng thái hưng phấn kích thích tâm thần vận động này đặc trưng hơn cho trầm cảm người già. Với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan và cộng sự [95] 29% bệnh nhân trầm cảm có rối loạn hành vi đi lại lang thang, và 37% bệnh nhân trầm cảm có biểu hiện kích động ngôn ngữ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lykouras L, Gournellis R, Fortos A and cold. (2002) [97], trạng thái kích thích, kích động gặp ở 4% bệnh nhân trẻ tuổi; 15% các bệnh nhân từ 60 đến 69 tuổi và 28% ở các bệnh nhân trên 70 tuổi, nghĩa là trạng thái rối loạn hành vi, kích động tăng lên rõ rệt theo tuổi của các bệnh nhân trầm cảm, các rối loạn này vẫn tăng có ý nghĩa sau khi đã loại trừ tác động của các triệu chứng loạn thần.

Hành vi tự sát thấy (ở 17,4%) bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.4) ý tưởng buộc tội có (ở 28,4%) số bệnh nhân nghiên cứu. Điểm này có nghĩa là ở nhóm bệnh nhân cao tuổi trầm cảm, số người có ý tưởng tự buộc tội và hành vi tự sát là khá cao, tỷ lệ người thực hiện được các hành vi tự sát thực sự cao và cần được nhận biết. Ý tưởng tự buộc tội và hành vi tự sát ở nam giới thường cao hơn so với nữ giới. Điều này rất phù hợp với cảnh báo của nhiều tác giả (Kristjansson B, Hill G, Newman S.C, Brouwer R.N, McDowell I (2005)[137], là tỷ lệ tự sát cao ở bệnh nhân trầm cảm người già, đặc biệt là ở nam giới. Nghiên cứu của Vythiligam M, Chen J, Bremner JD, et al. (2003) [96] tỷ lệ tự sát (có ở 12%) bệnh nhân trầm cảm ở cộng đồng. Nghiên cứu của

chúng tôi có tỷ lệ cao hơn có lẽ vì nghiên cứu trong bệnh viện với các bệnh nhân trầm cảm điển hình, có nhiều triệu chứng loạn thần hơn. Nhiều tác giả cho rằng tỷ lệ chết ở bệnh nhân trầm cảm người già tăng cao (James Lindesay; Bourgeois) [83][75] song chính các yếu tố tuổi cao, nam giới, có các bệnh cơ thể mạn tính cần được lưu ý xem xét có phải là các yếu tố đã làm tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân cao tuổi trầm cảm chứ không phải là mức độ trầm cảm, thể loại trầm cảm, tuổi khởi phát. Có một tỷ lệ cao (51,6%) bệnh nhân nghiên cứu có biểu hiện kêu khóc ban đêm trước khi vào viện. Đây cũng là các rối loạn gây khó chịu nhất để người thân đưa bệnh nhân đến viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương xứng với kết quả nghiên cứu của Mitchell A.J, Subramaniam H [73].

4.2.2.5.5. Suy giảm nhận thức ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Kết quả ở bảng 3.12 cho thấy, ở giai đoạn toàn phát các biểu hiện giảm nhận thức được nhận thấy khá rõ nét trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Giảm sự tập trung chú ý gần (chiếm tỷ lệ 72,3%). Bệnh nhân thường biểu hiện bằng hiện tượng như lơ đãng khi nói chuyện, dễ bị lôi cuốn bởi các hiện tượng khác xung quanh, rất khó khăn khi làm một số phép tính cộng trừ một dãy số đơn giản hay làm nghiệm pháp 100 - 7 liên tục... Suy giảm trí nhớ gần thấy ở 73,5% bệnh nhân, biểu hiện bằng hiện tượng bệnh nhân khó nhớ các sự việc mới xảy ra, khó học các thông tin mới, suy giảm trí nhớ gần nhiều ở nhóm trên 70 tuổi.

- Ở giai đoạn sớm của các rối loạn trầm cảm mới chỉ có biểu hiện của suy giảm sự tập trung chú ý mức độ nhẹ với 51,6% (bảng 3.2), làm cho người bệnh khó ghi nhận được những hiện tượng sự vật mới xảy ra, nhưng vào giai đoạn toàn phát các biểu hiện về sự giảm độ tập trung chú ý ngày càng rõ ràng hơn, làm cho người bệnh khó khăn trong việc thực hiện các công việc thường

ngày, nhiều khi phải bỏ dở những công việc cần phải lao động trí óc. Đây còn là yếu tố tâm lý đóng vai trò như một stress, thường gặp ở các bệnh nhân còn ý thức được về bệnh của mình.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ganguli M.S., Du Y., Dodge H.H. et al [53], 76,8% số bệnh nhân trầm cảm có biểu hiện giảm tập trung chú ý và rối loạn trí nhớ. Các triệu chứng này thường cũng được coi là biểu hiện đặc trưng của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi. Triệu chứng đó sẽ thuyên giảm rõ rệt cùng với sự điều trị thuyên giảm các triệu chứng trầm cảm.

- Trong tổng số 155 bệnh nhân nghiên cứu (bảng 3.12) rối loạn định hướng có ở 5 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 3,2%. Rối loạn định hướng không gian và thời gian chủ yếu gặp ở những bệnh nhân trầm cảm nặng có thêm các triệu chứng loạn thần.

- Rối loạn định hướng và sự tập trung chú ý dường như có sự dao động theo thời gian trong ngày và các suy yếu này hồi phục đáng kể sau khi điều trị loạn thần. Tuy nhiên sự suy giảm trí nhớ ghi nhận, lưu giữ thông tin trong trầm cảm được nhiều tác giả cho là có liên quan đến rối loạn chức năng vỏ não. Theo Verhey và cộng sự [69], George S, Alexopoulos[78], sự suy giảm trí nhớ vẫn tồn tại ở 1/3 số bệnh nhân trầm cảm người cao tuổi sau khi đã điều trị tốt trạng thái trầm cảm.

- Các nghiên cứu của các tác giả Robert C. Baldwin, Kaplan H.I, Sadock B.J [80][84], cho thấy các rối loạn tâm thần quan trọng nhất ở người già là lo âu (5,5%), trầm cảm (10-15%) và sa sút trí tuệ (4%) và có tới 40-50% người già có các rối loạn cần phải nhập viện điều trị. Rối loạn trầm cảm và lo âu là thường gặp trong cộng đồng, trong đó 20% bệnh nhân nằm trong thực hành đa khoa, 30 - 40% bệnh nhân điều trị nội trú nội khoa, 40% bệnh

nhân nằm ở nhà điều dưỡng. Trong các thể của sa sút trí tuệ, thường gặp bệnh Alzheimer (60-70%), và một tần suất thấp hơn sa sút trí tuệ do mạch máu (20%), sa sút trí tuệ thể Lewy (20%), sa sút trí tuệ trán thái dương (8%). Những biểu hiện đặc trưng của sa sút trí tuệ thường gặp ở người cao tuổi là *rối loạn nhiều chức năng nhận thức*, trong đó *rối loạn trí nhớ là cơ bản nhất*, và một trong các biểu hiện vong ngôn, vong tri, vong hành, rối loạn chức năng điều hành. Các rối loạn này gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng xã hội và nghề nghiệp, làm suy giảm đáng kể mức độ các hoạt động chức năng trong sinh hoạt trước đó.

Theo các tác giả (Robert Baldwin, Kaplan Sadock), ở bệnh nhân trầm cảm người già cả hai quá trình ghi nhớ và tốc độ xử lý thông tin đều bị suy giảm [56][45]. Verhey và cộng sự [69] thấy 70% bệnh nhân trầm cảm người già có suy giảm trí nhớ song không có suy giảm chức năng vỏ não cao cấp khác như vong ngôn, vong tri, vong hành. Đây chính là triệu chứng quan trọng để phân biệt mất trí giả do trầm cảm và sa sút trí tuệ Alzheimer [72].

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

Các rối loạn lo âu thấy ở 86,5% bệnh nhân nghiên cứu (Bảng 3.13). Các biểu hiện lo âu tăng lên thành sợ hãi, bối rối, bất an nhất là ở những bệnh nhân trầm cảm nặng, mới được nhập viện và các triệu chứng thường tăng lên về chiều tối khi không có người thân nào ở bên (ở 86,5% các bệnh nhân nghiên cứu). Theo ICD-10 lo âu là triệu chứng thường được thấy trong bệnh cảnh lâm sàng của trầm cảm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nhận xét của các tác giả. Theo nghiên cứu của Cairney J, Krause N [29], ở tất cả các mức độ trầm cảm, lo âu luôn là một triệu chứng đồng hành, những biểu hiện lo âu nặng, hoảng sợ, ám ảnh nghi thức xuất hiện đột ngột ở người già (không có bệnh lý rối loạn lo âu hay ám ảnh trước đó) cần được xem xét thận trọng và cân nhắc chẩn đoán rối loạn trầm cảm. Các tác giả

Robert Baldwin [56], Bengtson, V.L., Silverstein, M.,[62]cho rằng nghi bệnh và lo âu gặp nhiều ở bệnh nhân trầm cảm khởi phát muộn hơn là gặp ở trầm cảm khởi phát sớm dưới 70 tuổi. Trong khi các tác giả Nicoletta Segulin, Antonella Deponete [114] lại nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể về bệnh cảnh giữa hai nhóm tuổi khởi phát.

Trong các rối loạn của nhóm tuổi này, lo âu xuất hiện đan xen với các triệu chứng của trầm cảm, bệnh nhân né tránh những đối tượng hay những hoàn cảnh, hay chịu đựng những nỗi khó chịu đó. Sự lo lắng về bệnh tật cùng với các biểu hiện của trầm cảm với các nhân tố tâm lý làm tăng mức độ trầm trọng của lo âu và tập trung chủ yếu vào một triệu chứng nào đó của cơ thể như đánh trống ngực, hoặc ngất xỉu, hoặc kết hợp với những cảm giác lo sợ khi tiếp xúc với một ai đó, làm cho người bệnh mất tự chủ hay lên cơn bùng nổ về cảm xúc.

Các cơn trầm cảm tái diễn có sự đan xen của lo âu làm cho các triệu chứng của trầm cảm nặng lên và làm cho người thầy thuốc không thể lường được hết các diễn biến của rối loạn trầm cảm. Các biểu hiện của rối loạn thần kinh thực vật ngày một nặng nề như chóng mặt quay cuồng, đau ngực khó thở thành từng cơn kéo dài một vài phút hoặc đôi khi dài hơn. Các rối loạn này khá phổ biến, trong cơn hoảng loạn người bệnh thấy các triệu chứng ngày một nặng lên, làm bệnh nhân vội vã chạy thoát ra khỏi chỗ mà họ đang ở. Các triệu chứng này làm tăng gánh nặng cho việc chăm sóc, quản lý bệnh nhân trầm cảm người già.

4.3.CÁC BỆNH LÝ CƠ THỂ KẾT HỢP Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.

21 bệnh nhân có các bệnh về tiêu hoá (13,5%) và 19 bệnh nhân có biểu hiện bệnh khớp (12,3%) và 61 lượt bệnh nhân (39.5%)có các biểu hiện bệnh cơ thể khác kèm theo (Bảng 3.14), các bệnh lý này đều đã được xác định các

bác sĩ chuyên khoa. Nghĩa là trên một người cao tuổi trung bình có thể mắc đến 1,7 các bệnh cơ thể. Theo George .S, Alexopoulos [54] tuổi cao và các bệnh lý cơ thể dường như đóng vai trò rất quan trọng trong sự phát sinh trầm cảm ở người già. Nghiên cứu của Djernes J.K [109], Lawhorne L [27], hơn 80% người già trên 70 tuổi có ít nhất một bệnh lý cơ thể. Trong khi đó Lee J.S và cộng sự [70] thì cho rằng gần 50% các bệnh trầm cảm trong mẫu nghiên cứu có liên quan đến một bệnh lý cơ thể, hoặc do dùng thuốc.

Theo Phạm Khuê, trung bình mỗi người cao tuổi có hơn một bệnh nội khoa, nếu tính cả các rối loạn khác thì trung bình mỗi người mắc 3,75 bệnh [1]. Trong bảng 3.14, các bệnh về khớp được thấy với tỷ lệ 12,3% và chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi. Các bệnh về hệ thống tiêu hoá cũng khá phổ biến (13,5%). Các bệnh lý cơ thể khác được thấy với tỷ lệ thấp hơn (Bảng 3.15), các bệnh lý tim mạch (7,74%), bệnh thần kinh (6,4%), bệnh hô hấp (7,0%). Tỷ lệ các bệnh lý này cao hơn ở nhóm tuổi trên 70, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với nghiên cứu của Phạm Khuê trên người cao tuổi ở miền Bắc Việt Nam năm 1976 – 1977, trong đó thường gặp nhất ở người già là bệnh lý cơ xương khớp (47,69%), bệnh lý hệ hô hấp là 19,63%, hệ tiêu hoá là 18,25%, hệ tim mạch là 13,52%... Tác giả cũng nhận thấy nhiều bệnh hô hấp, tim mạch, thần kinh có tỷ lệ người mắc tăng tỷ lệ thuận so với tuổi.

Có sự liên quan chặt chẽ giữa bệnh cơ thể và trầm cảm. Bệnh cơ thể có thể là nguyên nhân trực tiếp tác động trực tiếp lên não bộ, làm rối loạn các chức năng sinh học của não và làm tăng nguy cơ của người già mắc các biểu hiện của trầm cảm. Khi có bệnh cơ thể, nhất là bệnh mạn tính và gây nên các biến chứng hoặc ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh. Đây chính là một stress đối với người bệnh, nó có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố thúc đẩy và làm cho sự tiến triển của bệnh nặng nề hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tuổi càng cao thì tỉ

lệ mắc các bệnh tim mạch, tiêu hóa, cơ xương khớp càng tăng. Về bệnh học tâm thần có thể bệnh cơ thể kèm theo sẽ làm thúc đẩy bệnh trầm cảm. Như Alexopoulos GS (1987) nhận định tuổi cao và bệnh lý cơ thể dường như đóng vai trò quan trọng trong sự phát sinh trầm cảm ở người già [106].

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

Yếu tố stress có vai trò quan trọng trong sự xuất hiện và tiến triển của rối loạn trầm cảm người cao tuổi. Ở 98 lượt bệnh nhân trong số 155 bệnh nhân nghiên cứu các stress liên quan đến các yếu tố cô đơn (chiếm tỷ lệ 63,3%) (Bảng 3.16) và 76 lượt bệnh nhân các stress có liên quan đến các yếu tố kinh tế xã hội khác (là 49,0%) (bảng 3.17). Thực sự khó xác định các yếu tố sang chấn tâm lý này có phải là nguyên nhân gây nên trầm cảm ở các bệnh nhân nghiên cứu hay không vì còn sự phối hợp của nhiều yếu tố sinh học, nội sinh khác. Tuy nhiên tính chất xuất hiện các bệnh liên quan trực tiếp với các yếu tố stress, sự tiến triển các triệu chứng liên quan rõ rệt với sự tác động của các yếu tố tâm lý, xã hội cụ thể. Điều này hoàn toàn phù hợp với nhận xét của tác giả Brice Pitte, Kaplan Sadock: yếu tố stress tâm lý đóng vai trò quan trọng trong bệnh nguyên, bệnh sinh của trầm cảm ở người cao tuổi [88][84].

Sự cô đơn. Trước kia sự cô đơn (bảng 3.16) được xem là hậu quả của bệnh tật, ngày nay người ta có xu hướng cho đó chính là nguyên nhân của sự giảm sút sức khỏe, bệnh tật, nhất là bệnh cao tuổi.

Kết quả điều tra ở Việt Nam do Viện Lão khoa tiến hành (năm 2000) cho thấy 12,4% người cao tuổi thường xuyên thấy cô đơn, 29,5% thỉnh thoảng thấy cô đơn [11].

Đặc biệt là những người góa bụa thường là cô đơn, nhu cầu của họ thường không được toại nguyện, làm tăng cảm giác không hài lòng với cuộc sống. Họ chất chứa những bức bối với xung quanh, thậm chí là cảm giác căm

thù, oán hờn và ganh tỵ[43]. Mất người thân, mất bạn đời (24,4%) là một trong những nguyên nhân làm cho người cao tuổi luôn cảm thấy cô đơn và hụt hẫng trong cuộc sống [95].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.16), sống một mình, góa bụa chiếm 16,1%. Trong đó nhóm trên 70 tuổi (chiếm 38,1%) gặp nhiều hơn so với nhóm dưới 70 tuổi (chỉ có 7,9%). Sang chấn tâm lý xuất hiện trong gia đình bệnh nhân khi con cái bỏ rơi gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi (chiếm 13,3%).

Theo Reinhard Heun và cộng sự [32], ở các nước phát triển, người cao tuổi thường được chăm sóc tại các trại dưỡng lão. Sự thiếu quan tâm chăm sóc thường xuyên của gia đình là một trong các yếu tố làm cho tỷ lệ rối loạn trầm cảm do cô đơn tăng cao và dao động từ 27,8% đến 59%.

Qua nghiên cứu hoàn cảnh sống (bảng 3.16) chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sống cùng nhau với 31 bệnh nhân (chiếm 26,9) và sống cùng con cái là 91 bệnh nhân (chiếm 58,7%). Điều này xuất phát từ văn hóa Á Đông là các gia đình tại Việt Nam sống chung nhiều thế hệ trong một mái nhà. Điều này là tốt cho người già vì họ tránh được sự cô đơn và cũng là sự khác biệt cơ bản giữa các châu lục.

Nghỉ hưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.16), sang chấn về hưu là 9,6%. Đây là sang chấn tâm lý rất thường gặp, là một giai đoạn vô cùng khó khăn đối với người cao tuổi, đòi hỏi người nghỉ hưu phải chuẩn bị trước về tâm lý, có kế hoạch cho một công việc mới và quan trọng là phải thích nghi nhanh chóng với sự thay đổi này. Người cao tuổi phải chịu nhiều sự mất mát cả về người thân, quan hệ xã hội, việc làm và bệnh tật. Khó khăn kinh tế làm tăng thêm áp lực trong cuộc sống, làm cho người cao tuổi phải điều chỉnh lại các mối quan hệ trong xã hội, điều chỉnh nhu cầu vật chất... Chính những điều này biến cuộc sống của người cao tuổi trở nên buồn tẻ, ảm đạm và vô vị.

Số liệu kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với mô tả của nhiều tác giả (Cairney J, Krause N(29), Chen R và cộng sự, (108)) rằng các nhân tố xã hội như sắp về hưu, về hưu (thay đổi địa vị xã hội, cách ly với các hoạt động nghề nghiệp, suy giảm về thu nhập và mức sống, xung đột trong công việc....) được xem như là những nhân tố có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh nguyên của các rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi.

Các yếu tố tâm lý khác

Nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi, sang chấn tâm lý con cái bất hòa là 14,3%. So sánh giữa hai nhóm tuổi không có sự khác biệt về tỷ lệ gây mâu thuẫn trong gia đình. (bảng 3.17).

Ở mỗi lứa tuổi có cách sống, cách suy nghĩ khác nhau và nhiều khi nảy sinh ra xung đột, mâu thuẫn giữa bố mẹ và con cái, giữa ông bà và các cháu là khá thường gặp trong nhiều gia đình. Các mâu thuẫn, xung đột trong gia đình, đặc biệt là các mâu thuẫn liên quan đến phân chia tài sản cho con cháu, và mối quan tâm, ứng xử tâm lý trong chăm sóc, nuôi dưỡng bố mẹ của con cháu trong gia đình kéo dài mà không giải quyết được, đều được coi như là các nhân tố dẫn đến trầm cảm ở người cao tuổi. Theo Nguyễn Thị Phương Loan (2012) thì mâu thuẫn trong gia đình chiếm tới 37,8%.

Sang chấn về khó khăn kinh tế là 15,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hương (2013) [89] khó khăn kinh tế chiếm 26,7% có lẽ là do nhóm tuổi của chúng tôi khác so với các nghiên cứu trên.

Điều này phù hợp với nhận xét của các tác giả Cohen [102], Helmer C [129], Riccio, [118] khi cho rằng những mâu thuẫn nội bộ trong gia đình kéo dài, bất hòa vợ chồng, con cái, người thân gia đình ốm, mất, khó khăn về kinh tế.. đều được coi là những nhân tố dẫn đến trầm cảm ở người già.

Theo các nghiên cứu, lứa tuổi 60 là tuổi phải đối mặt với nhiều thay đổi trong công tác, và cuộc sống gia đình, đây cũng là lứa tuổi để so sánh sự thành đạt của bản thân với bạn bè, đồng nghiệp, nên song hành với sự thành đạt và thay đổi đó là những sang chấn mà người ở lứa tuổi đó phải gánh chịu. Đó là những nguyên nhân khác như mâu thuẫn kéo dài trong gia đình, mâu thuẫn vợ chồng [bảng 3.17] không giải quyết được.

4.5. KẾT QUẢ TRẮC NGHIỆM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU KHI VÀO VIỆN

4.5.1. Kết quả đánh giá bằng thang Beck.

Sử dụng thang Beck như một công cụ hỗ trợ lâm sàng. Kết quả khi vào viện (bảng 3.18) có 67 số bệnh nhân nghiên cứu có điểm đánh giá trong khoảng giá trị của trầm cảm mức độ vừa (43,2%), có 75 bệnh nhân nghiên cứu có điểm đánh giá trong khoảng giá trị của trầm cảm mức độ nặng (48,3%). Số bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ là ít nhất chiếm tỷ lệ 8,4%. Như vậy, kết quả trắc nghiệm phù hợp với đánh giá lâm sàng theo tiêu chuẩn ICD -10 (F 32.0: 0,6%). So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Hardy. P (1991) [26], Nguyễn Văn Nhân[148], các tác giả này sử dụng thang Beck để phát hiện các rối loạn trầm cảm ở bệnh viện đa khoa thấy có 49,5% số bệnh nhân trầm cảm là bị bệnh ở mức độ vừa, chỉ có 5,3% là bị trầm cảm nặng và 45,2% là trầm cảm nhẹ. Theo chúng tôi, sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm nặng và nhẹ này là do có sự khác nhau về địa điểm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu các bệnh nhân tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Viện nằm trong trung tâm của một bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt và trong trung tâm Thủ đô nên bệnh nhân đến với chúng tôi đã trải qua rất nhiều các chuyên khoa trước khi đến với chuyên khoa Tâm thần, khi mà bệnh đã tiến triển nặng hơn hay điều trị các chuyên khoa khác không đỡ.

4.5.2. Kết quả thang đánh giá trầm cảm người già:

- Kết hợp với thang Beck để đánh giá mức độ trầm cảm bằng thang đánh giá trầm cảm người già (GDS) [149], chúng tôi cũng nhận được kết quả tương xứng với chẩn đoán lâm sàng là: khi vào viện 100% bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm. Trầm cảm mức độ nhẹ 5,2%, trầm cảm mức độ vừa 41,9% và trầm cảm mức độ nặng là 52,9% số bệnh nhân nghiên cứu. (bảng 3.19).

- Kết quả này là tương đương với kết quả trên test Beck và tương đương biểu hiện trên lâm sàng của bệnh nhân. Sự phù hợp kết quả trắc nghiệm và lâm sàng làm tăng thêm độ tin cậy và chính xác của chẩn đoán bệnh nhân nghiên cứu điều trị nội trú tại Viện và hiệu quả điều trị. (Djernes J.K (2006). Theo Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004), GDS được sử dụng trong nhiều nghiên cứu về các nhóm quần thể người già. Đó cũng là thang đo có giá trị đối với trầm cảm ở những bệnh nhân người già nội trú, các kết quả cho thấy rằng ngưỡng điểm GDS 11 có độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 89%.

Có nhiều nghiên cứu được thực hiện ở nhà dưỡng lão và các cơ sở chăm sóc dài hạn đã xác nhận độ ứng nghiệm của GDS trong nhóm quần thể người già (Parmalee PA. & cs, 1989; Leshner EL. & cs, 1986; Hickie C. & cs, 1987). Độ ứng nghiệm này của GDS độc lập với mức độ suy giảm nhận thức (Kafonek SD. & cs, 1989).

GDS là thang đánh giá sự thay đổi hay cải thiện của trầm cảm. Có nhiều nghiên cứu đã được thiết kế để đánh giá GDS như là một công cụ để đo lường sự thay đổi hay cải thiện của trầm cảm trong quá trình điều trị (Sheikh & cs, 1986; Scogin, 1987).

4.5.3. Kết quả trắc nghiệm Zung:

Trong nghiên cứu chúng tôi có sử dụng công cụ trắc nghiệm tâm lý Zung để đánh giá lo âu trên các bệnh nhân trầm cảm tuổi già. Trên trắc nghiệm

Zung với số bệnh nhân dưới 70 tuổi khi vào viện có 84,9% biểu hiện lo âu, 15,0% không có biểu hiện lo âu. Ở nhóm trên 70 tuổi có đến 90,4% bệnh nhân có biểu hiện lo âu và chỉ có 9,5% không có biểu hiện lo âu (Biểu đồ 3.8). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan (2012) [82] có 87,7% bệnh nhân có biểu hiện lo âu và phù hợp với nhận xét của tác giả Robert Baldwin [80] cho rằng rối loạn lo âu gặp nhiều ở bệnh nhân trầm cảm khởi phát muộn hơn là gặp ở trầm cảm khởi phát sớm trước 65 tuổi[150][151].

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

4.6.1 Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 89 bệnh nhân dùng Remeron (chiếm tỷ lệ 57,4%) liều dùng trung bình $36,3 \pm 14,2$ (mg/ngày); Zoloft có 38 bệnh nhân sử dụng (chiếm tỷ lệ 24,5%) liều dùng trung bình $100,5 \pm 24,9$ (mg/ngày)...; và Amitriptylin có đến 11 bệnh nhân sử dụng (chiếm tỷ lệ 7,1%) liều dùng trung bình $53,1 \pm 20,9$ mg/ngày(Bảng 3.20).

Trong những năm gần đây, dược lý học tâm thần đã có những bước tiến nhảy vọt. Rất nhiều loại thuốc chống trầm cảm mới ra đời với các cơ chế tác dụng khác nhau, có khả năng phát huy hiệu quả điều trị tối đa với các triệu chứng cảm xúc và các triệu chứng cơ thể, đồng thời hạn chế các tác dụng không mong muốn, giúp người bệnh dễ dàng theo đuổi điều trị và tuân thủ đúng y lệnh của thầy thuốc chuyên khoa.

Thuốc chống trầm cảm 3 vòng vẫn được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong các nhóm thuốc chống trầm cảm. Thuốc có tác dụng tốt với trầm cảm có triệu chứng cơ thể, đặc biệt là triệu chứng đau. Tuy nhiên thuốc có rất nhiều tác dụng không mong muốn, nhất là tác dụng phụ trên hệ tim mạch và tác dụng

phụ trên nhận thức và được khuyến cáo không nên dùng cho nhóm bệnh nhân người già. Các các giả khuyên, nên sử dụng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới vì có nhiều ưu việt, ít tác dụng phụ mà hiệu quả vẫn cao.

SSRIs là thuốc có tác động chọn lọc Serotonin, SNRI và NaSSa là thuốc có tác động kép trên cả Serotonin và Noradrenaline. Thuốc chống trầm cảm tác động chọn lọc có ưu thế hơn trong điều trị các triệu chứng tâm thần trầm cảm ở người cao tuổi, trong khi thuốc tác động kép có ưu thế trong việc làm cải thiện các triệu chứng cơ thể. Một số tác giả đã chỉ ra rằng SSRIs là sự lựa chọn hàng đầu cho điều trị rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi [103][105][106] và khi dùng thuốc để điều trị rối loạn trầm cảm người già thì chỉ định dùng liều thấp hơn các lứa tuổi trẻ.

4.6.2 Điều trị bằng thuốc khác

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành trên những bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm của các thể bệnh: giai đoạn trầm cảm và trầm cảm tái diễn, trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, trầm cảm thực tổn. Do đó, các bệnh nhân ngoài sử dụng thuốc chống trầm cảm còn sử dụng các thuốc khác (bảng 3.21).

Nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc chỉnh khí sắc (Depakine Chrono) (chiếm tỷ lệ 6,45%) với liều dùng trung bình $538,1 \pm 156,4$ mg. Depakine Chrono là thuốc được chỉ định điều trị động kinh, ngoài ra thuốc còn có tác dụng rất tốt trong điều chỉnh cảm xúc và hành vi. Đối với rối loạn cảm xúc lưỡng cực và trầm cảm tái diễn, trầm cảm thực tổn, Depakine Chrono có ý nghĩa quan trọng trong điều trị cũng như trong dự phòng tái phát. Thuốc được sử dụng với liều trung bình 500mg. Liều điều trị là phù hợp với nhận định của Nguyễn Kim Việt [104][105].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 102 bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc chống loạn thần kết hợp với thuốc chống trầm cảm (chiếm tỷ lệ

65,8%). Olanzapin (chiếm tỷ lệ 29,0%), Risperdal (chiếm tỷ lệ 13,5%), Dogmatil (chiếm tỷ lệ 41,9%). Việc sử dụng thuốc chống loạn thần có chọn lựa ở đây nhằm mục đích giải quyết các triệu chứng loạn thần, các rối loạn hành vi cho người bệnh. Các thuốc an thần kinh mới (an thần kinh không điển hình) không những có hiệu quả tốt trong điều trị các triệu chứng loạn thần mà còn có tác dụng tốt với các triệu chứng trầm cảm. Với liều thấp, thuốc có tác dụng giải lo âu, cải thiện giấc ngủ và các triệu chứng trầm cảm. Các thuốc an thần kinh mới ngoài tác dụng trên triệu chứng cảm xúc còn có tác dụng trên triệu chứng nhận thức (bảng 21).

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tùy theo thể chẩn đoán, có 20 bệnh nhân được điều trị bằng Seroquel (12,9%) một thuốc an thần kinh vừa có tác dụng điều trị các triệu chứng trầm cảm vừa có tác dụng điều hòa khí sắc. Trong nghiên cứu này còn 10,3% các bệnh nhân dùng Haloperidol, đây là một loại an thần kinh cổ điển gây ra nhiều tác dụng ngoại tháp, loạn động muộn đặc biệt với người già. Theo một số tác giả khuyến cáo không nên sử dụng nhiều [8][90]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ dùng Haloperidol khi có các triệu chứng kích động, với các hoang tưởng ảo giác mà bệnh nhân không hợp tác điều trị. Thời gian dùng Haloperidol (ở liều 5mg đến 10mg) kéo dài 7-11 ngày rồi chúng tôi chuyển thuốc khác cho người bệnh.

4.6.3. Kết hợp thuốc trong điều trị

- Trầm cảm thường kèm theo các triệu chứng lo âu vì có cùng một trục bệnh lí. Bệnh nhân cao tuổi vào điều trị nội trú không những nhiều triệu chứng trầm cảm, lo âu mà có thể kèm theo triệu chứng loạn thần. Do đó, để bệnh nhân ổn định bệnh nhanh, sớm ra viện, người bác sĩ cần có phương pháp điều trị kết hợp phù hợp từng bệnh nhân. (Biểu đồ 3.9).

- Các thuốc bình thần, đặc biệt là Seduxen được sử dụng ở 80 bệnh nhân nghiên cứu. Có lẽ vì có tới 51,6% bệnh nhân nghiên cứu có các biểu hiện lo

âu, căng thẳng sợ hãi. Một số tác giả còn cho rằng có thể phối hợp thuốc bình thần khi dùng Haloperidol hoặc Risperdal ở liều thấp... để tránh tác dụng phụ bồn chồn (Akathisia) do thuốc gây ra. Theo các tác giả (Menchetti M, (2006) và cộng sự [99], Stephen H [81]) việc sử dụng phối hợp CTC với các thuốc Benzodiazepine được thực hiện ở 54% - 63% bệnh nhân trầm cảm ở Pháp, Australia. Tuy nhiên các tác giả cũng khuyến cáo cần theo dõi chặt chẽ tác dụng phụ gây giãn cơ, loạn choạng, gây ngã gãy xương nhất là ở các BN là người cao tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng Benzodiazepam khi bệnh nhân trầm cảm thường có các biểu hiện lo âu quá mức dẫn đến tình trạng mất ngủ, căng thẳng. Sử dụng Benzodiazepam để an dịu về mặt tâm thần cho bệnh nhân, thời gian sử dụng là $6,6 \pm 4,1$ ngày. Tuy nhiên hiện nay Benzodiazepam đang bị lạm dụng nhiều trên bệnh nhân [138].

Theo bảng 3.21 chúng tôi nhận thấy Dogmatil là thuốc được dùng phổ biến hơn cả (ở 65 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 41,9%) và được dùng cả ở bệnh nhân không có các triệu chứng loạn thần. Liều 50mg Dogmatil chủ yếu nhằm phối hợp với các thuốc CTC để điều trị các triệu chứng cơ thể, triệu chứng đau, nhất là ở hệ thống tiêu hoá.... Điều này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả (Nguyễn Kim Việt, Kapland Sadock...), liều lượng thuốc hướng thần có hiệu quả ở người già thường chỉ cần bằng 1/2 liều ở người trẻ tuổi. Dogmatil có hiệu quả tốt trong điều trị các rối loạn dạng cơ thể và được phối hợp trong điều trị trầm cảm có nhiều triệu chứng đau, triệu chứng chức năng ở hệ tiêu hoá [84][105].

Trong quá trình điều trị, ngoài thuốc chống trầm cảm còn có sự phối hợp thêm các thuốc chỉnh khí sắc, an thần kinh. Đây là những thuốc phối hợp nên các bác sỹ điều trị chỉ sử dụng khi cần thiết tùy theo mỗi bệnh cảnh lâm sàng. Các thuốc an thần kinh được sử dụng ở số bệnh nhân có các triệu chứng loạn thần và rối loạn hành vi, thuốc được sử dụng với liều thấp và trong thời

gian ngắn. Nhiều nhất là chống trầm cảm + Bình thần (51,6%). Kết hợp thuốc được sử dụng nhiều nhất là CTC + Bình thần + CLT với (29,7%). Ít nhất là CTC + Bình thần + ATK + CKS với (6,45%). Kết quả này là phù hợp với nghiên cứu của Lâm Tường Minh [61][141][142].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy sự kết hợp thuốc là rất hợp lý cho từng bệnh nhân và từng thể trầm cảm. Các thuốc chống trầm cảm, chống loạn thần đều thuộc thể hệ mới phối hợp với nhau để cho kết quả tốt nhất. Điều đó được thể hiện khi có tới 77,4% bệnh nhân ổn định và ra viện trong khoảng thời gian từ 15 – 29 ngày điều trị nội trú.

4.6.4 Tác dụng không mong muốn

- Các chống trầm cảm thế hệ mới ít tác dụng không mong muốn hơn so với thuốc cổ điển, tuy nhiên các tác dụng này vẫn có thể xảy ra, một số nghiên cứu nhận định ở người cao tuổi có tỷ lệ tác dụng không mong muốn cao hơn người trẻ và tác dụng không mong muốn của Remeron so với SSRI là tương đương nhau [105][117] (bảng 3.22).

- Khi điều trị, những bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã được các bác sỹ điều trị chọn lựa cả các thuốc chống trầm cảm 3 vòng, SSRI và nhóm các thuốc chống trầm cảm mới (Bảng 3.20).

- Các tác giả (Nguyễn Kim Việt [105][138], Meyers et al (2008) [139], Mottram P, Wilson K (2006) [140]) cho rằng cần lựa chọn các thuốc chống trầm cảm không có tác dụng kháng cholinergic, bởi với tác động kháng cholinergic sẽ gây ra hoặc làm tăng các rối loạn tim mạch sẵn có ở người già. Thêm nữa các thuốc này có thể cũng gây ra giảm trí nhớ, rối loạn định hướng ở người già. Chính vì vậy, trong 155 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu, số bệnh nhân được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới là nhiều nhất (144 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 92,9%), đây là nhóm thuốc có rất ít tác dụng phụ nên sẽ là lựa chọn tối ưu đối với trầm cảm tuổi già. Tuy nhiên, trong nhóm

nguyên cứu của chúng tôi vẫn có 11 bệnh nhân được điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm 3 vòng, đây là nhóm thuốc có nhiều tác dụng trên hệ cholinergic. Theo nhiều tác giả đây là nhóm thuốc nên hạn chế sử dụng ở những bệnh nhân cao tuổi. Trên thực tế các thuốc chống trầm cảm 3 vòng vẫn được chọn lựa, có lẽ vì thuốc chống trầm cảm 3 vòng là nhóm thuốc thiết yếu trong điều trị trầm cảm ở Việt Nam và có thể do điều kiện kinh tế còn khó khăn của các bệnh nhân, nhất là các bệnh nhân đến từ vùng nông thôn.... Một lý do khác có lẽ quan trọng hơn là bệnh cảnh trầm cảm ở người cao tuổi có rất nhiều các triệu chứng cơ thể và chúng tôi thấy nhiều bệnh nhân trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu trước khi vào viện cùng với các triệu chứng đau còn có biểu hiện kêu khóc ban đêm. Theo nhiều tác giả (Sheldom H Preskorn, Paul Fedoroff và cộng sự....) các thuốc TCAs rất có hiệu quả trong điều trị những rối loạn trầm cảm có các triệu chứng cơ thể như triệu chứng đau và đặc biệt trong trầm cảm có biểu hiện kêu khóc ban đêm ... [64] [86] [90][94][101].

Theo Jacoby [146] và Brice Pitte [88] CTC 3 vòng, nhất là CTC 4 vòng vẫn được coi là chọn lựa hàng đầu ở nhiều nước đang phát triển trong điều trị trầm cảm cơ thể [86].

Bảng 3.22, cho thấy các tác dụng phụ do tác động kháng cholinergic là khá phổ biến ở các BN nghiên cứu. Gặp nhiều nhất là các biểu hiện khô miệng (60,0%), táo bón (39,4%), nhịp tim nhanh (38,1%), bí tiểu (7,1%). Các biểu hiện này chủ yếu gặp ở nhóm BN được điều trị bằng thuốc CTC 3 vòng. Giống như nhận xét của nhiều tác giả (Brice Pitte, Van der cammen, Mottram P, Paul Fedoroff...) tác dụng kháng cholinergic là đặc trưng của thuốc CTC 3 vòng, đặc biệt nhạy cảm và nặng nề hơn ở bệnh nhân trầm cảm tuổi già. Cần chú ý các biểu hiện suy giảm nhận thức, làm cho bệnh cảnh dễ lẫn với sa sút trí tuệ và thay đổi nhịp tim, thay đổi dẫn truyền điện tim có thể gây các biến chứng nặng nề ở người có sẵn bệnh tim mạch [86] [105] [101] [139].

Các biểu hiện run rẩy khi đi lại (37,4%), loạng choạng (38,7%), hạ huyết áp (18,1%) (Bảng 3.23). Các tác dụng không mong muốn này gặp nhiều hơn ở BN từ 70 tuổi trở lên và chủ yếu thấy ở bệnh nhân loạn thần, rối loạn hành vi được sử dụng phối hợp các thuốc an thần kinh, thuốc chỉnh khí sắc, thuốc giải lo âu. Các rối loạn này hầu như khỏi hẳn khi ngừng thuốc an thần kinh, nghĩa là người già cũng rất nhạy cảm và dung nạp thấp với các thuốc an thần kinh. Ở người già sự chuyển hoá thuốc, dược động học của các thuốc hướng thần có sự thay đổi, khác biệt so với người trẻ, khả năng chuyển hoá của gan, chức năng lọc của thận đều suy giảm. Người già có nhiều bệnh cơ thể kèm theo và được điều trị bằng nhiều thuốc khác nhau... có thể dẫn đến tác dụng chéo không có lợi, làm giảm khả năng dung nạp thuốc ở người cao tuổi.

Rối loạn và giảm dục năng thấy ở 29,6% BN và thấy rõ nhất ở nhóm tuổi <70. Các biểu hiện này nhiều khi khó phân biệt được đó là tác dụng phụ do thuốc hướng thần, đôi khi giảm dục năng còn là triệu chứng sinh học của bản thân rối loạn trầm cảm. Tuy nhiên các biểu hiện ở nhóm BN nghiên cứu có liên quan rõ rệt hơn với việc sử dụng thuốc hướng thần. Theo các tác giả Nguyễn Kim Việt (2006) [105], Menchetti M và cộng sự [99] ... các rối loạn nội tiết như rối loạn kinh nguyệt ở nữ, vú to chảy sữa ở nam giới, suy giảm tình dục là những tác dụng không mong muốn thường gặp khi sử dụng các thuốc an thần kinh đặc biệt là Olanzapine.

4.7. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.

4.7.1. Đánh giá chung về điều trị

- Kết quả ổn định tốt thấy ở 77,4% bệnh nhân nghiên cứu và thấy nhiều hơn ở nhóm tuổi dưới 70 (Biểu đồ 3.13). Kết quả kém thấy ở 10,3% bệnh nhân. Ở nhóm này các triệu chứng loạn thần vẫn còn dai dẳng, nhất là các hoang tưởng nghi bệnh. Các triệu chứng loạn cảm giác bản thể, các rối loạn hành vi

tạm ổn định, song các triệu chứng cơ thể vẫn còn nhiều, đặc biệt là các biểu hiện đau, các rối loạn thần kinh thực vật. Các triệu chứng cốt lõi của trầm cảm chỉ mới thuyên giảm nhưng chưa hết, khí sắc còn dao động trong ngày, còn mệt mỏi, chậm chạp cả trong suy nghĩ và hoạt động. Đặc biệt ở các bệnh nhân này còn có nhiều tác dụng phụ do các thuốc hướng thần, mặc dù các thuốc này đã được lựa chọn, với liều lượng thấp và duy trì trong thời gian ngắn.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả Nguyễn Kim Việt (2011), Kaplan Sadock(1999), Robert C. Baldwin A. Bas et al (2002). Các tác giả này theo dõi kết quả điều trị rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi trong 52 tuần liên tục thấy hiệu quả điều trị trầm cảm ở người già kém hơn so với điều trị trầm cảm ở người trẻ tuổi.

- Theo Brice pitte [88] việc điều trị trầm cảm ở người già thường gặp nhiều khó khăn, vì người già có nhiều yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội cấu thành hay là nguyên nhân của trầm cảm. Việc điều trị bằng thuốc sẽ kém hiệu quả nếu không đồng thời can thiệp được các bất toại về tâm lý gia đình, xã hội... của từng người bệnh [105][138][141]. Thêm nữa việc giảm khả năng dung nạp thuốc ở người cao tuổi làm khó khăn cho việc lựa chọn thuốc chống trầm cảm, an thần kinh. Việc người cao tuổi có nhiều bệnh cơ thể kết hợp nên phải dùng liều thuốc thấp, thời gian ngắn có lẽ cũng là yếu tố làm giảm tính nhạy cảm và hiệu quả điều trị trầm cảm ở người cao tuổi.

4.7.2. Kết quả điều trị các triệu chứng trầm cảm

- Bảng 3.24. Các triệu chứng cốt lõi của trầm cảm chỉ mới thuyên giảm nhưng chưa hết, như khí sắc còn dao động trong ngày, thuyên giảm hoàn toàn 59,4%, thuyên giảm một phần (21,8%) và còn (đến 18,8%) không thuyên giảm, người bệnh còn mệt mỏi, chậm chạp cả trong suy nghĩ và hoạt động. Triệu chứng mất quan tâm thích thú (có đến 52,6%) là thuyên giảm hoàn toàn, người bệnh mong muốn được hoạt động, còn đến 11,8% số bệnh nhân nghiên

cứu không chịu hoạt động, chỉ thích nằm trên giường, không muốn giao tiếp với ai. Đặc biệt ở các bệnh nhân này ý tưởng hành vi tự sát (hết 100%) và giấc ngủ được cải thiện (đến 86,5%). Các triệu chứng về trầm cảm thuyên giảm rõ rệt, nhưng nhiều bệnh nhân còn có nhiều tác dụng phụ do các thuốc hướng thần, mặc dù các thuốc này đã được lựa chọn, với liều lượng thấp và duy trì trong thời gian ngắn.

-Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả Kaplan H. I. (1994) và một số tác giả khác, trầm cảm ở người cao tuổi đặc biệt là các bệnh nhân có các rối loạn thực tồn hay có loạn thần có tiên lượng xấu hơn trầm cảm không loạn thần. Việc điều trị cho những bệnh nhân này đòi hỏi có sự phối hợp giữa thuốc chống trầm cảm và thuốc chống loạn thần. Nhiều tác giả cho rằng hiệu quả tốt nhất vẫn là sốc điện [99][105][132][139].

4.7.3. Kết quả điều trị các triệu chứng loạn thần

4.7.3.1. Sự thuyên giảm của ảo giác dưới tác động của điều trị

Hầu hết các ảo giác thuyên giảm sau 2-3 tuần điều trị. Trong số bệnh nhân có ảo thanh có đến 57,1% bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn chỉ có 14,3% số bệnh nhân là không thuyên giảm, lý do là bệnh nhân có bệnh thực tồn kèm theo (biểu đồ 3.10).

-Theo Hội Tâm thần học Mỹ (năm 1994), trong rối loạn trầm cảm nặng có loạn thần, khi tình trạng trầm cảm được cải thiện thì các triệu chứng loạn thần cũng được cải thiện theo [138].

-Còn tác giả Kaplan H. I. (1994) nhận xét rằng trong khi điều trị bệnh trầm cảm có loạn thần thì triệu chứng ảo giác hết trước hoang tưởng [84]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có ảo giác khi tình trạng khí sắc trầm của bệnh nhân được cải thiện thì ảo giác cũng giảm.

-Tác giả Bowden C.L. (2010), nhận định rằng, ảo giác trong rối loạn trầm cảm có loạn thần kém bền vững hơn so với hoang tưởng và chúng thường

giảm hết sau 2-3 tuần được điều trị bằng thuốc chống trầm cảm phối hợp thuốc chống loạn thần [51].

4.7.3.2. Sự thuyên giảm của hoang tưởng dưới tác động của điều trị.

-Hoang tưởng phù hợp khí sắc (hoang tưởng tự buộc tội, hoang tưởng nghi bệnh) bắt đầu thuyên giảm ngay sau tuần đầu điều trị, nhưng chủ yếu là sau tuần thứ 2 và thứ 3(bảng 3.25).

-Hoang tưởng không phù hợp khí sắc (hoang tưởng bị theo dõi, hoang tưởng liên hệ) thuyên giảm chậm hơn, chủ yếu là hết sau 3-4 tuần điều trị.

-Kết quả của chúng tôi phù hợp với ý kiến của tác giả Rossini D (2005). Tác giả cho rằng bệnh nhân rối loạn trầm cảm có hoang tưởng phù hợp với khí sắc điều trị bằng thuốc an thần kinh và chống trầm cảm cho kết quả tốt hơn là bệnh nhân trầm cảm có hoang tưởng không phù hợp khí sắc [82].

-Theo Lykouras L, Gournellis R, Fortos A and cold (2002) hoang tưởng phù hợp với khí sắc liên quan chặt chẽ đến tình trạng trầm cảm. Sau 2-3 tuần điều trị, thuốc an thần và thuốc chống trầm cảm đã phát huy hiệu quả tốt, tình trạng khí sắc trầm của bệnh nhân đã được cải thiện nhiều, khi đó hoang tưởng tan biến đi. Hoang tưởng không phù hợp với khí sắc thì tương đối độc lập với tình trạng khí sắc trầm. Vì thế phải sau 3-4 tuần điều trị, khi thuốc an thần có hiệu quả tối đa thì mới không chế được các hoang tưởng này [97].

4.7.4. Kết quả điều trị các triệu chứng cơ thể

Triệu chứng ở hệ tim mạch

- (Bảng 3.26). Ở hệ tim mạch ta thấy trên cùng một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng, giai đoạn sớm các triệu chứng thường ít và mơ hồ hơn ở giai đoạn toàn phát [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 91 bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh và 107 bệnh nhân có biểu hiện hồi hộp, sau khi điều trị bệnh thuyên giảm và các triệu chứng này có 25,0% thuyên giảm hoàn toàn,

84% bệnh nhân hết hẳn biểu hiện hồi hộp và đặc biệt có đến 95,6% bệnh nhân nghiên cứu mạch ổn định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu Nguyễn Kim Việt 2006 [105], Trần Hữu Bình (2005) [55].

Triệu chứng ở hệ tiêu hóa

-Các triệu chứng cơ thể ở hệ tiêu hóa là rất hay gặp trong rối loạn trầm cảm, cũng chính các triệu chứng này khiến cho bệnh nhân phải đi nội soi dạ dày nhiều lần, có bệnh nhân phải phẫu thuật cắt dạ dày ... nhưng vẫn không giải quyết được bệnh (Bảng 3.26).

-Trong nghiên cứu (bảng 3.6) của chúng tôi, triệu chứng đầy bụng 74,1%, nóng rát ở dạ dày - ruột chiếm tỷ lệ 49,0%, buồn nôn chiếm tỷ lệ 38,7%. Sau khi điều trị bằng thuốc chống trầm cảm thì các triệu chứng này thuyên giảm gần như hoàn toàn nhưng vẫn còn 4,3% còn cảm giác ăn không tiêu, số bệnh nhân này cũng tương ứng với các triệu chứng trầm cảm giảm ít. Biểu hiện triệu chứng tiêu hóa trong nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của Trần Hữu Bình (2005) [55], Meyers et al (2008) [139].

Triệu chứng thần kinh thực vật

-Kết quả nghiên (bảng 26) cho thấy các triệu chứng thần kinh thực vật khi vào viện chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đặc biệt là biểu hiện của triệu chứng ra mồ hôi (có tỷ lệ 65,8% số bệnh nhân nghiên cứu), triệu chứng bốc hỏa (54,2% số bệnh nhân nghiên cứu), triệu chứng chóng mặt (44,5% số bệnh nhân nghiên cứu. Sau điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm thì các triệu chứng này thuyên giảm rõ rệt nhất là triệu chứng chóng mặt 92,7% giảm hết, triệu chứng bốc hỏa, vã mồ hôi 100% số bệnh nhân nghiên cứu không còn biểu hiện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Trần Hữu Bình (2005)[55].Meyers et al (2008) [139].

Triệu chứng đau

- Đau là triệu chứng rất thường gặp trong rối loạn trầm cảm người cao tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 141/155 bệnh nhân có triệu chứng đau chiếm (tỷ lệ 90,9%). Trong giai đoạn toàn phát có đến 60 bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng tức ngực, Với người cao tuổi, đau làm cho bệnh nhân sợ hãi và luôn đòi hỏi đi khám nhiều nơi. Tính chất đau ở giai đoạn sớm bệnh nhân thường đau một vài vị trí, đau không thường xuyên, đau mơ hồ, đặc biệt dùng thuốc giảm đau không có kết quả. Nhưng sau khi được uống thuốc chống trầm cảm thì các triệu chứng đau khu trú giảm đến(79,3%) và các triệu chứng đau lan tỏa giảm đến (82,1%). Sau một đợt điều trị có đến 75,0% bệnh nhân nghiên cứu hết hẳn triệu chứng tức ngực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Trần Hữu Bình (2005)[55].Lâm Tường Minh 2009 [61],Meyers et al (2008) [139].

4.7.5. Kết quả trắc nghiệm tâm lí Beck, GDS, Zung trước và sau điều trị

Kết quả trắc nghiệm Beck:

Trên trắc nghiệm Beck chúng tôi thu được kết quả khi vào viện tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện trầm cảm trong đó 8,4% mức độ nhẹ, 43,2% mức độ vừa và 48,4% mức độ nặng. Khi ra viện có 40,0% không có biểu hiện trầm cảm và 39,4% có mức độ trầm cảm nhẹ trên trắc nghiệm Beck (Biểu đồ 3.11). Như vậy, kết quả trắc nghiệm là phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng.

Kết quả này là phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hương [89]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Hardy (có 5,3% bệnh nhân mức độ nặng) [26]. Có sự khác biệt có lẽ là do đặc điểm đối tượng nghiên cứu và bệnh nhân vào viện điều trị thường ở giai đoạn nặng.

Thang đánh giá trầm cảm người già (GDS):

Sử dụng GDS chúng tôi nhận thấy khi vào viện 100% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn trầm cảm với 5,2% mức độ nhẹ và 41,9% ở mức độ vừa, 52,9% mức độ nặng. Khi ra viện trên GDS kết quả 56,1% không có trầm cảm và 27,7% trầm cảm mức độ nhẹ (Bảng 3.27). Kết quả này là tương đương với kết quả trên trắc nghiệm Beck và tương đương biểu hiện trên lâm sàng của bệnh nhân. Sự phù hợp kết quả trắc nghiệm và lâm sàng làm tăng thêm độ tin cậy và chính xác của chẩn đoán bệnh nhân nghiên cứu điều trị nội trú tại Viện và hiệu quả điều trị[114][148].

Kết quả trắc nghiệm Zung:

Trong nghiên cứu chúng tôi có sử dụng công cụ trắc nghiệm tâm lý, trắc nghiệm Zung để đánh giá lo âu trên các bệnh nhân trầm cảm tuổi già. Trên trắc nghiệm Zung khi vào viện có 86,4% biểu hiện lo âu, 13,5% không có biểu hiện lo âu. Khi ra viện 8,4% có biểu hiện lo âu, 91,6% không có biểu hiện lo âu trên trắc nghiệm Zung (Biểu đồ 3.12). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Kim Việt (2006) [105] và phù hợp với nhận xét của tác giả Robert Baldwin [80] cho rằng rối loạn lo âu là triệu chứng song hành với các rối loạn trầm cảm và cũng giảm đi khi các triệu chứng của trầm cảm suy giảm.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 155 bệnh nhân rối loạn trầm cảm khởi phát ở tuổi trên 60, được điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ 12-2009 đến 12-2013, chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân nữ 66,5%. 72,9% các bệnh nhân ở vào độ tuổi 60-69. Giai đoạn trầm cảm(F32) là chẩn đoán hay gặp nhất (55,5%), trầm cảm tái diễn với các triệu chứng cơ thể (F33) cũng khá phổ biến (38,1%).

1. Đặc điểm lâm sàng

- Các triệu chứng rối loạn trầm cảm trong giai đoạn sớm chủ yếu là các triệu chứng cơ thể mơ hồ, không hệ thống (mệt mỏi (89,0%), rối loạn thần kinh thực vật (90,3%), sút cân 87,1%, rối loạn giấc ngủ (77,4%), và 78,7% số bệnh nhân đến cơ sở Sức khỏe Tâm thần muộn sau 1 năm kể từ khi bệnh khởi phát.

Giai đoạn toàn phát: Các triệu chứng khí sắc trầm (chỉ có ở 41,3%), mất quan tâm thích thú có ở (49,0%), đuối sức mệt mỏi có ở (70,3%), các triệu chứng này gặp nhiều hơn ở nhóm tuổi dưới 70. Trong khi đó ở nhóm tuổi trên 70 lại chiếm ưu thế hơn với các biểu hiện, ý tưởng tự ti (78,6%), nhìn tương lai ảm đạm (73,8%), %, bị buộc tội (61,9%).

-Các triệu chứng cơ thể của trầm cảm chiếm ưu thế trong bệnh cảnh. Các triệu chứng về tiêu hóa bao gồm: Ăn ít ngon miệng (92,9%), sút cân (88,4%), đầy bụng không tiêu (74,1%), nóng rát vùng bụng (49,0%). Các triệu chứng về tim mạch như hồi hộp (69,0), mạch nhanh (58,7%). Các triệu chứng thần kinh thực vật bao gồm: Vã mồ hôi (65,8%), bốc hỏa (54,2%), chóng mặt (44,5%). Thức giấc sớm (86,5%), kích thích suy nhược (74,2%). Đặc biệt các triệu chứng đau thấy ở 90,96% các bệnh nhân với các đặc tính đau lan tỏa, mơ hồ phụ thuộc vào trạng thái tâm lý người bệnh.

- Các rối loạn hành vi: Bồn chồn thấy ở (84,5%), ức chế ăn uống thấy ở (74,8%), không nói có ở (67,1%). Hành vi tự sát thấy ở (17,4%), kích động thấy ở (15,5%) bệnh nhân.

- Các biểu hiện loạn thần có ở 40% các bệnh nhân: Trong đó hay gặp hoang tưởng nghi bệnh (15,5%), hoang tưởng tự buộc tội (14,2%). Ảo thanh bình phẩm (46,7%), ảo thanh lúc đỡ thức đỡ ngủ (56,7%), loạn cảm giác bản thể (46,7%), ảo giác xúc giác (36,7%) và chủ yếu gặp ở nhóm tuổi trên 70. Các rối loạn lo âu, thấy đồng hành với trầm cảm (ở 86,5%) bệnh nhân.

- Suy giảm nhận thức cũng được coi là đặc trưng của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, suy giảm trí nhớ gần (có ở 73,5%) bệnh nhân, giảm tập trung chú ý (có ở 72,3%) bệnh nhân nghiên cứu,

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

Các yếu tố stress và các bệnh lý cơ thể đóng vai trò quan trọng trong phát sinh và phát triển các rối loạn trầm cảm ở các bệnh nhân nghiên cứu.

Các yếu tố liên quan đến hoàn cảnh sống cô đơn chiếm tỷ lệ (63,2%) số bệnh nhân nghiên cứu, trong đó: Sống góa bụa (16,1%), người thân ốm, chết (16,1%), con cái bỏ rơi (13,5%), về hưu (9,6%), thay đổi môi trường sống 7,7%.

Các yếu tố tâm lý xã hội khác thường gặp là: Kinh tế không ổn định (14,2%), mâu thuẫn gia đình (14,2%), bệnh tật (12,3%), con cái không thành đạt (8,4%).

- Các bệnh cơ thể kết hợp (có ở 65,2%) các bệnh nhân, thường gặp nhất là các bệnh về tiêu hóa (13,5%), các bệnh lý về khớp (12,3%), bệnh nội tiết (8,3%), bệnh tim mạch (7,74%), bệnh về hô hấp (7,0%), bệnh thần kinh (6,4%)....

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

-Gặp nhiều khó khăn vì cần sự lựa chọn thuốc thích hợp, phối hợp thuốc chống trầm cảm với an thần kinh, thuốc bình thần. Kết quả tốt chỉ có được ở (77,4%) bệnh nhân nghiên cứu. Có (10,3%) bệnh nhân các triệu chứng trầm cảm vẫn còn hoặc thuyên giảm ít. Các thuốc hướng thần được dùng với liều thấp và dùng trong thời gian ngắn, song các tác dụng không mong muốn là khá phổ biến như khô miệng có ở (60,0%), táo bón có ở (39,4%), nhịp tim nhanh có ở (38,1%), run rẩy có ở (37,4%) các bệnh nhân nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ

Trên cơ sở các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi có một số kiến nghị sau:

- Cải tiến chương trình đào tạo, bổ xung kiến thức về trầm cảm cho các bác sĩ đa khoa, nhân viên y tế chăm sóc sức khoẻ ban đầu để nhận biết sớm những dấu hiệu rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi trong điều kiện thực tế tại cộng đồng.
- Cần phát triển hơn nữa hệ thống chăm sóc sức khoẻ tâm thần người cao tuổi: bao gồm đào tạo các cán bộ chuyên khoa, thiết lập các cơ sở điều trị, chăm sóc từ trung ương đến cộng đồng, xóa bỏ các thành kiến cũng như các mặc cảm, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho những người cao tuổi bị bệnh tâm thần.

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN NỘI DUNG LUẬN ÁN

1. **Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Kim Việt (2011)**. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, Tóm tắt báo cáo, Hội nghị khoa học nghiên cứu sinh lần thứ XVII, tr. 42.
2. **Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Kim Việt (2010)**. Bước đầu nhận xét điều trị trầm cảm ở người già tại viện sức khỏe tâm thần, Tóm tắt báo cáo, Hội nghị khoa học nghiên cứu sinh lần thứ XVI, tr. 94.
3. **Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2014)**. Các yếu tố liên quan phát sinh trầm cảm người cao tuổi, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 415 tháng 2 - số 1, tr. 25-29.
4. **Nguyễn Văn Dũng (2014)**. Đặc điểm các biểu hiện hoang tưởng trong rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 415 tháng 2 - số 1, tr. 72-76.
5. **Nguyễn Văn Dũng (2011)**. Đặc điểm các triệu chứng cơ thể trong trầm cảm người cao tuổi, *Tạp chí Y học thực hành*, số 8 (778), tr. 110-114.
6. **Nguyễn Văn Dũng (2011)**. Đặc điểm rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm người cao tuổi, *Tạp chí Y học thực hành*, số 5 (764), tr. 144-147.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Khuê (2000)**, “Trầm cảm ở người cao tuổi”, *Bệnh tâm thần người già*, Nhà xuất bản Y học, trang 67-81.
2. **Faravelli C., Salvatori S. et al (1977)**, "Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (1), pp 24-29.
3. **Laura Mandellia, Alessandro Serrettia, Raffaella Zanardib (2007)**, "Antidepressant response in the elderly", *Italian Psychiatry Research*, pp. 37–44.
4. **Miüller-Spahn, Hock (1994)**, “Clinical Presentation of Depression in the Elderly”, *International Journal of Experimental and Clinical Gerontology*, S. Karger Medical and Scientific Publishers, pp 10 -13.
5. **Ken Laidlaw (2004)**, “Depression in older adults”, *Mood disorder: handbook of science and practice* / John Wiley and Sons, pp 337 - 348.
6. **Kohn R, Epstein-Lubow (2006)**, “Course and outcomes of depression in the elderly”, *Current Psychiatry Report*, American Association for Geriatric Psychiatry Feb, 8(1), pp 34-40.
7. **Katon W, Von Korff M, Lin E et al (1990)**, “Distressed high utilizers of medical care”, *DSM-III-R diagnoses and treatment needs. General Hospital Psychiatry*, 12(6), National Center for Biotechnology Information, Bethesda, USA, pp 55-62.
8. **Lã Thị Bưởi, Nguyễn Việt Thiêm (2001)**, “Các rối loạn khí sắc”, *Bệnh học Tâm thần phân nội sinh*, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, trang 51 - 75.
9. **Evans et al (2000)**, “Diagnosis of depression in elderly patients”, *Psychiatry Treatment*, Journal of Mental Health, UK, pp 49 - 56.

10. **Nguyễn Kim Việt (2008)**, “Đặc điểm các biểu hiện loạn thần trong rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi”, Tạp chí Y học lâm sàng, trang 27 -31.
11. **Phạm Khuê (2000)**, "Tuổi già", *Bệnh học tuổi già*, Nhà xuất bản Y học; trang 8 - 87.
12. **Robert Kok, Thea Heeren, ChrisHooijer (1995)**, “The prevalence of depression in elderly medical”, *Journal of Mental Health,UK*, pp 77-82.
13. **Petronella J (2008)**, “Depression in old age”, *the PIKO study*, the Netherlands Journal of Affective Disorders, pp 295–299.
14. **Tổ chức y tế thế giới (1992)**, “Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm”, *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi*, trang 32-42.
15. **DSM-IV (1994)**, “Mood disorders” Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder 4th edition”, *America psychiatric Association*, Washington DC: APA, pp 167-208.
16. **Stek ML, Van Exel E, Van Tilburg W et al (2002)**, “The prognosis of depression in old age: outcome six to eight years after clinical treatment”, *Aging Mental Health.*, pp 28-35.
17. **Bùi Xuân Mỹ (2005)**, “Tâm sinh lý và một số bệnh thường gặp ở những người cao tuổi”, *Bách khoa người cao tuổi*, Nhà xuất bản từ điển bách khoa, trang 123 - 189.
18. **Weber Hamann B, Werner M, Hentschel F (2006)**, “Metabolic changes in elderly patients with major depression: Evidence for increased accumulations of Visceral fat”, *Psychoneuro endocrinology*, Hamburg, Germany, pp 347-354.
19. **Lyness, J. M., King, Caine et al (1999)**, “The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: Prevalence and associated functional disability”, *Journal of the American Geriatric Society*, pp 647-652.

20. **Blazer D.G, Hybels C.F (2005)**, “Origins of depression in later life”. *Psychol Med. Psychiatry and Behavioral Sciences*, Durham, NC, 27710, USA, pp 1241-52.
21. **Piter Hill, Robin Murray, Anthony Thorley (1993)**, "Affective disorder", *Essencial of posgraduate psychiatry*, Grune and Stratton, pp 676-719.
22. **Kapland Sadock (1997)**, "Mood disorder", *Synopsis of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Seventh Edition, Pp 516-517.
23. **Attar D., Lesur A (1995)**, "Depression saisonniere ", *Les Maladies Depressives, Medecine-Sciences, Flammarion*, pp 209-214.
24. **Bougerol T (1995)**, "Nevrose depressive: De la dépression névrotique aux dysthymies", *Les Maladies Depressives, Medecine - Sciences, Flammarion*, pp198-206.
25. **Brochier T., Bayl F.J (1995)**, "Depression et Maladies anxieuses", *Les Maladies Depressives, Medecine- Sciences, Flammarion*, pp. 165-171.
26. **Hardy P (1991)**, "Depressions et maladies somatiques", *La dépression études*. Masson Paris Milan Barcelone Bonn, pp 175-195.
27. **Lawhorne (2005)**, “Depression in the older adult”, *Primary Care: Clinics in Office Practice*, Aging Mental Health., pp 777-792.
28. **Trần Như Minh Hằng, Đinh Văn Lo, Nguyễn Đức Ly (2006)**, “Khảo sát tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Thủy Xuân - Thành phố Huế”, *Tạp chí Y học thực hành số 10*, trang 67 - 96.
29. **Cairney J, Krause N (2005)**, “The social distribution of psychological distress and depression in older adults”, *J Ageing Health*, University of Toronto, pp 807-835.

30. **Drayer R.A, Mulsant B.H, Lenze E.J (2005)**, “Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities”, *Int J Geriatr Psychiatry*, pp 73-82.
31. **Julien D., Guelfi (1995)**, "La categorie des troubles nevrotiques, troubles lies μ des facteurs de stress et troubles somatoformes", *Depression et Syndromes ankiio depressifs. Hopital-Sainte-Anne Paris* , pp 15-19.
32. **Reinhard Heun, Sandra Hein (2010)**, “Risk factors of major depression in the elderly clinical gerontology”, *presentation at a Meeting on gerontologic psychiatry*, November, United Kingdom, pp 234-239.
33. **Harding T.W., Arango M.V., Baltazar J (1980)**, "Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries", *Psychol-Med*, US National Library of Medicine10(2), pp. 231-241.
34. **Nguyễn Việt (1984)**, “Bệnh loạn thần hưng trầm cảm”, *Tâm thần học*, Nhà xuất bản Y học, trang 133 - 140.
35. **Carrier J, Dumont M (1995)**, “Depression saisonniere et phototherapie”, *problematique et hypotheses J Psychiatry Neurosci*, pp 67–79.
36. **M.O.Krebs , A.Jeanneau (1995)**, “*Dépression et maladies neurologiques*”, *Les maladies despressives, Mesdicine – Sciences Flammarion, Paris*, pp 127 – 135.
37. **Kapplan Sadock (1997)**, "Geriatric psychiatry", *Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins, Seventh Edition, pp 1155 - 1171.
38. **Kaxrner A, Lauritzen L, Abelskov K (2007)**, “Rating scales for depression in the elderly: external and internal validity”.*J Clin Psychiatry*, Denmark , pp 38-49.

39. **Đào Văn Phan (2007)**, “serotonin”, *Dược lý học lâm sàng*, Trường đại học Y Hà Nội, trang 185-239.
40. **Elliott M (2001)**, “Gender difference in causes of depression”, University of Nevada , Reno, Women health, pp 63-77.
41. **Hội tâm thần học Pháp – Việt (2000)**, “tổng hợp báo cáo các hội nghị khoa học”. *Tài liệu dịch, tạp chí Y học Pháp Việt*, (5) Hà Nội- Thành phố Hồ Chí Minh, trang 72.
42. **Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. et al (2003)**, “Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HT gene”, *King's College London. Science*, pp 386-389.
43. **Angst, J., Merkgangas, K (1997)**, “The depressive spectrum: diagnostic classification and course”, *Journal of Affective Disorders*, pp 31–40.
44. **Dan J. S., David J.K., Alan F.S (2006)**, “Mood disorders and sleep”, *Textbook of mood disorders*, The American psychiatric publishing, volum 2, pp 353-739.
45. **Sadock B.J., Sadock V.A (2007)**, “Influence of selected socio-demographic factors on incidence of depressive disorders in women”, *synopsis of psychiatry, 10th edition*, William and Wilkins, pp 815-822.
46. **Spaner D, Bland RC, Newman SC (1994)**, “Major depressive disorder”. *Acta Psychiatr Scand*, pp 7-15.
47. **Đào Văn Phan (2006)**, “Thuốc tác động trên hệ cholinergic”, *Sinh lý học*, Trường đại học Y Hà Nội, trang 79-95.
48. **Flynn H.A., Henshaw E., O Mahen H et al (2010)**, “Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: a qualitative study”, *Gen Hosp Psychiatry*, pp 9-16.
49. **Follath F (2003)**, “Depression, stress and coronary heart disease-epidemiology, Prognosis and therapeutic sequelae”, *Depressive Syndromes and Depressive Disorders*, Hopital-Sainte-Anne, Paris , pp 15-19.

50. **Brayce C., Gao L., Mathews F (2005)**, “ Challenges in the epidemiological investigation of the relationships between physical activity, obesity, diabetes, dementia and depression”, *Neurobiolo aging*, 26 suppl 1, Elsevier, pp 6-10.
51. **Bowden C.L (2010)**, “treatment strategie for bipolar depression”, *Clin Psychiatry*, USA, pp 6-10.
52. **Carod Artal F.L (2006)**, “Post- stroke depression, Epidemiology diagnostic criteria and risk factors”, *Rev neurol*, Brazil, pp 1969-1975.
53. **Ganguli M.S., Du Y., dodge H.H et al (2006)**, “Depressive symtoms anh cognitive decline in late life: a propective epidemiological study”, *Arch Gen Psychiatry*, pp 153-160.
54. **George M.S., Lisanby S.H., Avery D et al (2010)**, “daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham- controlled radomized trial”, *Arch gen psychiatry*, pp 507-516.
55. **Trần Hữu Bình (2003)**, “Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở những người có bệnh lý dạ dày - ruột thực thể và chức năng”, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, trang 4 - 56.
56. **Robert C, Baldwin A, Bas et al (2002)**, "Depressive disorder", *Psychiatry in the Elderly*, Oxford University Press, third edition, pp 628-637.
57. **American Psychiatric Association (2000)**, “Bipolar Disorder” *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC, pp 503-681.
58. **Ferber Ch., Sancher P., Taillard J (1989)**, "Resultats Preliminaires de l'etude clinique et polygraphique de sommeil de la trimipramine chez des patients deprimdds", *Autour de la depression Numero Special*, Canada, pp 343-350.

59. **Nguyễn Viết Thiêm (1993)**, "Đặc điểm trạng thái trầm cảm trong lâm sàng tâm thần học ngày nay", *Các chuyên đề về Tâm thần học dành cho đào tạo sau đại học*, trang 63-69.
60. **Mario Maj, Norman Satorius (1999)**, "Depressive Disorders", *Evidence and Experience in psychiatry*, John Wiley & Sons, LTD, pp 23-24.
61. **Lâm Tường Minh (2010)**, "Nghiên cứu các triệu chứng cơ thể của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, trường Đại học Y Hà Nội, trang 59-84.
62. **Bengtson, V.L., Silverstein, M., Putney (2009)**, "Theorizing about age and aging", *Handbook of Theories of Aging*, 2nd ed. Springer, New York, pp. 315-345.
63. **Schachter M (1960)**, "Névrose dépressive réactionnelle et rétrécissement mitral", *Psychother Psychosom*, pp. 462-472.
64. **Gay C (1995)**, "Depression et Maladies chroniques", *Les Maladies Dépressives, Médecine-Sciences, Flammarion*, pp 148-151.
65. **Hazen C, Soudry Y, Consoli SM (2008)**, "Depression and physical illness". *Rev Prat* , pp. 77 – 84.
66. **O.V.Kebicôp, M.V. Cockina ,A.V. snejnevskie (1899)**, "Bệnh loạn thần hưng - trầm cảm", *Tâm thần học*, NXB Y học - Tài liệu dịch, trang. 307-323
67. **MusselmanDL, DeBattistaC, NathankI, etal (1998)**, "Biology of mood disorders". *Textbook of Psychopharmacology*, American Psychiatric Press, pp 549-588.
68. **EvansDL, Charney DS (2003)**, "Mood disorders and medical illness", *a major public health problem*, Biol - Psychiatry, The American psychiatric publishing, pp 177- 180.

69. **Verhey F.R.J, Rozendaal R.W.H.M, Jooles (2000)**, "Dementia, awareness and depression", *Dementia, Depression and Forgetfulness*, Universitaire Pers Maastricht, pp. 121-126.
70. **Lee J.S, Potter G.G, Wagner H.R (2007)**, "Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression", *Int Psychogeriatr*, Feb; 19(1), pp 125-135.
71. **Perlis M.L, Smith L.J, Lyness J.M (2006)**, "Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly". *Behav Sleep Med*. USD 4(2):104-113.
72. **Nguyễn Kim Việt (2005)**, "Nghiên cứu chẩn đoán bệnh Alzheimer", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, trang 4 - 5.
73. **Mitchell A.J, Subramaniam H (2005)**, "Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies", *Clin Psychiatry*, USA, pp 1588- 1601.
74. **Richard Schulz, Rebecca A. Drayer (2002)**, "Depression as a Risk Factor for Suicide Mortality in the Elderly", *Society of Biological Psychiatry*, Published by Elsevier Inc (52), pp 205–225.
75. **Bourgeois (1998)**, "Enquêtes retrospectives dans l'étude du suicide", *Neuro-Psy*, Smithkline Beecham laboratoires Pharmaceutiques, pp 23- 24.
76. **Marco Menchetti, Nadia Cevenini, Diana DeRonchi (2006)**, "Depression and frequent attendance in elderly primary care patients", *Italian General Hospital Psychiatry* 28, pp 119 – 124.
77. **Bergdahl E, Gustavsson J.M, Kallin K (2005)**, "Depression among the oldest old", *Int Psychogeriatr*, pp 557-575.
78. **George S, Alexopoulos (1987)**, "Biological Abnormalities in late life Depression", Scientific Meeting at the Harvard Geriatric Education Center, November, pp 25-33.

79. **Finch, E. J. L., Ramsay, R., (1992)**, “Depression and physical illness in the elderly”. *Clinics in Geriatric Medicine*, pp 275–287.
80. **Robert C. Baldwin (1993)**, "Affective disorder", *The psychiatry of old age*, Oxford University, pp 513-515.
81. **Stephen M Holliday, Greg L. Plosker (1993)**, "Paroxetine - review of its Pharmacology", *Geriatrics and gerontology international*, pp278-299.
82. **Rossini D, Serretti A, Franchini L (2005)**, “Sertraline versus fluvoxamine in the treatment of elderly patients with major depression: a double-blind, randomized trial”. Italy, *J Clin Psychopharmacol*, pp 71-75.
83. **James Lindesay (1987)**, “Nonsuicidal Mortality in late-life depression”, *presentation at a Meeting on gerontologic psychiatry*, November, United Kingdom, pp 53-65
84. **Kaplan H.I, Sadock B.J (1994)**, “Mood Disorder”, *Synopsis of Psychiatry*, Williams and Wilkins, pp 516-570.
85. **Cart Gerhard Gottfries (1999)**, “Depression in the Elderly is under diagnosed; Etiology is multifactorial”, *Depressive Disorder*, John Wiley and sons, LTD, pp 366.
86. **Petrovic M, De Paepe P, Van Bortel L (2005)**, “Pharmacotherapy of depression in old age”. *Acta Clin Belg*, pp150-161.
87. **Kielholz P (1972)**, "Condition diagnostiques du traitement des dessorpression", *Etats Dépressifs*. Berne Stuttgart Vienne, pp11-13.
88. **Brice Pitt (1982)**, "Depression", *Psychogeriatrics*, Churchill Livingstone, second edition, pp 65-91.
89. **Nguyễn Thị Minh Hương (2013)** “Các yếu tố liên quan đến phát sinh trầm cảm ở người cao tuổi”, *Luận án chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Hà Nội, Trang 32-50.

90. **Tepper L, Rogers SA, Coleman EM, Malony N(2001)**, “The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness”, *The psychiatry of old age*, Oxford University, pp 53-55.
91. **Yuri L.Bronstein (2000)**, “Manifestations of dementia”, *Alzheimer’s Disease and Related Disorders*, Martin Dunitz, first publication, pp 179-193.
92. **Herrmann LL, Goodwin GM, Ebmeier KP (2007)**, “The cognitive neuropsychology of depression in the elderly”, *Psychol Med*, pp 1693-1702.
93. **Shahpesandy H (2005)**, “Different manifestation of depressive disorder in the elderly”, *Neuro endocrinology*, New YorkDec; 26(6), pp 676- 691.
94. **Lefteris Lykouras, Rossetos Gournellis (2000)**, “Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behavior”, *National Center for Biotechnology Information*, Athens Mental Hospital, pp 225-229.
95. **Nguyễn Thị Phương Loan (2012)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi”, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2*, trường Đại học Y Hà Nội, trang 57-79.
96. **Vythiligam M, Chen J, Bremner JD,et al (2003)**, “Psychotic depression and mortality”, *Am J Psychiatry*, Pp 574-576.
97. **Lykouras L, Gournellis R, Fortos A and cold (2002)**, “Psychotic major depression in the elderly and suicidal behaviour”, *New York, J Afect disorder*, pp 225-229.
98. **Schatzberg AF, Posener JA, Debattista C et al (2008)**, “Correlates of suicidality among patients with psychotic depression”, *The British Journal of Psychiatry*, 38(4), pp 403-414.

99. **Menchetti M, Cevenini N, De Ronchi D (2005)**, “Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression”, *General Hospital Psychiatry*, pp 19-24.
100. **Robert M. Heeren, Chris Hooijer (1994)**, “The prevalence of depression in elderly medical in patients”, *Journal of Affective Disorders, The Netherland*, pp 77-92.
101. **World Health Organization (1996)**, “affective disorder” *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care*”, *General Hospital Psychiatry*, pp 89-111.
102. **Cohen C.I, Magai C, Yaffeer, Walcott Brown L (2005)**, “Racial differences in syndromal and subsyndromal depression in an older urban population”, *the State University of New York Down state Medical Center of Phychosomatics*, pp 38-45.
103. **Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF (2000)**, “Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines”, *J Psychopharmacol*, pp 3-20.
104. **Cole M.G, McCusker J, Dufouil C (2006)**, “Short-term stability of diagnoses of major and minor depression in older medical inpatients”, *Canada Psychosomatics*, pp 38-45.
105. **Nguyễn Kim Việt (2006)**, “Cập nhật về điều trị trầm cảm và rối loạn lo âu”. *Hội thảo chuyên đề trầm cảm và rối loạn lo âu - Vấn đề cần quan tâm*, Viện sức khỏe Tâm thần quốc gia năm 2006.
106. **Alexopoulos GS, Buckwalter K, Olin J (2002)**, “Comorbidity in late-life depression”, *New York City an opportunity for research in mechanisms and treatment*, *Biological Psychiatry*, pp 543-558.

107. **Chou K.L, Ho A.H, Chi I (2006)**, “Living alone and depression in Chinese older adults”, *Aging Mental Health*, Nov, 10(6), pp 583-591.
108. **Chen R et al (2005)**, "Depression in older people in rural China". *Arch Intern Med*, 165 (17), pp 2019-2025.
109. **Djernes J.K (2006)**, “Prevalence and predictors of depression in populations of elderly”. *Acta Psychiatr Scand*, May, 113(5), pp 372-387.
110. **Lương Chí Thành, Đoàn Yên (2003)**, “Thích nghi với tuổi già”, *Lão khoa xã hội*. Nhà xuất bản Y học, trang 193 - 212.
111. **T. Brochier et F.J. Baylooj (1995)**, "Depression et maladies anxieuses" *Les maladies depressives*, Medicine-Sciences Flammarion, Paris, pp 165-174.
112. **Kalayam B, Meyers BS, Kakuma T et al (1995)**, “Age of onset of geriatric depression and sensorimotor hearing deficits”, *Europe PubMed Central, Biol Psychiatry*, 38, pp 649-658.
113. **Blazer DG (2003)**, “Depression in late life: Review and commentary”, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, pp 249-265.
114. **Nicoletta Segulin, Antonella Deponete (2006)**, “The evaluation of depression in the elderly”, *A Modification of the geriatric depression scale (GDS)*, Department of Psychology, University of Trieste, Italy, pp 231-234.
115. **Daniel O’ Connor, David Ames, Edmond Chiu (2003)**, “Aged depression”, *Foudations of Clinical Psychiatry*, Melbourne University Press, Second edition. Pp, 408-422.
116. **Reinhard Heun , Sandra Hein (2005)**, “Risk factors of major depression in the elderly” *Department of Psychiatry*, University of Bonn, Venusberg, Germany, pp 56-65.

117. **Yuki Mukai, Rajesh R (2009)**, “Treatment of Depression in the Elderly: A Review of the Recent Literature on the Efficacy of Single-Versus Dual-Action Antidepressants”, *Department of Psychiatry, Yale University of Medicine, USA*, pp 76-79.
118. **Riccio A, Ahn S. Davenport CM (1999)**, “Mediation by a CREB Family Transcription Factor of NGF-Dependent Survival of Sympathetic Neurons”, Philadelphia, *Science* 286, pp 2358-2361.
119. **Finkbeiner S (2010)**, “Bridging the Valley of Death treatments for neuro de generation”, *Nature Medicine*, pp 27-32.
120. **Graham YP, Heim C., Goodman SH. Miller (1999)**, “The effects of stress in infant brain development”, Israel, *Psychopathol*, pp 545-565.
121. **Bhalla US., Iyengar R(1999)**, “Prominent characteristics of the networks of biological signaling pathway”, *Science* 283, Indian, pp 381-387.
122. **Bourne HR, Nicoll R(1993)**, “Molecular machines integrate coincident neural signals”, Carolina, *Cell* 72, pp 65-75.
123. **Rajkowska, G. et al (1999)**, “Morphometric evidence of neuropathology and glial cells in the severe depression”.USA, *Biology-Psychiatry* 45, pp 1085-1098.
124. **Maes M. , Meltzer (1995)**, “Serotonergic hypothesis of depression in Psychopharmacology”, *The Fourth Generation of Progress*, Raven, New York, pp 921-932.
125. **Willner P (1995)**, “Dopaminergic mechanisms of depression and mania in Psychopharmacology”, *The Fourth Generation of Progress*, Raven, New York, pp 921-932.
126. **Jannowsky DS (1995)**, “The role of acetylcholine mechanisms in mood disorders In Psychopharmacology”, *The Fourth Generation of Progress*. Raven, New York, pp 945-956.

127. **Young S.N (2007)**, “How to increase serotonin in the human brain with depression”, **Canada**, *Psychiatry Neurosci*, 32 (6), Pp 394- 399.
128. **Oberlander T.F., Papsdorf M Et al (2010)**, “prenatal effects of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants, serotonin transporter promoter genotype (SLC6A4), and maternal mood on child behavior at 3 years of age”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, pp 444-451.
129. **Helmer C., Montgnier D (2004)**, “Descriptive epidemiology and risk factors of depression in the elderly”, *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2 Suppl (1), pp 57-62.
130. **Neigh G.N., Nemeroff C.B (2006)**, “Reduced glucocorticoid receptor: consequence or cause of depression”. *Trends Endocrinol Metab, Clin Psychiatry*, USA ,pp 124-126.
131. **Charles B. Nemeroff, M.D, Ph.D. Dominique L (1998)**, “depression and cardiac disease”, *Depression and Anxiety*, Carolina. Volume 8. Supplement pp71–79.
132. **Starkstein, SE, Robinson, RG (1989)**, “Affective disorders and cerebral vascular disease”, *Brit J Psychiatry* 154, pp 170-182.
133. **Ciechanowski PS, Katon WJ (2000)**, “Depression and diabetes”, *impact of depressive symptoms on adherence, function and cost*. *Arch Med*, pp 3278-3285.
134. **Blazer, D (1999)**, “Consortium and late life depression”, *British Journal of Psychiatry*, pp 284–285.
135. **Stek et al (2006)**, "Natural history of depression in the elderly: population-based prospective study", *Br J Psychiatry*, pp 65-69.
136. **M. Blanchard et A. Mann (1995)**, “*La dépression chez les personnes âgées*”, *Les maladies dépressives*. *Medicine-Sciences Flammarion*, Paris, pp 32-42.

137. **Kristjansson B, Hill G, Newman S.C (2005)**, "Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians" *The Canadian Study of Health and Ageing*. Chronic Dis. pp 93-99.
138. **American Psychiatric Association (2011)**, "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive", *JAMA*, pp 3095-3105
139. **Meyers et al (2008)**, "The efficacy of combination pharmacotherapy compared to atypical antipsychotic monotherapy for major depression with psychotic features", *American Psychiatric Association Annual Meeting*, Washington DC, Pp 179.
140. **Mottram P, Wilson K (2006)**, "Antidepressants for depressed elderly". *J. Cochrane Database Syst Rev*, pp 34-91.
141. **Mackay FJ, Dunn NR, Wilton LV, Pearce GL, Freemantle SN, Mann RD (2003)**, "A comparison of fluvoxamine, fluoxetine, sertraline and paroxetine examined by observational cohort studies", *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, pp 35-46.
142. **Chen RW, Chuang (1999)**, "Long term lithium treatment prevents p53 and Bax expression but increases BCL - 2 expression", *J. Biol Chem*, pp 6039-6042.
143. **Klein PS , Melton DA (1996)**, "Molecular mechanism of the effect of lithium on the development", *Acad . Sciences . USA* 93, pp 8455-8459.
144. **Margaret Noris et al (2004)**, "The efficacy of somatic symptoms in assessing depression in older primary care patients", *Texas Clinical Gerontology* 27(1&2), pp 43-57.
145. **David L. Denner (1999)**, "Depression in the Elder issues in diagnosis and management", *Depressive Disorders*, John Wiley & Son, pp 369-370.
146. **Robin Jacoby, Catherine Oppenheimer (1993)**, "Depressive illness", *Affective disorder*, Oxford university press, pp 676-719.

147. **AGabriella Stoppe, Eckart Ruther, Jurgen Staedt (1993)**, "Diagnosis of depression in old age", *Affective Disorders in the Elderly*. The 6th Congress of the International Psychogeriatric Association, pp 7-9.
148. **Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc (2004)**, "Trắc nghiệm tâm lý lâm sàng", *Nhà xuất bản quân đội nhân dân*, Hà Nội, trang 190-191.
149. **Segulin, Nicoletta, Deponte, Antonella (2007)**, "The evaluation of depression in the elderly: A modification of the geriatric depression scale GDS", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, pp 105-112
150. **Zung W.A (1965)**, "self-rating depression scale", *Arch Gen Psychiatry*, pp 63-70.
151. **Zung W, Green RL (1973)**, "Detection of affective disorders in the aged",
152. *Psychopharmacology and Aging*. New York, NY Plenum Press;pp 99.
153. **Giang Thiện Cơ, Lục Hán Minh (2001)**, "Hội chứng ruột kích thích", *Từ điển bách khoa gia đình*, Nhà xuất bản từ điển bách khoa Hà Nội, trang 200-202.

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong Luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả luận án

Nguyễn Văn Dũng

Lêi c¶m 7n

Với tất cả tấm lòng kính trọng và biết ơn, tôi xin chân thành cảm ơn:

* **Đảng ủy, Ban Giám hiệu và Phòng Đào tạo – Quản lý Sau đại học Trường Đại học Y Hà Nội** đã cho phép và tạo mọi điều kiện thuận lợi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu của tôi.

* **Đảng ủy, Ban Giám Đốc Bệnh Viện Bạch Mai** đã tạo mọi điều kiện thuận lợi trong quá trình học tập và nghiên cứu của tôi.

* **PGS. TS Nguyễn Kim Việt**, Viện Trưởng Viện sức khỏe Tâm thần, Chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần Đại học Y Hà Nội, người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, sửa chữa, đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện luận án này.

* **PGS. TS. Nguyễn Việt Thiêm**, Nguyên chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần trường đại học Y Hà Nội. Người Thầy đã trực tiếp hướng dẫn và tạo mọi điều kiện tốt nhất để tôi hoàn thành luận án này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

* **Ban chủ nhiệm, các thầy cô giáo Bộ môn Tâm Thần - Trường Đại học Y Hà Nội** đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

* **PGS. TS. Trần Hữu Bình**, Nguyên Phó chủ nhiệm Bộ môn Tâm thần trường đại học Y Hà Nội. Người Thầy đã hướng dẫn, chỉ bảo cho tôi để tôi hoàn thành luận án này.

* **Tập thể cán bộ nhân viên Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai** đã dành cho tôi những hỗ trợ về tinh thần và sắp xếp cho tôi mọi điều kiện thuận lợi trong suốt thời gian tôi học tập và hoàn thành luận án.

Tôi cũng xin bày tỏ những lời cảm ơn chân thành tới:

* **Gia đình, người thân và các bạn bè đồng nghiệp** đã luôn bên cạnh tôi, cùng tôi chia sẻ khó khăn, động viên, an ủi, khích lệ và hết lòng giúp đỡ tôi hoàn thành luận án này.

Hà Nội, ngày 22 tháng 4 năm 2014

Nguyễn Văn Dũng

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

- BDI - II:** Beck Depression Inventory, 2th Version (thang khảo sát trầm cảm của Beck, phiên bản 2)
- BN:** Bệnh nhân
- DSM-IV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition. (Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, xuất bản lần thứ 4)
- GABA:** γ -aminobutyric acid
- ICD – 10 :** International Classification of Diseases 10th revision (Phân loại Bệnh Quốc tế, Hiệu chỉnh lần thứ 10)
- MAOI:** Monoamine Oxydase Inhibitor (thuốc ức chế men oxy hóa các amin đơn)
- NCT:** Người cao tuổi
- NMDA:** N-methyl - D - Aspartat
- PET:** Positron Emission Tomography (Chụp cắt lớp phát điện tử dương)
- RLC/LC:** Rối loạn cảm xúc lưỡng cực
- RLTC:** Rối loạn trầm cảm
- SNRI:** Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (ức chế tái thu hồi serotonin và norepinephrin)
- SPECT:** Single Photon Emission Computerized Tomography (Chụp cắt lớp vi tính phát photon đơn)
- SSRI:** Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (ức chế tái thu hồi chọn lọc serotonin)
- TC:** Trầm cảm.
- VSKTT:** Viện sức khỏe Tâm thần
- WHO:** Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. KHÁI NIỆM VÀ LỊCH SỬ NGHIÊN CỨU VỀ TRẦM CẢM	3
1.1.1. Khái niệm.....	3
1.1.2. Lịch sử nghiên cứu trầm cảm.....	5
1.1.3. Bệnh sinh của rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi	6
1.2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN TRẦM CẢM.	14
1.2.1. Các biểu hiện lâm sàng của trầm cảm điển hình	14
1.2.2. Các đặc điểm lâm sàng của trầm cảm ở người cao tuổi.....	17
1.2.3. Một số thể trầm cảm đặc biệt thường gặp ở người cao tuổi.....	22
1.3. CHẨN ĐOÁN TRẦM CẢM (Ở NGƯỜI CAO TUỔI)	32
1.3.1. Các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm điển hình	32
1.3.2. Phân loại theo ICD-10.....	34
1.4. CÁC CĂN NGUYÊN THƯỜNG GẶP TRONG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI.....	35
1.4.1. Trầm cảm do căn nguyên tâm lý - xã hội.....	36
1.4.2. Trầm cảm do các nguyên nhân là bệnh lý thực tổn.	39
1.4.3. Trầm cảm nội sinh.....	42
1.5. ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI	44
1.5.1. Những nguyên tắc chung:.....	44
1.5.2. Sử dụng thuốc chống trầm cảm:	46
1.5.3. Một số phương pháp điều trị khác	47
1.5.4. Điều trị toàn diện.....	48
1.5.5. Điều trị củng cố.....	48
1.5.6. Điều trị dự phòng:	49

1.5.7. Tiến triển và tiên lượng trầm cảm ở người cao tuổi	49
1.6. CÁC THANG ĐÁNH GIÁ TRỢ GIÚP CHẨN ĐOÁN TRẦM CẢM... ..	50
1.6.1. Thang đánh giá trầm cảm Beck	50
1.6.2. Thang đánh giá trầm cảm ở người già.....	51
1.6.3. Thang đánh giá lo âu Zung (Self rating anxiety scal of Zung). ..	51
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	53
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	53
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	53
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	54
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	54
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	54
2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu	54
2.2.3. Công cụ nghiên cứu lâm sàng.....	55
2.2.4. Công cụ khảo sát các yếu tố tâm lý gia đình và xã hội ở bệnh nhân nghiên cứu	61
2.3. Phương pháp triển khai nghiên cứu thu nhập thông tin đánh giá.....	62
2.3.1. Các biến số nghiên cứu.....	62
2.4. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU, PHÂN TÍCH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ	64
2.5. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU	64
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	65
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU .	65
3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRẦM CẢM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.....	71
3.2.1. Đặc điểm lâm sàng giai đoạn sớm	71
3.2.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm lúc vào viện.....	72
3.2.3. Các triệu chứng loạn thần ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	77

3.3. CÁC BỆNH CƠ THỂ KẾT HỢP Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU	83
3.4. ĐẶC ĐIỂM CÁC YẾU TỐ STRESS Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.....	84
3.5. CÁC KẾT QUẢ TRẮC NGHIỆM KHI VÀO VIỆN	85
3.6. NHẬN XÉT VỀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU	87
3.6.1. Đặc điểm chỉ định thuốc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	87
3.7. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	92
Chương 4: BÀN LUẬN.....	99
4.1 ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU ..	99
4.1.1. Tuổi.....	99
4.1.2. Giới	100
4.1.3. Nghề nghiệp	101
4.1.4 Trình độ học vấn.	102
4.1.5 Nơi cư trú.	102
4.1.6. Thời gian từ khởi phát bệnh đến khi vào viện.....	103
4.1.7. Các thể trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	104
4.1.8. Mức độ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.	105
4.2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG TRẦM CẢM Ở NHÓM BN NGHIÊN CỨU. 106	
4.2.1. Biểu hiện lâm sàng của rối loạn trầm cảm trong giai đoạn sớm trước khi vào viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu	106
4.2.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn trầm cảm lúc mới vào viện.....	109
4.3. CÁC BỆNH LÝ CƠ THỂ KẾT HỢP Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU.....	129
4.4. CÁC YẾU TỐ STRESS LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU	131

4.5. KẾT QUẢ TRẮC NGHIỆM Ở NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU KHI VÀO VIỆN	134
4.5.1. Kết quả đánh giá bằng thang Beck.....	134
4.5.2. Kết quả thang đánh giá trầm cảm người già:.....	135
4.5.3. Kết quả trắc nghiệm Zung:	135
4.6. NHẬN XÉT VỀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NHÓM BN NGHIÊN CỨU.....	136
4.6.1 Điều trị bằng thuốc chống trầm cảm.....	136
4.6.2 Điều trị bằng thuốc khác.....	137
4.6.3. Kết hợp thuốc trong điều trị.....	138
4.6.4 Tác dụng không mong muốn	140
4.7. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ.....	142
4.7.1. Đánh giá chung về điều trị.....	142
4.7.2. Kết quả điều trị các triệu chứng trầm cảm	143
4.7.3. Kết quả điều trị các triệu chứng loạn thần.....	144
4.7.4. Kết quả điều trị các triệu chứng cơ thể	145
4.7.5. Kết quả trắc nghiệm tâm lí Beck, GDS, Zung trước và sau điều trị.	147
KẾT LUẬN.....	149
KIẾN NGHỊ.....	151
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ	
LIÊN QUAN ĐẾN NỘI DUNG LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Tần xuất các triệu chứng trầm cảm theo tuổi.....	29
Bảng 3.1.	Các thể trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	69
Bảng 3.2.	Đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm ở giai đoạn sớm.....	71
Bảng 3.3.	Đặc điểm triệu chứng đặc trưng của rối loạn trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu lúc vào viện.....	72
Bảng 3.4.	Đặc điểm triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu giai đoạn vào viện	73
Bảng 3.5.	Các triệu chứng cơ thể theo ICD-10.....	74
Bảng 3.6.	Các triệu chứng cơ thể khác thường gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	75
Bảng 3.7.	Đặc điểm các triệu chứng đau.....	76
Bảng 3.8.	Các loại rối loạn tri giác.....	77
Bảng 3.9.	Các loại hoang tưởng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.	78
Bảng 3.10:	Thời gian tác động của hoang tưởng đến hành vi.....	79
Bảng 3.11.	Các rối loạn hành vi lúc vào viện.....	80
Bảng 3.12.	Biểu hiện rối loạn nhận thức ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	81
Bảng 3.13.	Các biểu hiện lo âu kèm theo lúc vào viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	82
Bảng 3.14.	Các bệnh tiêu hoá và khớp đã được chẩn đoán và điều trị.....	83
Bảng 3.15.	Các bệnh cơ thể khác.....	83
Bảng 3.16.	Các yếu tố dẫn đến cô đơn ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	84
Bảng 3.17.	Các yếu tố gây stress khác ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	85
Bảng 3.18.	Kết quả đánh giá bằng thang Beck.....	85
Bảng 3.19.	Kết quả đánh giá bằng thang trầm cảm người già	86
Bảng 3.20.	Trị liệu thuốc chống trầm cảm ở nhóm BN nghiên cứu.....	87
Bảng 3.21.	Điều trị bằng các thuốc khác.....	88
Bảng 3.22.	Tác dụng phụ liên quan đến thuốc chống trầm cảm	90

Bảng 3.23. Tác dụng phụ liên quan với thuốc an thần kinh.....	91
Bảng 3.24: Diễn biến các triệu chứng trầm cảm.....	92
Bảng 3.25: Diễn biến các triệu chứng rối loạn tư duy	94
Bảng 3. 26. Diễn biến của triệu chứng cơ thể sau điều trị	95
Bảng 3.27. Kết quả điều trị trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm GDS trước và sau điều trị	97

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Nhóm tuổi ở các bệnh nhân nghiên cứu	65
Biểu đồ 3.2.	Tỷ lệ giới ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	66
Biểu đồ 3.3.	Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu theo nghề.....	66
Biểu đồ 3.4.	Trình độ học vấn.....	67
Biểu đồ 3.5.	Phân bố bệnh nhân theo môi trường sống	67
Biểu đồ 3.6.	Thời gian từ khi phát bệnh đến khi đến khi được chẩn đoán và điều trị thỏa đáng.....	68
Biểu đồ 3.7.	Mức độ trầm cảm theo lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.	70
Biểu đồ 3.8.	Mức độ lo âu đánh giá bằng thang điểm Zung khi vào viện ...	86
Biểu đồ 3.9.	Kết hợp thuốc trong điều trị.....	89
Biểu đồ 3.10:	Diễn biến các triệu chứng rối loạn tri giác	93
Biểu đồ 3.11.	So sánh kết quả điều trị trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm Beck trước và sau điều trị.....	96
Biểu đồ 3.12.	Kết quả điều trị lo âu được đánh giá bằng thang điểm Zung trước và sau điều trị	97
Biểu đồ 3.13.	Hiệu quả điều trị	98

65-68,70,86,89,93,96-98

1-64,69,71-85,87,88,90-92,94,95,99-