

TRẦM CẢM

Tên giảng viên: PGS-TS Nguyễn Hữu Kỳ

Bộ môn Tâm thần - Đại Học Y Khoa Huế

Mục tiêu bài giảng:

1. Trình bày được tầm quan trọng của vấn đề trầm cảm.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và phân loại trầm cảm.
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị và cách sử dụng một số thuốc chống trầm cảm thông thường.

Số tiết: 4 tiết

Nội dung bài giảng

I. TẦM QUAN TRỌNG CỦA VẤN ĐỀ TRẦM CẢM

Rối loạn trầm cảm là một trong những rối loạn có tỷ lệ rất cao trong nhân dân các nước trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, 5% dân số thế giới có rối loạn trầm cảm. Các nghiên cứu dịch tễ lâm sàng riêng của nhiều nước còn cao hơn.

- Pháp: Trong một năm Trong cả đời
 Nam: 3,4% 10,7%
 Nữ : 6,0% 22,4% (Theo levine và Sellouch 1993)
- Mỹ 10,3% 17,1% (Theo Kesoler và cộng sự 1994)
- Quất động (Thường Tín Hà Tây) 8,35%.

Kielhoz (1974) căn cứ vào kết quả điều tra của trên 10.000 thầy thuốc hành nghề ở 5 nước Châu Âu (Áo, Đức, Pháp, Ý, Thụy Sĩ) cho biết có 10% những bệnh nhân đến các phòng khám đa khoa có rối loạn trầm cảm và 5% là trầm cảm cơ thể. Và 90% các bệnh nhân này đang được các thầy thuốc không chuyên khoa tâm thần điều trị và theo dõi.

Thực tế này có thể có những hậu quả nghiêm trọng ở những nơi đang còn thiếu nhiều thầy thuốc tâm thần đồng thời các thầy thuốc đa khoa lại chưa được đào tạo đầy đủ về lâm sàng tâm thần học. Ở đó những bệnh nhân trầm cảm trong một thời gian dài phải nhận nhiều chẩn đoán không đúng khác nhau trước khi đến với chuyên khoa Tâm thần. Do chẩn đoán không đúng nên điều trị không kết quả, bệnh nhân trở nên mãn tính và phải chịu nhiều phí tổn, đau khổ kéo dài, mất lòng tin vào thầy thuốc và y học, chẩn đoán và điều trị tiếp theo gặp nhiều khó khăn hơn. Mặt khác, rối loạn trầm cảm nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị thích hợp và tích cực sẽ ngày càng nặng hơn và nguy cơ tự sát ngày càng cao hơn. Theo Rouillon nguy cơ tự sát ở bệnh nhân trầm cảm là 10-20%. Do đó ở Việt Nam cần phổ biến kiến thức chẩn đoán và điều trị trầm cảm đến đông đảo thầy thuốc đa khoa và các chuyên khoa khác nhau là cần thiết và có nhiều ý nghĩa thực tiễn.

II. CÁC TRIỆU CHỨNG LINH SÀNG VÀ PHÂN LOẠI TRẦM CẢM

1. Theo ICD-10 (Bảng phân loại quốc tế 1992)

1.1. Các triệu chứng của một giai đoạn trầm cảm

- 3 triệu chứng cơ bản:
 - + Khí sắc trầm .
 - + Mất mọi quan tâm thích thú.
 - + Tăng mệt mỏi, giảm hoạt động.

- 8 triệu chứng phổ biến khác:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| + Giảm tập trung chú ý | + Giảm tự trọng tự tin |
| + Ý tưởng bị tội | + Bi quan về tương lai |
| + Ý tưởng và hành vi tự sát | + Rối loạn giấc ngủ |
| 7 + Ăn mất ngon, sút cân | + Giảm sút tình dục |

1.2 Phân loại theo mức độ và số lượng các triệu chứng kể trên

- + Giai đoạn trầm cảm nhẹ
- + Giai đoạn trầm cảm vừa
 - + Giai đoạn trầm cảm nặng và theo phương thức tiến triển của trầm cảm.
 - + Rối loạn trầm cảm lưỡng cực (hiện tại giai đoạn trầm cảm).
 - + Rối loạn trầm cảm tái diễn.
 - + Rối loạn khí sắc dai dẳng.

Trong ICD-10 không đề cập đến các thể không điển hình như trầm cảm cơ thể và cũng không phân loại theo nguyên nhân.

2. Phân loại truyền thống theo nguyên nhân (Kielholz 1982)

2.1. Trầm cảm căn nguyên cơ thể

- Trầm cảm thực tổn (do các bệnh có tổn thương ở não)
- Trầm cảm triệu chứng (do các bệnh cơ thể ngoài não).

2.2. Trầm cảm nội sinh

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| - Trầm cảm phân liệt- cảm xúc | - Trầm cảm lưỡng cực |
| - Trầm cảm đơn cực | - Trầm cảm thoái triển. |

2.3. Trầm cảm tâm sinh

- | | |
|----------------------|---------------------|
| - Trầm cảm tâm căn | - Trầm cảm suy kiệt |
| - Trầm cảm phản ứng. | |

3. Phân loại theo các triệu chứng điển hình và không điển hình

Theo các tác giả pháp Pichot, EMC 1980

3.1. Các thể trầm cảm điển hình

Trầm cảm là một tình trạng bệnh gây nên gồm 5 nhóm triệu chứng:

- 2 nhóm triệu chứng cơ bản: + Khí sắc trầm (buồn bệnh lý)
 - + Trạng thái ức chế tâm lý - vận động.
- 3 nhóm triệu chứng kết hợp: + Lo âu
 - + Biến đổi tính cách
 - + Các triệu chứng cơ thể.

4 nhóm triệu chứng trên chủ yếu là những triệu chứng tâm thần thường nổi lên hàng đầu, còn nhóm thứ 5 các triệu chứng cơ thể thường nằm ở phía sau.

3.1.1. Khí sắc trầm (buồn bệnh lý) bao gồm

- Đau khổ về tâm thần
- Mất mọi quan tâm thích thú
- Ý tưởng bị tội, không xứng đáng.
- Ý tưởng muốn chết.

Đặc điểm là tê liệt tình cảm (sự mất tình cảm, mất khả năng xúc động) ở trong người bệnh một cách thật đau xót (“Tôi không có những người thân thuộc nữa, thật đáng sợ”).

3.1.2. Sự ức chế tâm lý- vận động

Thể hiện bởi một sự mệt mỏi ghê gớm và một sự chậm chạp về vận động và tâm thần.

- Sự mệt mỏi và tình trạng dễ mệt:

+ Cảm tưởng kiệt sức hoàn toàn hoặc cảm giác chóng mệt mỏi hơn thường ngày, thường có thêm sự ỷ (thiếu khả năng bắt đầu một hoạt động); người ta nói đây là sự thiếu nghị lực (ức chế về ý chí), những dấu hiệu này dẫn đến người bệnh không thể hành động.

+ Thiếu quyết định: kém khả năng thực hiện một sự lựa chọn là một dấu hiệu sớm nhất.

- Sự ngừng trệ vận động: Đó là sự giảm bớt, sự chậm chạp về hoạt động vận động:

+ Bradyphémie: chậm chạp khi khởi sự nói (kéo dài thời gian nghỉ giữa các đoạn của lời nói).

+ Bradykinésie: chậm chạp trong các cử động, vận động ý ạch, giảm trương lực, thường cộng thêm tâm thần chậm.

+ Ở mức phải dùng điệu bộ: các rối loạn về điệu bộ đi từ những cử động (giảm điệu bộ, nghèo điệu bộ) đến hoàn toàn bất động

Về âm điệu: âm điệu thấp, rên rên dễ chán, và không có sự uyển chuyển mềm mại của tiếng.

Tất cả những mức độ đều có thể được nhận thấy từ một sự chậm chạp đều đều (nhất là ở thân hình).

- Sự chậm chạp tâm thần.

Những tác động trong đời sống tâm thần không phải bị rối loạn nhưng bị trì trệ.

+ Khó khăn chuyển từ một đề tài này qua một đề tài khác: sự nghiền ngẫm tâm thần tạo nên một ý tưởng trầm cảm độc nhất.

+ Những rối loạn chủ quan về tập trung (không có thể đặt sự chú ý vào một việc gì) và về trí nhớ (không có khả năng nhớ lại điều gì: thường là đối đối với những việc mới xảy ra).

+ Sự cảm thấy thời gian đi chậm lại (cảm tưởng rằng các ngày không bao giờ trôi qua).

3.1.3. Lo âu

- Thường nhẹ và bị khí sắc trầm che lấp

- Có thể chuyển sang kích động với nhiều triệu chứng cơ thể, tăng nguy cơ phát sinh xung động tự sát.

3.1.4. Biến đổi tính cách, rối loạn nội dung tư duy

- Có thể trở nên cáu gắt, hằn học, xâm phạm có thể thúc đẩy tự sát.

- Phủ định cái tôi:

+ Sự làm giảm giá trị (cảm giác tự ti, yếu kém chứng tỏ sự không tin tưởng vào mình)

+ Tự buộc tội mình dựa trên những lỗi lầm cũ, mà đôi khi người bệnh làm tăng lên hoặc chưa bao giờ mắc phải.

- Phủ định thể giới bên ngoài:

+ Tự thương hại có thể thay thế tính tự nhận tội hoặc xuất hiện cả hai.

+ Người bệnh than phiền và cho rằng không ai hiểu biết hoặc không có ai giúp đỡ anh ta.

+ Người bệnh đổ trách nhiệm về các rối loạn của họ cho người khác. Sự đổ trách nhiệm này có thể được hình thành bằng một hình thức hoang tưởng. (hoang tưởng bị truy hại hoặc về một mối hại, có khi hoang tưởng về liên hệ hoặc ghen tuông)

- Phủ định tương lai:

Bì quan, có lúc có cảm tưởng không thể chữa lành bệnh (tin chắc mình không bao giờ lành bệnh được)

3.1.5. Các triệu chứng cơ thể

- Rối loạn giấc ngủ:

+ Chứng mất ngủ vào lúc gần sáng là đặc điểm của bệnh trầm cảm.

+ Chứng mất ngủ vào lúc thiêu thiêu ngủ thường liên quan đến sự lo âu.

+ Chứng mất ngủ nhiều: mất năng lực, và thích nằm mãi tại giường thường được hiểu lầm là chứng ngủ nhiều.

- Rối loạn trong hành vi ăn uống.

+ Thường thường là chứng chán ăn với sự gầy ốm hơn là tăng cân

- Rối loạn tình dục:

+ Sự ham thích tình dục hạ thấp (có thể đến không còn nữa), nam giới bất lực, nữ giới lãnh đạm tình dục (frigidity)

- Các hiện tượng thần kinh thực vật kèm theo:

+ Họng khô, táo bón, cường phó giao cảm như huyết áp thấp mạch chậm

+ Nên chú ý những dấu hiệu thực vật này cũng có thể do một số thuốc chống trầm cảm (tác dụng không mong muốn).

- Rối loạn thần kinh cơ: Đau nhiều loại, nhiều khu trú như đau ngực, đau cơ khớp, đặc biệt đau đầu dai dẳng.

Ba yếu tố rất quan trọng:

- Các triệu chứng xuất hiện gián đoạn so với tình trạng trước kia của bệnh nhân.

- Các triệu chứng trầm cảm có nhiều biến chuyển trong vòng 24 giờ, đặc biệt là sự tiến triển vào buổi chiều của toàn bộ bệnh cảnh lâm sàng. Đôi khi, ngược lại, người ta nhận thấy một sự giảm thấp dần các triệu chứng trong suốt một ngày (không đặc hiệu).

- Sự hiểu biết một tình trạng trầm cảm cần phải nhận thấy sự nguy hiểm về tự sát (suicide).

3.2 Trầm cảm cơ thể hay trầm cảm ẩn

Thuật ngữ trầm cảm ẩn được Lange đưa ra từ 1928. Năm 1973 trong một hội thảo quốc tế trầm cảm ẩn được định nghĩa là một thể rối loạn trầm cảm trong đó các triệu chứng cơ thể chiếm vị trí hàng đầu và các triệu chứng tâm thần rút lui về phía sau (Kielholz).

Đây là một bệnh trầm cảm ở đó các dấu hiệu đặc biệt đều lui ở hàng thứ hai, bị che đậy bởi những triệu chứng hàng đầu khác thường là về cơ thể (thể chất).

Để chỉ một nội dung tương tự như trong định nghĩa trầm cảm ẩn, nhiều tác giả sử dụng một số thuật ngữ khác như: trầm cảm cơ thể, trầm cảm cơ thể hoá, trầm cảm không trầm cảm, tương đương trầm cảm vv.. Thuật ngữ trầm cảm cơ thể và trầm cảm ẩn được sử dụng nhiều nhất.

Trầm cảm cơ thể không phải là một chẩn đoán phân loại như trầm cảm nội sinh hay trầm cảm tâm sinh. Nó chỉ là một giả thuyết, một gợi ý nên thử hướng về trầm cảm. Chỉ sau khi tập hợp đủ bằng chứng có thể chẩn đoán là trầm cảm thì mới chẩn đoán hồi cứu là trầm cảm cơ thể. Tiếp theo cần làm thêm chẩn đoán nguyên nhân vì trầm cảm cơ thể có thể xuất hiện trong các thể lâm sàng có nguyên nhân khác nhau.

Đối với thuật ngữ tương đương trầm cảm cần sử dụng thận trọng hơn và nên sử dụng hạn chế. Theo Pichot trong tương đương trầm cảm không có các triệu chứng tâm thần của trầm cảm mà chỉ có các triệu chứng cơ thể bị các triệu chứng đau nhức lẫn át (hoặc các triệu chứng tâm thần không đặc trưng cho trầm cảm như ám ảnh, chán ăn tâm thần, rối loạn tình dục v.v...). Còn trầm cảm ẩn ngược lại đằng sau các triệu chứng cơ thể vẫn thấp thoáng các triệu chứng tâm thần đặc trưng của trầm cảm có thể phát hiện được qua thăm khám kỹ lưỡng và phân tích chặt chẽ.

Rất thường gặp là những dấu hiệu không điển hình, cố định và kéo dài: nhức đầu, đau xung quanh mắt (đau lưỡi, đau răng), đau lưng.

Ta có thể chẩn đoán bệnh do:

- Không có nguyên nhân thực thể.
- Thấy rõ các dấu hiệu trầm cảm đặc biệt (sự rầu rĩ, dễ bị kích thích, mất hứng thú, tri tri): các dấu hiệu này thường ít được lưu ý tới và cũng thường hay bị bỏ qua hoặc có thể được xem như thuộc một bệnh về thân thể, chỉ có với sự khám xét kỹ lưỡng mới có thể thấy rõ được.
- Sự mất cân bằng giữa các chứng đau nhức được lưu ý và quan trọng về kém khả năng hoạt động.
- Sự tiến triển từng thời kỳ những rối loạn qua đó những cơn này xen lẫn vào những cơn điển hình.
- Sự hiện hữu về tiền sử gia đình.
- Sự vô hiệu của điều trị theo triệu chứng và hiệu quả của các thuốc chống trầm cảm.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN LOẠI THEO NGUYÊN NHÂN

Sau khi đã hiểu về tình trạng trầm cảm, chúng ta phải tìm cách xếp nó vào “những loại bệnh” mà ở đó thường có trầm cảm.

Để có thể chẩn đoán, phải biết rằng một trạng thái trầm cảm có thể kết hợp với một bệnh tâm thần khác rõ nét hoặc có thể làm cho tiến triển của nó phức tạp hơn; trong trường hợp này cần:

- Sự chẩn đoán chính (“về bệnh”) đạt được sẽ là chẩn đoán của bệnh tâm thần mà ở đó có trầm cảm.
- Đôi khi, trầm cảm xuất hiện cùng một lúc với những dấu hiệu đầu tiên của bệnh tâm thần khác mà ở đó trầm cảm kết hợp thêm, triệu chứng học của bệnh cảnh sẽ đặc biệt hơn, những dấu hiệu của trầm cảm tăng cường với dấu hiệu đặc biệt của bệnh ta đang chú ý (ví dụ: trầm cảm không điển hình ở một bệnh nhân tâm thần phân liệt), về mặt tiến triển, sự chẩn đoán giữa một rối loạn về khí chất và một bệnh trầm cảm cộng với một bệnh khác có thể sẽ rất khó khăn.

Cũng như vậy, một trạng thái trầm cảm có thể cộng thêm với một bệnh khác không phải tâm thần, hoặc làm cho sự tiến triển của nó nghiêm trọng hơn (bệnh thực thể, bệnh do thầy thuốc).

Trong hai trường hợp này, người ta thường nói về “sự mất bù trừ trầm cảm của một bệnh tâm thần nào đó” hoặc của một trạng thái trầm cảm đối với một bệnh tâm thần hoặc một bệnh thực thể như trạng thái trầm cảm ở một bệnh nhân Parkinson.

Quan niệm về trầm cảm thứ phát xác nhận về sự kết hợp này. Những trầm cảm thứ phát là những trầm cảm kế tiếp nhau hoặc kết hợp với một tổn thương thực thể hoặc với một triệu chứng tâm thần khác.

Sự kết hợp này không xác định về một sự liên hệ nguyên nhân giữa hai loại bệnh.

Để cho sự chẩn đoán về trầm cảm nguyên phát (đối lập với sự chẩn đoán về trầm cảm thứ phát) có thể xác nhận được, cần phải có sự hiện hữu của một hội chứng trầm cảm:

- Không có tiền sử của mọi rối loạn tâm thần, ngoài các giai đoạn khí chất (trầm cảm hoặc hưng cảm).

- Không có một bệnh nội khoa từ trước hoặc cùng lúc với hội chứng trầm cảm.

1. Trầm cảm thực tổn và triệu chứng

Để có thể chẩn đoán chúng ta cần dựa vào:

- Kết quả thăm khám về thần kinh, nội khoa... và các xét nghiệm đặc hiệu.
- Kết quả chẩn đoán xác định của các chuyên khoa liên quan
- Chú ý trầm cảm do các chất ma túy và các chất hướng thần

2. Trầm cảm nội sinh

Để chẩn đoán cơn trầm cảm cần căn cứ những tiêu chuẩn sau đây:

- Nhân tố di truyền trong gia đình (trầm cảm hoặc hưng cảm).
- Tính chất lưỡng cực các triệu chứng
- Tính chất chu kỳ các triệu chứng
- Loại trừ bệnh thực thể và phản ứng trực tiếp với stress.
- Tính chất nặng lên về buổi sáng.

Cần chú ý tính chất rất “sinh học” của cơn:

- + Sự đau khổ tâm thần thường rất mạnh.
- + Sự tê liệt cảm xúc là đặc biệt của loại trầm cảm này.
- + Trì trệ tâm thần vận động, đôi lúc bị che đậy bởi sự kích động lo âu, những biểu hiện này thường xuyên và với mức độ thay đổi, đôi khi có trạng thái sững sờ.

+ Trong loại trầm cảm này, sự nguy hiểm do tiến đến hành động tự sát là rất lớn; lúc nào cũng phải đề phòng sự tiến triển của cơn trầm cảm, mặc dù chỉ có 3 thời điểm là lúc thuận lợi nhất để tiến đến hành động:

Tự sát mở màn của cơn; có khi tự sát tập thể (sự giết người vị tha kèm theo sự tự tử trong các trầm cảm hoang tưởng).

Tự sát trong thời gian điều trị (do giải ức chế tâm lý vận động, việc này xảy ra trước khi hết sự đau khổ tâm thần).

Tự sát vào thời kỳ đang lại sức.

- Các thay đổi trong vòng 24 giờ: một tiêu chuẩn khá chắc chắn về nội sinh là sự xuất hiện những thay đổi về triệu chứng với mức độ tối đa rối loạn buổi sáng và tốt dần lên buổi chiều. Sự suy nhược buổi sáng. Sự mất ngủ lúc sáng sớm.

Được sắp xếp vào những trầm cảm nội sinh:

- Các trầm cảm trầm muộn (Dépression mélancolique).
- Các trầm cảm hoang tưởng.
- Các trầm cảm lo âu khi chúng kèm theo các dấu hiệu trầm muộn.
- Các trầm cảm sững sờ.

- Trầm muộn thoái triển: có đặc điểm với tuổi xuất hiện chậm (sau 50 tuổi) và về phương diện triệu chứng học (ngoài khí sắc trầm cảm) với một nhóm triệu chứng hàng đầu của chúng người ta thấy:

- + Sự lo âu.
- + Sự kích động.

+ Các ý tưởng nghi bệnh: hội chứng phủ định các cơ quan (Cortard) là thường có hơn lứa tuổi này.

3. Trầm cảm tâm căn và phản ứng

- Trầm cảm “tâm căn” nổi bật bởi sự phản ứng trong một hoàn cảnh hiện tại, bởi những cảm giác bị ruồng bỏ liên quan với những thiếu thốn của thời niên thiếu cũng như những xung đột vô ý thức của tuổi ấu thơ; phải phân biệt trầm cảm này với trầm cảm xảy ra do một bệnh tâm căn:

- Trầm cảm kiệt sức cộng với các stress tâm lý.

- Trầm cảm phản ứng: trầm cảm xuất hiện kết hợp với một chấn thương cảm xúc (tang tóc, ly biệt, thất bại nghề nghiệp):

+ Rối loạn thần kinh thực vật.

+ Đặc điểm nhân cách

+ Hoàn cảnh xung đột và stress

+ Tác dụng của liệu pháp tâm lý

Một số đối tượng dường như đặc biệt mở đường cho bệnh trầm cảm, nhân cách ái kỷ, chưa thành thực, có một tâm lý trầm cảm thường xuyên kết hợp những mặc cảm tự ty và cảm giác không được ai thương.

Chú ý các triệu chứng đặc biệt của cơn:

- Buồn thường có mức độ và dao động.

- Nội dung của tư duy:

+ Các ý nghĩ về tội lỗi rất ít có, thường thường người bệnh tự xem là nạn nhân.

+ Cảm giác thiếu sự giúp đỡ và sự thông cảm của những người chung quanh rất rõ rệt, kết hợp với một sự đòi hỏi tình thương.

+ Sự bi quan biến thành thường là một khối lo sợ cho tương lai và người bệnh còn nuôi hy vọng, người ta không bao giờ tìm thấy sự tin chắc về khả năng không thể lành bệnh của người bệnh trầm muộn.

+ Sau cùng, người ta không tìm thấy các hoang tưởng: sự hiện hữu của chúng xác nhận bệnh trầm cảm nội sinh.

- Sự ức chế vận động tâm lý: người ta không tìm thấy sự trì trệ vận động tâm lý cũng như sự tê liệt cảm xúc.

- Sự lo âu nổi lên hàng đầu.

- Người ta không tìm thấy những thay đổi trong 24 giờ trong các triệu chứng: sự suy nhược có thể nặng hơn và xuất hiện từ sáng sớm, nhưng người ta không bao giờ tìm thấy sự thuyên giảm vào buổi chiều như trong trầm cảm nội sinh.

- Những rối loạn về giấc ngủ là thường xuyên: giấc ngủ không đều, không phục hồi, ít có mất ngủ vào buổi sáng.

- Những ý tưởng tự sát thường xuyên; sự muốn chết rất ít được xác định ở người bệnh trầm muộn.

- Triệu chứng là sự phản ứng với ảnh hưởng của môi trường bên ngoài. Tiến triển đến trầm cảm mạn tính.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cần chú ý phân biệt rối loạn trầm cảm cơ thể với nhiều rối loạn tâm thần khác cũng có nhiều biểu hiện cơ thể như rối loạn phân ly (F41), rối loạn chức năng thần kinh tự trị (G45.3), rối loạn nghi bệnh (F45.2), rối loạn lo âu (F41.1), suy nhược thần kinh (F48.0)

vv..Như vậy muốn có chẩn đoán chính xác cần có sự hội chẩn và hợp tác chặt chẽ giữa chuyên khoa tâm thần và chuyên khoa các bệnh cơ thể.

- Trong phạm vi bài này chỉ giới hạn phân biệt giữa rối loạn trầm cảm cơ thể với các rối loạn lo âu và suy nhược thần kinh là những rối loạn thường gây nhầm lẫn trong chẩn đoán ở các phòng khám đa khoa và tâm thần.

Buồn bình thường thường xuất hiện sau một yếu tố nguyên nhân, nó không kết hợp với những dấu hiệu khác của bệnh trầm cảm và không dẫn đến mất khả năng chức năng của trầm cảm... một nỗi buồn riêng biệt không đủ để chẩn đoán về trầm cảm.

1. Trầm cảm cơ thể với rối loạn lo âu lan tỏa (F41.1, ICD-10)

Sự chẩn đoán có lúc rất khó trong các dạng trầm cảm ở mức độ nhẹ và lo âu có lúc là một triệu chứng chính (trầm cảm thường do tâm thần)

Theo kinh điển mà nói, cảm xúc lo âu (sợ một việc gì sẽ đến) khác với cảm xúc trầm cảm (đau đớn trước một việc gì đã xảy ra rồi), tuy vậy, lo âu có thể cùng kết hợp nhiều cảm xúc trầm cảm, để che đậy chúng.

- Các triệu chứng của rối loạn lo âu theo ICD-10:

- + Lo sợ sự bất hạnh sẽ xảy đến (kèm theo khó tập trung, cáu gắt)
- + Căng thẳng vận động (bồn chồn, căng thẳng, run, không thư giãn được).
- + Hoạt động thần kinh thực vật quá mức (toát mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt..)

- Các triệu chứng trầm cảm xuất hiện nhất thời (vài ngày một lần) không loại trừ rối loạn lo âu lan tỏa.

- Cảm xúc nền tảng của lo âu là lo sợ còn cảm xúc nền tảng của trầm cảm là buồn.

- Trong lo âu không có các triệu chứng mất mọi quan tâm, thích thú và mất sáng kiến là những nét đặc trưng của trầm cảm.

- Các triệu chứng cơ thể trong lo âu, đặc biệt các rối loạn thực vật - nội tạng có tính chất cường giao cảm (hoạt động điện cơ tăng, huyết áp tăng, mạch nhanh v.v..). Còn trong trầm cảm lại có tính chất cường phó giao cảm (hoạt động điện cơ giảm, huyết áp giảm, mạch chậm v.v..).

- Tuy nhiên trong thực tế lâm sàng nhiều khi chẩn đoán phân biệt gặp khó khăn do:

- + Trong trầm cảm có lo âu nhẹ và trong lo âu cũng có trầm cảm nhẹ nhất thời.
- + Trong trầm cảm, đôi khi lo âu tăng cao dưới tác dụng của các stress mới, hoạt hoá các hoạt động thần kinh thực vật mang tính chất cường giao cảm, và từ ức chế tâm lý- vận động chuyển sang hưng phấn tâm lý vận động.
- + Trong thực tế lo âu và trầm cảm có thể kết hợp với nhau và cả hai đều ở mức độ nhẹ hay vừa ngang nhau, không rối loạn nào chiếm ưu thế đành phải dùng mục F41.2: rối loạn lo âu và trầm cảm hỗn hợp.

2. Phân biệt trầm cảm cơ thể với suy nhược thần kinh

- Trong suy nhược thần kinh cũng có các triệu chứng cơ thể của trầm cảm và lo âu như: nhức đầu, rối loạn giấc ngủ, đau các loại và nhiều rối loạn thực vật - nội tạng. Đồng thời trong suy nhược thần kinh lại có trạng thái trầm cảm và lo âu ở mức độ nhẹ hay vừa. Do vậy trước kia chẩn đoán suy nhược thần kinh bị lợi dụng ở nhiều nước trên thế giới và cả ở nước ta. Rất nhiều trường hợp trầm cảm và lo âu chẩn đoán là suy nhược thần kinh, điều trị không kết quả, bệnh trở nên mạn tính, gây ra nhiều hậu quả tai hại. Theo ICD-10 tiêu chuẩn chẩn đoán SNTK:

+ Một mối tăng lên sau một sự cố gắng hoặc cơ thể suy yếu hơn hay kiệt sức sau một cố gắng thể lực tối thiểu (theo cảm giác tối thiểu của bệnh nhân).

+ Ít nhất có hai trong các triệu chứng sau đây: cảm giác đau nhức cơ, chóng mặt , đau căng đầu, rối loạn giấc ngủ, không thư giãn được, cáu gắt, ăn khó tiêu.

+ Các rối loạn thần kinh thực vật và trầm cảm có thể có nhưng không đủ nặng và kéo dài để có thể làm chẩn đoán theo các rối loạn đặc hiệu khác trong ICD-10 (trầm cảm, lo âu, v.v..).

Dấu hiệu thuận lợi cho chẩn đoán bệnh trầm cảm:

- Sự trì trệ chậm chạp và mất ngủ lúc gần sáng, đó là những yếu tố phân biệt tốt có giá trị cũng như khí sắc trầm cảm.

- Sự tiến triển tốt hơn vào buổi chiều của triệu chứng trầm cảm và lo âu.

- Mất tất cả các hứng thú (người bệnh lo âu mặc dù luôn hướng về sự lo âu, vẫn có thể ham thích trong mọi hoạt động)

- Mất sự tin tưởng chính mình (ở người lo âu, sự mất tin tưởng chính mình không bao giờ gắn chặt như đối với người bệnh trầm cảm, khi người lo âu tỏ ra có cảm tưởng mất khả năng, người bệnh trầm cảm thường có một sự tăng thêm các khó khăn bên ngoài).

- Về mặt triệu chứng học thể chất: sự táo bón thường có ở bệnh trầm cảm hơn trong các rối loạn về lo âu: ngược lại, các rối loạn về tim - hô hấp (hồi hộp, đau nhức trước tim, ngột ngạt...) đau bụng, nôn mửa, khô và đắng miệng (hai triệu chứng này thường bị xét lầm là do bệnh trầm cảm hơn là do bệnh lo âu) thường luôn luôn được thấy trong các rối loạn lo âu.

V. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

1. Chuyển bệnh nhân

Nhiều tác giả đề nghị các chuyên khoa khác gửi đến chuyên khoa tâm thần những bệnh nhân có các đặc điểm sau:

- Mức độ trầm trọng các triệu chứng cơ thể do bệnh nhân nêu ra không phù hợp với thăm khám lâm sàng và xét nghiệm khách quan.

- Điều trị nội khoa dai dẳng nhưng không kết quả.

- Chưa khám chuyên khoa tâm thần lần nào.

- Bệnh nhân cho mình không có rối loạn tâm thần.

2. Nếu đã có hướng chẩn đoán theo nguyên nhân

2.1. Đối với trầm cảm thực tổn và triệu chứng

Chủ yếu điều trị các bệnh thần kinh và nội khoa đã gây ra trầm cảm, kết hợp điều trị các triệu chứng trầm cảm bằng các thuốc chống trầm cảm, giải lo âu v.v...

2.2. Trầm cảm nội sinh

Chủ yếu điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm phù hợp với triệu chứng cơ bản, liều lượng tương xứng với mức độ trầm trọng, thời gian lâu dài .

2.3. Trầm cảm tâm sinh

Chủ yếu điều trị bằng liệu pháp tâm lý thích hợp kết hợp các thuốc chống trầm cảm.

3. Trường hợp chưa có hướng chẩn đoán nguyên nhân

3.1. Điều trị theo các biểu hiện lâm sàng, chủ yếu bằng các thuốc chống trầm cảm (CTC)

3.1.1. Chọn loại CTC

Căn cứ vào 2 tác dụng chủ yếu tương phản nhau. Chọn CTC có tác dụng an dịu như : Amitriptyline, laroxyl....dùng cho các trường hợp trầm cảm có biểu hiện lo âu, bồn chồn, mất

ngủ...Chọn CTC có tác dụng kích thích hay cường thần như: Desipramine, Tofranil, dùng cho những trường hợp có biểu hiện ức chế hoạt động tâm lý vận động chậm chạp.

Đa số các trường hợp trầm cảm cơ thể thường có các triệu chứng mất ngủ lo âu, bồn chồn có thể dùng thử Amitrityline nếu có tác dụng phụ có thể dùng các loại thuốc thể hệ mới như Stablon, Fluoxetine (Prozac) v.v..

3.1.2. Liều dùng

Liều lượng rất khác nhau tùy thuộc vào khả năng dung nạp của mỗi bệnh nhân và hiệu quả của thuốc trên mỗi cá nhân nhất định. Sau đây là liều trung bình một số thuốc thường dùng đối với người lớn:

- + Amitrityline 25mg, từ 100mg đến 200mg/ ngày.
- + Anafranil 25mg, từ 100mg đến 200mg
- + Tianeptine (Stablon) 12,5mg, từ 25mg đến 35,5mg/ngày.
- + Fluoxetine (Prozac) 20mg, từ 40-60mg/ ngày.

3.1.3.Theo dõi điều trị

+ Các thuốc chống trầm cảm thường tác dụng chậm, sau 2-4 tuần. Trong thời gian này nếu có biểu hiện lo âu, mất ngủ xuất hiện có thể điều trị kết hợp tạm thời bằng các thuốc giải lo âu họ Benzodiazepine như Diazepam, Tranxènevv..

+ Cần theo dõi các tác dụng không mong muốn của các thuốc chống trầm cảm 3 vòng đặc biệt tác dụng kháng Acetylcholine làm cho bệnh nhân rất khó chịu như khô miệng, táo bón, mạch nhanh, đái khó vv..có thể thay thuốc hoặc cho thuốc điều chỉnh.

+ Cũng cần theo dõi hiện tượng chuyển đổi bệnh lý tự phát hay do thuốc từ ức chế sang hưng phấn dễ kiếp thời tha đổi thuốc tránh nguy cơ thúc đẩy hành vi tự sát.

+ Nếu xuất hiện ý tưởng bị tội không xứng đáng hay ý tưởng muốn chết cần đưa ngay đến chuyên khoa tâm thần để kịp thời xử lý.

3.1.4. Thời gian điều trị

Sau khi điều trị, có thể có một số triệu chứng lẻ tẻ thuyên giảm sớm như lo âu, mất ngủ, hoạt động chậm chạp vv..Nhưng đối với khí sắc trầm và toàn bộ hội chứng trầm cảm muốn đưa về trạng thái bình thường phải đợi một thời gian từ 4 đến 6 tuần, đôi khi còn lâu hơn nữa. Sau đó phải điều trị củng cố và tổng số thời gian điều trị đối với triệu chứng trầm cảm là 3 đến 6 tháng. Nếu bệnh trầm cảm có thể phải kéo dài đến 2 năm. Cắt thuốc sớm bệnh dễ tái phát. Đối với trầm cảm nội sinh phải có kế hoạch điều trị lâu dài dự phòng tái phát bằng các thuốc chỉnh khí sắc như Lithium, Carbamazepine, Dépamide..

4. Điều trị tâm lý

4.1. Liệu pháp tâm lý nâng đỡ

Bệnh nhân trầm cảm phần lớn đã qua nhiều thầy thuốc các chuyên khoa khác nhau với nhiều chẩn đoán khác nhau và dùng nhiều loại thuốc khác nhau. Nhưng bệnh nhân vẫn không thuyên giảm. Do đó bệnh nhân vốn đã bị quan lại càng bị quan, vốn đã lo âu lại càng lo âu. Từ đó mất lòng tin vào thầy thuốc và vào y học. Bởi vậy, khi đã có hướng chẩn đoán RLTC, thầy thuốc cần thiết lập ngay mối quan hệ thầy thuốc- bệnh nhân tốt và trên cơ sở đó giải thích cho bệnh nhân những điều có liên quan đến tiến triển thuận lợi của bệnh, nâng đỡ tinh thần và củng cố lòng tin của bệnh nhân, làm cho bệnh nhân yên tâm điều trị và tuân thủ mọi hướng dẫn của thầy thuốc.

4.2. Liệu pháp tâm lý đặc hiệu

Đối với các thể trầm cảm cơ thể nguồn gốc tâm sinh, các thuốc chống trầm cảm có thể làm giảm các triệu chứng lâm sàng chứ không giải quyết được tác dụng của các stress trường

diễn hoặc các xung đột nội tâm nằm bên dưới các triệu chứng. Do đó liệu pháp tâm lý đặc hiệu trở nên quan trọng và cần thiết.

Liệu pháp thư giãn- luyện tập có thể có nhiều tác dụng. Thư giãn và khí công có hiệu quả đối với các triệu chứng lo âu, bồn chồn, mất ngủ...

VI. KẾT LUẬN

Rối loạn trầm cảm nhất là trầm cảm cơ thể là rối loạn tâm thần phổ biến nhưng lại gặp nhiều nhất ở các phòng khám đa khoa và các cơ sở không phải chuyên khoa tâm thần vì các rối loạn biểu hiện bằng triệu chứng cơ thể. Thầy thuốc ở bất cứ chuyên khoa nào cũng cần nắm vững các đặc điểm lâm sàng của rối loạn trầm cảm cơ thể để ngay từ lần tiếp xúc đầu tiên với bệnh nhân đã có thể đặt giả thuyết hướng về trầm cảm cơ thể. Muốn chẩn đoán chắc chắn, cần phải khám thần kinh, nội khoa đầy đủ, làm xét nghiệm cần thiết và các trắc nghiệm tâm lý, đặc biệt cần hội chẩn với chuyên khoa tâm thần.

Trong chẩn đoán phân biệt cần chú ý đến các rối loạn tâm thần khác cũng có nhiều biểu hiện cơ thể như rối loạn phân ly, đặc biệt cần phân biệt với lo âu và suy nhược thần kinh là hai rối loạn thường gây nhiều nhầm lẫn nhất.

Muốn giải quyết tốt các rối loạn trầm cảm cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa tâm thần với các chuyên khoa khác trong chẩn đoán cũng như điều trị. Do vậy thành lập khoa tâm thần trong bệnh viện đa khoa các cấp (từ 5-10% số giường của bệnh viện) là một nhu cầu cấp thiết không những đối với rối loạn trầm cảm mà còn đối với các trạng thái bệnh lý tâm thần khác cũng có nhiều biểu hiện cơ thể hiện giờ đang sắp hàng để được khám và chữa ở các phòng khám đa khoa và các cơ sở không chuyên khoa tâm thần.

- Câu hỏi ôn tập

1. Tầm quan trọng của việc điều trị trầm cảm
2. Các triệu chứng trầm cảm theo ICD -10
3. Phân loại các mức độ trầm cảm
4. Phân loại trầm cảm theo nguyên nhân
5. Thế nào là trầm cảm điển hình và không điển hình
6. Các nguyên nhân trầm cảm
7. Điều trị trầm cảm

- Tài liệu đọc thêm

1. Benjamin J. Sadock. 2000. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. USA
2. Bloch Sidney, Singh Brucos. 2001. Cơ sở của Lâm Sàng Tâm Thần Học. (Sách dịch) NXB Y Học. Hà Nội.
3. Nguyễn Hữu Kỳ. 2004. Giáo trình Tâm Thần học. Trường Đại Học Y Khoa Huế.
4. Tổ Chức Y Tế Thế Giới. 1992. Phân Loại Bệnh Quốc Tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi. Viện Sức Khỏe Tâm Thần Trung Ương. Hà Nội

- Tài liệu tham khảo

Tiếng Việt

1. Bloch Sidney, Singh Brucos. 2001. Cơ sở của Lâm Sàng Tâm Thần Học. (Sách dịch) NXB Y Học. Hà Nội.
2. Nguyễn Hữu Kỳ. 2004. Giáo trình Tâm Thần học. Trường Đại Học Y Khoa Huế.
3. Tổ Chức Y Tế Thế Giới. 1992. Phân Loại Bệnh Quốc Tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi. Viện Sức Khỏe Tâm Thần Trung Ương. Hà Nội

Tiếng Anh

4. American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. R.R. Donnelley & Sons Company. Washington DC. USA
5. David A. Tomb. 1995. Psychiatry. Williams & Wilkins. USA
6. Harold I. Kaplan; Benjamin J. Sadock; Jack A. Grebb. 1994. Synopsis Psychiatry. Williams & Wilkins. USA
7. Benjamin J. Sadock. 2000. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. USA