

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO BẰNG THANG ĐIỂM RÚT GỌN BECK

BSCKII. NGUYỄN VĂN CHÍNH
BSCKII. DƯƠNG ĐÌNH PHÚC VÀ CS
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN VĂN TUYẾN
Giám đốc Trung tâm Đột quy, Bệnh viện TƯQĐ 108

TÓM TẮT: Khảo sát tỉ lệ trầm cảm sau đột quy nhồi máu não và bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa trầm cảm với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương não ở 61 bệnh nhân sau đột quy nhồi máu não lần đầu; đánh giá rối loạn trầm cảm bằng thang điểm rút gọn của Beck trong 3 tháng. **Kết quả:** Có 22/61 bệnh nhân (36,17%) mắc trầm cảm với mức độ bệnh nhẹ 5/22 bệnh nhân (22,72%), trung bình 10/22 bệnh nhân (45,45%) và nặng 7/22 bệnh nhân (31,58%). Tỉ lệ mắc trầm cảm ở bệnh nhân sau nhồi máu não ở độ tuổi từ 60 trở lên: 41,67%, độ tuổi dưới 60: 15,38%; ở bệnh nhân nam giới: 36,11%, nữ giới: 36%; ở bệnh nhân lao động trí óc: 30%, lao động chân tay: 39,02%; bệnh nhân không kết hôn hoặc li hôn: 68,42%; có gia đình: 21,43%; bệnh nhân liệt chi: 61,82%, không liệt chi: 16,67%; ở bệnh nhân teo não: 69,23%, không teo não: 27,08%. Không thấy mối liên quan giữa trầm cảm với động mạch não tổn thương, kích thước - số lượng ổ nhồi máu.

Từ khóa: Nhồi máu não, rối loạn trầm cảm.

ABSTRACT: Investigation of the depression rate after cerebral infarction stroke and initially find out the relationship between depression and clinical characteristics, images of brain damage in 61 patients after cerebral infarction stroke first time; assessment of the depression disorder by Beck's shortened scale in 3 months. **Results:** There were 22/61 patients (36.17%) suffering from depression, in which 5/22 patients (22.72%) suffering from depression with mild level, 10/22 patients (45.45%) suffering from depression with average level and 7/22 patients (31.58%) suffering from depression with severe level. The incidence of depression in patients after cerebral infarction at the age of 60 was 41.67%, aged under 60 was 15.38%; in male patients was 36.11%, in female patients was 36%; in patients with intellectual activities was 30%, in patients with manual activities was 39.02%; in non-married or divorced patients was 68.42%; in married patients was 21.43%; in patients with paralysis of limbs was 61.82%, without paralysis of limbs was 16.67%; in patients with cerebral atrophy was 69.23%, without cerebral atrophy was 27.08%. There was no relationship between depression and cerebral arteries damage, size and number of infarction location.

Keywords: Cerebral infarction, depression disorder.

Chịu trách nhiệm nội dung: BCKII. Nguyễn Văn Chính, Email: chinhtrang65@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 28/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trầm cảm (TC) là hội chứng bệnh lí của rối loạn cảm xúc, có đặc điểm khí sắc trầm, mất quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng, dẫn đến mệt mỏi, giảm hoạt động, tồn tại trong khoảng thời gian ít nhất hai tuần. Người bệnh TC còn có các triệu chứng loạn thần và luôn trong trạng thái mệt mỏi, buồn bã, chán nản, thấy cuộc sống vô nghĩa [6]. TC có thể xuất hiện sau những sang chấn tâm lí hay tổn thương thực thể não... Theo nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, tỉ lệ TC sau đột quy não chiếm khoảng 18-30%. Phát hiện các biểu hiện TC trên bệnh nhân (BN) sau đột quy não có vai trò quan trọng trong điều trị nói chung và điều trị phục hồi chức năng

nói riêng, giúp BN sớm hòa nhập vào cuộc sống lao động.

Hàng năm, Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354 tiếp nhận điều trị một số lượng không nhỏ BN đột quy nhồi máu não (NMN). Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát tỉ lệ TC sau đột quy NMN và bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa TC với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương não ở BN sau đột quy NMN.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

61 BN chẩn đoán xác định đột quy NMN lần đầu, điều trị tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2014 đến tháng 8/2016.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ NMN trên lâm sàng theo WHO năm 1999 (khởi phát đột ngột, các triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ) và có hình ảnh NMN trên CT scan hoặc MRI; BN tỉnh táo hoàn toàn để có thể trả lời bộ câu hỏi.

- Loại trừ các BN có tiền sử TC hoặc khảo sát tại thời điểm vào viện có biểu hiện TC dựa trên thang điểm rút gọn của Beck; BN không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- Thang đánh giá TC rút gọn của Beck:

+ Từ 1-4 điểm: không có TC.

+ từ 5-7 điểm: TC mức độ nhẹ.

+ Từ 8-15 điểm: TC mức độ trung bình.

+ Từ 16 điểm trở lên: TC mức độ nặng.

- Kỹ thuật thu nhập thông tin:

+ Bước 1: Lựa chọn BN nghiên cứu và mô tả các đặc điểm nghiên cứu theo mẫu hồ sơ lập sẵn.

+ Bước 2: Theo dõi và tiếp tục mô tả, đánh giá mức độ TC theo thang điểm rút gọn của Beck trong suốt 3 tháng sau khi BN có NMN.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tỷ lệ BN TC sau đột quỵ NMN đến 3 tháng.

+ Mối liên quan giữa TC với một số đặc điểm lâm sàng BN NMN.

+ Mối liên quan giữa TC với một số đặc điểm tổn thương não trên BN NMN.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, bằng phần mềm SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tuổi đời:

+ Dưới 60 tuổi: 13 BN (21,31%).

+ Từ 60 tuổi trở lên: 48 BN (78,69%).

- Giới tính:

+ Nam giới: 36 BN (59,02%).

+ Nữ giới: 25 BN (40,98%).

- Tỷ lệ và mức độ TC sau NMN:

+ Không TC: 39 BN (63,93%).

+ Có TC: 22 BN (36,07%). Trong đó, 5/22 BN (22,72%) TC mức độ nhẹ, 10/22 BN (45,45%) TC mức độ trung bình và 7/22 BN (31,81%) TC mức độ nặng.

3.2. Liên quan giữa TC với một số đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Liên quan giữa TC với một số đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm lâm sàng		BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Tuổi đời	< 60 tuổi (n = 13)	11 (84,62%)	2 (15,38%)	3,93 (0,74-2,83) p = 0,08
	≥ 60 tuổi (n = 48)	28 (58,33%)	20 (41,67%)	
Giới tính	Nam giới (n = 36)	23 (63,89%)	13 (36,11%)	1,0 (0,34-2,91) p = 0,99
	Nữ giới (n = 25)	16 (64,00%)	9 (36,00%)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc (n = 20)	14 (70,00%)	6 (30,00%)	0,67 (0,21-2,13) p = 0,49
	Lao động chân tay (n = 41)	25 (60,98%)	16 (39,02%)	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ (n = 42)	33 (78,57%)	9 (21,43%)	0,13 (0,03-0,50) p = 0,000
	Không có vợ/li hôn (n = 19)	6 (31,58%)	13 (68,42%)	
Mức độ liệt	Có liệt (n = 55)	34 (61,82%)	21 (38,18%)	0,32 (0,03-3,08) p = 0,43
	Không liệt (n = 6)	5 (83,33%)	1 (16,67%)	

3.3. Liên quan giữa TC với đặc điểm tổn thương não:

Bảng 2. Liên quan giữa TC với động mạch tổn thương.

Động mạch cấp máu	BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Động mạch não trước (n = 12) ⁽¹⁾	6 (50,00%)	6 (50,00%)	OR(95%CI) ²⁻¹ = 0,34(0,09-1,38); OR(95%CI) ³⁻¹ = 1,50(0,26-8,6) p _{2,3-1} = 0,69
Động mạch não giữa (n = 39) ⁽²⁾	29 (74,36%)	10 (25,64%)	
Động mạch não sau (n = 10) ⁽³⁾	4 (40,00%)	6 (60,00%)	
Tổng (n = 61)	39 (63,93%)	22 (36,07%)	

Bảng 3. Liên quan giữa TC với kích thước và số lượng ổ nhồi máu.

Ổ nhồi máu	BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Một ổ NMN (n = 38)	26 (68,42%)	12 (31,58%)	1,67 (0,56-4,95) p = 0,35
Nhiều ổ NMN (n = 23)	13 (56,52%)	10 (43,48%)	
NMN diện rộng (n = 2)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0,55 (0,03-9,55) p = 0,68
NMN khác (n = 59)	38 (64,41%)	21 (35,59%)	

Bảng 4. Liên quan giữa TC với tổn thương não kèm theo.

Tổn thương não kèm theo		BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Teo não	Có teo não (n = 13)	4 (30,77%)	9 (69,23%)	0,17 (0,04-0,70) p = 0,005
	Không teo não (n = 48)	35 (72,92%)	13 (27,08%)	
Giãn não thất	Có giãn não thất (n = 6)	2 (33,33%)	4 (66,67%)	0,24 (0,04-1,54) p = 0,176
	Không giãn não thất (n = 55)	37 (67,27%)	18 (32,73%)	

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm của BN nghiên cứu:

Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy đột quỵ não chủ yếu xảy ra ở người lớn tuổi. Theo Wongwandee M, tuổi trung bình của BN NMN là $59,7 \pm 12,3$ tuổi [10]. Chúng tôi gặp BN tuổi từ 60 trở lên có 48/61 BN, chiếm tỉ lệ 78,69%.

Chúng tôi gặp 38 BN (59,02%,) nam và 25 BN (40,98%) nữ; tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1. Theo Nguyễn Văn Chương và cộng sự, ở mọi lứa tuổi, BN nam đều chiếm tỉ lệ cao hơn BN nữ và tỉ lệ BN nam/nữ chung là 2,2/1 [2]. Nguyên nhân có thể do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mắc đột quỵ não (uống rượu, hút thuốc lá, chế độ ăn và sinh hoạt không điều độ...) hơn nữ giới.

Trong 61 BN NMN chúng tôi nghiên cứu, có 22 BN bị TC sau đột quỵ, chiếm tỉ lệ 36,07%. Theo Dương Minh Tâm (2015), tỉ lệ mắc TC sau đột quỵ não là 76/243 BN (31,3%) [5]. Trong một nghiên cứu tổng quan từ 51 nghiên cứu khác nhau, Maree L Hackett thấy tỉ lệ trung bình mắc TC sau NMN là 33,3% [8]. Nếu tính trên tổng số 22 BN TC trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thì TC mức độ nhẹ là 5/22 BN (22,72%), TC mức độ trung bình là 10/22 BN (45,45%) và TC mức độ nặng là 7/22 BN (31,58%). Theo nghiên cứu của Fuh T.L, TC mức độ nhẹ là 3,13%, TC mức độ trung bình là 48,44% và TC mức độ nặng là 48,43%.

Tần suất mắc và mức độ bệnh TC sau đột quỵ NMN trong các nghiên cứu tại Việt Nam và nước ngoài nêu trên cho thấy còn có những khác biệt, điều này có thể do nhiều nguyên nhân, như sự chưa đồng nhất về phương pháp nghiên cứu, cách thức chọn mẫu, số lượng mẫu...

4.2. Mối liên quan giữa TC với đặc điểm lâm sàng và tổn thương não:

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, BN tuổi càng cao thì càng có nguy cơ bị TC, nhất là những BN đột quỵ não. Trong nghiên cứu này, có tới 41,67% BN ở độ tuổi từ 60 trở lên mắc chứng TC trong khoảng thời gian sau NMN 3 tháng; cao hơn so với ở độ tuổi dưới 60 (15,38%), tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo Đỗ Tư Duy và Trần Minh Thư, BN NMN tuổi từ 60 trở lên có tỉ lệ TC 76,1%, trong khi dưới 60 tuổi, tỉ lệ này chỉ là 27,9% [3].

Chúng tôi thấy tỉ lệ TC ở hai giới nam và nữ sau NMN là như nhau (36,11% và 36%). Theo Nguyễn Văn Thành và Vũ Anh Nhị, tỉ lệ TC sau đột quỵ ở nam là 42,1% và ở nữ là 29,3% [4]. Tuy nhiên, Brittany Poynter tổng hợp từ 56 nghiên cứu khác nhau thấy có 35 nghiên cứu thông báo TC sau NMN ở nữ cao hơn nam giới. Sự khác biệt này có lẽ do những khác nhau về địa lí, đời sống kinh tế và tâm lí xã hội.

Tỉ lệ TC ở BN lao động trí óc là 30%, thấp hơn so với tỉ lệ ở người lao động chân tay (39,02%), mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi cũng thấy, BN không kết hôn hoặc li hôn có nguy cơ cao bị TC với tỉ lệ mắc sau NMN là 68,42%, trong khi tỉ lệ này ở người có gia đình là 21,43%, với $p < 0,001$. Sau đột quỵ não, người bệnh dễ rơi vào tâm trạng tiêu cực, nên những quan tâm, chăm sóc của người xung quanh tác động rất nhiều đến tâm trạng bệnh lí của họ. Theo Đỗ Tư Duy và Trần Minh Thư, tỉ lệ TC ở BN li dị, li thân, không có gia đình là 50%, so với 35,8% ở nhóm BN có gia đình [3].

Trong số 55 BN bị liệt, có tới 21 BN bị TC, chiếm tỉ lệ 61,82%, cao hơn so với tỉ lệ 16,67% ở BN không bị liệt. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tâm lại thấy tình trạng không bị liệt sau NMN dường như liên quan tới nguy cơ bị TC, tuy nhiên sự liên quan này là không chặt chẽ. Điều này có thể lí giải là TC sau NMN do nhiều yếu tố gây ra, tác động vào tâm lí và cơ thể của người bệnh. Vì thế, mặc dù có những BN NMN không bị liệt, nhưng vẫn có thể bị TC.

Không thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TC với động mạch não bị tổn thương. Theo Bhogal S.B và Speechley M, vị trí tổn thương não do NMN là rất khác nhau và có mối liên hệ không rõ ràng với TC [7]. Nghiên cứu của Dương Minh Tâm lại cho rằng tổn thương động mạch não trước phải là yếu tố trực tiếp gây TC [5].

Theo Đặng Hoàng Anh, tổn thương bán cầu não trái có liên quan đến xuất hiện TC [1]. Robinson thì cho rằng, tổn thương bán cầu não trái hạnh nhân phải, các tổn thương gần cực trước làm tăng nguy cơ mắc TC [9].

Chúng tôi thấy tỉ lệ TC ở BN NMN một ổ và nhiều ổ có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Đồng thời, tỉ lệ TC ở BN NMN diện rộng và BN NMN diện không rộng cũng có sự khác biệt, song không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ TC ở BN teo não (69,23%) cao hơn ở BN không teo não (27%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy TC thường xuất hiện ở giai đoạn sớm trên BN teo não (25,58% BN teo não có TC).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 61 BN NMN lần đầu, gồm 36 nam (59,02%) và 25 nữ (40,98%), có độ tuổi dưới 60 (21,31%) hoặc từ 60 trở lên (78,69%), chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Trong thời gian 3 tháng sau đột quỵ NMN, có 22 BN (36,07%) mắc chứng TC, trong đó 5/22 BN (22,72%) TC nhẹ, 10/22 BN (45,45%) TC trung bình và 7/22 BN (31,81%) TC nặng. Tỉ lệ mắc chứng TC ở đối tượng BN nam giới: 36,11%; nữ giới: 36%; BN ≥ 60 tuổi: 41,67%; BN lao động chân tay: 39,02%; BN không kết hôn hoặc li hôn: 68,42%; BN nhồi máu vô não: 52,94%; BN NMN bán cầu ưu thế: 43,75%; BN NMN nhiều ổ: 43,48% và BN teo não: 69,23%.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TC sau đột quỵ NMN với tình trạng hôn nhân (có gia đình/không có gia đình hoặc li hôn: OR =

0,13; 95%CI từ 0,03-0,50; $p < 0,001$); với tổn thương teo não kèm theo (OR = 0,17; 95%CI từ 0,04-1,54; $p = 0,005$); chưa thấy có mối liên quan với các yếu tố khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Hoàng Anh (2009), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần ở BN tai biến mạch máu não có tăng huyết áp", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. Nguyễn Văn Chương (2008), "Nhồi máu não - thực hành lâm sàng thần kinh học", trong: *Bệnh học thần kinh*, tập 3, Nhà xuất bản Y học, tr. 44-73.
3. Đỗ Tư Duy, Trần Minh Thư (2015), *Khảo sát tỉ lệ rối loạn TC và các yếu tố liên quan ở BN tai biến mạch máu não*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, tr. 43-44, 46-47.
4. Nguyễn Văn Thành, Vũ Anh Nhị (2009), "Nghiên cứu biến chứng sau đột quỵ NMN tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học thực hành*, số 3, tr. 1.
5. Dương Minh Tâm (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở BN sau NMN*, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 61, 79, 81, 97, 118, 125.
6. WHO (1992), "Rối loạn khí sắc", trong: *Phân loại bệnh học quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 91-105.
7. Bhogal S.B, Speechley M et al (2004), *Kesion Location and Poststroke Depression Systematic Review of the Methodological Limitations in the Literature*, Copyright 2004 American Heart Association, Inc. Stroke doi: 10.1161/01.STR.0000117237.98749.26204; 35:794- 802, originally published online February 12, 2004, St.
8. Hackett L.M et al (2005), *Frequency of Depression After Stroke. A Systematic Review of Observational Studies*, American heart Association, Inc, Stroke; 36: 1330.
9. Robinson R.G, Starstein S.E (1990), *Mood disorders in stroke patients, importance of location of lesion*, Brain, (107), pp 81-93.
10. Wongwandee M, Tangwongchai S, Phanthumchinda K (2012), "Relationship between post stroke depression and ischemic lesion location", *J Med Assoc Thai*, 95 (3): 330-6. □