

## KHẢO SÁT MỘT SỐ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG, YẾU TỐ DỊCH TỄ CỦA TRẦM CẢM LƯƠNG CỰC

Ngô Tích Linh\*, Lê Thị Kiến Trúc\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Trầm cảm lưỡng cực (TCLC) là một bệnh lý khá phổ biến. Bệnh dễ chẩn đoán nhầm với trầm cảm đơn cực (TCĐC), dẫn đến việc điều trị không hiệu quả.

**Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm về dịch tễ và lâm sàng của trầm cảm lưỡng cực ở bệnh nhân giai đoạn trầm cảm nặng tại khoa khám bệnh viện Tâm Thần thành phố Hồ Chí Minh.

**Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Bối cảnh và thời gian: khoa khám bệnh viện Tâm Thần TP.HCM từ 01/06/2007 – 31/05/2008. Bệnh nhân: tất cả các bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm chủ yếu theo tiêu chuẩn DSM-IV-TR. Chẩn đoán bệnh nhân TCĐC nếu tiền sử chỉ có cơn trầm cảm. Chẩn đoán bệnh nhân trầm cảm lưỡng cực TCLC nếu trong tiền sử có ít nhất một cơn hưng cảm hoặc cơn hưng cảm nhẹ theo tiêu chuẩn DSM-IV-TR

**Kết quả:** Trong 84 bệnh nhân giai đoạn trầm cảm nặng có 38 bệnh nhân trầm cảm lưỡng cực (45,2%), [9 bệnh nhân rối loạn lưỡng cực I (10,7%), 29 bệnh nhân rối loạn lưỡng cực II (34,5%)], 46 bệnh nhân trầm cảm đơn cực (54,8%). TCLC khởi phát sớm hơn TCĐC ( $23,92 \pm 6,04$  tuổi so với  $50,9 \pm 14$  tuổi). Tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Không có sự khác biệt đáng kể giữa các trình độ học vấn, nghề nghiệp. Thời gian trung bình của giai đoạn trầm cảm trong TCLC ngắn hơn so với TCĐC ( $4,1 \pm 1,5$  tháng so với  $4,1 \pm 1,5$  tháng). Bệnh nhân TCLC tái phát nhiều cơn trầm cảm hơn bệnh nhân TCĐC ( $2,45 \pm 1,6$  cơn so với  $0,3 \pm 0,6$  cơn). Bệnh nhân trầm cảm với tiền căn gia đình có rối loạn lưỡng cực hoặc trầm cảm khởi phát sau sanh thường là TCLC. Bệnh nhân TCLC thường biểu hiện triệu chứng lâm sàng không điển hình như tăng cân, ngủ nhiều, hoang tưởng bị tội, kích động. Tỷ lệ bệnh nhân TCLC có ý tưởng-hành vi tự sát và triệu chứng loạn thần cao hơn TCĐC.

**Kết luận:** TCLC chiếm một tỷ lệ khá cao trong số bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn trầm cảm nặng. Rối loạn này thường biểu hiện triệu chứng lâm sàng không điển hình, vì vậy chúng ta cần chẩn đoán chính xác để có những phương pháp điều trị thích hợp.

**Từ khóa:** trầm cảm lưỡng cực (TCLC), trầm cảm đơn cực (TCĐC), rối loạn lưỡng cực I (RLLC I), rối loạn lưỡng cực II (RLLC II).

### ABSTRACT

#### STUDYING SOME EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND CLINICAL FEATURES OF OUTPATIENTS WITH BIPOLAR DEPRESSION

Ngô Tích Linh, Lê Thị Kiến Trúc \* Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Vol. 14 - Supplement of No 1-2010: 425-429

**Background:** Bipolar depression makes up a high percentage of mental health diseases. It is easily to be misdiagnosed as unipolar depression, consequently, the treatment procedure of the disorder is ineffective.

**Objective:** To study some epidemiological characteristics and clinical features of outpatients with bipolar depression who have a current major depressive episode at Mental Hospital's Clinic in Ho Chi Minh City.

\* Bộ môn Tâm thần, khoa Y - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ: Lê Thị Kiến Trúc

ĐT: 03136

Email:

**Method:** Design: cross-sectional descriptive study. Setting and time: at Mental Hospital's Clinic in Ho Chi Minh City, between June 1st, 2007 and May 31st, 2008. Patients: all outpatients met DSM-IV-TR criteria for major depressive episode. Patients were diagnosed with unipolar depression if they have had neither a manic episode nor a hypomanic episode in their history. Patients were diagnosed with bipolar I depression or bipolar II depression if they have had one or more mania episodes or hypomania episodes in their history (based on DSM-IV-TR criteria for bipolar I disorder and bipolar II disorder).

**Results:** Among 84 patients suffering a current major depressive episode, there were 38 patients with bipolar depression (45.2%), including 9 patients with bipolar I disorder (10.7%) and 29 patients with bipolar II disorder (34.5%) and 46 patients with unipolar depression (54.8%). The onset of bipolar depression was earlier than that of unipolar depression (23.92±6.04 year-old vs. 50.9±14 year-old), the ratio of women to men was 2 to 1. There is no significant difference in education levels, occupations. The mean length of depressive episode of bipolar depression was shorter than that of unipolar depression (4.1±1.5 months vs. 10.5±1.5 months). Patients with bipolar depression experienced more recurrence of depressive episodes than patients with unipolar depression (2.45±1.6 episodes vs. 0.3±0.6 episodes). Patients who had family history with bipolar disorder or the ones who had a postpartum onset depressive disorder were usually bipolar depressive ones. Patients with bipolar depression usually presented atypical clinical symptoms such as overweight, increased sleep, delusions of guilt, agitation. The rate of patients with bipolar depression who had thought of death, suicide and psychotic symptoms was higher than the rate of whom with unipolar depression.

**Conclusions:** There is a rather high rate of bipolar depression in patients who are diagnosed with a major depressive episode. This disorder usually presents atypical clinical symptoms. As a result of this, an exact diagnosis is needed to have appropriate treatments.

**Key words:** Bipolar depression, unipolar depression, bipolar I disorder, bipolar II disorder.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

TCLC là một bệnh lý khá phổ biến, tần suất bệnh khoảng 5,5% trong dân số<sup>(1)(3)</sup>. Nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy một tỉ lệ lớn bệnh nhân rối loạn lưỡng cực bị chẩn đoán nhầm là rối loạn trầm cảm chủ yếu<sup>(2)</sup>. Việc điều trị của hai rối loạn này khác nhau rõ rệt<sup>(6)</sup>. Phát hiện sớm và điều trị sớm rối loạn lưỡng cực là quan trọng, tránh nguy cơ tự sát, ly hôn, suy giảm khả năng học tập và làm việc, sự ghét bỏ-xa lánh của gia đình và bạn bè, vấn đề rắc rối với pháp luật<sup>(5)</sup>. Vì vậy khảo sát đặc điểm dịch tễ học, những nét đặc trưng lâm sàng của TCLC góp phần mang lại những hiểu biết nhất định về rối loạn này giúp chẩn đoán tốt hơn và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp.

**ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

**Chọn mẫu:** bệnh nhân trầm cảm nặng theo tiêu chuẩn DSM-IV-TR đến khám tại khoa phòng khám bệnh viện Tâm Thần TP.HCM từ

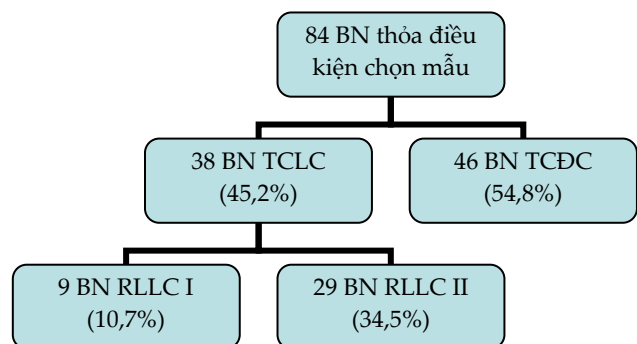
01/06/2007 – 31/05/2008.

Thu thập thông tin dựa trên bảng câu hỏi soạn sẵn.

Chẩn đoán bệnh TCĐC nếu tiền sử chỉ có cơn trầm cảm.

Chẩn đoán TCLC nếu trong tiền sử có ít nhất một cơn hưng cảm hoặc cơn hưng cảm nhẹ theo tiêu chuẩn DSM-IV-TR.

**KẾT QUẢ**



Sơ Đồ Phân Bố Bệnh Nhân

**Bảng 1:** phân bố đặc điểm dịch tễ học

		TCLC (n=38)	TCĐC (n=46)
--	--	-------------	-------------

Giới tính	Nam	12 (31,6%)	16 (43,8%)
	Nữ	26 (68,4%)	30 (56,2%)
Tuổi khởi phát trung bình		23,92 ± 6,04 (16 - 46)	50,9 ± 14 (22-78)
Học vấn	Cấp 1	08 (21,1%)	19 (41,3%)
	Cấp 2	11 (28,9%)	15 (32,6%)
	Cấp 3	12 (31,6%)	07 (15,2%)
	> Cấp 3	07 (18,4%)	05 (10,9%)
Nghề nghiệp	Nông dân	06 (15,8%)	11 (23,9%)
	Công nhân	01 (2,6%)	02 (4,3%)
	Buôn bán	07 (18,4%)	17 (15,2%)
	Nội trợ	06 (15,8%)	09 (19,6%)

Theo kết quả nghiên cứu tỉ lệ nữ/nam trên từng nhóm bệnh xấp xỉ 2/1, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm TCĐC và TCLC. Tuổi khởi phát trung bình của TCLC từ 23,92±6,04 (16-46 tuổi) khởi phát sớm hơn so với TCĐC 50,9 ± 14 (22 – 78 tuổi). Tỉ lệ trình độ học vấn thấp cao hơn trình độ học vấn cao ở nhóm TCĐC (P<0,05) nhưng không có sự khác biệt giữa hai trình độ ở nhóm TCLC. Tỉ lệ người lao động chân tay cao hơn ở người lao động trí óc ở nhóm TCĐC nhưng không có sự khác biệt ở nhóm TCLC. Trong nhóm TCĐC tỉ lệ người kết hôn chiếm nhiều nhất (60,9%) còn người ly thân-ly dị chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,3%)t. Trong TCLC tỉ lệ người độc thân chiếm cao nhất(47,4%), và thấp nhất ở người góa(0%). Bệnh nhân TCĐC và TCLC có tình trạng kinh tế trung bình chiếm nhiều nhất (lần lượt 78,3%, 84,2%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

**Bảng 2: phân bố đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	TCLC (n=38)	TCĐC (n=46)
Độ dài trung bình cơn	4,1±1,5 tháng	10,5±1,5 tháng
Số cơn tái phát	2,45±1,6 cơn	0,3±0,6 cơn
Sang chấn tâm lý	19(50%)	23(50%)
Khởi phát sau sanh	9(23,7%)	1(2,2%)
Tiền căn gia đình có RLLC	33 (86,8%)	0 (0%)

Thời gian trung bình cơn của giai đoạn trầm cảm trong TCLC ngắn hơn so với trong TCĐC (4,1±1,5 tháng/cơn so với 10,5 ± 1,5 tháng/cơn). Số cơn tái phát của TCLC nhiều hơn TCĐC (2,45±1,6 cơn so với 0,3±0,6 cơn), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Yếu tố sang chấn tâm lý giữa hai nhóm là như nhau (50%). Trong nhóm TCLC trầm cảm khởi phát sau sanh chiếm

tỉ lệ cao hơn trong nhóm TCĐC ((23.7% so với 2,2%). Tiền căn gia đình có RLLC trong TCLC cao hơn trong TCĐC (86,7% so với 0%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**Bảng 3: phân bố triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	TCLC (n=38)	TCĐC (n=46)	
Khí sắc trầm cảm	38(100%)	45(100%)	
Mất hứng thú	38(100%)	45(100%)	
Thay đổi trọng lượng	Sụt cân	05(13,2%)	30(65,2%)
	Tăng cân	16(42,1%)	03(6,5%)
Rối loạn giấc ngủ	Mất ngủ	20(52,6%)	40(87%)
	Ngủ nhiều	17(44,7%)	01(2,2%)
	Bình thường	01(2,6%)	05(10,9%)
Rối loạn tâm thần vận động	Chậm chạp	03(7,9%)	09(19,6%)
	Kích động	19(50%)	16(23,9%)
	Bình thường	16(42,1%)	26(56,5%)
	Mất sinh lực	38(100%)	44(95,7%)
Mặc cảm tự ti, ý tưởng bị tội	Tự trách mình	13(34,2%)	22(47,8%)
	Ý tưởng bị tội	04(10,5%)	13(28,3%)
	Hoang tưởng bị tội	04(10,5%)	0(0%)
	Không	17(44,7%)	11(23,9%)
Giảm tập trung, do dự	22(57,9%)	33(71,7%)	
Ý tưởng tự sát	33(86,8%)	27(58,7%)	
Loạn thần	04(10,5%)	0(0%)	

Không có sự khác biệt về phân bố triệu chứng khí sắc trầm cảm, mất hứng thú giữa hai nhóm.

Tỉ lệ tăng cân trong TCLC, TCĐC lần lượt là 42,1%; 6,5%, sụt cân trong TCLC, TCĐC lần lượt là 13,2%; 65,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tỉ lệ ngủ nhiều trong TCLC, TCĐC lần lượt là 44,7%; 2,2%, mất ngủ trong TCLC, TCĐC lần lượt là 52,6%; 87%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Bệnh nhân TCLC có tỉ lệ kích động cao hơn bệnh nhân TCĐC (50%so với 23,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Bệnh nhân TCLC có tỉ lệ hoang tưởng bị tội cao hơn bệnh nhân TCĐC (10,5% so với 0%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Trong TCLC ý tưởng tự sát chiếm tỉ lệ cao hơn trong TCĐC (86,8% so với 58,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Triệu chứng loạn thần chiếm tỉ lệ cao hơn trong TCLC so với TCĐC (10,5% so với 0%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Sự

khác biệt không có ý nghĩa thống giữa hai nhóm về các triệu chứng thiếu quyết đoán, giảm tập trung, mất sinh lực.

## BÀN LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu này TCLC chiếm 45,2%, RLLC I chiếm 10,7%, RLLC II chiếm 34,5%. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của một số tác giả khác như Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Benazzi F.J 1997 nghiên cứu ở 203 bệnh nhân trầm cảm thì TCLC chiếm 49%, RLLC I chiếm 6%, RLLC II chiếm 22%. Tỷ lệ phân bố giới tính nữ/nam xấp xỉ 2/1, cũng phù hợp với nhận xét của Leibenluft 2000. Tuổi khởi phát trong TCLC sớm hơn trong TCĐC, tương tự với nhận xét của Weissman 1996, một nghiên cứu đa quốc gia với mẫu 38000 bệnh nhân trầm cảm, hay nhiều công trình nghiên cứu khác cũng tìm thấy RLLC thường khởi phát trước 25 tuổi. Nghiên cứu cũng nhận thấy người độc thân và ly hôn có tần suất bị TCLC 60,5% cao hơn những người kết hôn 39,5% ( $p < 0,05$ ), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Reiger 1993. Bệnh nhân TCLC thường có tình trạng kinh tế trung bình, và không có sự khác biệt giữa các nhóm trình độ văn hóa cũng như nghề nghiệp.

Qua nghiên cứu này cho thấy thời gian trung bình của cơn trầm cảm trong TCLC là  $4,1 \pm 1,5$  tháng ngắn hơn TCĐC  $10,5 \pm 1,5$  tháng, số cơn trung bình của TCLC nhiều hơn TCĐC. Kết quả này phù hợp với kết luận của một nghiên cứu cho rằng giai đoạn trầm cảm trong RLLC ngắn hơn và tái phát nhiều hơn TCĐC. Yếu tố sang chấn tâm lý giữa hai nhóm TCLC, TCĐC là như nhau (50%) tương tự với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Malkoff 1998, Brown và Harris. Bệnh nhân có tiền căn gia đình có RLLC, khởi phát sau sanh có nguy cơ TCLC (23,7%; 86,8%) hơn TCĐC (2,2%; 0%). Theo kết quả nghiên cứu của Bowden CL 2005, Vornil LA 2004 thì bệnh nhân giai đoạn trầm cảm có tiền căn gia đình RLLC thường hướng tới TCLC, đây là đặc điểm hữu ích trong sự phân biệt với TCĐC. Và trong các nghiên cứu của Freeman 2001, Kalz MM

1982, Reich T 1979 cho rằng trầm cảm sau sanh thường là TCLC hơn là TCĐC<sup>(7)</sup>.

Việc so sánh sự khác biệt triệu chứng lâm sàng giữa TCLC và TCĐC không quyết định chẩn đoán nhưng có thể giúp bác sĩ lâm sàng hướng tới diễn biến bệnh lưỡng cực có thể xảy ra. Trong nghiên cứu này bệnh nhân trầm cảm mà ngủ nhiều thì xác suất bị TCLC (44,7%) cao hơn TCĐC (2,2%), ngược lại bệnh nhân trầm cảm mà mất ngủ xác suất bị TCĐC (87%) nhiều hơn TCLC (52,6%). Bệnh nhân TCLC thường có xu hướng tăng cân hơn (42,1%), ngược lại bệnh nhân TCĐC thường sụt cân hơn (65,2%). Trong triệu chứng tâm thần vận động của TCLC thường biểu hiện kích động (50%) hơn của TCĐC (23,9%), ngược lại chậm chạp thường thấy ở TCĐC (19,6%) hơn TCLC (7,9%). Bệnh nhân TCLC thường có hoang tưởng bị tội hơn, ý tưởng tự sát cao, triệu chứng loạn thần hơn TCĐC (lần lượt là 10,5% so với 0%; 86,8% so với 58,7% và 10,5% so với 0%). Các triệu chứng khác như khí sắc trầm, mất hứng thú, mất sinh lực, giảm tập trung và thiếu quyết đoán hầu như không khác nhau giữa hai nhóm trầm cảm trong nghiên cứu. Các kết quả này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả cho rằng trong TCĐC thường có những triệu chứng điển hình như sụt cân (Abrams và Taylor 1980), mất ngủ (Brockington, Altman, Hillier, Meltzer, và Nand 1982). Ngược lại trong TCLC thường được mô tả những triệu chứng không điển hình như chứng ngủ nhiều, tăng cân (Depue và Monroe 1978), kích động (Mitchell PB 2001, Mammen 2004), hay có loạn thần (Bowden CL 2001, Goldberg AL 2001), tỷ lệ tự sát cao hơn (Dilsaver SC 1997, Kessler RC 1994)<sup>(4)</sup>.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord* 1998; 50: 143 – 51 [Medline].
2. Abrams R, Taylor MA. A comparison of unipolar and bipolar depressive illness. *Am J Psychiatry* 1980; 137:1084 – 7.
3. Benazzi F. Frequency of bipolar spectrum in 111 private practice depression outpatients. *Eur Arch Psychiatry clin Neurosci* 2000; 250: 53 – 5. [Medline]

4. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. *Psychiatry Res.* 1997;73:47-56.
5. Hlastala SA, Frank E, Mallinger AG, Thase ME, Ritenour AM, Kupfer DJ. Bipolar depression: an underestimated treatment challenge. *Depress Anxiety.* 1997;5:73-83.
6. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld RM. Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes inpatients with bipolar illness. *JAMA.* 1986;255:3138-3142.
7. Reich T, Winokur G. Postpartum psychosis in patients with manic depressive disease, *J Nerv Ment Dis* 1970; 151:60 – 8.



