

# Trầm cảm trong bệnh cảnh nội khoa



**Le Dinh Phuong, M.D., M.Sc.  
Franco – Vietnamese Hospital**

# Dẫn nhập

- Trầm cảm là bệnh lý phổ biến thường gặp trong nội khoa tổng quát\*:
- Đứng thứ hai sau cao huyết áp, ngang với TMCT
- 10% bệnh nhân ngoại trú có trầm cảm nặng
- Xuất độ: 5.7% (nam), 11.7% (nữ)\*\*

\*Hirschfeld RMA, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA 1997;277:333-40.

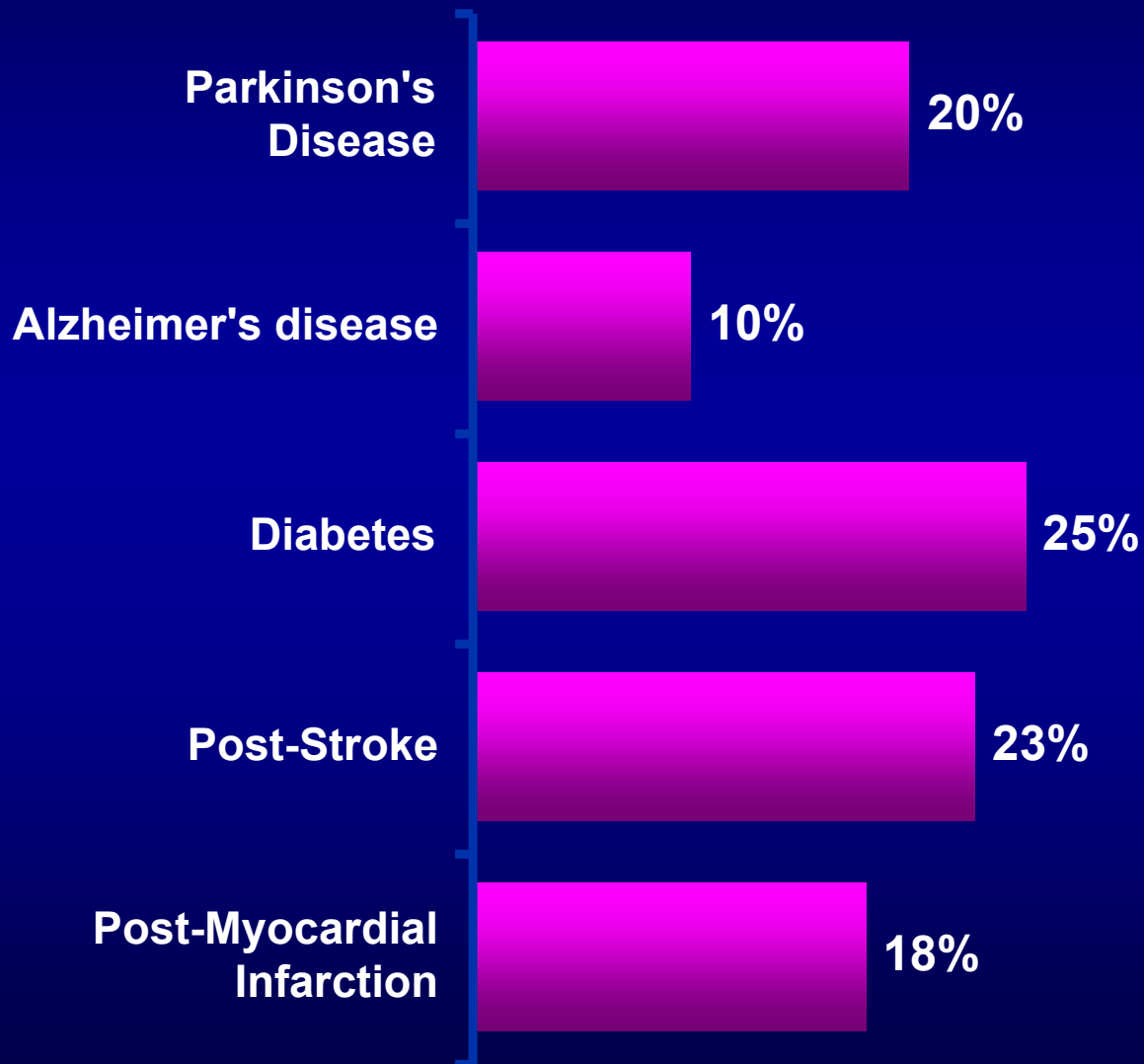
\*\*The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III 1988- 94) Bethesda, Md: National Center for Health Statistics; 2002.

# TRẦM CẢM ĐỨNG HÀNG THỨ II TRONG GÁNH NẶNG BỆNH LÝ TOÀN CẦU

Percent of total disease burden



# Trầm cảm trong các bệnh lý mãn tính (US data)



**Major Depression prevalence  
in the community = 6.7% (1-year)**



# TRẦM CẢM VÀ BỆNH LÝ ĐI KÈM

## Tỷ lệ trầm cảm

---

- Ung thư: 25%
- ĐTĐ: 32.5%
- Sau sinh: 10%–20%
- Sau đột quy: 32%
- Sau nhồi máu cơ tim: 16%



Massie, Holland. *J Clin Psychiatry*, 1990. Lustman et al. *Diabetes Care*, 1988.  
Dobie and Walker. *J Am Board Fam Pract*, 1992. Morris et al. *Int J Psychiatry Med*, 1990.  
Frasure-Smith et al. *Circulation*, 1995.

# Gánh nặng cho xã hội

- o Người bị trầm cảm mất khoảng 5.6 giờ lao động/tuần (44 tỷ USD/năm)
- o Tần suất trong đời: 17%
- o 2/3 trường hợp tự sát là do trầm cảm
- o 15% người trầm cảm có ý định tự sát

**\*\*The Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III 1988-94) Bethesda, Md: National Center for Health Statistics; 2002.**

# Trầm cảm và bệnh lý tim mạch

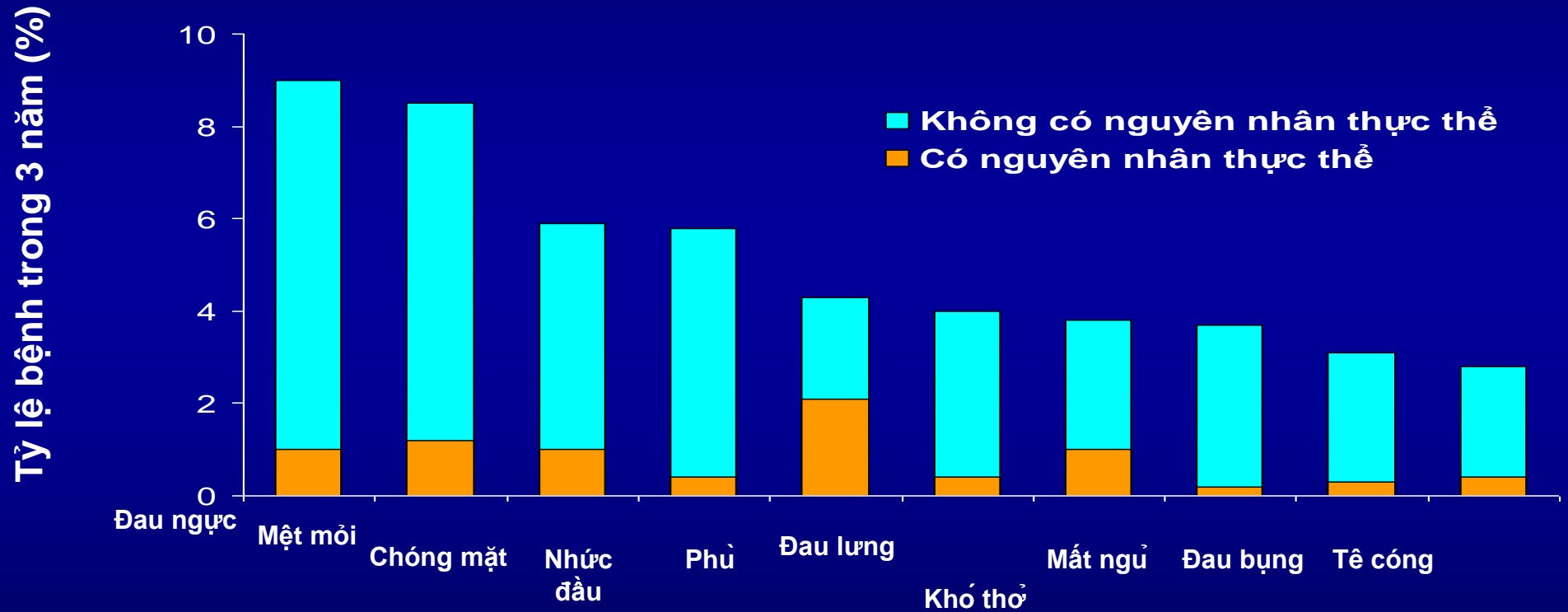
1. Như một bệnh lý độc lập có TC tim mạch
2. Như một YTNC tim mạch

# Trầm cảm và bệnh lý tim mạch

1. Như một bệnh lý độc lập có TC tim mạch
2. Như một YTNC tim mạch

**Đau ngực không do tim  
(Non Cardiac Chest Pain – NCCP)**

# Đa số TH đau ngực không có NN thực thể



Kroenke K, Mangelsdorff AD. *Am J Med.* 1989;86:262-266.

# Jacob Mendes Da Costa (1833-1900)



- Osler (1892): Unexplained chest pain
- Soldier's heart
- Da Costa's syndrome
- ICD 10: F45.3

# Dịch tễ học

- Tần suất/năm: 23-33% dân số chung
- Khoa cấp cứu: 2-5%
- Hai phái bằng nhau



# Bệnh sử tự nhiên

- **Mortality: 1% trong 10 năm**
- **Morbidity**
  - ✓ 47% không làm việc bình thường
  - ✓ 51% không thể làm việc
  - ✓ 44% tin mình có bệnh mạch vành

# Nguyên nhân

Đau ngực không do tim

Linh tinh 16%

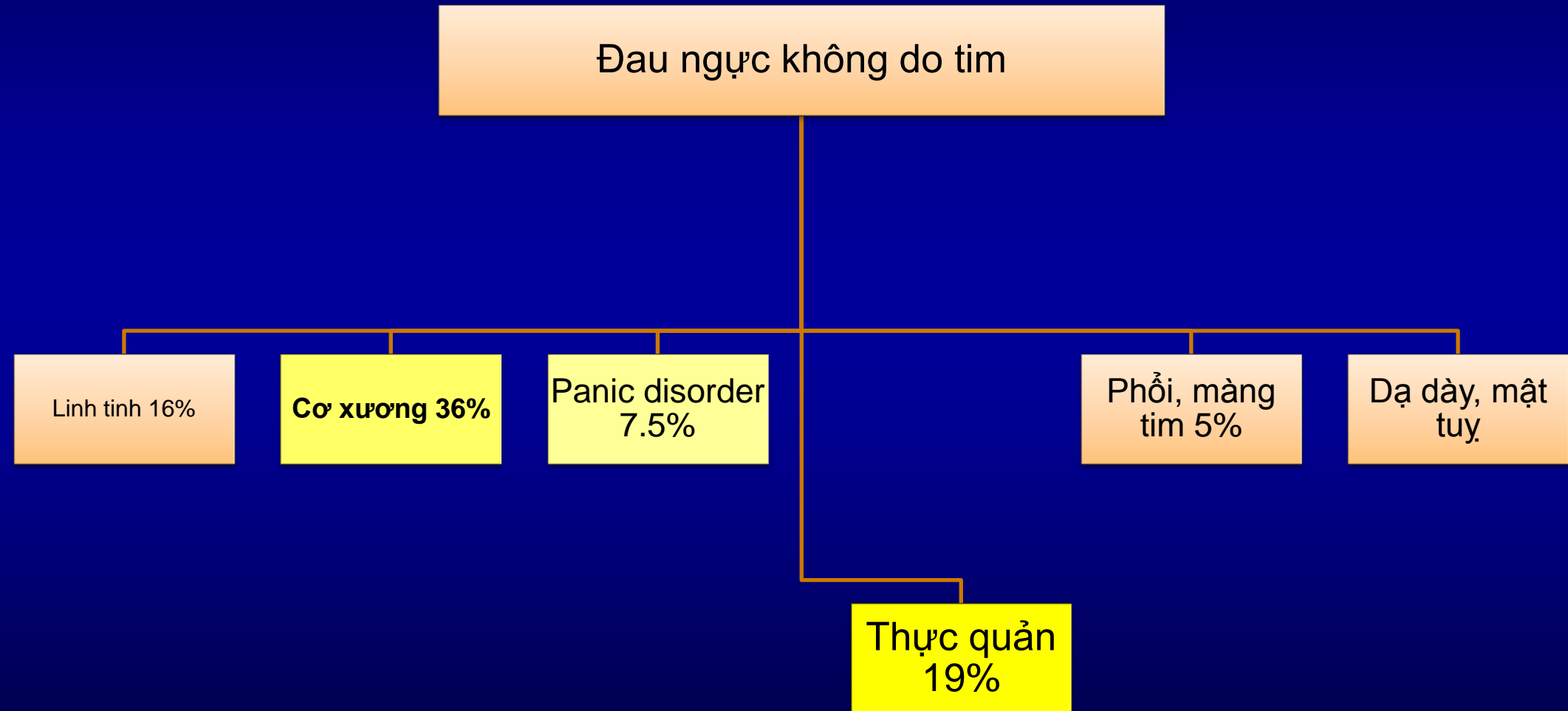
**Cơ xương 36%**

Panic disorder  
7.5%

Phổi, màng  
tim 5%

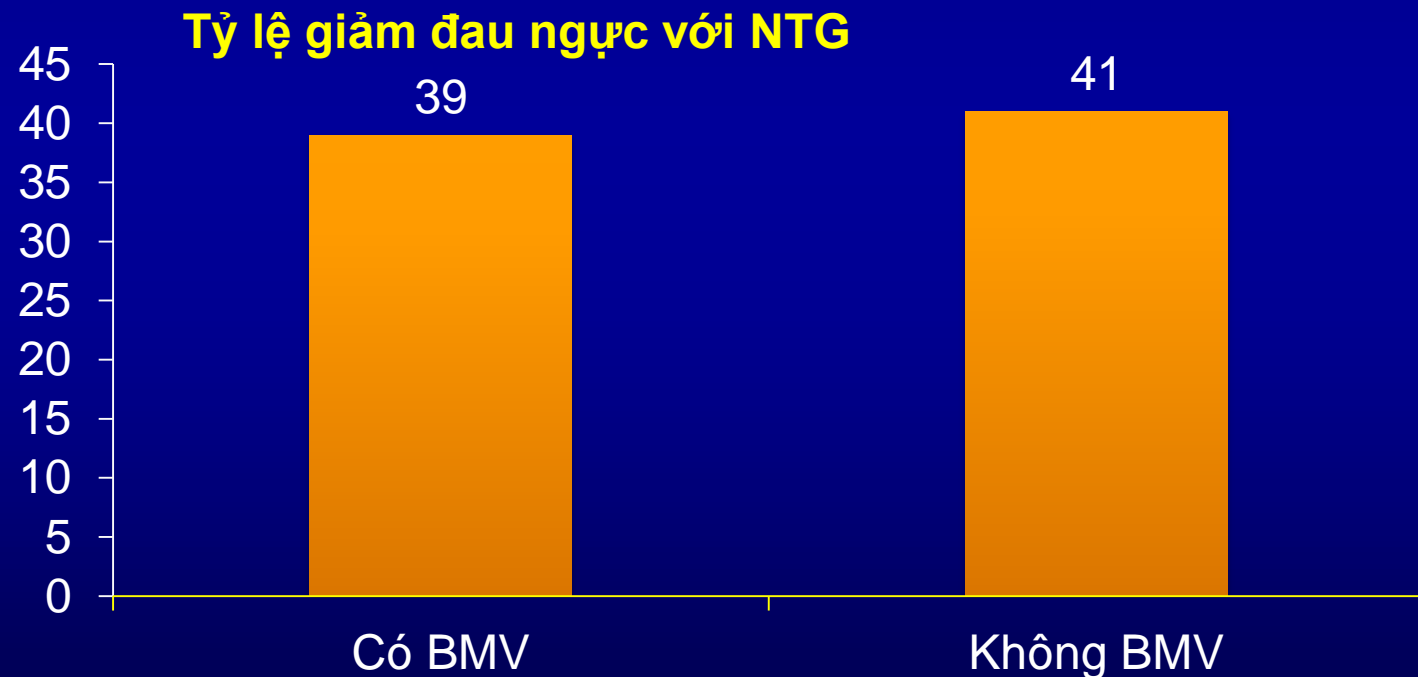
Dạ dày, mật  
tụy

Thực quản  
19%



# Chẩn đoán: loại trừ BMV

- Giảm đau bằng NTG không chắc chắn là do tim\*



\*CJME, 2006 May (83): 164-9

# Dấu hiệu đau ngực do thực quản

- Đau kéo dài > 1h
- Đau sau khi ăn
- Không lan
- Có TC trào ngược
- Giảm đau bằng antacid, PPI

# Trầm cảm và bệnh lý tim mạch

1. Như một bệnh lý độc lập có TC tim mạch
2. Như một YTNC tim mạch

# TỶ LỆ TRẦM CẢM BỆNH THIẾU MÁU CƠ TIM

---

- 45% RL trầm cảm sau nhồi máu cơ tim.
- 15-22% trầm cảm nặng sau nhồi máu cơ tim.
- 18% trầm cảm ở bệnh nhân được chụp động mạch vành để chẩn đoán bệnh chưa bị nhồi máu cơ tim.

# Trầm cảm là một nguy cơ độc lập:

- Tăng suất độ của bệnh lý tim mạch
- Làm xấu đi diễn tiến và biến chứng của bệnh mạch có sẵn

# Trầm cảm là một nguy cơ độc lập:

- o **Tăng suất độ của bệnh lý tim mạch**
- o **Làm xấu đi diễn tiến và biến chứng của bệnh mạch có sẵn**



**13 NC tiền cứu trên 40000 người khỏe mạnh, theo dõi trong 10 năm (4-37 năm)**

**-Trầm cảm là một nguy cơ độc lập dẫn đến bệnh mạch vành**

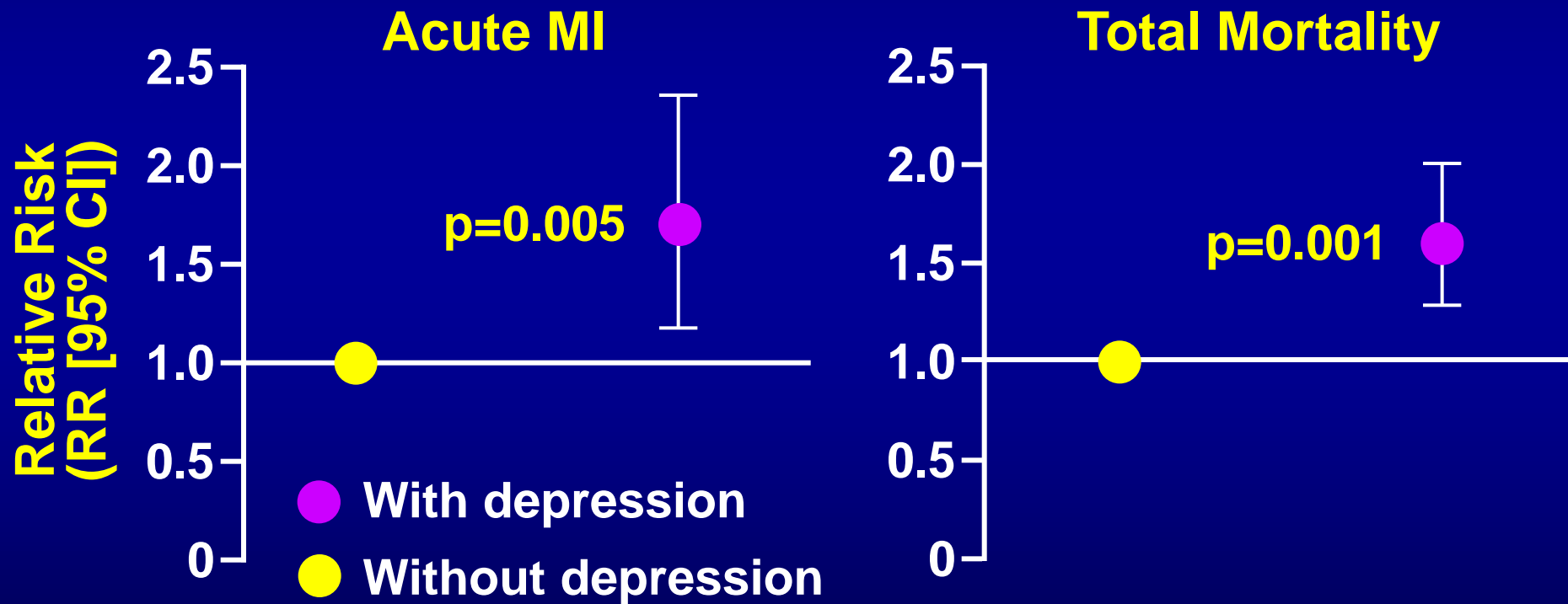
**- Nguy cơ tuyệt đối:**

**–Trầm cảm nặng: Tăng 4 lần**

**–Subsyndromic depression: 1.5 – 2 lần**

# Depression, Morbidity and Mortality in 730 Individuals Over 27 Years

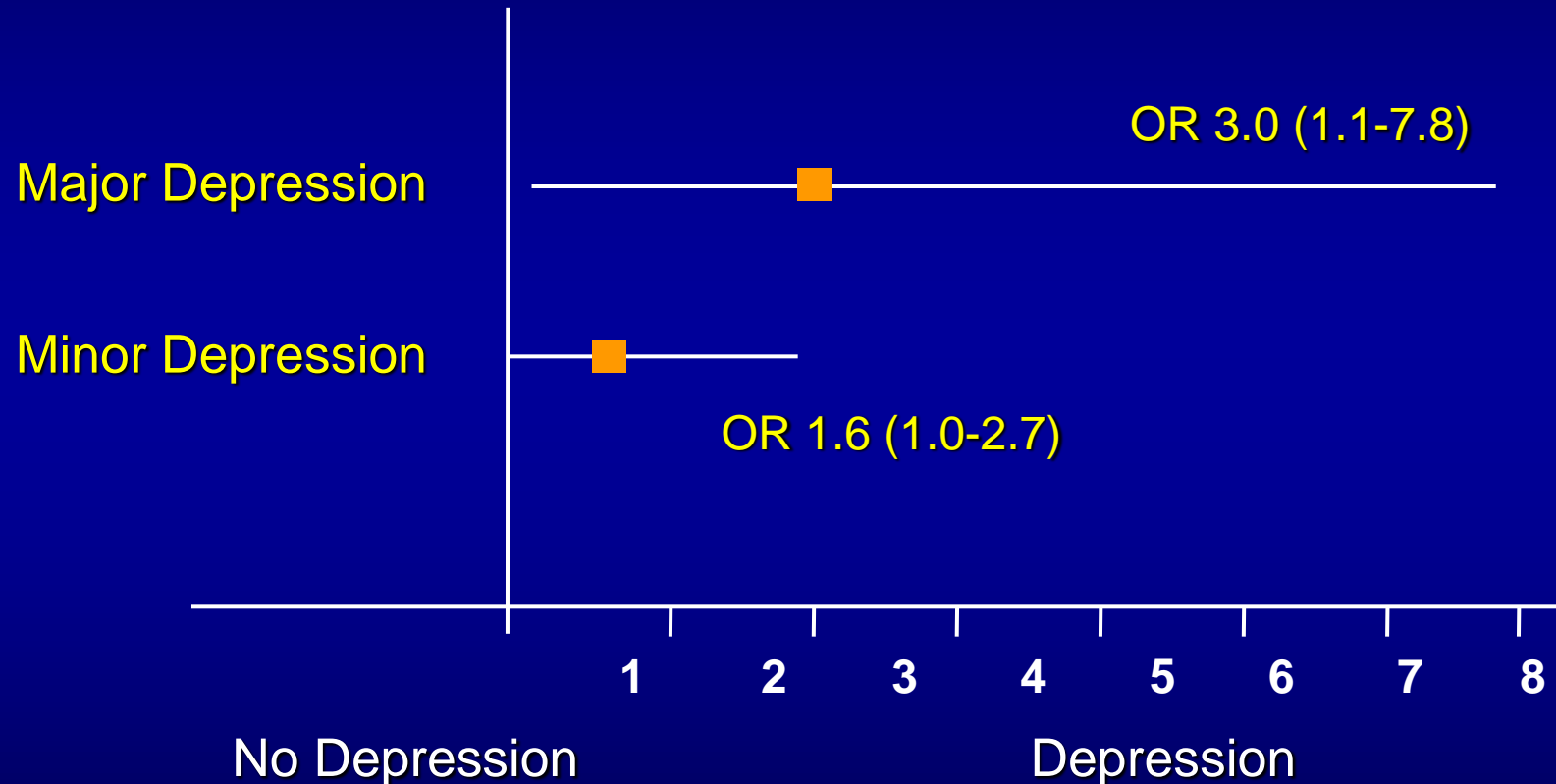
## The Glastrup Study



MI = myocardial infarction; Barefoot JC, Schroll M. Circulation. 1996(June 1);93(11):1976-1980

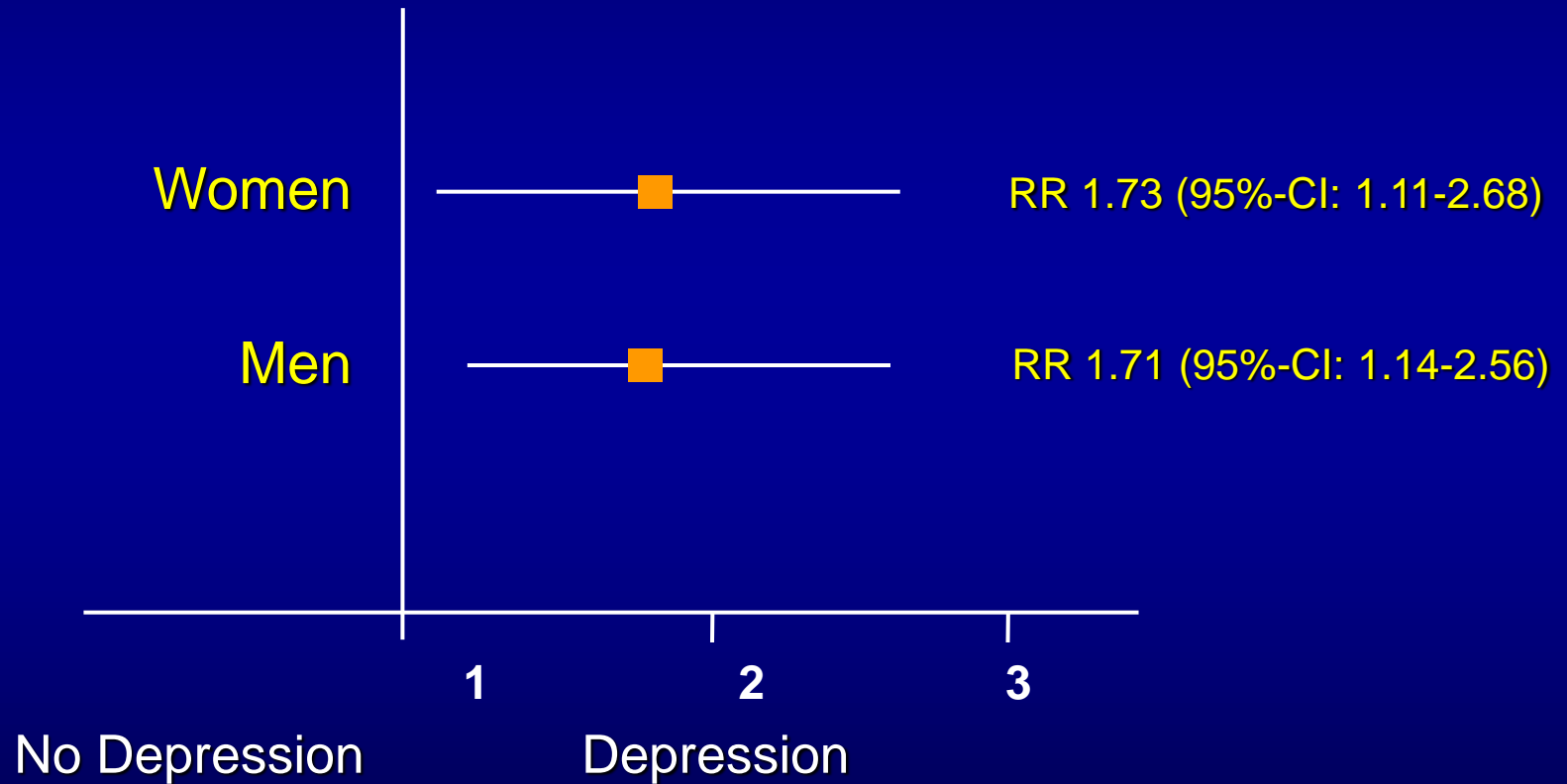
# Depression Increases Cardiac Mortality

Adjusted Risk Ratio for Cardiac Mortality



# Depression Increases the Risk of Heart Disease in Women and Men

## Adjusted Risk Ratio for Heart Disease

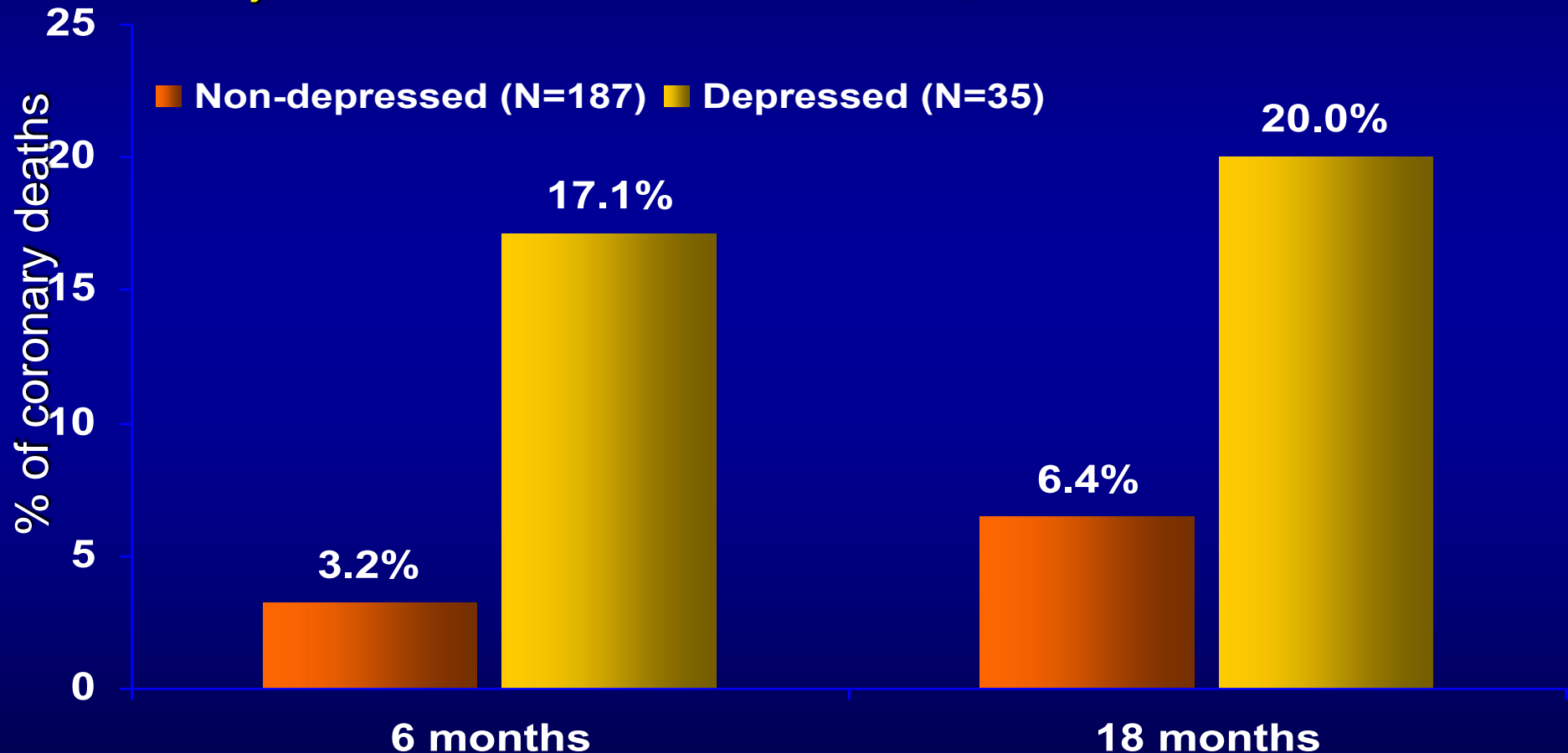


# Trầm cảm là một nguy cơ độc lập:

- Tăng suất độ của bệnh lý tim mạch
- Làm xấu đi diễn tiến và biến chứng của bệnh mạch có sẵn

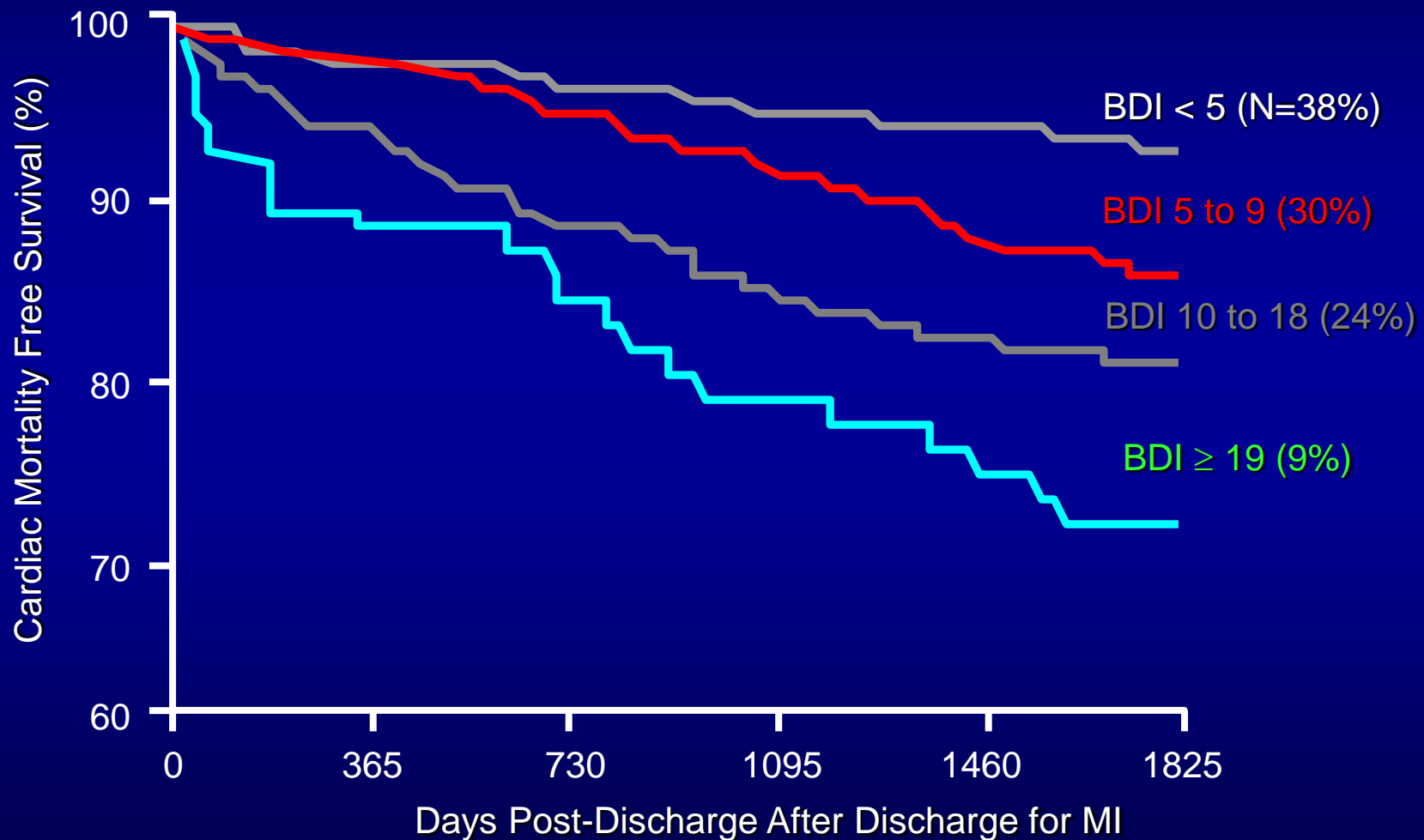
# Depression and Cardiovascular Mortality Post-MI: Results of Frasure-Smith Study

Adjusted OR: at 6 mos = 4.29; at 18 mos: 6.64



# 5-Year Survival Impact of Increasing Levels of Post-MI Depression (N = 896)

BDI Scores were shown are for Baseline



BDI = Beck Depression Inventory; MI: myocardial infarction

Lesperance et al. Circulation. 2002;105:1049-1053.

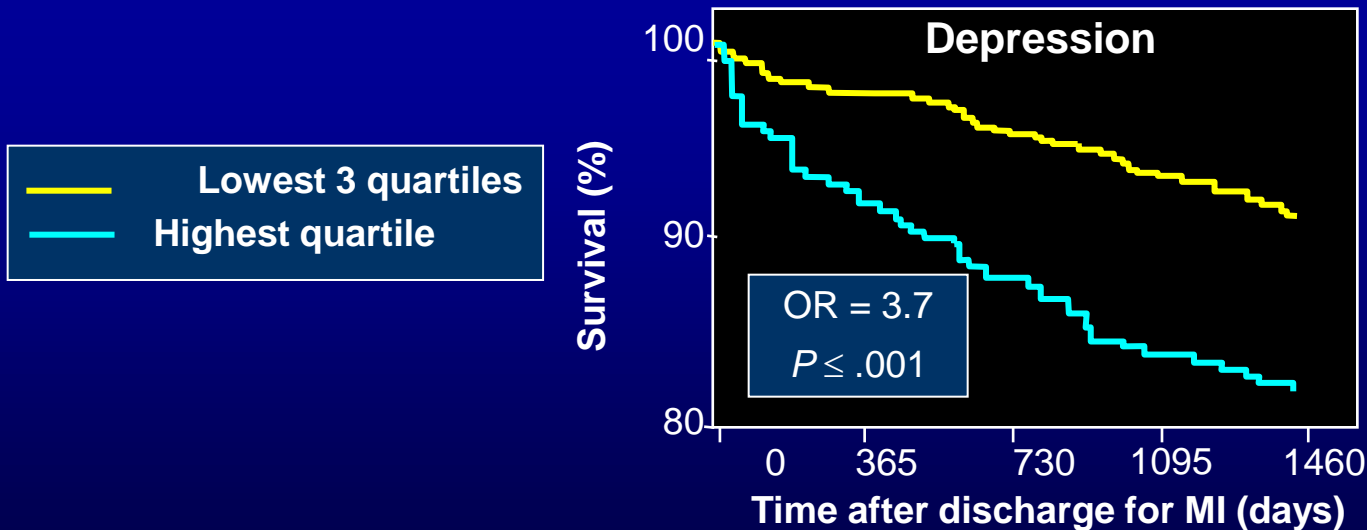
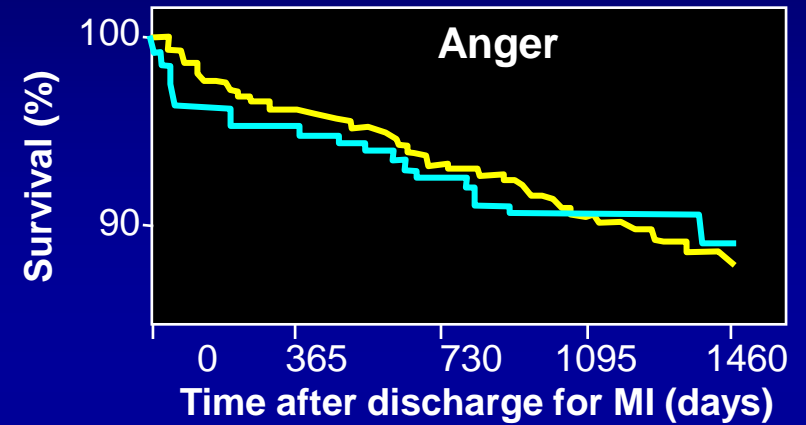
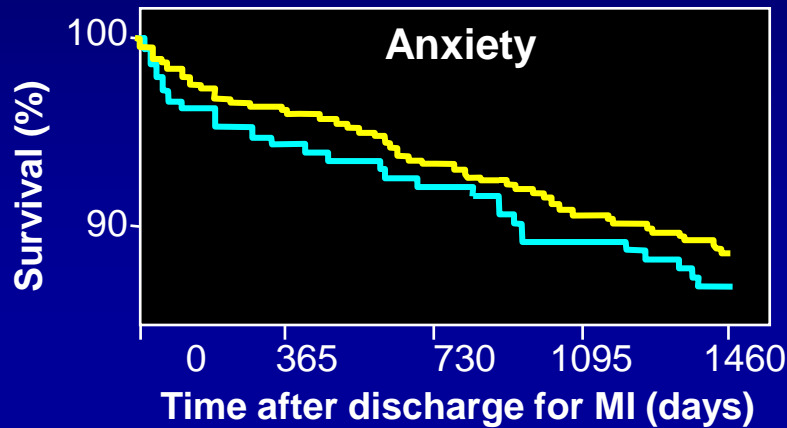
# Depression and Prognosis of CAD: Follow-up Studies

- 11 studies prospectively followed ~4,000 patients with recent MI for a mean of 12 months
- **Results:** significantly increased cardiovascular mortality in post-MI patients with Major Depression:
  - Mean relative risk: 4.1 (range, 2.3 to 7.5)
  - Highest risk occurs in first 6 months post-MI
  - Risk is proportionate to depression severity
  - In presence of other risk factors (eg, low LVEF), even minor symptoms of depression (BDI < 10) contribute to significant additional mortality risk



# The Prognostic Impact of Anxiety, Anger, and Depression (N=896)

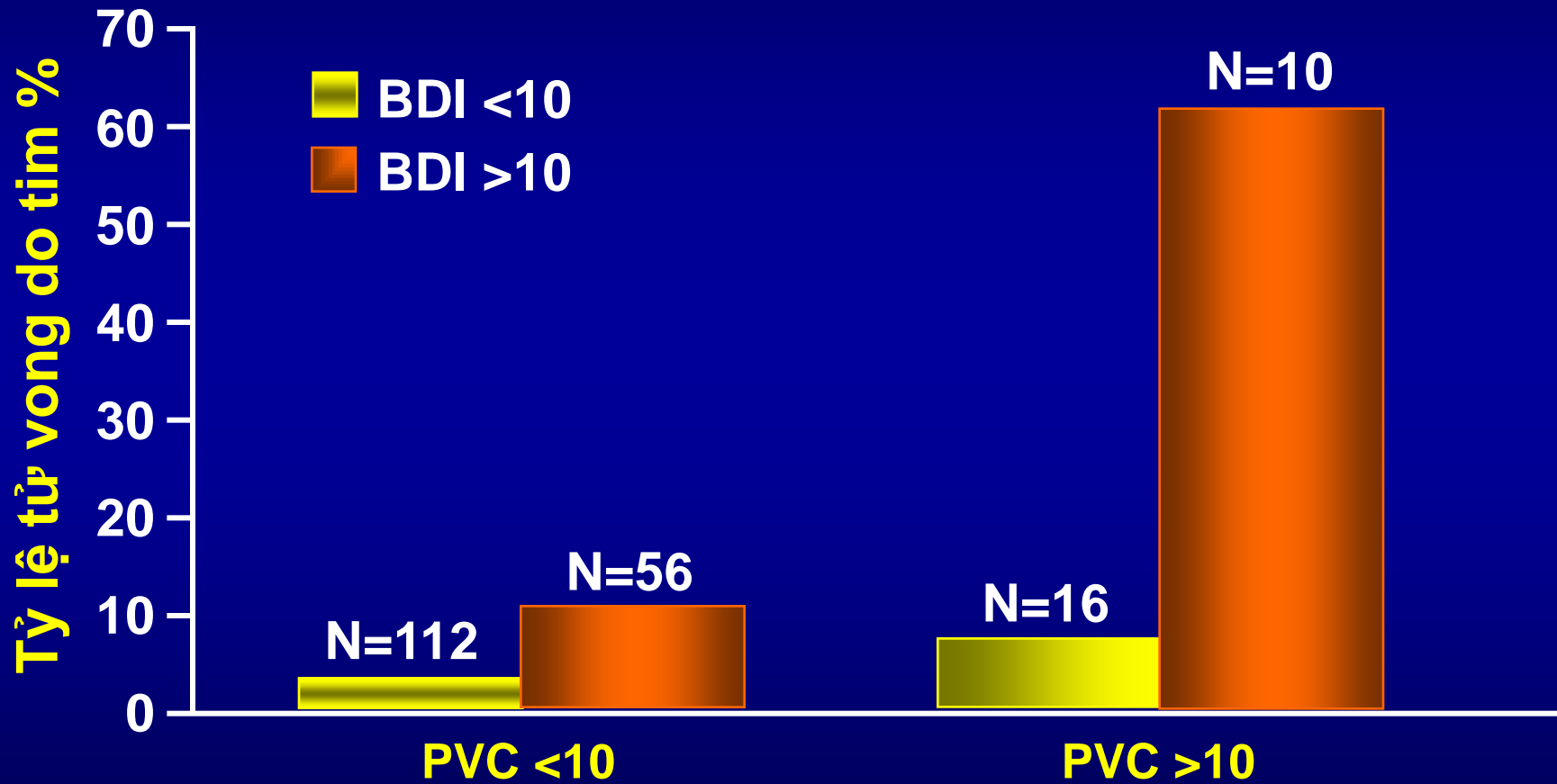
Survival free of cardiac mortality, cumulative



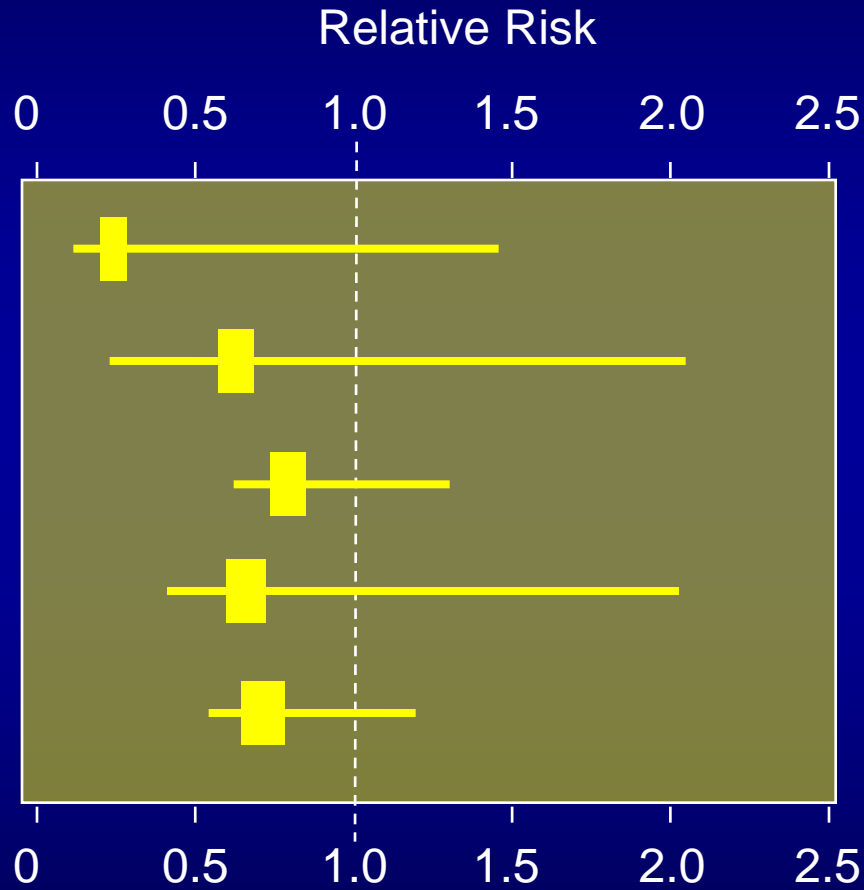
# TỶ LỆ TỬ VONG TÍCH LŨY Ở BỆNH NHÂN TRẦM CẢM VÀ KHÔNG TRẦM CẢM SAU CƠN ĐAU TIM



# HỘI CHỨNG CƠ THẮT THẤT SỚM VÀ TỶ LỆ TỬ VONG TRONG VÒNG 18 THÁNG



# Relative Risk (95% CI) for Cardiovascular Events



Event	n (Sertraline)	n (PBO)	Relative Risk (95% CI)
Mortality	2,	5	0.39 (0.08-1.39)
MI	5,	7	0.70 (0.23-2.16)
Angina	26,	30	0.85 (0.53-1.38)
CHF	5,	7	0.70 (0.23-2.16)
Composite	32,	41	0.77 (0.51-1.16)

# Cơ chế

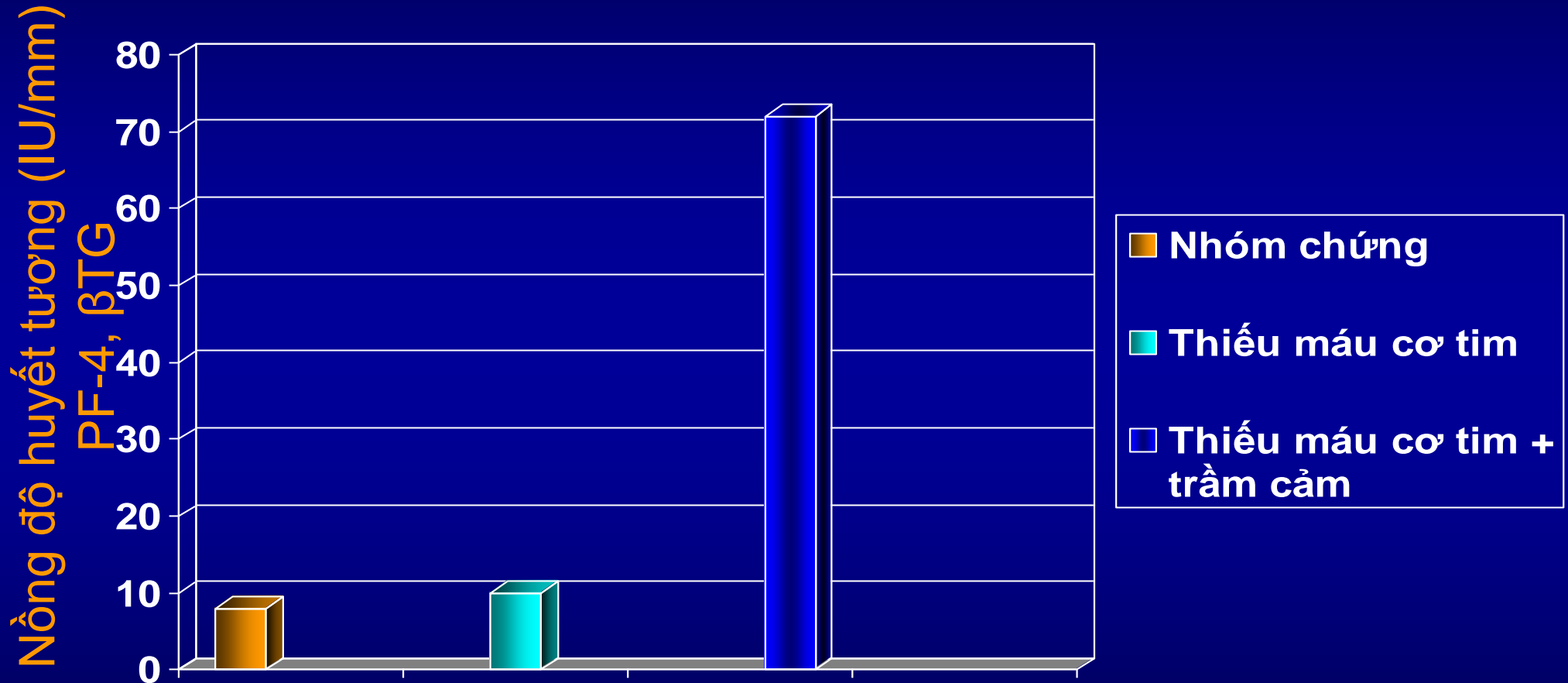
- Người TC ít tuân thủ vận động hơn
- Cơ may bỏ được thuốc lá giảm 40% ở người TC
- Tuân thủ điều trị (uống aspirin) kém hơn
- Tương tác với các thuốc chống TC khác ngoài SSRI

# NHỮNG CƠ CHẾ TRẦM CẢM LÀM TĂNG NGUY CƠ TỬ VONG SAU NHỒI MÁU CƠ TIM

---

- Tăng nguy cơ loạn nhịp gây chết đột ngột do tim.
- Tăng kết dính tiểu cầu.
- ? Ảnh hưởng RL chuyển hóa lipid.
- Không tuân thủ điều trị.
- Không tuân thủ chế độ ăn uống, tập luyện.

# TRẦM CẢM VÀ BỆNH THIẾU MÁU CƠ TIM



Các yếu tố đông máu: yếu tố tiểu cầu 4 (PF-4),  $\beta$  Thromboglobulin ( $\beta$  TG) tăng trong RL trầm cảm.

# TRẦM CẢM VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM

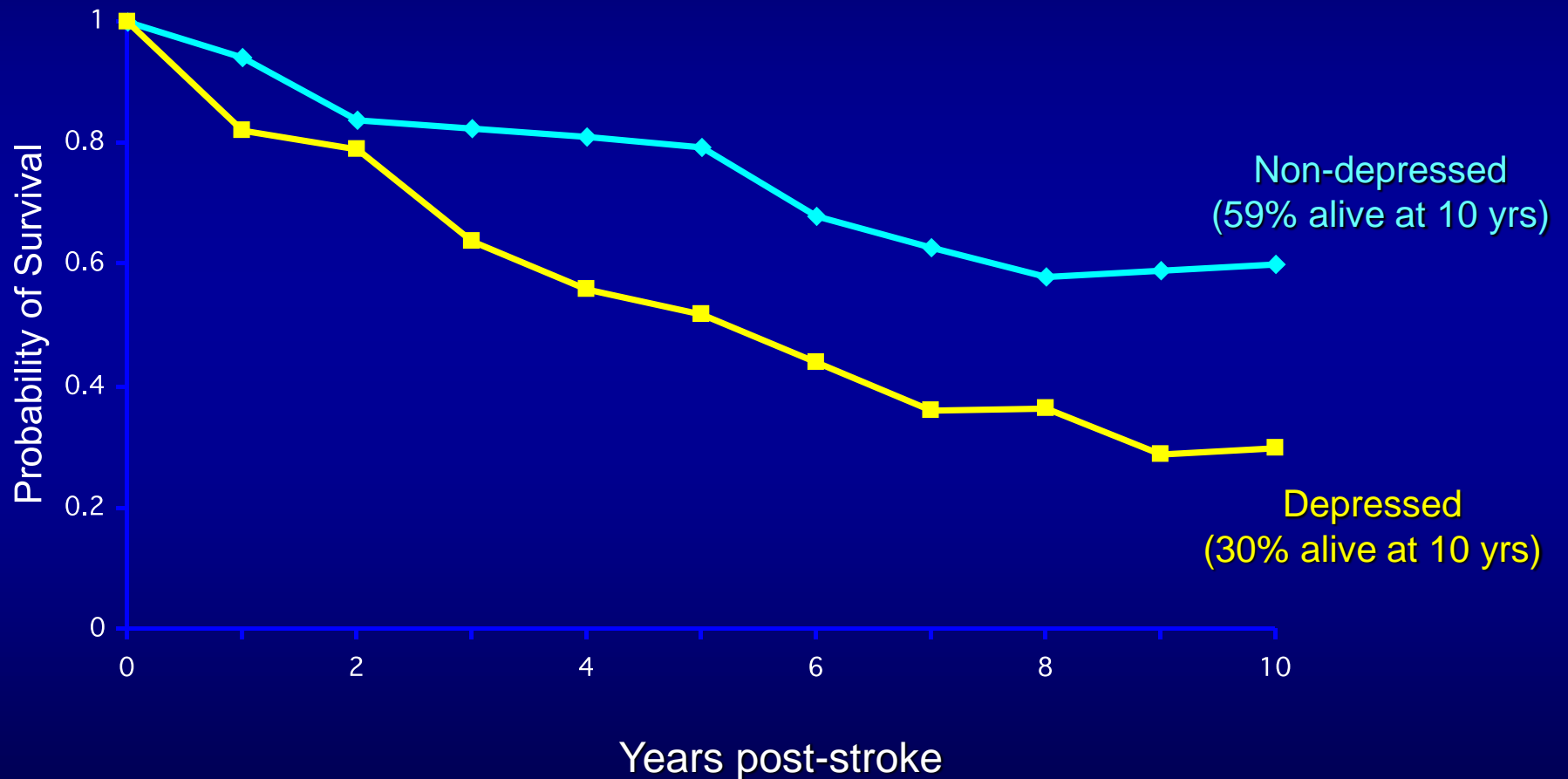
- Nghiên cứu 1551 người không bị bệnh tim lúc khởi đầu từ 1981 đến 1994.
- 444 người có tiền sử RL trầm cảm chủ yếu và Loạn khí sắc lúc khởi đầu nghiên cứu.
- Bệnh nhân có tiền sử RL trầm cảm có nguy cơ chết vì bệnh tim tăng 5 lần, độc lập với các yếu tố nguy cơ mạch vành khác



**Trầm cảm và đột quị**

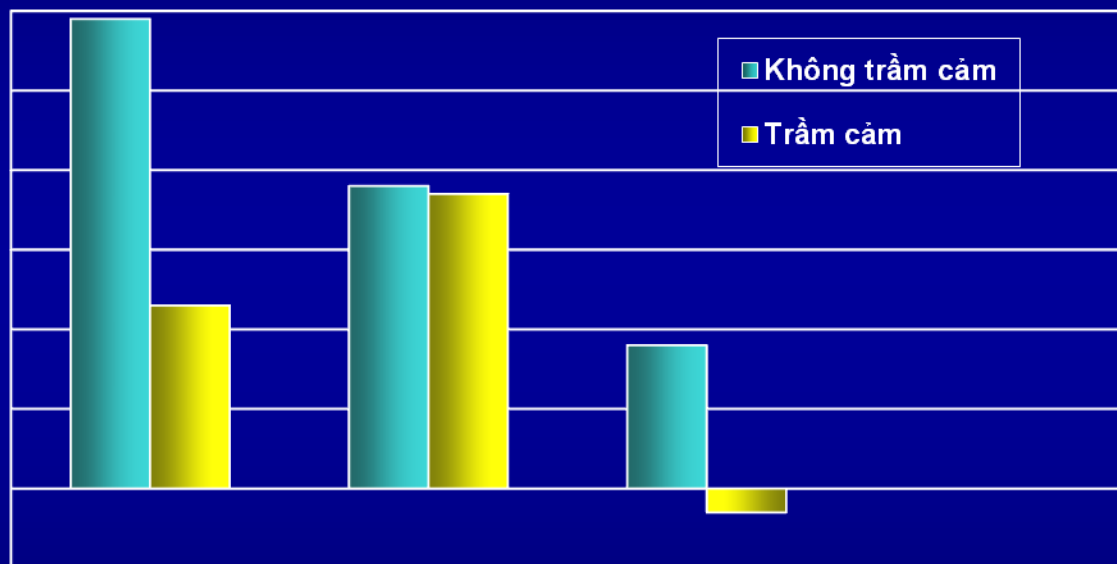
# Probability of Survival Following Stroke for Depressed vs. Non-Depressed Patients

(10-year follow-up in N=91 patients; 41% depressed)



# TRẦM CẢM ẢNH HƯỞNG SỰ HỒI PHỤC SAU ĐỘT QUỴ

Tỷ lệ phục hồi %

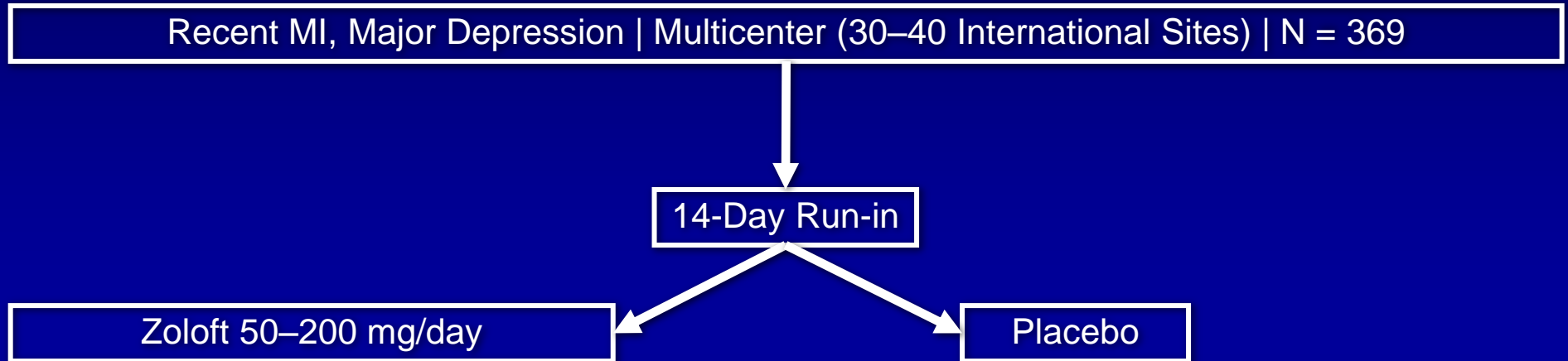


- 49 bn được đánh giá 2 – 14 tháng sau đột quỵ
- Đánh giá tình trạng cơ thể, chức năng, nhận thức.
- 41% bệnh nhân bị trầm cảm.
- Trầm cảm ảnh hưởng sự hồi phục chức năng và hoạt động nhận thức

# SADHART

Safety and Efficacy of Zoloft in Depressed  
Patients Hospitalized for Myocardial Infarction  
or Unstable Angina

# SADHART: Study Design



**Safety End Points:** Change from Baseline in Resting LVEF

**Efficacy End Points:** Change from Baseline in Total HAMD score

**Secondary End Points:**

- 1) EKG, HRV, and Arrhythmia Analysis
- 2) Platelet Function
- 3) Composite Clinical Endpoint

# SADHART: Study Population

- Men or women, aged 21 years or older
- Met criteria for either an acute myocardial infarction (MI), or unstable angina within past 30 days
- All patients met DSM-IV criteria for major depression

	Zoloft (N=186)	Placebo (N=183)
Age, years, mean (SD)	56.8 (11.1)	57.6 (10.4)
Women, N (%)	69 (37)	66 (36)

# SADHART: Cardiac Factors

	Zoloft N=186	Placebo N=183
<b>Coronary Risk Factors, No (%)</b>		
Current Smoking	50 (27)	51 (28)
Hypertension	113 (61)	126 (69)
Diabetes mellitus	58 (31)	55 (30)
Hyperlipidemia	130 (70)	122 (67)
Obesity	67 (36)	55 (30)
<b>Cardiac Event Leading to Current Hospitalization, N (%)</b>		
MI	151 (81)	143 (78)
Unstable Angina	35 (19)	40 (22)
LVEF, Mean (SD), %	54 (10)	52 (13)
Runs of Ventricular Premature Depolarizations, No (%)	28 (15)	37 (20)
Prior MI (excluding index MI)	80 (43)	75 (41)
Prior Coronary Artery Revascularization (CABG, PTCA)	79 (43)	77 (42)

CABG: coronary artery bypass graft; PTCA: percutaneous transluminal coronary angioplasty; MI: myocardial infarction

Glassman et al, JAMA, 2002

# SADHART:

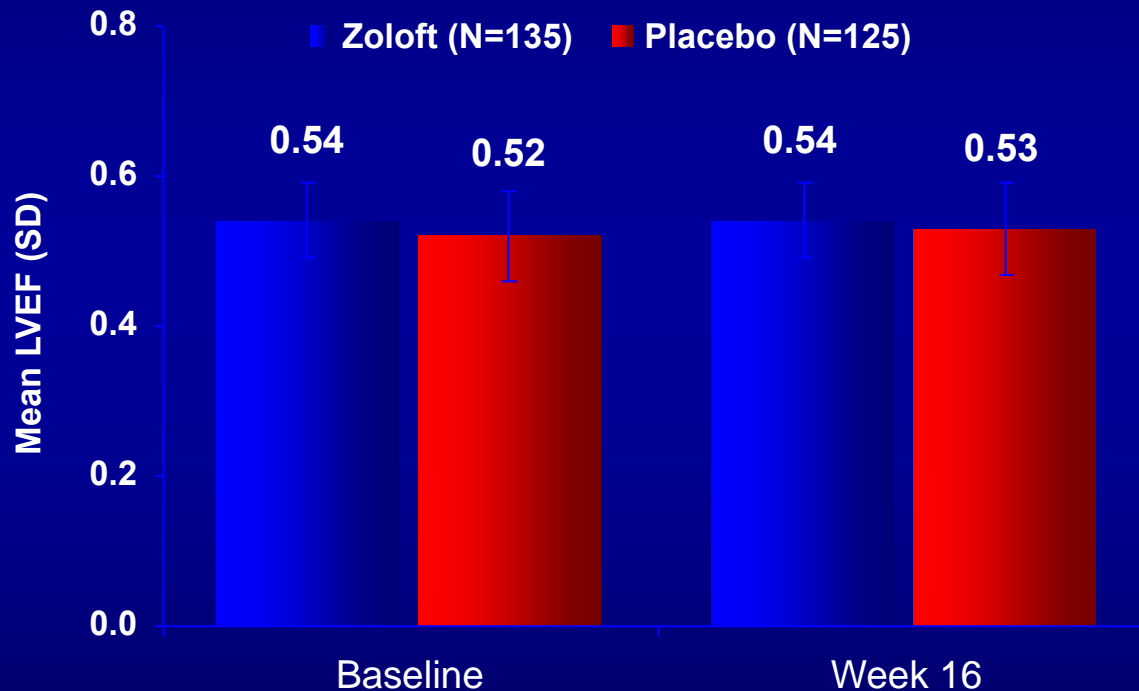
## Concomitant Medications During Study

MEDICATION	Zoloft N=186	Placebo N=183
Aspirin	91 %	86 %
Statins	85 %	86 %
$\beta$ -blockers	78 %	85 %
Nitrates	66 %	64 %
Angiotensin-converting enzyme inhibitors	53 %	56 %
Diuretics	32 %	45 %
Calcium channel blockers	33 %	36 %
Anticoagulants	30 %	28 %
Antiplatelet drugs (ticlopidine, clopidogrel)	19 %	14 %
Digoxin	12 %	14 %

Median number of concomitant medications: Total = 11; Cardiac = 5



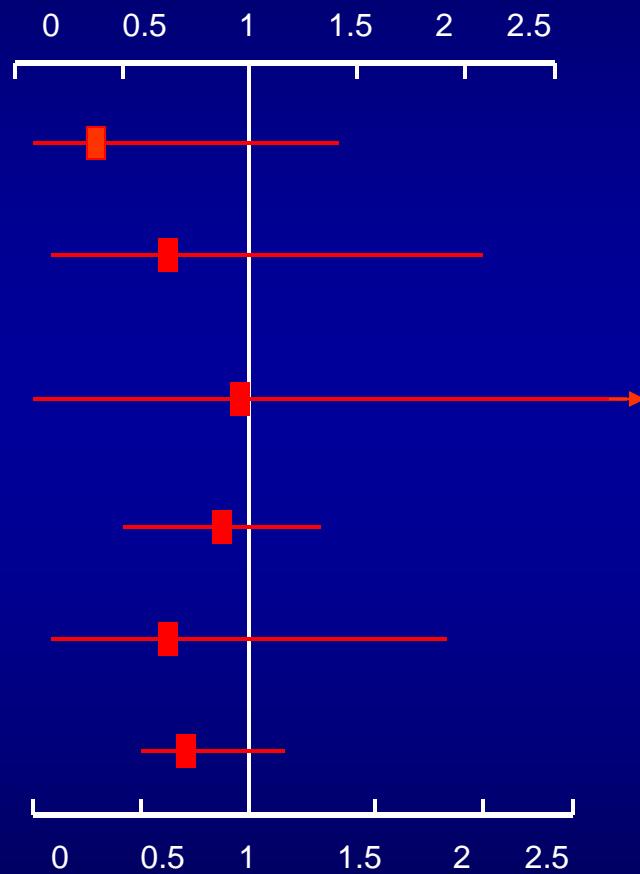
# SADHART: Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF)



- There were no significant changes in blood pressure or heart rate on either Zoloft or Placebo
- The mean dose of Zoloft was 68.8 mg/day
- The mean “dose” of placebo was equivalent to 70.5 mg/day

# Relative Risk (95% CIs) For Cardiovascular Events: Zoloft vs. Placebo

Relative risk for Zoloft vs. placebo



Event Relative risk (95% CI)

Death 0.39 (0.08 – 1.39)

MI 0.70 (0.23 – 2.16)

Stroke 0.98 (0.14 – 6.93)

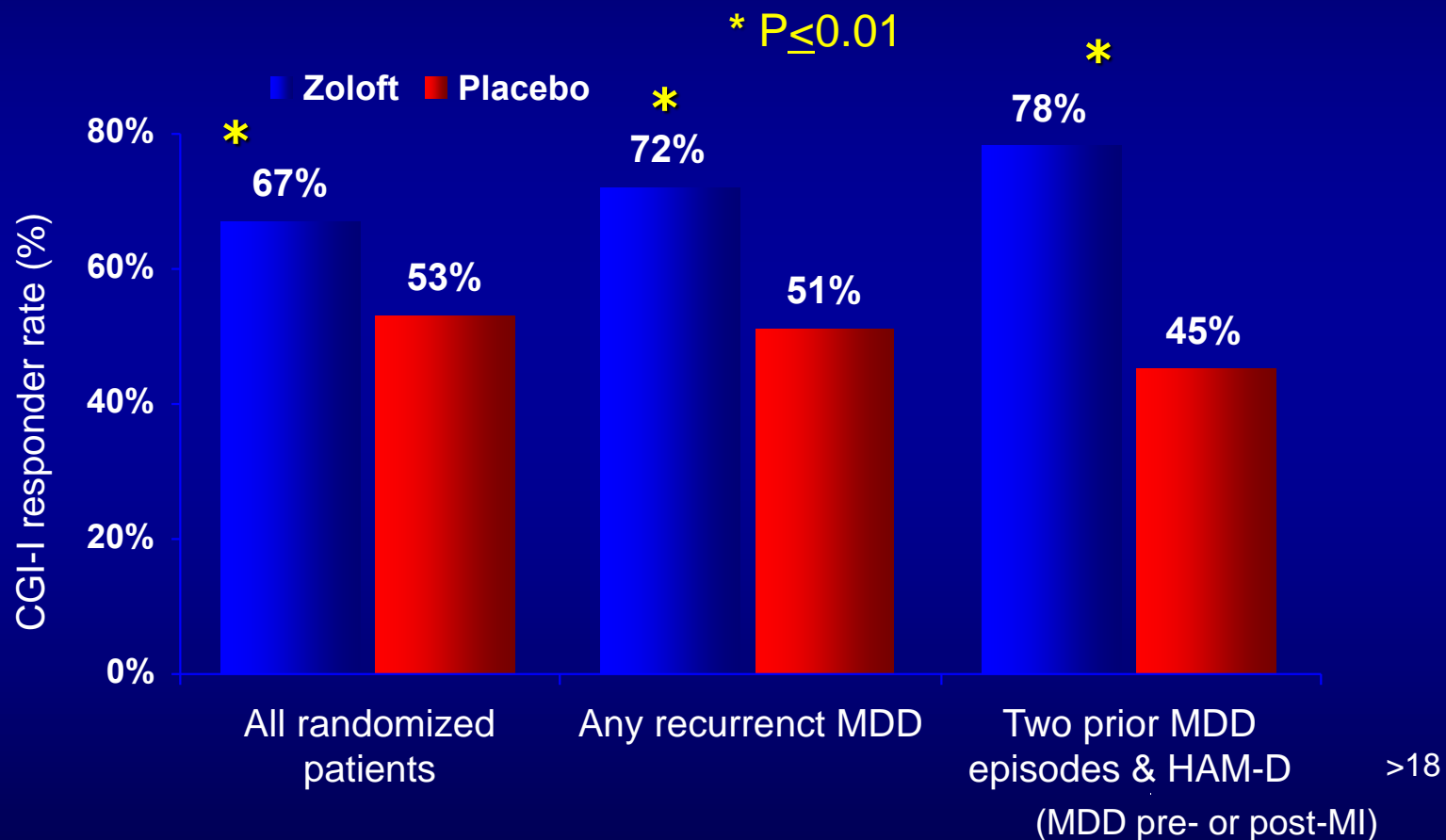
Increased Angina 0.85 (0.53 – 1.38)

CHF 0.70 (0.23 – 2.16)

Composite\* 0.77 (0.51 – 1.16)

\* Composite consists of combination of 5 individual events

# Zoloft Had Significant Antidepressant Effect in the Subgroup of Patients Who Reported Prior Episodes of Depression



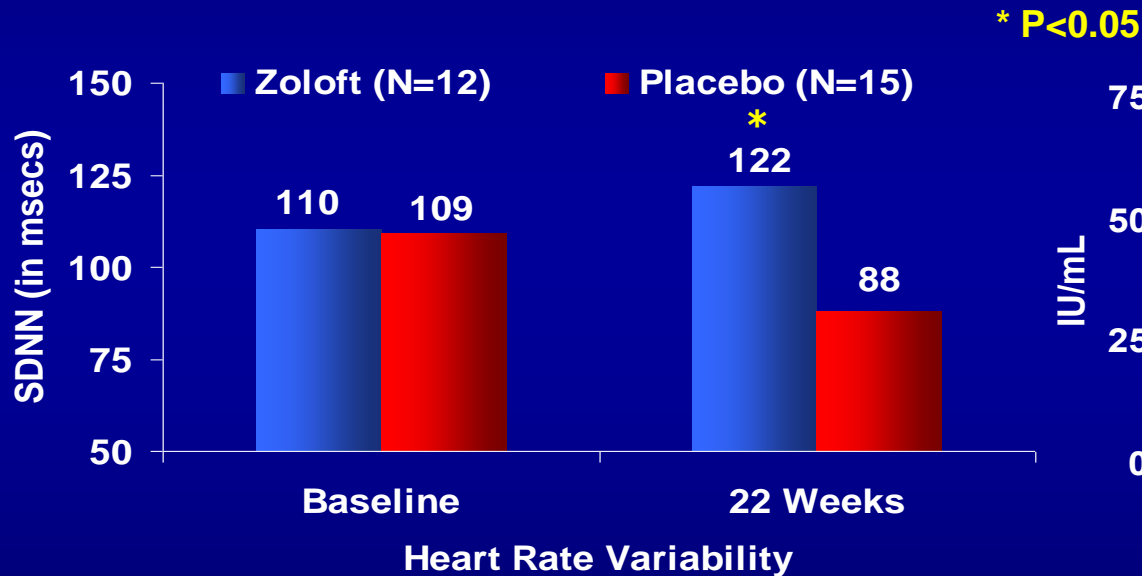
Responder: CGI-I  $\leq$  2;

MDD: Major Depressive Disorder

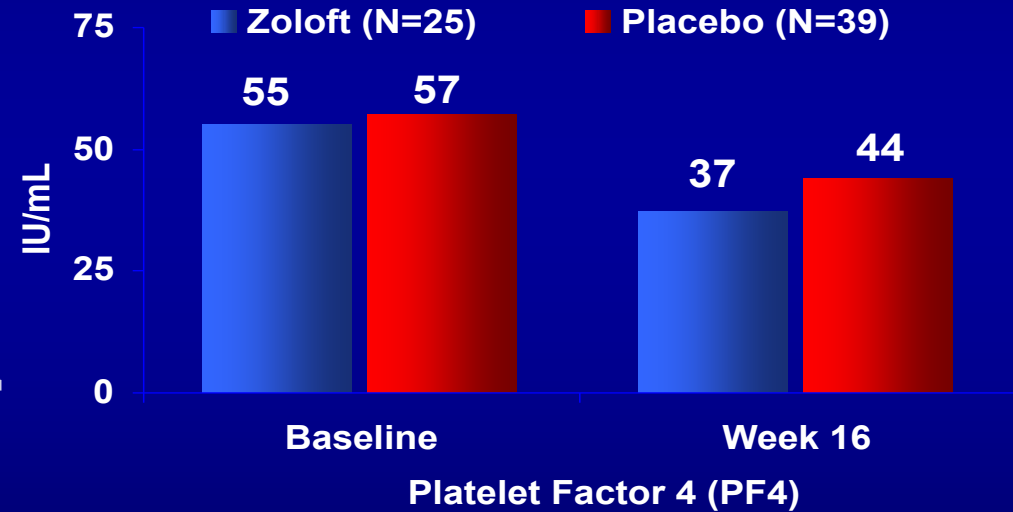
Glassman et al, JAMA, 2002; HAM-D: Hamilton Depression rating scale; CGI-I: Clinical Global Impression, Improvement scale

# Treatment With Zoloft Improves Cardiac Risk Factors Post-MI

Zoloft Increases Heart Rate Variability



Zoloft Reduces Platelet Factor 4



# SADHART: Conclusions

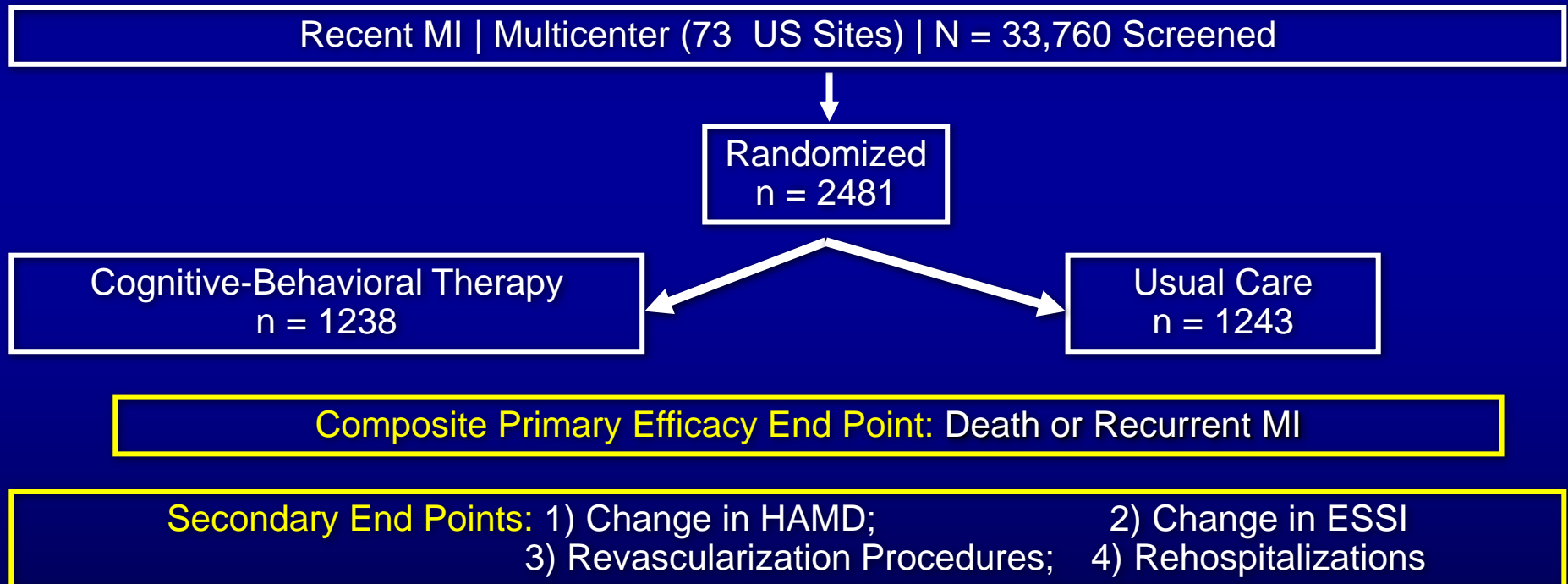
- In depressed patients hospitalized for an acute MI or unstable angina
  - **Safety:** No differences were noted in any cardiac measures between Zoloft and placebo
  - **Efficacy:** Demonstrated primarily in patients with recurrent and/or severe and/or prior to MI depression
- Zoloft-treated patients had a numerically (non-significantly) lower incidence of serious treatment-emergent cardiovascular events

# ENRICHD

Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease

# ENRICHD: Objective & Study Design

**Objective:** To test whether early cognitive & psychosocial interventions to treat both depression and low social support after an acute MI will reduce death and nonfatal recurrent infarctions  
(SSRI treatment added for non-response)

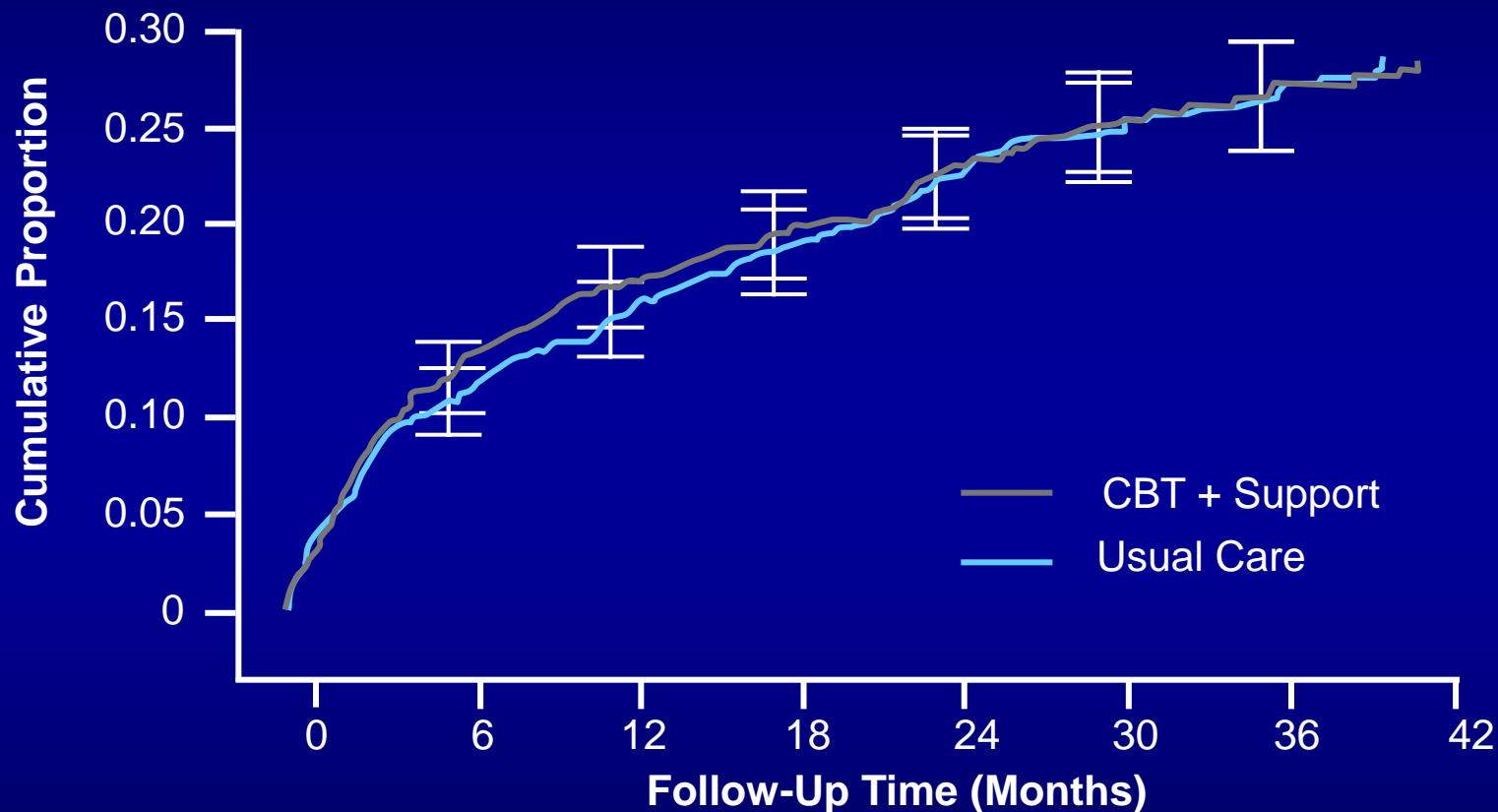


# ENRICHD: Key Elements of the Intervention

- **Cognitive-behavior therapy**
  - Content focused on behavioral activation, cognitive restructuring, social skills training, mobilization of social resources
  - Sessions over 6 months by trained counselors
  - Individual supplemented by group
- **SSRI antidepressant treatment**
  - For non-responders and severely depressed
- **Monitoring and quality assurance**



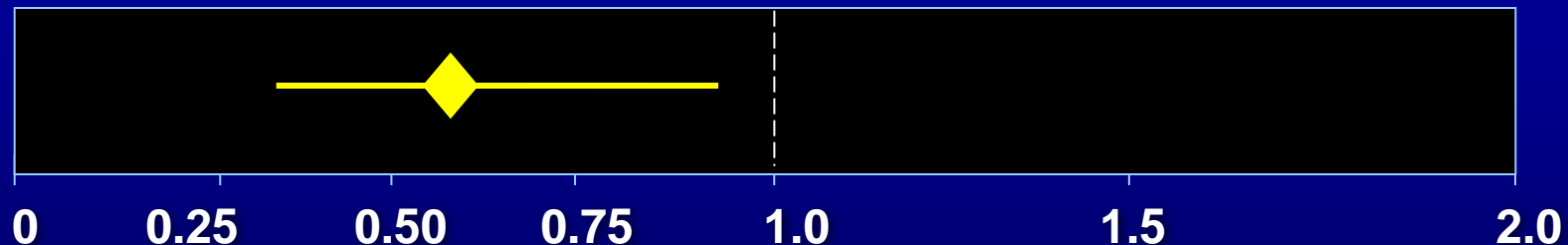
# ENRICHD: Estimated Probability of Death or Nonfatal MI



No at Risk	0	6	12	18	24	30	36	42
Usual Care	1243	1099	1031	898	670	460	265	130
Intervention	1238	1083	1010	886	669	439	280	122

# ENRICHD Medical Outcomes: Addition of an SSRI Significantly Reduced Mortality

	No Drug (N = 1481)	SSRI (N = 353)	<i>P</i>
All-Cause Mortality	15.3%	7.4%	0.0004
CVD Mortality	9.8%	4.5%	0.0003



CVD: cardiovascular disease

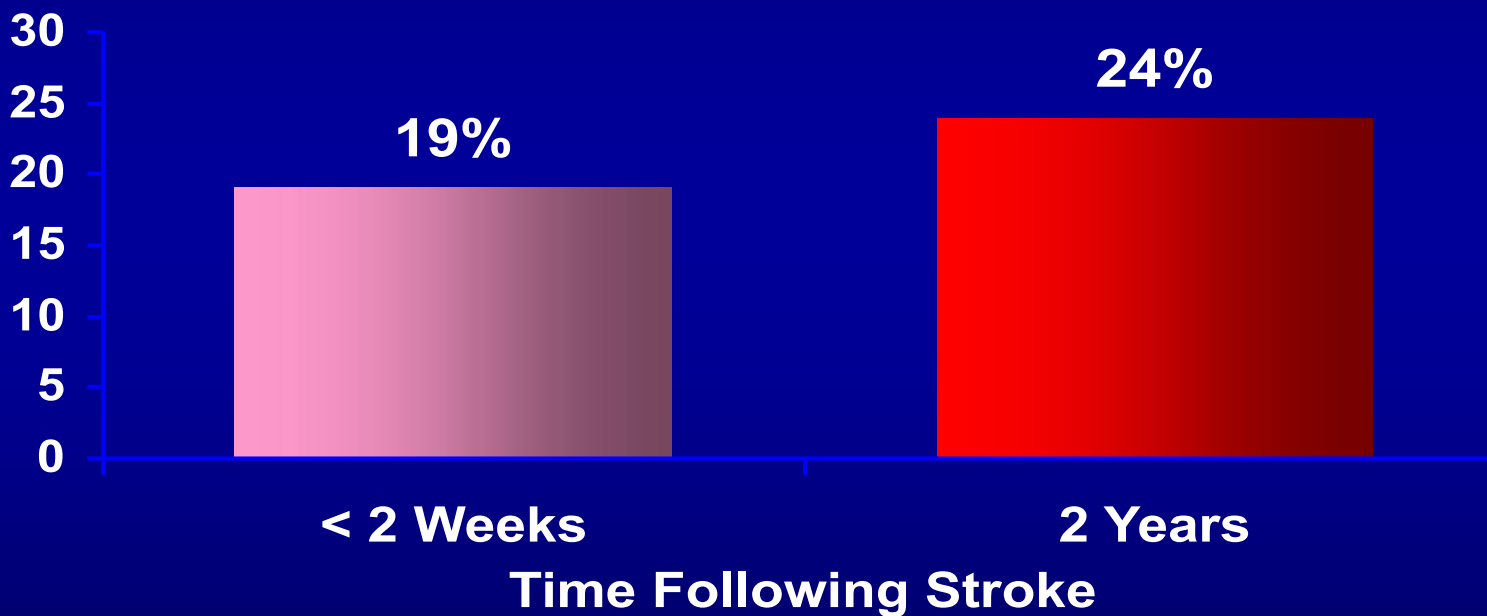
# SADHART & ENRICHD: Conclusions From Two Post-MI Depression Studies

- **Data from these two studies suggest that treatment with SSRIs reduces serious cardiovascular events in depressed post-MI patients**

# Stroke and Depression

# Risk of Depression Following Cerebrovascular Events

Incidence (%) of Major Depression Post-Stroke  
(early and late)



# Risk of Depression Following Cerebrovascular Events

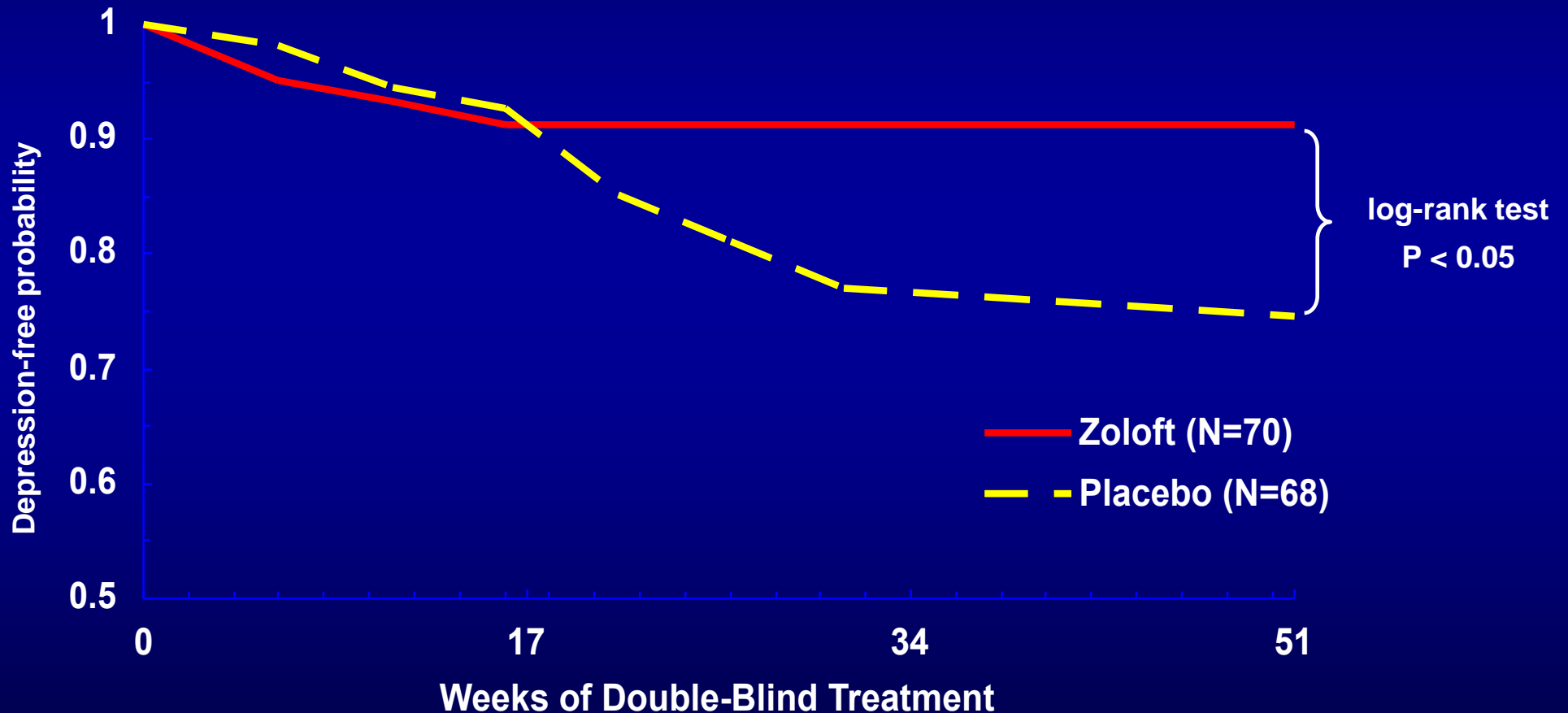
- Post-stroke depression is associated with:
  - Increased cognitive decline
  - Significantly impaired recovery of function and QoL
  - Significantly increased mortality risk

# Zoloft in the Prevention of Depression Post-Stroke: Entry Criteria and Study Design

- 4-site study conducted in Denmark
- Stroke in past 4 weeks (no dementia or aphasia)
- HAM-D  $\leq 13$  (not currently depressed)
- No other preexisting neurological illness
- Randomized to 1 year of double-blind treatment:
  - Zoloft: flexible dosing, 50–150 mg
  - Placebo

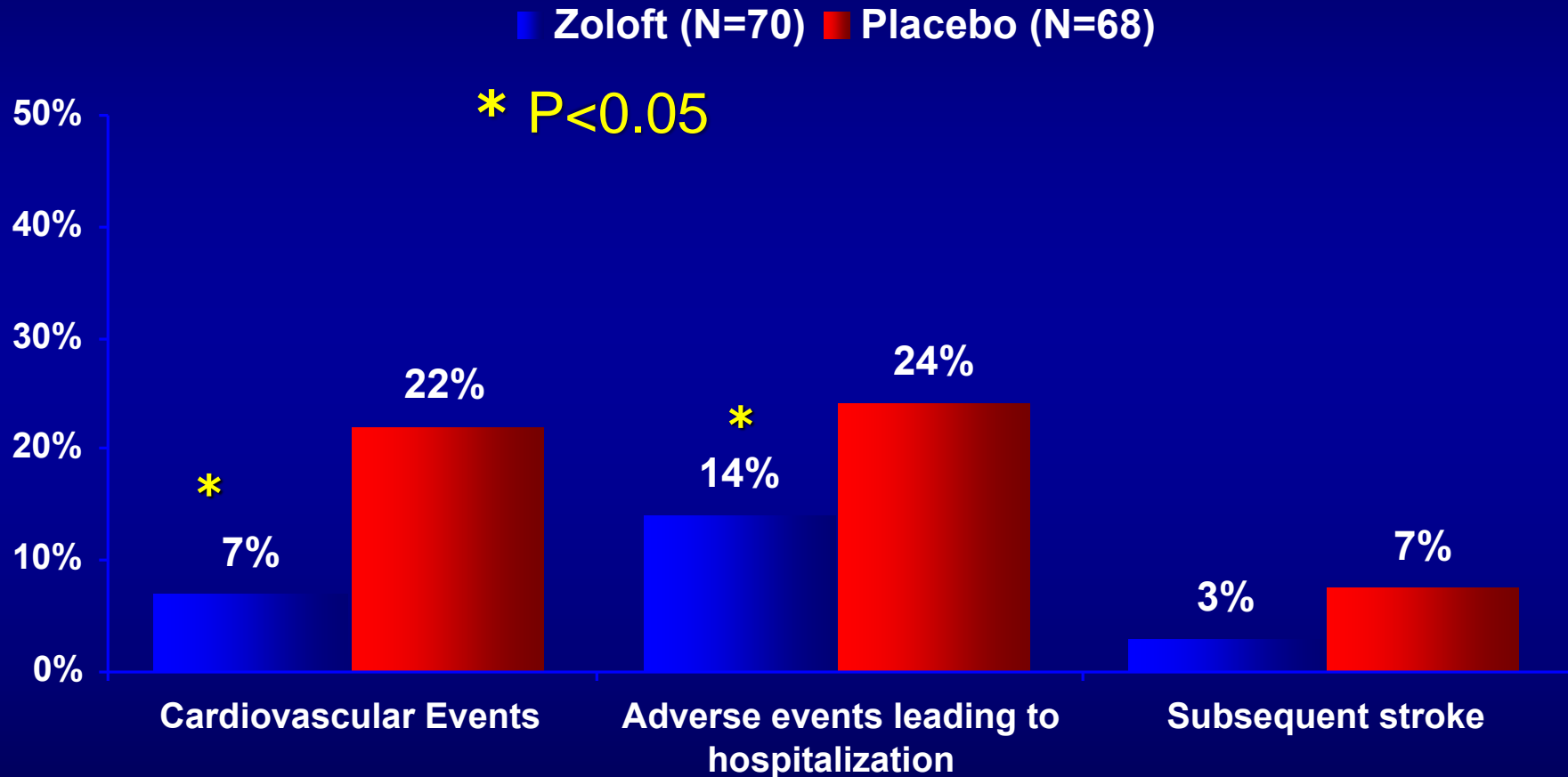
	Zoloft N=70	Placebo N=68
Male, %	51%	53%
Age, years, mean (SD)	72 (9)	67 (11)
Mini-Mental State Exam, mean	25	25
17-item HAM-D total score, mean	6.5	7.6

# Kaplan-Meier Analysis: Time-to-Onset of Depression Based on 17-item HAM-D Total Score $\geq 18$





# Treatment-Emergent Events: Comparison of Placebo and Sertraline



Cardiovascular events include claudication, angina, palpitations, increased blood pressure, tachycardia

# Zoloft in Post-stroke Depression: Conclusions

- **Zoloft has efficacy in the prevention of depression in the first year after stroke**
  - There is a 15%-18% “sparing” effect, even in a sample not selected for risk factors
- **Zoloft was associated with fewer serious CV events and hospitalization**

**Trầm cảm – tiểu đường**

# Trầm cảm và tiểu đường

- Bệnh nhân TĐ có nguy cơ trầm cảm tăng gấp 3 lần (30%)
- Thường dễ tái phát hơn (90%)
- Trầm cảm làm tăng HbA1c 1%
- Nguy cơ NMCT, BMV, BC mắt tăng gấp 2 lần
- Chi phí ĐT tăng gấp 4.5 lần
- Trầm cảm làm tăng gấp ñôi nguy cơ TĐ type 2 (khảo sát tiền cứu ở Mỹ và Nhật)

# Trầm cảm và tiểu đường

- MAOI: có thể gây hạ đường huyết và tăng cân
- TCA: tăng đường huyết và thèm ăn ngọt
- SSRI: làm giảm đường huyết lúc đói, cải thiện tuân thủ chế độ ăn và thuốc men

# ĐÁI THÁO ĐƯỜNG – TRẦM CẢM

- Tỷ lệ trầm cảm tăng 3 tới 5 lần ở người trưởng thành bị ĐTĐ.
- RL trầm cảm chủ yếu ở bệnh nhân ĐTĐ.
  - 8 nghiên cứu có kiểm chứng: 14% (8.5 – 27%)
  - 11 NC không có kiểm chứng: 15.4% (11 – 22.2%)
- Triệu chứng trầm cảm.
  - Có kiểm chứng: 32.4% (21.8 – 60%).
  - Không kiểm chứng: 19.6% (10 – 28%).

# TRẦM CẢM VÀ BIẾN CHỨNG ĐTĐ

- 1/3 bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng về thần kinh, võng mạc, thận bị trầm cảm.
- Trầm cảm mức độ nặng tăng biến chứng do ĐTĐ.
- Tự sát thường nằm trong nhóm bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng.

# Kết luận

- Trầm cảm là một bệnh đi kèm khá phổ biến với nhiều bệnh lý khác
- Trầm cảm là một yếu tố nguy cơ độc lập làm nặng thêm tiên lượng
- Phải chú ý ĐT trầm cảm bên cạnh các bệnh lý gốc



# TRẦM CẢM – CHẨN ĐOÁN / DSM-IV

## TRIỆU CHỨNG CHÍNH

Khí sắc trầm cảm

Mất quan tâm và hứng thú

Rối loạn ăn uống

Rối loạn giấc ngủ

Chậm – kích động

Mệt mỏi

Giảm giá trị – tội lỗi

Suy nghĩ khó khăn

Ý tưởng tự sát

# A SAD FACE(S)

**A:**     **Appetite**

**S:**     **Sleep**

**A:**     **Ahedonia**

**D:**     **Depressed mood**

**F:**     **Fatigue**

**A:**     **Angitation**

**C:**     **Concentration**

**E:**     **Esteem**

**S:**     **Suicide**



# Những thuốc có thể gây trầm cảm

- Thuốc chẹn beta?
- Thuốc chẹn Calci
- Ức chế histamine H2
- Interferon
- Clonidine
- Procainamide
- Barbiturates
- Corticoids
- Indomethacin
- Thuốc phiện
- Phenytoin
- Hormone đồng hóa

# Một số xét nghiệm có thể cần thiết

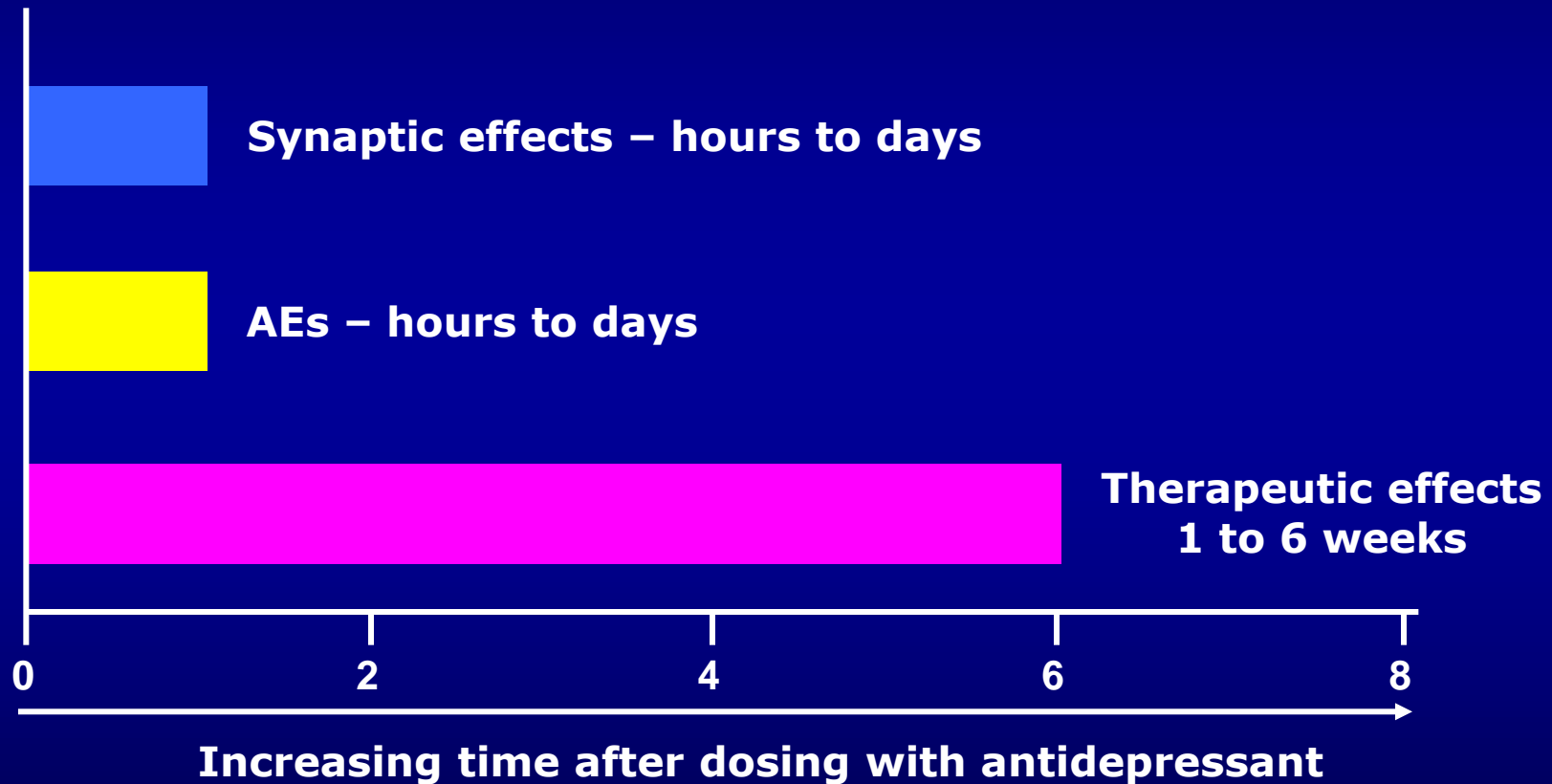
- **Tầm soát tiểu đường: FBS**
- **Lao: CXR**
- **VGSV C: anti-HCV**
- **Bệnh lý tuyến giáp: TSH**
- **NGFL, B12, folate**

# Điều trị

- Giáo dục bệnh nhân
- Điều trị bằng thuốc
- Theo dõi

# Clinical Observations Following Initiation of Antidepressant Therapy

Synaptic effects and adverse events associated with antidepressants often occur before therapeutic effects are observed



# Giáo dục bệnh nhân

- 50-60% đáp ứng với điều trị ban đầu
- 80% sẽ đáp ứng với một thuốc chống trầm cảm
- Hiệu quả điều trị chỉ xuất hiện rõ sau 3-4 tuần

**Điều trị bằng thuốc**

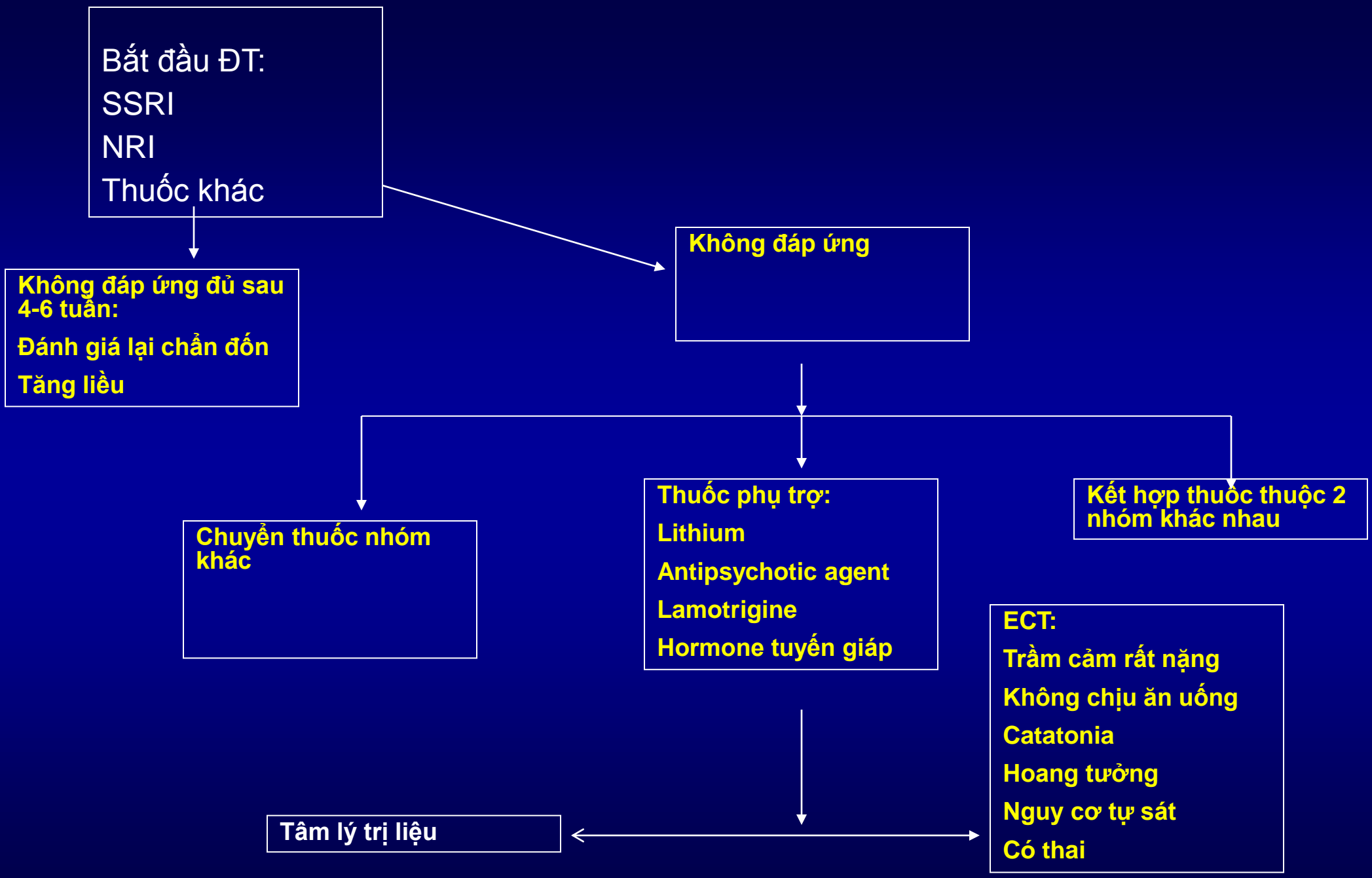


# Điều trị bằng thuốc

- Cơ chế tác dụng của thuốc chống trầm cảm: chưa được hiểu biết rõ
- Không có thuốc nào vượt trội về mặt chống trầm cảm
- Các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới ít độc tính hơn 3 vòng nhưng không làm giảm nguy cơ tự sát
- Mặc dù thuốc SSRI đắt hơn thuốc chống trầm cảm 3 vòng, tổng chi phí điều trị vẫn như nhau do tăng số lần khám để đổi thuốc đối với những bệnh nhân sử dụng thuốc chống trầm cảm 3 vòng

Simon GE et al. Long-term outcomes of initial antidepressant drug choice in a “real world” randomized trial. Arch Fam Med 1999;8:319-25.

Jick SS,. BMJ 1995;310: 215-8



Bắt đầu ĐT:  
SSRI  
NRI  
Thuốc khác

Không đáp ứng đủ sau  
4-6 tuần:  
Đánh giá lại chẩn đoán  
Tăng liều

Không đáp ứng

Chuyển thuốc nhóm  
khác

Thuốc phụ trợ:  
Lithium  
Antipsychotic agent  
Lamotrigine  
Hormone tuyến giáp

Kết hợp thuốc thuộc 2  
nhóm khác nhau

ECT:  
Trầm cảm rất nặng  
Không chịu ăn uống  
Catatonia  
Hoang tưởng  
Nguy cơ tự sát  
Có thai

Tâm lý trị liệu

# SSRIs

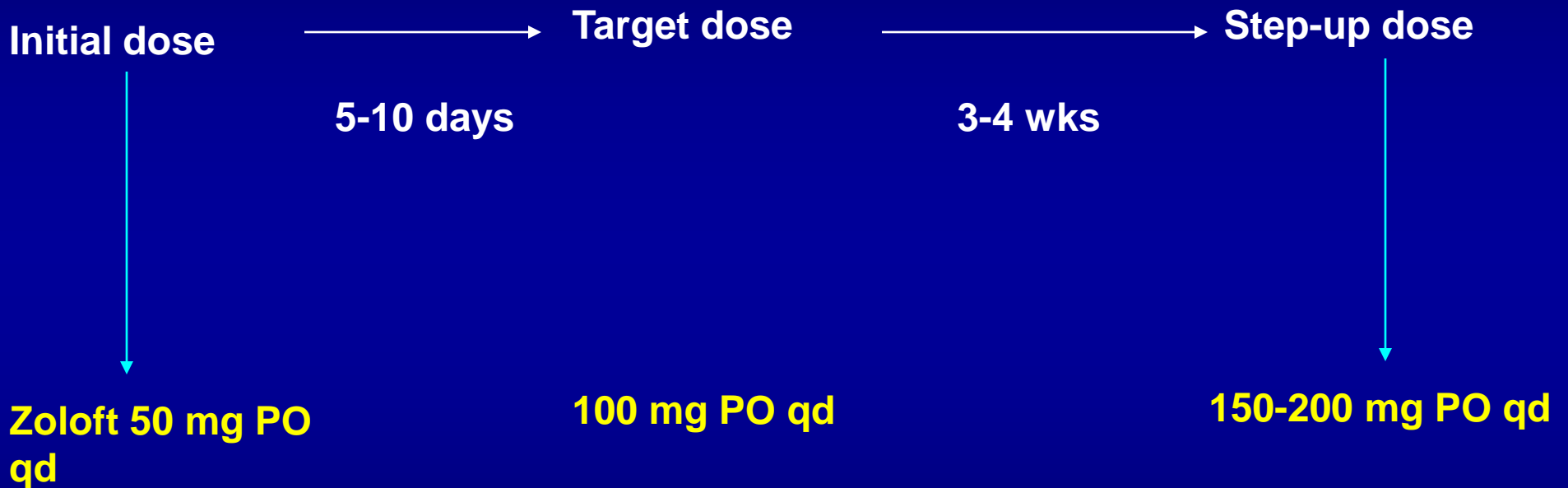
- Thuốc hàng đầu trong ĐT vì dễ dùng, ít tác dụng phụ
- Tác dụng phụ: buồn nôn\*, mất ngủ\*, bứt rứt lo âu\*, buồn ngủ, rối loạn tình dục

\* Thường lui dần sau 10-14 ngày

# Điều trị thuốc chống trầm cảm

- Bắt đầu bằng liều thấp, tăng liều chậm sau 5-10 ngày
- Đáp ứng sau 4 tuần: tăng đến liều ních
- Không đáp ứng hay có tác dụng phụ nghiêm trọng: chuyển hay bổ sung thuốc khác

# Điều trị bằng thuốc: liều lượng



Giảm liều ở người suy thận, suy gan

Không kê toa quá 1 tháng

SSRI: không cần theo dõi nồng độ thuốc huyết thanh

# Tác dụng phụ

- Hầu hết các tác dụng phụ giảm dần trong 1–4 tuần
- Tác dụng điều trị xuất hiện chậm hơn
- Cần khuyến khích bệnh nhân tối đa, tăng số lần tiếp cận để củng cố điều trị

# Thận trọng và tương tác

- Thuốc 3 vòng: loạn nhịp, hạ huyết áp tư thế: tránh sử dụng ở bệnh nhân có bệnh mạch vành hay loạn nhịp, đo ECG trước khi sử dụng và tăng liều
- Thận trọng khác: Bệnh gan
- Không sử dụng SSRIs chung với sibutramine

# Thận trọng khi kết hợp với benzodiazepine

- Lợi ích: sử dụng trong 30-60% trường hợp để điều trị mất ngủ, lo âu và giảm tỷ lệ bỏ điều trị
- Nguy cơ: an thần, lệ thuốc, giảm trí nhớ, HC cai thuốc, tăng tỷ lệ gãy xương, té ngã, tai nạn



# Khi nào cần chuyển BS Tâm thần?

- BS tổng quát có thể điều trị trầm cảm hiệu quả > 75% trường hợp
- Tham vấn tâm thần:
- Mania, psychosis
- Không đáp ứng thuốc
- Cần phối hợp thuốc
- Có ý định tự sát

## Theo dõi (1)

Theo dõi sát trong 3 tháng đầu:

Gần 50% bệnh nhân bỏ thuốc trong tháng đầu

Tái khám mỗi 1-2 tuần để củng cố bệnh nhân:

Chỉ thấy tác dụng rõ sau ít nhất 4-6 tuần

Chỉ 50% đáp ứng với thuốc chống trầm cảm đầu tiên

Đổi thuốc thứ 2: hiệu quả 80%

## Theo dõi (2)

- Thời gian điều trị:
- Ít nhất 6 tháng để tránh tái phát
- ĐT thêm 6-8 tháng sau khi hồi phục
- Những bệnh nhân có trên 2 đợt trầm cảm nặng trong vòng 2 năm: điều trị ít nhất 2 năm\* hay vô thời hạn
- Tái khám mỗi 3-6 tháng
- Giảm liều thật chậm trong 2-3 tháng. Nếu tái phát (relapse), ĐT thêm 3-6 tháng

# Không đáp ứng hoặc tái phát

- Không đáp ứng: chuyển sang thuốc cùng nhóm hoặc khác nhóm (không cần wash out)
- Tái phát: điều trị lại ít nhất 3-6 tháng
- 1/3 bệnh nhân tái phát trong vòng năm đầu sau khi ngưng thuốc
- 1/2 tái phát về sau

# Kết luận

- Trầm cảm là một bệnh lý phổ biến và có thể gặp trong mọi bối cảnh lâm sàng
- Chẩn đoán trầm cảm không khó
- Điều trị trầm cảm không đòi hỏi kiến thức sâu rộng về tâm thần học
- Với hóa trị liệu, tỷ lệ thành công có thể đến 80%