

Tiếp cận chẩn đoán bệnh lý não

PGS.TS Cao Phi Phong

Định nghĩa bệnh lý não

Bệnh lý não có nghĩa là bệnh não: “rối loạn hoặc tổn thương não”. Thuật ngữ này đề cập đến các điều kiện tạm thời hoặc vĩnh viễn ảnh hưởng đến cấu trúc hoặc chức năng của não bộ. Triệu chứng chính của bệnh não là sự thay đổi trạng thái tinh thần (tâm thần). Có nhiều loại bệnh lý não khác nhau, với các nguyên nhân riêng biệt và bệnh lý não có thể là một biến chứng của một tình trạng khác

Các nhà thần kinh học tham khảo từ thuật ngữ “encephalopathy” (bệnh lý não, bệnh của não bộ) “Hội chứng cấp tính hoặc bán cấp đặc trưng: rối loạn ý thức, suy giảm nhận thức toàn bộ, mất định hướng, thiếu chú ý, rối loạn chu kỳ thức - ngủ và lâm sàng dao động”

Triệu chứng bệnh lý não

Mệt mỏi, khó tập trung và hay quên là những triệu chứng tiềm ẩn của bệnh não. Triệu chứng chính của bệnh não là thay đổi trạng thái tinh thần (mental state):

- gặp khó khăn trong việc cảnh giác (having trouble staying alert)
- có vấn đề về suy nghĩ hoặc xử lý thông tin
- cảm thấy lẫn lộn (feeling confused)
- quên đồ vật
- cư xử không đúng mực (behaving out of character)
- khó tập trung (finding it hard to concentrate)
- cảm thấy rất mệt mỏi (feeling very tired) Những triệu chứng này có thể trở nên tồi tệ hơn theo thời gian. Sự tiến triển phụ thuộc vào loại bệnh não và mức độ nghiêm trọng của nó.

Ngoài trạng thái tinh thần bị thay đổi, một người mắc bệnh não có thể gặp phải:

- co giật cơ không tự chủ
- cử động mắt không tự chủ
- run rẩy
- yếu cơ

- khó nuốt hoặc nói
- co giật



Đánh giá lâm sàng

Bệnh sử

- Thời gian và nguồn gốc của bệnh lý não
- Các triệu chứng liên quan
 - Sốt, nôn, chán ăn
 - Cơ đau đầu, co giật
- Bệnh sốt hiện tại / gần đây
- Trong một số trường hợp, nguyên nhân là rõ ràng Ví dụ. suy thận cấp / suy gan cấp tính, DM, sau chấn thương đầu hoặc thiếu oxy
- Pre-existing medical / neurological condition
- Developmental history
- Travel, contact with animals/ insects
- Drug/ toxin ingestion
- Family history
 - Neurological/ metabolic disorder; vascular/ bleeding disorder
 - Parental consanguinity

- Early/ unexplained childhood deaths

- Social history: non accidental injury

Thăm khám

- Examination and observation
- Vital signs: HR, BP, RR, Spo2, nhiệt độ
- Mental state, communication, behaviour, orientation, memory etc.
- Neurological examination: Focal neurological deficit
- Motor & sensory
- Cranial nerves & limbs
 - Eyes: nystagmus, ophthalmoplegia, pupils, fundoscopy
 - Abnormal movement
- Examination of other systems

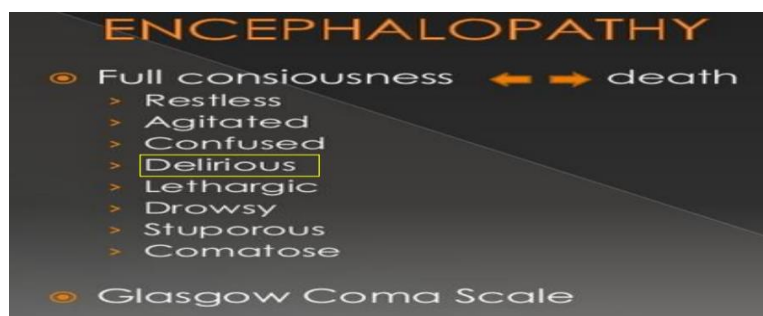
Cận lâm sàng

- Cận lâm sàng đầu tiên: Blood glucose, Blood gases, Urea & electrolytes, Ammonia, FBC & blood picture, Urine
- Nhanh chóng xác định nguyên nhân và điều trị
- Các tests hướng dẫn chẩn đoán phân biệt - Lumbar puncture: CNS infections - Neuro-imaging (Ultrasound, CT, MRI)

Chẩn đoán encephalopathy

Lâm sàng đề nghị: Fever, headache, Meningism, Focal neurological deficits, Seizures, Primary source of infection, Pneumonia (bacteria, mycoplasma, TB), purpuric rash (meningococemia), mucosal herpetic lesions, cyanotic heart dis. (brain abscess)

Chẩn đoán phân biệt: Delirium, Psychosis, Dementia ?



Delirium Core Diagnostic Characteristics



Delirium

- Mê sảng là một rối loạn tinh thần thực thể cấp tính (acute organic mental disorder) đặc trưng bởi sự suy giảm ý thức, mất định hướng và rối loạn trong nhận thức và bồn chồn (restlessness).
- Đó là một sự xáo trộn nghiêm trọng về khả năng tinh thần dẫn đến suy nghĩ lẫn lộn và giảm nhận thức về môi trường.
- Bắt đầu mê sảng thường nhanh chóng - trong vài giờ hoặc vài ngày

Nguyên nhân

- Mê sảng xảy ra khi việc gửi và nhận tín hiệu bình thường trong não bị suy yếu.
- Các nguyên nhân có thể bao gồm:
 - Một số loại thuốc hoặc độc tính của thuốc
 - Lạm dụng hoặc cai nghiện rượu hoặc ma túy
 - Bệnh nội khoa
 - Rối loạn chuyển hóa

- Bệnh nặng, mãn tính hoặc giai đoạn cuối
- Sốt và nhiễm trùng cấp tính, đặc biệt ở trẻ em
- Tiếp xúc với độc tố
- Suy dinh dưỡng hoặc mất nước
- Mất ngủ hoặc suy sụp tinh thần nghiêm trọng
- Đau
- Phẫu thuật hoặc các thủ thuật y khoa khác bao gồm gây mê
- Một số loại thuốc hoặc kết hợp thuốc có thể kích hoạt mê sảng, bao gồm :

Thuốc giảm đau

Thuốc ngủ

Thuốc trị rối loạn khí sắc (mood disorders), như lo âu và trầm cảm

Thuốc chống dị ứng (antihistamines)

Thuốc điều trị co thắt hoặc co giật

Thuốc trị hen suyễn



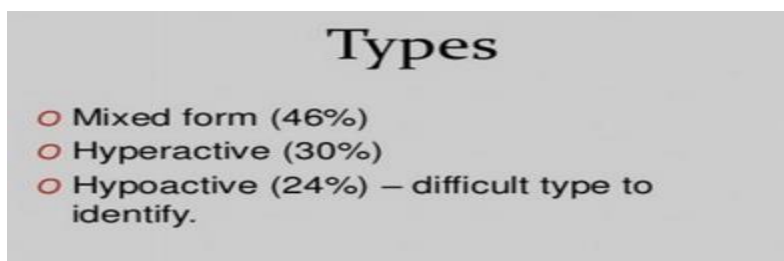
Triệu chứng

- Dấu hiệu và triệu chứng mê sảng thường bắt đầu sau vài giờ hoặc vài ngày.
- Thường dao động trong suốt cả ngày và có thể không có triệu chứng.
- Các triệu chứng có xu hướng tồi tệ hơn vào ban đêm khi trời tối và mọi thứ trông ít quen thuộc hơn

- **Giảm nhận thức về môi trường:** Điều này có thể dẫn đến không thể tập trung vào một chủ đề hoặc chuyển chủ đề, bị mắc kẹt vào một ý tưởng thay vì trả lời các câu hỏi hoặc cuộc trò chuyện, dễ bị phân tâm bởi những điều không quan trọng, rút rè (Being withdrawn), với ít hoặc không có hoạt động hoặc ít phản ứng với môi trường
- **Kỹ năng tư duy kém (suy giảm nhận thức):** Trí nhớ kém, đặc biệt là các sự kiện gần đây, mất định hướng (Disorientation), khó nói hoặc nhớ lại các từ, nói chậm hoặc vô nghĩa (Rambling or nonsense speech), khó hiểu lời nói, khó đọc hoặc viết
- **Thay đổi hành vi - Điều này có thể bao gồm:** Ảo giác (Hallucinations), bồn chồn, kích động (Restlessness, agitation), gọi ra, tạo ra những âm thanh khác (Calling out, making other sounds), im lặng và rút rè (Being quiet and withdrawn) - đặc biệt là ở người lớn tuổi, vận động chậm chạp hoặc ngủ gà (lethargy). Rối loạn thói quen ngủ (Disturbed sleep habits), đảo ngược chu kỳ thức ngủ ngày đêm (Reversal of night-day sleep-wake cycle)
- **Rối loạn cảm xúc - Điều này có thể xuất hiện dưới dạng:** Lo lắng, sợ hãi hoặc hoang tưởng (paranoia), trầm cảm, khó chịu hoặc tức giận (Irritability or anger). Cảm giác phấn chấn (euphoria), sự vô cảm (apathy), khí sắc thay đổi nhanh chóng và không thể đoán trước, thay đổi nhân cách

Các loại mê sảng

- **Hypoactive delirium.** Điều này có thể bao gồm không hoạt động hoặc giảm hoạt động vận động, chậm chạp, buồn ngủ bất thường (sluggishness, abnormal drowsiness).
- **Hyperactive delirium.** Điều này có thể bao gồm bồn chồn, kích động, thay đổi khí sắc nhanh chóng hoặc ảo giác.
- **Mixed delirium.** Điều này bao gồm cả các triệu chứng hiếu động và giảm hoạt động. Người bệnh có thể nhanh chóng chuyển từ trạng thái hiếu động sang trạng thái giảm hoạt động



Các yếu tố nguy cơ

- Rối loạn não như sa sút trí tuệ, đột quỵ hoặc bệnh Parkinson
- Tuổi già

- Các cơn mê sảng trước đây
- Suy giảm thị lực hoặc thính giác
- Có nhiều vấn đề nội khoa

Xét nghiệm và chẩn đoán

- Đánh giá tình trạng tinh thần (Mental status)
- Khám thực thể và thần kinh- kiểm tra thần kinh - kiểm tra thị lực, cân bằng, phối hợp và phản xạ - có thể giúp xác định xem đột quỵ hoặc bệnh thần kinh khác có gây ra mê sảng hay không.
- Xét nghiệm máu
- Nước tiểu
- CT, MRI

Phương pháp điều trị

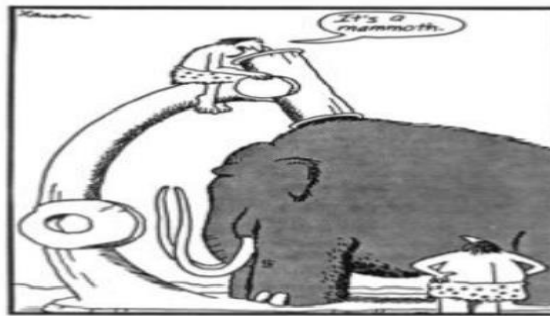
- Mục tiêu đầu tiên của điều trị mê sảng là giải quyết nguyên nhân - ví dụ, bằng cách ngừng sử dụng một loại thuốc cụ thể hoặc điều trị nhiễm trùng.
- Điều trị sau đó tập trung vào việc tạo ra môi trường tốt nhất để chữa lành cơ thể và làm dịu não (healing the body and calming the brain)
- Chăm sóc hỗ trợ
- Chăm sóc hỗ trợ nhằm ngăn ngừa các biến chứng bằng cách:
 - Bảo vệ đường thở
 - Cung cấp dịch và dinh dưỡng
 - Hỗ trợ vận động
 - Điều trị đau
 - Giải quyết tiểu không tự chủ
- Tránh thay đổi môi trường xung quanh và người chăm sóc khi có thể
- Khuyến khích sự tham gia của các thành viên trong gia đình hoặc những người quen thuộc

Thuốc

- Tránh hoặc giảm thiểu việc sử dụng thuốc có thể gây ra mê sảng. Một số loại thuốc cần thiết để kiểm soát cơn đau có thể gây mê sảng.

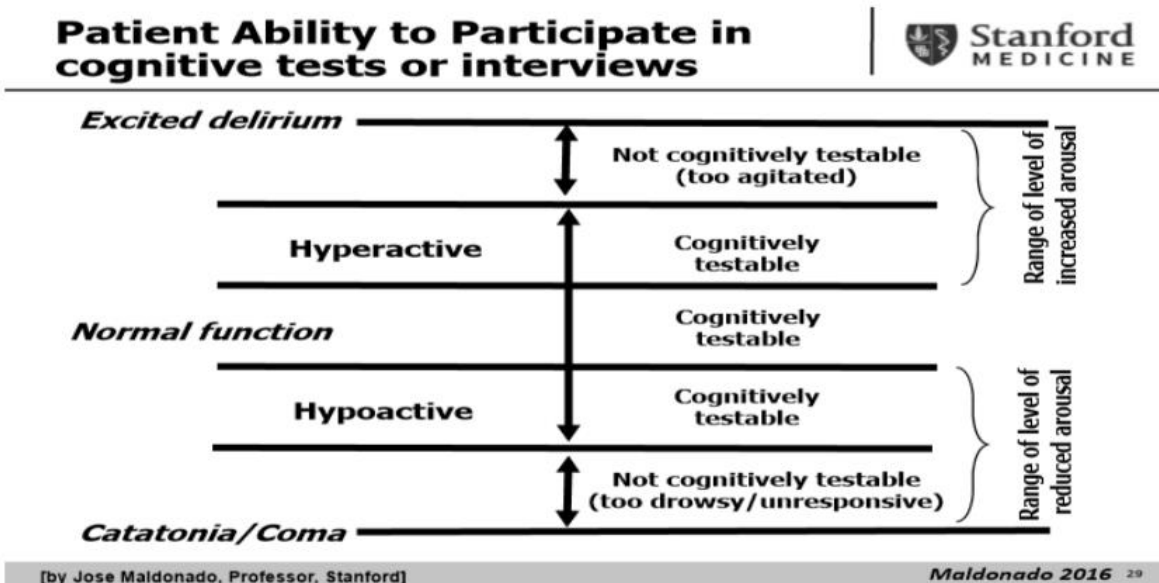
- Dịch và dinh dưỡng nên được cung cấp cẩn thận vì bệnh nhân có thể không sẵn sàng hoặc không thể duy trì một lượng cân bằng. Đối với bệnh nhân nghi ngờ nhiễm độc rượu hoặc cai rượu, nên điều trị bằng vitamin tổng hợp, đặc biệt là thiamine.

Delirium's Diagnostic Dilemma



(tình trạng khó xử)

BN có khả năng tham gia test nhận thức



Delirium Diagnostic Criteria

DSM V

- A. Disturbance in attention (i.e., reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention) and awareness (reduced orientation to the environment).
- B. The disturbance develops over a short period of time (usually hours to a few days), represents a change from baseline attention and awareness, and tends to fluctuate in severity during the course of a day.
- C. An additional disturbance in cognition (e.g., memory deficit, disorientation), language, visuospatial ability, or perception that is not better explained by a preexisting, established, or other evolving neurocognitive disorder.
- D. The disturbances in Criteria A and C are not better explained by another preexisting, established, or evolving neurocognitive disorder and do not occur in the context of a severely reduced level of arousal, such as coma.
- E. There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is caused by the physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or withdrawal (i.e., due to a drug of abuse or to a medication), or a toxin exposure, or is due to multiple etiologies.

ICD-10

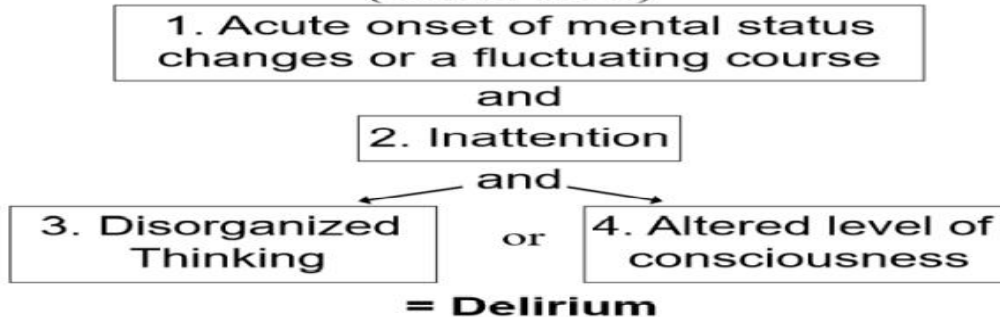
Symptoms, mild or severe, should be present in each one of the following areas:

- A. Impairment of consciousness and attention, on a continuum from clouding to coma (e.g., reduced ability to direct, focus, sustain, and shift attention);
- B. Global disturbance of cognition (e.g., perceptual distortions, illusions and hallucinations - most often visual; impairment of abstract thinking and comprehension, with or without transient delusions, but typically with some degree of incoherence; impairment of immediate recall and of recent memory but with relatively intact remote memory; disorientation for time as well as, in more severe cases, for place and person);

- C. Psychomotor disturbances (e.g., hypo- or hyperactivity and unpredictable shifts from one to the other; increased reaction time; increased or decreased flow of speech; enhanced startle reaction);
- D. Disturbance of the sleep-wake cycle (e.g., insomnia or, in severe cases, total sleep loss or reversal of the sleep-wake cycle; daytime drowsiness; nocturnal worsening of symptoms; disturbing dreams or nightmares, which may continue as hallucinations after awakening);
- E. Emotional disturbance (e.g., depression, anxiety or fear, irritability, euphoria, apathy, or wondering perplexity).

The onset is usually rapid, the course diurnally fluctuating, and the total duration of the condition less than 6 months.

Confusion Assessment Method (CAM-ICU)

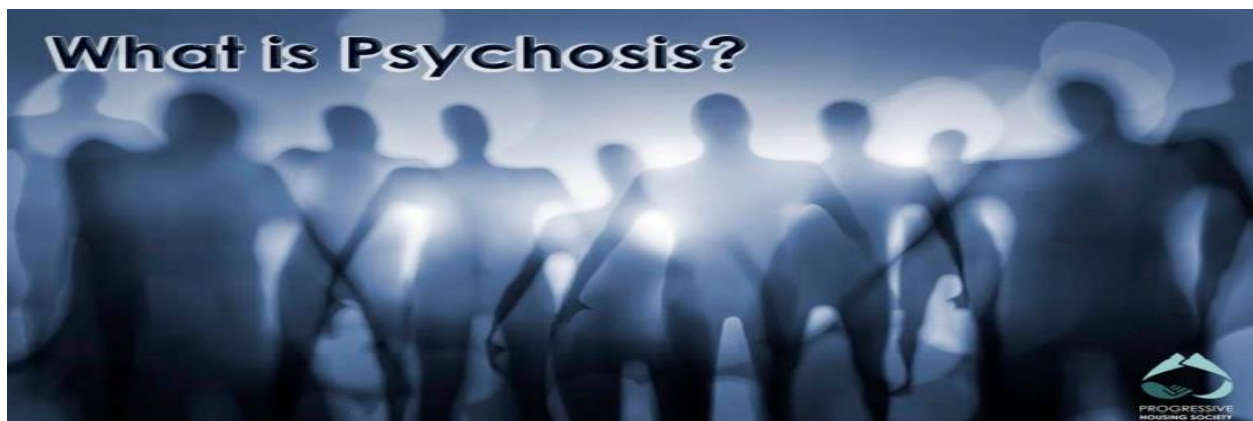


Delirium – tại sao cần chăm sóc?

- Mê sảng là hội chứng tâm thần (psychiatric syndrome) phổ biến nhất được tìm thấy ở bệnh viện đa khoa.

- Một trong sáu nguyên nhân gây ra hàng đầu ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện có thể phòng ngừa được.
- Sau khi kiểm soát nhân khẩu học, mức độ nghiêm trọng của bệnh, tuổi tác và bệnh nội khoa đi kèm, bệnh nhân mắc chứng mê sảng xấu hơn nhiều.

Loạn thần là gì ?



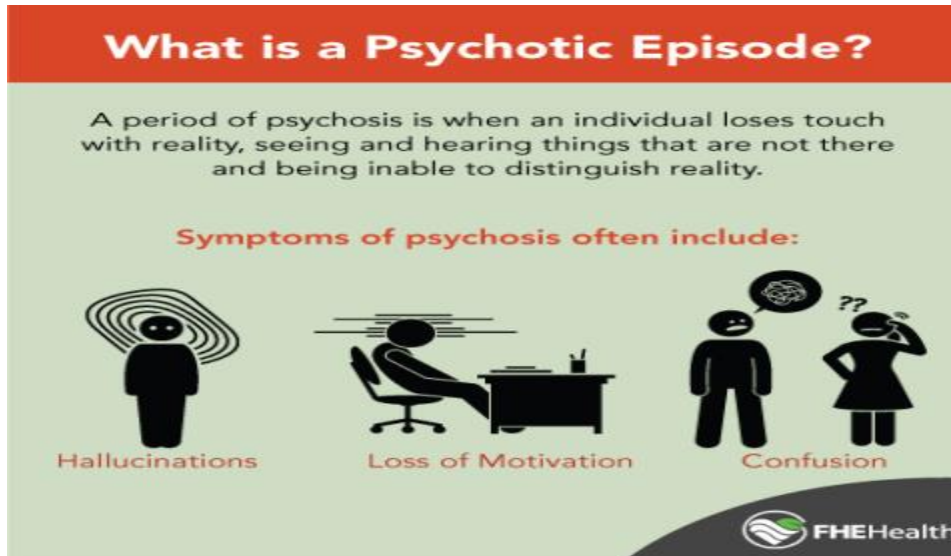
Tổng quan về loạn thần (Psychosis)



Loạn thần và cơn loạn thần (Psychosis and Psychotic Episodes) ?

- Loạn thần là một tình trạng ảnh hưởng đến cách não xử lý thông tin.
- Nó khiến BN mất liên lạc với thực tế.

- BN có thể thấy, nghe hoặc tin những điều không có thật.
- Loạn thần là một triệu chứng, không phải là một bệnh.
- Một bệnh tâm thần hoặc thực thể, lạm dụng chất, hoặc quá căng thẳng hoặc chấn thương có thể gây ra loạn thần.



Triệu chứng loạn thần (Symptoms of Psychosis)

Loạn thần không khởi phát đột ngột. Nó thường theo mô hình này:

Dấu hiệu cảnh báo trước khi loạn thần:

- Nó bắt đầu bằng những thay đổi dần dần trong cách bn suy nghĩ và hiểu về thế giới.
- BN hoặc thành viên gia đình của bn có thể nhận thấy:
- Giảm mức độ hoặc hiệu suất công việc
- Rắc rối suy nghĩ rõ ràng hoặc tập trung
- Nghi ngờ hoặc không hài lòng người khác xung quanh
- Thiếu tự chăm sóc hoặc vệ sinh
- Dành nhiều thời gian một mình hơn bình thường
- Cảm xúc mạnh mẽ hơn tình huống cần thiết
- Không có cảm xúc

Dấu hiệu loạn thần sớm: BN có thể:

- Nghe, nhìn, hoặc nếm những thứ người khác không thể (Hear, see, or taste things others don't)
- Giữ vững niềm tin hoặc suy nghĩ bất thường cho dù người khác nói gì
- Rời xa gia đình và bạn bè
- Ngừng chăm sóc bản thân
- Không thể suy nghĩ rõ ràng hoặc chú ý

Các triệu chứng của một giai đoạn loạn thần (psychotic episode): Thông thường bn sẽ nhận thấy tất cả các điểm trên cộng với:

Ảo giác (Hallucinations):

Ảo giác thính giác: Nghe giọng nói khi không có ai xung quanh Ảo giác xúc giác: Những cảm giác hoặc cảm xúc kỳ lạ mà bn không thể giải thích Ảo giác thị giác: Bn thấy người hoặc đồ vật không có ở đó, hoặc bn nghĩ rằng hình dạng của mọi thứ có vẻ sai

Ảo tưởng (Delusions): Những niềm tin mà không có trong văn hóa của bn và không ý nghĩa với người khác, như:

Các thế lực bên ngoài đang kiểm soát cảm xúc và hành động của bn

Các sự kiện nhỏ hoặc bình luận có ý nghĩa rất lớn

Bn có sức mạnh đặc biệt, đang thực hiện một nhiệm vụ đặc biệt hoặc thực sự là một thương đế.

Nguyên nhân của loạn thần

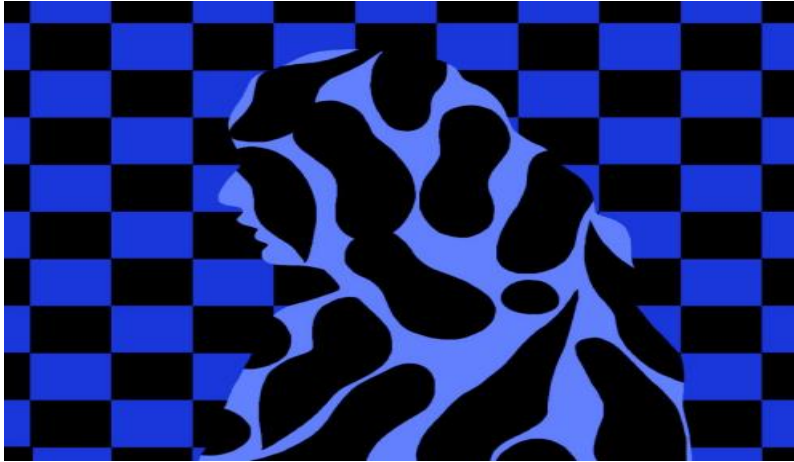
Không biết chính xác nguyên nhân gây ra loạn thần, một số yếu tố nguy cơ bao gồm:

- Di truyền học
- Thuốc: một số thuốc theo toa và lạm dụng rượu hoặc ma túy như cần sa(marijuana), amphetamines.
- Chấn thương tâm lý: Chết người thân, tấn công tình dục hoặc chiến tranh có thể dẫn đến loạn thần.
- Loại chấn thương và độ tuổi của bn khi nó xảy ra cũng đóng một vai trò.
- Tổn thương và bệnh tật: Chấn thương sọ não, u não, đột quỵ, bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, SSTT và HIV đều có thể gây ra loạn thần.

Loạn thần cũng có thể là triệu chứng của bệnh tâm thần(mental illness), như tâm thần phân liệt hoặc rối loạn lưỡng cực

Chẩn đoán

- BN có thể gặp một nhà tâm lý học, bác sĩ tâm thần hoặc một nhân viên xã hội.
- Họ sẽ tìm ra những gì có thể gây ra các triệu chứng của bn và tìm kiếm các điều kiện liên quan.
- Các bác sĩ chẩn đoán bệnh tâm thần sau khi loại trừ những thứ khác có thể gây ra các triệu chứng loạn thần



Psychotic Disorders

- *Brief Psychotic Disorder*
- *Schizophreniform Disorder*
- *Schizophrenia Disorder*
- *Delusional Disorders*
- *Schizoaffective Disorder*
- *Psychotic disorder due to Medical condition*
- *Psychotic disorder due to Medication/Substance Induced*



Psychosis: Due to Another Medical Condition

▶ Typhoid Fever	Idiopathic Basal Ganglia Calcifications
▶ Temporal Lobe Epilepsy	Post Traumatic Encephalopathy
▶ Alzheimers Disease	Viral Encephalitis
▶ Frontotemporal Dementia	Creutzfeldt-Jakob Disease
▶ Cortical Lewy Body disease	Stroke
▶ Huntington's Chorea	Vascular Dementia
▶ Parkinson's Disease	Multiple Sclerosis
▶ Brain Tumor	Vitamin B12 Deficiency

Psychosis: Medication Induced Psychotic disorder

- Toxins: Phencyclidine
- Medications: Bromocriptine
- Hormones
- Withdrawal of sedatives/hypnotics/anxiolytic
- Cannabis
- Alcohol
- Amphetamines
- Cocaine

Psychopharmacology for Psychosis

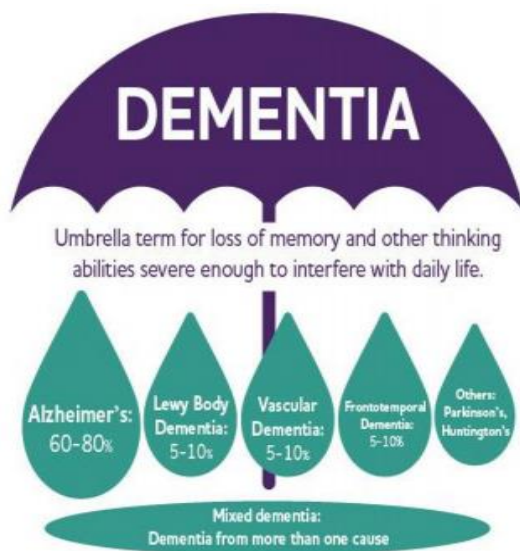
▶ <u>Typical Medications(1950-present)</u>	<u>Atypicals (1970-present)</u>
1. Thorazine (Chlorpromazine)	Clozapine(Clozaril)
2. Mellaril (Thioridazine)	Risperdal (Risperidone)
3. Stelazine (Trifluoperazine)	Olanzapine (Zyprexa)
4. Trilafon(Perphenazine)	Quetiapine (Seroquel)
5. Serentil (Mesoridazine)	Ziprasidone (Geodon)
6. Prolixin (Fluphenazine)	Lurasidone (Latuda)
7. Navane (Thiothixene)	Aripiprazole (Abilify)
8. Haldol (Haloperidol)	Paliperidone (Invega)
9. Moban (Molindon)	Cariprazine (Vraylar)
10. Loxapine (Loxitane)	Brexipiprazole (Rexulti)

Side Effects of Antipsychotics

- Pseudoparkinsonism
- Acute Dystonic Reactions
- Akathesia
- Tardive Dyskinesia
- Metabolic Syndrome

Dementia là gì?

• Sa sút trí tuệ là một thuật ngữ tổng quát cho các bệnh và tình trạng đặc trưng bởi sự suy giảm về trí nhớ, ngôn ngữ, giải quyết vấn đề và các kỹ năng tư duy khác ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của một người. Bệnh Alzheimer là nguyên nhân phổ biến nhất của SSTT.



Dementia (sa sút trí tuệ)

- Sa sút trí tuệ không phải là một bệnh duy nhất; nó là một thuật ngữ chung - bao gồm cả bệnh Alzheimer.
- Các rối loạn được nhóm lại theo thuật ngữ chung là "dementia" là do những thay đổi não bất thường. Các thay đổi này kích hoạt sự suy giảm các kỹ năng tư duy, còn được gọi là khả năng nhận thức, đủ nghiêm trọng để làm suy yếu cuộc sống hàng ngày và chức năng độc lập.
- Ảnh hưởng đến hành vi, cảm xúc và các mối quan hệ.
- *Bệnh Alzheimer chiếm 60-80% các trường hợp.*
- Chứng mất trí nhớ mạch máu, xảy ra do chảy máu và tắc nghẽn mạch máu trong não, là nguyên nhân phổ biến thứ hai của dementia.

- Nhưng có nhiều điều kiện khác có thể gây ra các triệu chứng dementia, bao gồm một số bệnh có thể đảo ngược, chẳng hạn như các vấn đề về tuyến giáp và thiếu vitamin. Dementia thường được gọi không chính xác là "senility (lão hóa)" hoặc "senile dementia", phản ánh suy giảm nghiêm trọng về tinh thần là một phần bình thường của lão hóa.

Nguyên do Dementia

- Sa sút trí tuệ là do tổn thương các tế bào não cản trở khả năng giao tiếp với nhau.
- Khi các tế bào não không thể giao tiếp bình thường (communicate normally), suy nghĩ, hành vi và cảm xúc có thể bị ảnh hưởng.

Bộ não có nhiều vùng riêng biệt, mỗi vùng chịu trách nhiệm cho các chức năng khác nhau (ví dụ: bộ nhớ, phán đoán và vận động). Khi các tế bào trong một khu vực cụ thể bị hỏng, khu vực đó không thể thực hiện các chức năng của nó một cách bình thường.

- Nhiều loại sa sút trí tuệ khác nhau, liên quan đến tổn thương tế bào não cụ thể ở các vùng đặc biệt của não. Ví dụ, trong bệnh Alzheimer, vùng hồi hải mã (hippocampus) là trung tâm học tập và trí nhớ trong não, và các tế bào não ở vùng này thường là nơi đầu tiên bị hư hại. Đó là lý do tại sao mất trí nhớ thường là một trong những triệu chứng sớm nhất của bệnh Alzheimer.

Mặc dù hầu hết các thay đổi trong não gây Dementia là vĩnh viễn và xấu đi theo thời gian, các vấn đề về suy nghĩ và trí nhớ gây ra bởi các điều kiện sau đây có thể được cải thiện khi tình trạng được điều trị hoặc giải quyết:

- Trầm cảm .
- Tác dụng phụ của thuốc.
- Uống rượu quá mức.
- Các vấn đề về tuyến giáp.
- Thiếu vitamin.

Chẩn đoán Dementia

- Không có một xét nghiệm nào để xác định có bị Dementia hay không.
- Chẩn đoán bệnh Alzheimer và các loại sa sút trí tuệ khác dựa trên bệnh sử, khám thực thể, cận lâm sàng và những thay đổi đặc trưng trong suy nghĩ, chức năng và hành vi hàng ngày liên quan đến từng loại.
- Có thể xác định Dementia với mức độ chắc chắn cao. Nhưng thật khó để xác định loại dementia chính xác vì các triệu chứng và thay đổi não của dementia khác nhau có thể trùng lặp.

- Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể chẩn đoán “dementia” và không chỉ định một loại nào. Nếu điều này xảy ra, có thể cần phải gặp một chuyên gia như bác sĩ thần kinh hoặc geropsychologist

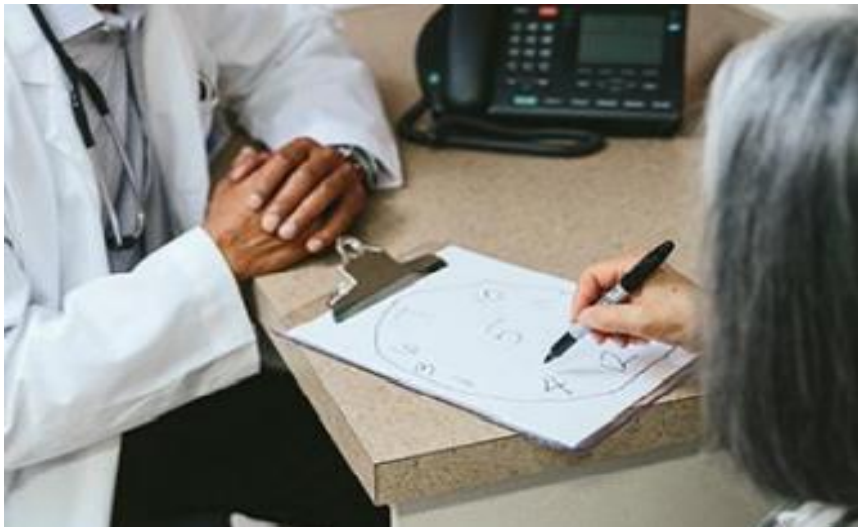
Bài kiểm tra nhỏ trạng thái tâm thần (MMSE) và bài kiểm tra Mini-Cog

Kiểm tra MMSE và Mini-Cog là hai đánh giá thường được sử dụng. (Mini-Mental State Exam (MMSE) and the Mini-Cog test)

- Trong MMSE, hỏi bệnh nhân một loạt các câu hỏi được thiết kế để kiểm tra một loạt các kỹ năng tinh thần hàng ngày.
- Điểm MMSE tối đa là 30 điểm. Điểm từ 20 đến 24 cho thấy dementia nhẹ, 13 đến 20 cho thấy dementia vừa phải và dưới 12 cho thấy dementia nghiêm trọng.
- Trung bình, điểm MMSE của một người mắc bệnh Alzheimer giảm khoảng hai đến bốn điểm mỗi năm.

Trong Mini-Cog, BN được yêu cầu hoàn thành hai nhiệm vụ:

- Nhớ và vài phút sau lặp lại tên của ba đối tượng phổ biến.
- Vẽ một mặt của đồng hồ hiển thị tất cả 12 số ở đúng nơi và thời gian được chỉ định bởi người kiểm tra. Kết quả của bài kiểm tra ngắn này có thể giúp bác sĩ xác định xem có cần đánh giá thêm không.



Is this Delirium or Dementia?



Delirium

- Mê sảng là một trạng thái lú lẫn cấp tính (*acute confusional state*).
- Chẩn đoán mê sảng thường dựa trên quan sát lâm sàng các hành vi và nhận thức, bởi vì không có xét nghiệm chẩn đoán nào khả dụng.
- Các tính năng thiết yếu của mê sảng bao gồm:
 - Khởi phát cấp tính (giờ / ngày) và diễn tiến dao động
 - Không chú ý hoặc sao lãng (*Inattention or distraction*)
 - Suy nghĩ vô tổ chức hoặc mức độ ý thức thay đổi (có thể bao gồm ảo giác hoặc ảo tưởng)

Nguyên do

- *Infection*
- *Drug interactions or sensitivity*
- *Dehydration*
- *Kidney failure*
- *Liver failure*

- *Brain tumors or other head trauma*
- *Other physical problems*

Điều trị Delirium

- *Khác với dementia, delirium thường hồi phục nếu nguyên nhân cơ bản được điều trị.*
- *Delirium có thể dễ dàng bị bỏ qua ở những người dementia vì một số triệu chứng delirium chia sẻ với dementia.*
- *Tạo một môi trường an toàn và êm dịu để giúp cải thiện quá trình mê sảng.*
- *Giữ cho phòng của bn ánh sáng nhẹ nhàng vào ban đêm, tắt tivi và loại bỏ các nguồn gây ồn và kích thích dư thừa khác*

Sa sút trí tuệ (Dementia)

- *Sa sút trí tuệ đề cập đến một nhóm triệu chứng ảnh hưởng đến trí nhớ, suy nghĩ bình thường, khả năng giao tiếp và lý luận.*
- *Những triệu chứng này gây khó khăn cho việc thực hiện ngay cả các công việc đơn giản hàng ngày như tắm và ăn uống.*
- *Bệnh Alzheimer là nguyên nhân chính của phần lớn các trường hợp sa sút trí tuệ.*
- *Dementia không thể được chữa khỏi nhưng có thuốc để kiểm soát các triệu chứng*

Dementia Rule Out Other Medical Conditions:

- *Neurological Disorders*
- *Depression and Anxiety Disorders*
- *Metabolic and Endocrine Disorders*
- *Tumors*
- *Infections*
- *Arteriovascular Disease*
- *Head Trauma*
- *Substance Abuse*

Delirium và Dementia

- *Dementia phát triển theo thời gian, với sự tiến triển chậm của sự suy giảm nhận thức.*
- *Delirium xảy ra đột ngột, và các triệu chứng có thể dao động trong ngày.*

- Dấu hiệu phân biệt delirium và dementia là không chú ý (inattention). Bệnh nhân không thể tập trung vào một ý tưởng hoặc nhiệm vụ.

(Delirium thường không được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe(healthcare professionals) nhận ra vì những thay đổi trong hành vi ở những người dementia (như kích động hoặc hoàng hôn (sun downing)) có thể được quy cho quá trình dementia so với một vấn đề cấp tính)

Ngày 18/1/2021