



SUY THƯƠNG THẬN VÀ CHĂM SÓC

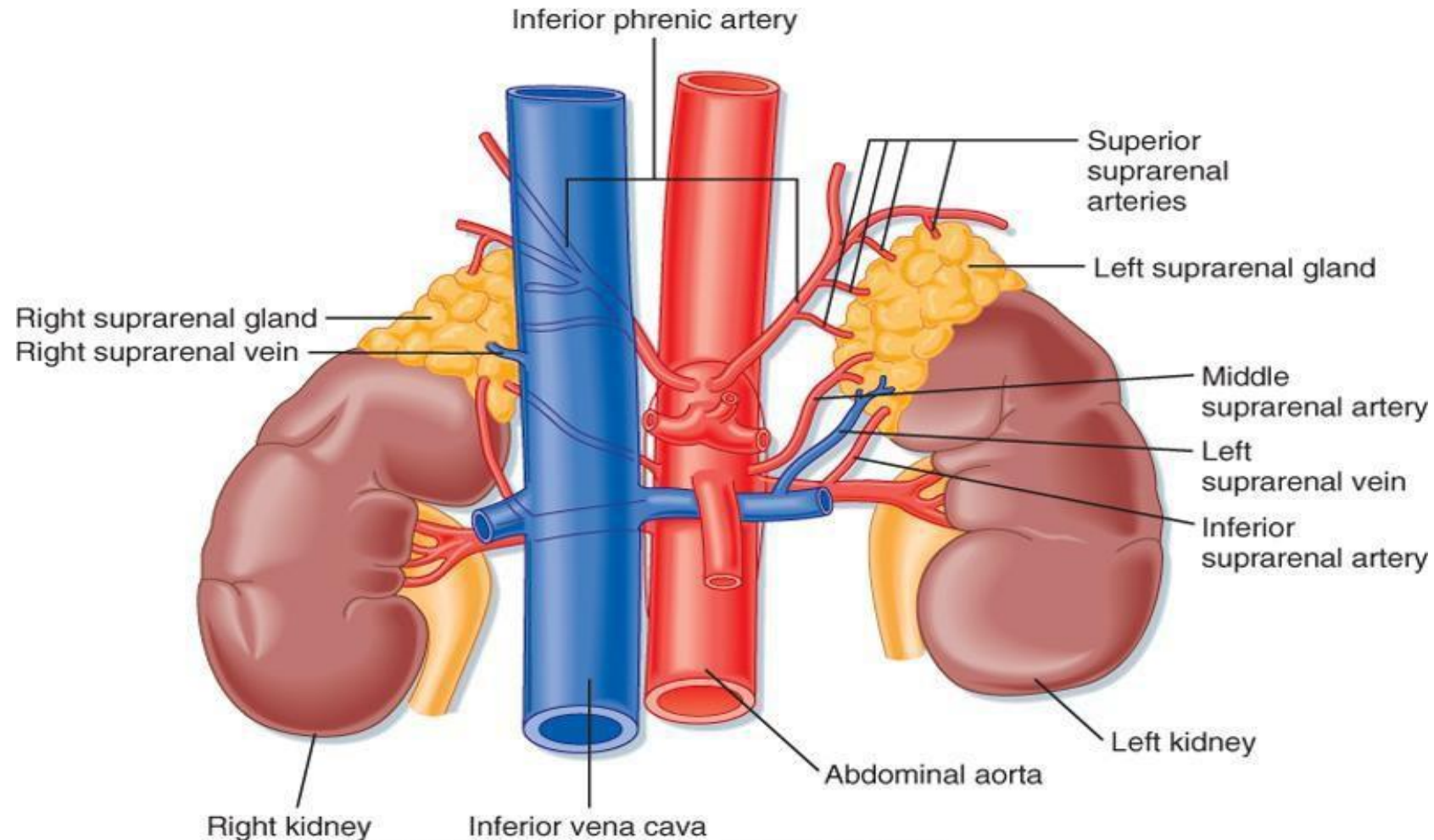
ThS.BS Nguyễn Mạnh Tuấn

Bệnh viện Nội tiết Trung ương

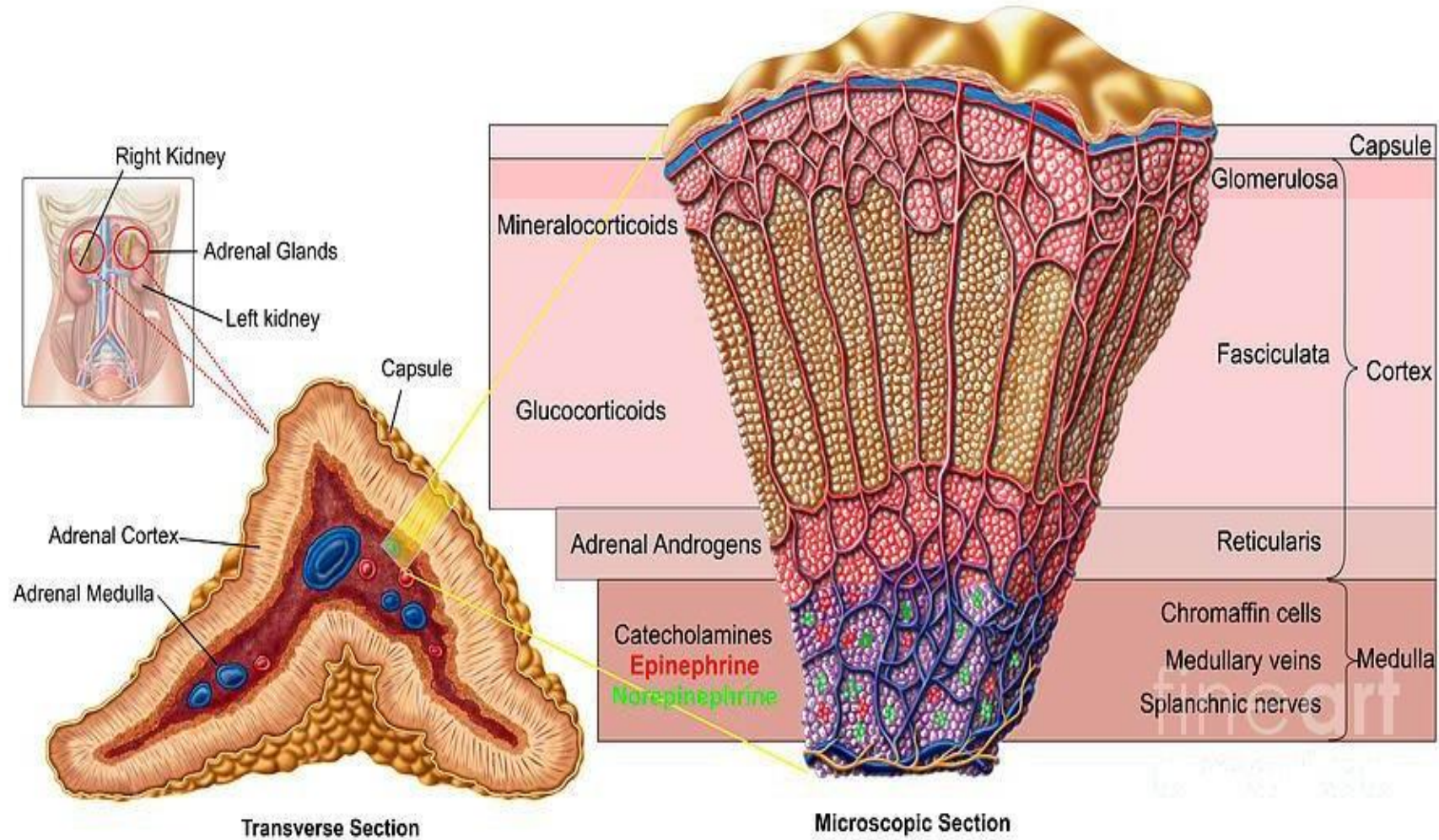
NỘI DUNG

- 1. Giải phẫu và sinh lý tuyến thượng thận**
2. Đại cương về suy tuyến thượng thận
3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
4. Chẩn đoán
5. Phương pháp điều trị
6. Chăm sóc

GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TUYẾN THƯỢNG THẬN



GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TUYẾN THƯỢNG THẬN



GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TUYẾN THƯỢNG THẬN

- **Các hormon steroid từ vỏ thượng thận**
 - ◆ Mineralocorticoid: Aldosteron (lớp cầu)
 - ◆ Các glucocorticoid: Cortisol (chủ yếu ở lớp bó, ít ở lớp lưới)
 - ◆ Các androgen (lớp bó và lớp lưới)
- **Các catecholamin từ tủy thượng thận**
 - ◆ Adrenalin
 - ◆ Noradrenalin

GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TUYẾN THƯỢNG THẬN

❖ Vùng cầu tiết aldosterol:

- Tăng tái hấp thu Na^+ và tăng bài tiết K^+ , gây tăng thể tích ngoại bào, ức chế giải phóng renin làm THA động mạch
- Cường aldosteron gây tăng huyết áp, hạ kali máu kiềm chuyển hóa
- Giảm aldosteron gây mất Na^+ , giảm thể tích dịch ngoại bào, tăng ion K^+ có thể gây độc cơ tim..
- Điều hoà bài tiết bởi nồng độ natri và kali trong dịch ngoại bào và hệ thống RA

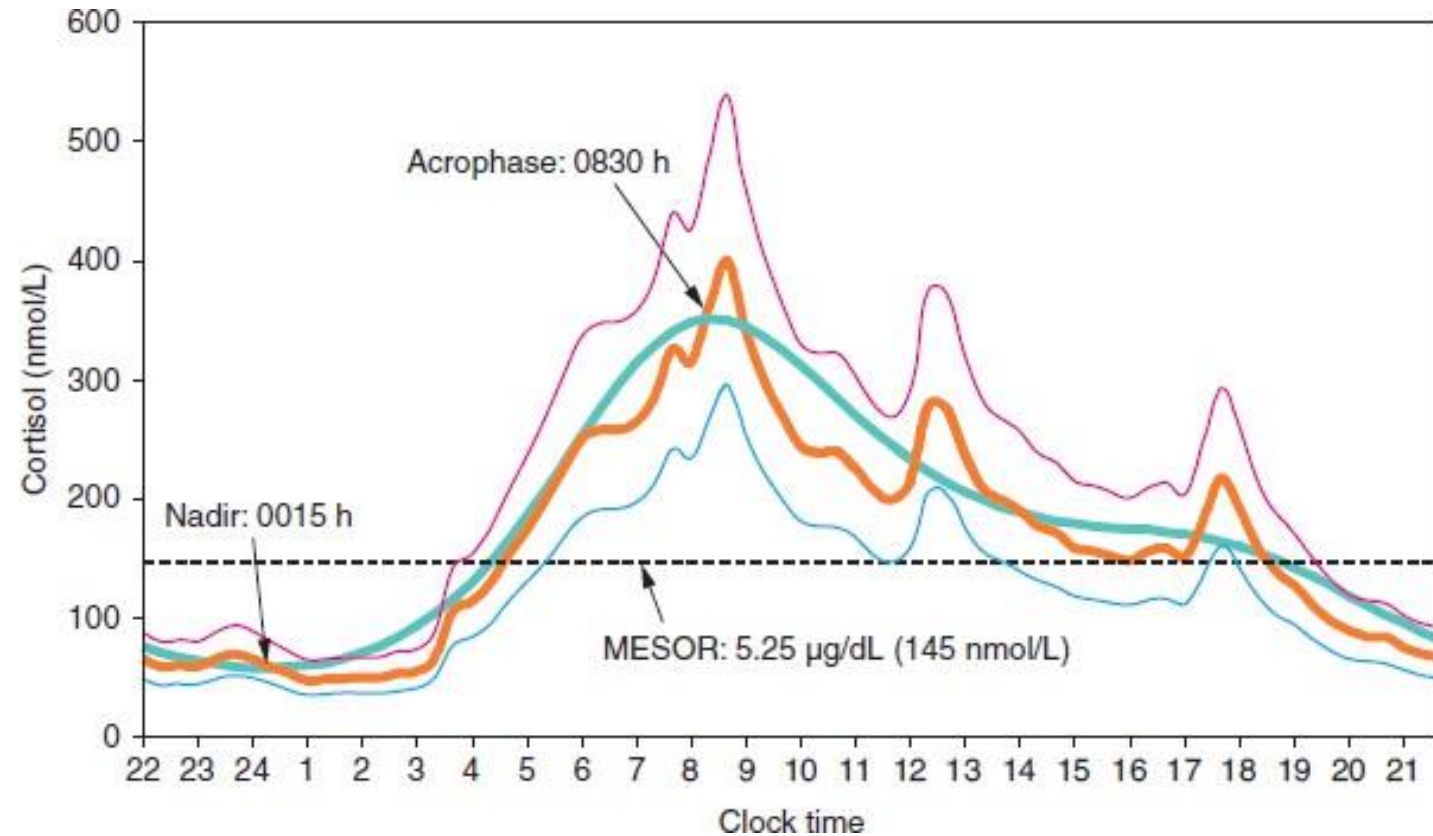
GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TUYẾN THƯỢNG THẬN

❖ **Vùng bó: tiết chủ yếu cortisol**

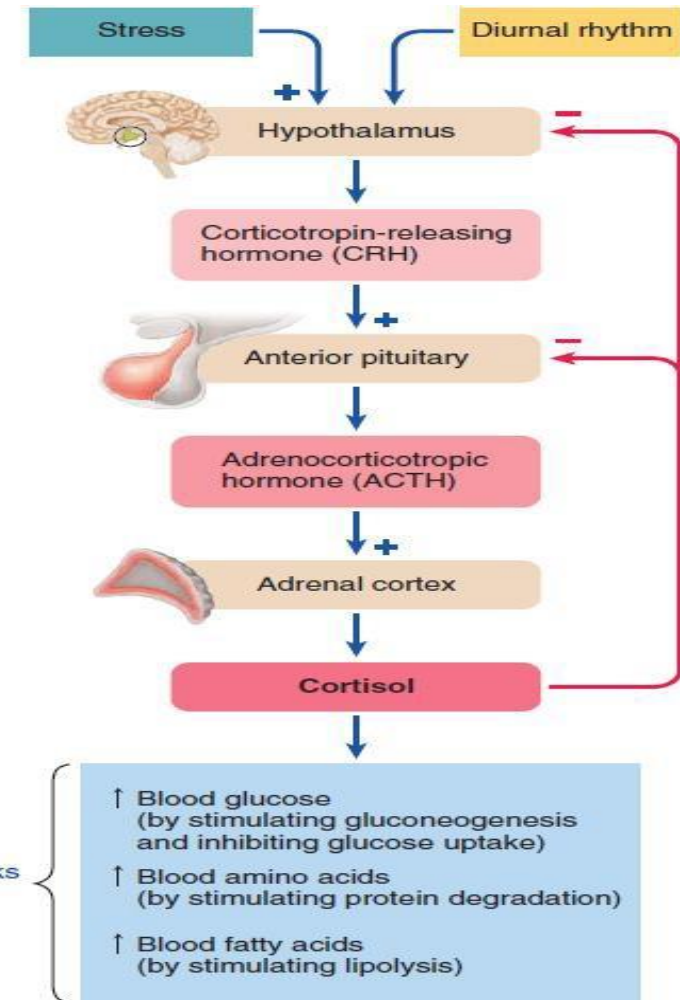
- Tác động chuyển hóa
 - Tăng tân tạo glucose, ức chế hấp thụ glucose vào mô
 - Tăng phân hủy protein
 - Thúc đẩy ly giải mỡ
- Tác động cho phép
 - Tạo điều kiện cần thiết cho hoạt động của các hormon khác (VD: giúp catecholamin gây co mạch)
- Chống stress
 - Chuyển từ dự trữ protein và lipid sang dự trữ carbohydrat – cung cấp nhanh glucose (cho não) trong tình trạng đói
- Chống viêm và ức chế miễn dịch
 - Hạn chế tác hại của viêm và phản ứng miễn dịch khi có tổn thương mô của cơ thể

ĐIỀU HOÀ BÀI TIẾT CORTISOL

Nhịp ngày đêm



• Điều hoà bài tiết



GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ TUYẾN THƯỢNG THẬN

- ❖ **Vùng tuỷ** :Adrenaline (~80%) và Noradrenaline (~20%)
 - Cơ quan đích: cơ tim, mạch máu, cơ trơn
 - Các Catecholamin tác dụng giống hệ TK giao cảm
 - Tăng tần suất tim
 - Tăng chuyển hoá
 - Tăng giãn phế quản
 - Co mạch và tăng huyết áp

NỘI DUNG

1. Giải phẫu và sinh lý tuyến thượng thận
- 2. Đại cương về suy tuyến thượng thận**
3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
4. Chẩn đoán
5. Phương pháp điều trị
6. Chăm sóc

ĐẠI CƯƠNG VỀ SUY TUYẾN THƯỢNG THẬN

- Định nghĩa: Suy tuyến thượng thận là một tình trạng xảy ra khi tuyến thượng thận không sản xuất đủ các Hormon cần thiết cho cơ thể.
- Trong đó chủ yếu là tình trạng vỏ thượng thận không bài tiết đủ Glucocorticoid và hoặc Mineralocorticoid.
- Thiếu androgen vỏ thượng thận hoặc hormon tủy thượng thận không gây tình trạng bệnh lý đáng kể.
- Phân loại suy thượng thận
 - Theo nguyên nhân bao gồm: Suy thượng thận nguyên phát và suy thượng thận thứ phát.
 - Theo diễn biến: Suy thượng thận mạn và suy thượng thận cấp.

PHÂN LOẠI SUY TUYẾN THƯỢNG THẬN THEO NGUYÊN NHÂN

- Suy thượng thận tiên phát: tổn thương tại thượng thận
- Thiếu cả glucocorticoid và mineralocorticoid
- Nguyên nhân:
 - ◆ Bệnh Addison
 - ◆ Hội chứng đa tuyến nội tiết tự miễn
 - ◆ Nhiễm trùng (lao, nấm, AIDS)
 - ◆ Xuất huyết
 - ◆ Thâm nhiễm
 - ◆ Tăng sản TT bẩm sinh và các đột biến gen khác
 - ◆ Di căn ung thư
 - ◆ Thuốc

- Suy thượng thận thứ phát: Giảm bài tiết ACTH từ TY; giảm bài tiết CRH từ vùng dưới đồi
- Chỉ thiếu glucocorticoid
- Nguyên nhân:
 - ◆ Glucocorticoid ngoại sinh
 - ◆ Các bệnh tuyến yên (TY)
 - Nhồi máu (HC Sheehan)
 - U tuyến yên
 - Phẫu thuật, chiếu xạ
 - Viêm tự miễn
 - Thâm nhiễm
 - Xuất huyết
 - Nhiễm trùng

NỘI DUNG

1. Giải phẫu và sinh lý tuyến thượng thận
2. Đại cương về suy tuyến thượng thận
- 3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng**
4. Chẩn đoán
5. Phương pháp điều trị
6. Chăm sóc

Suy thượng thận mạn

- **Lâm sàng:**
 - ◆ Mệt, thiếu năng lượng
 - ◆ Chán ăn, đau bụng, buồn nôn, nôn, thèm muối, gầy sút cân
 - ◆ Huyết áp thấp, hạ HA tư thế
 - ◆ Trầm cảm, giảm ham muốn tình dục
 - ◆ Xạm da (STT tiên phát) <> da nhợt nhạt, màu thạch cao (STT thứ phát)
 - ◆ Đau cơ, đau khớp
- **Cận lâm sàng:**
 - ◆ Hạ Natri máu, Hạ Kali máu, Hạ đường huyết
 - ◆ Cortisol sáng: thấp
 - ◆ ACTH: ↑ tăng trong STT tiên phát; ↓ trong STT thứ phát
 - ◆ Thiếu máu

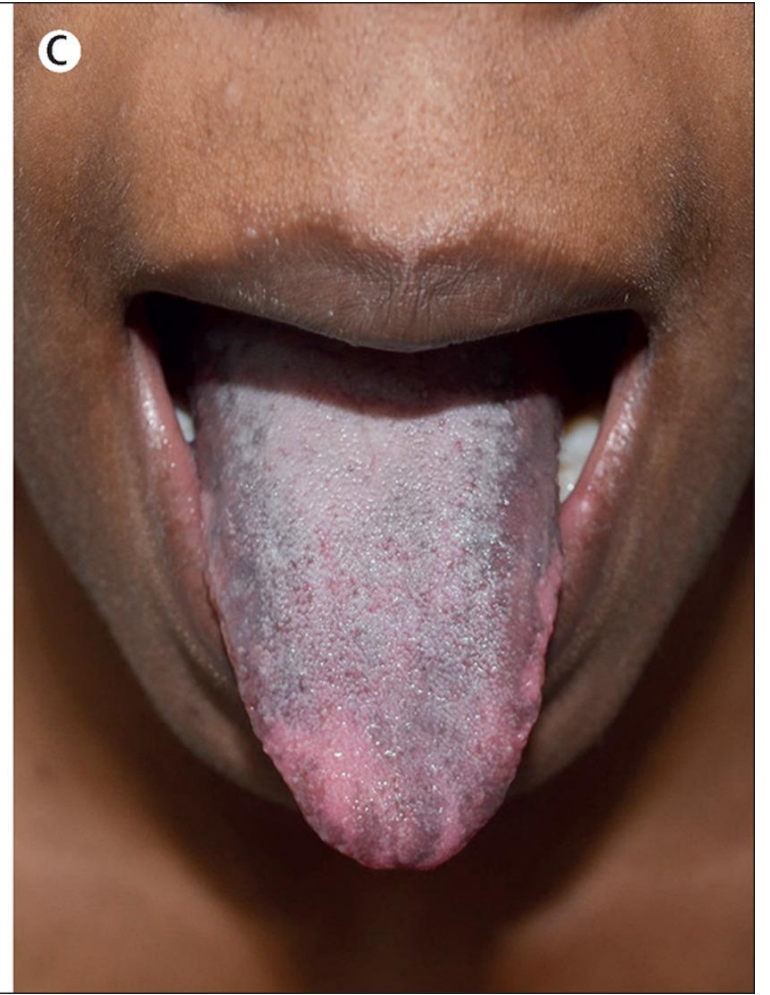




...ian pigmentation of buccal mucosa





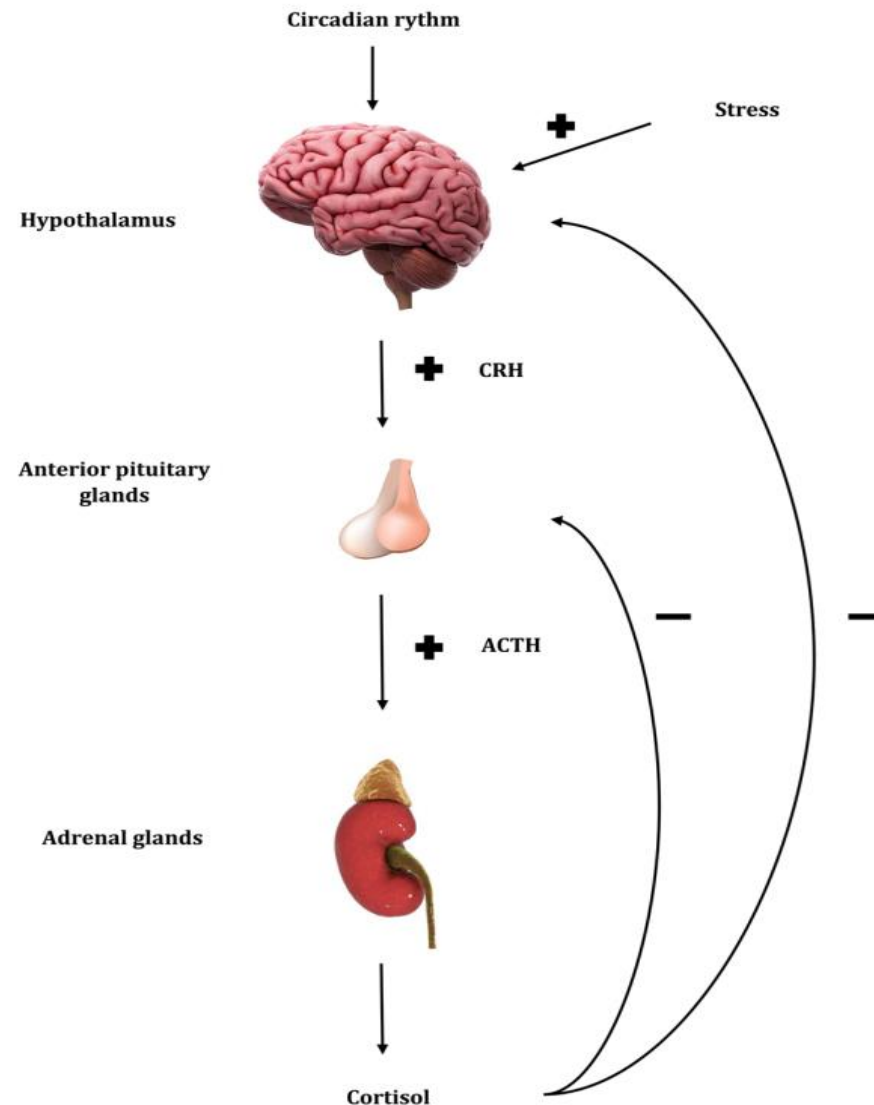


Suy thượng thận cấp

- Gặp trong STT tiên phát nhiều hơn
- Khởi phát cấp: Xuất huyết TT trong viêm màng não mô cầu
- Trên nền STT mạn: bỏ thuốc, tình trạng stress mà không tăng đủ liều glucocorticoid
- Có các biểu hiện như trong STT mạn nhưng diễn biến nhanh hơn, mức độ nặng hơn:
 - ◆ Mệt nhiều
 - ◆ Đau bụng, buồn nôn, nôn
 - ◆ Sốt
 - ◆ Tụt HA tư thế, sốc
 - ◆ Rối loạn ý thức: sửng sờ, lú lẫn, hôn mê
 - ◆ Hạ natri, tăng kali, hạ đường máu, tăng creatinin (suy thận do mất nước)

Suy thượng thận do Glucocorticoid ngoại sinh

- Là nguyên nhân chủ yếu gây suy thượng thận thứ phát trên lâm sàng. Xảy ra do dùng Corticoid gây ức chế vùng dưới đồi tuyến yên làm giảm bài tiết ACTH.
- Nguyên nhân do dùng Glucocorticoid kéo dài: Prednisolon, Methylprednisolon, Betamethasone, Dexamethasone... Các Glucocorticoid dưới dạng xịt, hít, tiêm hay trộn trong các dạng thuốc gia truyền



Hình ảnh một số chế phẩm corticoid



Hình ảnh một số chế phẩm corticoid



Hình ảnh một số chế phẩm corticoid



Hình ảnh một số chế phẩm corticoid



Hình ảnh một số chế phẩm corticoid



Suy thượng thận do Glucocorticoid ngoại sinh

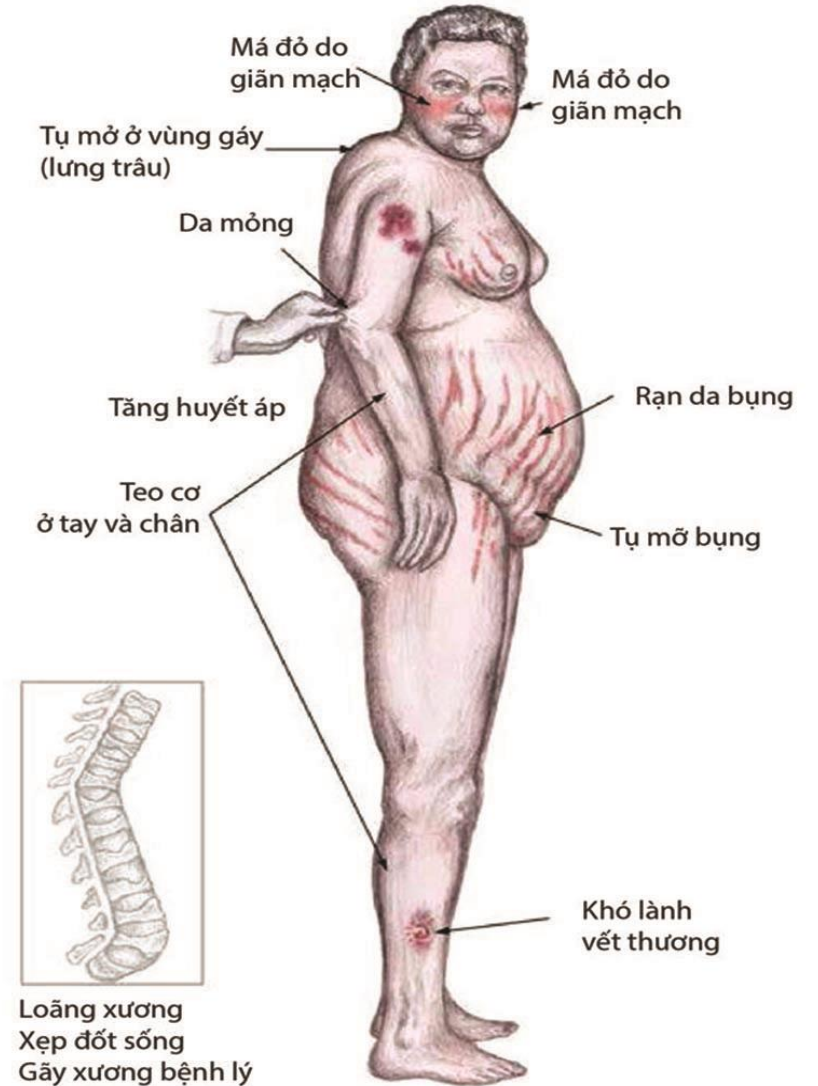
- **Các bệnh lý phổ biến trên lâm sàng thường được điều trị bằng corticoid:**
 - ◆ Cơ xương khớp: Viêm khớp dạng thấp, Gout, Thoái hoá khớp, Thoái hoá cột sống, Viêm đa cơ...
 - ◆ Hô hấp: Hen phế quản, COPD, Viêm mũi dị ứng, Viêm xoang...
 - ◆ Tự miễn: Lupus ban đỏ, Viêm mao mạch...
 - ◆ Da liễu: Viêm da cơ địa, vẩy nến, dị ứng, chàm, Pemphigus...
 - ◆ Nội tiết: Addison, Tăng sản thượng thận bẩm sinh
 - ◆ Thận tiết niệu: Hội chứng thận hư
 - ◆ Tiêu hoá: Crohn, Viêm loét đại tràng, Viêm gan tự miễn
 - ◆ Ngoài ra còn có những trường hợp điều trị các thuốc hoàn tán, tăng cân...

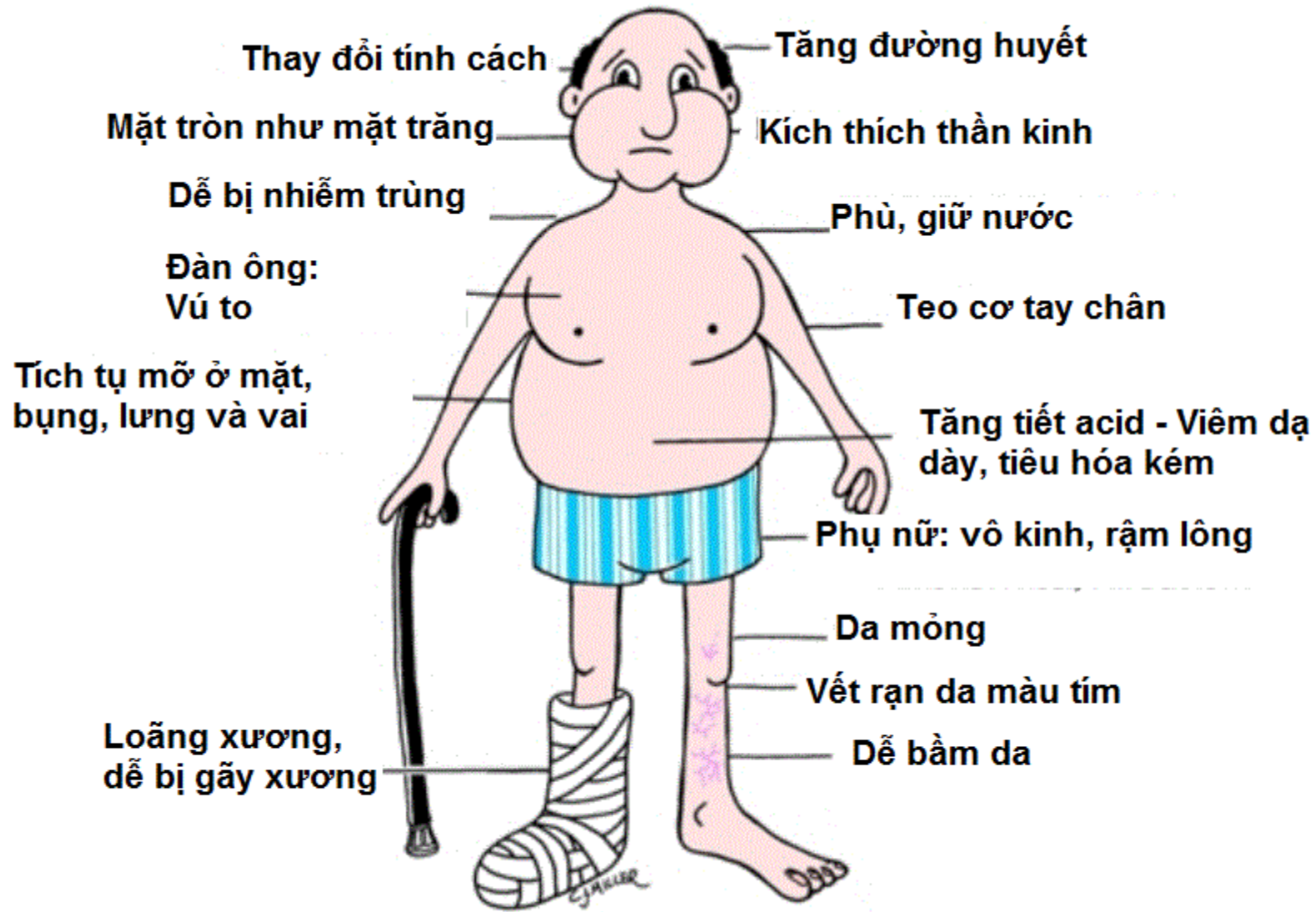
Suy thượng do Glucocorticoid ngoại sinh

- Lâm sàng ngoài các biểu hiện thông thường của suy tuyến thượng thận bệnh nhân còn có các dấu hiệu:

- ◆ **Tiền sử dùng Corticoid**

- ◆ Thay đổi về hình thái: tăng cân nhanh, béo trung tâm, tụ mỡ vùng sau gáy
- ◆ Mặt tròn đỏ, rậm lông, ria mép, trứng cá
- ◆ Rạn da vùng bụng, lưng, ngực, đùi
- ◆ Da mỏng, xuất huyết dưới da, bầm tím
- ◆ Vết thương lâu lành, dễ nhiễm trùng
- ◆ Loãng xương, gãy xương, lún xẹp đốt sống
- ◆ Các biểu hiện của ĐTĐ, THA, Đục TTT





MỘT SỐ HÌNH ẢNH STT DO THUỐC



MỘT SỐ HÌNH ẢNH STT DO THUỐC



MỘT SỐ HÌNH ẢNH STT DO THUỐC



MỘT SỐ HÌNH ẢNH STT DO THUỐC



MỘT SỐ HÌNH ẢNH STT DO THUỐC



MỘT SỐ HÌNH ẢNH STT DO THUỐC



NỘI DUNG

1. Giải phẫu và sinh lý tuyến thượng thận
2. Đại cương về suy tuyến thượng thận
3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
- 4. Chẩn đoán**
5. Phương pháp điều trị
6. Chăm sóc

Sơ đồ chẩn đoán suy thượng thận

BN nghi ngờ có STT

- Mệt, thiếu năng lượng
- Chán ăn, gầy sút cân, thèm muối
- Huyết áp thấp, hạ HA tư thế
- Xạm da (STT tiên phát)
- Tiền sử dùng glucocorticoid
- ↓ Natri máu, ↑ Kali máu, Hạ ĐH
- Cortisol sáng: thấp (< 80 nmol/L)

Sàng lọc/xác định chẩn đoán STT

- Test Synacthen nhanh 250µg TB
BT: sau 30': Cortisol > 500-550 nmol/L
- Test Synacthen depot (chậm) 1mg TB
- Test hạ đường huyết bằng insulin, Test Metyrapon

CĐ phân biệt/
nguyên nhân

STT tiên phát	STT thứ phát
Xạm da	Không xạm da/da nhợt
Không TS dùng glucocorticoid	Tiền sử dùng glucocorticoid
ACTH tăng	ACTH bt/thấp (4,5-12pmol/L)

Xác định nguyên nhân

- CT thượng thận, MRI sọ não
- Thăm dò các bệnh đi kèm (STT tự miễn), các hormon tuyến yên khác

Một số test kích thích

- Test đánh giá sự toàn vẹn trục DD – TY - TT

Nghiệm pháp	Không ức chế trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận	Ức chế trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận	Teo vỏ thượng thận chức năng
Kích thích ACTH nhanh liều 250 mcg	Bình thường	Bình thường	Giảm
Hạ đường huyết	Bình thường	Giảm	Giảm
Metyrapone	Bình thường	Giảm	Giảm
Kích thích bằng CRH	Bình thường	Giảm	Giảm
Kích thích bằng ACTH kéo dài 1 mg	Bình thường	Giảm	Giảm

Đánh giá khả năng trục DĐ-TY-TT bị ức chế trên BN dùng glucocorticoid

- **Không bị ức chế**

- ◆ Dùng bất kỳ liều glucocorticoid trong < 3 tuần
- ◆ Điều trị với glucocorticoid liều sinh lý cách ngày

- **Bị ức chế**

- ◆ Dùng > 20 mg prednisone/ngày trong ≥ 3 tuần (Tác giả khác 7,5mg prenisolon?)
- ◆ Có dấu hiệu HC Cushing trên lâm sàng
- ◆ Không cần đánh giá trục Dưới đồi – tuyến yên – thượng thận, Cần quản lý như suy thượng thận

- **Không chắc chắn**

- ◆ Dùng liều trên sinh lý trong 3 – 6 tuần
- ◆ Dùng < 10 mg prednisone/ngày nếu không dùng như liều duy nhất trong nhiều hơn vài tuần
- ◆ Dùng 10 - 20 mg prednisone/ngày trong > 3 tuần hoặc < 10 mg trong nhiều tuần
- ◆ Cần làm test Synacthen

NỘI DUNG

1. Giải phẫu và sinh lý tuyến thượng thận
2. Đại cương về suy tuyến thượng thận
3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
4. Chẩn đoán
- 5. Phương pháp điều trị**
6. Chăm sóc

Điều trị STT cấp

- **Điều trị cấp cứu**

- ◆ Điều trị ngay, không đợi kết quả xét nghiệm chẩn đoán
- ◆ Đặt đường truyền TM (lấy máu làm XN cortisol, ACTH, Glucose, điện giải)
- ◆ Bù thể tích tuần hoàn
 - Dd NaCL 0,9% + G5%: 1 lít/giờ đầu, sau đó NaCL 0,9%; tổng lượng dịch: 3-4 lít/24 giờ
 - TD: huyết động, điện giải
- ◆ Glucocorticoid trị liệu
 - Hydrocortison tiêm TM 100mg, sau đó 100 mg TM mỗi 6-8h. Duy trì trong 24h đầu.

Điều trị STT cấp

- **Điều trị tiếp theo**

- ◆ Dd NaCL 0,9% tốc độ thấp hơn trong 24 – 48h tiếp
- ◆ Giảm dần Glucocorticoid TM trong 1 – 3 ngày và chuyển sang đường uống (nếu các nguyên nhân gây STT cấp được xử lý và loại bỏ).
- ◆ Giảm dần liều trong ngày tiếp theo, khi tình trạng ổn định với tổng liều TM khoảng 150mg. Sau đó duy trì liều 75 mg/ngày trong 3 ngày, rồi chuyển thành liều uống 15-30mg/ngày
- ◆ Bổ sung mineralocorticoid nếu STT tiên phát (fludrocortisone 0,1 mg/ngày)

Điều trị STT cấp

- **Một số lưu ý**

- ◆ Các triệu chứng của STT cấp sẽ cải thiện trong vòng 1-2 sau khi bắt đầu điều trị bằng glucocorticoid. Nếu tình trạng không cải thiện chúng ta xem xét lại chẩn đoán.
- ◆ Các thuốc vận mạch sẽ ít có tác dụng ở BN giảm thể tích tuần hoàn nếu BN chưa được bù Glucocorticoid
- ◆ Điều trị nguyên nhân gây ra STT cấp
- ◆ Nếu không có Hydrocortisone có thể lựa chọn các loại corticoid khác như Prednisolone, Methyprednisolon ... liều tương đương. Trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán và vẫn muốn làm các nghiệm pháp đánh giá có thể sử dụng Dexamethasone tĩnh mạch

Điều trị STT mạn

- **Hormon thay thế**
- **Glucocorticoid**
 - ◆ Hydrocortison (tối ưu):
 - Tổng liều: 10 – 12mg/m²/ngày hoặc 15-30 mg/ngày
 - Phân bố:
 - 2 lần/ngày: 2/3 sáng; 1/3 chiều
 - 3 lần/ngày: 60%/25%/15% (10/5/2,5mg)
 - ◆ Thay thế nếu không có Hydrocortison
 - Prednison: 5 – 7,5 mg/ngày; Dexamethson: 0,25-0,75mg/ngày
- **Mineralocorticoid**
 - ◆ Chỉ định: STT tiên phát
 - ◆ Fludrocortison 0,05mg/ngày

Điều trị STT mạn

- **Theo dõi đánh giá hiệu quả hormon thay thế**
 - ◆ Liều thấp nhất mà loại bỏ được triệu chứng của thiếu hụt GC và tránh được các biểu hiện của thừa GC: TC lâm sàng, điện giải
 - Mệt mỏi, chán ăn, sút cân, HA thấp <> Tăng cân, mặt tròn
 - Giảm Natri, tăng Kali máu <> Tăng Natri, giảm Kali máu
- **Giáo dục bệnh nhân/người nhà**
 - ◆ Hiểu biết về bệnh
 - ◆ Đeo thẻ mắc bệnh STT

Điều trị STT mạn trong các tình huống đặc biệt

- **Mắc bệnh cấp kèm theo**

- ◆ Bệnh nhẹ (VD: Viêm đường hô hấp trên): tăng liều GC 2 - 3 lần
- ◆ Bệnh nặng, có TC đau bụng, buồn nôn, tụt HA, RL ý thức : GC tiêm và chuyển đến bệnh viện

- **Phẫu thuật**

- ◆ Tiểu phẫu: Hydrocortison 25mg (ngày phẫu thuật)
- ◆ Trung phẫu: Hydrocortison 50-75mg/ngày, chia 2-3 lần trong ngày phẫu thuật và hôm sau
- ◆ Đại phẫu: Hydrocortison 100-150mg/ngày, chia 3 lần trong 2 -3 ngày. (50mg tiêm TM x 8h/lần. Sau phẫu thuật tình trạng ổn định giảm về liều nền.

NỘI DUNG

1. Giải phẫu và sinh lý tuyến thượng thận
2. Đại cương về suy tuyến thượng thận
3. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
4. Chẩn đoán
5. Phương pháp điều trị
- 6. Chăm sóc**

Nhận định người bệnh suy tuyến thượng thận

- **Nhận định qua hỏi bệnh:**
 - ◆ Bệnh nhân có đau bụng, nôn, tiêu chảy.
 - ◆ Bệnh nhân có gầy sút cân.
 - ◆ Bệnh nhân có đang được điều trị trong thời gian dài bằng corticoid hoặc ngừng uống corticoid đột ngột.
 - ◆ Bệnh nhân có dùng các thuốc giảm đau, tiêm khớp, xịt mũi...
 - ◆ Bệnh nhân có dùng thuốc nam, thuốc hoàn tán.
 - ◆ Bệnh nhân có rối loạn chức năng sinh dục.

Nhận định người bệnh suy tuyến thượng thận

- **Nhận định qua quan sát bệnh nhân:**
 - ◆ Bệnh nhân có mệt mỏi.
 - ◆ Bệnh nhân có mặt tròn đỏ, giữ nước.
 - ◆ Da bệnh nhân có xạm, tím da, xuất huyết, teo cơ...
 - ◆ Bệnh nhân có tím tái, da niêm mạc có xuất huyết không?
 - ◆ Bệnh nhân có đi lại khó khăn.
 - ◆ Ý thức của bệnh nhân.
 - ◆ Bệnh nhân có bị nhiễm trùng ở đâu không.

Nhận định người bệnh suy tuyến thượng thận

- **Nhận định qua thăm khám:**
 - ◆ Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn.
 - ◆ Bệnh có bị phù.
 - ◆ Bệnh nhân có ăn uống kém: Chán ăn, buồn nôn, đau bụng hay có các triệu chứng của viêm dạ dày không (tác dụng phụ của corticoid).
 - ◆ Bệnh nhân có tím tái, da niêm mạc có xuất huyết không?

Chẩn đoán điều dưỡng

- Bệnh nhân mệt mỏi, tiêu chảy do giảm nồng độ hormon.
- Bệnh nhân sốt do nhiễm trùng.
- Bệnh nhân tụt huyết áp do giảm nồng độ cortisol máu.
- Bệnh nhân gầy sút cân do ăn kém.
- Bệnh nhân có nguy cơ ngã gãy xương do tác dụng phụ của corticoid.
- Bệnh nhân chưa hiểu biết về bệnh tật của mình khi dùng corticoid.
- Bệnh nhân có nguy cơ nhiễm trùng da do không vệ sinh hàng ngày.
- Bệnh nhân có nguy cơ đau dạ dày, xuất huyết hoặc thủng dạ dày do tác dụng phụ của thuốc.

Lập kế hoạch chăm sóc

- Bệnh nhân nghỉ ngơi thích hợp.
- Chế độ ăn đảm bảo dinh dưỡng và năng lượng.
- Lập kế hoạch thực hiện các y lệnh: uống thuốc, tiêm thuốc theo chỉ định và làm các XN cơ bản.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở...
- Theo dõi tinh thần bệnh nhân.
- Theo dõi tình trạng phù, cân nặng.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách dùng thuốc corticoid và các nguyên nhân gây ra bệnh.

Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- **Thực hiện y lệnh của bác sĩ:**
 - ◆ Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - ◆ Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc và cách uống thuốc.
 - ◆ Cân nặng hàng ngày.
- **Chăm sóc tinh thần:**
 - ◆ Bệnh nhân được nghỉ ngơi thích hợp.
 - ◆ Bệnh nhân được ở phòng thoáng mát, yên tĩnh.
 - ◆ Giao tiếp với người bệnh nhẹ nhàng để yên tâm điều trị.
 - ◆ Hướng dẫn vệ sinh cá nhân sạch sẽ, tắm gội, thay quần áo, ga giường, lăn trở tránh loét trợt.
 - ◆ Bệnh nhân mất ngủ thì dùng thuốc an thần theo y lệnh.

Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- **Chăm sóc dinh dưỡng:**

- ◆ Chế độ dinh dưỡng là một phần rất quan trọng trong việc điều trị.
- ◆ Người bệnh dùng corticoid có tác dụng phụ làm mất calci, cần bổ sung các thực phẩm giàu calci cho người bệnh như tôm, cua, cá, hải sản...
- ◆ Người bệnh suy tuyến thượng thận dễ suy giảm miễn dịch nên dùng các thực phẩm bổ sung vitamin C như: Cam, táo, chuối, nho...
- ◆ Tránh dùng rượu, bia, nước ngọt, chất kích thích.
- ◆ Tránh ăn các thực phẩm cay, nóng.
- ◆ Uống đủ nước.

Giáo dục sức khỏe

- Với người bệnh dùng corticoid giáo dục sức khỏe là quan trọng. Tuyên truyền cho người nhà và cộng đồng biết về tác dụng phụ khi sử dụng corticoid, không nên lạm dụng mà cần dùng theo chỉ định của bác sĩ. Nhận biết được các biểu hiện của suy tuyến thượng thận để điều trị kịp thời.
- Chỉ dùng corticoid để điều trị bệnh khi có chỉ định của thầy thuốc và khi các biện pháp khác đã thất bại.
- Điều trị corticoid với liều thấp nhất và trong thời gian ngắn nhất có thể.
- Trong quá trình điều trị bằng corticoid nên kiểm tra định kỳ các biến chứng như đái tháo đường, tăng huyết áp, loãng xương, đục thủy tinh thể.

Giáo dục sức khỏe

- Không nên dùng thuốc nam, thuốc lá, thuốc xịt, tiêm khớp khi không có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.
- Dùng corticoid có thể gây rối loạn tâm thần vì thế gia đình cần thông báo ngay cho bác sĩ khi người bệnh có các thay đổi về hành vi, nhận thức.
- Người suy thượng thận do thuốc nên tránh nằm hoặc ngồi lâu 1 chỗ vì làm cơ yếu nhiều hơn, loãng xương nặng hơn. Với những người gãy xương sau điều trị nên tập vận động sớm trở lại.
- Bổ sung calci, vitamin D tránh loãng xương, nên đo mật độ xương hàng năm.

Giáo dục sức khỏe

- Tránh các hoạt động dễ gây chấn thương vì do xương xốp, dễ gãy, dễ chảy máu do da mỏng, dễ nhiễm trùng, vết thương lâu lành.
- Khi có dấu hiệu của nhiễm trùng cần điều trị tích cực. Thông báo cho bác sĩ nếu các biểu hiện nhiễm trùng nặng lên.
- Để dự phòng loét dạ dày corticoid nên được dùng sau ăn. Có thể dùng thêm các thuốc dự phòng kèm theo.
- Theo dõi cân nặng thường xuyên, nên áp dụng chế độ ăn kiêng tránh béo phì hoặc tăng cân nhanh.
- Một số người có thể có biểu hiện của suy sinh dục, cần thông báo cho bác sĩ để điều trị kịp thời.

Giáo dục sức khỏe

- Với trẻ em đo chiều cao thường xuyên để phát hiện trẻ chậm tăng trưởng. Còn với người lớn chiều cao giảm dần có thể là biểu hiện của lún xẹp cột sống.
- Khi bắt đầu giảm liều cần chú ý các dấu hiệu mệt, buồn nôn, chán ăn, rối loạn tiêu hoá, tụt huyết áp.... Khi có các biểu hiện như vậy cần dừng lại liều corticoid như cũ, thậm chí tăng liều và đến bệnh viện sớm.
- Không được tự ngừng corticoid đột ngột nhất là các trường hợp đang dùng liều cao và kéo dài để dẫn đến suy thượng thận cấp, tử vong nếu không điều trị kịp thời.

Đánh giá

- Bệnh nhân cảm thấy dễ chịu, thoải mái, cảm giác ăn ngon miệng.
- Các triệu chứng lâm sàng giảm hoặc mất.
- Cân nặng trở về bình thường.
- Các xét nghiệm về bình thường.
- Bệnh nhân yên tâm điều trị và có hiểu biết về bệnh tật của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa. BYT 2015
2. Husebye, Eystein S., et al. "Adrenal insufficiency." *The Lancet* 397.10274 (2021): 613-629.
3. Beuschlein, Felix, et al. "European Society of Endocrinology and Endocrine Society Joint Clinical Guideline: Diagnosis and therapy of glucocorticoid-induced adrenal insufficiency." *European journal of endocrinology* 190.5 (2024): G25-G51.
4. Yanase, Toshihiko, et al. "Diagnosis and treatment of adrenal insufficiency including adrenal crisis: a Japan Endocrine Society clinical practice guideline [Opinion]." *Endocrine journal* 63.9 (2016): 765-784.
5. Woodcock, T., et al. "Guidelines for the management of glucocorticoids during the peri-operative period for patients with adrenal insufficiency: guidelines from the Association of Anaesthetists, the Royal College of Physicians and the Society for Endocrinology UK." *Anaesthesia* 75.5 (2020): 654-663.
6. Bornstein, Stefan R., et al. "Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an endocrine society clinical practice guideline." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101.2 (2016): 364-389.
7. Hướng dẫn giáo dục sức khỏe cho người bệnh nội tiết – rối loạn chuyển hoá. BVNTTW 2016

A rectangular, light brown paper tag with a hole on the left side, where a black string is threaded. The tag is placed on a textured, light brown surface. Three white daisies with yellow centers are scattered around the tag. One daisy is in the foreground to the right of the tag, and two others are in the background, one to the left and one to the right, both slightly out of focus. The overall scene is bright and cheerful.

Thank
you!

BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Chúc Mừng Năm Mới
ĐIỀU GIỮA THỜI KHÁT

TRUNG ƯƠNG
CƠ SỞ Y TẾ QUẢN TRỊ
CHUYÊN CHẨN BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ
HÀ NỘI

NƠI ĐỂ XE CỦA KHÁCH →

THÔNG BÁO

THÔNG BÁO

THÔNG BÁO

THÔNG BÁO