

=====

Tìm hiểu chung đái tháo đường (tiểu đường)

Tiểu đường hay đái tháo đường là một bệnh mạn tính gây ra do thiếu sản xuất insulin của tụy hoặc tác dụng insulin không hiệu quả do nguyên nhân mắc phải hoặc do di truyền với hậu quả tăng glucose máu. Tăng glucose máu gây tổn thương nhiều hệ thống trong cơ thể đặc biệt là mạch máu và thần kinh.

Một số loại đái tháo đường thường gặp

Tiểu đường (Đái tháo đường) thường được chia thành 3 loại thường gặp bao gồm đái tháo đường tuýp 1, đái tháo đường tuýp 2 và đái tháo đường thai kỳ.

Đái tháo đường tuýp 1

Bệnh đái tháo đường tuýp 1 còn gọi là tiểu đường phụ thuộc insulin. Nguyên nhân là do tế bào beta của tuyến tụy bị phá hủy gây giảm tiết insulin hoặc không tiết ra insulin dẫn đến việc thiếu hụt nghiêm trọng insulin trong máu, dẫn đến lượng đường trong máu không được điều hòa gây nhiều nguy hiểm cho sức khỏe. Thông thường, đái tháo đường tuýp 1 hiếm gặp hơn tuýp 2 và thường xảy ra ở người trẻ.

Đái tháo đường tuýp 2

Bệnh đái tháo đường tuýp 2 hay còn gọi là đái tháo đường không phụ thuộc insulin, đây là dạng bệnh tiểu đường thường gặp ở người lớn tuổi. Người bệnh đái tháo đường tuýp 2 mặc dù cơ thể vẫn có khả năng sản xuất insulin, nhưng insulin không thể chuyển hóa (điều hòa) được lượng đường trong máu, do suy giảm chức năng của tế bào beta tuyến tụy tiến triển trên nền tảng đề kháng insulin.

Đa phần bệnh thường gặp ở những người trên 40 tuổi nhưng hiện nay đang có xu hướng dần trẻ hóa. Số bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 chiếm đến 90 – 95% tổng số các trường hợp mắc bệnh. Do bệnh không có dấu hiệu rõ ràng nên khó có thể phát hiện được bệnh ở giai đoạn sớm.

Đái tháo đường thai kỳ

Bệnh đái tháo đường thai kỳ là tình trạng kháng insulin xảy ra trong quá trình mang thai, thường xuất hiện ở phụ nữ mang thai tuần thứ 24 trở lên.

Khi mang thai, các thụ thể insulin ở trên tế bào đích sẽ bị tác động bởi các hormone estrogen, progesterone, dẫn đến làm tăng đề kháng insulin. Do đó, khi tuyến tụy không thể sản xuất đủ lượng insulin cần thiết để vượt qua sức đề kháng này sẽ dẫn đến tích tụ đường trong máu, hình thành bệnh tiểu đường thai kỳ.

Tiểu đường thai kỳ dù có thể sẽ hết sau khi sản phụ sinh con, nhưng trong suốt quá trình mắc bệnh, phụ nữ mang thai cần được theo dõi, can thiệp điều trị để tránh các biến chứng nguy hiểm của căn bệnh lên sức khỏe của cả mẹ và bé.

Bên cạnh đó, còn có một số loại đái tháo đường thứ phát do các nguyên nhân như: Gen bị khiếm khuyết, do các bệnh lý nội khoa hoặc do sử dụng thuốc, sử dụng hoá chất như glucocorticoid, do điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô,...

Tìm hiểu thêm : Bệnh tiểu đường có mấy tuýp? Tuýp nào là nặng nhất?

Triệu chứng đái tháo đường (tiểu đường)

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tiểu đường

Triệu chứng của đái tháo đường tuýp 1

Triệu chứng lâm sàng thường được gọi là hội chứng 4 nhiều:

Ăn nhiều; Uống nhiều; Tiểu nhiều; Sụt cân nhiều.

Ăn nhiều;

Uống nhiều;

Tiểu nhiều;

Sụt cân nhiều.

Ngoài ra, bệnh nhân bị tiểu đường tuýp 1 thường có biểu hiện mệt mỏi, buồn ngủ do glucose không vào được tế bào, cơ thể thiếu năng lượng, dễ bị nhiễm khuẩn ngoài da, lao phổi. Cường độ và tốc độ xuất hiện của các triệu chứng, biến chứng khác nhau tùy theo từng bệnh nhân.

Tìm hiểu thêm: Hội chứng 4 nhiều và mối liên quan đến bệnh đái tháo đường

Triệu chứng của đái tháo đường tuýp 2

Triệu chứng của tiểu đường tuýp 2 giống tuýp 1 nhưng thường ít được phát hiện hơn, có thể được chẩn đoán vài năm sau khi xuất hiện triệu chứng.

Khi thấy các dấu hiệu nghi ngờ, bạn cần thăm khám và làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán chính xác bệnh tiểu đường.

Nhiễm nấm men : Bệnh nhân tiểu đường tuýp 2 có sức đề kháng yếu nên dễ nhiễm nấm hơn. Nồng độ glucose cao trong máu và nước tiểu sẽ dẫn đến sự phát triển quá mức của nấm ở bất kỳ nếp gấp ẩm của da, ở giữa ngón tay, ngón chân, vùng dưới ngực, thậm chí xung quanh hoặc trong cơ quan sinh dục.

Thời gian lành vết thương lâu: Lưu lượng máu của toàn cơ thể sẽ bị ảnh hưởng do lượng đường trong máu cao, hệ thần kinh sẽ bị tổn thương, khiến các vết thương khó lành hơn. Ngoài ra các biểu hiện tê hoặc đau ở chân cũng là dấu hiệu của thần kinh bị tổn thương.

Triệu chứng của đái tháo đường thai kỳ

Thông thường, phụ nữ mang thai bị đái tháo đường thai kỳ thường sẽ không có triệu chứng rõ ràng. Các triệu chứng được ghi nhận ở các sản phụ như: Khát nước hơn bình thường, đi tiểu thường xuyên hơn.

Bệnh thường được chẩn đoán ở 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ nhờ nghiệm pháp dung nạp glucose 3 mẫu lúc thai từ 24 đến 28 tuần tuổi, với điều kiện trước đó chưa ghi nhận bệnh tiểu đường tuýp 1 hoặc tuýp 2 ở bệnh nhân.

Tìm hiểu thêm: Cách nhận biết tiểu đường thai kỳ và giải pháp can thiệp

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh tiểu đường

Các biến chứng tiểu đường cấp tính thường do chẩn đoán muộn, điều trị không thích hợp hoặc do bệnh gan hoặc nhiễm khuẩn cấp tính bao gồm hôn mê nhiễm toan thường xảy ra ở đái tháo đường tuýp 1 hoặc các tuýp khác khi bị nhiễm trùng, stress,...; hạ glucose máu (2,2-3,3 mmol/L) do tác dụng phụ hoặc quá liều thuốc điều trị, giảm khẩu phần ăn hay giờ ăn muộn hơn thường ngày, găng sức; hôn mê nhiễm toan acid lactic; nhiễm trùng cấp như nhiễm trùng da, lao phổi, viêm tuỷ xương,...

Biến chứng mạn tính gồm:

Biến chứng mạch máu lớn: Bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, bệnh mạch máu ngoại vi.

Biến chứng mạch máu nhỏ: Bệnh lý bàn chân, biến chứng ở mắt như bệnh lý võng mạc, đục thủy tinh thể và glaucom; biến chứng ở thận gây tổn thương cầu thận, biến chứng thần kinh ngoại vi.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân đái tháo đường (tiểu đường)

Nguyên nhân của đái tháo đường tuýp 1

Trong số các trường hợp bị đái tháo đường tuýp 1 thì đến 95% là do cơ chế tự miễn (type 1A) và 5% không xác định được nguyên nhân (type 1B). Ở type 1A hệ miễn dịch tấn công nhầm nên phá hủy tế bào sản xuất insulin tuyến tụy khiến insulin trong cơ thể bị thiếu hụt nghiêm trọng, do vậy bệnh nhân bị tiểu đường tuýp 1 thường phụ thuộc nguồn insulin hỗ trợ từ bên ngoài vào cơ thể.

Nguyên nhân của đái tháo đường tuýp 2

Nguyên nhân của đái tháo đường tuýp 2 vẫn chưa được làm rõ. Người mắc bệnh tiểu đường loại 2 mặc dù cơ thể có tạo ra insulin nhưng các tế bào lại không sử dụng hoặc sử dụng không hiệu quả. Điều đó khiến insulin tuyến tụy phải sản xuất insulin nhiều hơn để chuyển hóa glucose, đến một thời điểm, khi tuyến tụy không thể sản xuất số lượng insulin đều đặn được nữa thì glucose sẽ không được chuyển hóa thành năng lượng mà sẽ tích tụ trong máu gây nên bệnh.

Một số yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến tiểu đường type 2 có thể kể đến như:

Tiền sử gia đình có bố mẹ, anh chị em ruột, con mắc bệnh tiểu đường. Tiền sử bản thân từng bị tiểu đường thai kỳ. Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch. Tăng huyết áp. Ít hoạt động thể lực. Thừa cân, béo phì. Bị rối loạn dung nạp đường hay rối loạn đường huyết đói. Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang.

Tiền sử gia đình có bố mẹ, anh chị em ruột, con mắc bệnh tiểu đường.

Tiền sử bản thân từng bị tiểu đường thai kỳ.

Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch.

Tăng huyết áp.

Ít hoạt động thể lực.

Thừa cân, béo phì.

Bị rối loạn dung nạp đường hay rối loạn đường huyết đói.

Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang.

Nguyên nhân của đái tháo đường thai kỳ

Phụ nữ mang thai bị thừa cân, có tiền sử gia đình mắc bệnh tiểu đường hoặc đã được chẩn đoán bị rối loạn dung nạp glucose đều có nguy cơ cao bị đái tháo đường thai kỳ.

Ngoài ra, còn có đái tháo đường thai kỳ do rối loạn dung nạp glucose thường gặp trong 3 tháng cuối thai kỳ ở 3-5% phụ nữ có thai và các dạng đái tháo đường thứ

cấp gồm đái tháo đường của người trẻ khởi phát ở độ tuổi trưởng thành (MODY), bệnh tụy ngoại tiết; bệnh to cực, hội chứng Cushing; nhiễm siêu vi gây tổn thương tuyến tụy. Đái tháo đường thai kỳ làm tăng tỷ lệ tử vong cho cả mẹ và bé. Tìm hiểu thêm: Nguyên nhân tiểu đường và các biến chứng cần lưu ý

Nguy cơ đái tháo đường (tiểu đường)

Những ai có nguy cơ mắc bệnh tiểu đường

Tuổi ≥ 45 ; Thừa cân hoặc béo phì ; Lối sống ít vận động; Tiền sử gia đình có người mắc bệnh tiểu đường; Tiền sử có suy giảm điều hòa glucose; Đái tháo đường thai kỳ hoặc cân nặng sau sinh $> 4,1$ kg; Tiền sử tăng huyết áp, bệnh tim mạch ; Rối loạn lipid máu; Hội chứng buồng trứng đa nang; Người chủng tộc da đen, người Tây Ba Nha, người Mỹ gốc Á hoặc gốc Ấn Độ; Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường (Đái tháo đường).

Tuổi ≥ 45 ;

Thừa cân hoặc béo phì ;

Lối sống ít vận động;

Tiền sử gia đình có người mắc bệnh tiểu đường;

Tiền sử có suy giảm điều hòa glucose;

Đái tháo đường thai kỳ hoặc cân nặng sau sinh $> 4,1$ kg;

Tiền sử tăng huyết áp, bệnh tim mạch ;

Rối loạn lipid máu;

Hội chứng buồng trứng đa nang;

Người chủng tộc da đen, người Tây Ba Nha, người Mỹ gốc Á hoặc gốc Ấn Độ;

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường (Đái tháo đường).

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường

Hút thuốc lá; Béo phì, ít vận động; Phụ nữ mang thai,...

Hút thuốc lá;

Béo phì, ít vận động;

Phụ nữ mang thai,...

Tìm hiểu thêm: Béo phì và tiểu đường có liên hệ gì với nhau?

Phương pháp chẩn đoán & điều trị đái tháo đường (tiểu đường)

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh tiểu đường

Bệnh tiểu đường được gợi ý bởi các triệu chứng và dấu hiệu điển hình và được chứng minh bằng định lượng glucose huyết tương. Định lượng sau khi đói từ 8-12 giờ (FPG) hoặc sau 2 giờ uống 75 g (người lớn) hoặc 1,75 g (trẻ em) dung dịch glucose đậm đặc (nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống) là tốt nhất. Trong thực hành, đái tháo đường hoặc rối loạn glucose lúc đói thường được chẩn đoán bằng sử dụng định lượng glucose huyết tương ngẫu nhiên hoặc HbA1c. Cụ thể như sau:

Đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) kết hợp với các triệu chứng tăng đường huyết.

Đường huyết lúc đói được thử khi nhịn đói qua đêm và ít nhất 2 lần thử:

<100 mg/dL là bình thường. ≥ 100 mg/dL và <126 mg/dL (nhưng nghiệm pháp dung nạp glucose bình thường): Rối loạn đường huyết lúc đói. ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L): Đái tháo đường.

<100 mg/dL là bình thường.

≥ 100 mg/dL và <126 mg/dL (nhưng nghiệm pháp dung nạp glucose bình thường): Rối loạn đường huyết lúc đói.

≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L): Đái tháo đường.

Nghiệm pháp dung nạp glucose:

<140 mg/dL (7,8 mmol/L): Dung nạp bình thường. ≥ 140 mg/dL và <200 mg/dL: Rối loạn dung nạp glucose. ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L): Đái tháo đường.

<140 mg/dL (7,8 mmol/L): Dung nạp bình thường.

≥ 140 mg/dL và <200 mg/dL: Rối loạn dung nạp glucose.

≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L): Đái tháo đường.

Định lượng HbA1c phản ánh nồng độ glucose trong 3 tháng trước. Định lượng HbA1c hiện được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường:

HbA1c $\geq 6,5\%$: Đái tháo đường. HbA1c 5,7 đến 6,4%: Tiền đái tháo đường hoặc nguy cơ đái tháo đường.

HbA1c $\geq 6,5\%$: Đái tháo đường.

HbA1c 5,7 đến 6,4%: Tiền đái tháo đường hoặc nguy cơ đái tháo đường.

Tuy nhiên, giá trị HbA1c có thể cao hoặc thấp giả nên xét nghiệm phải thực hiện ở phòng thí nghiệm lâm sàng được chứng nhận.

Tìm hiểu thêm: 4 tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường

Phương pháp điều trị bệnh tiểu đường hiệu quả

Điều trị gồm kiểm soát đường máu để giảm biến chứng và phòng biến chứng với tối thiểu cơn hạ đường máu. Mục tiêu cho kiểm soát đường máu là:

Glucose máu trước ăn từ 80 đến 130 mg/dL (4,4 và 7,2 mmol/L). Đỉnh glucose máu sau ăn (1-2 giờ sau bắt đầu bữa ăn) < 180 mg/dL (10 mmol/L). HbA1C < 7%.

Glucose máu trước ăn từ 80 đến 130 mg/dL (4,4 và 7,2 mmol/L).

Đỉnh glucose máu sau ăn (1-2 giờ sau bắt đầu bữa ăn) < 180 mg/dL (10 mmol/L). HbA1C < 7%.

Điều trị không dùng thuốc

Chế độ ăn - dinh dưỡng: Xây dựng chế độ dinh dưỡng phù hợp với mức độ thừa cân, nhu cầu, thói quen, phác đồ điều trị,... của từng bệnh nhân, thông thường gồm 45 - 65% carbohydrate, 25 - 35% chất béo (chất béo bão hòa < 7%) và 10 - 35% protein. Vận động thể lực: Giúp cải thiện tình trạng kháng insulin, kiểm soát đường huyết và giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, bằng cách giảm hoặc duy trì cân nặng, vận động 30 - 45 phút mỗi ngày x 3 - 5 ngày/tuần hoặc 150 phút/tuần với cường độ tập trung bình.

Tất cả bệnh nhân đái tháo đường nên được tiêm phòng Streptococcus pneumoniae (1 lần) và virus cúm (hàng năm).

Điều trị bằng thuốc

Tiểu đường tuýp 1: Insulin.

Tiểu đường tuýp 2: Thuốc hạ đường huyết đường uống hoặc thuốc tiêm. Insulin thường bổ sung khi ≥ 3 thuốc thất bại kiểm sát đường máu.

Các thuốc hạ đường huyết đường uống bao gồm:

Sulfonylureas là thuốc kích thích tụy tiết insulin. Các thuốc này làm hạ glucose máu bằng cách kích thích tế bào beta của tụy tiết insulin và tăng nhạy cảm insulin với các mô ngoại vi và tại gan. Hầu hết bệnh nhân dùng sulfonylureas đơn trị liệu thì đều cần kết hợp với nhóm thuốc khác để đạt hiệu quả.

Các thuốc kích thích tiết insulin tác dụng ngắn như (repaglinide, nateglinide) kích thích tiết insulin tương tự như sulfonylureas. Chúng tác dụng nhanh hơn, tuy nhiên kích thích tiết insulin nhiều hơn trong bữa ăn so với các thời điểm khác. Vậy nên, đặc biệt hiệu quả trong việc hạ glucose máu sau ăn và ít có nguy cơ hạ đường máu.

Biguanides (metformin) làm giảm lượng glucose trong huyết tương bằng cách giảm sản xuất glucose ở gan (tạo gluconeogenesis và glycogenolysis).

Thiazolidinediones (TZDs) (bao gồm troglitazone, rosiglitazone, pioglitazone) làm giảm đề kháng insulin ở mô ngoại vi (chất nhạy cảm với insulin), nhưng đi kèm với nhiều tác dụng phụ nguy hiểm.

Ức chế alpha-glucosidase: Ức chế enzym ruột, do đó làm giảm glucose máu sau ăn. Chất ức chế apha-glucosidase kém hiệu quả hơn so với các thuốc uống khác trong việc giảm glucose máu, bệnh nhân thường ngừng thuốc do khó thở, thừa dịch và tiêu chảy.

Chất ức chế dipeptidyl peptidase-4 (ví dụ, alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin).

Thuốc ức chế SGLT2 như canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin ức chế SGLT2 ở phần gần ống thận, nó ức chế tái hấp thu glucose bởi vậy nó gây ra glucose niệu và làm giảm glucose máu. Empagliflozin đã được chứng minh là làm giảm các biến cố tim mạch ở bệnh nhân tiểu đường có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao.

Thuốc hạ glucose máu đường tiêm:

Đồng vận thụ thể GLP-1: Liraglutide, dulaglutide, albiglutide, làm tiết insulin phụ thuộc glucose và chậm làm trống dạ dày.

Pramlintide tương tự amylin là một hormon do tế bào beta tụy tiết ra, giúp làm giảm nồng độ glucose sau ăn. Pramlintide làm chậm bài tiết glucagon sau ăn, làm chậm quá trình làm trống dạ dày, giúp no lâu. Được sử dụng đường tiêm, dạng kết hợp với insulin.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Tìm hiểu thêm: Tìm hiểu những phương pháp chữa bệnh tiểu đường mới nhất

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa đái tháo đường (tiểu đường)

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh tiểu đường

Chế độ sinh hoạt:
Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Tăng cường vận động thể lực phù hợp. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám

định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Bệnh nhân tiểu đường cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái. Chọn các nội dung liệt kê phù hợp với tình trạng bệnh. Tuần thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Tăng cường vận động thể lực phù hợp.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân tiểu đường cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chọn các nội dung liệt kê phù hợp với tình trạng bệnh.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn ít chất béo bão hòa và cholesterol và lượng carbohydrate trung bình, tốt nhất là từ các nguồn ngũ cốc nguyên hạt có hàm lượng chất xơ cao hơn.

Tìm hiểu thêm : Người tiểu đường nên ăn gì, kiêng gì để đảm bảo sức khỏe?

Phương pháp phòng ngừa bệnh tiểu đường

Để phòng ngừa bệnh tiểu đường hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Điều chỉnh chế độ ăn uống hợp lý. Thường xuyên tập luyện thể dục nâng cao sức khỏe, duy trì cân nặng hợp lý. Bỏ thuốc lá, tránh uống nhiều rượu bia. Tầm soát đái tháo đường định kỳ.

Điều chỉnh chế độ ăn uống hợp lý.

Thường xuyên tập luyện thể dục nâng cao sức khỏe, duy trì cân nặng hợp lý.

Bỏ thuốc lá, tránh uống nhiều rượu bia.

Tầm soát đái tháo đường định kỳ.

Xem thêm:

Những loại rau người tiểu đường không nên ăn Chỉ số tiểu đường bao nhiêu là nguy hiểm? Top 15 loại trái cây dành cho người tiểu đường tốt nhất

Những loại rau người tiểu đường không nên ăn

Chỉ số tiểu đường bao nhiêu là nguy hiểm?

Top 15 loại trái cây dành cho người tiểu đường tốt nhất

=====

Tìm hiểu chung suy giáp

Suy giáp còn được gọi là bệnh tuyến giáp kém hoạt động, không sản xuất đủ hormone tuyến giáp. Tuyến giáp hoạt động yếu ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, gây rối loạn chức năng sinh lý, hoạt động của nhiều cơ quan trên cơ thể. Suy giáp có thể dẫn đến tử vong trong thời gian ngắn.

Có khả năng ngăn ngừa và điều trị suy giáp, một số trường hợp có thể gây biến chứng không phục hồi, cần phẫu thuật phức tạp, nguy hiểm. Suy giáp cần được phát hiện càng sớm càng tốt do bệnh diễn biến âm thầm và ngày càng nặng hơn. Việc chậm trễ phát hiện có thể làm giảm khả năng điều trị. Chứng suy giáp có thể bao gồm:

Suy giáp nguyên phát: Gây ra do bệnh lý tại tuyến giáp. Suy giáp thứ phát: Gây ra bởi bệnh lý vùng dưới đồi hoặc tuyến yên .

Suy giáp nguyên phát: Gây ra do bệnh lý tại tuyến giáp.

Suy giáp thứ phát: Gây ra bởi bệnh lý vùng dưới đồi hoặc tuyến yên .

Triệu chứng suy giáp

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy giáp

Các dấu hiệu và triệu chứng của suy giáp khác nhau, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của sự thiếu hụt hormone. Các dấu hiệu và triệu chứng suy giáp có thể bao gồm:

Biểu hiện chuyển hoá: Không chịu được lạnh, tăng cân nhẹ, hạ thân nhiệt.

Biểu hiện thần kinh: Hay quên, dị cảm đầu ngón tay và ngón chân, làm chậm pha phục hồi của phản xạ gân sâu.

Các biểu hiện tâm thần: Thay đổi về nhân cách, mờ các nếp nhăn trên khuôn mặt,

chứng mất trí hoặc loạn thần (chứng điên phù niên).

Biểu hiện da: Mặt phù ; phù niêm; lông thưa, thô và khô; tóc khô, thưa, dễ gãy; da dày, khô, bong vảy, caroten huyết, đặc biệt đáng chú ý trên lòng bàn tay và lòng bàn chân, lưỡi to do lắng đọng chất nền có protein trong lưỡi.

Các biểu hiện mắt: Sưng phù quanh mắt, mí mắt giảm vận động do giảm kích thích giao cảm.

Biểu hiện đường tiêu hóa: Táo bón.

Biểu hiện phụ khoa: Rong kinh hoặc vô kinh thứ phát.

Các biểu hiện tim mạch: Nhịp tim chậm (giảm cả hormone tuyến giáp và kích thích giao cảm gây ra nhịp tim chậm), khám thấy tim to.

Các biểu hiện khác: Tràn dịch màng phổi hoặc ổ bụng, giọng khàn và nói chậm.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Đi khám bác sĩ nếu bạn cảm thấy mệt mỏi không có lý do hoặc có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào khác của bệnh suy giáp, chẳng hạn như da khô, mắt nhợt nhạt, sưng húp, táo bón hoặc khàn giọng. Nếu bạn đang điều trị hormone điều trị suy giáp, hãy lên lịch tái khám thường xuyên theo khuyến nghị của bác sĩ.

Nguyên nhân suy giáp

Nguyên nhân dẫn đến suy giáp

Suy giáp là kết quả khi tuyến giáp không sản xuất đủ hormone. Suy giáp có thể do một số nguyên nhân sau đây bao gồm:

Bệnh tự miễn: Nguyên nhân phổ biến nhất của suy giáp là một rối loạn tự miễn dịch được gọi là viêm tuyến giáp Hashimoto. Rối loạn tự miễn dịch xảy ra khi hệ thống miễn dịch của bạn tạo ra các kháng thể tấn công các mô của chính bạn.

Đáp ứng quá mức với điều trị cường giáp: Những người sản xuất quá nhiều hormone tuyến giáp (cường giáp) thường được điều trị bằng iốt phóng xạ hoặc thuốc kháng giáp. Đôi khi, điều chỉnh cường giáp có thể làm giảm sản xuất hormone tuyến giáp quá nhiều, dẫn đến suy giáp vĩnh viễn.

Phẫu thuật tuyến giáp: Loại bỏ tất cả hoặc một phần lớn tuyến giáp của bạn có thể làm giảm hoặc ngừng sản xuất hormone.

Xạ trị: Bức xạ được sử dụng để điều trị ung thư đầu và cổ có thể ảnh hưởng đến tuyến giáp của bạn và có thể dẫn đến suy giáp.

Thuốc men: Một số loại thuốc có thể góp phần vào chứng suy giáp. Một loại thuốc như vậy là lithium, được sử dụng để điều trị một số rối loạn tâm thần.

Bệnh bẩm sinh: Một số trẻ sinh ra với một tuyến giáp bị khiếm khuyết hoặc không có tuyến giáp. Trong hầu hết các trường hợp, tuyến giáp không phát triển bình thường vì những lý do không rõ, nhưng một số trẻ có dạng rối loạn di truyền.

Rối loạn tuyến yên: Một nguyên nhân tương đối hiếm của suy giáp là do tuyến yên không sản xuất đủ hormone kích thích tuyến giáp (TSH) - thường là do một khối u lành tính của tuyến yên.

Thai kỳ: Một số phụ nữ phát triển chứng suy giáp trong hoặc sau khi mang thai (suy giáp sau sinh), thường là do họ tự sản xuất kháng thể cho tuyến giáp của mình.

Thiếu cân bằng chất iot: Quá ít i-ốt có thể dẫn đến suy giáp và quá nhiều i-ốt có thể làm trầm trọng thêm tình trạng suy giáp ở những người đã mắc bệnh này.

Nguy cơ suy giáp

Những ai có nguy cơ mắc suy giáp?

Suy giáp xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng đặc biệt phổ biến ở người phụ nữ lớn tuổi, nó có thể biểu hiện một cách tinh vi và khó nhận biết.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy giáp

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc suy giáp, bao gồm:

Có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp. Mắc bệnh tự miễn, chẳng hạn như bệnh tiểu đường loại 1 hoặc bệnh Celiac. Đã được điều trị bằng iốt phóng xạ hoặc thuốc kháng giáp. Nhận bức xạ vào cổ hoặc ngực trên của bạn. Đã từng phẫu thuật tuyến giáp (cắt một phần tuyến giáp). Đã mang thai hoặc sinh con trong vòng sáu tháng qua.

Có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp.

Mắc bệnh tự miễn, chẳng hạn như bệnh tiểu đường loại 1 hoặc bệnh Celiac.

Đã được điều trị bằng iốt phóng xạ hoặc thuốc kháng giáp.

Nhận bức xạ vào cổ hoặc ngực trên của bạn.

Đã từng phẫu thuật tuyến giáp (cắt một phần tuyến giáp).

Đã mang thai hoặc sinh con trong vòng sáu tháng qua.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy giáp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán suy giáp

Nếu bạn có các triệu chứng của suy giáp, bác sĩ sẽ yêu cầu xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ hormone thường bao gồm hormone kích thích tuyến giáp (TSH) và T4 (thyroxine).

Nếu mức T4 thấp hơn bình thường thì có nghĩa là bạn có nguy cơ bị suy giáp. Tuy nhiên, một số người có thể bị tăng mức TSH trong khi có mức T4 bình thường. Đây được gọi là suy giáp cận lâm sàng (nhẹ). Nó được cho là một giai đoạn đầu của suy giáp.

Nếu kết quả xét nghiệm hoặc khám sức khỏe tuyến giáp của bạn bất thường, bác sĩ có thể yêu cầu siêu âm tuyến giáp hoặc chụp tuyến giáp để kiểm tra các nốt hoặc tình trạng viêm.

Phương pháp điều trị suy giáp hiệu quả

Các chế phẩm hormone tuyến giáp khác nhau có thể điều trị thay thế, bao gồm các chế phẩm T4 tổng hợp (l-thyroxine) levothyroxine, T3 (liothyronine), sự kết hợp của 2 hormone tổng hợp, và chiết xuất tuyến giáp động vật đông khô. L-Thyroxine được ưu tiên hơn; liều duy trì thông thường là 75 đến 150mcg uống 1 lần/ngày, tùy thuộc vào độ tuổi.

Tuy nhiên, ở bệnh nhân bị bệnh tim, liệu pháp bắt đầu với liều lượng thấp, thường là 25 mcg một lần/ngày. Liều được điều chỉnh mỗi 6 tuần cho đến khi đạt được liều duy trì. Liều duy trì cần tăng ở phụ nữ mang thai. Cũng có thể cần tăng liều nếu dùng đồng thời các thuốc làm giảm hấp thu T4 hoặc tăng độ thanh thải chuyển hóa của nó. Liều dùng nên là thấp nhất để phục hồi nồng độ TSH huyết thanh xuống khoảng giữa của giá trị bình thường (mặc dù tiêu chuẩn này không thể dùng ở những bệnh nhân bị suy giáp thứ phát). Trong suy giáp thứ phát, liều L-thyroxine nên đạt được mức độ T4 tự do ở khoảng giữa của giá trị bình thường. Không nên dùng Liothyronine đơn độc để thay thế lâu dài vì thời gian bán hủy ngắn và những đỉnh T3 huyết thanh lớn mà nó tạo ra. Ở những bệnh nhân suy giáp thứ phát, l-thyroxine không nên được kê toa cho đến khi có bằng chứng bài tiết đủ cortisol (hoặc phải có liệu pháp điều trị cortisol), bởi vì l-thyroxine có thể thúc đẩy cơn suy thượng thận.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy giáp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của suy giáp

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn thiếu iod sẽ không cung cấp đủ nguyên liệu cho sản xuất nội tiết tố giáp gây ra suy giáp. Vì thế, nên ăn thức ăn giàu i-ốt như cá, hải sản, tảo biển, muối có i-ốt.

Người mắc bệnh nên bổ sung các thực phẩm có chỉ số glycemic thấp như: Khoai tây, ngô, cà rốt, chuối, cam, dưa, đu đủ, dưa hấu; giảm những thực phẩm giàu tinh bột như bột mì, đường, ngũ cốc.

Giảm các thực phẩm làm chậm chức năng hoạt động của tuyến giáp như bông cải xanh, bắp cải, củ cải, viên sắt, viên calci, mù tạt.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Phương pháp phòng ngừa suy giáp hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Bệnh nhân có anti-TPO tăng mà chưa có biểu hiện lâm sàng suy giáp thì cần theo dõi và xét nghiệm định kỳ hàng năm để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trước khi chuẩn bị có thai cần được làm xét nghiệm tầm soát sớm bệnh suy giáp vì 3 tháng đầu thai kỳ khi thai nhi chưa hình thành tuyến giáp thì cần đến lượng hormone tuyến giáp lớn cho sự hình thành và phát triển hệ thần kinh, nếu trong quá trình này mà thiếu hormone do mẹ bị suy giáp thì trẻ sinh ra dễ bị kém phát triển trí tuệ và đần độn.

Những đứa trẻ là con của bà mẹ bị bệnh suy giáp cần được xét nghiệm lấy máu gót chân ngay những ngày đầu sau sinh để kiểm tra bệnh lý tuyến giáp.

Xét nghiệm hormone giáp cần làm ở những cặp vợ chồng vô sinh.

=====

Tìm hiểu chung bệnh lùn tuyến yên

Bệnh lùn tuyến yên hay thiếu hụt hormone tăng trưởng (GHD) là một tình trạng hiếm gặp mà tuyến yên không tiết ra đủ hormone tăng trưởng (GH hoặc somatotropin). Lùn tuyến yên có thể ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh, trẻ em và người lớn. Trẻ mắc bệnh lùn tuyến yên sẽ thấp hơn so với tỷ lệ cơ thể bình thường. Tuyến yên là một tuyến nội tiết nhỏ, có kích thước bằng hạt đậu, nằm ở đáy não, bên dưới vùng dưới đồi. Nó được tạo thành từ hai thùy: Thùy trước và thùy sau. Thùy trước của tuyến yên tiết ra GH.

Hormon tăng trưởng (GH) tác động lên nhiều bộ phận của cơ thể để thúc đẩy sự tăng trưởng ở trẻ em. Nó cần thiết cho sự tăng trưởng bình thường, sức mạnh của cơ, xương và phân phối mỡ trong cơ thể.

Triệu chứng bệnh lùn tuyến yên

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh lùn tuyến yên

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh lùn tuyến yên khác nhau tùy theo độ tuổi khi bắt đầu tình trạng này.

Triệu chứng bệnh lùn tuyến yên ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Bệnh lùn tuyến yên ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dẫn đến tăng trưởng kém. Dấu hiệu chính của bệnh ở trẻ là chiều cao tăng chậm hàng năm sau sinh nhật thứ ba của trẻ.

Các triệu chứng khác của bệnh bao gồm:

Một khuôn mặt trông trẻ hơn so với độ tuổi; Tóc và móng phát triển kém; Chậm phát triển răng; Dậy thì muộn; Lượng đường trong máu thấp (hạ đường huyết) ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi; Dương vật rất nhỏ ở bé trai.

Một khuôn mặt trông trẻ hơn so với độ tuổi;

Tóc và móng phát triển kém;

Chậm phát triển răng;

Dậy thì muộn;

Lượng đường trong máu thấp (hạ đường huyết) ở trẻ sơ sinh và trẻ mới biết đi; Dương vật rất nhỏ ở bé trai.

Triệu chứng bệnh lùn tuyến yên khởi phát ở người trưởng thành

Các triệu chứng của bệnh lùn tuyến yên khởi phát ở người trưởng thành có thể khó phát hiện hơn. Các triệu chứng bao gồm:

Giảm cảm giác hạnh phúc; Lo lắng và/hoặc trầm cảm ; Tăng mỡ cơ thể, đặc biệt là xung quanh bụng; Giảm trương lực cơ; Mật độ xương giảm, dẫn đến chứng loãng xương ; Kháng insulin có thể dẫn đến bệnh đái tháo đường tuýp 2; Tăng mức LDL và Cholesterol làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim.

Giảm cảm giác hạnh phúc;

Lo lắng và/hoặc trầm cảm ;

Tăng mỡ cơ thể, đặc biệt là xung quanh bụng;

Giảm trương lực cơ;

Mật độ xương giảm, dẫn đến chứng loãng xương ;

Kháng insulin có thể dẫn đến bệnh đái tháo đường tuýp 2;

Tăng mức LDL và Cholesterol làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh lùn tuyến yên

Nếu không được điều trị, bệnh lùn tuyến yên ở trẻ em có thể dẫn đến tầm vóc (chiều cao) thấp và dậy thì muộn.

Mặc dù được điều trị thích hợp nhưng những người bị lùn tuyến yên khi trưởng thành vẫn có nguy cơ mắc bệnh tim và đột quỵ cao hơn.

Những người mắc bệnh lùn tuyến yên khởi phát ở người trưởng thành cũng có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn. Vì điều này, họ có nguy cơ cao bị gãy xương do chấn thương nhẹ hoặc té ngã.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi xuất hiện các triệu chứng kể trên hay nếu một đứa trẻ có vóc dáng nhỏ hơn những đứa trẻ khác từ hai tuổi trở lên thì nên tham khảo ý kiến bác sĩ. Việc chẩn đoán và điều trị sớm có thể giúp giảm đáng kể các triệu chứng và cải thiện chiều cao của trẻ.

Nguyên nhân bệnh lùn tuyến yên

Có ba loại nguyên nhân chính gây ra bệnh lùn tuyến yên, bao gồm:

Bẩm sinh: Xuất hiện từ khi sinh ra do đột biến gen hoặc các vấn đề về cấu trúc

trong não của trẻ. **Mắc phải:** Lùn tuyến yên được coi là mắc phải nếu bệnh khởi phát muộn hơn do tuyến yên của bạn bị tổn thương. Trẻ em và người lớn đều có thể mắc phải. **Vô căn:** Có nghĩa là không có nguyên nhân rõ ràng.

Bẩm sinh: Xuất hiện từ khi sinh ra do đột biến gen hoặc các vấn đề về cấu trúc trong não của trẻ.

Mắc phải: Lùn tuyến yên được coi là mắc phải nếu bệnh khởi phát muộn hơn do tuyến yên của bạn bị tổn thương. Trẻ em và người lớn đều có thể mắc phải.

Vô căn: Có nghĩa là không có nguyên nhân rõ ràng.

Nguyên nhân bẩm sinh

Là kết quả của đột biến gen và có thể liên quan đến các vấn đề về cấu trúc não hoặc các bất thường ở khuôn mặt, dị tật đường giữa như hở hàm ếch.

Các nhà khoa học đã xác định được một số đột biến gen gây ra thiếu hụt hormone tăng trưởng, bao gồm:

Bệnh lùn tuyến yên loại IA: Đột biến gen này dẫn đến sự phát triển của thai nhi chậm lại và trẻ sơ sinh nhỏ hơn nhiều so với dự kiến. Những người mắc bệnh loại IA lúc đầu thường có phản ứng bình thường với việc điều trị hormone tăng trưởng tổng hợp (GH) nhưng sau đó phát triển kháng thể đối với hormone này. Điều này ngăn cản sự tăng trưởng và dẫn đến chiều cao trưởng thành rất thấp. **Bệnh lùn tuyến yên loại IB:** Đột biến gen này tương tự như IA, nhưng trẻ sơ sinh có một số hormone tăng trưởng tự nhiên khi sinh và chúng tiếp tục đáp ứng với các phương pháp điều trị GH tổng hợp trong suốt cuộc đời. **Bệnh lùn tuyến yên loại II:** Những người mắc bệnh loại II có mức GH rất thấp và tầm vóc thấp bé với mức độ nghiêm trọng khác nhau. Suy giảm tăng trưởng thường thấy rõ ở giai đoạn đầu đến giữa thời thơ ấu. Khoảng một nửa số người mắc bệnh loại II có tuyến yên kém phát triển (giảm sản tuyến yên). **Bệnh lùn tuyến yên loại III:** Giống như loại II, những người mắc bệnh loại III cũng có thể có hệ thống miễn dịch suy yếu và dễ bị nhiễm trùng thường xuyên. **Bệnh lùn tuyến yên loại IV:** Đặc trưng bởi chậm phát triển và chậm tuổi xương. GH phản ứng miễn dịch bình thường sau khi kích thích, somatomedin thấp, đáp ứng GH ngoại sinh ở người, bất thường về cấu trúc của phân tử GH.

Bệnh lùn tuyến yên loại IA: Đột biến gen này dẫn đến sự phát triển của thai nhi chậm lại và trẻ sơ sinh nhỏ hơn nhiều so với dự kiến. Những người mắc bệnh loại IA lúc đầu thường có phản ứng bình thường với việc điều trị hormone tăng trưởng tổng hợp (GH) nhưng sau đó phát triển kháng thể đối với hormone này. Điều này ngăn cản sự tăng trưởng và dẫn đến chiều cao trưởng thành rất thấp.

Bệnh lùn tuyến yên loại IB: Đột biến gen này tương tự như IA, nhưng trẻ sơ sinh có một số hormone tăng trưởng tự nhiên khi sinh và chúng tiếp tục đáp ứng với các phương pháp điều trị GH tổng hợp trong suốt cuộc đời.

Bệnh lùn tuyến yên loại II: Những người mắc bệnh loại II có mức GH rất thấp và tầm vóc thấp bé với mức độ nghiêm trọng khác nhau. Suy giảm tăng trưởng thường thấy rõ ở giai đoạn đầu đến giữa thời thơ ấu. Khoảng một nửa số người mắc bệnh loại II có tuyến yên kém phát triển (giảm sản tuyến yên).

Bệnh lùn tuyến yên loại III: Giống như loại II, những người mắc bệnh loại III cũng có thể có hệ thống miễn dịch suy yếu và dễ bị nhiễm trùng thường xuyên.

Bệnh lùn tuyến yên loại IV: Đặc trưng bởi chậm phát triển và chậm tuổi xương. GH phản ứng miễn dịch bình thường sau khi kích thích, somatomedin thấp, đáp ứng GH ngoại sinh ở người, bất thường về cấu trúc của phân tử GH.

Nguyên nhân mắc phải

Các trường hợp lùn tuyến yên mắc phải là do tuyến yên bị tổn thương, ảnh hưởng đến khả năng sản xuất và giải phóng hormone tăng trưởng. Trẻ em và người lớn đều có khả năng mắc phải.

Tổn thương tuyến yên có thể xảy ra do các điều kiện hoặc tình huống sau:

U tuyến yên (khối u lạnh tính). Xạ trị ở tuyến yên hoặc gần tuyến yên. Chấn thương đầu nghiêm trọng hoặc chấn thương sọ não (TBI). Thiếu lưu lượng máu đến tuyến yên. Tổn thương do tai nạn hoặc không thể phòng ngừa được do phẫu thuật não hoặc phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên. Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương. Các bệnh thâm nhiễm chẳng hạn như bệnh mô tế bào Langerhans, Sarcoidosis và bệnh lao. Khối u vùng dưới đồi gây áp lực lên tuyến yên.

U tuyến yên (khối u lạnh tính).

Xạ trị ở tuyến yên hoặc gần tuyến yên.

Chấn thương đầu nghiêm trọng hoặc chấn thương sọ não (TBI).

Thiếu lưu lượng máu đến tuyến yên.

Tổn thương do tai nạn hoặc không thể phòng ngừa được do phẫu thuật não hoặc phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên.

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

Các bệnh thâm nhiễm chẳng hạn như bệnh mô tế bào Langerhans, Sarcoidosis và bệnh lao.

Khối u vùng dưới đồi gây áp lực lên tuyến yên.

Nguy cơ bệnh lùn tuyến yên

Những ai có nguy cơ mắc bệnh lùn tuyến yên?

Bệnh lùn tuyến yên là một tình trạng hiếm gặp. Cả người lớn và trẻ em đều có khả năng mắc bệnh nhưng trẻ em có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Ngoài ra, một số đối tượng khác cũng có nguy cơ mắc bệnh như:

Trong gia đình có người mắc bệnh lùn tuyến yên. Đang mắc các bệnh ảnh hưởng đến tuyến yên như u tuyến yên, u vùng dưới đồi. Tiền sử chấn thương vùng đầu, chấn thương sọ não. Từng phẫu thuật não hoặc tuyến yên. Đang điều trị ung thư bằng phương pháp xạ trị vùng đầu não.

Trong gia đình có người mắc bệnh lùn tuyến yên.

Đang mắc các bệnh ảnh hưởng đến tuyến yên như u tuyến yên, u vùng dưới đồi.

Tiền sử chấn thương vùng đầu, chấn thương sọ não.

Từng phẫu thuật não hoặc tuyến yên.

Đang điều trị ung thư bằng phương pháp xạ trị vùng đầu não.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh lùn tuyến yên

Một số yếu tố rủi ro nhất định có thể làm tăng khả năng mắc phải lùn tuyến yên bao gồm:

Điều trị ung thư trước khi đạt được chiều cao trưởng thành; Xạ trị ở vùng đầu hoặc não; Xạ trị ung thư; Phẫu thuật não, đặc biệt là vùng trung tâm của não nơi có tuyến yên.

Điều trị ung thư trước khi đạt được chiều cao trưởng thành;

Xạ trị ở vùng đầu hoặc não;

Xạ trị ung thư;

Phẫu thuật não, đặc biệt là vùng trung tâm của não nơi có tuyến yên.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh lùn tuyến yên

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh lùn tuyến yên

Khám sức khỏe và đo chiều cao, cân nặng, chiều dài cánh tay và chân là những bước đầu tiên để chẩn đoán, bên cạnh việc hỏi bệnh sử kỹ lưỡng. Ngoài ra cần sử dụng các xét nghiệm khác nhau để chẩn đoán như:

X-quang : Chụp X-quang bàn tay để kiểm tra sự phát triển của xương (tuổi xương) và đánh giá tiềm năng phát triển. Ngoài ra, X-quang có thể cho thấy những bất thường ở hộp sọ như hố yên nhỏ, to hoặc rỗng hoặc tổn thương chiếm chỗ. Xét nghiệm máu và các xét nghiệm khác trong phòng thí nghiệm: Một số xét nghiệm máu có thể giúp loại trừ các tình trạng khác ảnh hưởng đến sự tăng trưởng hoặc giúp chẩn đoán lùn tuyến yên. Các xét nghiệm máu cụ thể bao gồm yếu tố tăng trưởng giống insulin (IGF-1) và protein liên kết với yếu tố tăng trưởng giống insulin 3 (IGFBP-3). Xét nghiệm kích thích hormone tăng trưởng: Đây là xét nghiệm chính sử dụng để chẩn đoán lùn tuyến yên. Trong quá trình xét nghiệm, thuốc kích thích tuyến yên giải phóng GH sẽ được đưa vào cơ thể. Sau đó, lấy mẫu máu để đo nồng độ GH trong máu và gửi chúng đến phòng thí nghiệm để xét nghiệm. Nếu kết quả xét nghiệm máu cho thấy mức GH không tăng đến mức mong đợi, điều đó có thể có nghĩa là tuyến yên không tạo ra đủ GH. Hình ảnh CT scan hoặc cộng hưởng từ (MRI): Chụp MRI đầu để tìm kiếm các vấn đề với tuyến yên hoặc não nhằm giúp xác định nguyên nhân gây ra bệnh.

X-quang : Chụp X-quang bàn tay để kiểm tra sự phát triển của xương (tuổi xương) và đánh giá tiềm năng phát triển. Ngoài ra, X-quang có thể cho thấy những bất thường ở hộp sọ như hố yên nhỏ, to hoặc rỗng hoặc tổn thương chiếm chỗ.

Xét nghiệm máu và các xét nghiệm khác trong phòng thí nghiệm: Một số xét nghiệm máu có thể giúp loại trừ các tình trạng khác ảnh hưởng đến sự tăng trưởng hoặc giúp chẩn đoán lùn tuyến yên. Các xét nghiệm máu cụ thể bao gồm yếu tố tăng trưởng giống insulin (IGF-1) và protein liên kết với yếu tố tăng trưởng giống insulin 3 (IGFBP-3).

Xét nghiệm kích thích hormone tăng trưởng: Đây là xét nghiệm chính sử dụng để chẩn đoán lùn tuyến yên. Trong quá trình xét nghiệm, thuốc kích thích tuyến yên giải phóng GH sẽ được đưa vào cơ thể. Sau đó, lấy mẫu máu để đo nồng độ GH trong máu và gửi chúng đến phòng thí nghiệm để xét nghiệm. Nếu kết quả xét nghiệm máu cho thấy mức GH không tăng đến mức mong đợi, điều đó có thể có nghĩa là tuyến yên không tạo ra đủ GH.

Hình ảnh CT scan hoặc cộng hưởng từ (MRI): Chụp MRI đầu để tìm kiếm các vấn đề với tuyến yên hoặc não nhằm giúp xác định nguyên nhân gây ra bệnh.

Điều trị bệnh lùn tuyến yên

Điều trị bệnh lùn tuyến yên ở cả trẻ em và người lớn bằng bổ sung hormone tăng trưởng tổng hợp. Thường sử dụng liều 0.03 - 0.05 mg/kg tiêm dưới da 1 lần/ngày. Điều trị bằng hormone tăng trưởng tổng hợp có tính lâu dài, thường kéo dài vài năm. Điều cần thiết là phải tái khám thường xuyên để đảm bảo rằng việc điều trị đang có hiệu quả và điều chỉnh liều thuốc.

Khi thiếu hụt hormone tuyến yên khác đi kèm với thiếu hụt hormone tăng trưởng, cần phải thay thế hormone bổ sung. Cortisol và hormone tuyến giáp nên được thay thế trong suốt thời thơ ấu, thanh thiếu niên và tuổi trưởng thành khi mức độ lưu hành của các hormone này thấp. Bệnh đái tháo nhạt thường cần điều trị suốt đời bằng desmopressin ở dạng viên hoặc dạng xịt mũi. Khi dậy thì không diễn ra bình thường, điều trị bằng steroid sinh dục được chỉ định.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh lùn tuyến yên

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến bệnh lùn tuyến yên

Chế độ sinh hoạt:

Xây dựng chế độ sinh hoạt lành mạnh:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong suốt quá trình điều trị. Uống thuốc đúng liều đúng thời gian theo chỉ định của bác sĩ. Kiểm soát căng thẳng, tránh làm việc quá sức, phân chia thời gian nghỉ ngơi hợp lý. Ngủ đủ giấc và sâu giấc, không thức khuya. Kiểm soát cân nặng, tránh tăng cân quá nhiều dẫn đến béo phì, giảm lượng mỡ thừa trong cơ thể. Tăng cường vận động, hạn chế ngồi một chỗ thụ động, tập luyện các môn thể dục thể thao.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong suốt quá trình điều trị. Uống thuốc đúng liều đúng thời gian theo chỉ định của bác sĩ.

Kiểm soát căng thẳng, tránh làm việc quá sức, phân chia thời gian nghỉ ngơi hợp lý.

Ngủ đủ giấc và sâu giấc, không thức khuya.

Kiểm soát cân nặng, tránh tăng cân quá nhiều dẫn đến béo phì, giảm lượng mỡ thừa trong cơ thể.

Tăng cường vận động, hạn chế ngồi một chỗ thụ động, tập luyện các môn thể dục thể thao.

Chế độ dinh dưỡng:

Xây dựng chế độ ăn khoa học hỗ trợ phát triển chiều cao:

Chế độ ăn đầy đủ các nhóm chất dinh dưỡng, cần bổ sung thêm nhóm chất giàu protein (chất đạm) có trong thịt, cá, trứng, sữa, các loại đậu. Bổ sung các loại vitamin và khoáng chất có trong rau xanh, củ quả và trái cây. Cân đối lượng calo nạp vào trong mỗi bữa ăn, đảm bảo đủ lượng calo cần thiết cho cơ thể hoạt động và phát triển. Hạn chế ăn thức ăn nhanh chứa nhiều dầu mỡ, các thực phẩm đóng hộp, thức ăn chứa chất bảo quản, bánh kẹo, nước ngọt. Không ăn mặn, quá nhiều đường và tinh bột. Ngưng hút thuốc lá, uống rượu bia và các chất kích thích.

Uống đủ 2 lít nước/ngày.

Chế độ ăn đầy đủ các nhóm chất dinh dưỡng, cần bổ sung thêm nhóm chất giàu protein (chất đạm) có trong thịt, cá, trứng, sữa, các loại đậu. Bổ sung các loại vitamin và khoáng chất có trong rau xanh, củ quả và trái cây.

Cân đối lượng calo nạp vào trong mỗi bữa ăn, đảm bảo đủ lượng calo cần thiết cho cơ thể hoạt động và phát triển.

Hạn chế ăn thức ăn nhanh chứa nhiều dầu mỡ, các thực phẩm đóng hộp, thức ăn chứa chất bảo quản, bánh kẹo, nước ngọt.

Không ăn mặn, quá nhiều đường và tinh bột.

Ngưng hút thuốc lá, uống rượu bia và các chất kích thích.

Uống đủ 2 lít nước/ngày.

Phương pháp phòng ngừa bệnh lùn tuyến yên

Không có cách nào để phòng ngừa bệnh lùn tuyến yên, mặc dù trong một số trường hợp, nó có thể do chấn thương tuyến yên. Tuy nhiên, nên thực hiện một số phương pháp giảm nguy cơ mắc phải bệnh như:

Khám sức khỏe tổng quát thường xuyên để phát hiện sớm các bệnh lý khác. Kiểm soát tốt mục tiêu điều trị của các bệnh lý nền. Luyện tập thể dục thể thao thường xuyên để giảm lượng mỡ thừa trong cơ thể, kiểm soát cân nặng, hạn chế tăng cân quá mức. Kiểm soát căng thẳng, giữ tinh thần thoải mái. Chế độ ăn lành mạnh đầy đủ chất dinh dưỡng, tăng cường thêm nhóm đạm, bổ sung nhiều rau xanh, trái cây. Hạn chế ăn đồ cay nóng dầu mỡ, đồ ăn quá ngọt. Uống đủ lượng nước

trong ngày.

Khám sức khỏe tổng quát thường xuyên để phát hiện sớm các bệnh lý khác.

Kiểm soát tốt mục tiêu điều trị của các bệnh lý nền.

Luyện tập thể dục thể thao thường xuyên để giảm lượng mỡ thừa trong cơ thể, kiểm soát cân nặng, hạn chế tăng cân quá mức.

Kiểm soát căng thẳng, giữ tinh thần thoải mái.

Chế độ ăn lành mạnh đầy đủ chất dinh dưỡng, tăng cường thêm nhóm đạm, bổ sung nhiều rau xanh, trái cây. Hạn chế ăn đồ cay nóng dầu mỡ, đồ ăn quá ngọt.

Uống đủ lượng nước trong ngày.

=====

Tìm hiểu chung loạn dưỡng mỡ

Loạn dưỡng mỡ là gì?

Mô mỡ có ở khắp nơi trong cơ thể bạn bao gồm cả bên dưới da và xung quanh các cơ quan nội tạng. Mô mỡ có nhiều chức năng gồm:

Lưu trữ calo để tạo năng lượng; Bảo vệ các bộ phận khác nhau trên cơ thể; Giữ ấm cho cơ thể; Giải phóng một số hormone như leptin.

Lưu trữ calo để tạo năng lượng;

Bảo vệ các bộ phận khác nhau trên cơ thể;

Giữ ấm cho cơ thể;

Giải phóng một số hormone như leptin.

Loạn dưỡng mỡ là một rối loạn hiếm gặp ảnh hưởng đến việc cơ thể tích trữ và dự trữ chất béo. Ở những người có tình trạng loạn dưỡng mỡ, mỡ của bạn sẽ tích tụ tập trung chủ yếu ở một số vùng nhất định như bụng, mặt, cổ, thân trong khi ở những nơi khác như tay chân lại có ít hoặc không có mỡ.

Có nhiều loại loạn dưỡng mỡ, có thể là bẩm sinh hoặc mắc phải và có sự phân bố mỡ khác nhau. Mặc dù tất cả đều có tỷ lệ mắc tương đối hiếm, nhưng các dạng biến thể của chúng hiện nay phổ biến hơn do tác dụng phụ của thuốc hoặc do điều trị.

Các loại loạn dưỡng mỡ:

Loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh: Đây là tình trạng di truyền hiếm gặp, xuất hiện ngay từ khi bạn được sinh ra, trẻ sẽ bắt đầu sụt cân sau vài tuần sau sinh.

Trẻ mắc loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh hầu như không có lớp mỡ dưới da. Loạn

dưỡng mỡ một phần có tính chất gia đình: Đây cũng là tình trạng di truyền, thường bắt đầu khởi phát ở tuổi dậy thì. Người có tình trạng này sẽ mất dần mô

mỡ ở cánh tay và chân, tích tụ mô mỡ ở mặt, cổ và bụng. Loạn dưỡng mỡ toàn thân mắc phải (hay còn gọi là hội chứng loạn dưỡng mỡ toàn thân mắc phải, hội chứng

Lawrence): Bệnh phát triển ở độ tuổi niên thiếu và có biểu hiện tương tự loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh. Sở dĩ gọi là mắc phải vì các nhà nghiên cứu không

tìm thấy bằng chứng về sự di truyền ở loại này. Loạn dưỡng mỡ một phần mắc phải (hay còn gọi là hội chứng Barraquer-Simons): Phát triển sau khi sinh ra với tình

trạng mất mỡ thường xảy ra ở mặt, cổ chi trên và thường không ảnh hưởng đến chi dưới. Loạn dưỡng mỡ do điều trị thuốc kháng virus có hoạt tính cao là dạng loạn

dưỡng mỡ một phần mắc phải phổ biến nhất. Thường xảy ra trên những người dùng thuốc kháng virus điều trị HIV. Người bệnh sẽ mất dần mỡ ở vùng cánh tay, chân

và mặt và không hồi phục dù ngừng thuốc. Loạn dưỡng mỡ liên quan đến điều trị bằng insulin: Thường gặp trên những người bệnh đái tháo đường đang điều trị với

insulin.

Loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh: Đây là tình trạng di truyền hiếm gặp, xuất hiện ngay từ khi bạn được sinh ra, trẻ sẽ bắt đầu sụt cân sau vài tuần sau sinh.

Trẻ mắc loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh hầu như không có lớp mỡ dưới da.

Loạn dưỡng mỡ một phần có tính chất gia đình: Đây cũng là tình trạng di truyền, thường bắt đầu khởi phát ở tuổi dậy thì. Người có tình trạng này sẽ mất dần mô

mỡ ở cánh tay và chân, tích tụ mô mỡ ở mặt, cổ và bụng. Loạn dưỡng mỡ toàn thân mắc phải (hay còn gọi là hội chứng loạn dưỡng mỡ toàn

thân mắc phải, hội chứng Lawrence): Bệnh phát triển ở độ tuổi niên thiếu và có biểu hiện tương tự loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh. Sở dĩ gọi là mắc phải vì

các nhà nghiên cứu không tìm thấy bằng chứng về sự di truyền ở loại này.

Loạn dưỡng mỡ một phần mắc phải (hay còn gọi là hội chứng Barraquer-Simons):

Phát triển sau khi sinh ra với tình trạng mất mỡ thường xảy ra ở mặt, cổ chi trên và thường không ảnh hưởng đến chi dưới. Loạn dưỡng mỡ do điều trị thuốc

kháng virus có hoạt tính cao là dạng loạn dưỡng mỡ một phần mắc phải phổ biến nhất. Thường xảy ra trên những người dùng thuốc kháng virus điều trị HIV. Người

bệnh sẽ mất dần mỡ ở vùng cánh tay, chân và mặt và không hồi phục dù ngừng thuốc.

Loạn dưỡng mỡ liên quan đến điều trị bằng insulin: Thường gặp trên những người bệnh đái tháo đường đang điều trị với insulin.

Triệu chứng loạn dưỡng mỡ

Những dấu hiệu và triệu chứng của loạn dưỡng mỡ

Triệu chứng chính của loạn dưỡng mỡ là mất toàn bộ hoặc gần như toàn bộ mỡ dưới da ở toàn bộ cơ thể hoặc ở một số vùng nhất định. Song song đó là sự tích tụ mô mỡ bù lại ở những vùng khác.

Loạn dưỡng mỡ toàn phần bẩm sinh

Người bệnh bị giảm mỡ trên diện rộng kèm theo tình trạng phì đại cơ do mỡ tích tụ quá mức trong cơ. Ngoài ra người bệnh còn có bất thường khác như tăng insulin, tăng triglyceride máu, đề kháng insulin và thường khởi phát sớm trước khi trưởng thành. Tuổi thọ bị giảm do biến chứng của bệnh đái tháo đường hoặc do bệnh gan hoặc bệnh tim.

Loạn dưỡng mỡ một phần có tính chất gia đình

Bạn sẽ giảm mỡ chủ yếu ở tứ chi, chi dưới nhiều hơn chi trên. Bệnh bắt đầu biểu hiện rõ ở tuổi dậy thì, ngược lại với tình trạng giảm mỡ ở tứ chi, bạn sẽ tăng mỡ ở mặt, cổ và bụng. Bạn có thể viêm tụy do tăng triglyceride máu nặng, đái tháo đường do đề kháng insulin, gan nhiễm mỡ.

Loạn dưỡng mỡ toàn thân mắc phải

Đặc trưng bởi tình trạng mất dần mỡ ở phần trên cơ thể từ trong thời thơ ấu.

Tình trạng này tiến triển và bạn sẽ biểu hiện tích tụ mỡ bù ở hông và chân. Bạn dễ mắc các bệnh lý về thận hơn so với các loại loạn dưỡng mỡ khác.

Đối với loạn dưỡng mỡ do điều trị bằng thuốc kháng virus hoạt tính cao thường biểu hiện mất mỡ ở tứ chi và mặt và tăng mỡ ở vùng thân.

Tác động của loạn dưỡng mỡ đối với sức khỏe

Mô mỡ được tạo thành từ các tế bào mỡ. Trong một số trường hợp loạn dưỡng mỡ, cơ thể bạn không lưu giữ được các chất béo mất từ mô mỡ khiến chúng đến các cơ quan khác trong cơ thể như gan, tụy, cơ, xương gây ra các bệnh lý:

Gan nhiễm mỡ; Đề kháng insulin và tăng insulin máu; Đái tháo đường; Tăng triglyceride; Viêm tụy ; Hội chứng chuyển hóa; Bệnh mạch vành.

Gan nhiễm mỡ;

Đề kháng insulin và tăng insulin máu;

Đái tháo đường;

Tăng triglyceride;

Viêm tụy ;

Hội chứng chuyển hóa;

Bệnh mạch vành.

Không phải tất cả những người bị loạn dưỡng mỡ đều sẽ mắc phải những bệnh lý này và tùy vào mỗi người mà tình trạng bệnh có thể nhẹ hoặc nặng khác nhau.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên hoặc nghi ngờ bạn có tình trạng rối loạn trao đổi chất hãy đến khám bác sĩ ngay.

Nguyên nhân loạn dưỡng mỡ

Nguyên nhân dẫn đến loạn dưỡng mỡ

Loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh

Còn được gọi là hội chứng Berardinelli-Seip, được di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường do đột biến gen mã hóa protein AGPAT2, seipin, Caveolin-1 và cavin-1.

Loạn dưỡng mỡ một phần có tính chất gia đình

Thường do di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, mất mỡ chủ yếu ở các chi và thường ở chi dưới hơn chi trên.

Loạn dưỡng mỡ toàn thân mắc phải

Là tình trạng cực kỳ hiếm gặp gây mất mỡ dưới da lan rộng. Nguyên nhân hiện nay vẫn chưa được hiểu rõ nhưng những người mắc dạng này cho thấy có sự liên quan với bệnh tự miễn mô liên kết như lupus ban đỏ , thiếu máu ác tính, bệnh celiac, viêm mạch, viêm tuyến giáp tự miễn, viêm gan tự miễn,...

Loạn dưỡng mỡ một phần mắc phải

Đến nay chưa có cơ chế nào của loạn dưỡng mỡ một phần mắc phải được xác nhận tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ giữa việc ly giải tế bào mỡ do bổ thể gây ra trên những người có huyết thanh dương tính với yếu tố thận.

Loạn dưỡng mỡ liên quan đến điều trị insulin

Biểu hiện của dạng này có thể là phì đại mỡ hoặc teo mỡ. Teo mỡ thường biểu hiện là một vết sẹo lớn, sâu và co rút trên da. Phì đại mỡ là tình trạng mô mỡ dày

lên như cao su. Thường liên quan đến việc thay đổi đường huyết và các đợt hạ đường huyết không rõ nguyên nhân.

Nguy cơ loạn dưỡng mỡ

Những ai có nguy cơ mắc loạn dưỡng mỡ?

Những người có người thân thể hệ thứ nhất mắc bệnh loạn dưỡng mỡ có nguy cơ cao mắc bệnh, các loại thường gặp gồm loạn dưỡng mỡ toàn thân bẩm sinh, loạn dưỡng mỡ một phần có tính chất gia đình.

Khi bạn mắc các bệnh nhiễm trùng dưới đây có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh loạn dưỡng mỡ do mắc phải:

Thủy đậu ; Sởi; Bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng; Bệnh bạch hầu ; Viêm tủy xương; Viêm phổi; HIV.

Thủy đậu ;

Sởi;

Bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm trùng;

Bệnh bạch hầu ;

Viêm tủy xương;

Viêm phổi;

HIV.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải loạn dưỡng mỡ

Loạn dưỡng mỡ toàn thân mắc phải thường trên những người có bệnh tự miễn trước đó. Phụ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới. Loạn dưỡng mỡ một phần mắc phải được thấy xuất hiện nhiều trên những người gốc Ấn với phụ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị loạn dưỡng mỡ

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán loạn dưỡng mỡ

Loạn dưỡng mỡ được chẩn đoán bằng cách khám và hỏi về các triệu chứng. Loạn dưỡng mỡ được chẩn đoán sau khi loại trừ tình trạng bệnh lý khác như hội chứng Cushing hoặc biếng ăn.

Nếu bạn có biểu hiện nghi ngờ mắc loạn dưỡng mỡ cần được đánh giá kỹ tình trạng trao đổi chất.

Kiểm tra đường huyết; Kiểm tra chức năng gan ; Đánh giá tình trạng lipid máu;

Các xét nghiệm di truyền thường không được chỉ định; Cộng hưởng từ (MRI) : Nhằm đánh giá thành phần và phân bố chất béo trong cơ thể.

Kiểm tra đường huyết;

Kiểm tra chức năng gan ;

Đánh giá tình trạng lipid máu;

Các xét nghiệm di truyền thường không được chỉ định;

Cộng hưởng từ (MRI) : Nhằm đánh giá thành phần và phân bố chất béo trong cơ thể.

Phương pháp điều trị loạn dưỡng mỡ

Việc điều trị loạn dưỡng mỡ phụ thuộc vào từng loại cụ thể và mức độ bất thường của các bệnh kèm theo. Có thể cần đến sự tham gia của nhiều chuyên khoa khác nhau như bác sĩ nội tiết, bác sĩ tim mạch, bác sĩ nhi khoa, chuyên gia dinh dưỡng...

Hiện nay chưa có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn loạn dưỡng mỡ, các phương pháp được sử dụng hiện nay nhằm giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống bằng cách điều trị và kiểm soát tốt các bệnh lý liên quan đến loạn dưỡng mỡ như:

Đái tháo đường: Ưu tiên Pioglitazone hơn Metformin, trường hợp nặng có thể cần

dùng đến insulin. Điều chỉnh lipid máu: Statin là thuốc được chỉ định đầu tay

như rosuvastatin, atorvastatin, Những người bị tăng triglyceride nặng có thể cần

đến dẫn xuất axit fibric hoặc bổ sung axit béo không bão hòa đa n-3 từ dầu cá.

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Rối loạn lipid máu: Tăng triglycerid máu có thể đáp ứng với troglitazone.

Đái tháo đường: Ưu tiên Pioglitazone hơn Metformin, trường hợp nặng có thể cần dùng đến insulin.

Điều chỉnh lipid máu: Statin là thuốc được chỉ định đầu tay như rosuvastatin,

atorvastatin, Những người bị tăng triglyceride nặng có thể cần đến dẫn xuất axit fibric hoặc bổ sung axit béo không bão hòa đa n-3 từ dầu cá.

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).

Rối loạn lipid máu: Tăng triglycerid máu có thể đáp ứng với troglitazone.

Metreleptin

Metreleptin là một dạng leptin tái tổ hợp được dùng trong điều trị loạn dưỡng mỡ

toàn thân được FDA Hoa Kỳ công nhận năm 2014. Thuốc có tác dụng:
Kiểm soát tình trạng thèm ăn; Giảm lắng đọng mỡ ở gan; Bình thường hóa tuổi dậy thì ở nữ giới.
Kiểm soát tình trạng thèm ăn;
Giảm lắng đọng mỡ ở gan;
Bình thường hóa tuổi dậy thì ở nữ giới.
Tuy nhiên thuốc gây ra một số tác dụng phụ nghiêm trọng do cơ thể tạo kháng thể trung hòa metleptin khiến bạn dễ bị nhiễm trùng và mất kiểm soát trong việc trao đổi chất. Ngoài ra người ta còn thấy có liên quan giữa metreleptin và ung thư hạch. Các tác dụng phụ khác:
Đau đầu; Hạ đường huyết; Sụt cân; Đau bụng.
Đau đầu;
Hạ đường huyết;
Sụt cân;
Đau bụng.
Phẫu thuật và thủ thuật
Những người bị loạn dưỡng mỡ ở những vùng nhạy cảm như mặt, ngực, xương mu có thể gây tự ti cho người mắc bệnh. Do đó phẫu thuật thẩm mỹ có thể được chỉ định giúp cải thiện ngoại hình và sự tự tin. Hút mỡ thừa hoặc phẫu thuật cắt bỏ mỡ thừa thường được sử dụng cho mỡ ở vùng cằm hoặc sau gáy hoặc bụng.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa loạn dưỡng mỡ
Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của loạn dưỡng mỡ
Chế độ sinh hoạt:
Tập thể dục để giảm tình trạng đề kháng insulin; Không hút thuốc lá; Không uống rượu bia; Ngủ đủ giấc, không thức khuya; Uống đủ nước, hạn chế các thức uống có cồn.
Tập thể dục để giảm tình trạng đề kháng insulin;
Không hút thuốc lá;
Không uống rượu bia;
Ngủ đủ giấc, không thức khuya;
Uống đủ nước, hạn chế các thức uống có cồn.
Chế độ dinh dưỡng:
Chế độ ăn đầy đủ chất; Ưu tiên thực phẩm lành mạnh như rau củ quả, trái cây, các loại hạt; Giảm tiêu thụ chất béo động vật.
Chế độ ăn đầy đủ chất;
Ưu tiên thực phẩm lành mạnh như rau củ quả, trái cây, các loại hạt;
Giảm tiêu thụ chất béo động vật.
Phương pháp phòng ngừa loạn dưỡng mỡ hiệu quả
Bạn không thể phòng ngừa loạn dưỡng mỡ bẩm sinh do di truyền vì đó là kết quả của đột biến gen. Để đánh giá nguy cơ mắc bệnh của trẻ, hãy nói chuyện với bác sĩ sản về dự định mang thai của bạn.
Đối với loạn dưỡng mỡ mắc phải thường là do nhiễm trùng hoặc bệnh tự miễn, bạn có thể chích ngừa bệnh thủy đậu, sởi để phòng ngừa tuy nhiên các bệnh lý tự miễn thì không thể phòng ngừa được.

=====

Tìm hiểu chung bướu cổ
Bướu cổ là gì?
Bướu cổ là tình trạng tăng kích thước tuyến giáp dẫn đến sưng to ở phần cổ phía trước. Bướu cổ có thể gây đau hoặc không tùy vào nguyên nhân gây bệnh.
Có nhiều loại bướu cổ:
Bướu giáp đơn thuần : Tuyến giáp không sản xuất đủ hormone giáp nên phải tăng trưởng to hơn để bù trừ. Thường thấy loại bướu cổ này ở phụ nữ mang thai, mãn kinh, tuổi dậy thì, người thiếu iod.
Bướu giáp bẩm sinh.
Bướu giáp đa nhân : Khi có các khối u phát triển trong tuyến giáp.
Bướu cổ địa phương: Do thiếu iod trong chế độ dinh dưỡng. Ở những nước có thêm iod vào muối thường rất ít người mắc loại bướu cổ này. Bướu cổ rời rạc, không độc, thường không rõ nguyên nhân, có thể do sử dụng một số loại thuốc. Bướu cổ Basedow: Hệ thống miễn dịch bị rối loạn, sản xuất 1 loại protein bắt chước TSH, kích thích tuyến giáp sản xuất quá mức hormone giáp, gây cường giáp.
Bướu cổ địa phương: Do thiếu iod trong chế độ dinh dưỡng. Ở những nước có thêm iod vào muối thường rất ít người mắc loại bướu cổ này.

Bướu cổ rời rạc, không độc, thường không rõ nguyên nhân, có thể do sử dụng một số loại thuốc.

Bướu cổ Basedow: Hệ thống miễn dịch bị rối loạn, sản xuất 1 loại protein bắt chước TSH, kích thích tuyến giáp sản xuất quá mức hormone giáp, gây cường giáp. Ung thư tuyến giáp (bướu ác tính).

Bướu cổ là độc hại khi nó có liên quan đến cường giáp dẫn đến tạo quá nhiều hormone tuyến giáp.

Triệu chứng bướu cổ

Những dấu hiệu và triệu chứng của bướu cổ

Khi có các triệu chứng sau, có thể bạn đã bị bướu cổ:

Sưng phù ở phần cổ, có thể có 1 hay nhiều nốt nhỏ từ từ to dần ở 1 hoặc cả 2 bên cổ.

Khó thở, khó nuốt.

Ho khan.

Khàn giọng.

Chóng mặt khi nâng cánh tay cao hơn đầu.

Cứng cứng ở cổ họng.

Lồi mắt (trường hợp bệnh nhân bị Basedow).

Tác động của bướu cổ đối với sức khỏe

Bướu cổ khi phát triển lớn có thể chèn khí quản, thực quản và dây thần kinh, dẫn đến khó nuốt, khó thở, ho, đau họng, khàn tiếng... Bên cạnh đó, bướu quá lớn cũng gây nặng nề, khó chịu cho bệnh nhân.

Bướu cổ có thể gây đau đớn, ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe bệnh nhân.

Bướu cổ có thể ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh

Khi bị bướu cổ do cường giáp, nếu không điều trị kịp thời có thể gây nhiều rối loạn nghiêm trọng trên tim mạch (loạn nhịp, suy tim sung huyết...), loãng xương, thậm chí là các cơn bão giáp có thể dẫn đến tử vong.

Khi bị bướu cổ do suy giáp, nếu không điều trị kịp thời có thể gây nhiều ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe như các bệnh về tim mạch, chuyển hóa, tiêu hóa...

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân bướu cổ

Nguyên nhân dẫn đến bướu cổ

Cường giáp do:

Viêm tuyến giáp (có thể sau khi bệnh do virus hoặc bẩm sinh) Bệnh Grave

(Basedow) Sử dụng thuốc (amiodarone, interferon - α ...) Thiếu iod

Viêm tuyến giáp (có thể sau khi bệnh do virus hoặc bẩm sinh)

Bệnh Grave (Basedow)

Sử dụng thuốc (amiodarone, interferon - α ...)

Thiếu iod

Suy giáp do:

Viêm tuyến giáp Hashimoto: Mô tuyến giáp viêm và tổn thương dẫn đến giảm sản xuất hormone giáp, gây suy giáp Sau khi điều trị hoặc phẫu thuật cường giáp U nang tuyến giáp lành tính Ung thư tuyến giáp

Viêm tuyến giáp Hashimoto: Mô tuyến giáp viêm và tổn thương dẫn đến giảm sản xuất hormone giáp, gây suy giáp

Sau khi điều trị hoặc phẫu thuật cường giáp

U nang tuyến giáp lành tính

Ung thư tuyến giáp

Nguy cơ bướu cổ

Những ai có nguy cơ mắc phải bướu cổ?

Những đối tượng sau đây có nhiều nguy cơ bị bướu cổ:

Người mắc các bệnh mạn tính (suy thận mạn, viêm đại tràng...) gây ảnh hưởng đến sự hấp thu, thải trừ iod. Người sử dụng các thuốc như lithium, amiodarone... Người có tiếp xúc với bức xạ (xạ trị/hóa trị ung thư). Người sống trong khu vực đang có tình trạng thiếu iod.

Người mắc các bệnh mạn tính (suy thận mạn, viêm đại tràng...) gây ảnh hưởng đến sự hấp thu, thải trừ iod.

Người sử dụng các thuốc như lithium, amiodarone...

Người có tiếp xúc với bức xạ (xạ trị/hóa trị ung thư).

Người sống trong khu vực đang có tình trạng thiếu iod.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bướu cổ

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bướu cổ, bao gồm:

Tuổi tác (trên 40 tuổi). Giới tính: Xác suất phụ nữ bị bướu cổ và mắc các rối

loạn tuyến giáp cao hơn đàn ông. Phụ nữ có thai: HCG tiết ra trong quá trình

mang thai có thể khiến tuyến giáp hoạt động quá mức và hơi to ra. Phụ nữ mãn

kinh . Tiền sử bệnh tự miễn. Tiền sử gia đình có các bệnh lý về tuyến giáp, ung

thư tuyến giáp... Lối sống, môi trường sống.

Tuổi tác (trên 40 tuổi).

Giới tính: Xác suất phụ nữ bị bướu cổ và mắc các rối loạn tuyến giáp cao hơn đàn ông.

Phụ nữ có thai: HCG tiết ra trong quá trình mang thai có thể khiến tuyến giáp hoạt động quá mức và hơi to ra.

Phụ nữ mãn kinh .

Tiền sử bệnh tự miễn.

Tiền sử gia đình có các bệnh lý về tuyến giáp, ung thư tuyến giáp...

Lối sống, môi trường sống.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu cổ

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bướu cổ

Siêu âm để xác định kích thước tuyến giáp và kiểm tra tuyến giáp có các nhân hay không.

Xét nghiệm máu về nồng độ hormone tuyến giáp và các kháng thể ở bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp (TPO, TSHR, anti thyroglobulin).

Sinh thiết tuyến giáp.

Chụp CT hoặc MRI nếu bướu lớn hoặc đã lan đến ngực.

Phương pháp điều trị Bướu cổ hiệu quả

Tùy vào thể trạng bệnh nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh mà bác sĩ sẽ kê đơn thuốc và áp dụng những phương pháp điều trị phù hợp.

Trường hợp bướu cổ nhỏ và hormone tuyến giáp ở mức bình thường, có thể không cần điều trị, chỉ cần theo dõi tại nhà và chú ý khẩu phần ăn.

Khi nồng độ hormone giáp quá cao hoặc quá thấp, bắt buộc phải điều trị:

Dùng thuốc: Nếu bị suy giáp, sử dụng hormone thay thế hormone tuyến giáp (L - thyroxin, liothyronine). Trường hợp bướu cổ có nhân lớn với nhiều mô sẹo bên trong sẽ không thể teo đi khi điều trị bằng thuốc.

Trường hợp bướu cổ do viêm, có thể phối hợp aspirin hoặc corticoid.

Chăm sóc tại nhà: Tùy thuộc vào loại bướu cổ, cần tăng hoặc giảm iod trong khẩu phần ăn hàng ngày.

Phẫu thuật: Tiến hành phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp nếu bướu quá lớn, gây khó chịu, không đáp ứng với thuốc (do sản xuất quá nhiều hormone giáp) hoặc tiến triển thành ung thư. Có thể phải cắt bỏ toàn bộ hoặc 1 phần tuyến giáp tùy thuộc vào bệnh, sau phẫu thuật bệnh nhân có thể phải sử dụng hormone tuyến giáp suốt đời.

Dùng iod phóng xạ (RAI): I - 131 dùng đường uống để diệt bớt mô tuyến giáp hoạt động quá mức, từ đó giúp thu nhỏ kích thước tuyến giáp trong trường hợp cường giáp.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu cổ

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bướu cổ

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.

Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan vì tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị.

Chế độ dinh dưỡng:

Cung cấp đủ iod cho cơ thể qua khẩu phần ăn hàng ngày (nhu cầu iod là 150 - 200 µg/ngày).

Đối với tình trạng bướu cổ do thiếu iod, nên hạn chế ăn một số loại rau cải (bắp

cải, bông cải, su hào...), đậu nành, ngũ cốc, thức ăn đóng hộp, thực phẩm giàu chất béo...

Phương pháp phòng ngừa hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Điều trị các bệnh mạn tính có khả năng cao dẫn đến bước cổ và thường xuyên kiểm tra sức khỏe định kỳ.

Cần đi khám và điều trị ngay nếu có các triệu chứng của suy giáp (mệt mỏi , buồn ngủ, nhạy cảm với lạnh, yếu cơ, khô da, táo bón, suy giảm trí nhớ...); cường giáp (sút cân, đổ mồ hôi, tiểu nhiều, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, bồn chồn, khó ngủ, rối loạn kinh nguyệt ...). Cần đặc biệt chú ý khi có các dấu hiệu cường giáp ở trẻ em như tăng trưởng chiều cao nhanh, thay đổi hành vi...

=====

Tìm hiểu chung béo phì độ 1

Béo phì độ 1 là gì?

Béo phì được định nghĩa là tình trạng tích tụ mỡ bất thường hoặc quá mức gây nguy hiểm cho sức khỏe. Tất nhiên, có mỡ trong cơ thể không phải đều gây bệnh. Nhưng khi cơ thể bạn có quá nhiều mỡ dư thừa, nó có thể thay đổi hoạt động chuyển hóa bên trong cơ thể. Béo phì là một rối loạn mạn tính hay tái phát.

Tỷ lệ béo phì đang gia tăng nhanh tại Việt Nam, khoảng 2,6% năm 2010 lên đến 3,6% năm 2014. Tần suất thừa cân, béo phì trên người lớn ở Việt Nam là 2,3% vào năm 1993 và tăng lên đáng kể 15% vào năm 2015, tỷ lệ ở thành thị gấp gần 2 lần so với nông thôn. Rất đáng lưu ý là tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em tuổi học đường 5 - 19 tuổi tăng từ 8,5% năm 2010 lên thành 19,0% năm 2020.

Bác sĩ thường sử dụng chỉ số khối cơ thể (BMI) để xác định tình trạng béo phì. Chỉ số đo trọng lượng cơ thể trung bình so với chiều cao trung bình của cơ thể và được biểu thị bằng đơn vị đo kg/m². Mặc dù BMI có những hạn chế nhưng đây là chỉ số dễ đo lường và có thể giúp cảnh báo bạn về những nguy cơ sức khỏe liên quan đến béo phì.

Một cách khác để đánh giá béo phì là đo chu vi vòng eo. Nếu bạn có nhiều mỡ trong cơ thể quanh eo, bạn có nguy cơ mắc các bệnh liên quan đến béo phì cao hơn. Nguy cơ trở nên đáng kể khi kích thước vòng eo của bạn lớn hơn 80cm đối với nữ hoặc lớn hơn 90cm đối với nam.

Theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người Châu Á, thừa cân béo phì được chia thành các mức độ như sau:

Triệu chứng béo phì độ 1

Những dấu hiệu và triệu chứng của béo phì độ 1

Béo phì độ 1 khi BMI trong khoảng từ 25 - 29,9kg/m². Nhìn chung, béo phì độ 1 được phân loại ở mức độ nhẹ, nhưng nếu cứ để tình trạng này tiếp diễn và cân nặng ngày một tăng có thể gây ra một số vấn đề y tế khác. Các triệu chứng liên quan đến béo phì bao gồm:

Khó thở ; Tăng tiết mồ hôi; Ngáy; Khó khăn khi thực hiện hoạt động thể chất; Mệt mỏi; Đau khớp , đau lưng; Cảm giác tự ti.

Khó thở ;

Tăng tiết mồ hôi;

Ngáy;

Khó khăn khi thực hiện hoạt động thể chất;

Mệt mỏi;

Đau khớp , đau lưng;

Cảm giác tự ti.

Biến chứng có thể gặp khi mắc béo phì độ 1

Những người béo phì có nhiều khả năng phát triển một số vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, bao gồm:

Bệnh tim và đột quỵ: Béo phì khiến bạn dễ bị huyết áp cao và mức cholesterol cao, đây là những yếu tố nguy cơ gây ra bệnh tim và đột quỵ. Bệnh tiểu đường tuýp 2: Béo phì làm tăng nguy cơ đề kháng insulin và gây ra bệnh tiểu đường tuýp 2. Một số bệnh ung thư: Béo phì có thể làm tăng nguy cơ ung thư tử cung, cổ tử cung, nội mạc tử cung, buồng trứng, vú, đại tràng, trực tràng, thực quản... Vấn đề về tiêu hóa: Béo phì làm tăng khả năng phát triển bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản. Chứng ngưng thở lúc ngủ: Những người mắc bệnh béo phì có nhiều khả năng mắc chứng ngưng thở khi ngủ. Viêm xương khớp: Béo phì làm tăng áp lực lên các khớp chịu trọng lượng. Nó cũng thúc đẩy tình trạng viêm tiềm ẩn trong cơ thể. Bệnh gan nhiễm mỡ: Béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh gan nhiễm mỡ , một

tình trạng xảy ra do chất béo tích tụ quá nhiều mỡ trong gan.

Bệnh tim và đột quỵ: Béo phì khiến bạn dễ bị huyết áp cao và mức cholesterol cao, đây là những yếu tố nguy cơ gây ra bệnh tim và đột quỵ.

Bệnh tiểu đường tuýp 2: Béo phì làm tăng nguy cơ đề kháng insulin và gây ra bệnh tiểu đường tuýp 2.

Một số bệnh ung thư: Béo phì có thể làm tăng nguy cơ ung thư tử cung, cổ tử cung, nội mạc tử cung, buồng trứng, vú, đại tràng, trực tràng, thực quản...

Vấn đề về tiêu hóa: Béo phì làm tăng khả năng phát triển bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản.

Chứng ngưng thở lúc ngủ: Những người mắc bệnh béo phì có nhiều khả năng mắc chứng ngưng thở khi ngủ.

Viêm xương khớp: Béo phì làm tăng áp lực lên các khớp chịu trọng lượng. Nó cũng thúc đẩy tình trạng viêm tiềm ẩn trong cơ thể.

Bệnh gan nhiễm mỡ: Béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh gan nhiễm mỡ, một tình trạng xảy ra do chất béo tích tụ quá nhiều mỡ trong gan.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn lo lắng về cân nặng của mình hoặc các vấn đề sức khỏe liên quan đến cân nặng, hãy liên hệ ngay với bác sĩ để được tư vấn về cách quản lý cân nặng và đánh giá nguy cơ mắc các bệnh lý liên quan đến béo phì.

Nguyên nhân béo phì độ 1

Nguyên nhân dẫn đến béo phì độ 1

Nguyên nhân gây béo phì là do nhiều yếu tố, có khuynh hướng di truyền, ảnh hưởng đến hành vi, chuyển hóa và nội tiết tố. Béo phì xảy ra khi bạn nạp vào quá nhiều calo từ các thực phẩm giàu chất béo và đồ uống có đường hơn mức tiêu thụ thông qua các hoạt động và tập thể dục thông thường hàng ngày. Cơ thể bạn lưu trữ lượng calo dư thừa này dưới dạng mô mỡ. Các nguyên nhân gây béo phì bao gồm:

Thức ăn nhanh và đồ uống có lượng calo cao

Thói quen hành vi ăn uống liên quan tới cộng đồng hoặc mức sống kinh tế, các nhóm cộng đồng ít ăn rau có thể dẫn đến tăng cân

Di truyền

Các vấn đề di truyền của BMI cao ở các nhóm tuổi khác nhau, dao động từ 40% đến 60%. Các yếu tố di truyền ảnh hưởng đến vùng dưới đồi và đường tiêu hóa dẫn đến điều chỉnh lượng thực phẩm đưa vào. Các nghiên cứu về gen giúp xác định các con đường truyền tín hiệu liên quan đến khuynh hướng béo phì. Sự khác biệt trong con đường leptin-melanocortin (Ví dụ: Thụ thể melanocortin-4) có liên quan đặc biệt đến việc kiểm soát sự thèm ăn ở trung tâm. Các yếu tố được di truyền hoặc bị ảnh hưởng lúc mang thai (được gọi là sự đóng dấu gen).

Các yếu tố môi trường như dinh dưỡng, chế độ ngủ và thói quen uống rượu làm thay đổi biểu hiện gen; hiệu ứng này cho thấy ảnh hưởng của yếu tố môi trường đến mục tiêu điều trị. Các yếu tố di truyền cũng ảnh hưởng tới năng lượng tiêu hao, bao gồm tỷ lệ trao đổi chất cơ bản (là tốc độ trao đổi chất khi ngủ hoặc nghỉ ngơi), sự sinh nhiệt bởi chế độ ăn và sự sinh nhiệt liên quan tới hoạt động không chủ động. Các yếu tố di truyền có thể có ảnh hưởng lớn hơn đến việc phân bố của mỡ cơ thể, đặc biệt là mỡ bụng.

Lối sống tĩnh tại, không tập thể dục

Mất ngủ, thiếu ngủ (thường được coi là < 6 giờ đến 8 giờ/đêm) có thể dẫn đến tăng cân do thay đổi nồng độ hormone tạo cảm giác no, tăng cảm giác đói. Trong Nghiên cứu đoàn hệ về giấc ngủ của Wisconsin với sự tham gia của 1024 người trưởng thành khỏe mạnh, giảm giấc ngủ tỷ lệ thuận với việc tăng chỉ số BMI. Ở người lớn, BMI tăng 3,6% khi thời gian ngủ trung bình giảm từ 8 giờ xuống còn 5 giờ.

Rối loạn nội tiết tố

Suy giáp, hội chứng buồng trứng đa nang; rối loạn nội tiết dẫn đến điều chỉnh lượng thực phẩm đưa vào như: Hormone tiêu hóa (glucagon peptide 1 giống [GLP-1] glucagon, cholecystokinin [CCK], peptide YY [PYY]) làm giảm thực phẩm đưa vào, Ghrelin, bài tiết chủ yếu bởi dạ dày, làm tăng lượng thực phẩm đưa vào; Leptin, được bài tiết từ mô mỡ, phát tín hiệu cho não biết bao nhiêu lượng chất béo được dự trữ. Leptin ức chế sự thèm ăn ở người cân nặng bình thường, nhưng nồng độ leptin cao tỉ lệ với tăng mỡ trong cơ thể. Mức độ Leptin có thể giảm khi cân nặng giảm và sau đó gửi 1 tín hiệu báo đói đến não. Vùng dưới đồi tích hợp các dấu hiệu khác nhau trong sự điều chỉnh cân bằng năng lượng và sau đó kích hoạt các con đường để tăng hoặc giảm lượng thực phẩm đưa vào.

Các vấn đề về tâm lý

Tình trạng bệnh nhân bị lạm dụng trong thời thơ ấu làm tăng nguy cơ mắc một số rối loạn, bao gồm cả béo phì. Một số nghiên cứu về các biến cố bất lợi ở trẻ em của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh đã chứng minh rằng tiền sử lạm dụng bằng lời nói, thể chất hoặc tình dục khi còn nhỏ làm ảnh hưởng tới nguy cơ có chỉ số BMI ≥ 30 sẽ tăng 8% và 17,3% có nguy cơ có chỉ số BMI ≥ 40 .

Các rối loạn ăn uống như sự rối loạn ăn quá mức: Bệnh nhân tiêu thụ một lượng thức ăn lớn hơn nhiều so với mọi người ăn trong một khoảng thời gian và bối cảnh tương tự. Hội chứng ăn đêm bao gồm: Chán ăn sáng hoặc không ăn sáng do ngủ thức dậy muộn bỏ bữa sáng, ăn nhiều buổi tối, và chứng mất ngủ, hoặc chứng thức khuya với bữa ăn vào giữa đêm. Khoảng 25 - 50% lượng thức ăn hàng ngày được đưa vào cơ thể sau bữa ăn tối. Khoảng 10% người muốn điều trị bệnh béo phì nặng có thể có rối loạn này.

Thuốc

Một số thuốc chống trầm cảm truyền thống (thuốc ba vòng, thuốc bốn vòng, thuốc ức chế monoamine oxidase [MAOI]), thuốc chống động kinh, thuốc trị tiểu đường, thuốc chống loạn thần và thuốc chẹn beta, corticosteroid, lithium, thuốc benzodiazepin, thuốc chống co giật, thiazolidinediones có thể gây tăng cân.

Nguy cơ béo phì độ 1

Những ai có nguy cơ mắc béo phì độ 1

Những đối tượng có nguy cơ mắc béo phì độ 1 bao gồm:

Người lớn tuổi: Béo phì có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, ngay cả ở trẻ nhỏ. Nhưng khi bạn già đi, sự thay đổi nội tiết tố và lối sống ít vận động hơn sẽ làm tăng nguy cơ béo phì. Không hoạt động. Một số tình trạng sức khỏe tiềm ẩn đôi khi có thể góp phần làm tăng cân, chẳng hạn suy giáp, hội chứng Cushing, hội chứng Prader-Willi.

Người lớn tuổi: Béo phì có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, ngay cả ở trẻ nhỏ. Nhưng khi bạn già đi, sự thay đổi nội tiết tố và lối sống ít vận động hơn sẽ làm tăng nguy cơ béo phì.

Không hoạt động.

Một số tình trạng sức khỏe tiềm ẩn đôi khi có thể góp phần làm tăng cân, chẳng hạn suy giáp, hội chứng Cushing, hội chứng Prader-Willi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải béo phì độ 1

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc béo phì độ 1 bao gồm:

Các thành viên trong gia đình mắc béo phì; Chế độ ăn uống không lành mạnh; Lười vận động; Thai kỳ; Thiếu ngủ; Có vấn đề về tâm lý: Chán nản, cô đơn, lo lắng và trầm cảm đều là những hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại và đều có thể dẫn đến ăn quá nhiều.

Các thành viên trong gia đình mắc béo phì;

Chế độ ăn uống không lành mạnh;

Lười vận động;

Thai kỳ;

Thiếu ngủ;

Có vấn đề về tâm lý: Chán nản, cô đơn, lo lắng và trầm cảm đều là những hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại và đều có thể dẫn đến ăn quá nhiều.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị béo phì độ 1

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán béo phì độ 1

Bác sĩ sẽ đo chiều cao, cân nặng và chu vi vòng eo của bạn tại buổi tư vấn.

Phương pháp DEXA hấp thụ năng lượng kép là phương pháp tốt nhất để đánh giá lượng mỡ trong cơ thể bạn. Quan trọng hơn, bác sĩ sẽ hỏi bạn về tiền sử bệnh lý, thuốc đang sử dụng. Họ cũng sẽ muốn biết về cách ăn uống, ngủ nghỉ và tập thể dục hiện tại của bạn, các yếu tố gây căng thẳng cũng như liệu bạn đã từng thử bất kỳ chương trình giảm cân nào trước đây hay chưa.

Bác sĩ cũng sẽ kiểm tra các chức năng quan trọng của bạn bằng cách đo nhịp tim và huyết áp. Họ có thể cho bạn xét nghiệm máu để kiểm tra lượng đường và cholesterol trong máu cũng như sàng lọc các vấn đề về hormone. Họ sẽ sử dụng hồ sơ đầy đủ này để chẩn đoán tình trạng béo phì của bạn và bất kỳ tình trạng liên quan kèm theo nào mà bạn có thể mắc phải.

Phương pháp điều trị béo phì độ 1 hiệu quả

Mục tiêu của điều trị béo phì là đạt được và duy trì cân nặng khỏe mạnh. Điều này cải thiện sức khỏe tổng thể và giảm nguy cơ phát triển các biến chứng liên quan đến béo phì.

Mục tiêu điều trị đầu tiên thường là giảm cân vừa phải từ 5% đến 10% tổng trọng

lượng của bạn. Điều đó có nghĩa là nếu bạn nặng 91kg, bạn chỉ cần giảm khoảng 4,5 đến 9kg để sức khỏe của bạn bắt đầu được cải thiện. Nhưng bạn càng giảm cân nhiều thì lợi ích càng lớn.

Các phương pháp điều trị béo phì bao gồm:

Thay đổi chế độ ăn uống: Có chế độ ăn uống lành mạnh, cắt giảm bớt lượng calo mỗi bữa ăn, hạn chế ăn đồ béo ngọt, tăng lượng rau xanh và trái cây. Tập thể dục và hoạt động: Những người mắc bệnh béo phì cần hoạt động thể chất với cường độ vừa phải ít nhất 150 phút mỗi tuần. Thay đổi hành vi: Nói chuyện với chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp giải quyết các vấn đề về cảm xúc và hành vi liên quan đến việc ăn uống. Trị liệu có thể giúp bạn hiểu lý do tại sao bạn ăn quá nhiều và học những cách lành mạnh để đối phó với lo lắng. Thuốc giảm cân: Thuốc giảm cân được sử dụng cùng với chế độ ăn kiêng, tập thể dục và thay đổi hành vi chứ không phải thay thế chúng. Các loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất đã được FDA phê duyệt để điều trị béo phì bao gồm: Liraglutide, Orlistat. Phẫu thuật: Nếu bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh béo phì độ III, phẫu thuật giảm béo có thể là một lựa chọn cho bạn.

Thay đổi chế độ ăn uống: Có chế độ ăn uống lành mạnh, cắt giảm bớt lượng calo mỗi bữa ăn, hạn chế ăn đồ béo ngọt, tăng lượng rau xanh và trái cây.

Tập thể dục và hoạt động: Những người mắc bệnh béo phì cần hoạt động thể chất với cường độ vừa phải ít nhất 150 phút mỗi tuần.

Thay đổi hành vi: Nói chuyện với chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp giải quyết các vấn đề về cảm xúc và hành vi liên quan đến việc ăn uống. Trị liệu có thể giúp bạn hiểu lý do tại sao bạn ăn quá nhiều và học những cách lành mạnh để đối phó với lo lắng.

Thuốc giảm cân: Thuốc giảm cân được sử dụng cùng với chế độ ăn kiêng, tập thể dục và thay đổi hành vi chứ không phải thay thế chúng. Các loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất đã được FDA phê duyệt để điều trị béo phì bao gồm: Liraglutide, Orlistat.

Phẫu thuật: Nếu bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh béo phì độ III, phẫu thuật giảm béo có thể là một lựa chọn cho bạn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa béo phì độ 1

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của béo phì độ 1

Chế độ sinh hoạt:

Cố gắng đứng dậy và di chuyển quanh nhà thường xuyên hơn. Đi bộ 10 phút mỗi ngày cũng có thể giúp ích. Nếu bạn đang có bệnh lý nào khác kèm theo hoặc ở độ tuổi trên 40 tuổi, hãy nói chuyện với bác sĩ để được tư vấn các bài tập thể dục và thời gian vận động phù hợp.

Cố gắng đứng dậy và di chuyển quanh nhà thường xuyên hơn.

Đi bộ 10 phút mỗi ngày cũng có thể giúp ích.

Nếu bạn đang có bệnh lý nào khác kèm theo hoặc ở độ tuổi trên 40 tuổi, hãy nói chuyện với bác sĩ để được tư vấn các bài tập thể dục và thời gian vận động phù hợp.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt. Tránh các thực phẩm chiên xào, đồ ngọt, tinh bột, nước ngọt, thức ăn nhanh. Giảm khẩu phần ăn mỗi bữa ăn. Liên hệ với chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn chế độ ăn phù hợp với bạn.

Ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt. Tránh các thực phẩm chiên xào, đồ ngọt, tinh bột, nước ngọt, thức ăn nhanh.

Giảm khẩu phần ăn mỗi bữa ăn.

Liên hệ với chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn chế độ ăn phù hợp với bạn.

Phương pháp phòng ngừa béo phì độ 1 hiệu quả

Các phương pháp phòng ngừa béo phì độ 1 hiệu quả bao gồm:

Hãy thay đổi thói quen ăn uống: Bạn có thói quen ăn vặt hàng ngày chẳng hạn như đồ uống có đường, chứa nhiều calo không? Hãy xem xét việc thay thế nó bằng trái cây hoặc bánh kẹo ít đường. Hãy thay đổi thói quen sinh hoạt: Cố gắng mỗi ngày đều tập thể dục ít nhất 10 phút. Mua sắm có chủ ý: Chỉ nên mua những thực phẩm lành mạnh như sữa ít đường, trái cây, khoai lang... để dự trữ ở nhà. Nuôi dưỡng cơ thể khỏe mạnh: Giảm thời gian sử dụng thiết bị điện tử, ra ngoài và đi dạo. Kiểm soát căng thẳng của bạn và cố gắng ngủ đủ giấc.

Hãy thay đổi thói quen ăn uống: Bạn có thói quen ăn vặt hàng ngày chẳng hạn như đồ uống có đường, chứa nhiều calo không? Hãy xem xét việc thay thế nó bằng trái cây hoặc bánh kẹo ít đường.

Hãy thay đổi thói quen sinh hoạt: Cố gắng mỗi ngày đều tập thể dục ít nhất 10

phút.

Mua sắm có chủ ý: Chỉ nên mua những thực phẩm lành mạnh như sữa ít đường, trái cây, khoai lang... để dự trữ ở nhà.

Nuôi dưỡng cơ thể khỏe mạnh: Giảm thời gian sử dụng thiết bị điện tử, ra ngoài và đi dạo. Kiểm soát căng thẳng của bạn và cố gắng ngủ đủ giấc.

=====

Tìm hiểu chung cường aldosteron tiên phát

Cường Aldosteron tiên phát có nghĩa là tuyến thượng thận sản xuất quá nhiều hormone aldosteron, loại hormone này có vai trò giúp điều chỉnh bài tiết natri và kali. Tuyến thượng thận là hai tuyến nhỏ hình tam giác nằm trên mỗi quả thận. Cường Aldosteron tiên phát thường được biểu hiện bằng tình trạng huyết áp cao và nồng độ kali trong máu thấp. Nếu không được kiểm soát, huyết áp cao sẽ làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng bao gồm đau thắt ngực và đột quỵ, trong khi nồng độ kali máu thấp có thể gây ra rối loạn nhịp tim.

Triệu chứng cường aldosteron tiên phát

Những dấu hiệu và triệu chứng của Cường Aldosteron tiên phát

Thông thường, người bệnh không có triệu chứng nhưng cũng có thể biểu hiện các triệu chứng như mệt mỏi, yếu cơ, chuột rút (thứ phát do hạ kali máu), đau đầu và đánh trống ngực. Người bệnh cũng có thể cảm thấy khát nước và đa niệu do đái tháo nhạt gây ra bởi tình trạng hạ kali máu.

Nhiều người được phát hiện mắc bệnh Cường Aldosteron do triệu chứng của hạ kali máu và tăng huyết áp kéo dài. Một số người khác có thể bị rối loạn nhịp tim nghiêm trọng sau khi bắt đầu dùng thuốc lợi tiểu để điều trị tăng huyết áp. Cuối cùng, có một số người bệnh có biểu hiện tăng huyết áp không đáp ứng điều trị (tăng huyết áp kháng trị).

Một số vấn đề có thể gặp của bệnh như:

Tăng huyết áp ; Chướng bụng; Tắc ruột liên quan đến hạ kali máu; Xuất hiện âm thổi liên quan đến tăng huyết áp, thay đổi trạng thái tinh thần, bệnh võng mạc .

Tăng huyết áp ;

Chướng bụng;

Tắc ruột liên quan đến hạ kali máu;

Xuất hiện âm thổi liên quan đến tăng huyết áp, thay đổi trạng thái tinh thần, bệnh võng mạc .

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Cường Aldosteron tiên phát

Nếu bạn không điều trị bệnh Cường Aldosteron tiên phát, huyết áp của bạn có thể tăng đến mức nguy hiểm. Bệnh cũng gây phá vỡ sự cân bằng điện giải trong cơ thể. Mất cân bằng điện giải và tăng huyết áp kéo dài làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng nghiêm trọng, bao gồm:

Đau thắt ngực hoặc suy tim ; Rối loạn nhịp tim; Suy thận; Đột quỵ; Yếu cơ thoáng qua hoặc không thể di chuyển.

Đau thắt ngực hoặc suy tim ;

Rối loạn nhịp tim;

Suy thận;

Đột quỵ;

Yếu cơ thoáng qua hoặc không thể di chuyển.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi nào cần đến gặp bác sĩ để sàng lọc bệnh?

Người bệnh tăng huyết áp độ 2 hoặc độ 3; Tăng huyết áp kháng trị; Tăng huyết áp do hạ kali máu tự phát hoặc do lợi tiểu; Tăng huyết áp kèm theo u tuyến thượng thận; Tăng huyết áp có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng huyết áp khởi phát sớm hoặc bệnh mạch máu não; Người bệnh có người thân thể hệ thứ nhất được chẩn đoán mắc bệnh Cường Aldosteron nguyên phát; Bất kỳ người bệnh nào bị nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát.

Người bệnh tăng huyết áp độ 2 hoặc độ 3;

Tăng huyết áp kháng trị;

Tăng huyết áp do hạ kali máu tự phát hoặc do lợi tiểu;

Tăng huyết áp kèm theo u tuyến thượng thận;

Tăng huyết áp có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng huyết áp khởi phát sớm hoặc bệnh mạch máu não;

Người bệnh có người thân thể hệ thứ nhất được chẩn đoán mắc bệnh Cường Aldosteron nguyên phát;

Bất kỳ người bệnh nào bị nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát.

Nguyên nhân cường aldosteron tiên phát

Tăng Aldosteron tiên phát là kết quả của việc tuyến thượng thận sản xuất quá mức hormone aldosteron. Hormone này giúp điều chỉnh sự cân bằng nước và natri, lượng máu và huyết áp của cơ thể.

Trong một số trường hợp, Cường Aldosteron tiên phát là kết quả của các khối u lành tính hoặc không phải ung thư ở một hoặc cả hai tuyến thượng thận.

Hiếm khi, Cường Aldosteron tiên phát xảy ra do rối loạn di truyền. Một số trường hợp cực kỳ hiếm gặp, ung thư ở một hoặc cả hai tuyến thượng thận gây ra chứng tăng aldosteron tiên phát.

Nguy cơ cường aldosteron tiên phát

Những ai có nguy cơ mắc phải Cường Aldosteron tiên phát?

Bất cứ ai cũng có thể mắc bệnh Cường Aldosteron tiên phát. Nhưng bệnh có nhiều nguy cơ xuất hiện hơn nếu bạn có:

Kali trong máu có nồng độ thấp (hạ kali máu); Tăng huyết áp bắt đầu trước tuổi 30; Tăng huyết áp cần ba loại thuốc trở lên để kiểm soát; Khối u ở thượng thận.

Kali trong máu có nồng độ thấp (hạ kali máu);

Tăng huyết áp bắt đầu trước tuổi 30;

Tăng huyết áp cần ba loại thuốc trở lên để kiểm soát;

Khối u ở thượng thận.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải Cường Aldosteron tiên phát

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải Cường Aldosteron tiên phát bao gồm:

Tăng huyết áp khi còn trẻ; Nồng độ kali thấp và người bị tăng huyết áp; Có khối u ở tuyến thượng thận .

Tăng huyết áp khi còn trẻ;

Nồng độ kali thấp và người bị tăng huyết áp;

Có khối u ở tuyến thượng thận .

Phương pháp chẩn đoán & điều trị cường aldosteron tiên phát

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán Cường Aldosteron tiên phát

Các bác sĩ chẩn đoán bệnh Cường Aldosteron tiên phát bằng cách đo nồng độ hormon như aldosterone và renin cùng với các chất điện giải, bao gồm natri và kali ở người bệnh tăng huyết áp có nguy cơ.

Bác sĩ có thể đề nghị thêm các cận lâm sàng khác để loại trừ khối u tuyến thượng thận. Chúng có thể bao gồm:

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) ; Chụp cộng hưởng từ (MRI) .

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) ;

Chụp cộng hưởng từ (MRI) .

Phương pháp điều trị Cường Aldosteron tiên phát hiệu quả

Nếu lượng aldosteron dư thừa được sản xuất bởi cả hai tuyến thượng thận thì nó thường được điều trị bằng các loại thuốc như spironolactone hoặc eplerenone để ngăn chặn tác dụng của aldosteron.

Nếu lượng aldosteron tăng là do sản xuất bởi một tuyến thượng thận, việc loại bỏ tuyến thượng thận đó là một giải pháp thay thế cho các loại thuốc.

Bác sĩ cũng có thể đề nghị thay đổi lối sống, bao gồm:

Tập thể dục thường xuyên; Hạn chế uống rượu bia; Giảm natri trong chế độ ăn uống; Ngừng hút thuốc lá.

Tập thể dục thường xuyên;

Hạn chế uống rượu bia;

Giảm natri trong chế độ ăn uống;

Ngừng hút thuốc lá.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa cường aldosteron tiên phát

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của Cường Aldosteron tiên phát

Chế độ sinh hoạt:

Chế độ sinh hoạt cho người bệnh Cường Aldosteron tiên phát thường tập trung vào việc kiểm soát nồng độ aldosteron trong cơ thể và quản lý các triệu chứng liên quan. Dưới đây là một số lời khuyên chung về chế độ sinh hoạt:

Giảm uống bia rượu: Thức uống có cồn có thể gây tăng huyết áp và căng thẳng cho hệ thống mạch máu thận. Nên hạn chế hoặc tránh uống thức uống có cồn để giữ mức độ aldosteron và huyết áp ổn định. Luyện tập thể dục: Các bài tập thể dục đều đặn có thể giúp giảm huyết áp và cải thiện sức khỏe chung. Hãy thảo luận với bác

sĩ để tìm hiểu về loại hình và mức độ hoạt động thích hợp cho bạn. Theo dõi định kỳ: Điều quan trọng là theo dõi sức khỏe và định kỳ kiểm tra các chỉ số nồng độ của aldosteron và huyết áp. Điều này giúp bác sĩ đánh giá tình trạng của bạn và điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần thiết.

Giảm uống bia rượu: Thức uống có cồn có thể gây tăng huyết áp và căng thẳng cho hệ thống mạch máu thận. Nên hạn chế hoặc tránh uống thức uống có cồn để giữ mức độ aldosteron và huyết áp ổn định.

Luyện tập thể dục: Các bài tập thể dục đều đặn có thể giúp giảm huyết áp và cải thiện sức khỏe chung. Hãy thảo luận với bác sĩ để tìm hiểu về loại hình và mức độ hoạt động thích hợp cho bạn.

Theo dõi định kỳ: Điều quan trọng là theo dõi sức khỏe và định kỳ kiểm tra các chỉ số nồng độ của aldosteron và huyết áp. Điều này giúp bác sĩ đánh giá tình trạng của bạn và điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần thiết.

Lưu ý rằng chế độ sinh hoạt cụ thể có thể khác nhau tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe và chỉ dẫn của bác sĩ. Vì vậy, hãy thảo luận và tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ để đảm bảo chế độ sinh hoạt phù hợp và tối ưu cho bạn.

Chế độ dinh dưỡng:

Dưới đây là một số lời khuyên chung về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh Cường Aldosteron tiên phát:

Hạn chế natri: Giảm lượng natri trong khẩu phần ăn có thể giúp hạ mức độ aldosteron và kiểm soát huyết áp. Hạn chế tiêu thụ các thực phẩm chứa nhiều muối, như mắm, khô, thức ăn nhanh, mỳ chín, thực phẩm chế biến sẵn và đồ ăn mặn. Thay vào đó, tìm cách nấu ăn từ nguyên liệu tươi và tự nấu ăn để kiểm soát lượng muối trong chế độ ăn uống. Tăng cường lượng kali nhập vào: Bệnh Cường Aldosteron thường dẫn đến mất kali trong máu. Hãy tìm cách bổ sung kali trong chế độ ăn uống bằng cách tiêu thụ các loại thực phẩm giàu kali như chuối, cam, bắp cải, khoai tây, cà rốt, cà chua, đậu, hạt và các loại thực vật khác. Chế độ ăn giàu chất xơ: Tiêu thụ đủ lượng chất xơ có thể giúp kiểm soát huyết áp và hỗ trợ chức năng tiêu hóa. Hãy bao gồm các nguồn chất xơ trong chế độ ăn uống như rau xanh, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt và các loại hạt. Hạn chế đồ uống chứa caffein: Đồ uống chứa caffein, như cà phê và nước ngọt có caffein, có thể gây tăng huyết áp. Hạn chế hoặc tránh tiêu thụ các loại đồ uống này để giữ mức huyết áp ổn định.

Theo dõi cân nặng: Đối với những người bệnh Cường Aldosteron tiên phát, việc duy trì cân nặng là điều quan trọng. Hãy theo dõi cân nặng của bạn và tuân thủ chế độ ăn uống cân đối để đảm bảo không tăng cân quá nhanh.

Hạn chế natri: Giảm lượng natri trong khẩu phần ăn có thể giúp hạ mức độ aldosteron và kiểm soát huyết áp. Hạn chế tiêu thụ các thực phẩm chứa nhiều muối, như mắm, khô, thức ăn nhanh, mỳ chín, thực phẩm chế biến sẵn và đồ ăn mặn. Thay vào đó, tìm cách nấu ăn từ nguyên liệu tươi và tự nấu ăn để kiểm soát lượng muối trong chế độ ăn uống.

Tăng cường lượng kali nhập vào: Bệnh Cường Aldosteron thường dẫn đến mất kali trong máu. Hãy tìm cách bổ sung kali trong chế độ ăn uống bằng cách tiêu thụ các loại thực phẩm giàu kali như chuối, cam, bắp cải, khoai tây, cà rốt, cà chua, đậu, hạt và các loại thực vật khác.

Chế độ ăn giàu chất xơ: Tiêu thụ đủ lượng chất xơ có thể giúp kiểm soát huyết áp và hỗ trợ chức năng tiêu hóa. Hãy bao gồm các nguồn chất xơ trong chế độ ăn uống như rau xanh, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt và các loại hạt.

Hạn chế đồ uống chứa caffein: Đồ uống chứa caffein, như cà phê và nước ngọt có caffein, có thể gây tăng huyết áp. Hạn chế hoặc tránh tiêu thụ các loại đồ uống này để giữ mức huyết áp ổn định.

Theo dõi cân nặng: Đối với những người bệnh Cường Aldosteron tiên phát, việc duy trì cân nặng là điều quan trọng. Hãy theo dõi cân nặng của bạn và tuân thủ chế độ ăn uống cân đối để đảm bảo không tăng cân quá nhanh.

Lưu ý rằng chế độ dinh dưỡng cụ thể có thể khác nhau tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe của bạn. Hãy thảo luận và tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng để có chế độ dinh dưỡng phù hợp nhất cho bạn.

Phương pháp phòng ngừa Cường Aldosteron tiên phát hiệu quả

Dưới đây là một số phương pháp phòng ngừa bệnh Cường Aldosteron tiên phát:

Kiểm tra định kỳ: Đối với những người có nguy cơ cao mắc Cường Aldosteron, kiểm tra định kỳ để phát hiện sớm bất thường hormon aldosteron là cần thiết. Điều này bao gồm kiểm tra huyết áp, đo mức đường huyết và kiểm tra nồng độ hormon aldosteron trong máu hoặc nước tiểu. Thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh: Chế độ ăn uống giàu kali và thấp natri có thể giúp kiểm soát mức độ aldosteron. Hạn chế tiêu thụ muối và thực phẩm chứa natri cao, trong khi đó tăng cường tiêu thụ thực

phẩm giàu kali như trái cây, rau củ và ngũ cốc là lựa chọn tốt. Giảm căng thẳng: Căng thẳng có thể ảnh hưởng đến hoạt động của hệ thống nội tiết và kích thích tuyến thượng thận sản xuất aldosteron. Vì vậy, hạn chế và quản lý căng thẳng thông qua các phương pháp như yoga, thực hành mindfulness và tập thể dục có thể hữu ích trong việc phòng ngừa PA. Tránh chất kích thích: Một số chất kích thích như caffein và các loại thuốc lá có thể gây kích thích tuyến thượng thận và tăng sản xuất aldosteron. Hạn chế tiêu thụ caffein và ngừng hút thuốc lá có thể hỗ trợ phòng ngừa Cường Aldosteron tiên phát. Theo dõi sức khỏe tổng quát: Điều quan trọng là duy trì một lối sống lành mạnh và theo dõi sức khỏe tổng quát. Điều này bao gồm việc duy trì cân nặng, tập thể dục đều đặn, kiểm soát căng thẳng và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ khác như bệnh tim mạch và đái tháo đường. Kiểm tra định kỳ: Đối với những người có nguy cơ cao mắc Cường Aldosteron, kiểm tra định kỳ để phát hiện sớm bất thường hormon aldosteron là cần thiết. Điều này bao gồm kiểm tra huyết áp, đo mức đường huyết và kiểm tra nồng độ hormon aldosteron trong máu hoặc nước tiểu.

Thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh: Chế độ ăn uống giàu kali và thấp natri có thể giúp kiểm soát mức độ aldosteron. Hạn chế tiêu thụ muối và thực phẩm chứa natri cao, trong khi đó tăng cường tiêu thụ thực phẩm giàu kali như trái cây, rau củ và ngũ cốc là lựa chọn tốt.

Giảm căng thẳng: Căng thẳng có thể ảnh hưởng đến hoạt động của hệ thống nội tiết và kích thích tuyến thượng thận sản xuất aldosteron. Vì vậy, hạn chế và quản lý căng thẳng thông qua các phương pháp như yoga, thực hành mindfulness và tập thể dục có thể hữu ích trong việc phòng ngừa PA.

Tránh chất kích thích: Một số chất kích thích như caffein và các loại thuốc lá có thể gây kích thích tuyến thượng thận và tăng sản xuất aldosteron. Hạn chế tiêu thụ caffein và ngừng hút thuốc lá có thể hỗ trợ phòng ngừa Cường Aldosteron tiên phát.

Theo dõi sức khỏe tổng quát: Điều quan trọng là duy trì một lối sống lành mạnh và theo dõi sức khỏe tổng quát. Điều này bao gồm việc duy trì cân nặng, tập thể dục đều đặn, kiểm soát căng thẳng và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ khác như bệnh tim mạch và đái tháo đường.

Tuy nhiên, nếu bạn có nghi ngờ mắc bệnh Cường Aldosteron hoặc có yếu tố nguy cơ cao, hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc chuyên gia y tế để được tư vấn và điều trị phù hợp. Họ sẽ có thể cung cấp thông tin chi tiết và chỉ định các phương pháp phòng ngừa phù hợp với trường hợp của bạn.

=====

Tìm hiểu chung tăng natri máu

Tăng natri máu là gì?

Bác sĩ sẽ chẩn đoán tăng natri máu khi kết quả xét nghiệm máu của bạn có nồng độ natri cao hơn 145 mEq/l. Hai nguyên nhân phổ biến gây tăng natri máu là không uống đủ nước và mất nước quá nhiều. Trong một số ít trường hợp, tiêu thụ quá nhiều natri có thể gây tăng natri máu.

Ngược lại với tăng natri máu là hạ natri máu. Điều này có nghĩa là mức natri huyết thanh dưới 135mEq/l. Hạ natri máu đề cập đến mức natri quá thấp.

Triệu chứng tăng natri máu

Những dấu hiệu và triệu chứng của tăng natri máu

Những người bị tăng natri máu nhẹ có thể không có bất kỳ triệu chứng nào, đặc biệt nếu nồng độ natri tăng từ từ.

Ở trẻ sơ sinh, tăng natri máu có thể gây ra các triệu chứng như sau:

Tăng nhịp thở; Yếu cơ; Ngủ lịm; Mất ngủ; Quấy khóc; Hôn mê.

Tăng nhịp thở;

Yếu cơ;

Ngủ lịm;

Mất ngủ;

Quấy khóc;

Hôn mê.

Ở người trưởng thành bị tăng natri máu có thể có một số loại triệu chứng khác nhau, như:

Khát nước tăng dần; Buồn nôn và nôn; Bồn chồn; Yếu cơ.

Khát nước tăng dần;

Buồn nôn và nôn;

Bồn chồn;

Yếu cơ.

Các triệu chứng của tăng natri máu sẽ nghiêm trọng hơn nếu mức natri tăng quá cao. Các triệu chứng cũng có nhiều khả năng xảy ra hơn nếu người bệnh bị tăng natri máu đột ngột thay vì diễn tiến dần dần.

Nhìn chung, những người nhập viện vì tăng natri máu có nguy cơ xuất hiện biến chứng và tử vong cao hơn so với những người không bị tăng natri máu.

Một biến chứng có thể xảy ra của tăng natri máu là xuất huyết nội sọ (chảy máu bên trong não). Điều này có thể xảy ra khi tình trạng tăng natri máu khiến các tế bào não co lại, làm tăng nguy cơ vỡ mạch máu bên trong não. Đây là biến chứng tiềm ẩn nghiêm trọng nhất của tăng natri máu.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn cảm thấy mệt mỏi, khó chịu hoặc cơ thể có những thay đổi khác không rõ nguyên nhân, bạn nên đến gặp bác sĩ vì đây có thể là triệu chứng của tăng natri máu hoặc các tình trạng bệnh lý khác.

Thông thường, người bệnh sẽ không nhận ra rằng họ mắc bệnh này cho đến khi bác sĩ khám hoặc xét nghiệm máu hoặc nước tiểu.

Nguyên nhân tăng natri máu

Nguyên nhân dẫn đến tăng natri máu

Tăng natri máu thường do mất nước trong cơ thể. Điều này có thể xảy ra do lượng nước nhập vào giảm hoặc lượng nước mất đi tăng lên. Hiếm gặp hơn, tăng natri máu có thể xảy ra khi người bệnh dùng quá nhiều natri (trường hợp những người bệnh nhập viện được truyền dịch có chứa quá nhiều natri).

Lượng nước nhập không đủ có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Đơn giản là nước có thể không có sẵn. Hoặc vì nhiều lý do khác nhau, một người có thể không uống nhiều như mức cơ thể cần. Điều này có thể xảy ra, ví dụ:

Bệnh sa sút trí tuệ (Dementia); Trầm cảm nặng hoặc rối loạn tâm thần khác; Thuốc an thần; Rối loạn não ảnh hưởng đến cảm giác khát và sản xuất ADH (ví dụ bệnh Parkinson, u não).

Bệnh sa sút trí tuệ (Dementia);

Trầm cảm nặng hoặc rối loạn tâm thần khác;

Thuốc an thần;

Rối loạn não ảnh hưởng đến cảm giác khát và sản xuất ADH (ví dụ bệnh Parkinson, u não).

Cơ thể mất nước nhiều hơn cũng có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, vì lượng nước thừa sẽ thoát ra ngoài qua đường tiêu hóa, nước tiểu hoặc qua các con đường khác. Chúng có thể bao gồm:

Tiêu chảy; Nôn; Sốt; Đổ mồ hôi quá nhiều; Bỏng nặng; Thở rất nhanh; Thuốc lợi tiểu; Các loại bệnh thận di truyền và mắc phải; Đường huyết tăng cao (ví dụ như bệnh đái tháo đường tuýp 2 không được điều trị); Cường aldosteron; Bệnh đái tháo nhạt.

Tiêu chảy;

Nôn;

Sốt;

Đổ mồ hôi quá nhiều;

Bỏng nặng;

Thở rất nhanh;

Thuốc lợi tiểu;

Các loại bệnh thận di truyền và mắc phải;

Đường huyết tăng cao (ví dụ như bệnh đái tháo đường tuýp 2 không được điều trị);

Cường aldosteron;

Bệnh đái tháo nhạt.

Một số loại thuốc có tác dụng phụ gây tăng natri máu như lithium, phenytoin và amphotericin.

Nguy cơ tăng natri máu

Những ai có nguy cơ mắc phải tăng natri máu?

Trẻ sơ sinh và người già dễ bị tăng natri máu nhất. Trẻ sơ sinh là đối tượng không thể tự kiểm soát lượng chất lỏng của mình. Chúng cũng có diện tích da lớn so với trọng lượng, khiến chúng dễ bị mất nước nhiều hơn. Trẻ cũng có thể dễ dàng bị mất nước do bệnh tiêu hoá hoặc nếu trẻ gặp khó khăn khi bú.

Người cao tuổi có xu hướng ít nhạy cảm hơn với cảm giác khát, giảm khả năng cô đặc nước tiểu và giảm lượng nước dự trữ. Họ cũng có thể có thêm các tình trạng bệnh lý làm tăng nguy cơ hoặc họ có thể dùng các loại thuốc có tác dụng phụ tiềm

ẩn gây tăng natri máu.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải tăng natri máu

Một số tình trạng bệnh lý cũng làm tăng nguy cơ tăng natri máu, bao gồm:

Mất nước ; Tiêu chảy nặng; Nôn; Sốt; Bệnh sa sút trí tuệ; Sử dụng một số loại thuốc; Bệnh đái tháo đường kiểm soát kém; Bọng lớn trên da; Bệnh thận; Bệnh đái tháo nhạt.

Mất nước ;

Tiêu chảy nặng;

Nôn;

Sốt;

Bệnh sa sút trí tuệ;

Sử dụng một số loại thuốc;

Bệnh đái tháo đường kiểm soát kém;

Bọng lớn trên da;

Bệnh thận;

Bệnh đái tháo nhạt.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tăng natri máu

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm tăng natri máu

Trong hầu hết các trường hợp, nguyên nhân gây tăng natri máu là do tình trạng sức khỏe tiềm ẩn như bệnh thận hoặc đái tháo đường.

Bác sĩ có thể bắt đầu quá trình chẩn đoán bằng cách hỏi về bệnh sử của người bệnh và khám sức khỏe. Nếu nghi ngờ tăng natri máu, bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm máu hoặc nước tiểu .

Điều trị tăng natri máu

Tất cả các phương pháp điều trị tăng natri máu đều liên quan đến việc điều chỉnh cân bằng nội môi và natri trong cơ thể.

Các cách tiếp cận điều trị rất khác nhau, tùy thuộc vào nguyên nhân cơ bản. Ví dụ, nếu người bệnh tăng natri máu do kiểm soát bệnh đái tháo đường kém, bác sĩ sẽ đề xuất những cách để giúp người bệnh điều chỉnh đường huyết của mình.

Việc điều trị có thể bao gồm:

Uống nhiều nước hơn; Quản lý lượng dịch xuất nhập; Bác sĩ theo dõi nồng độ natri trong máu.

Uống nhiều nước hơn;

Quản lý lượng dịch xuất nhập;

Bác sĩ theo dõi nồng độ natri trong máu.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tăng natri máu

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tăng natri máu

Chế độ sinh hoạt:

Theo dõi lượng nước tiểu: Theo dõi lượng nước tiểu để đảm bảo bạn không mất nước quá nhiều. Điều này có thể giúp đo lường cân bằng nước và đề phòng tình trạng mất nước nghiêm trọng.

Kiểm soát các bệnh lý cơ bản: Điều trị các bệnh lý cơ bản có thể góp phần vào tăng natri máu. Ví dụ, nếu tăng natri máu là do đái tháo đường, bạn cần kiểm soát đường huyết.

Hãy tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ về điều trị các bệnh lý liên quan. Theo dõi triệu chứng và thường xuyên kiểm tra:

Theo dõi triệu chứng của tăng natri máu và thực hiện các xét nghiệm máu thường xuyên theo chỉ định của bác sĩ để kiểm tra mức độ natri trong cơ thể.

Theo dõi lượng nước tiểu: Theo dõi lượng nước tiểu để đảm bảo bạn không mất nước quá nhiều. Điều này có thể giúp đo lường cân bằng nước và đề phòng tình trạng mất nước nghiêm trọng.

Kiểm soát các bệnh lý cơ bản: Điều trị các bệnh lý cơ bản có thể góp phần vào tăng natri máu. Ví dụ, nếu tăng natri máu là do đái tháo đường, bạn cần kiểm soát đường huyết. Hãy tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ về điều trị các bệnh lý liên quan.

Theo dõi triệu chứng và thường xuyên kiểm tra: Theo dõi triệu chứng của tăng natri máu và thực hiện các xét nghiệm máu thường xuyên theo chỉ định của bác sĩ để kiểm tra mức độ natri trong cơ thể.

Chế độ dinh dưỡng:

Giảm lượng natri trong khẩu phần ăn: Hạn chế tiêu thụ các thực phẩm chứa nhiều natri, bao gồm muối, thực phẩm chế biến sẵn, thức ăn nhanh và thực phẩm đóng hộp.

Đọc nhãn dán trên các sản phẩm để kiểm tra lượng natri có trong đó. Tăng

cường tiêu thụ nước: Uống đủ nước để duy trì sự cân bằng nước trong cơ thể. Uống nước chín, nước lọc hoặc nước không chứa natri. Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ về

lượng nước cần uống hàng ngày cho trường hợp của bạn. Tăng cường lượng nước trong thực phẩm: Tiêu thụ các thực phẩm giàu nước như trái cây tươi, rau xanh, nước ép trái cây không đường, và súp lỏng để cung cấp nước cho cơ thể. Giảm lượng natri trong khẩu phần ăn: Hạn chế tiêu thụ các thực phẩm chứa nhiều natri, bao gồm muối, thực phẩm chế biến sẵn, thức ăn nhanh và thực phẩm đóng hộp. Đọc nhãn dán trên các sản phẩm để kiểm tra lượng natri có trong đó. Tăng cường tiêu thụ nước: Uống đủ nước để duy trì sự cân bằng nước trong cơ thể. Uống nước chín, nước lọc hoặc nước không chứa natri. Hãy tham khảo ý kiến bác sĩ về lượng nước cần uống hàng ngày cho trường hợp của bạn. Tăng cường lượng nước trong thực phẩm: Tiêu thụ các thực phẩm giàu nước như trái cây tươi, rau xanh, nước ép trái cây không đường, và súp lỏng để cung cấp nước cho cơ thể. Hãy luôn tham khảo ý kiến bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng để đảm bảo chế độ sinh hoạt và dinh dưỡng phù hợp với tình trạng sức khỏe và đáp ứng nhu cầu cụ thể của bạn.

Phòng ngừa tăng natri máu

Tăng natri máu có thể là một hậu quả từ bệnh lý khác cần được điều trị.

Để ngăn ngừa tăng natri máu, bạn có thể:

Uống nhiều nước để cơ thể có đủ nước. Tăng lượng nước nhập vào khi cần thiết, ở vùng khí hậu nóng hoặc trong khi hoạt động thể chất ra nhiều mồ hôi. Có chế độ ăn uống cân bằng, lành mạnh. Đảm bảo các tình trạng sức khỏe khác, chẳng hạn như bệnh đái tháo đường hoặc bệnh thận, được quản lý tốt.

Uống nhiều nước để cơ thể có đủ nước.

Tăng lượng nước nhập vào khi cần thiết, ở vùng khí hậu nóng hoặc trong khi hoạt động thể chất ra nhiều mồ hôi.

Có chế độ ăn uống cân bằng, lành mạnh.

Đảm bảo các tình trạng sức khỏe khác, chẳng hạn như bệnh đái tháo đường hoặc bệnh thận, được quản lý tốt.

Lượng natri nhập vào cao thường không gây tăng natri máu, trừ khi lượng natri nhập vào quá mức hoặc người bệnh có một số bệnh lý nền khác. Tuy nhiên, chế độ ăn nhiều natri có thể gây ra các tác động tiêu cực khác, bao gồm cả tăng huyết áp.

=====

Tìm hiểu chung viêm tuyến giáp bán cấp

Viêm tuyến giáp bán cấp là gì?

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết nằm ở trước cổ, tiết ra nhiều loại hormone điều hòa nhiều quá trình chuyển hóa trong cơ thể. Chúng cũng đóng một vai trò quan trọng trong các phản ứng về thể chất và cảm xúc như sợ hãi, phấn khích và vui sướng.

Viêm tuyến giáp gồm một nhóm rối loạn khiến tuyến giáp bị viêm. Hầu hết các loại viêm tuyến giáp thường dẫn đến cường giáp hoặc suy giáp do rối loạn sự tiết hormone giáp. Có nhiều thể viêm tuyến giáp tùy nguyên nhân gây bệnh, đặc điểm đối tượng mắc bệnh, cũng như mức độ nặng của bệnh (viêm tuyến giáp cấp, viêm tuyến giáp bán cấp, viêm tuyến giáp sau sinh, viêm tuyến giáp Hashimoto, ...). Viêm tuyến giáp bán cấp (viêm tuyến giáp de Quervain) đề cập đến tình trạng viêm tuyến giáp do virus gây ra. Những người mắc bệnh này cũng sẽ có các triệu chứng của bệnh cường giáp trước và sau đó sẽ xuất hiện các triệu chứng của bệnh suy giáp do sự tăng giảm lượng hormone từ tuyến giáp bất thường gây nên. Mặc dù thường xuất hiện trong thời gian ngắn nhưng viêm tuyến giáp bán cấp có thể gây ra các biến chứng vĩnh viễn nếu không được điều trị.

Triệu chứng viêm tuyến giáp bán cấp

Những dấu hiệu và triệu chứng của viêm tuyến giáp bán cấp

Đặc điểm nổi bật nhất của viêm tuyến giáp bán cấp là cơn đau vùng cổ (tuyến giáp) khởi phát từ từ hoặc đột ngột. Sự phì đại tuyến giáp gây đau đớn có thể kéo dài hàng tuần hoặc hàng tháng và có thể kèm với sốt. Ngoài ra, các triệu chứng khàn tiếng hoặc khó nuốt cũng có thể xuất hiện.

Các triệu chứng dư thừa hormone tuyến giáp (cường giáp) như lo lắng, nhịp tim nhanh và không dung nạp nhiệt có thể xuất hiện sớm trong quá trình bệnh. Sau đó, các triệu chứng do thiếu hormone tuyến giáp (suy giáp) như mệt mỏi, táo bón hoặc không dung nạp lạnh có thể xảy ra. Cuối cùng, khi quá trình viêm kết thúc, chức năng tuyến giáp trở lại bình thường thì các triệu chứng biến mất.

Tóm lại, các triệu chứng có thể gặp trong bệnh viêm tuyến giáp bán cấp có thể

là:

Đau ở phía trước cổ; Đau khi áp lực nhẹ vào tuyến giáp (sờ nắn); Sốt; Mệt mỏi. Bồn chồn; Lạnh; Sụt cân; Đỏ mồm; Tiêu chảy ; Chóng mặt; Hồi hộp, đánh trống ngực. Tuyến giáp to, nhẵn, chắc.

Đau ở phía trước cổ;

Đau khi áp lực nhẹ vào tuyến giáp (sờ nắn);

Sốt;

Mệt mỏi.

Bồn chồn;

Lạnh;

Sụt cân;

Đỏ mồm;

Tiêu chảy ;

Chóng mặt;

Hồi hộp, đánh trống ngực.

Tuyến giáp to, nhẵn, chắc.

Tác động của viêm tuyến giáp bán cấp đối với sức khỏe

Bệnh nhân bị viêm tuyến giáp bán cấp thường sưng đau tuyến giáp, có thể liệt dây thanh tạm thời. Con đau ban đầu có thể chỉ giới hạn ở một thùy nhưng thường lan nhanh đến phần còn lại của tuyến giáp, lên hàm hoặc tai. Tình trạng khó chịu, mệt mỏi, đau cơ và đau khớp cũng thường xuất hiện. Sốt nhẹ hoặc đôi khi có thể sốt cao tới 40°C.

Quá trình bệnh có thể đạt đến đỉnh điểm trong vòng 3 đến 4 ngày, sau đó giảm dần và biến mất trong vòng một tuần, nhưng trường hợp điển hình hơn bệnh khởi phát kéo dài từ 1 đến 2 tuần và tiếp tục với cường độ dao động trong 3 đến 6 tuần. Khoảng một nửa số bệnh nhân trong những tuần đầu tiên của bệnh biểu hiện các triệu chứng nhiễm độc giáp. Sau đó bệnh nhân thường bị suy giáp trước khi trở lại bình thường.

Biến chứng có thể gặp khi mắc phải viêm tuyến giáp bán cấp

Hầu hết các trường hợp viêm tuyến giáp bán cấp sẽ khỏi hoàn toàn và hiếm khi có thể gây suy giáp vĩnh viễn. Một số bệnh nhân có thể có các triệu chứng nghiêm trọng do suy giáp, nhưng thông thường các triệu chứng này chỉ thoáng qua. Viêm tuyến giáp bán cấp hiếm khi thể gây ra cơn bão tuyến giáp, nhịp nhanh thất và sốt không rõ nguyên nhân.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi có bất kỳ triệu chứng khó chịu nào nghi ngờ bệnh như đau cổ, bồn chồn, mệt mỏi,... bạn nên đến khám bác sĩ ngay để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân viêm tuyến giáp bán cấp

Viêm tuyến giáp bán cấp là một tình trạng hiếm gặp được cho là do nhiễm virus. Tình trạng này thường xảy ra sau khi bị nhiễm virus ở đường hô hấp trên. Virus quai bị, virus cúm và các loại virus đường hô hấp khác là nguyên nhân gây viêm tuyến giáp bán cấp.

Nhiều bệnh nhân có thể có tiền sử nhiễm virus đường hô hấp trên từ 2 đến 8 tuần trước khi phát triển bệnh viêm tuyến giáp. Một số nghiên cứu cho rằng sự phân bố theo mùa của viêm tuyến giáp trùng với thời điểm có tỷ lệ nhiễm coxsackievirus (nhóm A & B) và nhiễm echovirus cao nhất. Bệnh cũng liên quan đến quai bị , sởi, cúm, SARS-CoV-2 và các loại virus khác.

Nguy cơ viêm tuyến giáp bán cấp

Những ai có nguy cơ mắc phải viêm tuyến giáp bán cấp?

Viêm tuyến giáp bán cấp xảy ra thường xuyên nhất ở phụ nữ trung niên với các triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp do virus trước đó không lâu.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải viêm tuyến giáp bán cấp

Những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm virus đường hô hấp như:

Sức đề kháng yếu do suy kiệt; Du lịch đến nơi có dịch cúm ; Suy dinh dưỡng ;

Thường xuyên mắc bệnh lý đường hô hấp.

Sức đề kháng yếu do suy kiệt;

Du lịch đến nơi có dịch cúm ;

Suy dinh dưỡng ;

Thường xuyên mắc bệnh lý đường hô hấp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị viêm tuyến giáp bán cấp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp

Sau khi khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng, các bác sĩ có thể chỉ định các cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán bệnh như:

Xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm; Định lượng hormone tuyến giáp ; Định lượng kháng thể; Siêu âm tuyến giáp; Xạ hình tuyến giáp ; Sinh thiết.

Xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm;

Định lượng hormone tuyến giáp ;

Định lượng kháng thể;

Siêu âm tuyến giáp;

Xạ hình tuyến giáp ;

Sinh thiết.

Các xét nghiệm trong giai đoạn đầu của bệnh có thể biểu hiện:

Mức thyroglobulin huyết thanh cao; Hấp thụ iốt phóng xạ thấp; Nồng độ hormone TSH trong huyết thanh thấp; Nồng độ T4 tự do trong huyết thanh cao; Tốc độ máu lắng cao (ESR).

Mức thyroglobulin huyết thanh cao;

Hấp thụ iốt phóng xạ thấp;

Nồng độ hormone TSH trong huyết thanh thấp;

Nồng độ T4 tự do trong huyết thanh cao;

Tốc độ máu lắng cao (ESR).

Các xét nghiệm trong giai đoạn sau của bệnh có thể cho thấy:

Mức TSH huyết thanh cao; T4 tự do trong huyết thanh thấp.

Mức TSH huyết thanh cao;

T4 tự do trong huyết thanh thấp.

Lưu ý rằng kháng thể kháng tuyến giáp có thể không phát hiện được do hiện diện ở mức độ thấp. Sinh thiết tuyến giáp cho thấy tình trạng viêm với sự hiện diện đặc trưng của “tế bào khổng lồ” giúp chẩn đoán bệnh. Các bất thường trong kết quả xét nghiệm sẽ trở lại bình thường khi tình trạng bệnh được giải quyết.

Phương pháp điều trị viêm tuyến giáp bán cấp

Mục đích của việc điều trị bệnh viêm tuyến giáp bán cấp là giảm đau, giảm viêm và điều trị bệnh cường giáp, suy giáp nếu có. Thuốc chống viêm được sử dụng để kiểm soát cơn đau trong trường hợp viêm tuyến giáp bán cấp nhẹ, nếu bệnh nặng hơn có thể dùng các loại thuốc khác như:

Thuốc NSAID: Các loại thuốc NSAID hoạt động bằng cách giảm quá trình viêm giúp bệnh nhân đỡ đau hơn. Chú ý rằng Acetaminophen không hiệu quả vì nó không làm giảm nguyên nhân viêm tuyến giáp.

Corticosteroid: Corticosteroid được sử dụng khi các thuốc thuộc nhóm NSAID không thể giảm sưng đau. Trong đó, Prednisone là một loại corticosteroid phổ biến được sử dụng để điều trị viêm tuyến giáp bán cấp.

Cơn đau kéo dài hơn hai ngày cần được kiểm tra thêm để tìm ra các nguyên nhân gây đau cổ khác.

Thuốc điều trị cường giáp: Các triệu chứng nhẹ và thoáng qua của bệnh cường giáp không cần điều trị. Đánh trống ngực, lo âu và run cần được điều trị bằng propranolol hoặc atenolol và theo dõi chặt chẽ. Không nên sử dụng thionamide để điều trị cường giáp trong viêm tuyến giáp bán cấp (chẳng hạn như liệu pháp iốt phóng xạ) vì rối loạn này gây ra do sự giải phóng hormone tuyến giáp được tạo thành từ các nang tuyến giáp bị phá hủy thay vì tổng hợp T3 và T4 mới.

Thuốc điều trị suy giáp: Viêm tuyến giáp bán cấp thường trở lại trạng thái bình giáp bình thường sau 3 hoặc 4 tháng. Bệnh nhân suy giáp có TSH lớn hơn 10 microU/L hoặc có triệu chứng suy giáp cần điều trị bằng levothyroxine trong 1 đến 2 tháng. Nên ngừng sử dụng Levothyroxine và thực hiện xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong 1 tháng để đảm bảo tình trạng suy giáp chỉ thoáng qua. Một số bệnh nhân có thể cần điều trị bằng levothyroxine trong thời gian dài.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa viêm tuyến giáp bán cấp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến viêm tuyến giáp bán cấp

Sau khi chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp, các xét nghiệm chức năng tuyến giáp nên được thực hiện từ 2 đến 8 tuần một lần để xác nhận sự cải thiện của bệnh cường giáp và theo dõi diễn biến tự nhiên của bệnh cho đến khi chúng trở về bình thường.

Phương pháp phòng ngừa viêm tuyến giáp bán cấp hiệu quả

Không có biện pháp phòng ngừa rõ ràng đối với viêm tuyến giáp bán cấp vì nguyên nhân chính xác vẫn chưa được biết rõ. Tiêm chủng vắc xin MMR (sởi, quai bị, rubella) hoặc vắc xin cúm có thể ngăn ngừa bệnh viêm tuyến giáp bán cấp do chúng

gây ra.

=====

Tìm hiểu chung suy tuyến thượng thận

Suy tuyến thượng thận là gì?

Suy tuyến thượng thận là một rối loạn xảy ra khi các tuyến thượng thận không sản xuất đủ hormone cần thiết. Các tuyến thượng thận nằm ngay trên thận. Suy tuyến thượng thận có thể là nguyên phát, thứ phát hoặc tam phát. Suy tuyến thượng thận nguyên phát thường được gọi là bệnh Addison .

Bệnh Addison: Bệnh Addison xảy ra khi các tuyến thượng thận bị tổn thương và không thể sản xuất đủ hormone cortisol, và đôi khi là hormone aldosterone. Suy tuyến thượng thận thứ phát: Suy tuyến thượng thận thứ phát là do bệnh từ tuyến yên. Tuyến yên sản xuất hormone adrenocorticotropin (ACTH), hormone này có vai trò thông báo cho các tuyến thượng thận sản xuất cortisol. Nếu tuyến yên không sản xuất đủ ACTH, các tuyến thượng thận sẽ không sản xuất đủ cortisol. Theo thời gian, các tuyến thượng thận có thể teo đi và ngừng hoạt động. Suy tuyến thượng thận tam phát: Suy tuyến thượng thận tam phát xuất phát từ vùng hạ đồi. Vùng hạ đồi sản xuất hormone corticotropin-releasing hormone (CRH), hormone này có vai trò thông báo cho tuyến yên sản xuất ACTH. Khi vùng hạ đồi không sản xuất đủ CRH, tuyến yên sẽ không sản xuất đủ ACTH. Kết quả là, các tuyến thượng thận không sản xuất đủ cortisol.

Bệnh Addison: Bệnh Addison xảy ra khi các tuyến thượng thận bị tổn thương và không thể sản xuất đủ hormone cortisol, và đôi khi là hormone aldosterone. Suy tuyến thượng thận thứ phát: Suy tuyến thượng thận thứ phát là do bệnh từ tuyến yên. Tuyến yên sản xuất hormone adrenocorticotropin (ACTH), hormone này có vai trò thông báo cho các tuyến thượng thận sản xuất cortisol. Nếu tuyến yên không sản xuất đủ ACTH, các tuyến thượng thận sẽ không sản xuất đủ cortisol. Theo thời gian, các tuyến thượng thận có thể teo đi và ngừng hoạt động.

Suy tuyến thượng thận tam phát: Suy tuyến thượng thận tam phát xuất phát từ vùng hạ đồi. Vùng hạ đồi sản xuất hormone corticotropin-releasing hormone (CRH), hormone này có vai trò thông báo cho tuyến yên sản xuất ACTH. Khi vùng hạ đồi không sản xuất đủ CRH, tuyến yên sẽ không sản xuất đủ ACTH. Kết quả là, các tuyến thượng thận không sản xuất đủ cortisol.

Suy tuyến thượng thận có thể ảnh hưởng đến khả năng của cơ thể trong việc phản ứng với căng thẳng và duy trì các chức năng sống thiết yếu khác. Hầu hết những người bị thiếu hụt hormone tuyến thượng thận có thể sống một cuộc sống bình thường và năng động.

Triệu chứng suy tuyến thượng thận

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy tuyến thượng thận

Các triệu chứng phổ biến nhất của suy tuyến thượng thận là

Mệt mỏi mãn tính hoặc kéo dài; Yếu cơ; Mất cảm giác thèm ăn; Giảm cân; Đau bụng.

Mệt mỏi mãn tính hoặc kéo dài;

Yếu cơ;

Mất cảm giác thèm ăn;

Giảm cân;

Đau bụng.

Các triệu chứng khác của suy tuyến thượng thận có thể bao gồm

Buồn nôn; Nôn mửa; Tiêu chảy ; Huyết áp thấp, giảm nhiều hơn khi bạn đứng dậy, gây chóng mặt hoặc ngất; Cấu kính và trầm cảm; Đau khớp; Thèm đồ ăn mặn; Hạ đường huyết , hoặc lượng đường trong máu thấp; Kinh nguyệt không đều hoặc không có kinh nguyệt; Mất hứng thú với tình dục.

Buồn nôn;

Nôn mửa;

Tiêu chảy ;

Huyết áp thấp, giảm nhiều hơn khi bạn đứng dậy, gây chóng mặt hoặc ngất;

Cấu kính và trầm cảm;

Đau khớp;

Thèm đồ ăn mặn;

Hạ đường huyết , hoặc lượng đường trong máu thấp;

Kinh nguyệt không đều hoặc không có kinh nguyệt;

Mất hứng thú với tình dục.

Suy tuyến thượng thận nguyên phát cũng có thể gây sạm da. Sự sạm da này dễ thấy nhất ở các vết sẹo, nếp gấp da, các điểm tỳ đè như khuỷu tay, đầu gối, đốt ngón

tay và ngón chân, môi, và niêm mạc như niêm mạc má.

Vì các triệu chứng của suy tuyến thượng thận xuất hiện chậm theo thời gian nên chúng có thể bị bỏ qua hoặc nhầm lẫn với các bệnh khác. Đôi khi các triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên trong cơn suy tuyến thượng thận cấp.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh suy tuyến thượng thận

Biến chứng nghiêm trọng nhất của suy tuyến thượng thận được gọi là cơn suy tuyến thượng thận cấp. Nếu không được điều trị ngay, cơn suy tuyến thượng thận cấp có thể gây tử vong. Cơ thể bạn cần nhiều cortisol hơn bình thường trong thời gian cơ thể bị stress bởi bệnh, chấn thương nghiêm trọng hoặc phẫu thuật gây ra. Việc thiếu cortisol nghiêm trọng vào những thời điểm này có thể gây ra huyết áp thấp, đường huyết thấp, natri máu thấp và kali máu cao đe dọa tính mạng.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn có một trong những triệu chứng của cơn suy tuyến thượng thận cấp:

Yếu cơ nặng. Đau dữ dội, đột ngột ở lưng dưới, bụng hoặc chân. Cảm thấy bồn chồn, bối rối, sợ hãi. Nôn mửa và tiêu chảy nghiêm trọng, có khả năng dẫn đến mất nước. Huyết áp thấp. Mất ý thức.

Yếu cơ nặng.

Đau dữ dội, đột ngột ở lưng dưới, bụng hoặc chân.

Cảm thấy bồn chồn, bối rối, sợ hãi.

Nôn mửa và tiêu chảy nghiêm trọng, có khả năng dẫn đến mất nước.

Huyết áp thấp.

Mất ý thức.

Hãy đến bệnh viện gần nhất càng sớm càng tốt để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân suy tuyến thượng thận

Các loại suy tuyến thượng thận khác nhau có nguyên nhân khác nhau. Nguyên nhân phổ biến nhất của suy tuyến thượng thận nói chung là sự đột ngột ngừng dùng corticosteroid sau khi dùng trong một thời gian dài.

Suy tuyến thượng thận nguyên phát

Suy tuyến thượng thận nguyên phát thường do bệnh tự miễn gây ra. Lúc này hệ thống miễn dịch của bạn tấn công các tế bào và cơ quan của chính cơ thể bạn. Ở các nước phát triển, bệnh tự miễn gây ra 8 hoặc 9 trong số 10 trường hợp mắc suy tuyến thượng thận nguyên phát.

Một số bệnh nhiễm trùng cũng có thể gây ra suy tuyến thượng thận nguyên phát.

Bệnh lao có thể gây tổn thương tuyến thượng thận và từng là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra suy tuyến thượng thận nguyên phát. Khi phương pháp điều trị được cải thiện qua nhiều năm, bệnh lao đã trở thành nguyên nhân ít phổ biến hơn nhiều.

Những người mắc HIV/AIDS, những người có hệ thống miễn dịch suy yếu không thể chống lại các bệnh nhiễm trùng có thể gây ra suy tuyến thượng thận nguyên phát.

Nguyên nhân ít phổ biến hơn của suy tuyến thượng thận nguyên phát:

Ung thư tuyến thượng thận. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận để điều trị các tình trạng bệnh khác. Xuất huyết tuyến thượng thận. Rối loạn di truyền ảnh hưởng đến sự phát triển hoặc hoạt động của tuyến thượng thận. Một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc kháng nấm hoặc thuốc gây mê toàn thân.

Ung thư tuyến thượng thận.

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến thượng thận để điều trị các tình trạng bệnh khác.

Xuất huyết tuyến thượng thận.

Rối loạn di truyền ảnh hưởng đến sự phát triển hoặc hoạt động của tuyến thượng thận.

Một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc kháng nấm hoặc thuốc gây mê toàn thân.

Suy tuyến thượng thận thứ phát

Bất cứ điều gì ảnh hưởng đến khả năng sản xuất ACTH của tuyến yên đều có thể gây ra tình trạng suy thượng thận thứ phát. Tuyến yên sản xuất nhiều loại hormone khác nhau, do đó ACTH có thể không phải là hormone duy nhất bị thiếu.

Nguyên nhân gây suy tuyến thượng thận thứ phát bao gồm:

Bệnh tự miễn. Khối u tuyến yên hoặc nhiễm trùng. Xuất huyết tuyến yên. Các bệnh di truyền ảnh hưởng đến sự phát triển hoặc hoạt động của tuyến yên. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến yên để điều trị các tình trạng bệnh khác. Chấn thương sọ não.

Bệnh tự miễn.

Khối u tuyến yên hoặc nhiễm trùng.

Xuất huyết tuyến yên.

Các bệnh di truyền ảnh hưởng đến sự phát triển hoặc hoạt động của tuyến yên.

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến yên để điều trị các tình trạng bệnh khác.

Chấn thương sọ não .

Suy tuyến thượng thận tam phát

Nguyên nhân phổ biến nhất gây suy tuyến thượng thận tam phát là đột nhiên ngừng dùng corticosteroid sau khi dùng trong thời gian dài. Nồng độ corticosteroid trong máu cao thời gian dài khiến vùng hạ đồi sản xuất ít CRH hơn. Ít CRH có nghĩa là ít ACTH hơn, từ đó khiến tuyến thượng thận ngừng sản xuất cortisol. Sau khi bạn ngừng dùng corticosteroid, tuyến thượng thận của bạn có thể chậm hoạt động trở lại. Để tuyến có thời gian bắt đầu sản xuất cortisol trở lại, bác sĩ thường sẽ giảm dần liều dùng trong nhiều tuần hoặc thậm chí nhiều tháng. Suy tuyến thượng thận tam phát cũng có thể xảy ra sau điều trị hội chứng Cushing . Hội chứng Cushing là một rối loạn nội tiết tố do nồng độ cortisol trong máu cao trong thời gian dài. Đôi khi hội chứng Cushing là do khối u ở tuyến yên hoặc tuyến thượng thận tạo ra quá nhiều ACTH hoặc cortisol. Sau khi các khối u được phẫu thuật cắt bỏ, nguồn ACTH hoặc cortisol dư thừa đột nhiên biến mất. Tuyến thượng thận của bạn có thể chậm hoạt động trở lại.

Nguy cơ suy tuyến thượng thận

Những ai có nguy cơ mắc phải suy tuyến thượng thận?

Nữ giới có nhiều nguy cơ mắc suy tuyến thượng thận nguyên phát hơn nam giới.

Tình trạng này thường xảy ra nhất ở những người trong độ tuổi từ 30 đến 50, mặc dù nó có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, ngay cả ở trẻ em.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy tuyến thượng thận

Những người sử dụng thuốc glucocorticoid , chẳng hạn như prednisone , trong thời gian dài rồi dừng lại có nhiều khả năng bị suy tuyến thượng thận tam phát. Những loại thuốc này được dùng để điều trị các tình trạng bệnh lý như hen suyễn, viêm khớp dạng thấp, lupus, ung thư và viêm, cùng nhiều bệnh khác.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy tuyến thượng thận

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm suy tuyến thượng thận

Bác sĩ sẽ xem xét các triệu chứng của bạn và tiến hành xét nghiệm để xác nhận mức cortisol của bạn có thấp hay không. Ở giai đoạn đầu, suy tuyến thượng thận có thể khó chẩn đoán vì các triệu chứng xuất hiện chậm. Các xét nghiệm máu để xem mức cortisol của bạn có quá thấp không và để giúp tìm ra nguyên nhân.

Xét nghiệm kích thích ACTH

Xét nghiệm kích thích ACTH là xét nghiệm được sử dụng thường xuyên nhất để chẩn đoán suy tuyến thượng thận. Phản ứng bình thường sau khi tiêm ACTH là nồng độ cortisol trong máu tăng lên. Những người bị suy tuyến thượng thận nguyên phát và hầu hết những người bị suy tuyến thượng thận thứ phát trong thời gian dài đều có nồng độ cortisol tăng ít hoặc không tăng. Tuyến thượng thận có thể bị tổn thương quá mức để phản ứng với ACTH.

Xét nghiệm dung nạp insulin

Nếu kết quả xét nghiệm kích thích ACTH không rõ ràng hoặc bác sĩ nghi ngờ có vấn đề ở tuyến yên, bạn có thể phải làm xét nghiệm dung nạp insulin. Hạ đường huyết gây ra stress cho cơ thể, thông thường sẽ kích hoạt tuyến yên sản xuất nhiều ACTH hơn. Nếu mức cortisol của bạn thấp, tuyến yên của bạn không sản xuất đủ ACTH, do đó tuyến thượng thận của bạn không sản xuất đủ cortisol. Xét nghiệm dung nạp insulin là xét nghiệm đáng tin cậy nhất để chẩn đoán suy tuyến thượng thận thứ phát.

Xét nghiệm kích thích CRH

Xét nghiệm kích thích CRH là một xét nghiệm khác giúp xác định tình trạng suy tuyến thượng thận thứ phát nếu kết quả xét nghiệm ACTH không rõ ràng. Xét nghiệm này cũng có thể phân biệt suy tuyến thượng thận thứ phát với suy tuyến thượng thận tam phát.

Xét nghiệm kháng thể

Xét nghiệm máu có thể tìm thấy kháng thể có trong suy tuyến thượng thận do bệnh tự miễn. Kháng thể là protein do hệ thống miễn dịch của bạn tạo ra để bảo vệ cơ thể bạn khỏi vi khuẩn hoặc virus. Nếu xét nghiệm cho thấy kháng thể, bạn không cần phải xét nghiệm thêm.

Chụp cắt lớp vi tính (CT)

Chụp CT bụng có thể phát hiện ra những thay đổi ở tuyến thượng thận của bạn.

Trong suy tuyến thượng thận nguyên phát do bệnh tự miễn, các tuyến có kích thước nhỏ hoặc bình thường và không có bất thường nào khác có thể nhìn thấy được.

Tuyến thượng thận phì đại hoặc tích tụ canxi trong tuyến có thể xảy ra khi suy tuyến thượng thận nguyên phát do nhiễm trùng, xuất huyết tuyến thượng thận hoặc

ung thư trong tuyến.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

MRI có thể tìm kiếm những thay đổi ở tuyến yên và vùng hạ đồi của bạn, chẳng hạn như khối u tuyến yên lớn.

Điều trị suy tuyến thượng thận

Nội khoa

Cortisol được thay thế bằng corticosteroid, thường là hydrocortisone, bạn uống hai hoặc ba lần một ngày. Ngoài ra bác sĩ có thể kê đơn prednisone hoặc dexamethasone.

Nếu tuyến thượng thận của bạn không sản xuất aldosterone, bạn sẽ dùng một loại thuốc gọi là fludrocortisone, giúp cân bằng lượng natri và chất lỏng trong cơ thể bạn. Những người bị suy tuyến thượng thận thứ phát thường sản xuất đủ aldosterone, vì vậy họ không cần dùng loại thuốc này.

Điều trị cơn suy thượng thận cấp bao gồm tiêm tĩnh mạch corticosteroid ngay lập tức và truyền tĩnh mạch một lượng lớn nước muối, dung dịch muối, có thêm dextrose.

Nếu bạn dùng corticosteroid, bạn có thể cần bảo vệ xương của mình bằng cách bổ sung đủ canxi và vitamin D.

Nếu bạn đang trải qua bất kỳ phẫu thuật nào cần sử dụng gây mê toàn thân, bạn có thể được điều trị bằng corticosteroid tiêm tĩnh mạch và nước muối.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy tuyến thượng thận

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến của suy tuyến thượng thận

Chế độ sinh hoạt:

Thực hiện các kiểm tra sức khỏe định kỳ để theo dõi tình trạng hormone và huyết áp. Vận động nhẹ nhàng như đi bộ, yoga hoặc bơi lội có thể giúp cải thiện sức khỏe chung mà không gây căng thẳng cho cơ thể. Đảm bảo ngủ đủ giấc để cơ thể có thời gian phục hồi. Giảm tiêu thụ caffeine và rượu, vì có thể gây ra tình trạng mất nước và ảnh hưởng đến hormone.

Thực hiện các kiểm tra sức khỏe định kỳ để theo dõi tình trạng hormone và huyết áp.

Vận động nhẹ nhàng như đi bộ, yoga hoặc bơi lội có thể giúp cải thiện sức khỏe chung mà không gây căng thẳng cho cơ thể.

Đảm bảo ngủ đủ giấc để cơ thể có thời gian phục hồi.

Giảm tiêu thụ caffeine và rượu, vì có thể gây ra tình trạng mất nước và ảnh hưởng đến hormone.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn nhiều thực phẩm giàu dinh dưỡng gồm trái cây, rau củ, ngũ cốc nguyên hạt, protein nạc và các loại hạt. Hãy đảm bảo cơ thể luôn đủ nước, đặc biệt là những ngày nóng hoặc sau khi tập thể dục. Hạn chế thức ăn nhiều đường, muối và chất béo không lành mạnh.

Ăn nhiều thực phẩm giàu dinh dưỡng gồm trái cây, rau củ, ngũ cốc nguyên hạt, protein nạc và các loại hạt.

Hãy đảm bảo cơ thể luôn đủ nước, đặc biệt là những ngày nóng hoặc sau khi tập thể dục.

Hạn chế thức ăn nhiều đường, muối và chất béo không lành mạnh.

Phòng ngừa suy tuyến thượng thận

Hiện nay vẫn chưa có các phòng ngừa suy tuyến thượng thận. Tuy nhiên, bạn có thể thực hiện một số biện pháp để giảm nguy cơ và kiểm soát sức khỏe.

Kiểm tra sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các rối loạn tuyến thượng thận. Duy trì chế độ ăn uống cân bằng, giàu vitamin và khoáng chất, đặc biệt là các thực phẩm giàu vitamin C và D, có thể hỗ trợ sức khỏe tuyến thượng thận. Giảm căng thẳng bằng cách tập yoga, thiền, hoặc tập thể dục đều đặn để giúp cơ thể đối phó với stress hiệu quả hơn. Hạn chế tiếp xúc với các chất độc hại và thuốc có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến thượng thận. Đảm bảo cơ thể luôn đủ nước, vì mất nước có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến thượng thận.

Kiểm tra sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các rối loạn tuyến thượng thận

Duy trì chế độ ăn uống cân bằng, giàu vitamin và khoáng chất, đặc biệt là các thực phẩm giàu vitamin C và D, có thể hỗ trợ sức khỏe tuyến thượng thận.

Giảm căng thẳng bằng cách tập yoga, thiền, hoặc tập thể dục đều đặn để giúp cơ thể đối phó với stress hiệu quả hơn.

Hạn chế tiếp xúc với các chất độc hại và thuốc có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến thượng thận.

Đảm bảo cơ thể luôn đủ nước, vì mất nước có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến

thượng thận.

=====

Tìm hiểu chung béo phì độ 3

Béo phì được định nghĩa là tình trạng tích tụ mỡ quá mức gây nguy hiểm cho sức khỏe. Khi cơ thể có quá nhiều mỡ dư thừa, nó có thể thay đổi hoạt động chuyển hóa bên trong cơ thể. Béo phì không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn là một vấn đề sức khỏe làm tăng nguy cơ mắc nhiều bệnh nghiêm trọng. Chúng có thể bao gồm bệnh tiểu đường, cao huyết áp, bệnh tim mạch, ngưng thở khi ngủ, bệnh gan và một số bệnh ung thư.

Bác sĩ thường sử dụng chỉ số khối cơ thể (BMI) để xác định tình trạng béo phì. Chỉ số đo trọng lượng cơ thể trung bình so với chiều cao trung bình của cơ thể và được biểu thị bằng đơn vị đo kg/m^2 . Mặc dù BMI có những hạn chế nhưng đây là một chỉ số dễ đo lường và có thể giúp cảnh báo bạn về những nguy cơ sức khỏe liên quan đến béo phì.

Cách khác để xác định béo phì là đo chu vi vòng eo. Nguy cơ mắc các bệnh lý nghiêm trọng hơn khi kích thước vòng eo của bạn lớn hơn 80 cm đối với nữ hoặc lớn hơn 90 cm đối với nam.

Theo tiêu chuẩn của WHO, thừa cân béo phì được chia thành các mức độ như sau:

Triệu chứng béo phì độ 3

Những dấu hiệu và triệu chứng của béo phì độ 3

Béo phì độ 3 khi BMI trong khoảng từ 40 kg/m^2 trở lên. Các triệu chứng liên quan đến béo phì bao gồm:

Khó thở; Tăng tiết mồ hôi; Ngáy; Khó khăn khi thực hiện hoạt động thể chất; Mệt mỏi; Đau khớp, đau lưng; Cảm giác tự ti.

Khó thở;

Tăng tiết mồ hôi;

Ngáy;

Khó khăn khi thực hiện hoạt động thể chất;

Mệt mỏi;

Đau khớp, đau lưng;

Cảm giác tự ti.

Biến chứng có thể gặp phải khi mắc béo phì độ 3

Những người mắc bệnh béo phì có nhiều khả năng phát triển một số vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, bao gồm:

Bệnh tim và đột quỵ. Bệnh tiểu đường tuýp 2. Ngưng thở lúc ngủ. Trào ngược dạ dày thực quản. Béo phì có thể làm tăng nguy cơ mắc ung thư đại tràng, trực tràng, buồng trứng... Béo phì làm tăng áp lực lên các khớp chịu trọng lượng, từ đó dẫn đến tình trạng đau cơ xương khớp hơn người có cân nặng bình thường. Béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh gan nhiễm mỡ, một tình trạng xảy ra do chất béo tích tụ quá nhiều trong gan.

Bệnh tim và đột quỵ.

Bệnh tiểu đường tuýp 2.

Ngưng thở lúc ngủ.

Trào ngược dạ dày thực quản.

Béo phì có thể làm tăng nguy cơ mắc ung thư đại tràng, trực tràng, buồng trứng...

Béo phì làm tăng áp lực lên các khớp chịu trọng lượng, từ đó dẫn đến tình trạng đau cơ xương khớp hơn người có cân nặng bình thường.

Béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh gan nhiễm mỡ, một tình trạng xảy ra do chất béo tích tụ quá nhiều trong gan.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn lo lắng về cân nặng của mình hoặc các vấn đề sức khỏe liên quan đến cân nặng, hãy liên hệ ngay với bác sĩ để được tư vấn phương pháp điều trị phù hợp.

Nguyên nhân béo phì độ 3

Nguyên nhân gây béo phì độ 3 bao gồm:

Thức ăn nhanh và đồ uống có lượng calo cao. Di truyền. Lối sống tĩnh tại, không tập thể dục. Rối loạn nội tiết: Hội chứng buồng trứng đa nang, suy chức năng tuyến giáp. Các vấn đề về tâm lý.

Thức ăn nhanh và đồ uống có lượng calo cao.

Di truyền.

Lối sống tĩnh tại, không tập thể dục.

Rối loạn nội tiết: Hội chứng buồng trứng đa nang , suy chức năng tuyến giáp .
Các vấn đề về tâm lý.

Nguy cơ béo phì độ 3

Những ai có nguy cơ mắc béo phì độ 3?

Những đối tượng có nguy cơ mắc béo phì độ 3 bao gồm:

Người lớn tuổi: Khi bạn ngày càng lớn tuổi, sự thay đổi nội tiết và lối sống ít vận động hơn sẽ làm tăng nguy cơ béo phì. Không hoạt động: Làm cho cơ thể tích tụ mỡ nhiều hơn. Thuốc: Một số thuốc chống trầm cảm , thuốc chống động kinh, thuốc trị tiểu đường, thuốc chống loạn thần và thuốc chẹn beta có tác dụng phụ gây tăng cân.

Người lớn tuổi: Khi bạn ngày càng lớn tuổi, sự thay đổi nội tiết và lối sống ít vận động hơn sẽ làm tăng nguy cơ béo phì.

Không hoạt động: Làm cho cơ thể tích tụ mỡ nhiều hơn.

Thuốc: Một số thuốc chống trầm cảm , thuốc chống động kinh, thuốc trị tiểu đường, thuốc chống loạn thần và thuốc chẹn beta có tác dụng phụ gây tăng cân.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải béo phì độ 3

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc béo phì độ 3 bao gồm:

Các thành viên trong gia đình mắc béo phì. Chế độ ăn uống không lành mạnh. Lười vận động. Thai kỳ. Thiếu ngủ. Có vấn đề về tâm lý: Chán nản, cô đơn, lo lắng và trầm cảm đều là những hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại và đều có thể dẫn đến ăn quá nhiều.

Các thành viên trong gia đình mắc béo phì.

Chế độ ăn uống không lành mạnh.

Lười vận động.

Thai kỳ.

Thiếu ngủ.

Có vấn đề về tâm lý: Chán nản, cô đơn, lo lắng và trầm cảm đều là những hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại và đều có thể dẫn đến ăn quá nhiều.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị béo phì độ 3

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán béo phì độ 3

Bác sĩ sẽ đo chiều cao, cân nặng và chu vi vòng eo của bạn tại buổi tư vấn.

Phương pháp DEXA hấp thụ năng lượng kép là phương pháp tốt nhất để đánh giá lượng mỡ trong cơ thể bạn. Quan trọng hơn, bác sĩ sẽ hỏi bạn về tiền sử bệnh lý, thuốc đang sử dụng. Họ cũng sẽ muốn biết về cách ăn uống, ngủ nghỉ và tập thể dục hiện tại của bạn, các yếu tố gây căng thẳng cũng như liệu bạn đã từng thử bất kỳ chương trình giảm cân nào trước đây hay chưa.

Bác sĩ có thể yêu cầu một số xét nghiệm để đánh giá sức khỏe của bạn nhằm xem bạn có bất kỳ tình trạng sức khỏe nào có thể gây tăng cân hay không. Các xét nghiệm này có thể bao gồm:

Tổng phân tích tế bào máu; Xét nghiệm chức năng thận; Xét nghiệm chức năng gan; Lipid máu ; Huyết sắc tố A1C (HbA1C); Xét nghiệm hormone kích thích tuyến giáp (TSH); Tổng phân tích nước tiểu.

Tổng phân tích tế bào máu;

Xét nghiệm chức năng thận;

Xét nghiệm chức năng gan;

Lipid máu ;

Huyết sắc tố A1C (HbA1C);

Xét nghiệm hormone kích thích tuyến giáp (TSH);

Tổng phân tích nước tiểu.

Điều trị béo phì độ 3

Nội khoa

Mục tiêu của điều trị béo phì là đạt được và duy trì cân nặng khỏe mạnh. Điều này cải thiện sức khỏe tổng thể và giảm nguy cơ phát triển các biến chứng liên quan đến béo phì.

Các phương pháp điều trị béo phì bao gồm:

Thay đổi chế độ ăn uống: Có chế độ ăn uống lành mạnh, cắt giảm bớt lượng calo mỗi bữa ăn, hạn chế ăn đồ béo ngọt, tăng lượng rau xanh và trái cây. Tập thể dục: Những người mắc bệnh béo phì cần hoạt động thể chất với cường độ vừa phải ít nhất 20 phút mỗi ngày. Thay đổi hành vi: Nói chuyện với chuyên gia sức khỏe

tâm thần có thể giúp giải quyết các vấn đề về cảm xúc và hành vi liên quan đến việc ăn uống. Trị liệu có thể giúp bạn hiểu lý do tại sao bạn ăn quá nhiều và học những cách lành mạnh để đối phó với lo lắng. Thuốc giảm cân: Thuốc giảm cân

được sử dụng cùng với chế độ ăn kiêng, tập thể dục và thay đổi hành vi chứ không phải thay thế chúng. Các loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất để điều trị béo phì là Liraglutide và Orlistat.

Thay đổi chế độ ăn uống: Có chế độ ăn uống lành mạnh, cắt giảm bớt lượng calo mỗi bữa ăn, hạn chế ăn đồ béo ngọt, tăng lượng rau xanh và trái cây.

Tập thể dục: Những người mắc bệnh béo phì cần hoạt động thể chất với cường độ vừa phải ít nhất 20 phút mỗi ngày.

Thay đổi hành vi: Nói chuyện với chuyên gia sức khỏe tâm thần có thể giúp giải quyết các vấn đề về cảm xúc và hành vi liên quan đến việc ăn uống. Trị liệu có thể giúp bạn hiểu lý do tại sao bạn ăn quá nhiều và học những cách lành mạnh để đối phó với lo lắng.

Thuốc giảm cân: Thuốc giảm cân được sử dụng cùng với chế độ ăn kiêng, tập thể dục và thay đổi hành vi chứ không phải thay thế chúng. Các loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất để điều trị béo phì là Liraglutide và Orlistat.

Ngoại khoa

Nếu bạn bị béo phì độ 3 và thay đổi lối sống cũng như thuốc giảm cân không hiệu quả, bác sĩ có thể chỉ định các phương pháp phẫu thuật để điều trị tình trạng của bạn:

Phẫu thuật nối dạ dày với ruột non: Trong phẫu thuật này, bác sĩ phẫu thuật sẽ nối một phần nhỏ của dạ dày với phần giữa của ruột, bỏ qua phần đầu tiên của ruột. Điều này sẽ khiến bạn cảm thấy no với ít thức ăn hơn và hạn chế lượng thức ăn (calo) mà cơ thể bạn có thể hấp thụ và lưu trữ dưới dạng chất béo. Phẫu thuật cắt 1 phần dạ dày : Trong phẫu thuật này, bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt bỏ một phần lớn dạ dày làm dạ dày nhỏ lại, giúp bạn có cảm giác no nhưng ăn ít hơn.

Phẫu thuật nối dạ dày với ruột non: Trong phẫu thuật này, bác sĩ phẫu thuật sẽ nối một phần nhỏ của dạ dày với phần giữa của ruột, bỏ qua phần đầu tiên của ruột. Điều này sẽ khiến bạn cảm thấy no với ít thức ăn hơn và hạn chế lượng thức ăn (calo) mà cơ thể bạn có thể hấp thụ và lưu trữ dưới dạng chất béo.

Phẫu thuật cắt 1 phần dạ dày : Trong phẫu thuật này, bác sĩ phẫu thuật sẽ cắt bỏ một phần lớn dạ dày làm dạ dày nhỏ lại, giúp bạn có cảm giác no nhưng ăn ít hơn. Các phương pháp phẫu thuật để giảm cân có một số rủi ro và lợi ích nhất định.

Hãy trao đổi với bác sĩ để quyết định phương pháp điều trị phù hợp với bạn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa béo phì độ 3

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của béo phì độ 3

Chế độ sinh hoạt: Cố gắng đứng dậy và di chuyển quanh nhà thường xuyên hơn. Thậm chí đi bộ 10 phút mỗi ngày cũng có thể giúp ích. Nếu bạn đang có bệnh lý nào khác kèm theo hoặc ở độ tuổi trên 40 tuổi hãy nói chuyện với bác sĩ để được tư vấn các tập thể dục và thời gian vận động phù hợp.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt. Tránh các thực phẩm chiên xào, đồ ngọt, tinh bột, nước ngọt, thức ăn nhanh. Giảm khẩu phần ăn mỗi bữa ăn. Liên hệ với chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn chế độ ăn phù hợp với bạn.

Ăn nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt. Tránh các thực phẩm chiên xào, đồ ngọt, tinh bột, nước ngọt, thức ăn nhanh. Giảm khẩu phần ăn mỗi bữa ăn.

Liên hệ với chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn chế độ ăn phù hợp với bạn.

Phương pháp phòng ngừa béo phì độ 3 hiệu quả

Các phương pháp phòng ngừa béo phì độ 3 hiệu quả bao gồm:

Ăn uống điều độ, ăn theo các chế độ ăn tốt cho tim mạch như chế độ ăn DASH . Vận động và tập thể dục thường xuyên. Đặt mục tiêu có cân nặng khỏe mạnh dựa trên giới tính, chiều cao và tình trạng sức khỏe của bạn. Quản lý căng thẳng. Ngủ đủ giấc.

Ăn uống điều độ, ăn theo các chế độ ăn tốt cho tim mạch như chế độ ăn DASH .

Vận động và tập thể dục thường xuyên.

Đặt mục tiêu có cân nặng khỏe mạnh dựa trên giới tính, chiều cao và tình trạng sức khỏe của bạn.

Quản lý căng thẳng.

Ngủ đủ giấc.

Xem thêm:

Nguyên tắc xây dựng và áp dụng thực đơn cho người béo phì Bài tập luyện thể dục buổi sáng giảm cân cho trẻ em béo phì Một số phương pháp phòng ngừa béo phì hiệu quả mà bạn có thể tham khảo

Nguyên tắc xây dựng và áp dụng thực đơn cho người béo phì

Bài tập luyện thể dục buổi sáng giảm cân cho trẻ em béo phì

Một số phương pháp phòng ngừa béo phì hiệu quả mà bạn có thể tham khảo

=====

Tìm hiểu chung loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Loạn dưỡng bạch cầu dị sắc là gì?

Loạn dưỡng bạch cầu dị sắc có tên tiếng anh là Metachromatic leukodystrophy (MLD) hay Sulfatide lipidosi. Bệnh loạn dưỡng bạch cầu dị sắc là một rối loạn di truyền đặc trưng bởi sự tích tụ một chất béo có tên gọi là sulfatide trong tế bào. Trong bệnh lý MLD, sự thiếu hụt enzym ARSA (arylsulfatase A) dẫn đến sự tích tụ của sulfatide trong cơ thể. Sulfatide được biết là một loại lipid quan trọng được tìm thấy trong màng tế bào thần kinh và là một phần quan trọng liên quan việc hình thành cấu trúc của chúng.

Sự tích tụ này đặc biệt ảnh hưởng đến các tế bào trong hệ thần kinh do nó có vai trò quan trọng trong quá trình sản xuất myelin - thành phần giữ vai trò dẫn truyền tín hiệu điện và bảo vệ dây thần kinh. Các tế bào thần kinh được bao phủ bởi myelin tạo thành một mô gọi là chất trắng. Sự tích tụ sulfatide trong các tế bào sản xuất myelin gây ra sự phá hủy dần dần chất trắng (loạn dưỡng bạch cầu) trong toàn bộ hệ thần kinh, bao gồm cả hệ thần kinh trung ương (trong não và tủy sống) và hệ thần kinh ngoại biên (các dây thần kinh nổi nổi, tủy sống với các cơ và tế bào cảm giác và âm thanh).

Sự tích tụ của sulfatide dẫn đến sự phá hủy màng tế bào thần kinh gây ra tổn thương thần kinh và biểu hiện các triệu chứng như suy giảm chức năng thần kinh suy giảm trí tuệ. Triệu chứng thường bắt đầu phát triển ở tuổi nhỏ, tiến triển nhanh, gây ra suy giảm nhanh chóng chất lượng cuộc sống và giảm tuổi thọ.

Triệu chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Những triệu chứng của loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Ở những người mắc chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc, tổn thương chất trắng gây ra sự suy giảm dần dần các chức năng trí tuệ và kỹ năng vận động chẳng hạn như khả năng đi lại. Những triệu chứng có thể xuất hiện ở bệnh nhân mắc bệnh này gồm:

Tê ở một số bộ phận trên cơ thể; Tính tình dễ cáu gắt; Suy giảm chức năng tâm thần, gặp ảo giác, mất kiểm soát hành vi; Mất kiểm soát cơ bắp; Giảm trương lực cơ ; Rối loạn dáng đi; Chứng khó nói và chứng khó nuốt ; Té ngã thường xuyên; Tiểu tiện không tự chủ; Tâm nhìn bị xáo trộn.

Tê ở một số bộ phận trên cơ thể;

Tính tình dễ cáu gắt;

Suy giảm chức năng tâm thần, gặp ảo giác, mất kiểm soát hành vi;

Mất kiểm soát cơ bắp;

Giảm trương lực cơ ;

Rối loạn dáng đi;

Chứng khó nói và chứng khó nuốt ;

Té ngã thường xuyên;

Tiểu tiện không tự chủ;

Tâm nhìn bị xáo trộn.

Cuối cùng, họ mất nhận thức về môi trường xung quanh.

Tác động của loạn dưỡng bạch cầu dị sắc đến sức khỏe

Khoảng 50 đến 60% số người mắc chứng rối loạn này thường xuất hiện vào năm thứ hai của cuộc đời gọi là dạng trẻ sơ sinh muộn. Trẻ em bị ảnh hưởng sẽ mất khả năng nói, trở nên yếu ớt và gặp các vấn đề về đi lại (rối loạn dáng đi). Khi tình trạng rối loạn trở nên trầm trọng hơn, trương lực cơ thường giảm trước tiên, sau đó tăng đến mức cứng nhắc. Những người mắc chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc ở dạng muộn ở trẻ sơ sinh thường không thể sống sót qua thời thơ ấu.

Khoảng 20 - 30% số người mắc chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc khởi phát xảy ra ở độ tuổi từ 4 đến tuổi thiếu niên. Ở dạng thiếu niên này, dấu hiệu đầu tiên của chứng rối loạn có thể là các vấn đề về hành vi và ngày càng khó khăn trong việc học ở trường. Sự tiến triển của rối loạn chậm hơn so với ở dạng trẻ sơ sinh muộn và những người bị ảnh hưởng có thể sống sót trong khoảng 20 năm sau khi chẩn đoán.

Dạng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc ở người trưởng thành ảnh hưởng đến khoảng 15 - 20% số người mắc chứng rối loạn này. Ở dạng này, các triệu chứng đầu tiên xuất hiện ở tuổi thiếu niên hoặc muộn hơn. Thông thường họ có các vấn đề về hành vi như rối loạn sử dụng rượu, lạm dụng ma túy hoặc những khó khăn ở trường học hoặc nơi làm việc là những triệu chứng đầu tiên xuất hiện. Người bị ảnh hưởng có thể gặp các triệu chứng tâm thần như ảo tưởng hoặc ảo giác. Những người mắc chứng

loạn dưỡng bạch cầu dị sắc ở dạng trưởng thành có thể sống sót từ 20 đến 30 năm sau khi được chẩn đoán. Trong thời gian này có thể có một số thời kỳ tương đối ổn định và các thời kỳ khác lại suy giảm nhanh hơn.

Biến chứng có thể gặp khi mắc loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Vì là bệnh lý ảnh hưởng đến hệ thần kinh, do đó nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, người mắc bệnh sẽ dần mất đi các chức năng liên quan đến phân chỉ phối của hệ thần kinh bị tổn thương như rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần, mất chức năng vận động rơi vào tình trạng yếu liệt cơ, rối loạn cảm giác, rối loạn chức năng các giác quan, người bệnh không thể thực hiện các chức năng sinh hoạt cơ bản như mất kiểm soát tiểu tiện hay không thể tự chăm sóc bản thân và giảm tuổi thọ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Hãy đến gặp các bác sĩ khi xuất hiện các vấn đề về chức năng thần kinh như mất chức năng vận động, mất cảm giác ở tứ chi, tiểu không tự chủ, co giật, tê liệt, không thể nói, mù và mất thính lực.

Nguyên nhân loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Nguyên nhân dẫn đến loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Đột biến ở gen ARSA hoặc PSAP dẫn đến giảm khả năng phân hủy sulfatide dẫn đến sự tích tụ các chất này trong tế bào. Lượng sunfat dư thừa sẽ gây độc cho hệ thần kinh. Sự tích tụ dần dần phá hủy các tế bào sản xuất myelin dẫn đến suy giảm chức năng hệ thần kinh xảy ra trong bệnh loạn dưỡng bạch cầu dị sắc. Trong một số trường hợp, những người có hoạt tính arylsulfatase A rất thấp không có triệu chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc. Tình trạng này được gọi là thiếu hụt pseudoarylsulfatase.

Hầu hết những người mắc chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc đều có đột biến gen ARSA - gen này mã hóa cho enzyme aryl 3-sulfatase tạo ra enzyme arylsulfatase A. Enzyme này nằm trong các cấu trúc tế bào gọi là lysosome - trung tâm tái chế của tế bào. Trong lysosome, arylsulfatase A giúp phân hủy sulfatide.

Một số người mắc chứng loạn dưỡng bạch cầu dị sắc có đột biến gen PSAP. Gen này cung cấp các hướng dẫn để tạo ra một loại protein được chia nhỏ thành các protein nhỏ hơn nhằm hỗ trợ các enzym phân hủy các chất béo khác nhau. Một trong những protein nhỏ hơn này được gọi là saposin B - protein này hoạt động với cùng với arylsulfatase A để phân hủy sulfatide.

Nguy cơ loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Những ai có nguy cơ mắc phải loạn dưỡng bạch cầu dị sắc?

Loạn dưỡng bạch cầu dị sắc là bệnh di truyền theo kiểu gen lặn trên nhiễm sắc thể thường. Đứa trẻ có cha và mẹ mỗi người đều mang một bản sao của gen đột biến có nguy cơ mắc bệnh nhưng cha mẹ của trẻ thường không biểu hiện các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng này.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Vì là bệnh liên quan đến đột biến gen do đó còn cần nhiều nghiên cứu và quan sát hơn để hiểu rõ hơn những yếu tố nguy cơ của căn bệnh này.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Trong hầu hết các trường hợp, các phương pháp tầm soát MLD không được đưa vào xét nghiệm sàng lọc thai nhi và trẻ sơ sinh vì MLD là một bệnh hiếm gặp. Thông thường, bệnh được chẩn đoán sau khi sinh và tùy thuộc vào dạng MLD. Chỉ trong trường hợp cha mẹ biết rằng gia đình họ mang đột biến thông qua tiền sử gia đình, sự phát triển bệnh ở những đứa trẻ trước đó thì việc chẩn đoán và điều trị mới có thể bắt đầu sớm hơn.

Tuy nhiên, chẩn đoán sớm là rất quan trọng và việc áp dụng chẩn đoán trước sinh và sàng lọc trẻ sơ sinh có thể làm tăng hiệu quả điều trị vì hiệu quả điều trị giảm đáng kể sau khi xuất hiện triệu chứng. Chẩn đoán các dạng MLD khởi phát muộn thường khó khăn hơn vì MLD ở người trưởng thành thường bị nhầm lẫn với bệnh tâm thần phân liệt hoặc các loại rối loạn tâm thần khác.

Các cận lâm sàng có thể thực hiện gồm:

Đo hoạt độ ARSA: Chẩn đoán trước sinh có thể được thực hiện bằng cách đo hoạt động của ARSA trong tế bào nước ối và đánh giá sự tích tụ sulfatide để loại trừ giả thiếu hụt ARSA. Phân tích gen: Cho đến nay, MLD được chẩn đoán bằng các biểu hiện lâm sàng, sử dụng phân tích di truyền để tìm đột biến gen ARSA và PSAP. Các phương pháp khác: Chụp cộng hưởng từ (MRI) của não và các xét nghiệm sinh hóa về

hoạt động của enzyme ARSA trong nguyên bào sợi da, bạch cầu và nước tiểu của bệnh nhân, xác định mức độ sulfatide trong huyết tương và nước tiểu bằng phép đo khối phổ định lượng các chất chuyển hóa trong mô bằng phương pháp quang phổ cộng hưởng từ (MRS) và đánh giá kích thước dây thần kinh ngoại biên bằng siêu âm có thể cung cấp thêm thông tin cho cả chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị MLD. Đo hoạt độ ARSA: Chẩn đoán trước sinh có thể được thực hiện bằng cách đo hoạt động của ARSA trong tế bào nước ối và đánh giá sự tích tụ sulfatide để loại trừ giả thiếu hụt ARSA.

Phân tích gen: Cho đến nay, MLD được chẩn đoán bằng các biểu hiện lâm sàng, sử dụng phân tích di truyền để tìm đột biến gen ARSA và PSAP.

Các phương pháp khác: Chụp cộng hưởng từ (MRI) của não và các xét nghiệm sinh hóa về hoạt động của enzyme ARSA trong nguyên bào sợi da, bạch cầu và nước tiểu của bệnh nhân, xác định mức độ sulfatide trong huyết tương và nước tiểu bằng phép đo khối phổ định lượng các chất chuyển hóa trong mô bằng phương pháp quang phổ cộng hưởng từ (MRS) và đánh giá kích thước dây thần kinh ngoại biên bằng siêu âm có thể cung cấp thêm thông tin cho cả chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị MLD.

Trong đó, phát hiện đột biến bằng giải trình tự gen là phương pháp chính xác nhất để chẩn đoán các bệnh di truyền.

Phương pháp điều trị loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Cho đến nay không có phương pháp điều trị nào được phê duyệt cho bệnh MLD. Khó khăn chính trong việc điều trị các bệnh ảnh hưởng đến hệ thần kinh xuất phát từ tính thấm có chọn lọc của hàng rào máu não làm hạn chế sự tiếp cận của các hợp chất trị liệu trong quá trình sử dụng thuốc toàn thân và dẫn đến hiệu quả thấp của nhiều phương pháp điều trị. Điều quan trọng trong mục tiêu điều trị hiện nay là ngăn ngừa sự tiến triển của MLD, vì thế cần đảm bảo sự phân bố thuốc khắp hệ thần kinh.

Đối với những bệnh nhân chưa có triệu chứng, phương pháp ghép tủy xương hoặc ghép tế bào gốc tạo máu có thể hữu ích nhưng tiềm năng điều trị của thủ thuật này vẫn còn gây tranh cãi vì có thể lượng ARSA được tiết ra bởi các tế bào bình thường sau khi cấy ghép có thể không đủ để điều chỉnh sự thiếu hụt trong các tế bào của hệ thần kinh của bệnh nhân. Do đó, các phương pháp trị liệu MLD được phát triển hiện nay đòi hỏi phải có một cuộc điều tra toàn diện về hiệu quả và độ an toàn.

Điều trị hỗ trợ các triệu chứng có thể bao gồm:

Động kinh (thuốc chống co giật). Co cứng (thuốc giãn cơ). Rối loạn tâm trạng (thuốc chống trầm cảm). Đau (NSAID và các loại thuốc khác).

Động kinh (thuốc chống co giật).

Co cứng (thuốc giãn cơ).

Rối loạn tâm trạng (thuốc chống trầm cảm).

Đau (NSAID và các loại thuốc khác).

Các loại trị liệu khác có thể bao gồm:

Vật lý trị liệu để giúp tăng cường sức mạnh và độ cứng của cơ. Trị liệu nghề nghiệp để cải thiện khả năng thực hiện các công việc hàng ngày. Trị liệu ngôn ngữ để giúp giải quyết mọi vấn đề về nói và nuốt. Tâm lý trị liệu để giúp đỡ các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Nội soi ẩm thực qua da (PEF) giúp giải quyết các vấn đề về ăn uống và dinh dưỡng.

Vật lý trị liệu để giúp tăng cường sức mạnh và độ cứng của cơ.

Trị liệu nghề nghiệp để cải thiện khả năng thực hiện các công việc hàng ngày.

Trị liệu ngôn ngữ để giúp giải quyết mọi vấn đề về nói và nuốt.

Tâm lý trị liệu để giúp đỡ các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

Nội soi ẩm thực qua da (PEF) giúp giải quyết các vấn đề về ăn uống và dinh dưỡng.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Khi gia đình có tiền sử có người được chẩn đoán mắc Loạn dưỡng bạch cầu dị sắc, bạn có thể tiến hành kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai dành cho cả cha và mẹ. Đối với trường hợp đã mang thai hãy đến bác sĩ chuyên khoa sản để được tư vấn và kiểm tra bằng những xét nghiệm chuyên biệt, khám thai định kỳ giúp phát hiện sớm những bất thường để có hướng can thiệp phù hợp.

Dù ở độ tuổi nào khi có những dấu hiệu và triệu chứng bất thường đã trình bày trên bạn nên đi khám để được chẩn đoán và điều trị kịp thời nhằm ngăn chặn diễn

tiến nặng hơn của bệnh.

Phương pháp phòng ngừa loạn dưỡng bạch cầu dị sắc

Tình trạng này là do di truyền và không thể ngăn ngừa được. Tuy nhiên, xét nghiệm tiền sản có thể được thực hiện nếu tình trạng này di truyền trong gia đình để được thông tin các rủi ro trước khi có con.

=====

Tìm hiểu chung bướu giáp đơn thuần

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết có kích thước nhỏ, nằm ở cổ, có chức năng sản xuất các hormone tuyến giáp. Các hormone này đóng vai trò trong một số chức năng của cơ thể bao gồm trao đổi chất, thân nhiệt, hệ tim mạch và tiêu hoá.

Bướu giáp là tình trạng tuyến giáp phát triển lớn hơn bình thường. Trong đó, toàn bộ tuyến giáp có thể phát triển lớn hơn, hoặc chỉ phát triển các nốt nhỏ ở tuyến giáp.

Bướu giáp có thể được phân loại dựa trên mức độ phát triển thành bướu giáp lan toả (simple diffuse goiter), bướu giáp nhân (nodular goiter) hay bướu giáp đa nhân (multinodular goiter).

Dựa trên nồng độ của hormone tuyến giáp, bướu giáp được chia thành bướu giáp độc hoặc không độc. Trong đó, bướu giáp không độc hay bướu giáp đơn thuần, là tình trạng phì đại tuyến giáp mà không có rối loạn chức năng tuyến giáp. Nghĩa là không có sự hoạt động quá mức (cường giáp) hoặc hoạt động kém (suy giáp) của bướu giáp.

Triệu chứng bướu giáp đơn thuần

Những dấu hiệu và triệu chứng của Bướu giáp đơn thuần

Hầu hết những người mắc bướu giáp đơn thuần đều không có triệu chứng. Bướu ở cổ có thể được người bệnh hoặc người khác vô tình phát hiện. Một số triệu chứng khác có thể gặp khi bướu giáp to và gây chèn ép tại chỗ, bao gồm:

Khó nuốt ; Khó thở ; Khàn giọng; Sung huyết vùng mặt và khó chịu do chèn ép tĩnh mạch cổ; Đau và chảy máu (hiếm khi xảy ra).

Khó nuốt ;

Khó thở ;

Khàn giọng;

Sung huyết vùng mặt và khó chịu do chèn ép tĩnh mạch cổ;

Đau và chảy máu (hiếm khi xảy ra).

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Bướu giáp đơn thuần

Bướu giáp đơn thuần lớn có thể gây ra các biến chứng như:

Chèn ép khí quản; Có thể chuyển thành ác tính; Chảy máu ở cổ; Có thể bị nhiễm trùng ; Cường giáp (hiệu ứng Jod basedow).

Chèn ép khí quản;

Có thể chuyển thành ác tính;

Chảy máu ở cổ;

Có thể bị nhiễm trùng ;

Cường giáp (hiệu ứng Jod basedow).

Trong đó, hội chứng Jod basedow (cường giáp do i-ốt) là một biến chứng hiếm gặp.

Tình trạng này xảy ra do người bệnh mắc bướu giáp đơn thuần, sau khi sử dụng i-ốt ngoại sinh (có thể là di chuyển đến vùng địa lý có nhiều i-ốt) dẫn đến phát triển cường giáp do i-ốt.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn phát hiện có xuất hiện bướu ở cổ, hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị. Mặc dù bướu giáp đơn thuần có thể không cần điều trị gì. Tuy nhiên, điều quan trọng là bác sĩ sẽ xác định nguyên nhân dẫn đến bướu cổ của bạn, nó có thể là bướu giáp đơn thuần hoặc có thể do các nguyên nhân khác cần được điều trị.

Nguyên nhân bướu giáp đơn thuần

Bướu giáp đơn thuần có thể là bướu giáp lan toả hoặc đa nhân, xảy ra do nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm:

Bướu giáp sinh lý (dậy thì, mang thai); Thiếu i-ốt ; Bất thường về hình dạng;

Goitrogens (bấp cải, thuốc goitrogenic như para-aminosalicylic acid); Phơi nhiễm bức xạ; Tự giải phóng hormone TSH; Tự miễn dịch; Nhiễm trùng; Bệnh u hạt.

Bướu giáp sinh lý (dậy thì, mang thai);

Thiếu i-ốt ;

Bất thường về hình dạng;

Goitrogens (bắp cải, thuốc goitrogenic như para-aminosalicylic acid);
Phơi nhiễm bức xạ;
Tự giải phóng hormone TSH;
Tự miễn dịch;
Nhiễm trùng;
Bệnh u hạt.

Nguy cơ bướu giáp đơn thuần

Những ai có nguy cơ mắc phải Bướu giáp đơn thuần?

Hormone tuyến giáp được tổng hợp từ i-ốt. I-ốt có trong đất và khi bạn ăn các thực phẩm chứa i-ốt được hấp thụ từ đất sẽ giúp cung cấp i-ốt. Ở vùng núi và môi trường mưa, i-ốt bị cuốn trôi khỏi đất và đất có thể bị thiếu i-ốt. Điều này giải thích tại sao cư dân ở những khu vực này sẽ có nguy cơ mắc bướu giáp cao hơn. Có các bằng chứng cho thấy, việc bổ sung i-ốt làm giảm tỷ lệ mắc bệnh bướu giáp ở những người này.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải Bướu giáp đơn thuần

Như đã đề cập ở trên, tỷ lệ mắc bệnh bướu giáp đơn thuần hay bướu giáp không độc có liên quan mật thiết với tình trạng thiếu i-ốt. Thiếu i-ốt là nguyên nhân cũng như yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến bướu giáp đơn thuần. Theo các nghiên cứu, việc không bị thiếu i-ốt có liên quan đến tỷ lệ mắc bướu giáp là 5%. Thiếu i-ốt nhẹ có tỷ lệ mắc bướu giáp là 5% đến 20%. Trường hợp thiếu vừa phải, tỷ lệ mắc bệnh khoảng từ 20 đến 30% và sẽ tăng lên hơn 30% nếu thiếu i-ốt nặng.

Giới tính cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bướu giáp. Bướu giáp ở nữ giới cao gấp 1,2 đến 4,3 lần so với nam giới.

Tình trạng kinh tế xã hội thấp là một yếu tố nguy cơ dẫn đến bướu giáp, điều này có thể liên quan đến việc giảm lượng i-ốt. Các yếu tố khác như chủng tộc không có sự liên quan đến tỷ lệ mắc bướu giáp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu giáp đơn thuần

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm Bướu giáp đơn thuần

Để chẩn đoán bướu giáp đơn thuần, bác sĩ sẽ thực hiện hỏi bệnh và khám bệnh cho bạn. Khi khám bướu giáp, bác sĩ có thể sờ vào vùng cổ, yêu cầu bạn thực hiện động tác nuốt hoặc yêu cầu bạn nâng cao cánh tay.

Sau khi hỏi bệnh và thăm khám, các xét nghiệm có thể được chỉ định bao gồm:

Xét nghiệm máu : Nhằm kiểm tra các hormone như TSH, hormone tuyến giáp như FT4, T3 để đánh giá tình trạng suy giáp, cường giáp hay bình giáp. Siêu âm : Bác sĩ sẽ thực hiện siêu âm tuyến giáp để đánh giá bướu giáp. Nếu có các đặc điểm nghi ngờ ác tính trên siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có thể được thực hiện. X-quang ngực : Hữu ích trong trường hợp đánh giá bướu giáp sau xương ức và xem có di lệch khí quản hay không. Khác: Chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ đôi khi được thực hiện để đánh giá các cấu trúc giải phẫu liên quan đến lệch khí quản, chèn ép đường thở.

Xét nghiệm máu : Nhằm kiểm tra các hormone như TSH, hormone tuyến giáp như FT4, T3 để đánh giá tình trạng suy giáp, cường giáp hay bình giáp.

Siêu âm : Bác sĩ sẽ thực hiện siêu âm tuyến giáp để đánh giá bướu giáp. Nếu có các đặc điểm nghi ngờ ác tính trên siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có thể được thực hiện.

X-quang ngực : Hữu ích trong trường hợp đánh giá bướu giáp sau xương ức và xem có di lệch khí quản hay không.

Khác: Chụp cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ đôi khi được thực hiện để đánh giá các cấu trúc giải phẫu liên quan đến lệch khí quản, chèn ép đường thở.

Điều trị Bướu giáp đơn thuần

Nội khoa

Bướu giáp đơn thuần thường tiến triển chậm và không có triệu chứng nên không cần phải điều trị và theo dõi. Điều trị nội khoa bướu giáp đơn thuần đang gây tranh cãi vì có ít hoặc không có tác dụng đối với bướu giáp lâu năm.

Một số bướu giáp đơn thuần có thể đáp ứng với liệu pháp levothyroxin nhưng cần theo dõi chặt chẽ người bệnh để tránh rối loạn nhịp tim, cường giáp và loãng xương. Tuy nhiên, liệu pháp hormone giáp không được khuyến khích nếu bướu cổ tự phát.

Ngoại khoa

Điều trị phẫu thuật không cấp cứu được chỉ định ở người bệnh có chèn ép đường thở hoặc biến chứng. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp được chỉ định trong bướu giáp sau xương ức ngay cả khi không có triệu chứng, vì việc trì hoãn điều trị cho đến

khi xuất hiện triệu chứng có thể cần các thủ tục phẫu thuật phức tạp hơn. Tuy nhiên, cần kiểm tra và chuẩn bị kỹ lưỡng trước phẫu thuật. Nếu là trường hợp cấp cứu, người bệnh sẽ cần sử dụng thuốc chẹn beta, thuốc kháng giáp và corticosteroid trước phẫu thuật. Người bệnh cần được theo dõi chặt chẽ trong và sau khi phẫu thuật.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu giáp đơn thuần

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến của Bướu giáp đơn thuần

Chế độ sinh hoạt:

Bướu giáp đơn thuần là bệnh lành tính và chỉ gây mất thẩm mỹ (trừ trường hợp bướu giáp lớn chèn ép dẫn đến các triệu chứng). Hầu hết các bướu giáp đơn thuần đều có tiên lượng tốt. Một tỷ lệ nhỏ có thể gây cường giáp và một số có thể trở thành ác tính, do đó cần phải theo dõi suốt đời.

Bạn cần đến tái khám đúng hẹn để được bác sĩ theo dõi tình trạng của mình. Đồng thời tự theo dõi các triệu chứng và báo với bác sĩ của bạn để có các kế hoạch điều trị phù hợp, hạn chế diễn tiến của bệnh.

Chế độ dinh dưỡng:

Bạn nên hỏi bác sĩ nội tiết điều trị cho bạn về chế độ ăn phù hợp. Không tự ý dùng các thuốc hoặc chất bổ sung i-ốt, vì điều này có thể gây hại nhiều hơn là có lợi cho bạn.

Phòng ngừa Bướu giáp đơn thuần

Bướu giáp đơn thuần không phải là một tình trạng hiếm gặp, đặc biệt là ở những vùng thiếu i-ốt. Tình trạng này có thể ngăn ngừa được bằng cách tiêu thụ muối có chứa i-ốt.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng nam hóa

Hội chứng nam hoá là gì?

Hội chứng nam hoá là tình trạng phụ nữ phát triển các đặc điểm nam tính quá mức.

Hội chứng nam hoá có thể xảy ra ở các bé gái đang bước vào tuổi dậy thì hoặc ở cả phụ nữ trưởng thành. Thuật ngữ này cũng dùng để chỉ trường hợp trẻ sơ sinh (cả bé trai lẫn bé gái) phát triển các đặc điểm liên quan đến nội tiết tố nam (androgen), thường là do tiếp xúc với nội tiết tố nam khi sinh.

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng nam hoá là do có quá nhiều nội tiết tố androgen, có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau như sự phì đại của tuyến thượng thận, khối u buồng trứng hoặc buồng trứng sản xuất hormone bất thường.

Các triệu chứng của hội chứng nam hoá có thể bao gồm rậm lông (ở mặt và cơ thể), hói đầu, mụn trứng cá, giọng trầm, tăng cơ bắp và tăng ham muốn tình dục. Các triệu chứng sẽ khác nhau tùy thuộc vào giai đoạn và đối tượng bị ảnh hưởng.

Triệu chứng hội chứng nam hóa

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng nam hoá

Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng nam hoá sẽ phụ thuộc vào mức độ testosterone trong cơ thể.

Ở mức độ thấp (phổ biến), các triệu chứng có thể bao gồm:

Lông mặt dày và sẫm màu ở vùng râu hoặc ria mép; Rậm lông cơ thể; Da dầu hoặc mụn trứng cá ; Kinh nguyệt không đều.

Lông mặt dày và sẫm màu ở vùng râu hoặc ria mép;

Rậm lông cơ thể;

Da dầu hoặc mụn trứng cá ;

Kinh nguyệt không đều.

Đối với mức testosterone trung bình, trường hợp này ít gặp hơn, các dấu hiệu có thể bao gồm:

Hói đầu kiểu nam; Mất phân bố mỡ ở phụ nữ; Kích thước ngực giảm.

Hói đầu kiểu nam;

Mất phân bố mỡ ở phụ nữ;

Kích thước ngực giảm.

Mức testosterone cao thường hiếm gặp, triệu chứng biểu hiện gồm:

Phì đại âm vật; Giọng nói trầm; Phát triển cơ bắp như nam giới.

Phì đại âm vật;

Giọng nói trầm;

Phát triển cơ bắp như nam giới.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh hội chứng nam hoá

Ngoài các biểu hiện về phát triển nam tính quá mức, ở phụ nữ mắc hội chứng nam

hoá có liên quan đến các rối loạn đáng kể khác. Ví dụ như phụ nữ mắc hội chứng nam hoá bị rậm lông có liên quan đến các triệu chứng đau khổ và trầm cảm. Họ cũng có nguy cơ bị rối loạn khí sắc hơn và có nguy cơ mắc các chứng rối loạn ăn uống như ăn uống vô độ, không kiểm soát.

Nếu hội chứng nam hoá là do tiếp xúc với androgen ở phụ nữ trưởng thành, nhiều triệu chứng sẽ biến mất khi ngừng sử dụng nội tiết tố. Tuy nhiên, giọng nói trầm hơn là hậu quả lâu dài có thể xảy ra.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn hoặc bạn thấy con bạn gặp các triệu chứng nghi ngờ mắc hội chứng nam hoá, hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị. Các triệu chứng có thể gồm rậm lông ở mặt và cơ thể, mụn trứng cá, hói đầu, giọng trầm, rối loạn kinh nguyệt, tăng sự phát triển cơ bắp hay mất phân bố mỡ ở phụ nữ.

Nguyên nhân hội chứng nam hoá

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng nam hoá

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng nam hoá có thể là do sự sản xuất dư thừa testosterone hoặc do sử dụng steroid đồng hóa.

Ở các bé trai hoặc bé gái mới sinh, tình trạng nam hoá có thể do các nguyên nhân:

Một số loại thuốc mẹ dùng khi mang thai. Tăng sản thượng thận bẩm sinh ở trẻ hoặc mẹ. Các tình trạng bệnh lý khác ở mẹ như khối u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận tiết ra nội tiết tố nam.

Một số loại thuốc mẹ dùng khi mang thai.

Tăng sản thượng thận bẩm sinh ở trẻ hoặc mẹ.

Các tình trạng bệnh lý khác ở mẹ như khối u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận tiết ra nội tiết tố nam.

Ở những bé gái đang bước vào tuổi dậy thì, hội chứng nam hoá có thể do:

Hội chứng buồng trứng đa nang. Một số loại steroid đồng hóa. Tăng sản thượng thận bẩm sinh. Các khối u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận tiết ra nội tiết tố nam (androgen).

Hội chứng buồng trứng đa nang.

Một số loại steroid đồng hóa.

Tăng sản thượng thận bẩm sinh.

Các khối u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận tiết ra nội tiết tố nam (androgen).

Ở phụ nữ trưởng thành, nam hoá thường do các nguyên nhân sau:

Một số loại thuốc hoặc steroid đồng hóa. Các khối u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận tiết ra nội tiết tố nam.

Một số loại thuốc hoặc steroid đồng hóa.

Các khối u buồng trứng hoặc tuyến thượng thận tiết ra nội tiết tố nam.

Nguy cơ hội chứng nam hoá

Những ai có nguy cơ mắc phải hội chứng nam hoá?

Hội chứng nam hoá thường gặp ở bé gái bước vào tuổi dậy thì hoặc ở phụ nữ trưởng thành. Tuy nhiên, hội chứng nam hoá cũng có thể gặp ở trẻ sơ sinh là bé gái hoặc cả bé trai.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải hội chứng nam hoá

Như đã đề cập ở phần nguyên nhân, việc sản xuất hormone androgen dư thừa là nguyên nhân dẫn đến tình trạng nam hoá. Một số yếu tố có thể dẫn đến sự dư thừa của androgen bao gồm sử dụng steroid đồng hóa, thuốc, các khối u tiết nội tiết tố nam (đặc biệt ở buồng trứng hoặc tuyến thượng thận), hội chứng buồng trứng đa nang hay tăng sản thượng thận bẩm sinh.

Trong đó, việc sử dụng steroid đồng hóa thường gặp ở vận động viên cử tạ nam giới với mục đích tăng cường thể lực. Tuy nhiên, đi kèm với nó sẽ là nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau như tăng nguy cơ đột quỵ, bệnh tim, bệnh thận hoặc các vấn đề khác. Do đó, cần sử dụng steroid đồng hóa dưới sự hướng dẫn của bác sĩ để giảm các nguy cơ này.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng nam hoá

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm hội chứng nam hoá

Các bác sĩ bắt đầu chẩn đoán bằng cách hỏi bệnh và khám bệnh cho bạn. Sau đó,

bác sĩ thường sẽ yêu cầu xét nghiệm máu để xem nồng độ androgen trong máu của bạn. Các xét nghiệm máu để kiểm tra lượng hormone khác như từ tuyến thượng thận hay buồng trứng cũng có thể được thực hiện đồng thời.

Để xác định rõ chẩn đoán, bác sĩ có thể yêu cầu chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) tuyến thượng thận và buồng trứng để xem liệu có các bất thường hay không.

Khi nồng độ androgen trong máu của bạn quá cao, xét nghiệm ức chế dexamethasone có thể được thực hiện để giúp xác định nguyên nhân tuyến thượng thận.

Điều trị hội chứng nam hoá

Việc điều trị sẽ tùy thuộc vào nguyên nhân dẫn đến hội chứng nam hoá:

Tăng sản tuyến thượng thận: Các bác sĩ thường kê toa corticosteroid như hydrocortison để giảm sản xuất nội tiết tố nam. Hội chứng buồng trứng đa nang:

Có nhiều phương pháp điều trị sẵn có cho hội chứng buồng trứng đa nang như sử dụng progestin hoặc viên uống ngừa thai kết hợp có estrogen và progestin. Khối u hoặc ung thư biểu mô tuyến: Điều trị bao gồm cắt bỏ khối u tuyến thượng thận hoặc buồng trứng. Trong nhiều trường hợp, bác sĩ có thể cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận có khối u.

Tăng sản tuyến thượng thận: Các bác sĩ thường kê toa corticosteroid như hydrocortison để giảm sản xuất nội tiết tố nam.

Hội chứng buồng trứng đa nang: Có nhiều phương pháp điều trị sẵn có cho hội chứng buồng trứng đa nang như sử dụng progestin hoặc viên uống ngừa thai kết hợp có estrogen và progestin.

Khối u hoặc ung thư biểu mô tuyến: Điều trị bao gồm cắt bỏ khối u tuyến thượng thận hoặc buồng trứng. Trong nhiều trường hợp, bác sĩ có thể cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận có khối u.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng nam hóa

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến của hội chứng nam hoá

Chế độ sinh hoạt:

Để hạn chế diễn tiến của hội chứng nam hoá, điều quan trọng là bạn phải tuân thủ điều trị của bác sĩ.

Trong trường hợp có sử dụng steroid đồng hoá (như ở vận động viên cử tạ), hãy sử dụng dưới sự hướng dẫn của bác sĩ. Vì không chỉ có khả năng nam hoá, sử dụng steroid đồng hoá sẽ tăng các nguy cơ khác như: Ung thư, cục máu đông, đột quỵ, bệnh tim, tổn thương gan, ung thư gan, suy thận. Các nguy cơ này sẽ tăng lên khi bạn không dùng steroid đồng hoá dưới sự chăm sóc của bác sĩ.

Nếu hội chứng nam hoá ở bạn là do hội chứng buồng trứng đa nang, những thay đổi lối sống có thể giúp ích như:

Quản lý cân nặng, đặc biệt nếu bạn có thừa cân hay béo phì. Tập luyện thể dục đều đặn, việc tập luyện thường xuyên có nhiều lợi ích trong việc điều trị hội chứng buồng trứng đa nang, giúp chống béo phì, xây dựng cơ bắp và giảm tình trạng đề kháng insulin.

Quản lý cân nặng, đặc biệt nếu bạn có thừa cân hay béo phì.

Tập luyện thể dục đều đặn, việc tập luyện thường xuyên có nhiều lợi ích trong việc điều trị hội chứng buồng trứng đa nang, giúp chống béo phì, xây dựng cơ bắp và giảm tình trạng đề kháng insulin.

Chế độ dinh dưỡng:

Việc duy trì một chế độ dinh dưỡng lành mạnh sẽ giúp ích cho tình trạng sức khỏe chung của bạn, đặc biệt hỗ trợ trong việc quản lý cân nặng (hữu ích trong điều trị hội chứng buồng trứng đa nang, một nguyên nhân dẫn đến hội chứng nam hoá). Bạn cũng nên giảm lượng đường và carbohydrate nếu mắc hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Chế độ ăn lý tưởng bao gồm nhiều loại thực phẩm khác nhau và tinh bột lành mạnh chẳng hạn như rau và trái cây, thịt gia cầm, cá và các loại ngũ cốc chứa nhiều chất xơ.

Việc duy trì một chế độ dinh dưỡng lành mạnh sẽ giúp ích cho tình trạng sức khỏe chung của bạn, đặc biệt hỗ trợ trong việc quản lý cân nặng (hữu ích trong điều trị hội chứng buồng trứng đa nang, một nguyên nhân dẫn đến hội chứng nam hoá). Bạn cũng nên giảm lượng đường và carbohydrate nếu mắc hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).

Chế độ ăn lý tưởng bao gồm nhiều loại thực phẩm khác nhau và tinh bột lành mạnh chẳng hạn như rau và trái cây, thịt gia cầm, cá và các loại ngũ cốc chứa nhiều chất xơ.

Phòng ngừa hội chứng nam hoá

Các nguyên nhân dẫn đến hội chứng nam hoá hầu như không thể phòng ngừa được. Đối với trường hợp hội chứng nam hoá ở trẻ sơ sinh, để phòng ngừa chúng, bạn có thể tham khảo ý kiến và tuân thủ hướng dẫn của bác sĩ trong việc sử dụng thuốc hoặc các chất có thể dẫn đến hội chứng nam hoá. Các trường hợp sử dụng steroid đồng

hoá nên dưới sự theo dõi của bác sĩ để hạn chế các biến chứng có thể có bao gồm hội chứng nam hoá.

=====

Tìm hiểu chung bướu giáp nhân

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết có hình bướm, nằm ở giữa cổ, bên dưới thanh quản và phía trên xương đòn. Tuyến giáp có chức năng giúp sản xuất các hormone giáp (T3, T4), những hormone này có một số chức năng trong cơ thể như:

Trao đổi chất; Thân nhiệt; Tâm trạng và sự dễ kích động; Mạch và nhịp tim; Hệ tiêu hoá.

Trao đổi chất;

Thân nhiệt;

Tâm trạng và sự dễ kích động;

Mạch và nhịp tim;

Hệ tiêu hoá.

Bướu giáp nhân (thyroid nodules) là các nhân hình tròn hoặc bầu dục nằm bên trong tuyến giáp. Các nhân giáp có thể đơn độc (một nhân), đa nhân (nhiều nhân), dạng nang hoặc rắn.

Bướu giáp nhân khá phổ biến, được phát hiện ở khoảng 5% đến 7% dân số trưởng thành thông qua khám thực thể. Và hơn 90% các bướu giáp nhân được phát hiện là các tổn thương lành tính, không đáng kể về mặt lâm sàng. Các nhân giáp cũng có thể là ung thư tuyến giáp, trong khoảng 4% đến 6,5% các trường hợp bướu giáp nhân.

Mặc dù hầu hết các bướu giáp nhân không phải là ung thư, nhưng đôi khi chúng có thể gây ra các rối loạn hoặc bệnh lý của tuyến giáp.

Triệu chứng bướu giáp nhân

Những dấu hiệu và triệu chứng của bướu giáp nhân

Hầu hết trường hợp bướu giáp nhân không gây ra triệu chứng. Trong trường hợp các bướu giáp nhân lớn hoặc nhiều, có thể gây ra các triệu chứng do chèn ép như:

Khó nuốt hoặc khó thở ; Khàn tiếng hoặc thay đổi giọng nói; Nhìn thấy bướu ở phần cổ; Đau ở phía trước cổ.

Khó nuốt hoặc khó thở ;

Khàn tiếng hoặc thay đổi giọng nói;

Nhìn thấy bướu ở phần cổ;

Đau ở phía trước cổ.

Đối với trường hợp các bướu giáp nhân ảnh hưởng đến sản xuất quá mức hormone giáp, còn được gọi là cường giáp, các triệu chứng có thể có bao gồm:

Nhịp tim nhanh (hồi hộp đánh trống ngực); Run hoặc lo lắng; Sụt cân; Tiêu chảy và đi cầu thường xuyên hơn; Khó ngủ; Mất kinh nguyệt hoặc kinh nguyệt ít; Bướu cổ.

Nhịp tim nhanh (hồi hộp đánh trống ngực);

Run hoặc lo lắng;

Sụt cân;

Tiêu chảy và đi cầu thường xuyên hơn;

Khó ngủ;

Mất kinh nguyệt hoặc kinh nguyệt ít;

Bướu cổ.

Các bướu giáp nhân cũng có thể liên quan đến tình trạng nồng độ hormone tuyến giáp thấp, còn gọi là suy giáp, các triệu chứng của suy giáp có thể bao gồm:

Mệt mỏi; Tăng cân; Tê và ngứa ran ở tay; Da và tóc thô; Táo bón ; Trầm cảm ;

Kinh nguyệt nhiều.

Mệt mỏi;

Tăng cân;

Tê và ngứa ran ở tay;

Da và tóc thô;

Táo bón ;

Trầm cảm ;

Kinh nguyệt nhiều.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh bướu giáp nhân

Đối với trường hợp bướu giáp nhân không phải là ung thư, hầu như chúng không có triệu chứng hay biến chứng đáng kể nào. Trong trường hợp các bướu giáp nhân tăng cường sản xuất hormone giáp, tình trạng cường giáp là một biến chứng của bướu giáp nhân. Ở một số ít người bệnh, đặc biệt là người có tổn thương nang tuyến

giáp, có thể có biểu hiện đau tuyến giáp, dấu hiệu của đột ngột xuất huyết. Trong trường hợp bướu giáp là ung thư, biến chứng và tiên lượng bệnh tùy thuộc vào loại ung thư, tuổi lúc chẩn đoán, mức độ di căn của ung thư. Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi bạn nhận thấy một khối ở tuyến giáp (vùng cổ), điều quan trọng là bạn cần gặp bác sĩ để được chẩn đoán tình trạng của mình. Mặc dù phần lớn các trường hợp bướu giáp nhân là lành tính và không gây ra các triệu chứng khác, tuy nhiên, việc được kiểm tra, đánh giá các yếu tố nguy cơ cũng như loại trừ ung thư tuyến giáp là cần thiết.

Nguyên nhân bướu giáp nhân

Nguyên nhân dẫn đến bướu giáp nhân hầu hết chưa được biết rõ, các bướu giáp nhân có thể hình thành do nhiều nguyên nhân và có nhiều loại khác nhau bao gồm:

Bướu giáp keo: Đây là sự phát triển quá mức của mô giáp bình thường, tình trạng tăng trưởng này là lành tính. Đây là loại u giáp phổ biến nhất, có thể phát triển lớn nhưng không lan ra ngoài tuyến giáp. **U nang tuyến giáp:** Đây là các khối u chứa chất lỏng, hoặc một phần chất lỏng và một phần rắn. Các u nang tuyến giáp có nguy cơ ác tính thấp, và cần theo dõi hoặc sinh thiết khi cần. **Viêm tuyến giáp:** Các nhân giáp có thể phát triển do tình trạng viêm của tuyến giáp. **Bướu giáp đa nhân:** Đây là tình trạng có nhiều nhân giáp được hình thành, thường là lành tính. **Bướu giáp nhân tăng cường chức năng:** Đây là tình trạng những nốt này sản xuất thêm hormone giáp, có thể dẫn đến phát triển cường giáp. **Ung thư tuyến giáp:** Ung thư là mối lo ngại lớn nhất khi các u tuyến giáp được hình thành. Tuy nhiên, ung thư tuyến giáp rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 4% đến 6,5% tổng số trường hợp nhân tuyến giáp.

Bướu giáp keo: Đây là sự phát triển quá mức của mô giáp bình thường, tình trạng tăng trưởng này là lành tính. Đây là loại u giáp phổ biến nhất, có thể phát triển lớn nhưng không lan ra ngoài tuyến giáp.

U nang tuyến giáp: Đây là các khối u chứa chất lỏng, hoặc một phần chất lỏng và một phần rắn. Các u nang tuyến giáp có nguy cơ ác tính thấp, và cần theo dõi hoặc sinh thiết khi cần.

Viêm tuyến giáp: Các nhân giáp có thể phát triển do tình trạng viêm của tuyến giáp.

Bướu giáp đa nhân: Đây là tình trạng có nhiều nhân giáp được hình thành, thường là lành tính.

Bướu giáp nhân tăng cường chức năng: Đây là tình trạng những nốt này sản xuất thêm hormone giáp, có thể dẫn đến phát triển cường giáp.

Ung thư tuyến giáp: Ung thư là mối lo ngại lớn nhất khi các u tuyến giáp được hình thành. Tuy nhiên, ung thư tuyến giáp rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 4% đến 6,5% tổng số trường hợp nhân tuyến giáp.

Nguy cơ bướu giáp nhân

Những ai có nguy cơ mắc phải bướu giáp nhân?

Bất cứ ai cũng có thể mắc bướu giáp nhân, kể cả trẻ em và người lớn. Tuy nhiên, bướu giáp nhân phổ biến hơn ở nữ giới, với số liệu thống kê gấp khoảng 4 lần nam giới. Bướu giáp nhân cũng xuất hiện thường xuyên hơn ở những người sống tại các quốc gia nơi có nguồn thực phẩm không được bổ sung i-ốt.

Một nghiên cứu giám sát kéo dài 20 năm ước tính tỷ lệ mắc bướu giáp nhân lần lượt là 0,8% ở nam và 5,3% ở nữ. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp ở nam giới cao gấp đôi so với nữ giới (8% so với 4%).

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bướu giáp nhân

Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc bướu giáp nhân bao gồm:

Giới tính nữ; Tuổi càng cao; Thiếu i-ốt; Tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ; Đái tháo đường; Thiếu máu thiếu sắt; Hút thuốc lá; Mang thai; Sử dụng rượu bia; Hội chứng chuyển hóa; U xơ tử cung; Tăng yếu tố tăng trưởng giống insulin (insulin-like growth factor-1).

Giới tính nữ;

Tuổi càng cao;

Thiếu i-ốt;

Tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ;

Đái tháo đường;

Thiếu máu thiếu sắt;

Hút thuốc lá;

Mang thai;

Sử dụng rượu bia;
Hội chứng chuyển hoá;
U xơ tử cung;
Tăng yếu tố tăng trưởng giống insulin (insulin-like growth factor-1).

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu giáp nhân

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm bướu giáp nhân

Bên cạnh việc hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, các xét nghiệm chẩn đoán có thể xác định xem bướu giáp nhân là lành tính hay ung thư, từ đó có thể giúp định hướng điều trị. Không phải mọi người có bướu giáp nhân đều cần thực hiện tất cả các xét nghiệm.

Thông thường, các xét nghiệm được thực hiện bao gồm:

Xét nghiệm máu: Việc xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ hormone tuyến giáp, hormone kích thích tuyến giáp (TSH) có thể được thực hiện, tùy vào mức độ hormone mà bác sĩ có thể định hướng và đưa ra các xét nghiệm tiếp theo.
Siêu âm tuyến giáp: Nếu có nghi ngờ bướu giáp nhân, siêu âm tuyến giáp sẽ được thực hiện. Siêu âm tuyến giáp cung cấp thông tin về kích thước, giải phẫu tuyến giáp và các cấu trúc lân cận cũng như đặc điểm của nhân giáp. Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA): Trong hầu hết các trường hợp, mức TSH bình thường và siêu âm tuyến giáp có nghi ngờ ung thư, chọc hút bằng kim nhỏ sẽ được thực hiện. Việc chọc hút bằng kim nhỏ nhằm lấy mẫu mô ra khỏi nhân tuyến giáp, sau đó được đem đi kiểm tra mô học đánh giá lành tính hay ác tính. **Xạ hình tuyến giáp:** Mặc dù hầu hết mọi người không cần xạ hình tuyến giáp, nhưng xạ hình tuyến giáp có thể được thực hiện trong một vài trường hợp. Ví dụ như khi mức TSH thấp, xạ hình tuyến giáp sẽ được thực hiện sau xét nghiệm máu chứ không phải sinh thiết.

Xét nghiệm máu: Việc xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ hormone tuyến giáp, hormone kích thích tuyến giáp (TSH) có thể được thực hiện, tùy vào mức độ hormone mà bác sĩ có thể định hướng và đưa ra các xét nghiệm tiếp theo.

Siêu âm tuyến giáp: Nếu có nghi ngờ bướu giáp nhân, siêu âm tuyến giáp sẽ được thực hiện. Siêu âm tuyến giáp cung cấp thông tin về kích thước, giải phẫu tuyến giáp và các cấu trúc lân cận cũng như đặc điểm của nhân giáp.

Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA): Trong hầu hết các trường hợp, mức TSH bình thường và siêu âm tuyến giáp có nghi ngờ ung thư, chọc hút bằng kim nhỏ sẽ được thực hiện. Việc chọc hút bằng kim nhỏ nhằm lấy mẫu mô ra khỏi nhân tuyến giáp, sau đó được đem đi kiểm tra mô học đánh giá lành tính hay ác tính.

Xạ hình tuyến giáp: Mặc dù hầu hết mọi người không cần xạ hình tuyến giáp, nhưng xạ hình tuyến giáp có thể được thực hiện trong một vài trường hợp. Ví dụ như khi mức TSH thấp, xạ hình tuyến giáp sẽ được thực hiện sau xét nghiệm máu chứ không phải sinh thiết.

Điều trị bướu giáp nhân

Điều trị tùy thuộc vào loại bướu giáp nhân, các lựa chọn điều trị có thể bao gồm:

Theo dõi: Nếu bướu giáp nhân không phải là ung thư, có thể bạn không cần điều trị gì. Bác sĩ sẽ cho bạn một lịch tái khám định kỳ để kiểm tra thường xuyên sự thay đổi của bướu giáp nhân (nếu có). **I-ốt phóng xạ:** Bác sĩ có thể dùng i-ốt phóng xạ để điều trị trong một số trường hợp có chỉ định. **Phẫu thuật:** Phẫu thuật cắt bỏ nhân tuyến giáp hoặc cắt bỏ tuyến giáp có thể được thực hiện, tùy thuộc vào nguyên nhân và các triệu chứng của bạn.

Theo dõi: Nếu bướu giáp nhân không phải là ung thư, có thể bạn không cần điều trị gì. Bác sĩ sẽ cho bạn một lịch tái khám định kỳ để kiểm tra thường xuyên sự thay đổi của bướu giáp nhân (nếu có).

I-ốt phóng xạ: Bác sĩ có thể dùng i-ốt phóng xạ để điều trị trong một số trường hợp có chỉ định.

Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt bỏ nhân tuyến giáp hoặc cắt bỏ tuyến giáp có thể được thực hiện, tùy thuộc vào nguyên nhân và các triệu chứng của bạn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu giáp nhân

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến của bướu giáp nhân

Chế độ sinh hoạt:

Nếu bạn đã được chẩn đoán bướu giáp nhân và ở nhóm theo dõi chứ không điều trị gì, bạn cần đến tái khám thường xuyên, đúng hẹn để được theo dõi nhân giáp có thay đổi gì hay không. Từ đó có thể có các phương pháp điều trị thích hợp. Nếu đang điều trị nguyên nhân dẫn đến bướu giáp nhân ở bạn, để hạn chế diễn tiến của bệnh, điều quan trọng là tuân thủ theo các hướng dẫn điều trị của bác sĩ.

Nếu bạn đã được chẩn đoán bệnh đái tháo đường và ở nhóm theo dõi chứ không điều trị gì, bạn cần đến tái khám thường xuyên, đúng hẹn để được theo dõi nhân giáp có thay đổi gì hay không. Từ đó có thể có các phương pháp điều trị thích hợp. Nếu đang điều trị nguyên nhân dẫn đến bệnh đái tháo đường ở bạn, để hạn chế diễn tiến của bệnh, điều quan trọng là tuân thủ theo các hướng dẫn điều trị của bác sĩ. Chế độ dinh dưỡng: Điều quan trọng là việc đảm bảo đủ lượng i-ốt trong chế độ ăn của bạn. Tuy nhiên, hiện nay tình trạng thiếu i-ốt là không phổ biến, nếu bạn đã sử dụng muối ăn chứa i-ốt, bạn có thể đã cung cấp đủ lượng i-ốt.

Phòng ngừa bệnh đái tháo đường

Hầu hết nguyên nhân dẫn đến bệnh đái tháo đường vẫn chưa được biết rõ, do đó, không thể ngăn ngừa bệnh đái tháo đường trong hầu hết trường hợp.

Tuy nhiên, bạn có thể giảm nguy cơ phát triển bệnh bằng cách quản lý một số yếu tố nguy cơ nhất định. Nếu bạn thừa cân hoặc béo phì, hãy giảm cân hợp lý và duy trì cân nặng khỏe mạnh. Hãy bỏ thuốc lá nếu bạn đang hút thuốc lá. Bên cạnh đó, đảm bảo việc bổ sung đủ i-ốt trong chế độ ăn của bạn.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff là gì?

Mặc dù không có sự đồng thuận về định nghĩa chính xác của hội chứng mất trí nhớ Korsakoff, nhưng nhìn chung các nhà khoa học đồng ý đây là hội chứng tâm thần kinh mạn tính do thiếu thiamine (hay thiếu vitamin B1). Hội chứng Korsakoff là tình trạng mạn tính và có thể không hồi phục. Tình trạng này còn được gọi là rối loạn tâm thần Korsakoff hay bệnh não do rượu.

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff thường xảy ra sau giai đoạn bệnh não Wernicke nhưng không phải luôn luôn có, còn được gọi là hội chứng Wernicke-Korsakoff. Tuy nhiên hội chứng Korsakoff cũng có thể xuất hiện ở những người chưa từng có bệnh não Wernicke trước đó.

Tại Hoa Kỳ có khoảng 1 đến 3 phần trăm tổng dân số mắc phải hội chứng mất trí nhớ Korsakoff. Còn trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh là khoảng 2,8%.

Triệu chứng hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff gây ra vấn đề trong việc tiếp thu thông tin mới và khiến bạn giảm khả năng ghi nhớ các sự kiện gần đây. Những khó khăn về trí nhớ có thể diễn tiến nghiêm trọng nhưng không ảnh hưởng đến khả năng tư duy cũng như giao tiếp xã hội. Ví dụ bạn có thể nói chuyện với người khác rất rành mạch và liên tục nhưng sau đó lại không thể nhớ lại nội dung của cuộc trò chuyện.

Các triệu chứng gồm:

Mất trí nhớ hoặc không có khả năng hình thành ký ức mới. Thay đổi hành vi như dễ kích động hoặc tức giận. Giảm khả năng ra quyết định cũng như lập kế hoạch, tổ chức và hoàn thành nhiệm vụ. Lú lẫn, dễ bị nhầm lẫn. Mê sảng và mất phương hướng. Mệt mỏi hoặc thờ ơ, thiếu động lực. Ảo giác (tức là nghe thấy hoặc nhìn thấy những thứ không thực sự ở đó) nhất là ở những người nghiện rượu đang trong thời gian cai rượu. Giảm sự tập trung và chú ý. Bước đi không vững, đi lại khó khăn, hoặc có thể không đứng hoặc đi lại được nếu không có sự giúp đỡ. Rung giật nhãn cầu, phản ứng chậm với ánh sáng.

Mất trí nhớ hoặc không có khả năng hình thành ký ức mới.

Thay đổi hành vi như dễ kích động hoặc tức giận.

Giảm khả năng ra quyết định cũng như lập kế hoạch, tổ chức và hoàn thành nhiệm vụ.

Lú lẫn, dễ bị nhầm lẫn.

Mê sảng và mất phương hướng.

Mệt mỏi hoặc thờ ơ, thiếu động lực

Ảo giác (tức là nghe thấy hoặc nhìn thấy những thứ không thực sự ở đó) nhất là ở những người nghiện rượu đang trong thời gian cai rượu.

Giảm sự tập trung và chú ý.

Bước đi không vững, đi lại khó khăn, hoặc có thể không đứng hoặc đi lại được nếu không có sự giúp đỡ.

Rung giật nhãn cầu, phản ứng chậm với ánh sáng.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff được tiên lượng tốt nếu được điều trị ngay lập tức. Tình trạng bệnh sẽ được cải thiện dần nếu bạn tuân thủ điều trị. Ở những trường hợp điều trị trễ hoặc không tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ có thể

khiến tình trạng bệnh của bạn nặng nề hơn như mất trí nhớ vĩnh viễn và gây nguy hiểm tính mạng, hoặc những di chứng tàn tật suốt đời.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi bạn hoặc người thân có bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng mất trí nhớ Korsakoff, hãy đi khám bác sĩ chuyên khoa tâm thần ngay để được chẩn đoán sớm. Chẩn đoán và điều trị sớm hội chứng này giúp giảm các triệu chứng và ngăn ngừa biến chứng xuất hiện.

Nguyên nhân hội chứng mất trí nhớ korsakoff

Nguyên nhân dẫn đến Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff là một rối loạn trí nhớ mạn tính do thiếu thiamine (hay vitamin B1) nghiêm trọng. Thiamine giúp tế bào não sản xuất năng lượng từ đường. Khi nồng độ của chúng giảm quá thấp, các tế bào não không thể tạo đủ năng lượng để hoạt động bình thường.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự thiếu hụt thiamine nghiêm trọng sẽ phá vỡ một số chất đóng vai trò trong việc truyền tín hiệu giữa các tế bào não cũng như khả năng lưu trữ. Những sự gián đoạn này phá hủy các tế bào não và gây mô sẹo trên diện rộng.

Nguyên nhân thường gặp nhất là do lạm dụng rượu (nghiện rượu), tuy nhiên một số bệnh lý khác cũng có thể gây ra hội chứng Korsakoff gồm:

Dinh dưỡng kém, suy dinh dưỡng. Rối loạn ăn uống. Nhiễm trùng mạn tính. Phẫu thuật như phẫu thuật cắt dạ dày, phẫu thuật để giảm cân. Chấn thương sọ não (hiếm). Tình trạng nôn mạn tính bao gồm cả nôn nghén trong thời gian mang thai. Dinh dưỡng kém, suy dinh dưỡng.

Rối loạn ăn uống.

Nhiễm trùng mạn tính.

Phẫu thuật như phẫu thuật cắt dạ dày, phẫu thuật để giảm cân.

Chấn thương sọ não (hiếm).

Tình trạng nôn mạn tính bao gồm cả nôn nghén trong thời gian mang thai.

Nguy cơ hội chứng mất trí nhớ korsakoff

Những ai có nguy cơ mắc phải hội chứng mất trí nhớ Korsakoff?

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff thường xảy ra ở nam giới nhiều hơn nữ giới, thường ở độ tuổi từ 30 đến 70 tuổi, chủ yếu là ở nam giới trên 40 tuổi. Hội chứng này hiếm khi xảy ra ở trẻ em.

Những người có nguy cơ mắc bệnh cao hơn còn bao gồm những người vô gia cư, người già và những người mắc bệnh tâm thần.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Dưới đây là một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải hội chứng mất trí nhớ Korsakoff:

Người mắc rối loạn sử dụng rượu, sử dụng rượu trong thời gian dài gây kích ứng dạ dày và đường tiêu hóa khiến cản trở hấp thu vitamin B1. Ước tính có khoảng 80 phần trăm người nghiện rượu không hấp thu hoặc cung cấp đủ thiamine. Kém hấp thu thiamine từ thức ăn như sau phẫu thuật giảm cân, phẫu thuật cắt dạ dày hoặc tác dụng phụ của hóa trị. Bệnh lý đường tiêu hóa như viêm ruột. Ung thư đang tiến triển. Nhiễm độc giáp. Suy tim được điều trị thuốc lợi tiểu trong thời gian dài. Người mắc HIV/AIDS. Suy thận và lọc máu trong thời gian dài làm giảm khả năng hấp thu thiamine của cơ thể. Buồn nôn và nôn khi mang thai (nghén).

Người mắc rối loạn sử dụng rượu, sử dụng rượu trong thời gian dài gây kích ứng dạ dày và đường tiêu hóa khiến cản trở hấp thu vitamin B1. Ước tính có khoảng 80 phần trăm người nghiện rượu không hấp thu hoặc cung cấp đủ thiamine.

Kém hấp thu thiamine từ thức ăn như sau phẫu thuật giảm cân, phẫu thuật cắt dạ dày hoặc tác dụng phụ của hóa trị.

Bệnh lý đường tiêu hóa như viêm ruột.

Ung thư đang tiến triển.

Nhiễm độc giáp.

Suy tim được điều trị thuốc lợi tiểu trong thời gian dài.

Người mắc HIV/AIDS.

Suy thận và lọc máu trong thời gian dài làm giảm khả năng hấp thu thiamine của cơ thể.

Buồn nôn và nôn khi mang thai (nghén).

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng mất trí nhớ korsakoff

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Chẩn đoán hội chứng mất trí nhớ Korsakoff chủ yếu dựa vào triệu chứng của bạn. Hội chứng này đôi khi có thể khó xác nhận vì có thể bị che lấp bởi các triệu chứng của các tình trạng khác thường gặp ở người lạm dụng rượu như chấn thương đầu, nhiễm trùng hoặc tình trạng nhiễm độc. Bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng khác của rối loạn sử dụng rượu, suy dinh dưỡng để có thể hướng đến nguyên nhân cụ thể giúp đề ra kế hoạch điều trị phù hợp.

Các xét nghiệm có thể hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân:

Xét nghiệm máu : Kiểm tra lượng đường và nồng độ thiamine, xét nghiệm nồng độ cồn và chức năng gan. Các xét nghiệm loại trừ các nguyên nhân khác như khí máu động mạch , công thức máu để đánh giá tình trạng nhiễm trùng, xét nghiệm sàng lọc độc tính thuốc. Bài kiểm tra tình trạng sức khỏe tâm thần. Xét nghiệm hình ảnh học nếu nghi ngờ có chấn thương đầu, đột quỵ kèm theo như CT-scan , MRI. Xét nghiệm máu : Kiểm tra lượng đường và nồng độ thiamine, xét nghiệm nồng độ cồn và chức năng gan.

Các xét nghiệm loại trừ các nguyên nhân khác như khí máu động mạch , công thức máu để đánh giá tình trạng nhiễm trùng, xét nghiệm sàng lọc độc tính thuốc.

Bài kiểm tra tình trạng sức khỏe tâm thần.

Xét nghiệm hình ảnh học nếu nghi ngờ có chấn thương đầu, đột quỵ kèm theo như CT-scan , MRI.

Điều trị hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Hội chứng mất trí nhớ Korsakoff không thể chữa khỏi hoàn toàn. Điều trị hiện nay chủ yếu giúp giảm các triệu chứng của bạn bằng cách bổ sung thiamine ngay lập tức. Các phương pháp điều trị chủ yếu dựa vào các triệu chứng của bạn gồm:

Vitamin B1 uống hoặc tiêm; Truyền dịch đường truyền tĩnh mạch (bù nước); Điều trị rối loạn sử dụng rượu; Hỗ trợ dinh dưỡng.

Vitamin B1 uống hoặc tiêm;

Truyền dịch đường truyền tĩnh mạch (bù nước);

Điều trị rối loạn sử dụng rượu;

Hỗ trợ dinh dưỡng.

Sau giai đoạn cấp tính của việc bổ sung vitamin, ngày càng có nhiều nghiên cứu cho thấy việc phục hồi trí nhớ có lợi cho người mắc hội chứng mất trí nhớ Korsakoff. Các nhà khoa học nhận thấy, những người mắc hội chứng này vẫn duy trì được phần nào khả năng học tập do đó việc phục hồi trí nhớ tập trung vào vấn đề này cho thấy kết quả đầy hứa hẹn.

Các bài tập vật lý trị liệu nhằm phục hồi chức năng vận động, thăng bằng và khả năng đi lại nếu bạn có các triệu chứng về vận động.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng mất trí nhớ korsakoff

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến của hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ. Không uống rượu để tránh bệnh diễn tiến nặng hơn. Vận động thường xuyên, tránh bất động, chú ý giữ an toàn. Giữ tinh thần lạc quan, yêu đời. Ngủ đúng giờ, không nên thức khuya.

Tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ.

Không uống rượu để tránh bệnh diễn tiến nặng hơn.

Vận động thường xuyên, tránh bất động, chú ý giữ an toàn.

Giữ tinh thần lạc quan, yêu đời.

Ngủ đúng giờ, không nên thức khuya.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn lành mạnh và cân bằng đầy đủ các chất. Bổ sung các thực phẩm chứa nhiều vitamin B1 như cá hồi, ngũ cốc, các loại đậu, bắp cải, thịt heo... Uống đủ nước, ít nhất 2 lít cho một ngày.

Chế độ ăn lành mạnh và cân bằng đầy đủ các chất.

Bổ sung các thực phẩm chứa nhiều vitamin B1 như cá hồi, ngũ cốc, các loại đậu, bắp cải, thịt heo...

Uống đủ nước, ít nhất 2 lít cho một ngày.

Phòng ngừa hội chứng mất trí nhớ Korsakoff

Trong đa số các trường hợp, việc ngừng hoặc hạn chế sử dụng rượu là điều cần thiết để giảm nguy cơ phát triển hội chứng mất trí nhớ Korsakoff. Bổ sung đầy đủ dinh dưỡng và vitamin B1 bằng thuốc tiêm hoặc viên uống nếu cơ thể kém hấp thu có thể giúp giảm nguy cơ, nhất là với những người nghiện rượu.

=====

Tìm hiểu chung bệnh madelung

Bệnh Madelung là gì?

Bệnh Madelung là một rối loạn hiếm gặp về chuyển hóa chất béo (lưu trữ lipid) dẫn đến sự tích tụ bất thường của mỡ dưới da (mô mỡ) quanh cổ, vai, thân, hông, cánh tay trên và đùi. Khối lượng mô mỡ có thể phát triển nhanh chóng trong nhiều tháng hoặc chậm trong nhiều năm. Mặt và chân thường không gặp phải tình trạng này và các thông số sinh hóa cũng có thể duy trì trong giới hạn bình thường. Bệnh Madelung có thể bị nhầm lẫn với béo phì do sự tích tụ mỡ đối xứng. Mặc dù không gây đau đớn nhưng các khối u mỡ có thể làm tổn hại chức năng của các cấu trúc khác ở vùng bị ảnh hưởng, khiến bệnh nhân gặp phải các triệu chứng như khó nuốt, khó nói và khó thở.

Triệu chứng bệnh madelung

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Madelung

Bệnh Madelung được đặc trưng bởi sự hiện diện của các khối u mỡ (lipoma) nằm đối xứng quanh cổ, vai, thân, hông, cánh tay trên và đùi. Mặc dù những khối u mỡ bất thường này có thể phát triển trong nhiều tháng đến nhiều năm, nhưng bệnh thường biểu hiện sự tiến triển nhanh chóng lúc đầu và sau đó chậm lại khi kích thước của khối mỡ ổn định. Phần còn lại của cơ thể có thể gầy hơn so với các bộ phận bị ảnh hưởng.

Đến nay đã phân loại biến thể của bệnh Madelung thành 3 loại:

Biến thể loại 1 thường gặp hơn ở nam giới và biểu hiện dưới dạng các khối u mỡ chủ yếu quanh cổ (được gọi là cổ Madelung) và vai trên, phần thân và cánh tay tương đối ít. Kết quả là bệnh nhân biến thể loại 1 có ngoại hình "giả thể thao". Biến thể loại 2 được quan sát thấy ở cả nam và nữ như nhau và giống với "béo phì toàn thể" do sự tích tụ mỡ xảy ra ở thân, phần trên của cánh tay, bụng, hông và đùi trên. Biến thể loại 3 (loại phụ khoa) đã được thêm vào phân loại được đặc trưng bởi sự tích tụ mỡ chủ yếu ở vùng xương chậu.

Biến thể loại 1 thường gặp hơn ở nam giới và biểu hiện dưới dạng các khối u mỡ chủ yếu quanh cổ (được gọi là cổ Madelung) và vai trên, phần thân và cánh tay tương đối ít. Kết quả là bệnh nhân biến thể loại 1 có ngoại hình "giả thể thao". Biến thể loại 2 được quan sát thấy ở cả nam và nữ như nhau và giống với "béo phì toàn thể" do sự tích tụ mỡ xảy ra ở thân, phần trên của cánh tay, bụng, hông và đùi trên.

Biến thể loại 3 (loại phụ khoa) đã được thêm vào phân loại được đặc trưng bởi sự tích tụ mỡ chủ yếu ở vùng xương chậu.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Madelung

Sự biến đổi ác tính của bệnh Madelung là rất hiếm. Các biến chứng cũng hiếm gặp như:

Các cấu trúc ở vùng cổ bị chèn ép bởi chất béo tích tụ gây khó thở, khó nuốt, nuốt đau và khàn tiếng. Hạn chế vận động ở cổ và thậm chí có thể bị ngưng thở khi ngủ. U mỡ trung thất và sau phúc mạc có thể tiến triển gây chèn ép tĩnh mạch. Sự biến dạng của các bộ phận cơ thể có thể nhìn thấy được khiến bệnh nhân xấu đi nhận thức về bản thân dẫn đến rối loạn trầm cảm.

Các cấu trúc ở vùng cổ bị chèn ép bởi chất béo tích tụ gây khó thở, khó nuốt, nuốt đau và khàn tiếng.

Hạn chế vận động ở cổ và thậm chí có thể bị ngưng thở khi ngủ.

U mỡ trung thất và sau phúc mạc có thể tiến triển gây chèn ép tĩnh mạch.

Sự biến dạng của các bộ phận cơ thể có thể nhìn thấy được khiến bệnh nhân xấu đi nhận thức về bản thân dẫn đến rối loạn trầm cảm.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi thấy xuất hiện sự tích tụ mỡ bất thường hoặc các khối u mỡ ở bất kỳ vị trí nào trên cơ thể gây mất thẩm mỹ hoặc gây chèn ép các cấu trúc cơ quan khác khiến cơ thể biến dạng, nên đến cơ sở y tế để được thăm khám và chẩn đoán cũng như điều trị sớm để tránh các biến chứng của bệnh.

Nguyên nhân bệnh madelung

Nguyên nhân dẫn đến bệnh Madelung

Nguyên nhân chính xác của bệnh Madelung vẫn chưa được hiểu đầy đủ. Cơ thể không có khả năng chuyển hóa chất béo đúng cách cho thấy đó có thể là một rối loạn nội tiết. Giả thuyết cho rằng khiếm khuyết trong quá trình phân hủy chất béo (lipolysis) do adrenergic (epinephrine hoặc norepinephrine) kích thích dẫn đến sự lắng đọng chất béo không đúng cách.

Rượu cũng có thể tác động tiêu cực đến quá trình enzyme trong ty thể (bộ phận

cung cấp năng lượng cho tế bào) và có thể làm thay đổi quá trình phân giải mỡ adrenergic trong cơ thể. Các khối u mỡ hình thành trong bệnh Madelung là do sự điều hòa của ty thể trong mỡ nâu bị suy yếu, gây ra sự phân chia tế bào mỡ tăng lên (tăng sản tế bào mỡ).

Hầu hết các trường hợp mắc bệnh Madelung có xu hướng lẻ tẻ, không có tiền sử gia đình mắc bệnh. Tuy nhiên, một số nhà khoa học tin rằng khuynh hướng mắc chứng rối loạn này có thể được di truyền từ cha mẹ (trong trường hợp này là di truyền từ mẹ) và đã có một số báo cáo về các trường hợp có vẻ mang tính chất gia đình. Phương thức lây truyền được nghi ngờ về bản chất là nhiễm sắc thể thường với mức độ xâm nhập thay đổi trong DNA ty thể.

Nguy cơ bệnh madelung

Những ai có nguy cơ mắc bệnh Madelung?

Nam giới trưởng thành trong độ tuổi từ 30 đến 70 có tiền sử uống rượu quá nhiều (nghiện rượu mãn tính) thường có nguy cơ mắc bệnh cao nhất, mặc dù phụ nữ và những người không uống rượu cũng có thể mắc bệnh Madelung. Tình trạng này phổ biến hơn ở người dân Địa Trung Hải và Châu Âu, và ít gặp hơn ở người dân Châu Á. Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh Madelung

Các yếu tố tăng nguy cơ mắc bệnh Madelung bao gồm:

Nam giới tuổi trung niên. Mắc các bệnh về chuyển hóa đồng thời như đái tháo đường tuýp 2 hoặc rối loạn dung nạp glucose, tăng huyết áp, tăng lipid máu và tăng axit uric máu. Lạm dụng rượu và mắc các bệnh liên quan đến lạm dụng rượu chẳng hạn như bệnh gan, thiếu máu hồng cầu to và bệnh lý thần kinh ngoại biên. Nam giới tuổi trung niên.

Mắc các bệnh về chuyển hóa đồng thời như đái tháo đường tuýp 2 hoặc rối loạn dung nạp glucose, tăng huyết áp, tăng lipid máu và tăng axit uric máu.

Lạm dụng rượu và mắc các bệnh liên quan đến lạm dụng rượu chẳng hạn như bệnh gan, thiếu máu hồng cầu to và bệnh lý thần kinh ngoại biên.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh madelung

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh Madelung

Việc chẩn đoán bệnh Madelung dựa trên bệnh sử lâm sàng, đánh giá cẩn thận về hình dáng bên ngoài của bệnh nhân và một số các cận lâm sàng hình ảnh được chỉ định như:

Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) cho phép bác sĩ nhận ra mức độ lắng đọng chất béo ở các vùng bị ảnh hưởng, đánh giá sự nén của các cấu trúc sâu hơn và đánh giá sự hiện diện của các mạch máu trong các khối u mỡ. Hơn nữa, hình ảnh có thể giúp loại trừ các chẩn đoán khác và cung cấp cái nhìn sâu sắc về kế hoạch phẫu thuật trước phẫu thuật. Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) có thể được thực hiện, bao gồm việc đưa kim vào chỗ sưng và lấy một mẫu mô nhỏ để phân tích bằng bệnh lý đối với tổn thương mỡ (u mỡ). Thủ tục FNA cũng có thể giúp phân biệt giữa các dạng bệnh lành tính và ác tính. Nghiên cứu về dẫn truyền thần kinh và chức năng cơ (điện cơ) có thể được thực hiện để đánh giá mức độ bệnh lý thần kinh ngoại biên kèm theo ở một số bệnh nhân.

Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) cho phép bác sĩ nhận ra mức độ lắng đọng chất béo ở các vùng bị ảnh hưởng, đánh giá sự nén của các cấu trúc sâu hơn và đánh giá sự hiện diện của các mạch máu trong các khối u mỡ. Hơn nữa, hình ảnh có thể giúp loại trừ các chẩn đoán khác và cung cấp cái nhìn sâu sắc về kế hoạch phẫu thuật trước phẫu thuật.

Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) có thể được thực hiện, bao gồm việc đưa kim vào chỗ sưng và lấy một mẫu mô nhỏ để phân tích bằng bệnh lý đối với tổn thương mỡ (u mỡ). Thủ tục FNA cũng có thể giúp phân biệt giữa các dạng bệnh lành tính và ác tính.

Nghiên cứu về dẫn truyền thần kinh và chức năng cơ (điện cơ) có thể được thực hiện để đánh giá mức độ bệnh lý thần kinh ngoại biên kèm theo ở một số bệnh nhân.

Trong hầu hết các trường hợp, bệnh nhân đến phàn nàn về ngoại hình của họ do biến dạng thẩm mỹ liên quan đến bệnh Madelung. Việc chẩn đoán có thể gặp khó khăn trong trường hợp bệnh nhân béo phì do các yếu tố khác (lối sống ít vận động, chế độ ăn uống kém,...).

Điều trị bệnh Madelung

Nội khoa

Thật không may, điều trị bằng thuốc cho đến nay vẫn chưa có hiệu quả cao trong điều trị bệnh Madelung. Hiệu quả của Salbutamol trong việc giúp phân hủy chất

béo thông qua kích thích thụ thể beta-adrenergic đang được thử nghiệm như một tác nhân trị liệu tiềm năng, nhưng kết quả chưa nhất quán.

Ngoại khoa

Điều trị thường bao gồm phẫu thuật loại bỏ các chất béo tích tụ ở vùng bị ảnh hưởng. Các lựa chọn điều trị bao gồm phẫu thuật cắt bỏ (các) khối u mỡ, hút mỡ hoặc tiêm lipolysis. Các can thiệp phẫu thuật có thể phức tạp do số lượng lớn mạch máu cung cấp cho khối u mỡ, cũng như sự xâm lấn của mỡ vào các mô lân cận và các cấu trúc sâu hơn. Hút mỡ có sự hỗ trợ của siêu âm đã được sử dụng thành công để loại bỏ các khối u mỡ đơn lẻ.

Chất béo tích tụ không bao giờ tự thoái hóa và có thể tái phát ngay cả sau khi phẫu thuật cắt bỏ. Vì vậy cần phải theo dõi thường xuyên sau điều trị. Xơ hóa và dính có thể hình thành sau khi tiêm lipolysis và có thể cản trở việc điều trị bằng phẫu thuật hoặc hút mỡ tiếp theo nếu bệnh tái phát ở cùng khu vực.

Đặc biệt sau phẫu thuật, tuân thủ theo phác đồ điều trị của bác sĩ và cai rượu một cách tuyệt đối sẽ hạn chế được tỷ lệ tái phát hay phát triển trở lại của bệnh.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh madelung

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến bệnh Madelung

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong suốt quá trình điều trị. Tái khám đúng hẹn để kiểm tra. Tuân thủ điều trị để kiểm soát các bệnh lý mạn tính đang mắc phải như đái tháo đường, tăng huyết áp... Xây dựng chế độ tập luyện thể dục thể thao để giảm cân và duy trì cân nặng lý tưởng. Ngưng uống rượu, bia, đồ uống có cồn. Cai thuốc lá, không sử dụng các chất kích thích. Kiểm soát căng thẳng, giữ tâm lý thoải mái, lạc quan, nghỉ ngơi hợp lý, hạn chế làm việc quá sức.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong suốt quá trình điều trị. Tái khám đúng hẹn để kiểm tra.

Tuân thủ điều trị để kiểm soát các bệnh lý mạn tính đang mắc phải như đái tháo đường, tăng huyết áp...

Xây dựng chế độ tập luyện thể dục thể thao để giảm cân và duy trì cân nặng lý tưởng.

Ngưng uống rượu, bia, đồ uống có cồn.

Cai thuốc lá, không sử dụng các chất kích thích.

Kiểm soát căng thẳng, giữ tâm lý thoải mái, lạc quan, nghỉ ngơi hợp lý, hạn chế làm việc quá sức.

Chế độ dinh dưỡng:

Tập thói quen ăn chậm nhai kỹ, không ăn quá no, có thể chia nhỏ bữa ăn trong ngày. Chế độ ăn nên đầy đủ chất dinh dưỡng, tăng cường thêm rau xanh, củ quả và đa dạng các loại trái cây, các loại thực phẩm hữu cơ. Hạn chế ăn thịt đỏ, tăng cường ăn các loại cá. Hạn chế thức ăn chứa nhiều dầu mỡ, hay nội tạng động vật, thực phẩm chế biến sẵn hay đóng hộp, thực phẩm biến đổi gen. Hạn chế ăn mặn hoặc quá nhiều tinh bột và đường, các thực phẩm lên men. Không sử dụng chất kích thích, hút thuốc lá, đồ uống có ga có cồn. Uống nhiều nước lọc trong ngày. Tập thói quen ăn chậm nhai kỹ, không ăn quá no, có thể chia nhỏ bữa ăn trong ngày.

Chế độ ăn nên đầy đủ chất dinh dưỡng, tăng cường thêm rau xanh, củ quả và đa dạng các loại trái cây, các loại thực phẩm hữu cơ.

Hạn chế ăn thịt đỏ, tăng cường ăn các loại cá.

Hạn chế thức ăn chứa nhiều dầu mỡ, hay nội tạng động vật, thực phẩm chế biến sẵn hay đóng hộp, thực phẩm biến đổi gen.

Hạn chế ăn mặn hoặc quá nhiều tinh bột và đường, các thực phẩm lên men.

Không sử dụng chất kích thích, hút thuốc lá, đồ uống có ga có cồn.

Uống nhiều nước lọc trong ngày.

Phương pháp phòng ngừa bệnh Madelung

Có thể tham khảo một số biện pháp để phòng ngừa bệnh Madelung như:

Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và chẩn đoán sớm. Tuân thủ điều trị, uống thuốc đúng liều lượng để kiểm soát các bệnh lý mạn tính. Tập thể dục thể thao thường xuyên để giữ mức cân nặng lý tưởng. Tham gia các lớp yoga, thiền giúp tinh thần lạc quan, thoải mái, hạn chế căng thẳng. Chế độ ăn lành mạnh đầy đủ chất dinh dưỡng, hạn chế ăn đồ ăn dầu mỡ, nhiều đường, cai thuốc lá, không uống rượu bia và các chất kích thích. Uống đủ lượng nước trong ngày.

Khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và chẩn đoán sớm.

Tuân thủ điều trị, uống thuốc đúng liều lượng để kiểm soát các bệnh lý mạn tính.

Tập thể dục thể thao thường xuyên để giữ mức cân nặng lý tưởng.
Tham gia các lớp yoga, thiền giúp tinh thần lạc quan, thoải mái, hạn chế căng thẳng.
Chế độ ăn lành mạnh đầy đủ chất dinh dưỡng, hạn chế ăn đồ ăn dầu mỡ, nhiều đường, cai thuốc lá, không uống rượu bia và các chất kích thích.
Uống đủ lượng nước trong ngày.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng kallmann

Hội chứng Kallmann là gì?

Hội chứng Kallmann là một dạng suy sinh dục Hypogonadotropic - một tình trạng xảy ra do sự thiếu hụt hormone giải phóng gonadotropin (GnRH), giúp định hướng sự phát triển của giới tính, thể hiện qua phản ứng của họ với liệu pháp GnRH theo nhịp sinh lý. Mặt khác, chức năng vùng dưới đồi - tuyến yên bình thường ở hầu hết các bệnh nhân và hình ảnh vùng dưới đồi - tuyến yên trên các khảo sát hình ảnh học cho thấy không có tổn thương.

Những người mắc hội chứng Kallmann thường không trải qua dậy thì hoặc bị dậy thì muộn . Nghiên cứu chỉ ra rằng đột biến gen liên quan đến hội chứng Kallmann ảnh hưởng đến các tế bào thần kinh khứu giác trong não của bạn dẫn đến chức năng khứu giác bị suy giảm. Ngoài ra, hội chứng này cũng có thể gây ảnh hưởng đến khả năng sinh sản nếu không được điều trị kịp thời.

Trong một số trường hợp, hội chứng Kallmann cũng có thể ảnh hưởng đến miệng, tai, mắt, thận và tim của người bệnh. Một số trường hợp có các đặc điểm của hội chứng Kallmann mà không bị mất khứu giác được gọi là suy sinh dục vô căn do suy tuyến sinh dục (nIHH).

Hội chứng Kallmann là một bệnh lý bẩm sinh. Theo thống kê, hội chứng bệnh này xảy ra ở 1 trên 30.000 nam và 1 trên 120.000 nữ. Nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nữ giới do đặc điểm di truyền liên kết nhiễm sắc thể X.

Triệu chứng hội chứng kallmann

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng Kallmann

Các triệu chứng của hội chứng Kallmann ở trẻ em có thể bao gồm:

Tầm vóc thấp (trong một số trường hợp); Mất khứu giác (trong một số trường hợp); Bé gái thiếu sự phát triển vú và kinh nguyệt ở tuổi dậy thì; Bé nam không có sự phát triển các đặc điểm giới tính ở tuổi dậy thì như dương vật và tinh hoàn to, râu và giọng nói trầm hơn. Thiếu phát triển các đặc điểm sinh dục thứ cấp như lông mu, lông nách; Chậm phát triển chiều cao so với bạn bè cùng trang lứa.

Tầm vóc thấp (trong một số trường hợp);

Mất khứu giác (trong một số trường hợp);

Bé gái thiếu sự phát triển vú và kinh nguyệt ở tuổi dậy thì;

Bé nam không có sự phát triển các đặc điểm giới tính ở tuổi dậy thì như dương vật và tinh hoàn to, râu và giọng nói trầm hơn.

Thiếu phát triển các đặc điểm sinh dục thứ cấp như lông mu, lông nách;

Chậm phát triển chiều cao so với bạn bè cùng trang lứa.

Các triệu chứng của hội chứng Kallmann ở người lớn có thể bao gồm:

Thường xuyên mất năng lượng hoặc cảm thấy mệt mỏi; Tăng cân; Dễ thay đổi tâm trạng và cảm xúc; Giảm hoặc mất kinh nguyệt ở phụ nữ; Giảm ham muốn tình dục ở nam giới; Cảm thấy người khô khan; Giảm khối lượng cơ và sức mạnh cơ bắp; Giảm mật độ xương, dễ dẫn đến loãng xương.

Thường xuyên mất năng lượng hoặc cảm thấy mệt mỏi;

Tăng cân;

Dễ thay đổi tâm trạng và cảm xúc;

Giảm hoặc mất kinh nguyệt ở phụ nữ;

Giảm ham muốn tình dục ở nam giới;

Cảm thấy người khô khan;

Giảm khối lượng cơ và sức mạnh cơ bắp;

Giảm mật độ xương, dễ dẫn đến loãng xương.

Một số người mắc hội chứng Kallmann còn có những đặc điểm khác không liên quan đến sức khỏe sinh sản, bao gồm:

Suy thận hoặc chỉ có một thận; Sứt môi và hở hàm ếch; Bất thường về răng; Cân bằng kém; Vẹo cột sống; Chuyển động mắt bất thường. Mất thính giác hoặc giảm khả năng nghe; Rối loạn thị giác như mù màu hoặc nhược thị .

Suy thận hoặc chỉ có một thận;

Sứt môi và hở hàm ếch;

Bất thường về răng;

Cân bằng kém;

Vẹo cột sống;

Chuyển động mắt bất thường.

Mất thính giác hoặc giảm khả năng nghe;

Rối loạn thị giác như mù màu hoặc nhược thị .

Biến chứng có thể gặp khi mắc hội chứng Kallmann

Một số biến chứng có thể gặp khi mắc hội chứng Kallmann bao gồm:

Bệnh tim bẩm sinh: Bao gồm thông liên nhĩ , thông liên thất, block nhĩ thất, dị tật van 3 lá (Ebstein), quai động mạch chủ phải, block nhánh phải và hội chứng Wolff-Parkinson-White, chuyển vị các mạch máu lớn. Chẩn đoán sớm và quản lý các tình trạng này là rất quan trọng để giảm thiểu tỷ lệ tử vong và bệnh tật của bệnh nhân. Biểu hiện thần kinh: Mất khứu giác hoặc giảm khứu giác xảy ra ở tất cả các trường hợp mắc hội chứng Kallmann. Một số người bệnh còn biểu hiện các triệu chứng thần kinh khác như mất điều hòa tiểu não, bất thường về vận động mắt, suy giảm thị lực, chậm phát triển tâm thần, co giật , điếc thần kinh, liệt cứng hai chân và tăng đông vận. Loãng xương : Người bệnh bị suy sinh dục trong hội chứng Kallmann có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn. Sút môi và hở hàm ếch. Bệnh vẩy cá. Ảnh hưởng tâm lý: Người bệnh có thể trải qua căng thẳng, lo âu hoặc trầm cảm do tác động của bệnh lên cuộc sống hàng ngày.

Bệnh tim bẩm sinh: Bao gồm thông liên nhĩ , thông liên thất, block nhĩ thất, dị tật van 3 lá (Ebstein), quai động mạch chủ phải, block nhánh phải và hội chứng Wolff-Parkinson-White, chuyển vị các mạch máu lớn. Chẩn đoán sớm và quản lý các tình trạng này là rất quan trọng để giảm thiểu tỷ lệ tử vong và bệnh tật của bệnh nhân.

Biểu hiện thần kinh: Mất khứu giác hoặc giảm khứu giác xảy ra ở tất cả các trường hợp mắc hội chứng Kallmann. Một số người bệnh còn biểu hiện các triệu chứng thần kinh khác như mất điều hòa tiểu não, bất thường về vận động mắt, suy giảm thị lực, chậm phát triển tâm thần, co giật , điếc thần kinh, liệt cứng hai chân và tăng đông vận.

Loãng xương : Người bệnh bị suy sinh dục trong hội chứng Kallmann có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn.

Sút môi và hở hàm ếch.

Bệnh vẩy cá.

Ảnh hưởng tâm lý: Người bệnh có thể trải qua căng thẳng, lo âu hoặc trầm cảm do tác động của bệnh lên cuộc sống hàng ngày.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu con bạn có các triệu chứng bất thường khi không phát triển trong độ tuổi dậy thì hoặc bạn có các triệu chứng thuộc hội chứng Kallmann ở người lớn, hãy đến thăm khám và nhận sự tư vấn điều trị từ bác sĩ kịp thời để ngăn chặn các biến chứng có thể xảy ra của bệnh. Việc chẩn đoán và điều trị sớm có thể cải thiện chất lượng cuộc sống và khả năng sinh sản của người bệnh.

Nguyên nhân hội chứng kallmann

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng Kallmann

Hội chứng Kallmann có thể được di truyền theo ba cách.

Trong một số trường hợp, đột biến gen liên quan đến hội chứng Kallmann được di truyền theo kiểu liên kết trên nhiễm sắc thể X. Điều đó có nghĩa là nam giới (chỉ có một nhiễm sắc thể X) chỉ cần một bản sao của gen đột biến để gây ra hội chứng Kallmann, trong khi nữ giới (có hai nhiễm sắc thể X) cần hai bản sao. Có nghĩa là người cha dù có mang gen đột biến cũng không thể truyền bệnh cho con trai của họ. Một ví dụ về loại hội chứng Kallmann được di truyền theo cách này là một dạng gây ra bởi đột biến gen ANOS1. Một số trường hợp khác, đột biến gen di truyền thông qua kiểu gen trội trên nhiễm sắc thể thường, có nghĩa là chỉ cần cha hoặc mẹ có gen đột biến là có thể truyền cho con. Hội chứng Kallmann do đột biến gen ở các gen liệt kê dưới đây thường được di truyền theo cách này gồm FGFR1, PROKR2, PROK2, CHD7 và FGF8. Một số trường hợp khác, đột biến gen di truyền theo kiểu gen lặn trên nhiễm sắc thể thường, có nghĩa là cả cha lẫn mẹ (thường không biểu hiện triệu chứng) khi sinh con có thể mắc hội chứng Kallmann. Đột biến ở gen PROKR và PROK2 được di truyền theo cách này

Trong một số trường hợp, đột biến gen liên quan đến hội chứng Kallmann được di truyền theo kiểu liên kết trên nhiễm sắc thể X. Điều đó có nghĩa là nam giới (chỉ có một nhiễm sắc thể X) chỉ cần một bản sao của gen đột biến để gây ra hội chứng Kallmann, trong khi nữ giới (có hai nhiễm sắc thể X) cần hai bản sao. Có

nghĩa là người cha dù có mang gen đột biến cũng không thể truyền bệnh cho con trai của họ. Một ví dụ về loại hội chứng Kallmann được di truyền theo cách này là một dạng gây ra bởi đột biến gen ANOS1.

Một số trường hợp khác, đột biến gen di truyền thông qua kiểu gen trội trên nhiễm sắc thể thường, có nghĩa là chỉ cần cha hoặc mẹ có gen đột biến là có thể truyền cho con. Hội chứng Kallmann do đột biến gen ở các gen liệt kê dưới đây thường được di truyền theo cách này gồm FGFR1, PROKR2, PROK2, CHD7 và FGF8.

Một số trường hợp khác, đột biến gen di truyền theo kiểu gen lặn trên nhiễm sắc thể thường, có nghĩa là cả cha lẫn mẹ (thường không biểu hiện triệu chứng) khi sinh con có thể mắc hội chứng Kallmann. Đột biến ở gen PROKR và PROK2 được di truyền theo cách này

Ở những người mắc hội chứng Kallmann, những đột biến gen nói trên làm thay đổi cấu trúc hoặc chức năng của một số tế bào thần kinh trong não. Trước khi sinh, các tế bào thần kinh khứu giác (chịu trách nhiệm về cảm nhận mùi) và tế bào thần kinh chịu trách nhiệm giải phóng hormone giải phóng gonadotropin (GnRH) được hình thành. Khi thai nhi trưởng thành, những tế bào thần kinh này bắt đầu di chuyển từ mũi vào não, tiến về vùng dưới đồi. Tuy nhiên, do một số đột biến gen nhất định, những tế bào thần kinh này dường như không di chuyển về đúng vị trí trong quá trình phát triển ở những người bệnh mắc hội chứng Kallmann.

Nếu không có GnRH để thúc đẩy quá trình dậy thì, tuyến yên sẽ không giải phóng các hormone sinh dục liên quan đến giai đoạn này như hormone kích thích nang trứng FSH hoặc hormone tạo hoàng thể LH. Từ đó, tinh hoàn và buồng trứng sẽ không được thúc đẩy để sản xuất testosterone và estrogen dẫn đến không có sự phát triển của các đặc điểm sinh dục thứ cấp như phát triển vú, mọc lông mu và mọc râu.

Ngoài yếu tố di truyền, một số nghiên cứu đã cho thấy rằng môi trường mà thai nhi phát triển trong tử cung cũng có thể ảnh hưởng đến sự di chuyển và phát triển của các tế bào sản xuất hormone GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone) và tế bào thần kinh khứu giác. Cụ thể, nếu trong quá trình mang thai, người mẹ tiếp xúc với các yếu tố như stress, nhiễm trùng, hoặc các chất hóa học độc hại, điều này có thể gây ra rối loạn trong quá trình hình thành và di chuyển của các tế bào này từ mũi vào não bộ của thai nhi. Sự gián đoạn này có thể dẫn đến việc thiếu hụt GnRH và mất khứu giác ở trẻ sau khi sinh, góp phần gây ra hội chứng Kallmann.

Điều này có nghĩa là không chỉ gen di truyền mới ảnh hưởng đến sự phát triển của hội chứng Kallmann, mà còn có những yếu tố môi trường trong tử cung có thể tác động đến cách các tế bào quan trọng di chuyển và phát triển, ảnh hưởng đến khả năng dậy thì và khứu giác của trẻ.

Nguy cơ hội chứng kallmann

Những ai có nguy cơ mắc phải hội chứng Kallmann?

Một số người có nguy cơ cao mắc phải hội chứng Kallmann là:

Có ba hoặc mẹ mang gen đột biến liên quan đến hội chứng Kallmann. Có người thân trực hệ mang gen đột biến liên quan đến hội chứng Kallmann. Nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nữ giới do đặc điểm di truyền liên kết nhiễm sắc thể X.

Có ba hoặc mẹ mang gen đột biến liên quan đến hội chứng Kallmann.

Có người thân trực hệ mang gen đột biến liên quan đến hội chứng Kallmann.

Nam giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nữ giới do đặc điểm di truyền liên kết nhiễm sắc thể X.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải hội chứng Kallmann

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải hội chứng Kallmann là:

Không có các đặc điểm phát triển sinh dục thứ phát. Mất kinh nguyệt hoặc giảm ham muốn tình dục. Mất khứu giác. Các bất thường về hàm, răng và cột sống. Tiền sử gia đình có người mắc suy sinh dục hoặc mất khứu giác.

Không có các đặc điểm phát triển sinh dục thứ phát.

Mất kinh nguyệt hoặc giảm ham muốn tình dục.

Mất khứu giác.

Các bất thường về hàm, răng và cột sống.

Tiền sử gia đình có người mắc suy sinh dục hoặc mất khứu giác.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng kallmann

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm hội chứng Kallmann

Hội chứng Kallmann là bệnh lý di truyền nên xuất hiện ngay từ khi sinh ra. Tuy nhiên, nhiều người bệnh không được chẩn đoán cho đến tuổi dậy thì trong độ tuổi

từ 14 đến 16. Bác sĩ sẽ tiến hành hỏi về một số triệu chứng biểu hiện của dậy thì muộn và chức năng khứu giác (bài test xác định 40 mùi khác nhau). Một số cận lâm sàng bác sĩ có thể yêu cầu kiểm tra gồm:

Xét nghiệm sinh hóa: Là một phần quan trọng trong chẩn đoán hội chứng Kallmann. GnRH không thể đo lường trực tiếp trong cơ thể. Thay vào đó, bác sĩ sẽ đo nồng độ của các hormone như LH, FSH và các hormone steroid sinh dục như testosterone, estrogen và progesterone trong máu. Chụp cộng hưởng từ não (MRI): Kiểm tra vùng dưới đồi, tuyến yên và mũi để tìm nguyên nhân khiến nồng độ hormone và chức năng khứu giác không ổn định. Chẩn đoán có thể được xác nhận bằng xét nghiệm di truyền. Đo mật độ xương có thể được thực hiện để đánh giá nguy cơ loãng xương ở người bệnh. Người mắc hội chứng Kallmann thường bị thiếu hụt hormone sinh dục như testosterone ở nam giới và estrogen ở nữ giới. Những hormone này đóng vai trò thiết yếu trong việc duy trì sức khỏe của xương. Thiếu hụt hormone sinh dục có thể dẫn đến giảm mật độ xương, làm cho xương trở nên yếu và giòn hơn, tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương. Việc đo mật độ xương giúp bác sĩ đánh giá được mức độ chắc khỏe của xương và xác định nguy cơ loãng xương ở người bệnh. Thông qua kết quả đo, bác sĩ có thể đề xuất các biện pháp can thiệp kịp thời như điều chỉnh liệu pháp hormone, bổ sung canxi và vitamin D, hoặc thay đổi lối sống nhằm cải thiện sức khỏe xương và giảm nguy cơ biến chứng.

Xét nghiệm sinh hóa: Là một phần quan trọng trong chẩn đoán hội chứng Kallmann. GnRH không thể đo lường trực tiếp trong cơ thể. Thay vào đó, bác sĩ sẽ đo nồng độ của các hormone như LH, FSH và các hormone steroid sinh dục như testosterone, estrogen và progesterone trong máu.

Chụp cộng hưởng từ não (MRI): Kiểm tra vùng dưới đồi, tuyến yên và mũi để tìm nguyên nhân khiến nồng độ hormone và chức năng khứu giác không ổn định.

Chẩn đoán có thể được xác nhận bằng xét nghiệm di truyền.

Đo mật độ xương có thể được thực hiện để đánh giá nguy cơ loãng xương ở người bệnh. Người mắc hội chứng Kallmann thường bị thiếu hụt hormone sinh dục như testosterone ở nam giới và estrogen ở nữ giới. Những hormone này đóng vai trò thiết yếu trong việc duy trì sức khỏe của xương. Thiếu hụt hormone sinh dục có thể dẫn đến giảm mật độ xương, làm cho xương trở nên yếu và giòn hơn, tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương. Việc đo mật độ xương giúp bác sĩ đánh giá được mức độ chắc khỏe của xương và xác định nguy cơ loãng xương ở người bệnh. Thông qua kết quả đo, bác sĩ có thể đề xuất các biện pháp can thiệp kịp thời như điều chỉnh liệu pháp hormone, bổ sung canxi và vitamin D, hoặc thay đổi lối sống nhằm cải thiện sức khỏe xương và giảm nguy cơ biến chứng.

Điều trị hội chứng Kallmann

Hội chứng Kallmann thường được điều trị bằng liệu pháp thay thế hormone. Các phương pháp cụ thể tùy thuộc vào vấn đề hiện tại của người bệnh, nhưng các phương pháp điều trị có thể bao gồm:

Tiêm testosterone, miếng dán hoặc gel cho nam. Thuốc estrogen và progesterone hoặc miếng dán cho phụ nữ. Tiêm GnRH có thể được sử dụng để kích thích rụng trứng ở những phụ nữ không rụng trứng hoặc có kinh nguyệt đều đặn. Tiêm HCG có thể được sử dụng để tăng số lượng tinh trùng ở nam giới và tăng khả năng sinh sản ở nữ giới.

Tiêm testosterone, miếng dán hoặc gel cho nam.

Thuốc estrogen và progesterone hoặc miếng dán cho phụ nữ.

Tiêm GnRH có thể được sử dụng để kích thích rụng trứng ở những phụ nữ không rụng trứng hoặc có kinh nguyệt đều đặn.

Tiêm HCG có thể được sử dụng để tăng số lượng tinh trùng ở nam giới và tăng khả năng sinh sản ở nữ giới.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng kallmann

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hội chứng Kallmann

Chế độ sinh hoạt:

Phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng của hội chứng Kallmann. Tái khám thường xuyên để được bác sĩ theo dõi tình trạng sức khỏe tổng thể và sức khỏe sinh sản. Hạn chế căng thẳng tâm lý. Sử dụng liệu pháp hormone thay thế dưới sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa. Tham gia các hoạt động thể thao phù hợp để cải thiện sức khỏe tổng thể và tăng cường mật độ xương.

Phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng của hội chứng Kallmann.

Tái khám thường xuyên để được bác sĩ theo dõi tình trạng sức khỏe tổng thể và sức khỏe sinh sản.

Hạn chế căng thẳng tâm lý.

Sử dụng liệu pháp hormone thay thế dưới sự tư vấn của bác sĩ chuyên khoa.

Tham gia các hoạt động thể dục thể thao phù hợp để cải thiện sức khỏe tổng thể và tăng cường mật độ xương.

Chế độ dinh dưỡng:

Một chế độ dinh dưỡng với đầy đủ các nhóm chất có thể mang lại một cơ thể khỏe mạnh và hỗ trợ quá trình điều trị bệnh:

Ngũ cốc: Chất bột đường từ gạo, bắp, khoai, sắn, lúa mì,... là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể. Protein: Là nguồn cung cấp acid amin thiết yếu cho cơ thể, nên bổ sung đa dạng các loại thực phẩm giàu protein như thịt đỏ, các loại cá béo, trứng, sữa, hải sản, các loại đậu,... Chất béo: Các chất béo lành mạnh có trong quả bơ, các loại cá béo, dầu thực vật, các loại hạt,... Rau xanh và trái cây: Cung cấp chất xơ, vitamin và khoáng chất giúp cơ thể tăng cường khả năng trao đổi chất, chống oxy hóa, tăng sức đề kháng. Bổ sung thực phẩm giàu canxi và vitamin D để hỗ trợ sức khỏe xương.

Ngũ cốc: Chất bột đường từ gạo, bắp, khoai, sắn, lúa mì,... là nguồn cung cấp năng lượng chính cho cơ thể.

Protein: Là nguồn cung cấp acid amin thiết yếu cho cơ thể, nên bổ sung đa dạng các loại thực phẩm giàu protein như thịt đỏ, các loại cá béo, trứng, sữa, hải sản, các loại đậu,...

Chất béo: Các chất béo lành mạnh có trong quả bơ, các loại cá béo, dầu thực vật, các loại hạt,...

Rau xanh và trái cây: Cung cấp chất xơ, vitamin và khoáng chất giúp cơ thể tăng cường khả năng trao đổi chất, chống oxy hóa, tăng sức đề kháng.

Bổ sung thực phẩm giàu canxi và vitamin D để hỗ trợ sức khỏe xương.

Phòng ngừa hội chứng Kallmann

Không có cách nào để phòng ngừa hội chứng Kallmann vì đây là một bệnh lý di truyền do đột biến gen.

Hãy nhờ sự tư vấn từ các chuyên gia Sản khoa trước khi có ý định mang thai và có thể tiến hành một số xét nghiệm di truyền ở cả hai vợ chồng. Các bác sĩ có thể ước tính giúp bạn khả năng mang thai mắc các bệnh lý bẩm sinh trong một số bệnh và thông tin về những biểu hiện sẽ có trên thai nhi nếu mang đột biến gen bệnh. Tư vấn di truyền có thể giúp gia đình hiểu rõ hơn về nguy cơ và lựa chọn trong việc sinh con.

=====

Tìm hiểu chung bệnh to các viễn cực

Bệnh to các viễn cực (Acromegaly) là một rối loạn hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, rối loạn này là do thủy trước tuyến yên sản xuất quá nhiều hormone tăng trưởng. Dẫn đến sự phát triển quá mức các mô cơ thể và các rối loạn chức năng khác.

Hormone tăng trưởng (GH) được sản xuất chủ yếu ở tuyến yên, kiểm soát sự phát triển thể chất của cơ thể. Ở người lớn, khi có quá nhiều hormone này sẽ khiến xương, sụn, các cơ quan trong cơ thể và các mô tăng kích thước. Những thay đổi thường gặp về ngoại hình bao gồm mũi, tai, tay và chân to hoặc sưng.

Bên cạnh các thay đổi đặc trưng về ngoại hình, quá nhiều hormone tăng trưởng còn ảnh hưởng đến nhiều hệ thống trên khắp cơ thể, bao gồm cả tim mạch, thấp khớp, thần kinh, phổi, quá trình tân sinh và chuyển hoá.

Việc sàng lọc và chẩn đoán sớm phù hợp là rất quan trọng để hạn chế tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến bệnh to các viễn cực.

Triệu chứng bệnh to các viễn cực

Những dấu hiệu và triệu chứng của Bệnh to các viễn cực

Các triệu chứng của bệnh to các viễn cực có thể khác nhau ở mỗi người. Những thay đổi phổ biến về ngoại hình có thể gồm:

Bàn tay và bàn chân trở nên to hơn, bạn có thể nhận thấy sự thay đổi về kích cỡ như nhẫn hoặc giày, đặc biệt là chiều rộng của giày. Môi, mũi và lưỡi trở nên to hơn. Thay đổi về xương như trán và hàm dưới nhô ra, sống mũi to hơn và khoảng cách giữa các răng tăng lên. Da trở nên dày hơn, thô và nhờn. Tăng tiết mồ hôi và mùi cơ thể. Giọng nói trở nên trầm hơn. U mềm treo, là khối u mềm, thường có màu trùng với màu da, cũng có khi lớn hơn và sẫm màu hơn.

Bàn tay và bàn chân trở nên to hơn, bạn có thể nhận thấy sự thay đổi về kích cỡ như nhẫn hoặc giày, đặc biệt là chiều rộng của giày.

Môi, mũi và lưỡi trở nên to hơn.

Thay đổi về xương như trán và hàm dưới nhô ra, sống mũi to hơn và khoảng cách

giữa các răng tăng lên.

Da trở nên dày hơn, thô và nhòn.

Tăng tiết mồ hôi và mùi cơ thể.

Giọng nói trở nên trầm hơn.

U mềm treo, là khối u mềm, thường có màu trùng với màu da, cũng có khi lớn hơn và sẫm màu hơn.

Một số triệu chứng khác có thể bao gồm:

Nhức đầu; Đau khớp; Vấn đề về thị lực.

Nhức đầu;

Đau khớp;

Vấn đề về thị lực.

Biến chứng có thể gặp khi mắc Bệnh to các viển cực

Bệnh to các viển cực có thể điều trị được ở hầu hết tất cả mọi người. Nhưng vì triệu chứng xuất hiện chậm nên các vấn đề về sức khỏe có thể phát triển trước khi người bệnh được chẩn đoán bệnh và điều trị.

Các biến chứng liên quan đến bệnh to các viển cực bao gồm:

Bệnh đái tháo đường type 2; Tăng huyết áp; Bệnh tim mạch; Hội chứng ngưng thở khi ngủ; Viêm khớp; Hội chứng ống cổ tay; Các tình trạng khác ảnh hưởng đến xương và cơ.

Bệnh đái tháo đường type 2;

Tăng huyết áp;

Bệnh tim mạch;

Hội chứng ngưng thở khi ngủ;

Viêm khớp;

Hội chứng ống cổ tay;

Các tình trạng khác ảnh hưởng đến xương và cơ.

Những người mắc bệnh to các viển cực cũng có nguy cơ mắc polyp đại tràng cao hơn, có thể phát triển thành ung thư nếu không được cắt bỏ.

Nếu không được điều trị, bệnh to các viển cực có thể dẫn đến các vấn đề về sức khỏe nghiêm trọng và tử vong sớm. Nhưng nếu điều trị thành công, các triệu chứng thường cải thiện và có thể biến mất hoàn toàn, tuổi thọ có thể trở về bình thường.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi bạn nhận thấy các dấu hiệu thay đổi về ngoại hình của mình, hoặc các triệu chứng có thể gặp khi mắc bệnh to các viển cực như đã đề cập ở trên. Hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán sớm và điều trị. Việc điều trị sớm mang lại một kết quả tích cực cho tình trạng sức khỏe của bạn, hạn chế các biến chứng và tử vong sớm do bệnh to các viển cực.

Nguyên nhân bệnh to các viển cực

Bệnh to các viển cực phát triển khi tuyến yên tiết ra quá nhiều hormone tăng trưởng (GH) vào cơ thể trong một thời gian dài. Khi GH đi vào máu, nó sẽ kích thích gan sản xuất hormone IGF-1 (Insulin-like growth factor 1), yếu tố tăng trưởng giống insulin 1. IGF-1 là hormone thực sự khiến xương và mô trong cơ thể phát triển.

Mức hormone IGF-1 cao cũng gây ra các vấn đề khác của cơ thể bao gồm rối loạn về đường huyết, lipid máu, có thể dẫn đến đái tháo đường type 2, tăng huyết áp hay các bệnh lý tim mạch.

Nguyên nhân dẫn đến tiết quá nhiều hormone tăng trưởng đa số là do u tuyến yên (khoảng 9 trên 10 trường hợp). Hiếm gặp hơn có thể là do u ở khu vực khác trong cơ thể. Điều gì dẫn đến khối u tuyến yên vẫn chưa được biết rõ, yếu tố di truyền có thể đóng một vai trò nào đó trong việc gây ra u tuyến yên, như ở người trẻ tuổi bệnh to các viển cực có liên quan đến khiếm khuyết ở một số gen nhất định.

Nguy cơ bệnh to các viển cực

Những ai có nguy cơ mắc phải Bệnh to các viển cực?

Bệnh to các viển cực có thể phát triển ở mọi lứa tuổi sau dậy thì, nhưng bệnh thường được chẩn đoán ở người lớn độ tuổi từ khoảng 40 đến 50 (tuổi trung niên).

Bệnh to các viển cực là một tình trạng cực kỳ hiếm, với tỷ lệ ước tính khoảng 3 đến 14 trường hợp mắc bệnh trên 100.000 người.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải Bệnh to các viển cực

Không rõ các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh to các viển cực. Đôi khi bệnh to các viển cực có tính di truyền trong gia đình, tuy nhiên hầu hết các trường hợp không được di truyền. Bệnh to các viển cực có thể phát triển tự nhiên do sự thay

di truyền trong các tế bào tuyến yên. Hoặc đối với bệnh to các viển cực do u ở các bộ phận khác như u phổi, u tuyến tụy hay u khác ở não, cũng có thể liên quan đến một số điều kiện di truyền.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh to các viển cực

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm Bệnh to các viển cực

Chẩn đoán bệnh to các viển cực thông thường được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa nội tiết. Bác sĩ sẽ chẩn đoán bệnh dựa trên tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và chỉ định các xét nghiệm phù hợp.

Các xét nghiệm giúp chẩn đoán bệnh to các viển cực bao gồm:

Xét nghiệm IGF: Mức hormone tăng trưởng (GH) có thể thay đổi trong ngày, xét nghiệm đáng tin cậy để theo dõi mức GH là đo IGF-1 trong máu. Trong hầu hết các trường hợp, mức IGF-1 cao cho thấy bạn mắc bệnh to các viển cực. Xét nghiệm dung nạp glucose : Để xác nhận chẩn đoán, bác sĩ sẽ yêu cầu xét nghiệm dung nạp glucose đường uống. Chụp cộng hưởng từ sọ não: Để đánh giá khối u ở tuyến yên, chụp cộng hưởng từ thường được sử dụng để quan sát hình ảnh ở não của bạn. Chụp cắt lớp vi tính (CT) sọ não : Trong trường hợp không thể lựa chọn chụp cộng hưởng từ (ví dụ như bạn có máy tạo nhịp tim hoặc các thiết bị cấy ghép có kim loại), bác sĩ có thể yêu cầu chụp cắt lớp vi tính để thay thế.

Xét nghiệm IGF: Mức hormone tăng trưởng (GH) có thể thay đổi trong ngày, xét nghiệm đáng tin cậy để theo dõi mức GH là đo IGF-1 trong máu. Trong hầu hết các trường hợp, mức IGF-1 cao cho thấy bạn mắc bệnh to các viển cực.

Xét nghiệm dung nạp glucose : Để xác nhận chẩn đoán, bác sĩ sẽ yêu cầu xét nghiệm dung nạp glucose đường uống.

Chụp cộng hưởng từ sọ não: Để đánh giá khối u ở tuyến yên, chụp cộng hưởng từ thường được sử dụng để quan sát hình ảnh ở não của bạn.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) sọ não : Trong trường hợp không thể lựa chọn chụp cộng hưởng từ (ví dụ như bạn có máy tạo nhịp tim hoặc các thiết bị cấy ghép có kim loại), bác sĩ có thể yêu cầu chụp cắt lớp vi tính để thay thế.

Nếu các hình ảnh học sọ não không tìm thấy khối u tuyến yên, bác sĩ sẽ tìm kiếm các khối u không phải tuyến yên gây ra bệnh to các viển cực ở bạn.

Điều trị Bệnh to các viển cực

Nội khoa

Hiện nay, có ba loại thuốc được sử dụng để điều trị bệnh to các viển cực. Tuy nhiên, thuốc không phải là lựa chọn giúp điều trị khỏi bệnh mà chúng chỉ giúp kiểm soát bệnh, điều chỉnh mức hormone trong cơ thể bạn. Các loại thuốc có thể sử dụng bao gồm:

Chất tương tự somatostatin; Chất chủ vận Dopamine; Thuốc đối kháng thụ thể hormone tăng trưởng (ví dụ như Pegvisomant).

Chất tương tự somatostatin;

Chất chủ vận Dopamine;

Thuốc đối kháng thụ thể hormone tăng trưởng (ví dụ như Pegvisomant).

Trong trường hợp không thể phẫu thuật, không thể loại bỏ hoàn toàn khối u, không thể sử dụng thuốc, xạ trị có thể là lựa chọn điều trị cho bạn.

Ngoại khoa

Phẫu thuật là lựa chọn điều trị giúp loại bỏ khối u tuyến yên và có khả năng giúp chữa khỏi bệnh. Trong hầu hết các trường hợp, phẫu thuật giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng của bệnh to các viển cực hoặc khắc phục hoàn toàn tình trạng này. Chỉ định phẫu thuật cụ thể sẽ phụ thuộc vào kích thước và vị trí của khối u.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh to các viển cực

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn tiến của Bệnh to các viển cực

Chế độ sinh hoạt:

Khi đã thành lập chẩn đoán bệnh to các viển cực, điều quan trọng để hạn chế diễn tiến bệnh là tuân thủ điều trị của bác sĩ. Bên cạnh đó, bạn cần theo dõi các triệu chứng của mình, tái khám đúng hẹn và trao đổi với bác sĩ để đảm bảo việc điều trị của bạn đang tiến triển tốt.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung đầy đủ dưỡng chất thiết yếu theo hướng dẫn từ chuyên gia y tế.

Phòng ngừa Bệnh to các viển cực

Bệnh to các viển cực không có cách để phòng ngừa. Các nhà khoa học không chắc chắn về nguyên nhân gây ra khối u tuyến yên khiến bệnh to các viển cực phát triển. Một số yếu tố di truyền có thể đóng vai trò trong tình trạng u tuyến yên,

tuy nhiên, bạn cũng không thể ngăn ngừa tình trạng này.

Các câu hỏi thường gặp về Bệnh to các viển cực

Bệnh to các viển cực có thể chữa khỏi không?

Bệnh to các viển cực có thể chữa được trong một số trường hợp, nhưng không phải là tất cả. Tỷ lệ chữa khỏi bằng phẫu thuật cắt bỏ khối u tuyến yên gây ra bệnh to các viển cực là khoảng 85% (đối với khối u nhỏ), 40% đến 50% đối với khối u lớn.

Tôi không phẫu thuật điều trị mà chỉ uống thuốc thì có thể chữa khỏi bệnh to các viển cực không?

Trong trường hợp không phẫu thuật u tuyến yên để điều trị bệnh to các viển cực thì không thể chữa khỏi bệnh. Mặc dù chỉ điều trị bằng thuốc không giúp khỏi bệnh hoàn toàn, nhưng thuốc có tác dụng điều trị lâu dài và an toàn.

Bệnh to các viển cực và bệnh khổng lồ có giống nhau không?

Bệnh to các viển cực và bệnh khổng lồ đều là do tình trạng dư thừa hormone tăng trưởng (GH). Sự khác biệt ở chỗ là tình trạng thừa hormone này ảnh hưởng đến đối tượng nào. Thừa GH ở người lớn sẽ phát triển bệnh to cực, trong khi ở trẻ em sẽ phát triển bệnh khổng lồ.

Bệnh to các viển cực có phổ biến không?

Không phổ biến, bệnh to các viển cực là một tình trạng cực kỳ hiếm gặp, với tỷ lệ mắc ước tính chỉ khoảng 3 đến 14 người được chẩn đoán bệnh trên 100.000 người.

Tiền lượng của bệnh to các viển cực có tốt không?

Tiền lượng của bệnh to các viển cực phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và hiệu quả của liệu pháp điều trị. Nếu không được điều trị, bệnh có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của bạn và có thể dẫn đến tử vong sớm. Tuy nhiên nếu được điều trị, nhiều người mắc bệnh to các viển cực nhận thấy các triệu chứng được cải thiện một cách đáng kể.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng tăng tiết adh không thích hợp

Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp là gì?

Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp (SIADH) là một tình trạng được xác định bởi sự giải phóng không bị ức chế của hormone chống bài niệu (ADH) từ tuyến yên hoặc ở những nơi khác ngoài tuyến yên hoặc hoạt động liên tục của nó trên các thụ thể vasopressin.

ADH còn được gọi là vasopressin, là một hormone mà vùng dưới đồi tạo ra và tuyến yên sau dự trữ và giải phóng. ADH tham gia vào cơ chế cân bằng nội mô giúp điều hòa sự cân bằng nước trong cơ thể.

ADH đóng vai trò trong các quá trình sau:

Sự cân bằng nước và muối (natri) trong máu của bạn; Điều hòa huyết áp; Hỗ trợ hoạt động của thận. ADH giúp thận kiểm soát lượng nước cơ thể mất đi qua nước tiểu.

Sự cân bằng nước và muối (natri) trong máu của bạn;

Điều hòa huyết áp;

Hỗ trợ hoạt động của thận. ADH giúp thận kiểm soát lượng nước cơ thể mất đi qua nước tiểu.

SIADH khiến cơ thể bạn giữ quá nhiều nước làm hạ natri máu, tức lượng natri (muối) trong máu thấp.

Triệu chứng hội chứng tăng tiết adh không thích hợp

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Với hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp (SIADH), nước tiểu rất cô đặc. Không đủ nước được bài tiết và có quá nhiều nước trong máu. Điều này làm loãng nhiều chất trong máu như natri. Nồng độ natri trong máu thấp là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra các triệu chứng của SIADH.

Thông thường, nồng độ natri thấp nhẹ không gây ra triệu chứng, nhưng hạ natri máu từ trung bình đến nặng có thể gây ra các triệu chứng sau:

Chuột rút cơ hoặc yếu cơ. Buồn nôn và nôn . Đau đầu . Cáu gắt. Có vấn đề về thăng bằng, có thể dẫn đến té ngã. Thay đổi về tinh thần, chẳng hạn như nhầm lẫn, vấn đề về trí nhớ và/hoặc hành vi kỳ lạ.

Chuột rút cơ hoặc yếu cơ.

Buồn nôn và nôn .

Đau đầu .

Cáu gắt.

Có vấn đề về thăng bằng, có thể dẫn đến té ngã.

Thay đổi về tinh thần, chẳng hạn như nhầm lẫn, vấn đề về trí nhớ và/hoặc hành vi kỳ lạ.

Các triệu chứng nghiêm trọng hơn có thể bao gồm:

Ảo giác. Suy hô hấp. Co giật . Hôn mê.

Ảo giác.

Suy hô hấp.

Co giật .

Hôn mê.

Nếu không điều trị, SIADH có thể dẫn đến tử vong.

Biến chứng có thể gặp khi mắc hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Các biến chứng của SIADH sẽ phụ thuộc vào mức độ natri trong máu thấp. Các biến chứng tiềm ẩn bao gồm:

Nhức đầu. Vấn đề về trí nhớ. Trầm cảm . Chấn động. Chuột rút cơ bắp.

Nhức đầu.

Vấn đề về trí nhớ.

Trầm cảm .

Chấn động.

Chuột rút cơ bắp.

Các biến chứng nghiêm trọng hơn bao gồm:

Suy hô hấp. Co giật. Ảo giác. Sụp mí, khó nói, khó nuốt: Hội chứng mất myelin trung tâm cầu não (Central Pontine Myelinolysis), một biến chứng nghiêm trọng khi điều chỉnh natri máu quá nhanh. Việc điều chỉnh nồng độ natri máu cần được thực hiện cẩn thận để tránh các biến chứng nguy hiểm. Hôn mê. Tử vong.

Suy hô hấp.

Co giật.

Ảo giác.

Sụp mí, khó nói, khó nuốt: Hội chứng mất myelin trung tâm cầu não (Central Pontine Myelinolysis), một biến chứng nghiêm trọng khi điều chỉnh natri máu quá nhanh. Việc điều chỉnh nồng độ natri máu cần được thực hiện cẩn thận để tránh các biến chứng nguy hiểm.

Hôn mê.

Tử vong.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu xuất hiện các triệu chứng hạ natri máu, chẳng hạn như chuột rút cơ, buồn nôn và nôn, đau đầu hoặc các vấn đề về thăng bằng hay khi có các triệu chứng hạ natri máu nghiêm trọng chẳng hạn như lú lẫn , mê sảng hoặc co giật, hãy đến bệnh viện gần nhất càng sớm càng tốt. Việc can thiệp y tế kịp thời có thể ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng và cải thiện tiên lượng bệnh.

Nguyên nhân hội chứng tăng tiết adh không thích hợp

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Thông thường nhất, SIADH xảy ra thứ phát sau một quá trình bệnh khác ở nơi khác trong cơ thể. SIADH di truyền, còn được gọi là SIADH do thận, được cho là do sự đột biến chức năng của các thụ thể vasopressin-2 (V2) ở thận.

Nguyên nhân thường gặp

Rối loạn hệ thần kinh trung ương

Bất kỳ sự bất thường nào của hệ thần kinh trung ương (CNS) đều có thể tăng cường giải phóng ADH từ tuyến yên, dẫn đến SIADH. Những rối loạn này bao gồm đột quỵ , xuất huyết, nhiễm trùng, chấn thương, bệnh tâm thần và rối loạn tâm thần.

Khối u ác tính

Ung thư phổi tế bào nhỏ (SCLC) là khối u phổ biến nhất dẫn đến sản xuất ADH ngoài tử cung. Ít phổ biến hơn là ung thư biểu mô tế bào nhỏ ngoài phổi, ung thư đầu cổ, ung thư hạch, ung thư tuyến thượng thận và u nguyên bào thần kinh khứu giác cũng gây ra sự giải phóng ADH ngoài tử cung.

Thuốc

Một số loại thuốc liên quan đến SIADH có tác dụng tăng cường giải phóng hoặc tác dụng của ADH. Các loại thuốc phổ biến nhất bao gồm Carbamazepine, Oxcarbazepine, Chlorpropamide, Cyclophosphamide và thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs).

Carbamazepine và Oxcarbazepine hoạt động một phần bằng cách tăng độ nhạy cảm với ADH. Chlorpropamide làm tăng số lượng thụ thể V2 trong ống góp. Vì Cyclophosphamide tiêm tĩnh mạch liều cao được truyền với lượng chất lỏng để ngăn ngừa viêm bàng quang xuất huyết, SIADH ở những bệnh nhân này là một vấn đề đặc

biệt, dẫn đến hạ natri máu có thể gây tử vong. SSRIs gây ra SIADH theo một cơ chế chưa xác định nhưng những người trên 65 tuổi có nguy cơ cao hơn. Thuốc lắc (Methylenedioxymethamphetamine), một loại thuốc bị lạm dụng, đặc biệt có liên quan đến việc giải phóng trực tiếp ADH. (Nó cũng kích thích cơn khát, khiến tình trạng hạ natri máu trở nên trầm trọng hơn.) Ít phổ biến hơn, các thuốc chống viêm không steroid (NSAID), thuốc phiện, Interferon, Methotrexate, Vincristine, Vinblastine, Ciprofloxacin, Haloperidol và Imatinib liều cao có liên quan đến SIADH. Thuốc lợi tiểu Thiazide khi sử dụng quá liều cũng có thể gây hạ natri máu và dẫn đến SIADH.

Carbamazepine và Oxcarbazepine hoạt động một phần bằng cách tăng độ nhạy cảm với ADH.

Chlorpropamide làm tăng số lượng thụ thể V2 trong ống góp. Vì Cyclophosphamide tiêm tĩnh mạch liều cao được truyền với lượng chất lỏng để ngăn ngừa viêm bàng quang xuất huyết, SIADH ở những bệnh nhân này là một vấn đề đặc biệt, dẫn đến hạ natri máu có thể gây tử vong.

SSRIs gây ra SIADH theo một cơ chế chưa xác định nhưng những người trên 65 tuổi có nguy cơ cao hơn.

Thuốc lắc (Methylenedioxymethamphetamine), một loại thuốc bị lạm dụng, đặc biệt có liên quan đến việc giải phóng trực tiếp ADH. (Nó cũng kích thích cơn khát, khiến tình trạng hạ natri máu trở nên trầm trọng hơn.)

Ít phổ biến hơn, các thuốc chống viêm không steroid (NSAID), thuốc phiện, Interferon, Methotrexate, Vincristine, Vinblastine, Ciprofloxacin, Haloperidol và Imatinib liều cao có liên quan đến SIADH.

Thuốc lợi tiểu Thiazide khi sử dụng quá liều cũng có thể gây hạ natri máu và dẫn đến SIADH.

Phẫu thuật

Các thủ tục phẫu thuật thường liên quan đến sự tăng tiết ADH, một phản ứng có thể được thực hiện thông qua các chất gây đau.

Bệnh phổi

Các bệnh về phổi, đặc biệt là viêm phổi (vi rút, vi khuẩn, lao), có thể dẫn đến SIADH theo cơ chế chưa rõ. Phản ứng tương tự hiếm khi được thấy ở bệnh nhân hen suyễn, xẹp phổi, suy hô hấp cấp tính và tràn khí màng phổi.

Thiếu nội tiết tố

Cả suy tuyến yên và suy giáp đều có thể kèm theo hạ natri máu và hình ảnh SIADH có thể được khắc phục bằng cách thay thế hormone.

Sử dụng nội tiết tố ngoại sinh

SIADH có thể được gây ra do sử dụng nội tiết tố ngoại sinh, như với Vasopressin (để kiểm soát xuất huyết tiêu hóa), Desmopressin (dDAVP, để điều trị bệnh von Willebrand, bệnh máu khó đông hoặc tiểu cầu rối loạn chức năng) và Oxytocin (gây chuyển dạ). Cả ba đều hoạt động bằng cách tăng hoạt động của thụ thể vasopressin-2 (V2; thuốc chống bài niệu).

Nhiễm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)

Một biểu hiện thường gặp trong xét nghiệm nhiễm HIV, với hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc nhiễm HIV có triệu chứng sớm, là hạ natri máu. Nó có thể là do SIADH, hoặc có thể là do giảm thể tích, thứ phát do suy tuyến thượng thận hoặc tổn thương qua đường tiêu hóa. Viêm phổi, do *Pneumocystis carinii* hoặc các sinh vật khác và nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương do mầm bệnh cơ hội, cũng là nguyên nhân gây ra SIADH.

SIADH di truyền

Sự tăng đột biến chức năng trong gen quy định các thụ thể V2 ở thận (nằm trên nhiễm sắc thể X) là nguyên nhân gây ra SIADH di truyền. Đột biến như vậy khóa các thụ thể V2 ở thận ở trạng thái hoạt động liên tục, dẫn đến hấp thụ nước quá mức và hạ natri máu, do đó kháng lại các chất đối kháng thụ thể vasopressin.

Nguy cơ hội chứng tăng tiết adh không thích hợp

Những ai có nguy cơ mắc hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp?

SIADH có thể ảnh hưởng đến bất kỳ ai, nhưng khả năng mắc bệnh tăng theo độ tuổi. SIADH phổ biến hơn ở những người đang hồi phục sau phẫu thuật tại bệnh viện do truyền dịch, một số loại thuốc và phản ứng của cơ thể họ trước cơn đau và căng thẳng. Bệnh này cũng thường thấy ở những người mắc ung thư phổi, đặc biệt là ung thư phổi tế bào nhỏ (SCLC).

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Một số yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp bao gồm:

Lớn tuổi: Do quá trình lão hóa bình thường ảnh hưởng đến cân bằng chất lỏng. Gần đây, tỷ lệ mắc SIADH cao hơn đã được báo cáo ở trẻ em. Ở những người bệnh nhập viện vì nhiễm trùng đường hô hấp và thần kinh trung ương như viêm phổi hoặc viêm màng não. Sau phẫu thuật: Căng thẳng, hạ huyết áp, đau đớn, gây mê toàn thân và các thuốc dùng sau phẫu thuật như Opioid có thể thúc đẩy sự phát triển của SIADH.

Lớn tuổi: Do quá trình lão hóa bình thường ảnh hưởng đến cân bằng chất lỏng. Gần đây, tỷ lệ mắc SIADH cao hơn đã được báo cáo ở trẻ em.

Ở những người bệnh nhập viện vì nhiễm trùng đường hô hấp và thần kinh trung ương như viêm phổi hoặc viêm màng não.

Sau phẫu thuật: Căng thẳng, hạ huyết áp, đau đớn, gây mê toàn thân và các thuốc dùng sau phẫu thuật như Opioid có thể thúc đẩy sự phát triển của SIADH.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Để chẩn đoán hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp, phải kết hợp bệnh sử, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết. Bác sĩ cần khai thác bệnh sử đầy đủ và các triệu chứng hiện tại của người bệnh, tiền căn bệnh và sử dụng thuốc.

Không có xét nghiệm nào tốt nhất để chẩn đoán SIADH. Bệnh nhân thường có biểu hiện hạ natri máu với tình trạng thể tích bình thường. Schwartz và Bartter đã đưa ra một tiêu chuẩn lâm sàng vào năm 1967 và tiêu chuẩn này vẫn còn giá trị cho đến ngày nay.

Tiêu chuẩn chẩn đoán Schwarz và Bartter 1967:

Natri huyết thanh dưới 135 mEq/L. Hạ natri máu với áp suất thẩm thấu máu dưới 275 mOsm/kg. Thể tích dịch ngoại bào (ECF) bình thường. Natri nước tiểu > 40 mEq/L (do hấp thu nước tự do qua trung gian ADH từ ống góp của thận) với Na nhập và nước nhập bình thường. Áp suất thẩm thấu nước tiểu > 100 mOsm/kg. Không có bằng chứng lâm sàng về tình trạng giảm thể tích - độ đàn hồi da bình thường, huyết áp trong phạm vi bình thường. Không có các nguyên nhân hạ natri máu khác: Suy tuyến thượng thận, suy giáp, suy tim, suy tuyến yên, bệnh thận gây lãng phí muối, bệnh gan, thuốc làm suy giảm bài tiết nước của thận.

Natri huyết thanh dưới 135 mEq/L.

Hạ natri máu với áp suất thẩm thấu máu dưới 275 mOsm/kg.

Thể tích dịch ngoại bào (ECF) bình thường.

Natri nước tiểu > 40 mEq/L (do hấp thu nước tự do qua trung gian ADH từ ống góp của thận) với Na nhập và nước nhập bình thường.

Áp suất thẩm thấu nước tiểu > 100 mOsm/kg.

Không có bằng chứng lâm sàng về tình trạng giảm thể tích - độ đàn hồi da bình thường, huyết áp trong phạm vi bình thường.

Không có các nguyên nhân hạ natri máu khác: Suy tuyến thượng thận, suy giáp, suy tim, suy tuyến yên, bệnh thận gây lãng phí muối, bệnh gan, thuốc làm suy giảm bài tiết nước của thận.

Xét nghiệm chức năng thận và xét nghiệm lượng đường trong máu bất kỳ là cần thiết để kiểm tra tình trạng tăng đường huyết và urê huyết vì đây là những nguyên nhân tiềm ẩn gây ra tình trạng giả hạ natri máu.

Mức độ hạ natri:

Nhẹ: 130 - 135 mmol/L. Trung bình: 125 - 129 mmol/L. Nặng: <125 mmol/L.

Nhẹ: 130 - 135 mmol/L.

Trung bình: 125 - 129 mmol/L.

Nặng: <125 mmol/L.

Xét nghiệm trong chẩn đoán SIADH:

Nồng độ natri trong cơ thể (huyết thanh và nước tiểu); Độ thẩm thấu (nồng độ các ion như natri) hòa tan trong nước tiểu và máu; Xét nghiệm chức năng thận: BUN và creatinine; Đường huyết bất kỳ; Tuyến giáp; Cortisol huyết thanh; Điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻) máu; Lipid máu lúc đói; Xét nghiệm chức năng gan. Xét nghiệm hormone tuyến yên và vùng dưới đồi nếu nghi ngờ rối loạn nội tiết.

Nồng độ natri trong cơ thể (huyết thanh và nước tiểu);

Độ thẩm thấu (nồng độ các ion như natri) hòa tan trong nước tiểu và máu;

Xét nghiệm chức năng thận: BUN và creatinine;

Đường huyết bất kỳ;

Tuyến giáp;

Cortisol huyết thanh;

Điện giải đồ (Na⁺, K⁺, Cl⁻) máu;

Lipid máu lúc đói;

Xét nghiệm chức năng gan.

Xét nghiệm hormone tuyến yên và vùng dưới đồi nếu nghi ngờ rối loạn nội tiết.

Cần phải loại trừ suy giáp và suy tuyến thượng thận trước khi chẩn đoán cho bệnh nhân SIADH. Tiến hành các xét nghiệm sâu hơn để tìm ra nguyên nhân cơ bản theo bệnh sử. Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lâu dài, sụt cân hoặc có các triệu chứng về phổi phải chụp X-quang ngực và chụp CT để tìm kiếm ung thư phổi tế bào nhỏ (SCLC).

Điều trị hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Việc điều trị hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp có thể phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và nguyên nhân gây ra. Tuy nhiên, phương pháp điều trị đầu tiên thường là hạn chế lượng chất lỏng đưa vào để tránh tích tụ thêm và dùng dung dịch natri bằng đường uống hoặc đường tĩnh mạch. Những bước này giúp khôi phục lại sự cân bằng chất lỏng và chất điện giải trong cơ thể. Điều trị SIADH bao gồm điều chỉnh và duy trì nồng độ natri đã điều chỉnh và điều chỉnh các bất thường tiềm ẩn như suy giáp hoặc nhiễm trùng phổi hoặc CNS. Mục tiêu điều chỉnh natri là hơn 130 mEq/L. Để tránh gây hội chứng mất myelin trung tâm cầu não, việc điều chỉnh natri máu cần được thực hiện chậm và an toàn, thường không tăng quá 8 mmol/L trong 24 giờ.

Ở những bệnh nhân có triệu chứng nhẹ đến trung bình, phương pháp điều trị chủ yếu là hạn chế uống nước với mục tiêu dưới 800 mL/ngày. Sử dụng muối viên hoặc tăng lượng muối trong khẩu phần ăn. Nếu hạ natri máu kéo dài, có thể cho dùng natri clorua dạng uống hoặc nước muối tiêm tĩnh mạch. Thuốc lợi tiểu quai như Furosemide cũng có thể được sử dụng đặc biệt ở những bệnh nhân có độ thẩm thấu nước tiểu cao hơn nhiều so với độ thẩm thấu huyết thanh (lớn hơn 500 mOsm/kg). Bệnh nhân có các triệu chứng nghiêm trọng như co giật, lú lẫn hoặc mê sảng cần điều trị khẩn cấp ban đầu bằng truyền nước muối ưu trương trong vài giờ đầu thay vì chỉ hạn chế nước.

Thuốc đối kháng thụ thể vasopressin như Conivaptan (IV) hoặc Tolvaptan (uống) được sử dụng cho SIADH nặng dai dẳng. Các thuốc này hoạt động bằng cách ngăn chặn tác dụng của ADH trên thận, tăng bài tiết nước tự do mà không ảnh hưởng đến bài tiết natri và kali. Điều này giúp cải thiện hạ natri máu mà không gây mất điện giải. Lưu ý Tolvaptan có thể gây tổn thương gan nghiêm trọng, do đó không nên sử dụng quá 30 ngày và cần theo dõi chức năng gan định kỳ. Các nghiên cứu gần đây đang tập trung vào việc phát triển các thuốc đối kháng vasopressin thế hệ mới với hiệu quả cao hơn và ít tác dụng phụ hơn.

Các loại thuốc khác như Lithium hoặc Demeclocycline, cũng có hiệu quả trong SIADH, nhưng cả hai loại thuốc này đều gây độc cho thận và có các tác dụng phụ tiềm ẩn khác. Do đó, chúng chỉ nên được sử dụng khi các liệu pháp khác không thành công.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng tăng tiết adh không thích hợp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị. Điều trị dứt điểm các bệnh lý có thể gây ra SIADH. Không tự ý sử dụng thuốc khi không có chỉ định của bác sĩ. Không sử dụng các chất kích thích, ngưng hút thuốc lá, rượu bia. Tham gia các hoạt động thể dục thể thao phù hợp và chú ý bổ sung nước và các chất điện giải cho cơ thể khi vận động.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị.

Điều trị dứt điểm các bệnh lý có thể gây ra SIADH.

Không tự ý sử dụng thuốc khi không có chỉ định của bác sĩ.

Không sử dụng các chất kích thích, ngưng hút thuốc lá, rượu bia.

Tham gia các hoạt động thể dục thể thao phù hợp và chú ý bổ sung nước và các chất điện giải cho cơ thể khi vận động.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn đúng bữa, ăn chậm nhai kỹ. Ăn nhiều loại thực phẩm lành mạnh như rau củ quả, trái cây như rau bina, củ cải đường, cần tây, cà rốt... để tăng cường sức đề kháng cũng như cung cấp thêm dưỡng chất cho cơ thể. Có thể cần tăng lượng muối trong khẩu phần ăn. Có thể cần phải tăng lượng protein ăn vào. Một số thực phẩm giàu protein là đậu, các loại hạt, trứng, thịt gia cầm và cá. Uống nước theo chỉ dẫn của bác sĩ. Tùy theo tình trạng bệnh mà nên uống bao nhiêu chất lỏng mỗi ngày và loại chất lỏng nào là tốt nhất. Có thể cần hạn chế lượng chất lỏng uống để cân bằng chất lỏng và các chất trong cơ thể. Hạn chế ăn thức ăn chế biến sẵn, đồ ăn

đóng hộp, thức ăn quá nhiều chất béo không tốt.

Ăn đúng bữa, ăn chậm nhai kỹ.

Ăn nhiều loại thực phẩm lành mạnh như rau củ quả, trái cây như rau bina, củ cải đường, cần tây, cà rốt... để tăng cường sức đề kháng cũng như cung cấp thêm dưỡng chất cho cơ thể.

Có thể cần tăng lượng muối trong khẩu phần ăn.

Có thể cần phải tăng lượng protein ăn vào. Một số thực phẩm giàu protein là đậu, các loại hạt, trứng, thịt gia cầm và cá.

Uống nước theo chỉ dẫn của bác sĩ. Tùy theo tình trạng bệnh mà nên uống bao nhiêu chất lỏng mỗi ngày và loại chất lỏng nào là tốt nhất. Có thể cần hạn chế lượng chất lỏng uống để cân bằng chất lỏng và các chất trong cơ thể.

Hạn chế ăn thức ăn chế biến sẵn, đồ ăn đóng hộp, thức ăn quá nhiều chất béo không tốt.

Phương pháp phòng ngừa hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp

Một số gợi ý để phòng ngừa hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp:

Tuân thủ điều trị dứt điểm nếu có bất kỳ tình trạng bệnh lý nào có thể dẫn đến SIADH. Khám sức khỏe định kỳ hoặc tái khám theo lịch hẹn của bác sĩ. Nắm được các triệu chứng của SIADH. Nếu có bất kỳ triệu chứng khó chịu nào cần phải đến cơ sở y tế để khám. Chú ý đến lượng nước nạp vào cơ thể mỗi ngày, đặc biệt nếu bạn tham gia các hoạt động thể chất cường độ cao cần bù nước và các chất điện giải hợp lý. Làm việc và nghỉ ngơi hợp lý, không thức khuya, tránh căng thẳng. Chế độ ăn đầy đủ các chất, không ăn thức ăn nhanh, đồ ăn đóng hộp. Không hút thuốc lá, sử dụng chất kích thích hay rượu bia. Tránh lạm dụng thuốc, đặc biệt là thuốc lợi tiểu và thuốc chống trầm cảm.

Tuân thủ điều trị dứt điểm nếu có bất kỳ tình trạng bệnh lý nào có thể dẫn đến SIADH.

Khám sức khỏe định kỳ hoặc tái khám theo lịch hẹn của bác sĩ.

Nắm được các triệu chứng của SIADH. Nếu có bất kỳ triệu chứng khó chịu nào cần phải đến cơ sở y tế để khám.

Chú ý đến lượng nước nạp vào cơ thể mỗi ngày, đặc biệt nếu bạn tham gia các hoạt động thể chất cường độ cao cần bù nước và các chất điện giải hợp lý.

Làm việc và nghỉ ngơi hợp lý, không thức khuya, tránh căng thẳng.

Chế độ ăn đầy đủ các chất, không ăn thức ăn nhanh, đồ ăn đóng hộp.

Không hút thuốc lá, sử dụng chất kích thích hay rượu bia.

Tránh lạm dụng thuốc, đặc biệt là thuốc lợi tiểu và thuốc chống trầm cảm.

=====

Tìm hiểu chung xơ gan do rượu

Xơ gan do rượu là tình trạng tổn thương gan mãn tính xảy ra do việc sử dụng rượu kéo dài và quá mức. Khi gan bị tổn thương bởi rượu, quá trình phục hồi tự nhiên của gan sẽ dẫn đến sự hình thành mô sẹo, thay thế mô gan bình thường. Qua thời gian, mô sẹo này tích tụ và gây ra xơ gan, làm cho gan trở nên cứng và mất khả năng thực hiện các chức năng bình thường của nó, như giải độc cơ thể, sản xuất protein cần thiết và hỗ trợ quá trình tiêu hóa.

Xơ gan do rượu là một bệnh lý của gan liên quan đến rượu. Các giai đoạn của xơ gan do rượu:

Gan nhiễm mỡ do rượu hoặc do chất béo: Là giai đoạn chất béo tích tụ bên trong gan.

Viêm gan do rượu: Tình trạng viêm tế bào gan. Kiêng rượu bia, dinh dưỡng, điều trị bệnh lý kèm theo như nhiễm trùng là phương pháp điều trị quan trọng. Xơ gan do rượu: Tổn thương không thể hồi phục của gan và sẽ dẫn đến các biến chứng xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Gan nhiễm mỡ do rượu hoặc do chất béo: Là giai đoạn chất béo tích tụ bên trong gan.

Viêm gan do rượu: Tình trạng viêm tế bào gan. Kiêng rượu bia, dinh dưỡng, điều trị bệnh lý kèm theo như nhiễm trùng là phương pháp điều trị quan trọng.

Xơ gan do rượu: Tổn thương không thể hồi phục của gan và sẽ dẫn đến các biến chứng xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Bệnh có thể bắt đầu từ bệnh gan nhiễm mỡ sau đó tiến triển thành viêm gan do rượu, cuối cùng là xơ gan do rượu. Tuy nhiên, bạn vẫn có thể bị xơ gan do rượu mà không có bệnh viêm gan do rượu trước đó. Khi bệnh tiến triển và tế bào gan bình thường giảm số lượng, gan sẽ giảm và ngừng hoạt động.

Theo một thống kê năm 2019, khoảng 20 đến 25 phần trăm trường hợp sử dụng rượu trong thời gian dài sẽ mắc bệnh xơ gan. Sử dụng rượu được ước tính là nguyên nhân gây ra 1/4 tổng số ca tử vong do xơ gan trên toàn cầu vào năm 2020.

Viện Nghiên Cứu Quốc Gia về Lạm Dụng Rượu và Nghiện Rượu (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) định nghĩa uống nhiều rượu là uống 5 ly trở lên trong 1 tháng và ít nhất 5 ngày trong tháng qua. Tình trạng gan nhiễm mỡ có thể xảy ra ở 90% trường hợp uống trên 60g/ngày và xơ gan xảy ra ở 30% trường hợp tiêu thụ lâu dài 40g/ngày.

Triệu chứng xơ gan do rượu

Những dấu hiệu và triệu chứng của xơ gan do rượu

Trong giai đoạn đầu mắc bệnh, các tế bào gan bình thường vẫn có thể bù đắp cho những tế bào đã bị biến thành mô sẹo, do đó bạn thường không có triệu chứng và dấu hiệu nào. Khi bệnh tiến triển, các triệu chứng sẽ bắt đầu xuất hiện và rõ ràng hơn.

Các triệu chứng của bệnh xơ gan do rượu cũng tương tự như bệnh gan khác liên quan đến rượu. Bao gồm:

Vàng da, vàng mắt; Tăng áp lực tĩnh mạch cửa gây nôn ra máu, phù, cổ trướng; Ngứa không rõ nguyên nhân; Sốt; Mất cơ, yếu cơ; Sưng mù não hoặc lú lẫn; Giảm cân hoặc tăng cân không chủ ý; Đau bụng; Gan to, lách to; Buồn nôn và nôn; Tiêu chảy; Chán ăn; Ngất; Thay đổi tâm trạng; Rối loạn giấc ngủ .

Vàng da, vàng mắt;

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa gây nôn ra máu, phù, cổ trướng;

Ngứa không rõ nguyên nhân;

Sốt;

Mất cơ, yếu cơ;

Sưng mù não hoặc lú lẫn;

Giảm cân hoặc tăng cân không chủ ý;

Đau bụng;

Gan to, lách to;

Buồn nôn và nôn;

Tiêu chảy;

Chán ăn;

Ngất;

Thay đổi tâm trạng;

Rối loạn giấc ngủ .

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh xơ gan do rượu

Xơ gan do rượu khi tiến triển có thể gây xơ gan mất bù:

Cổ trướng: Đây là biến chứng phổ biến nhất của xơ gan do rượu, do tích tụ dịch ở trong khoang bụng. Biểu hiện gồm chướng bụng và phù. Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn

nguyên phát: Đây là tình trạng nhiễm trùng dịch ổ bụng mà không tìm được bằng chứng về nguồn nhiễm trùng khác trong ổ bụng như thủng tạng rỗng. Bệnh não gan:

Đặc trưng bởi các bất thường về tâm thần kinh. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản: Biểu hiện thường là nôn ra máu hoặc tiêu phân đen. Hội

chứng gan thận: Tình trạng suy thận do bệnh xơ gan do rượu tiến triển sau khi đã loại trừ các nguyên nhân gây suy thận khác. Tràn dịch màng phổi : Là tình trạng

hiện diện của dịch trong màng phổi sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác gây tràn dịch màng phổi. Các biến chứng khác hiếm gặp: Bệnh cơ tim, ung thư biểu mô

tế bào gan, bệnh dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, huyết khối tĩnh mạch cửa,...

Cổ trướng: Đây là biến chứng phổ biến nhất của xơ gan do rượu, do tích tụ dịch ở

trong khoang bụng. Biểu hiện gồm chướng bụng và phù.

Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: Đây là tình trạng nhiễm trùng dịch ổ bụng mà không tìm được bằng chứng về nguồn nhiễm trùng khác trong ổ bụng như thủng tạng rỗng.

Bệnh não gan: Đặc trưng bởi các bất thường về tâm thần kinh.

Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản: Biểu hiện thường là nôn ra máu hoặc tiêu phân đen.

Hội chứng gan thận: Tình trạng suy thận do bệnh xơ gan do rượu tiến triển sau khi đã loại trừ các nguyên nhân gây suy thận khác.

Tràn dịch màng phổi : Là tình trạng hiện diện của dịch trong màng phổi sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác gây tràn dịch màng phổi.

Các biến chứng khác hiếm gặp: Bệnh cơ tim, ung thư biểu mô tế bào gan, bệnh dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, huyết khối tĩnh mạch cửa,...

Do đó cần điều trị nguyên nhân và yếu tố kích thích tiến triển đến xơ gan mất bù bao gồm nhiễm trùng hoặc chế độ ăn, thay đổi lối sống. Nếu không kiểm soát tốt, bạn có thể phải điều trị bằng phương pháp ghép gan.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi bạn có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh hoặc biến chứng của bệnh nêu ở trên, hãy đi khám bác sĩ để được chẩn đoán. Không phải chỉ những người uống nhiều rượu mới có thể mắc bệnh, do đó không được chủ quan.

Nguyên nhân xơ gan do rượu

Nhiều yếu tố khác nhau như trao đổi chất, di truyền, môi trường và miễn dịch đều đóng vai trò trong bệnh gan do rượu. Xơ gan do rượu có liên quan trực tiếp đến việc lạm dụng rượu, có thể gây rối loạn sử dụng rượu. Gan có thể dung nạp rượu ở mức độ nhẹ, tuy nhiên khi lượng rượu tiêu thụ tăng lên sẽ dẫn đến sự tích tụ chất béo trong gan (hay giai đoạn gan nhiễm mỡ).

Nếu việc tiêu thụ rượu không dừng lại có thể dẫn đến viêm gan do rượu. Với việc tiếp tục uống rượu, bệnh sẽ diễn tiến đến xơ gan do rượu. Khi tế bào gan bắt đầu hình thành sẹo, gan không còn hoạt động tốt như trước. Kết quả là gan không thể thực hiện chức năng của mình như sản xuất protein, lọc chất độc ra khỏi máu.

Nguy cơ xơ gan do rượu

Những ai có nguy cơ mắc xơ gan do rượu

Nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau có thể khiến bạn dễ mắc xơ gan do rượu ngay cả khi bạn uống rượu ít.

Số lượng và thời gian uống rượu là yếu tố nguy cơ chính gây ra bệnh. Thiếu enzyme phân hủy rượu: Những người có tình trạng này thường sẽ phát bệnh ở tuổi trẻ hơn, thường gặp ở người Mỹ gốc Phi hoặc người da trắng. Béo phì, chế độ ăn nhiều chất béo. Viêm gan siêu vi C : Nhiễm đồng thời viêm gan C khiến bạn dễ mắc xơ gan do rượu ở tuổi trẻ, tăng nguy cơ tử vong. Giới nữ có nguy cơ mắc bệnh gan liên quan đến rượu cao hơn là nam giới. Vì trong dạ dày của nữ giới không có nhiều enzyme để phân hủy rượu.

Số lượng và thời gian uống rượu là yếu tố nguy cơ chính gây ra bệnh.

Thiếu enzyme phân hủy rượu: Những người có tình trạng này thường sẽ phát bệnh ở tuổi trẻ hơn, thường gặp ở người Mỹ gốc Phi hoặc người da trắng.

Béo phì, chế độ ăn nhiều chất béo.

Viêm gan siêu vi C : Nhiễm đồng thời viêm gan C khiến bạn dễ mắc xơ gan do rượu ở tuổi trẻ, tăng nguy cơ tử vong.

Giới nữ có nguy cơ mắc bệnh gan liên quan đến rượu cao hơn là nam giới. Vì trong dạ dày của nữ giới không có nhiều enzyme để phân hủy rượu.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị xơ gan do rượu

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán xơ gan do rượu

Các bác sĩ có thể chẩn đoán bệnh xơ gan do rượu bằng cách hỏi tiền sử uống rượu của bạn bao gồm số lần uống mỗi ngày và thời gian uống, số lượng rượu uống mỗi lần. Không có một xét nghiệm duy nhất nào để chẩn đoán chính xác xơ gan do rượu do đó cần loại trừ các nguyên nhân khác trước khi kết luận xơ gan do rượu.

Uống rượu nhiều có thể ảnh hưởng đến tâm lý xã hội do đó đánh giá tình trạng trầm cảm và bệnh tâm thần khác là cần thiết. Chế độ ăn uống, lượng calo nạp vào, các yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng và các yếu tố nguy cơ mắc bệnh gan mạn tính như viêm gan siêu vi cũng sẽ được bác sĩ khai thác.

Một số xét nghiệm được chỉ định để chẩn đoán bệnh gồm:

Công thức máu toàn phần: Loại trừ tình trạng nhiễm trùng, phát hiện biến chứng của xơ gan như thiếu máu, giảm tiểu cầu; Xét nghiệm chức năng gan : Tăng nồng độ AST cao gấp 2 lần so với ALT có thể chỉ ra tổn thương gan này do rượu. Ngoài ra còn có giảm albumin máu, tăng bilirubin, tăng triglycerid có thể gặp. Thời gian đông máu: Thời gian prothrombin (PT) và INR tăng cao cho biết bệnh ở giai đoạn nặng. Siêu âm bụng: Tìm kiếm tắc nghẽn đường mật hay khối u trong gan. Xét nghiệm Ion đồ như kali, magie, photpho để đánh giá tình trạng rối loạn điện giải. Xét nghiệm dịch màng bụng nếu có tình trạng cổ trướng. Xét nghiệm kháng thể viêm gan siêu vi để tìm nguyên nhân. Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng : Đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Sinh thiết gan: Có thể giúp chẩn đoán xác định trong trường hợp không chắc chắn. Sinh thiết còn giúp đánh giá độ nặng, tiên lượng, lên kế hoạch và theo dõi điều trị. Nồng độ CA-125 tăng cao trong 85% bệnh nhân xơ gan.

Công thức máu toàn phần: Loại trừ tình trạng nhiễm trùng, phát hiện biến chứng của xơ gan như thiếu máu, giảm tiểu cầu;

Xét nghiệm chức năng gan : Tăng nồng độ AST cao gấp 2 lần so với ALT có thể chỉ ra tổn thương gan này do rượu. Ngoài ra còn có giảm albumin máu, tăng bilirubin, tăng triglycerid có thể gặp.

Thời gian đông máu: Thời gian prothrombin (PT) và INR tăng cao cho biết bệnh ở giai đoạn nặng.

Siêu âm bụng: Tìm kiếm tắc nghẽn đường mật hay khối u trong gan.

Xét nghiệm Ion đồ như kali, magie, photpho để đánh giá tình trạng rối loạn điện giải.

Xét nghiệm dịch màng bụng nếu có tình trạng cổ trướng.

Xét nghiệm kháng thể viêm gan siêu vi để tìm nguyên nhân.

Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng : Đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Sinh thiết gan: Có thể giúp chẩn đoán xác định trong trường hợp không chắc chắn.

Sinh thiết còn giúp đánh giá độ nặng, tiên lượng, lên kế hoạch và theo dõi điều trị.

Nồng độ CA-125 tăng cao trong 85% bệnh nhân xơ gan.

Phương pháp điều trị xơ gan do rượu

Xơ gan do rượu không thể đảo ngược trở lại như bình thường được. Điều trị chủ yếu giúp làm chậm sự tiến triển của bệnh và giảm triệu chứng.

Kiêng rượu

Quan trọng nhất của điều trị xơ gan do rượu là bạn cần ngưng uống rượu ngay.

Điều này rất khó vì những bệnh nhân khi đã mắc bệnh xơ gan do rượu thì họ đã nghiện rượu nặng, họ có thể gặp biến chứng nghiêm trọng về sức khỏe nếu cố gắng bỏ rượu không đúng cách. Hãy tìm đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế uy tín để được hướng dẫn và theo dõi quá trình cai rượu. Lorazepam và oxazepam là các thuốc benzodiazepin được ưu tiên dùng để dự phòng và điều trị hội chứng cai rượu.

Những người nghiện rượu mạn tính dễ bị nhiễm độc gan do acetaminophen, vì vậy cần chú ý không được sử dụng quá 2000mg mỗi ngày (trong khi người bình thường có thể sử dụng đến 4000mg một ngày).

Điều trị bệnh kèm theo

Theo dõi và sàng lọc ung thư biểu mô tế bào gan bằng siêu âm 6 tháng/lần và sàng lọc giãn tĩnh mạch thực quản ở những người bị xơ gan. Điều trị tốt các bệnh gan kèm theo như viêm gan siêu vi B và viêm gan siêu vi C.

Phẫu thuật

Vì tổn thương trong xơ gan do rượu không thể hồi phục, ghép gan có thể được đề nghị nhằm điều trị dứt bệnh với những người bệnh cam kết sẽ kiêng rượu.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa xơ gan do rượu

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của xơ gan do rượu

Chế độ sinh hoạt:

Kiêng rượu hoàn toàn để ngăn ngừa tiến triển và biến chứng của bệnh. Tập thể dục và duy trì cân nặng khỏe mạnh. Giữ tinh thần lạc quan, yêu đời.

Kiêng rượu hoàn toàn để ngăn ngừa tiến triển và biến chứng của bệnh.

Tập thể dục và duy trì cân nặng khỏe mạnh.

Giữ tinh thần lạc quan, yêu đời.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung đầy đủ dinh dưỡng vì những người lạm dụng rượu thường bị suy dinh dưỡng.

Bổ sung protein ngăn ngừa bệnh não gan. Hạn chế thức ăn dầu mỡ, thức ăn béo ngọt.

Bổ sung đầy đủ dinh dưỡng vì những người lạm dụng rượu thường bị suy dinh dưỡng.

Bổ sung protein ngăn ngừa bệnh não gan.

Hạn chế thức ăn dầu mỡ, thức ăn béo ngọt.

Phương pháp phòng ngừa xơ gan do rượu hiệu quả

Phòng ngừa bệnh xơ gan do rượu quan trọng nhất là sử dụng rượu vừa phải, trong mức độ cho phép. Định nghĩa 1 ly rượu theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa

Dịch bệnh (CDC) là 13,7g rượu nguyên chất hay tương đương:

350ml bia (5% cồn); 240ml rượu mạch nha (7% cồn); 148ml rượu vang (12% cồn);

45ml rượu mạnh (40% cồn).

350ml bia (5% cồn);

240ml rượu mạch nha (7% cồn);

148ml rượu vang (12% cồn);

45ml rượu mạnh (40% cồn).

Theo hướng dẫn của Viện Nghiên cứu Quốc Gia về Lạm Dụng Rượu và Nghiện Rượu

(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) thì sử dụng rượu tối đa 1 ly mỗi ngày đối với nữ giới và tối đa 2 ly mỗi ngày đối với nam giới. Nếu uống trên 5 ly đối với nam giới và trên 4 ly đối với nữ giới trong cùng một lần trong 1 tháng qua là tiêu thụ rượu quá mức.

Ngoài ra, một chế độ sống lành mạnh với việc tập luyện thể dục, tránh lối sống tĩnh tại, hạn chế thức ăn dầu mỡ chiên xào cũng góp phần hạn chế xuất hiện bệnh.

=====

Tìm hiểu chung u tụy nội tiết insulinoma

U tụy nội tiết Insulinoma là gì?

Một trong những chức năng của tuyến tụy là sản xuất hormone, như insulin, giúp kiểm soát lượng đường trong máu của bạn. Insulin (hormon được tụy tiết ra) là chìa khóa giúp đường từ máu đi vào tế bào như cơ, mỡ để đường trong máu luôn ở trong giới hạn cho phép. U tụy nội tiết Insulinoma là khối u tại tụy tiết ra insulin liên tục, chính vì vậy đường liên tục vào trong tế bào làm cho đường trong máu giảm xuống.

Não là cơ quan chỉ sử dụng đường để tạo năng lượng, chúng chiếm 2% trọng lượng nhưng lại sử dụng 20% tổng lượng đường của cơ thể. Khi đường trong máu hạ xuống sẽ thiếu năng lượng cho não, chính vì vậy sẽ gây ra các triệu chứng ở thần kinh. Và cơ thể sẽ kích hoạt hệ thần kinh tự động (giao cảm). Do đó biểu hiện của triệu chứng hạ đường huyết trong Insulinoma sẽ liên quan đến não và thần kinh tự động.

Biểu hiện hạ đường huyết sẽ rõ ràng hơn khi mà bạn đang nhịn đói vì lượng đường trong máu thấp. Còn những trường hợp tăng tiết nhiều insulin thì kể cả khi no, bạn vẫn có thể xảy ra triệu chứng hạ đường huyết.

U tụy nội tiết Insulinoma là một loại khối u thần kinh nội tiết (Neuroendocrine Tumor - NET), hiếm gặp nhưng thường là lành tính (90 - 95%), khoảng 5-10% u tụy nội tiết là ác tính.

U tụy nội tiết Insulinoma được chẩn đoán bằng lâm sàng kết hợp với xét nghiệm và phẫu thuật cắt bỏ là điều trị ưu tiên, một số thuốc có thể được sử dụng nếu người bệnh không đáp ứng với phẫu thuật.

Triệu chứng u tụy nội tiết insulinoma

Những dấu hiệu và triệu chứng của u tụy nội tiết Insulinoma

Nên nghi ngờ người bệnh mắc u tụy nội tiết Insulinoma khi người bệnh có biểu hiện bộ ba Whipple, gồm:

Các triệu chứng hạ đường huyết ; Nồng độ đường huyết thấp; Sự cải thiện triệu chứng sau khi điều trị với glucose.

Các triệu chứng hạ đường huyết ;

Nồng độ đường huyết thấp;

Sự cải thiện triệu chứng sau khi điều trị với glucose.

Hạ đường huyết lúc đói là dấu hiệu đặc trưng nhất của u tụy nội tiết Insulinoma, được báo cáo ở 73% số người mắc. Khoảng 20% người bệnh có cả triệu chứng hạ đường huyết lúc đói và sau bữa ăn. Ngày càng có nhiều người bệnh chỉ báo cáo triệu chứng hạ đường huyết sau bữa ăn, triệu chứng này nổi bật hơn ở nam giới và tăng cân xảy ra ở hầu hết những người bệnh này.

Hạ đường huyết nghiêm trọng có thể biểu hiện các triệu chứng của thần kinh bao gồm:

Khoảng 85% bệnh nhân có các triệu chứng hạ đường huyết bao gồm nhìn đôi, mờ mắt, hồi hộp hoặc yếu.

Triệu chứng não gồm: Yếu, mệt mỏi hoặc chóng mặt ; hành vi không phù hợp (đôi khi bị nhầm là say rượu), khó tập trung; lú lẫn ; mờ mắt; và trong những trường hợp nghiêm trọng, hôn mê và tử vong. Khoảng 12% bệnh nhân bị co giật toàn thể. Các triệu chứng hệ thần kinh tự động (hạ đường huyết gây giải phóng adrenaline) bao gồm yếu, đổ mồ hôi, nhịp tim nhanh, lo lắng và đói.

Triệu chứng não gồm: Yếu, mệt mỏi hoặc chóng mặt ; hành vi không phù hợp (đôi khi bị nhầm là say rượu), khó tập trung; lú lẫn ; mờ mắt; và trong những trường hợp nghiêm trọng, hôn mê và tử vong. Khoảng 12% bệnh nhân bị co giật toàn thể. Các triệu chứng hệ thần kinh tự động (hạ đường huyết gây giải phóng adrenaline) bao gồm yếu, đổ mồ hôi, nhịp tim nhanh, lo lắng và đói.

Hạ đường huyết thường xảy ra vài giờ sau bữa ăn. Trong những trường hợp nghiêm trọng, các triệu chứng có thể phát triển trong giai đoạn sau bữa ăn. Các triệu chứng có thể trầm trọng hơn do tập thể dục, uống rượu, chế độ ăn ít calo Tăng cân xảy ra ở 20-40% các trường hợp, vì bệnh nhân có thể ăn thường xuyên để tránh các triệu chứng.

Chứng hay quên do biến cố hạ đường huyết là phổ biến. Một số trường hợp được báo cáo trong y văn, u tụy nội tiết Insulinoma có thể biểu hiện các triệu chứng tâm thần, đặc biệt là các cơn hoảng loạn.

Biến chứng có thể gặp khi mắc u tụy nội tiết Insulinoma

Các biến chứng liên quan đến u tụy nội tiết Insulinoma bao gồm hạ đường huyết dai dẳng gây cản trở các hoạt động hằng ngày, suy giảm nhận thức thần kinh không hồi phục và thậm chí là tử vong.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn gặp các triệu chứng của các cơn hạ đường huyết lúc đói hay hạ đường huyết sau ăn như được mô tả ở trên, hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị.

Hoặc khi bạn gặp các triệu chứng dai dẳng hay tái phát sau điều trị, bạn cũng nên đến gặp bác sĩ để xem xét hướng điều trị tiếp theo phù hợp với bạn.

Nguyên nhân u tụy nội tiết insulinoma

Nguyên nhân dẫn đến u tụy nội tiết Insulinoma

Nguyên nhân của u tụy nội tiết Insulinoma vẫn chưa được biết chính xác.

Khối u nội tiết loại 1 (Multiple endocrine neoplasia type 1 - MEN1) là một rối loạn di truyền được đặc trưng bởi khuynh hướng dễ mắc các khối u tuyến yên, tuyến cận giáp và tuyến tụy. Khi u tụy nội tiết Insulinoma liên quan đến MEN1, đột biến gen MEN1 ở nhiễm sắc thể 11q13 thường xuất hiện trong hầu hết các trường hợp.

Nguy cơ u tụy nội tiết insulinoma

Những ai có nguy cơ mắc u tụy nội tiết Insulinoma?

U tụy nội tiết Insulinoma là một bệnh lý hiếm gặp, tỷ lệ mắc là khoảng 1 - 4/1.000.000 trường hợp mỗi năm. U tụy nội tiết Insulinoma được báo cáo ở mọi người thuộc mọi chủng tộc và dường như không có chủng tộc nào có nguy cơ cao hơn. Nhìn chung tỷ lệ nam:nữ là khoảng 2:3 và độ tuổi trung bình khi chẩn đoán là 47 tuổi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc u tụy nội tiết Insulinoma

Các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của u tụy nội tiết Insulinoma dường như vẫn chưa được biết chính xác. Một vài yếu tố có thể liên quan được đề cập đến như: U tụy nội tiết Insulinoma dường như có xu hướng ảnh hưởng đến nữ giới hơn là nam giới. Tỷ lệ nam/nữ là 2/3. Chẩn đoán thường ở độ tuổi từ 47 đến 50, với u tụy nội tiết Insulinoma có liên quan đến hội chứng MEN1 thường độ tuổi chẩn đoán là trẻ hơn. Các khối u tụy nội tiết cũng thường xảy ra ở các đối tượng có hội chứng MEN1, là một bệnh lý di truyền gây ra các khối u ở một hoặc nhiều tuyến nội tiết. Nguy cơ mắc cũng có thể cao hơn ở những người mắc bệnh Von Hippel-Lindau, một tình trạng di truyền khiến hình thành khối u và u nang khắp cơ thể.

U tụy nội tiết Insulinoma dường như có xu hướng ảnh hưởng đến nữ giới hơn là nam giới. Tỷ lệ nam/nữ là 2/3.

Chẩn đoán thường ở độ tuổi từ 47 đến 50, với u tụy nội tiết Insulinoma có liên quan đến hội chứng MEN1 thường độ tuổi chẩn đoán là trẻ hơn.

Các khối u tụy nội tiết cũng thường xảy ra ở các đối tượng có hội chứng MEN1, là một bệnh lý di truyền gây ra các khối u ở một hoặc nhiều tuyến nội tiết.

Nguy cơ mắc cũng có thể cao hơn ở những người mắc bệnh Von Hippel-Lindau, một tình trạng di truyền khiến hình thành khối u và u nang khắp cơ thể.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị u tụy nội tiết insulinoma

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán u tụy nội tiết Insulinoma

Có hai bước quan trọng trong việc chẩn đoán u tụy nội tiết Insulinoma. Đầu tiên là xác định chẩn đoán bằng các xét nghiệm sinh hóa khi có nghi ngờ lâm sàng cao, và thứ hai là xác định vị trí khối u.

Không ức chế được tiết insulin nội sinh do hạ đường huyết là dấu hiệu đặc trưng của u đảo tụy. Do đó, phát hiện nồng độ insulin tăng cao không phù hợp khi bị hạ đường huyết là chìa khóa để chẩn đoán.

Khi không thể quan sát được triệu chứng bộ ba Whipple như đã đề cập ở trên, và khi không có xét nghiệm sinh hóa trong các đợt hạ đường huyết thì nhịn ăn trong 72 giờ là xét nghiệm tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u tụy nội tiết Insulinoma.

Các xét nghiệm sinh hóa thiết lập ở 95% bệnh nhân trong thời gian nhịn ăn kéo dài (lên đến 72 giờ) khi tìm thấy các kết quả sau:

Nồng độ insulin huyết thanh từ 10 $\mu\text{U/mL}$ trở lên (bình thường < 6 $\mu\text{U/mL}$). Nồng độ glucose dưới 40 mg/dL. Nồng độ C-peptide vượt quá 2,5 ng/mL (bình thường < 2 ng/mL). Nồng độ proinsulin cao hơn 25% (hoặc lên đến 90%) nồng độ insulin phản ứng miễn dịch. Sàng lọc sulfonylurea âm tính (chưa có ở VN).

Nồng độ insulin huyết thanh từ 10 $\mu\text{U/mL}$ trở lên (bình thường < 6 $\mu\text{U/mL}$).

Nồng độ glucose dưới 40 mg/dL.

Nồng độ C-peptide vượt quá 2,5 ng/mL (bình thường < 2 ng/mL).

Nồng độ proinsulin cao hơn 25% (hoặc lên đến 90%) nồng độ insulin phản ứng miễn dịch.

Sàng lọc sulfonylurea âm tính (chưa có ở VN).

Khoảng 5% bệnh nhân u đảo tụy sẽ biểu hiện hạ đường huyết sau ăn nhưng không phải hạ đường huyết khi nhịn ăn và trong những trường hợp đó, chẩn đoán có thể được thiết lập bằng xét nghiệm trong phòng thí nghiệm sau khi bệnh nhân dùng bữa ăn chuẩn.

Các xét nghiệm hình ảnh học để xác định vị trí khối u trước phẫu thuật bao gồm: Chụp CT scan : Chụp cắt lớp vi tính là xét nghiệm không xâm lấn ban đầu được sử dụng thường xuyên nhất. CT phát hiện từ 82-94% khối u, trong đó u tụy nội tiết Insulinoma thường xuất hiện dưới dạng một khối rắn nhỏ, tăng tín hiệu sau khi tiêm thuốc cản quang. Siêu âm bụng: Siêu âm tuyến tụy đôi khi được ưa chuộng vì tính tiện lợi và chi phí thấp. Tuy nhiên độ nhạy chỉ có 50%. Siêu âm nội soi: Phát hiện 77% u đảo tụy ở tuyến tụy. Trong khi siêu âm độ phân giải cao xuyên bụng trong khi phẫu thuật với đầu dò được đưa qua bề mặt tụy bị lộ: Phát hiện hơn 90% Insulinoma. Chụp MRI: Chụp cộng hưởng từ giúp phát hiện khoảng 85% khối u tụy nội tiết Insulinoma. PET/CT có phóng xạ gallium-68 DOTA-(Tyr3)-octreotate (Ga-DOTATATE): Thử độ nhạy lên đến 90%.

Chụp CT scan : Chụp cắt lớp vi tính là xét nghiệm không xâm lấn ban đầu được sử dụng thường xuyên nhất. CT phát hiện từ 82-94% khối u, trong đó u tụy nội tiết Insulinoma thường xuất hiện dưới dạng một khối rắn nhỏ, tăng tín hiệu sau khi tiêm thuốc cản quang.

Siêu âm bụng: Siêu âm tuyến tụy đôi khi được ưa chuộng vì tính tiện lợi và chi phí thấp. Tuy nhiên độ nhạy chỉ có 50%.

Siêu âm nội soi: Phát hiện 77% u đảo tụy ở tuyến tụy. Trong khi siêu âm độ phân giải cao xuyên bụng trong khi phẫu thuật với đầu dò được đưa qua bề mặt tụy bị lộ: Phát hiện hơn 90% Insulinoma.

Chụp MRI: Chụp cộng hưởng từ giúp phát hiện khoảng 85% khối u tụy nội tiết Insulinoma.

PET/CT có phóng xạ gallium-68 DOTA-(Tyr3)-octreotate (Ga-DOTATATE): Thử độ nhạy lên đến 90%.

Phương pháp điều trị u tụy nội tiết Insulinoma hiệu quả

Phương pháp điều trị tốt nhất cho u tụy nội tiết Insulinoma là phẫu thuật cắt bỏ khối u. Tỷ lệ chữa khỏi bằng phẫu thuật nói chung đạt tới 90%. Có thể phẫu thuật cắt bỏ một khối u nhỏ đơn lẻ, hoặc một phần của tuyến tụy cũng có thể bị cắt bỏ kèm theo. Một số loại thuốc như diazoxide , hoặc đôi khi octreotide , có thể được sử dụng để điều trị hạ đường huyết.

Phẫu thuật

Cắt bỏ nhân: Vì u đảo tụy thường lành tính nên có thể cắt bỏ nhân. Cắt bỏ một phần của tuyến tụy. Phẫu thuật cắt tụy tá tràng: Hay còn gọi là phẫu thuật Whipple .

Cắt bỏ nhân: Vì u đảo tụy thường lành tính nên có thể cắt bỏ nhân.

Cắt bỏ một phần của tuyến tụy.

Phẫu thuật cắt tụy tá tràng: Hay còn gọi là phẫu thuật Whipple .

Ngày nay phẫu thuật nội soi càng phổ biến do thời gian nằm viện ngắn hơn, ít nguy cơ và xâm lấn tối thiểu. Việc lựa chọn sẽ dựa trên mức độ xâm lấn của tổn thương cũng như bệnh lý có liên quan đến MEN1 không.

Ngay cả khi phát hiện di căn, cắt bỏ bằng phẫu thuật thường được ưu tiên trước khi cân nhắc bất kỳ liệu pháp nội khoa, hóa trị liệu hoặc liệu pháp can thiệp nào khác. Mục tiêu của phẫu thuật là cắt bỏ toàn bộ bệnh. Điều này có thể bao gồm thực hiện cắt bỏ một phần hoặc cắt bỏ di căn gan.

Đốt

Đốt bằng tần số vô tuyến hoặc ethanol có hướng dẫn bằng siêu âm nội soi đã chứng minh hiệu quả đối với các khối u đảo tụy cục bộ nhỏ, đặc biệt là ở những bệnh nhân được coi là không đủ điều kiện để phẫu thuật.

Điều trị bằng thuốc

Điều trị thuốc cũng giúp ngăn ngừa hạ đường huyết ở những người bệnh có khối u ác tính, u di căn hay khối u không thể cắt bỏ, để giảm gánh nặng cho khối u.

Thuốc điều trị có thể bao gồm:

Diazoxide: Giảm tiết insulin. Hydrochlorothiazide: Chống phù nề và tăng kali máu thứ phát do diazoxide, làm tăng tác dụng tăng đường huyết của diazoxide. Chất tương tự somatostatin (octreotide, lanreotide): Ngăn ngừa hạ đường huyết.

Everolimus: Dành cho người bệnh mắc u tụy nội tiết Insulinoma di căn và hạ đường huyết khó chữa. Điều trị kết hợp: Dành cho bệnh nhân bị Insulinoma di căn và hạ đường huyết kháng trị.

Diazoxide: Giảm tiết insulin.

Hydrochlorothiazide: Chống phù nề và tăng kali máu thứ phát do diazoxide, làm tăng tác dụng tăng đường huyết của diazoxide.

Chất tương tự somatostatin (octreotide, lanreotide): Ngăn ngừa hạ đường huyết.

Everolimus: Dành cho người bệnh mắc u tụy nội tiết Insulinoma di căn và hạ đường huyết khó chữa.

Điều trị kết hợp: Dành cho bệnh nhân bị Insulinoma di căn và hạ đường huyết kháng trị.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa u tụy nội tiết insulinoma

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của u tụy nội tiết Insulinoma

Cách duy nhất để hạn chế diễn tiến của u tụy nội tiết Insulinoma là việc được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật để loại bỏ u.

Bạn cần nhận biết được các dấu hiệu của triệu chứng hạ đường huyết để có thể điều chỉnh một cách nhanh chóng (hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ về tình trạng này).

Bạn có thể được bác sĩ khuyên thay đổi chế độ ăn uống và sinh hoạt của mình để hạn chế tình trạng hạ đường huyết.

Đồng thời, hãy tái khám với bác sĩ ngay cả khi đã được phẫu thuật điều trị để tiếp tục được theo dõi và đánh giá tái phát sau điều trị.

Phương pháp phòng ngừa u tụy nội tiết Insulinoma hiệu quả

U tụy nội tiết Insulinoma xảy ra khi các tế bào nội tiết trong tuyến tụy tạo ra insulin một cách không kiểm soát, và các nguyên nhân gây ra tình trạng này vẫn chưa được hiểu rõ. Do đó, hiện không có cách nào để ngăn ngừa u tụy nội tiết Insulinoma.

=====

Tìm hiểu chung tiểu đường bị ngứa da

Tiểu đường gây ra những biến chứng nguy hiểm do tổn thương mạch máu, thần kinh như đột quỵ, nhồi máu cơ tim và bên cạnh đó ngứa da là một triệu chứng gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tuy không gây nguy hiểm nhưng nó thể gặp lên đến 36 % bệnh nhân đái tháo đường (theo nghiên cứu của Aleksandra và cộng sự năm 2021).

Nguyên nhân của ngứa da liên quan đến hiện tượng khô da, bệnh lý thần kinh đái tháo đường .

Điều trị bao gồm: Kiểm soát đường huyết đi kèm chăm sóc da và điều trị triệu chứng tại chỗ

Triệu chứng tiểu đường bị ngứa da

Những dấu hiệu và triệu chứng của tiểu đường bị ngứa da

Một số triệu chứng của tiểu đường bị ngứa da có thể kể đến như:

Ngứa da , khi gãi nhiều có thể ghi nhận tình trạng lichen hóa. Da khô. Có thể đi kèm với các dấu hiệu của tăng đường huyết không kiểm soát gây ra (tổn thương thần kinh: Cảm giác châm chích, tê buốt ở đầu ngón tay đầu ngón chân; tổn thương mạch máu: Vùng da lạnh, lông mọc ít).

Ngứa da , khi gãi nhiều có thể ghi nhận tình trạng lichen hóa.

Da khô.

Có thể đi kèm với các dấu hiệu của tăng đường huyết không kiểm soát gây ra (tổn thương thần kinh: Cảm giác châm chích, tê buốt ở đầu ngón tay đầu ngón chân; tổn thương mạch máu: Vùng da lạnh, lông mọc ít).

Biến chứng có thể gặp khi mắc tiểu đường bị ngứa da

Tình trạng ngứa da có thể gây ảnh hưởng đến người bệnh như:

Suy giảm chất lượng cuộc sống; Lo âu; Trầm cảm .

Suy giảm chất lượng cuộc sống;

Lo âu;

Trầm cảm .

Ngoài ra, việc da khô và gãi thường xuyên ở người đái tháo đường bị ngứa da có thể dễ dẫn đến nhiễm trùng, đồng thời người bệnh đái tháo đường có thể không chống lại tình trạng nhiễm trùng tốt như những người bình thường.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Bất cứ ai bị đái tháo đường đều thử các biện pháp điều trị tại nhà, nhưng nếu không cải thiện triệu chứng ngứa da, bạn nên nói chuyện với bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị. Bạn cũng nên tìm kiếm sự chăm sóc y tế nếu tình trạng ngứa gây ảnh hưởng đến giấc ngủ, chất lượng cuộc sống hằng ngày của bạn.

Nguyên nhân tiểu đường bị ngứa da

Nguyên nhân dẫn đến tiểu đường bị ngứa da

Cơ chế bệnh sinh của người bệnh đái tháo đường bị ngứa da vẫn chưa được hiểu đầy đủ. Tuy nhiên khô da và bệnh lý thần kinh là hai yếu tố được nhắc đến nhiều nhất.

Khô da có thể dẫn đến ngứa da toàn thân, và việc đường máu cao đi kèm với nuôi dưỡng kém đã làm thay đổi lớp thượng bì dẫn đến không giữ được độ ẩm trên bề mặt da. Đái tháo đường là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh lý đa dây thần kinh. Một trong những giả thuyết cho rằng bệnh lý đa dây thần kinh do đái tháo đường có rối loạn chức năng đồ mô hô liên quan do suy giảm hệ thần kinh giao cảm có thể đóng vai trò trong quá trình sinh bệnh ngứa ở bệnh nhân đái tháo đường.

Khô da có thể dẫn đến ngứa da toàn thân, và việc đường máu cao đi kèm với nuôi dưỡng kém đã làm thay đổi lớp thượng bì dẫn đến không giữ được độ ẩm trên bề mặt da.

Đái tháo đường là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh lý đa dây thần kinh. Một trong những giả thuyết cho rằng bệnh lý đa dây thần kinh do đái tháo đường có rối loạn chức năng đồ mô hô liên quan do suy giảm hệ thần kinh giao cảm có thể đóng vai trò trong quá trình sinh bệnh ngứa ở bệnh nhân đái tháo đường.

Bên cạnh đó, ngứa da ở người bệnh đái tháo đường có thể do các nguyên nhân như: Nhiễm trùng ; Nhiễm nấm; Biến chứng suy thận; Tác dụng phụ của thuốc; Dị ứng thuốc hay các sản phẩm khác như nước hoa, xà phòng.

Nhiễm trùng ;

Nhiễm nấm;

Biến chứng suy thận;

Tác dụng phụ của thuốc;

Dị ứng thuốc hay các sản phẩm khác như nước hoa, xà phòng.

Nguy cơ tiểu đường bị ngứa da

Những ai có nguy cơ mắc tiểu đường bị ngứa da?

Tất cả các đối tượng mắc đái tháo đường đều có nguy cơ mắc các biến chứng lên da đặc biệt là những người kiểm soát đường huyết kém, cũng như không biết chăm sóc da khi đã bị đái tháo đường.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc tiểu đường bị ngứa da

Bên cạnh hai yếu tố chính được cho là có liên quan đến ngứa da ở người bệnh đái tháo đường. Các yếu tố khác cũng đã được thảo luận và nghiên cứu:

Sự gia tăng các cytokine cuối cùng có thể có sự liên quan với tổn thương thần kinh do đái tháo đường. Ở cấp độ phân tử, insulin là yếu tố tăng trưởng thiết yếu để cho tế bào sừng được nuôi dưỡng, và nó ảnh hưởng đến sự tăng sinh, di chuyển và biệt hóa tế bào sừng ở da. Ngoài ra, theo nghiên cứu gần đây, căng thẳng oxy hóa gia tăng và viêm dây thần kinh cũng có thể đóng vai trò trong bệnh đa dây thần kinh do đái tháo đường. Một trong những giả thuyết cho rằng những thay đổi về nồng độ insulin trong máu có thể là nguyên nhân khiến các tế bào sừng bị gián đoạn. Do đó, sự tăng sinh bất thường của các tế bào sừng làm thay đổi chức năng của lớp sừng ở người bệnh đái tháo đường. Đái tháo đường làm gia tăng các sản phẩm glycosyl hóa trong collagen của lớp hạ bì, liên quan đến tình trạng lão hóa da .

Sự gia tăng các cytokine cuối cùng có thể có sự liên quan với tổn thương thần kinh do đái tháo đường.

Ở cấp độ phân tử, insulin là yếu tố tăng trưởng thiết yếu để cho tế bào sừng được nuôi dưỡng, và nó ảnh hưởng đến sự tăng sinh, di chuyển và biệt hóa tế bào sừng ở da.

Ngoài ra, theo nghiên cứu gần đây, căng thẳng oxy hóa gia tăng và viêm dây thần kinh cũng có thể đóng vai trò trong bệnh đa dây thần kinh do đái tháo đường.

Một trong những giả thuyết cho rằng những thay đổi về nồng độ insulin trong máu có thể là nguyên nhân khiến các tế bào sừng bị gián đoạn. Do đó, sự tăng sinh bất thường của các tế bào sừng làm thay đổi chức năng của lớp sừng ở người bệnh đái tháo đường.

Đái tháo đường làm gia tăng các sản phẩm glycosyl hóa trong collagen của lớp hạ bì, liên quan đến tình trạng lão hóa da .

Tất cả các quá trình này có thể là nguyên nhân dẫn đến giảm quá trình hydrat hóa của lớp sừng và sau đó gây ngứa da.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tiểu đường bị ngứa da

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán tiểu đường bị ngứa da

Mặc dù mọi người có thể thỉnh thoảng bị ngứa da, nhưng đối với người mắc bệnh đái tháo đường, ngứa da có thể báo hiệu cho việc kiểm soát kém bệnh đái tháo đường hay các tổn thương thần kinh tiềm ẩn.

Bác sĩ có thể đánh giá các vùng da khô để xác định xem bệnh đái tháo đường hay các tình trạng khác có phải là nguyên nhân gây ngứa hay không.

Ngoài việc hỏi triệu chứng và khám da, khám thần kinh, bác sĩ có thể đề nghị các xét nghiệm để đánh giá tình trạng bệnh đái tháo đường, biến chứng cũng như loại trừ các nguyên nhân khác dẫn đến ngứa da ở bạn. Các xét nghiệm có thể bao gồm: Xét nghiệm máu, kiểm tra đường huyết hay tình trạng nhiễm trùng của bạn. Xét nghiệm trên da như cạo da tìm nấm. Đo điện cơ để đánh giá hoạt động của các dây thần kinh.

Xét nghiệm máu, kiểm tra đường huyết hay tình trạng nhiễm trùng của bạn.

Xét nghiệm trên da như cạo da tìm nấm.

Đo điện cơ để đánh giá hoạt động của các dây thần kinh.

Phương pháp điều trị tiểu đường bị ngứa da

Việc điều trị sẽ bao gồm chế độ sinh hoạt, chế độ ăn giúp kiểm soát tốt đường huyết và giữ cho bạn một làn da khỏe mạnh. Bạn có thể tự điều trị ngứa tại nhà theo hướng dẫn của bác sĩ, bao gồm việc hạn chế tắm với nước nóng, sử dụng xà phòng nhẹ và kem dưỡng ẩm để dưỡng da sau khi tắm.

Bác sĩ có thể kê đơn các thuốc giúp bạn kiểm soát đường huyết, cùng với các thuốc giúp giảm triệu chứng ngứa cho bạn.

Nếu tình trạng ngứa của bạn là do nhiễm nấm hay nhiễm trùng, bác sĩ có thể kê thuốc kháng sinh, thuốc kháng nấm và các thuốc thoa cho bạn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tiểu đường bị ngứa da

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tiểu đường bị ngứa da

Chế độ sinh hoạt:

Chăm sóc da rất quan trọng trong bệnh lý đái tháo đường nói chung, và ngứa da nói riêng. Và dưới đây là tất cả những điều bạn cần phải nắm:

Quản lý tốt bệnh đái tháo đường: Bằng việc tuân thủ chế độ ăn và tập luyện, sử dụng thuốc cũng như tái khám thường xuyên để kiểm tra đường huyết. Tránh tắm và tắm nước quá nóng: Nếu da bạn khô, việc tắm thường xuyên và tắm nước nóng có thể làm trầm trọng thêm tình trạng này. Chú ý sử dụng các loại xà phòng tắm nhẹ, giúp dưỡng ẩm. Nếu da bạn khô, đừng sử dụng bồn tắm tạo bọt. Sau đó, hãy sử dụng kem dưỡng da thông thường, Ngăn ngừa khô da: Dưỡng ẩm da là điều cần thiết nếu da bạn bị khô. Thoa kem dưỡng ẩm ngay sau khi tắm, lúc da vẫn còn ẩm sẽ giúp giữ ẩm tốt hơn. Và không thoa kem dưỡng giữa các ngón chân. Độ ẩm dư thừa ở đó có thể thúc đẩy nấm phát triển. Trong những tháng lạnh, khô, hãy giữ cho ngôi nhà của bạn ẩm hơn. Tắm ít hơn trong thời tiết này, nếu có thể Dưỡng ẩm cho da: Ngăn ngừa nứt nẻ, đặc biệt là trong thời tiết lạnh hoặc gió. Xử lý vết cắt ngay lập tức: Rửa sạch vết cắt nhỏ bằng xà phòng và nước. Chỉ sử dụng kem kháng sinh hoặc thuốc mỡ nếu bác sĩ cho phép. Che vết cắt nhỏ bằng gạc vô trùng. Đi khám bác sĩ ngay nếu bạn bị rách lớn, bỏng hoặc nhiễm trùng. Đi khám: Hãy đến gặp bác sĩ da liễu về các vấn đề về da nếu bạn không thể tự giải quyết. Kiểm tra hàng ngày: Để xem có vết loét và vết đứt nào không. Mang giày rộng, đế bằng vừa vặn. Kiểm tra xem có vật lạ nào trong giày trước khi đi vào không.

Quản lý tốt bệnh đái tháo đường: Bằng việc tuân thủ chế độ ăn và tập luyện, sử dụng thuốc cũng như tái khám thường xuyên để kiểm tra đường huyết.

Tránh tắm và tắm nước quá nóng: Nếu da bạn khô, việc tắm thường xuyên và tắm nước nóng có thể làm trầm trọng thêm tình trạng này. Chú ý sử dụng các loại xà phòng tắm nhẹ, giúp dưỡng ẩm. Nếu da bạn khô, đừng sử dụng bồn tắm tạo bọt. Sau đó, hãy sử dụng kem dưỡng da thông thường,

Ngăn ngừa khô da: Dưỡng ẩm da là điều cần thiết nếu da bạn bị khô. Thoa kem dưỡng ẩm ngay sau khi tắm, lúc da vẫn còn ẩm sẽ giúp giữ ẩm tốt hơn. Và không thoa kem dưỡng giữa các ngón chân. Độ ẩm dư thừa ở đó có thể thúc đẩy nấm phát triển. Trong những tháng lạnh, khô, hãy giữ cho ngôi nhà của bạn ẩm hơn. Tắm ít hơn trong thời tiết này, nếu có thể

Dưỡng ẩm cho da: Ngăn ngừa nứt nẻ, đặc biệt là trong thời tiết lạnh hoặc gió.

Xử lý vết cắt ngay lập tức: Rửa sạch vết cắt nhỏ bằng xà phòng và nước. Chỉ sử dụng kem kháng sinh hoặc thuốc mỡ nếu bác sĩ cho phép. Che vết cắt nhỏ bằng gạc vô trùng. Đi khám bác sĩ ngay nếu bạn bị rách lớn, bông hoặc nhiễm trùng.
Đi khám: Hãy đến gặp bác sĩ da liễu về các vấn đề về da nếu bạn không thể tự giải quyết.

Kiểm tra hàng ngày: Để xem có vết loét và vết đứt nào không. Mang giày rộng, để bằng vừa vặn. Kiểm tra xem có vật lạ nào trong giày trước khi đi vào không.

Chế độ dinh dưỡng:

Tuân thủ chế độ ăn cho người đái tháo đường là một yếu tố quan trọng trong kiểm soát đường huyết, từ đó giúp làm giảm ngứa. Do đó, bạn hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ và tuân thủ theo chế độ ăn được đề ra đi kèm với điều trị của bác sĩ để kiểm soát đường huyết trong mức lý tưởng.

Phương pháp phòng ngừa tiểu đường bị ngứa da hiệu quả

Nếu bạn mắc đái tháo đường, điều quan trọng là hãy tuân thủ chế độ dinh dưỡng, chế độ tập luyện, tái khám và dùng thuốc đúng chỉ định để có thể quản lý tốt tình trạng đái tháo đường của mình. Việc quản lý tốt bệnh đái tháo đường có thể hạn chế các biến chứng của bệnh, bao gồm các biến chứng thần kinh (bệnh đa dây thần kinh do đái tháo đường) hay các biến chứng trên da của bạn, từ đó có thể hạn chế tình trạng ngứa da do đái tháo đường.

=====

Tìm hiểu chung thừa estrogen

Estrogen là một loại hormone rất cần thiết cho sức khỏe của phụ nữ, nam giới và sự phát triển sinh dục.

Estrogen giúp điều chỉnh lượng cholesterol, duy trì sức khỏe của xương và ảnh hưởng đến cảm xúc. Ở phụ nữ, estrogen có thể ảnh hưởng đến mang thai, tuổi dậy thì, chu kỳ kinh nguyệt và mãn kinh.

Có ba loại estrogen chính:

Estrone (E1): Là loại estrogen chính ở nam giới, cũng là dạng estrogen chính ở phụ nữ sau mãn kinh. Tinh hoàn ở nam, buồng trứng và nhau thai ở phụ nữ, hoặc các mô mỡ sẽ sản xuất estrone từ androstenedione hoặc androgen. Estradiol (E2): Là loại estrogen mạnh nhất và nó đạt nồng độ cao nhất khi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Các bác sĩ sẽ quan sát dạng estrogen này như một dấu hiệu cho sức khỏe buồng trứng. Estriol (E3): Nhau thai sản xuất loại estrogen này, đạt mức cao nhất trong thai kỳ. Lượng estriol tăng lên theo thai kỳ.

Estrone (E1): Là loại estrogen chính ở nam giới, cũng là dạng estrogen chính ở phụ nữ sau mãn kinh. Tinh hoàn ở nam, buồng trứng và nhau thai ở phụ nữ, hoặc các mô mỡ sẽ sản xuất estrone từ androstenedione hoặc androgen.

Estradiol (E2): Là loại estrogen mạnh nhất và nó đạt nồng độ cao nhất khi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Các bác sĩ sẽ quan sát dạng estrogen này như một dấu hiệu cho sức khỏe buồng trứng.

Estriol (E3): Nhau thai sản xuất loại estrogen này, đạt mức cao nhất trong thai kỳ. Lượng estriol tăng lên theo thai kỳ.

Sự thay đổi nồng độ estrogen có thể ảnh hưởng đến nhiều vùng của cơ thể, bao gồm hệ thống sinh sản, da, tóc, xương, cơ, não và mô vú. Sự dao động này cũng có thể gây ra những ảnh hưởng ở nam giới.

Khi người phụ nữ có lượng estrogen cao so với progesterone, điều này được gọi là sự thống trị của estrogen (estrogen dominance).

Triệu chứng thừa estrogen

Những dấu hiệu và triệu chứng của thừa estrogen

Dấu hiệu và triệu chứng của thừa estrogen ở phụ nữ:

Tăng cân, đặc biệt là vùng hông và eo; Tăng triệu chứng của hội chứng tiền kinh nguyệt; Mệt mỏi; Vú căng và đau; Kinh nguyệt không đều; Giảm ham muốn tình dục; Tâm trạng kém hoặc lo lắng.

Tăng cân, đặc biệt là vùng hông và eo;

Tăng triệu chứng của hội chứng tiền kinh nguyệt;

Mệt mỏi;

Vú căng và đau;

Kinh nguyệt không đều;

Giảm ham muốn tình dục;

Tâm trạng kém hoặc lo lắng.

Các triệu chứng kèm theo của thừa estrogen có thể bao gồm:

Đầy hơi; Nhức đầu; Rối loạn giấc ngủ; Rụng tóc.

Đầy hơi;
Nhức đầu ;
Rối loạn giấc ngủ ;
Rụng tóc.

Dấu hiệu và triệu chứng của thừa estrogen ở nam giới:

Ngực to ở nam giới, còn được gọi là nữ hoá tuyến vú (gynecomastia); Rối loạn cương dương ; Vô sinh.

Ngực to ở nam giới, còn được gọi là nữ hoá tuyến vú (gynecomastia);

Rối loạn cương dương ;

Vô sinh.

Theo một nghiên cứu năm 2018, nồng độ estrogen cao cũng có liên quan đến việc tăng tỷ lệ trầm cảm ở nam giới.

Biến chứng có thể gặp khi thừa estrogen

Nếu một người có lượng estrogen cao liên tục trong một thời gian dài, điều này sẽ làm tăng nguy cơ của họ về:

Tăng huyết áp; Hình thành huyết khối; Hạ canxi máu; Ung thư vú; Ung thư cổ tử cung.

Tăng huyết áp;

Hình thành huyết khối;

Hạ canxi máu;

Ung thư vú;

Ung thư cổ tử cung.

Thừa estrogen cũng có thể làm nặng thêm các tình trạng bệnh lý đã có trước đó như hen phế quản hoặc bệnh động kinh.

Một nghiên cứu năm 2017 ở Hàn Quốc đã tìm thấy mối liên quan giữa hàm lượng estriol tự do cao và việc tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn mắc phải các triệu chứng nêu trên, có thể bạn đang gặp tình trạng mất cân bằng nội tiết tố, hãy đến gặp bác sĩ để được thăm khám và tư vấn. Bác sĩ sẽ giúp bạn tìm hiểu xem những triệu chứng này có phải do bệnh lý tiềm ẩn hay do loại thuốc nào đó mà bạn đang dùng gây ra.

Nguyên nhân thừa estrogen

Mức estrogen của bạn có thể cao vì:

Bản thân cơ thể sản xuất ra quá nhiều estrogen. Bạn đang nhận được quá nhiều estrogen trong loại thuốc mà bạn đang dùng. Cơ thể bạn không phân hủy estrogen và loại bỏ nó khỏi cơ thể như bình thường.

Bản thân cơ thể sản xuất ra quá nhiều estrogen.

Bạn đang nhận được quá nhiều estrogen trong loại thuốc mà bạn đang dùng.

Cơ thể bạn không phân hủy estrogen và loại bỏ nó khỏi cơ thể như bình thường.

Nhiều yếu tố có thể góp phần làm tăng estrogen, bao gồm:

Thuốc: Liệu pháp hormone để điều trị nồng độ estrogen thấp, nếu sử dụng không hợp lý có thể khiến nồng độ estrogen của bạn trở nên quá cao. Có thể mất một

thời gian điều chỉnh để có được liều lượng phù hợp với bạn. Mỡ trong cơ thể: Mô mỡ tiết ra estrogen. Người có tỷ lệ mỡ trong cơ thể cao có thể dẫn đến nồng độ

estrogen cao. Căng thẳng : Cơ thể bạn sản xuất ra hormone cortisol để đáp ứng với tình trạng căng thẳng, khi đó có thể làm suy giảm khả năng sản xuất

progesterone của cơ thể, dẫn đến estrogen trong cơ thể bạn không được kiểm soát bởi progesterone. Rượu: Uống quá nhiều rượu có thể làm tăng nồng độ estrogen và

làm giảm khả năng chuyển hóa estrogen của cơ thể. Các vấn đề về gan: Gan phá vỡ estrogen và loại bỏ nó khỏi cơ thể. Nếu gan không hoạt động bình thường (do

nhiều nguyên nhân khác nhau), estrogen có thể không được loại bỏ dẫn đến tích tụ. Xenoestrogen tổng hợp: Xenoestrogen tổng hợp là những hóa chất được tìm thấy

trong môi trường, hoạt động giống như estrogen khi chúng vào trong cơ thể. Chất này có thể làm tăng lượng estrogen trong cơ thể. Xenoestrogen gồm các loại như

bisphenol A (BPA) và phthalates. Cả hai loại hóa chất này đều được sử dụng trong nhiều loại nhựa. Xenoestrogen cũng có thể được tìm thấy trong thuốc trừ sâu, sản

phẩm tẩy rửa gia dụng và một số loại xà phòng và dầu gội đầu.

Thuốc: Liệu pháp hormone để điều trị nồng độ estrogen thấp, nếu sử dụng không hợp lý có thể khiến nồng độ estrogen của bạn trở nên quá cao. Có thể mất một

thời gian điều chỉnh để có được liều lượng phù hợp với bạn.

Mỡ trong cơ thể: Mô mỡ tiết ra estrogen. Người có tỷ lệ mỡ trong cơ thể cao có thể dẫn đến nồng độ estrogen cao.

Căng thẳng : Cơ thể bạn sản xuất ra hormone cortisol để đáp ứng với tình trạng

căng thẳng, khi đó có thể làm suy giảm khả năng sản xuất progesterone của cơ thể, dẫn đến estrogen trong cơ thể bạn không được kiểm soát bởi progesterone. Rượu: Uống quá nhiều rượu có thể làm tăng nồng độ estrogen và làm giảm khả năng chuyển hóa estrogen của cơ thể.

Các vấn đề về gan: Gan phá vỡ estrogen và loại bỏ nó khỏi cơ thể. Nếu gan không hoạt động bình thường (do nhiều nguyên nhân khác nhau), estrogen có thể không được loại bỏ dẫn đến tích tụ.

Xenoestrogen tổng hợp: Xenoestrogen tổng hợp là những hóa chất được tìm thấy trong môi trường, hoạt động giống như estrogen khi chúng vào trong cơ thể. Chất này có thể làm tăng lượng estrogen trong cơ thể. Xenoestrogen gồm các loại như bisphenol A (BPA) và phthalates. Cả hai loại hóa chất này đều được sử dụng trong nhiều loại nhựa. Xenoestrogen cũng có thể được tìm thấy trong thuốc trừ sâu, sản phẩm tẩy rửa gia dụng và một số loại xà phòng và dầu gội đầu.

Nguy cơ thừa estrogen

Những ai có nguy cơ mắc phải thừa estrogen?

Một số nhóm người có nguy cơ cao gặp phải tình trạng thừa estrogen, ví dụ như những người dùng hormone thay thế, béo phì, bệnh u xơ tử cung, u xơ buồng trứng,...

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải thừa estrogen

Nhiều yếu tố có thể góp phần vào tình trạng thừa estrogen, bao gồm:

Béo phì; Căng thẳng; Uống rượu; Các vấn đề bệnh lý như hội chứng buồng trứng đa nang, tình trạng lạc nội mạc tử cung và các bệnh ung thư liên quan.

Béo phì;

Căng thẳng;

Uống rượu;

Các vấn đề bệnh lý như hội chứng buồng trứng đa nang, tình trạng lạc nội mạc tử cung và các bệnh ung thư liên quan.

Ở nam giới, estrogen cũng có thể tăng cao so với lượng testosterone trong cơ thể nếu nồng độ testosterone thấp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị thừa estrogen

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán thừa estrogen

Có ba loại estrogen mà cơ thể bạn tạo ra như đã nêu trên. Xét nghiệm estrogen có thể đo cả ba: Estrone (E1), estradiol (E2) và estriol (E3). Bác sĩ sẽ thực hiện lấy mẫu máu để xét nghiệm.

Phương pháp điều trị thừa estrogen hiệu quả

Bác sĩ sẽ đưa ra các lựa chọn điều trị cho bạn phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra thừa estrogen của bạn. Trong một số trường hợp, thay đổi lối sống có thể hữu ích. Nếu nồng độ estrogen cao làm tăng nguy cơ ung thư hoặc làm trầm trọng thêm bệnh ung thư mà bạn đã mắc phải, bác sĩ có thể đề xuất các phương pháp điều trị tích cực hơn.

Có rất ít loại thuốc làm giảm trực tiếp estrogen. Thông thường, điều cần thiết là xác định nguyên nhân cơ bản và điều trị nguyên nhân này trước tiên.

Bác sĩ có thể điều chỉnh đơn thuốc của bạn nếu hormone bạn đang dùng gây ra tăng nồng độ estrogen trong máu.

Các loại thuốc bao gồm:

Thuốc ức chế Aromatase: Thuốc ức chế Aromatase được sử dụng để điều trị ung thư vú. Chúng ngăn chặn các tế bào mỡ tạo ra estrogen. Các chất ức chế Aromatase bao gồm Anastrozole (Arimidex), Exemestane (Aromasin) và Letrozole (Femara). Chất chủ vận hormone giải phóng Gonadotropin (GnRH): Chất chủ vận GnRH ngăn buồng trứng phóng thích estrogen.

Thuốc ức chế Aromatase: Thuốc ức chế Aromatase được sử dụng để điều trị ung thư vú. Chúng ngăn chặn các tế bào mỡ tạo ra estrogen. Các chất ức chế Aromatase bao gồm Anastrozole (Arimidex), Exemestane (Aromasin) và Letrozole (Femara).

Chất chủ vận hormone giải phóng Gonadotropin (GnRH): Chất chủ vận GnRH ngăn buồng trứng phóng thích estrogen.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa thừa estrogen

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của thừa estrogen

Chế độ sinh hoạt:

Giảm tỷ lệ phần trăm mỡ trong cơ thể của bạn: Giảm lượng mỡ dư thừa trong cơ thể có thể làm giảm lượng estrogen mà tế bào mỡ tiết ra. Nói chuyện với bác sĩ của bạn hoặc chuyên gia dinh dưỡng về cách giảm tỷ lệ phần trăm mỡ trong cơ thể một

cách an toàn để bạn nhận được các chất dinh dưỡng cần thiết. Giảm bớt căng thẳng: Giảm căng thẳng giúp giảm lượng hormone căng thẳng mà cơ thể bạn sản xuất ra có thể giúp cân bằng mức estrogen và progesterone. Giảm tiếp xúc với xenoestrogen tổng hợp: Không thể tránh hoàn toàn xenoestrogen tổng hợp, nhưng bạn có thể hạn chế tiếp xúc. Tránh thuốc trừ sâu có chứa xenoestrogen bằng cách chọn thực phẩm hữu cơ hoàn toàn tự nhiên và tiêu thụ các sản phẩm thịt không chứa hormone. Mua các mặt hàng đựng trong hộp bằng giấy và thủy tinh thay vì hộp nhựa khi có thể.

Giảm tỷ lệ phần trăm mỡ trong cơ thể của bạn: Giảm lượng mỡ dư thừa trong cơ thể có thể làm giảm lượng estrogen mà tế bào mỡ tiết ra. Nói chuyện với bác sĩ của bạn hoặc chuyên gia dinh dưỡng về cách giảm tỷ lệ phần trăm mỡ trong cơ thể một cách an toàn để bạn nhận được các chất dinh dưỡng cần thiết.

Giảm bớt căng thẳng: Giảm căng thẳng giúp giảm lượng hormone căng thẳng mà cơ thể bạn sản xuất ra có thể giúp cân bằng mức estrogen và progesterone.

Giảm tiếp xúc với xenoestrogen tổng hợp: Không thể tránh hoàn toàn xenoestrogen tổng hợp, nhưng bạn có thể hạn chế tiếp xúc. Tránh thuốc trừ sâu có chứa xenoestrogen bằng cách chọn thực phẩm hữu cơ hoàn toàn tự nhiên và tiêu thụ các sản phẩm thịt không chứa hormone. Mua các mặt hàng đựng trong hộp bằng giấy và thủy tinh thay vì hộp nhựa khi có thể.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn một chế độ ăn uống lành mạnh: Ăn một chế độ ăn ít chất béo, nhiều chất xơ, ít đường. Ăn nhiều đậu nành, hạt lanh và các loại rau họ cải, chẳng hạn như bông cải xanh và cải xoăn. Bổ sung axit béo omega-3 trong chế độ ăn uống hoặc dùng thực phẩm bổ sung. Hạn chế uống rượu: Loại bỏ rượu hoặc uống rượu có chừng mực có thể giúp gan phân hủy estrogen.

Ăn một chế độ ăn uống lành mạnh: Ăn một chế độ ăn ít chất béo, nhiều chất xơ, ít đường. Ăn nhiều đậu nành, hạt lanh và các loại rau họ cải, chẳng hạn như bông cải xanh và cải xoăn. Bổ sung axit béo omega-3 trong chế độ ăn uống hoặc dùng thực phẩm bổ sung.

Hạn chế uống rượu: Loại bỏ rượu hoặc uống rượu có chừng mực có thể giúp gan phân hủy estrogen.

Phương pháp phòng ngừa thừa estrogen hiệu quả

Để phòng ngừa tình trạng thừa estrogen, bạn có thể thực hiện các biện pháp sau đây:

Cân bằng dinh dưỡng: Đảm bảo bạn có chế độ ăn uống cân bằng và giàu chất xơ. Hạn chế tiêu thụ thức ăn chứa hormone tăng trưởng của động vật, chất cấm và chất gây ô nhiễm. Tăng cường việc ăn các loại rau quả tươi, hạt và thực phẩm có chứa chất chống oxy hóa. Giảm tiếp xúc với chất gây ô nhiễm: Tránh tiếp xúc với các chất gây ô nhiễm trong môi trường, như thuốc trừ sâu, hóa chất trong sản phẩm làm đẹp và chất gây ô nhiễm môi trường khác. Tập thể dục đều đặn: Tập thể dục có thể giúp cân bằng hormone trong cơ thể. Chọn các hoạt động như đi bộ, chạy bộ, bơi lội hoặc tham gia lớp thể dục nhịp điệu. Điều chỉnh cân nặng: Giảm cân nếu bạn đang có vấn đề về thừa cân hoặc béo phì.

Cân bằng dinh dưỡng: Đảm bảo bạn có chế độ ăn uống cân bằng và giàu chất xơ. Hạn chế tiêu thụ thức ăn chứa hormone tăng trưởng của động vật, chất cấm và chất gây ô nhiễm. Tăng cường việc ăn các loại rau quả tươi, hạt và thực phẩm có chứa chất chống oxy hóa.

Giảm tiếp xúc với chất gây ô nhiễm: Tránh tiếp xúc với các chất gây ô nhiễm trong môi trường, như thuốc trừ sâu, hóa chất trong sản phẩm làm đẹp và chất gây ô nhiễm môi trường khác.

Tập thể dục đều đặn: Tập thể dục có thể giúp cân bằng hormone trong cơ thể. Chọn các hoạt động như đi bộ, chạy bộ, bơi lội hoặc tham gia lớp thể dục nhịp điệu.

Điều chỉnh cân nặng: Giảm cân nếu bạn đang có vấn đề về thừa cân hoặc béo phì.

Tuy nhiên, mỗi người có điều kiện sức khỏe và tiền căn khác nhau, vì vậy nếu bạn gặp các triệu chứng hoặc lo lắng về tình trạng thừa estrogen, hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ để được tư vấn và điều trị phù hợp.

=====

Tìm hiểu chung teo cơ do đái tháo đường

Teo cơ do đái tháo đường là gì?

Bệnh đái tháo đường đi kèm với rất nhiều biến chứng tiềm ẩn. Biến chứng bệnh thần kinh do đái tháo đường là một trong những bệnh phổ biến nhất. Nhưng có một loại bệnh thần kinh do đái tháo đường hiếm gặp được gọi là teo cơ do đái tháo đường. Nó chỉ ảnh hưởng đến 1% người trưởng thành mắc bệnh đái tháo đường và

hoạt động khác với các loại bệnh thần kinh do đái tháo đường khác.

Hầu hết các trường hợp bệnh thần kinh do đái tháo đường xảy ra ở chân và bàn chân. Tuy nhiên, bệnh teo cơ do đái tháo đường gây tổn thương các dây thần kinh ở đùi, chân, hông, mông. Đôi khi, nó còn ảnh hưởng đến ngực và bụng.

Bệnh teo cơ do đái tháo đường còn được gọi bằng những tên sau:

Bệnh thần kinh đoạn gần (Proximal neuropathy); Bệnh rễ - đám rối thắt lưng cùng do đái tháo đường; Hội chứng Bruns-Garland.

Bệnh thần kinh đoạn gần (Proximal neuropathy);

Bệnh rễ - đám rối thắt lưng cùng do đái tháo đường;

Hội chứng Bruns-Garland.

Triệu chứng teo cơ do đái tháo đường

Những dấu hiệu và triệu chứng của teo cơ do đái tháo đường

Thường xuất hiện ở những người cao tuổi (tuổi trung bình 65 tuổi), teo cơ do đái tháo đường là bệnh diễn tiến theo từng giai đoạn, các triệu chứng xuất hiện trong một thời gian tương đối ngắn (vài tháng đến 2 năm). Bệnh lý thần kinh này biểu hiện cấp tính/bán cấp tính, với sự phân bố sớm ở chi dưới (đùi, mông hoặc hông) không đối xứng, khu trú, một bên và ở đầu gần của chi. Sự tiến triển lan rộng, đa ổ, hai bên trở nên rõ ràng khi bệnh tiến triển, với nhiều mức độ nghiêm trọng về triệu chứng.

Các biểu hiện bao gồm đau thần kinh nhiều (triệu chứng ban đầu trầm trọng hơn), với tình trạng yếu cơ chiếm ưu thế, teo cơ gốc chi và sụt cân. Quá trình bệnh ngày càng xấu đi cho đến khi ổn định và phục hồi dần dần, thường kèm theo suy yếu. So với các biến chứng khác do bệnh đái tháo đường gây ra, người bệnh mắc bệnh teo cơ do đái tháo đường thường là người bệnh đái tháo đường mới được chẩn đoán, thời gian tiếp xúc với tình trạng tăng đường huyết ngắn, kiểm soát đường huyết nghiêm ngặt, ít biến chứng mạch máu do đái tháo đường (như bệnh vớng mạc, bệnh tim mạch,...) và chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp hơn so với dân số mắc bệnh đái tháo đường trung bình.

Những triệu chứng khác bao gồm như tê, ngứa ran, mất phản xạ, yếu/liệt tứ chi, thay đổi mồ hôi, bàn chân rơi (foot drop), hạ huyết áp tư thế, tiêu chảy, táo bón.

Biến chứng có thể gặp khi mắc teo cơ do đái tháo đường

Dưới đây là một số biến chứng có thể gặp phải nếu mắc teo cơ do đái tháo đường:

Liệt hai chân; Liệt tứ chi; Trầm cảm ; Rối loạn lo âu; Phẫu thuật cột sống không cần thiết.

Liệt hai chân;

Liệt tứ chi;

Trầm cảm ;

Rối loạn lo âu;

Phẫu thuật cột sống không cần thiết.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi bạn mắc bệnh đái tháo đường và có kèm theo bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên đến gặp bác sĩ để được thăm khám và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm teo cơ do đái tháo đường sẽ giúp giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân teo cơ do đái tháo đường

Nguyên nhân dẫn đến teo cơ do đái tháo đường

Hiện nay vẫn chưa rõ chính xác các cơ chế gây ra bệnh teo cơ do đái tháo đường.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy viêm vi mạch qua trung gian miễn dịch có mối liên quan rõ ràng với bệnh đái tháo đường, nhưng mối liên hệ này lại không rõ ràng trong sinh lý bệnh của nó.

Nguy cơ teo cơ do đái tháo đường

Những ai có nguy cơ mắc phải teo cơ do đái tháo đường?

Bạn có nhiều khả năng mắc teo cơ do đái tháo đường nếu bạn trên 50 tuổi, mặc dù những người bệnh trẻ tuổi hơn cũng có thể bị ảnh hưởng.

Những đối tượng có nguy cơ khác bao gồm:

Đái tháo đường tuýp 2 ; Kiểm soát đường huyết nhanh chóng; Kiểm soát đường huyết nghiêm ngặt.

Đái tháo đường tuýp 2 ;

Kiểm soát đường huyết nhanh chóng;

Kiểm soát đường huyết nghiêm ngặt.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải teo cơ do đái tháo đường
Các yếu tố nguy cơ của teo cơ do đái tháo đường bao gồm:
Bắt đầu điều trị tăng đường huyết; Tiêm chủng; Chấn thương; Nhiễm trùng.
Bắt đầu điều trị tăng đường huyết;
Tiêm chủng;
Chấn thương;
Nhiễm trùng.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị teo cơ do đái tháo đường
Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán teo cơ do đái tháo đường
Bệnh teo cơ do đái tháo đường có một số triệu chứng dễ nhầm lẫn với các tình trạng bệnh lý khác. Bác sĩ sẽ loại trừ các vấn đề như:
Bệnh thoái hóa cột sống ; Nhồi máu cơ do đái tháo đường (Diabetic muscle infarction); Hội chứng Meralgia paresthetica.
Bệnh thoái hóa cột sống ;
Nhồi máu cơ do đái tháo đường (Diabetic muscle infarction);
Hội chứng Meralgia paresthetica.
Bác sĩ có thể thực hiện một số xét nghiệm sau để tìm ra nguyên nhân gây ra các triệu chứng:
Xét nghiệm máu để chẩn đoán bệnh đái tháo đường hoặc xem mức độ nghiêm trọng của bệnh; Chọc dò tủy sống , trong đó bác sĩ lấy một ít dịch tủy sống của bạn và kiểm tra xem có dấu hiệu viêm không; Chụp X-quang; Chụp CT scan; Chụp MRI; Đo điện cơ và các xét nghiệm khác.
Xét nghiệm máu để chẩn đoán bệnh đái tháo đường hoặc xem mức độ nghiêm trọng của bệnh;
Chọc dò tủy sống , trong đó bác sĩ lấy một ít dịch tủy sống của bạn và kiểm tra xem có dấu hiệu viêm không;
Chụp X-quang;
Chụp CT scan;
Chụp MRI;
Đo điện cơ và các xét nghiệm khác.
Phương pháp điều trị teo cơ do đái tháo đường hiệu quả
Bệnh teo cơ do đái tháo đường thường tự thuyên giảm theo thời gian. Nhưng một số điều trị sau có thể giúp giảm triệu chứng:
Kiểm soát bệnh đái tháo đường: Một trong những điều quan trọng nhất bạn có thể làm là kiểm soát lượng đường trong máu. Thuốc, chế độ ăn kiêng và tập thể dục đều đóng vai trò quan trọng trong việc giúp bạn thực hiện điều này. Thuốc giảm đau: Gabapentin và pregabalin đã được chứng minh là làm giảm cơn đau liên quan đến thần kinh kéo dài. Một số thuốc chống trầm cảm cũng có thể hữu ích. Vật lý trị liệu: Nó có thể giúp duy trì và cải thiện cơ bắp của bạn. Hầu hết những người mắc bệnh teo cơ do đái tháo đường sẽ lấy lại được phần lớn sức lực, nhưng không phải ngay lập tức. Có thể mất một năm để bắt đầu khỏi bệnh, nhưng trong hầu hết các trường hợp, không thể phục hồi hoàn toàn.
Kiểm soát bệnh đái tháo đường: Một trong những điều quan trọng nhất bạn có thể làm là kiểm soát lượng đường trong máu. Thuốc, chế độ ăn kiêng và tập thể dục đều đóng vai trò quan trọng trong việc giúp bạn thực hiện điều này.
Thuốc giảm đau: Gabapentin và pregabalin đã được chứng minh là làm giảm cơn đau liên quan đến thần kinh kéo dài. Một số thuốc chống trầm cảm cũng có thể hữu ích.
Vật lý trị liệu: Nó có thể giúp duy trì và cải thiện cơ bắp của bạn. Hầu hết những người mắc bệnh teo cơ do đái tháo đường sẽ lấy lại được phần lớn sức lực, nhưng không phải ngay lập tức. Có thể mất một năm để bắt đầu khỏi bệnh, nhưng trong hầu hết các trường hợp, không thể phục hồi hoàn toàn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa teo cơ do đái tháo đường
Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của teo cơ do đái tháo đường
Chế độ sinh hoạt:
Người bệnh teo cơ do đái tháo đường có thể cân nhắc áp dụng các chế độ sinh hoạt sau đây để hỗ trợ quá trình điều trị và quản lý tình trạng:
Tập thể dục: Lựa chọn các hoạt động thể dục nhẹ nhàng như đi bộ, bơi lội, tập yoga hoặc tập thể dục dựa trên chỉ dẫn của bác sĩ. Tuyệt đối tránh những hoạt động gây căng thẳng mạnh lên cơ và gây đau. Quản lý đau: Sử dụng các phương pháp giảm đau như thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ, châm cứu, xoa bóp nhẹ

nhàng hoặc kỹ thuật giải tỏa căng thẳng như yoga hoặc thiền. Bảo vệ cơ bắp: Tránh tác động lên cơ bắp như kéo, khiêng đồ nặng, và những hoạt động cần sức mạnh lớn. Khi thực hiện các hoạt động hàng ngày hoặc công việc, hãy sử dụng công cụ hỗ trợ để giảm tải lực lên cơ. Chăm sóc bàn chân: Theo dõi và chăm sóc bàn chân thường xuyên để ngăn ngừa các vấn đề chân liên quan đến đái tháo đường. Đảm bảo giữ vệ sinh bàn chân, kiểm tra các tổn thương, và sử dụng giày phù hợp kích cỡ. Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ: Thường xuyên kiểm tra sức khỏe, theo dõi quá trình điều trị, và tuân thủ chế độ ăn uống, thuốc, và lịch hẹn theo chỉ dẫn của bác sĩ.

Tập thể dục: Lựa chọn các hoạt động thể dục nhẹ nhàng như đi bộ, bơi lội, tập yoga hoặc tập thể dục dựa trên chỉ dẫn của bác sĩ. Tuyệt đối tránh những hoạt động gây căng thẳng mạnh lên cơ và gây đau.

Quản lý đau: Sử dụng các phương pháp giảm đau như thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ, châm cứu, xoa bóp nhẹ nhàng hoặc kỹ thuật giải tỏa căng thẳng như yoga hoặc thiền.

Bảo vệ cơ bắp: Tránh tác động lên cơ bắp như kéo, khiêng đồ nặng, và những hoạt động cần sức mạnh lớn. Khi thực hiện các hoạt động hàng ngày hoặc công việc, hãy sử dụng công cụ hỗ trợ để giảm tải lực lên cơ.

Chăm sóc bàn chân: Theo dõi và chăm sóc bàn chân thường xuyên để ngăn ngừa các vấn đề chân liên quan đến đái tháo đường. Đảm bảo giữ vệ sinh bàn chân, kiểm tra các tổn thương, và sử dụng giày phù hợp kích cỡ.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ: Thường xuyên kiểm tra sức khỏe, theo dõi quá trình điều trị, và tuân thủ chế độ ăn uống, thuốc, và lịch hẹn theo chỉ dẫn của bác sĩ.

Lưu ý rằng chế độ sinh hoạt cụ thể có thể khác nhau cho từng trường hợp và nên được thảo luận và chỉ định bởi bác sĩ hoặc chuyên gia.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ dinh dưỡng cho người bệnh teo cơ do đái tháo đường cần tập trung vào việc kiểm soát đường huyết và hỗ trợ sức khỏe cơ bắp. Dưới đây là một số lời khuyên về chế độ dinh dưỡng:

Kiểm soát carbohydrate: Sử dụng các nguồn carbohydrate phức tạp như lúa mì nguyên hạt, gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt, và rau quả tươi. Cân nhắc lượng

protein: Đảm bảo cung cấp đủ lượng protein trong chế độ ăn hàng ngày. Lựa chọn các nguồn protein lành mạnh như thịt gà, cá, hạt, đậu, và sản phẩm từ sữa không béo.

Chất béo lành mạnh: Ưu tiên sử dụng chất béo lành mạnh như dầu ô liu, dầu hạnh nhân, dầu dừa, và dầu cá. Tránh nguồn chất béo bão hòa. Tăng cường chất xơ:

Bổ sung thêm chất xơ trong chế độ ăn, từ các nguồn như rau xanh, quả tươi, hạt, ngũ cốc nguyên hạt, và đậu. Điều chỉnh lượng calo:

Điều chỉnh lượng calo dựa trên nhu cầu cá nhân để duy trì cân nặng và kiểm soát đường huyết. Tránh thức ăn chế biến sẵn và đồ ăn nhanh:

Hạn chế tiêu thụ thức ăn chế biến sẵn, đồ ăn nhanh, đồ ngọt, và đồ có nhiều chất bảo quản. Tìm cách nấu ăn tại nhà và ưu tiên sử dụng nguyên liệu tươi.

Kiểm soát carbohydrate: Sử dụng các nguồn carbohydrate phức tạp như lúa mì nguyên hạt, gạo lứt, ngũ cốc nguyên hạt, và rau quả tươi.

Cân nhắc lượng protein: Đảm bảo cung cấp đủ lượng protein trong chế độ ăn hàng ngày. Lựa chọn các nguồn protein lành mạnh như thịt gà, cá, hạt, đậu, và sản phẩm từ sữa không béo.

Chất béo lành mạnh: Ưu tiên sử dụng chất béo lành mạnh như dầu ô liu, dầu hạnh nhân, dầu dừa, và dầu cá. Tránh nguồn chất béo bão hòa.

Tăng cường chất xơ: Bổ sung thêm chất xơ trong chế độ ăn, từ các nguồn như rau xanh, quả tươi, hạt, ngũ cốc nguyên hạt, và đậu.

Điều chỉnh lượng calo: Điều chỉnh lượng calo dựa trên nhu cầu cá nhân để duy trì cân nặng và kiểm soát đường huyết.

Tránh thức ăn chế biến sẵn và đồ ăn nhanh: Hạn chế tiêu thụ thức ăn chế biến sẵn, đồ ăn nhanh, đồ ngọt, và đồ có nhiều chất bảo quản. Tìm cách nấu ăn tại nhà và ưu tiên sử dụng nguyên liệu tươi.

Lưu ý rằng mọi điều chỉnh dinh dưỡng nên được thảo luận và tuân thủ theo chỉ dẫn của bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng.

Phương pháp phòng ngừa teo cơ do đái tháo đường hiệu quả

Cách tốt nhất để giảm nguy cơ xuất hiện tình trạng này cũng như đối với nhiều biến chứng khác của bệnh đái tháo đường là:

Tránh hút thuốc lá; Ăn ngon nhưng phải hợp lý; Duy trì trọng lượng cơ thể khỏe mạnh; Quan trọng nhất, hãy kiểm soát đường huyết ổn định; Thăm khám sức khỏe định kỳ để đảm bảo các tình trạng không trở nên trầm trọng hơn.

Tránh hút thuốc lá;
Ăn ngon nhưng phải hợp lý;
Duy trì trọng lượng cơ thể khỏe mạnh;
Quan trọng nhất, hãy kiểm soát đường huyết ổn định;
Thăm khám sức khỏe định kỳ để đảm bảo các tình trạng không trở nên trầm trọng hơn.

Bệnh teo cơ do đái tháo đường vẫn có thể xảy ra. Tuy nhiên, rất có thể quá trình phục hồi sẽ nhanh chóng và dễ dàng hơn nếu những yếu tố này đã được kiểm soát.

=====

Tìm hiểu chung tiểu đường không phụ thuộc insulin

Tiểu đường không phụ thuộc insulin hay bệnh tiểu đường tuýp 2 là do tình trạng tăng đường ở trong máu liên quan đến việc đáp ứng insulin không đầy đủ hay còn gọi là tình trạng đề kháng insulin. Insulin (hormon được tụy tiết ra) là chìa khóa giúp đường từ máu đi vào tế bào để đường trong máu luôn ở trong giới hạn cho phép. Vì một lý do nào đó, các tế bào không thể tiếp nhận hết tất cả các insulin, làm đường trong máu tăng lên. Thấy đường máu tăng lên, cơ thể liên tục chỉ huy tụy tiết insulin để đưa về giới hạn bình thường nhưng thường không thể được nếu không can thiệp điều trị, và sau một thời gian tụy bắt đầu cạn kiệt. Việc tăng đường máu tính mạn tính sẽ gây tổn thương các mạch máu (mắt, tim, thận, thần kinh) và thần kinh và thường đa phần phát hiện ra bệnh khi đã có các biến chứng: Nhìn mờ, nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ. Chính vì vậy tiểu đường tiếp hai được coi là kẻ giết người thầm lặng

Theo liên đoàn đái tháo đường thế giới (IDF) năm 2021 thống kê có khoảng 10.5% dân số đang mắc bệnh tiểu đường và hơn một nửa trong số đó không biết mình đang có bệnh. Có khoảng 415 triệu người lớn trong độ tuổi từ 20 đến 79 mắc bệnh đái tháo đường vào năm 2015. Bệnh tiểu đường đang trở thành gánh nặng cho sức khỏe cộng đồng toàn cầu vì con số này dự kiến sẽ tăng lên 200 triệu người nữa vào năm 2040. Trong đó ghi nhận tiểu đường tuýp 2 chiếm 90% các ca tiểu đường.

Trước đây, tiểu đường tuýp 2 trước đây được gọi là đái tháo đường không phụ thuộc insulin nhưng giai đoạn sau của bệnh thì việc điều trị sẽ cần dùng đến insulin để kiểm soát đường huyết nên thuật ngữ này không còn phù hợp nữa.

Triệu chứng tiểu đường không phụ thuộc insulin

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin

Các triệu chứng của bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin có thể kể đến như:

Rất khát nước; Đi tiểu nhiều ; Mờ mắt; Dị cảm (cảm giác kiến bò, hoặc châm chích) và tê ở tay, chân; Mệt mỏi/cảm giác kiệt sức; Những vết thương khó lành; Nhiễm trùng , nhiễm nấm thường xuyên; Đói nhiều; Giảm cân không chủ ý.

Rất khát nước;

Đi tiểu nhiều ;

Mờ mắt;

Dị cảm (cảm giác kiến bò, hoặc châm chích) và tê ở tay, chân;

Mệt mỏi/cảm giác kiệt sức;

Những vết thương khó lành;

Nhiễm trùng , nhiễm nấm thường xuyên;

Đói nhiều;

Giảm cân không chủ ý.

Nếu bạn xuất hiện dấu gai đen (acanthosis nigricans) quanh cổ hoặc nách, hãy đến gặp bác sĩ, chúng có thể là dấu hiệu cho thấy cơ thể bạn đang đề kháng insulin.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin

Đường huyết cao ở người bệnh đái tháo đường có thể làm tổn thương mạch máu, thần kinh và các cơ quan, dẫn đến hình thành một số biến chứng tiềm ẩn. Các biến chứng do bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin gây ra bao gồm:

Bệnh tim và đột quỵ

Mức đường huyết cao liên tục có thể làm tăng nguy cơ mạch máu bị thu hẹp và tắc nghẽn do các mảng xơ vữa. Điều này có thể làm gián đoạn lưu lượng máu đến tim, gây đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim . Nếu các mạch máu não bị ảnh hưởng, có thể dẫn đến nhồi máu não.

Tổn thương hệ thần kinh

Lượng glucose dư thừa trong máu có thể làm tổn thương các dây thần kinh, gây ra cảm giác ngứa ran hoặc đau ở ngón tay, ngón chân và tứ chi, được gọi là bệnh thần kinh đái tháo đường . Nếu hệ thần kinh ở đường tiêu hóa bị ảnh hưởng có thể gây buồn nôn và táo bón.

Bệnh vồng mạc đái tháo đường

Tổn thương vồng mạc có thể xảy ra nếu các mạch máu nhỏ trong lớp mô này bị tổn thương, có thể gây giảm thị lực.

Bệnh thận

Lượng đường huyết cao có thể ảnh hưởng đến chức năng thận gây bệnh thận đái tháo đường.

Loét bàn chân

Tổn thương thần kinh ở bàn chân có thể khiến người bệnh không cảm nhận được các vết thương như đạp phải, va quệt,... có thể dẫn đến loét bàn chân, hay còn gọi là bàn chân đái tháo đường. Điều này xảy ra với khoảng 10% số người mắc bệnh đái tháo đường.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên, bạn nên hẹn gặp bác sĩ để được tư vấn vì chúng có thể là dấu hiệu của bệnh đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán.

Bác sĩ sẽ xem xét các triệu chứng và yếu tố nguy cơ mắc bệnh của bạn, họ sẽ đưa ra chỉ định xét nghiệm nếu cần.

Ngay cả khi không có triệu chứng, tất cả mọi người nên được sàng lọc bệnh đái tháo đường típ 2 mỗi 3 năm một lần, bắt đầu từ 45 tuổi theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ.

Nguyên nhân tiểu đường không phụ thuộc insulin

Nguyên nhân dẫn đến tiểu đường không phụ thuộc insulin

Nguyên nhân gây bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin có vẻ liên quan đến các tương tác phức tạp giữa các yếu tố môi trường và di truyền. Có lẽ, bệnh phát triển khi lối sống gây tiểu đường (tức là lượng calo nạp vào quá nhiều, lượng calo tiêu thụ không đủ, béo phì) chồng lên kiểu gen dễ mắc bệnh.

Nguy cơ tiểu đường không phụ thuộc insulin

Những ai có nguy cơ mắc tiểu đường không phụ thuộc insulin?

Tuổi trên 45 (mặc dù, bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang xảy ra với tần suất ngày càng tăng ở những người trẻ tuổi). Cân nặng lớn hơn 120% trọng lượng cơ thể mong muốn. Tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường tuýp 2 ở họ hàng gần (ví dụ: Cha mẹ hoặc anh chị em ruột). Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng người có cha hoặc mẹ mắc bệnh đái tháo đường có nguy cơ mắc bệnh này tăng 15% và nếu họ có cả cha và mẹ mắc bệnh đái tháo đường thì nguy cơ này tăng 75%. Tiền sử bị rối loạn dung nạp glucose (IGT) hoặc rối loạn glucose lúc đói (IFG) trước đây. Tăng huyết áp (130/80 mm Hg trở lên) hoặc rối loạn lipid máu (mức cholesterol HDL < 40 mg/dL hoặc mức triglyceride > 150 mg/dL). Tiền sử bị đái tháo đường thai kỳ hoặc sinh con có cân nặng khi sinh trên 9 lb. Hội chứng buồng trứng đa nang (dẫn đến kháng insulin). Tiền sử tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ.

Tuổi trên 45 (mặc dù, bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang xảy ra với tần suất ngày càng tăng ở những người trẻ tuổi).

Cân nặng lớn hơn 120% trọng lượng cơ thể mong muốn.

Tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường tuýp 2 ở họ hàng gần (ví dụ: Cha mẹ hoặc anh chị em ruột). Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng người có cha hoặc mẹ mắc bệnh đái tháo đường có nguy cơ mắc bệnh này tăng 15% và nếu họ có cả cha và mẹ mắc bệnh đái tháo đường thì nguy cơ này tăng 75%.

Tiền sử bị rối loạn dung nạp glucose (IGT) hoặc rối loạn glucose lúc đói (IFG) trước đây.

Tăng huyết áp (130/80 mm Hg trở lên) hoặc rối loạn lipid máu (mức cholesterol HDL < 40 mg/dL hoặc mức triglyceride > 150 mg/dL).

Tiền sử bị đái tháo đường thai kỳ hoặc sinh con có cân nặng khi sinh trên 9 lb. Hội chứng buồng trứng đa nang (dẫn đến kháng insulin).

Tiền sử tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ.

Yếu tố về gen là phức tạp và vẫn chưa được hiểu rõ. Một số dạng bệnh tiểu đường có liên quan rõ ràng với các khiếm khuyết về gen.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tiểu đường không phụ thuộc insulin

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán tiểu đường không phụ thuộc insulin

Bác sĩ sẽ sử dụng xét nghiệm máu để chẩn đoán bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin. Các xét nghiệm máu bao gồm:

Xét nghiệm HbA1C : Đo mức đường huyết trung bình của bạn trong 2 - 3 tháng qua.

Nồng độ HbA1C $\geq 6.5\%$ (xét nghiệm theo phương pháp được chuẩn hoá NGSP) là một

trong những tiêu chuẩn chẩn đoán xác định đái tháo đường, ngoài ra còn đánh giá mức độ kiểm soát đường huyết của bệnh nhân từ đó đưa ra quyết định điều trị tiếp theo. Xét nghiệm đường huyết đói: Đo mức đường trong máu hiện tại của bạn. Bạn cần phải nhanh (không ăn hoặc uống bất cứ thứ gì ngoại trừ nước lọc) trong ít nhất 8 giờ trước khi thực hiện. Bình thường nằm trong khoảng 4.1 - 5,5 mmol/L (73.8 - 99 mg/dl). Khi nằm trong khoảng từ 5.6 - 6.9 mmol/L (100.8 - 124.2 mg/dl): Tiền đái tháo đường và đái tháo đường thì ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/L) Xét nghiệm đường huyết ngẫu nhiên: Đo mức đường trong máu hiện tại của bạn. Xét nghiệm này được sử dụng khi bạn có các triệu chứng của đái tháo đường và bác sĩ không muốn chờ bạn nhịn ăn trước khi xét nghiệm. Và trong tiểu đường 2, xét nghiệm đường máu tại thời điểm bất kỳ ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/L) Nghiệm pháp dung nạp glucose máu bằng đường uống: Ba ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có ít nhất 150 g carbohydrate mỗi ngày. Nhịn đói từ 10 - 16 giờ, Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250 - 300ml nước, uống trong 5 phút. Nồng độ glucose huyết tương 2 giờ < 140 mg/dL được coi là bình thường. Nồng độ glucose huyết tương 2 giờ là 140 - 199 mg/dL cho thấy tình trạng rối loạn dung nạp glucose. Ở người đái tháo đường tuýp 2 thì nồng độ glucose huyết tương 2 giờ ≥ 200 mg/dL Xét nghiệm HbA1C : Đo mức đường huyết trung bình của bạn trong 2 - 3 tháng qua. Nồng độ HbA1C $\geq 6.5\%$ (xét nghiệm theo phương pháp được chuẩn hoá NGSP) là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán xác định đái tháo đường, ngoài ra còn đánh giá mức độ kiểm soát đường huyết của bệnh nhân từ đó đưa ra quyết định điều trị tiếp theo.

Xét nghiệm đường huyết đói: Đo mức đường trong máu hiện tại của bạn. Bạn cần phải nhanh (không ăn hoặc uống bất cứ thứ gì ngoại trừ nước lọc) trong ít nhất 8 giờ trước khi thực hiện. Bình thường nằm trong khoảng 4.1 - 5,5 mmol/L (73.8 - 99 mg/dl). Khi nằm trong khoảng từ 5.6 - 6.9 mmol/L (100.8 - 124.2 mg/dl): Tiền đái tháo đường và đái tháo đường thì ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/L)

Xét nghiệm đường huyết ngẫu nhiên: Đo mức đường trong máu hiện tại của bạn. Xét nghiệm này được sử dụng khi bạn có các triệu chứng của đái tháo đường và bác sĩ không muốn chờ bạn nhịn ăn trước khi xét nghiệm. Và trong tiểu đường 2, xét nghiệm đường máu tại thời điểm bất kỳ ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/L)

Nghiệm pháp dung nạp glucose máu bằng đường uống: Ba ngày trước đó bệnh nhân ăn khẩu phần có ít nhất 150 g carbohydrate mỗi ngày. Nhịn đói từ 10 - 16 giờ, Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250 - 300ml nước, uống trong 5 phút. Nồng độ glucose huyết tương 2 giờ < 140 mg/dL được coi là bình thường. Nồng độ glucose huyết tương 2 giờ là 140 - 199 mg/dL cho thấy tình trạng rối loạn dung nạp glucose. Ở người đái tháo đường tuýp 2 thì nồng độ glucose huyết tương 2 giờ ≥ 200 mg/dL

Có thể kết hợp lâm sàng kèm theo các xét nghiệm lặp lại để chẩn đoán tiểu đường tuýp 2.

Bên cạnh đó cần phải tầm soát làm thêm một số xét nghiệm như: Xét nghiệm mỡ máu, đánh giá chức năng, siêu âm tim, siêu âm mạch máu não, siêu âm mạch máu chi dưới, ECG, ... để đánh giá biến chứng cũng như kiểm soát các bệnh lý kèm theo.

Phương pháp điều trị tiểu đường không phụ thuộc insulin hiệu quả

Điều trị bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin liên quan đến việc quản lý lượng đường trong máu. Người bệnh có thể làm điều này bằng cách sống một lối sống lành mạnh. Một số người cũng có thể cần dùng thuốc:

Lối sống lành mạnh: Kế hoạch ăn uống lành mạnh hạn chế tinh bột sẽ giúp giảm lượng đường tạo ra trong máu. Duy trì cân nặng giúp hạn chế sự đề kháng của

insulin. Hoạt động thể chất thường xuyên rất quan trọng vì vận động giúp tế bào giảm đề kháng với insulin, và từ đó đường sẽ đi vào tế bào và giúp đường huyết ổn định. Chính vì vậy trong tất cả các giai đoạn của tiểu đường tuýp 2 thì chế độ ăn uống và rèn luyện cũng như duy trì cân nặng luôn luôn xuất hiện. Thuốc:

Bao gồm thuốc uống, insulin và các loại thuốc tiêm khác. Tùy thuộc vào giai đoạn và bệnh lý đi kèm thì việc lựa chọn thuốc sẽ khác nhau. Một số người bệnh có thể sẽ cần dùng nhiều hơn một loại thuốc để kiểm soát bệnh đái tháo đường. Giai đoạn đầu sẽ dùng thuốc uống, nhưng đến khi tụy cạn kiệt khả năng sản xuất insulin thì phải cần đến thuốc insulin chích. Và với bất kì loại thuốc nào thì mục đích của bác sĩ cũng là đưa đường huyết về mục tiêu mong muốn ban đầu để hạn chế biến chứng lâu dài. Kiểm tra lượng đường trong máu thường xuyên: Bác sĩ của bạn sẽ cho bạn biết tần suất kiểm tra. Kiểm soát các bệnh lý đi kèm: Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, nồng độ triglycerides máu tăng. Nó nằm trong hội chứng chuyển

hóa liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch nói chung ngoài bản thân của đái tháo đường nói riêng. Theo dõi và ghi nhận triệu chứng để phát hiện sớm các biến chứng của đái tháo đường.

Lối sống lành mạnh: Kế hoạch ăn uống lành mạnh hạn chế tinh bột sẽ giúp giảm lượng đường tạo ra trong máu. Duy trì cân nặng giúp hạn chế sự đề kháng của insulin. Hoạt động thể chất thường xuyên rất quan trọng vì vận động giúp tế bào giảm đề kháng với insulin, và từ đó đường sẽ đi vào tế bào và giúp đường huyết ổn định. Chính vì vậy trong tất cả các giai đoạn của tiểu đường tuýp 2 thì chế độ ăn uống và rèn luyện cũng như duy trì cân nặng luôn luôn xuất hiện.

Thuốc: Bao gồm thuốc uống, insulin và các loại thuốc tiêm khác. Tùy thuộc vào giai đoạn và bệnh lý đi kèm thì việc lựa chọn thuốc sẽ khác nhau. Một số người bệnh có thể sẽ cần dùng nhiều hơn một loại thuốc để kiểm soát bệnh đái tháo đường. Giai đoạn đầu sẽ dùng thuốc uống, nhưng đến khi tụy cạn kiệt khả năng sản xuất insulin thì phải cần đến thuốc insulin chích. Và với bất kì loại thuốc nào thì mục đích của bác sĩ cũng là đưa đường huyết về mục tiêu mong muốn ban đầu để hạn chế biến chứng lâu dài.

Kiểm tra lượng đường trong máu thường xuyên: Bác sĩ của bạn sẽ cho bạn biết tần suất kiểm tra.

Kiểm soát các bệnh lý đi kèm: Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, nồng độ triglycerides máu tăng. Nó nằm trong hội chứng chuyển hóa liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch nói chung ngoài bản thân của đái tháo đường nói riêng.

Theo dõi và ghi nhận triệu chứng để phát hiện sớm các biến chứng của đái tháo đường.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tiểu đường không phụ thuộc insulin

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tiểu đường không phụ thuộc insulin

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ lối sống lành mạnh là rất quan trọng trong việc quản lý bệnh tiểu đường không phụ thuộc insulin, có thể làm giảm lượng thuốc và giúp ngăn ngừa các biến chứng. Các khuyến cáo là:

Thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh; Hoạt động thể chất; Giảm cân nếu bạn thừa cân hoặc béo phì; Bỏ hút thuốc lá.

Thực hiện chế độ ăn uống lành mạnh;

Hoạt động thể chất;

Giảm cân nếu bạn thừa cân hoặc béo phì;

Bỏ hút thuốc lá.

Chế độ dinh dưỡng:

Chuyên gia dinh dưỡng hoặc bác sĩ sẽ tư vấn cho bạn nên ăn gì để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng và kiểm soát lượng đường trong máu.

Ăn thực phẩm lành mạnh có chỉ số đường thấp có thể giúp tối ưu hóa lượng đường trong máu của bạn. Chúng bao gồm bánh mì nguyên hạt, ngũ cốc được chế biến tối thiểu như yến mạch, các loại đậu, trái cây, mì ống và các sản phẩm từ sữa.

Tránh các thực phẩm giàu carbohydrate, ít chất dinh dưỡng như bánh ngọt, kẹo và nước ngọt, đồng thời ăn chế độ ăn ít chất béo bão hòa.

Bạn nên ăn vào đúng bữa trong ngày và cũng có thể có những bữa ăn nhẹ. Cố gắng kết hợp lượng thức ăn với lượng hoạt động thể chất để không bị tăng cân.

Nếu bạn thừa cân hoặc béo phì, giảm 5 - 10% trọng lượng cơ thể có thể cải thiện đáng kể việc kiểm soát lượng đường trong máu.

=====

Tìm hiểu chung suy giảm testosterone

Suy giảm Testosterone là gì?

Testosterone là hormone giới tính thường gắn liền với nam giới, mặc dù ở nữ giới cũng có một lượng nhỏ. Nó có nhiều vai trò quan trọng, bao gồm:

Phát triển xương và cơ bắp; Giúp giọng nói trầm hơn, mọc lông tóc và các yếu tố khác liên quan đến ngoại hình; Sản xuất tinh trùng.

Phát triển xương và cơ bắp;

Giúp giọng nói trầm hơn, mọc lông tóc và các yếu tố khác liên quan đến ngoại hình;

Sản xuất tinh trùng.

Việc sản xuất Testosterone có thể chậm lại khi một người già đi, do đó nhiều người lớn tuổi gặp phải các triệu chứng của suy giảm Testosterone. Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ định nghĩa Testosterone thấp là lượng hormone trong máu ít hơn 300

ng/dl.

Triệu chứng suy giảm testosterone

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy giảm Testosterone

Dưới đây là những dấu hiệu và triệu chứng phổ biến của suy giảm Testosterone:

Giảm khối lượng cơ: Testosterone đóng một vai trò trong sự phát triển khối lượng cơ, khi nồng độ hormone giảm có thể dẫn đến mất khối lượng cơ đáng kể. **Giảm khối lượng xương:** Testosterone giúp sản xuất mô xương và duy trì khối lượng xương.

Testosterone thấp có thể khiến xương dễ bị gãy hơn. **Giảm ham muốn tình dục:**

Những người suy giảm Testosterone thường bị giảm ham muốn tình dục. Ham muốn tình dục giảm dần xảy ra một cách tự nhiên theo tuổi tác, nhưng khi có nguyên nhân là do suy giảm Testosterone, nam giới sẽ nhận thấy ham muốn tình dục giảm nhiều đáng kể. **Năng lượng giảm:** Suy giảm Testosterone có thể dẫn đến giảm năng lượng và mệt mỏi. **Gia tăng lượng mỡ trong cơ thể:** Suy giảm Testosterone có thể dẫn đến tăng lượng mỡ trong cơ thể. Trong một số trường hợp, người bệnh có thể xuất hiện tình trạng nữ hoá tuyến vú (vú to ở nam). **Rụng lông, tóc:** Suy giảm Testosterone có thể khiến lông tóc rụng và thưa thớt.

Giảm khối lượng cơ: Testosterone đóng một vai trò trong sự phát triển khối lượng cơ, khi nồng độ hormone giảm có thể dẫn đến mất khối lượng cơ đáng kể.

Giảm khối lượng xương: Testosterone giúp sản xuất mô xương và duy trì khối lượng xương. Testosterone thấp có thể khiến xương dễ bị gãy hơn.

Giảm ham muốn tình dục: Những người suy giảm Testosterone thường bị giảm ham muốn tình dục. Ham muốn tình dục giảm dần xảy ra một cách tự nhiên theo tuổi tác, nhưng khi có nguyên nhân là do suy giảm Testosterone, nam giới sẽ nhận thấy ham muốn tình dục giảm nhiều đáng kể.

Năng lượng giảm: Suy giảm Testosterone có thể dẫn đến giảm năng lượng và mệt mỏi.

Gia tăng lượng mỡ trong cơ thể: Suy giảm Testosterone có thể dẫn đến tăng lượng mỡ trong cơ thể. Trong một số trường hợp, người bệnh có thể xuất hiện tình trạng nữ hoá tuyến vú (vú to ở nam).

Rụng lông, tóc: Suy giảm Testosterone có thể khiến lông tóc rụng và thưa thớt.

Dấu hiệu suy giảm Testosterone ở nam giới:

Vấn đề với sự cương cứng: Suy giảm Testosterone có thể gây khó khăn cho việc đạt được hoặc duy trì sự cương cứng. Tuy nhiên, bản thân Testosterone thấp không phải lúc nào cũng là nguyên nhân trực tiếp gây ra rối loạn cương dương.

Testosterone kích thích các mô dương vật sản xuất oxit nitric, bắt đầu một số phản ứng dẫn đến cương cứng. Nếu nồng độ hormone quá thấp, nam giới có thể không cương cứng được. **Giảm kích thước tinh hoàn:** Một người đàn ông có lượng

Testosterone thấp có thể nhận thấy kích thước tinh hoàn của họ giảm đi, bìu cũng có thể mềm hơn bình thường. **Giảm lượng tinh dịch:** Tinh dịch là chất lỏng giúp

tinh trùng di chuyển về phía trứng. Testosterone giúp kích thích sản xuất tinh dịch và lượng tinh dịch giảm có thể cho thấy nồng độ Testosterone giảm. **Khó ngủ:**

Những người suy giảm Testosterone có thể bị khó ngủ. Nồng độ Testosterone thấp thường gặp ở nam giới mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ. **Thay đổi tâm trạng:** Một số bằng chứng cho thấy những người có nồng độ Testosterone thấp có khả năng bị thiếu tập trung, mệt mỏi và trầm cảm.

Vấn đề với sự cương cứng: Suy giảm Testosterone có thể gây khó khăn cho việc đạt được hoặc duy trì sự cương cứng. Tuy nhiên, bản thân Testosterone thấp không phải lúc nào cũng là nguyên nhân trực tiếp gây ra rối loạn cương dương.

Testosterone kích thích các mô dương vật sản xuất oxit nitric, bắt đầu một số phản ứng dẫn đến cương cứng. Nếu nồng độ hormone quá thấp, nam giới có thể không cương cứng được.

Giảm kích thước tinh hoàn: Một người đàn ông có lượng Testosterone thấp có thể nhận thấy kích thước tinh hoàn của họ giảm đi, bìu cũng có thể mềm hơn bình thường.

Giảm lượng tinh dịch: Tinh dịch là chất lỏng giúp tinh trùng di chuyển về phía trứng. Testosterone giúp kích thích sản xuất tinh dịch và lượng tinh dịch giảm có thể cho thấy nồng độ Testosterone giảm.

Khó ngủ: Những người suy giảm Testosterone có thể bị khó ngủ. Nồng độ Testosterone thấp thường gặp ở nam giới mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ.

Thay đổi tâm trạng: Một số bằng chứng cho thấy những người có nồng độ Testosterone thấp có khả năng bị thiếu tập trung, mệt mỏi và trầm cảm.

Triệu chứng suy giảm Testosterone ở nữ giới:

Nóng bừng: Nồng độ Testosterone thấp cũng có thể gây ra những cơn bốc hỏa tương

tự với sự suy giảm nồng độ estrogen trong thời kỳ mãn kinh . Chu kỳ kinh nguyệt không đều: Nồng độ Testosterone thấp có thể gây mất cân bằng nội tiết tố dẫn đến chu kỳ kinh nguyệt ngắn hơn hoặc dài hơn mức trung bình là 28 ngày. Khô âm đạo: Khô âm đạo là tình trạng phổ biến trong và sau thời kỳ mãn kinh nhưng cũng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Nó thường là do nồng độ estrogen thấp, nhưng nồng độ Testosterone thấp cũng có thể là nguyên nhân. Thiếu máu: Testosterone giúp cơ thể sản sinh ra các tế bào hồng cầu khỏe mạnh. Nồng độ Testosterone thấp có thể dẫn đến thiếu máu do giảm hồng cầu. Triệu chứng chính là mệt mỏi.

Nóng bừng: Nồng độ Testosterone thấp cũng có thể gây ra những cơn bốc hỏa tương tự với sự suy giảm nồng độ estrogen trong thời kỳ mãn kinh .

Chu kỳ kinh nguyệt không đều: Nồng độ Testosterone thấp có thể gây mất cân bằng nội tiết tố dẫn đến chu kỳ kinh nguyệt ngắn hơn hoặc dài hơn mức trung bình là 28 ngày.

Khô âm đạo: Khô âm đạo là tình trạng phổ biến trong và sau thời kỳ mãn kinh nhưng cũng có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Nó thường là do nồng độ estrogen thấp, nhưng nồng độ Testosterone thấp cũng có thể là nguyên nhân.

Thiếu máu: Testosterone giúp cơ thể sản sinh ra các tế bào hồng cầu khỏe mạnh. Nồng độ Testosterone thấp có thể dẫn đến thiếu máu do giảm hồng cầu. Triệu chứng chính là mệt mỏi.

Nguyên nhân suy giảm testosterone

Nguyên nhân dẫn đến suy giảm Testosterone

Việc sản xuất Testosterone thường bắt đầu giảm sau tuổi 30 và sau khi mãn kinh.

Tuy nhiên, những người trẻ tuổi cũng có thể có mức Testosterone thấp.

Ở nam giới, suy sinh dục, tình trạng tinh hoàn sản xuất ít hoặc không sản xuất Testosterone, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Các tình trạng có thể gây suy sinh dục bao gồm:

Chấn thương tinh hoàn hoặc viêm nhiễm tinh hoàn; Phương pháp điều trị ung thư bằng hóa trị hoặc xạ trị; Bệnh tuyến yên hoặc rối loạn nội tiết tố khác; Các loại thuốc, chẳng hạn như corticosteroid và thuốc giảm đau opiate; Di truyền, chẳng hạn như hội chứng Klinefelter; Lạm dụng rượu và ma túy.

Chấn thương tinh hoàn hoặc viêm nhiễm tinh hoàn;

Phương pháp điều trị ung thư bằng hóa trị hoặc xạ trị;

Bệnh tuyến yên hoặc rối loạn nội tiết tố khác;

Các loại thuốc, chẳng hạn như corticosteroid và thuốc giảm đau opiate;

Di truyền, chẳng hạn như hội chứng Klinefelter;

Lạm dụng rượu và ma túy.

Ở nữ giới, nồng độ Testosterone thấp có thể do các tình trạng bệnh lý, chẳng hạn như:

Suy tuyến thượng thận; Phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng; Dùng liệu pháp estrogen đường uống.

Suy tuyến thượng thận;

Phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng;

Dùng liệu pháp estrogen đường uống.

Nguyên nhân suy giảm testosterone

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy giảm Testosterone

Có sáu yếu tố nguy cơ khác có thể dẫn đến suy giảm Testosterone. Những yếu tố này có thể bao gồm:

Béo phì ; Đái tháo đường tuýp 2 ; Bệnh gan; Bệnh thận; Rối loạn nội tiết tố; Sử dụng một số loại thuốc.

Béo phì ;

Đái tháo đường tuýp 2 ;

Bệnh gan;

Bệnh thận;

Rối loạn nội tiết tố;

Sử dụng một số loại thuốc.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy giảm testosterone

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán suy giảm Testosterone

Mức Testosterone bình thường trong khoảng là 300 đến 1.000 ng/dL. Testosterone thấp là khi nồng độ Testosterone giảm xuống dưới 300 ng/dL. Xét nghiệm Testosterone huyết thanh có thể xác định mức Testosterone của bạn.

Các xét nghiệm khác có thể được thực hiện để tìm nguyên nhân gây ra nồng độ

Testosterone thấp. Các xét nghiệm để chẩn đoán suy giảm Testosterone và nguyên nhân của nó, bao gồm:

Testosterone huyết thanh ; Hormone tạo hoàng thể; Nồng độ prolactin trong máu.

Testosterone huyết thanh ;

Hormone tạo hoàng thể;

Nồng độ prolactin trong máu.

Phương pháp điều trị suy giảm Testosterone hiệu quả

Liệu pháp thay thế Testosterone là phương pháp điều trị thường được sử dụng cho tình trạng suy giảm Testosterone.

Nếu các triệu chứng của bệnh khiến bạn khó chịu, bạn có thể nói chuyện với bác sĩ để xác định xem liệu liệu pháp thay thế Testosterone có phù hợp với bạn hay không. Liệu pháp thay thế Testosterone là phương pháp điều trị suốt đời. Nếu bạn ngừng điều trị, nồng độ Testosterone của bạn sẽ giảm xuống.

Tác dụng phụ có thể có của liệu pháp này, bao gồm:

Nổi mụn; Phì đại tuyến tiền liệt; Teo tinh hoàn; Số lượng tinh trùng giảm; Số lượng hồng cầu tăng; Tăng giữ nước; Bàn chân hoặc mắt cá chân bị phù.

Nổi mụn;

Phì đại tuyến tiền liệt;

Teo tinh hoàn;

Số lượng tinh trùng giảm;

Số lượng hồng cầu tăng;

Tăng giữ nước;

Bàn chân hoặc mắt cá chân bị phù.

Liệu pháp này có thể không phù hợp với bạn nếu bạn có:

Bệnh tim không được điều trị; Ung thư vú hoặc tuyến tiền liệt; Hội chứng ngưng thở khi ngủ; Số lượng hồng cầu cao; Dự định có con.

Bệnh tim không được điều trị;

Ung thư vú hoặc tuyến tiền liệt;

Hội chứng ngưng thở khi ngủ;

Số lượng hồng cầu cao;

Dự định có con.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy giảm testosterone

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của suy giảm

Testosterone

Chế độ sinh hoạt:

Giảm cân: Giảm cân thường khiến nồng độ Testosterone tăng lên, đặc biệt nếu bạn béo phì hoặc có bệnh lý tiềm ẩn như đái tháo đường có thể góp phần làm giảm Testosterone. Hạn chế uống rượu: Rượu có thể làm giảm nồng độ Testosterone. Kiểm soát cảm xúc: Hormon căng thẳng cortisol có thể làm ảnh hưởng đến tác dụng của Testosterone. Ngủ đủ giấc: Thiếu ngủ làm tăng nồng độ cortisol. Tập thể dục: Tập thể dục thường xuyên có thể làm tăng khối lượng cơ, từ đó giải phóng Testosterone từ protein. Tránh BPA: Uống nước bằng cốc nhựa làm bằng hóa chất bisphenol A (BPA) có thể làm giảm nồng độ Testosterone.

Giảm cân: Giảm cân thường khiến nồng độ Testosterone tăng lên, đặc biệt nếu bạn béo phì hoặc có bệnh lý tiềm ẩn như đái tháo đường có thể góp phần làm giảm Testosterone.

Hạn chế uống rượu: Rượu có thể làm giảm nồng độ Testosterone.

Kiểm soát cảm xúc: Hormon căng thẳng cortisol có thể làm ảnh hưởng đến tác dụng của Testosterone.

Ngủ đủ giấc: Thiếu ngủ làm tăng nồng độ cortisol.

Tập thể dục: Tập thể dục thường xuyên có thể làm tăng khối lượng cơ, từ đó giải phóng Testosterone từ protein.

Tránh BPA: Uống nước bằng cốc nhựa làm bằng hóa chất bisphenol A (BPA) có thể làm giảm nồng độ Testosterone.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung kẽm: Kẽm có ở động vật có vỏ và thịt lợn, khoáng chất này có thể hỗ trợ nồng độ Testosterone một cách tự nhiên. Nếu bạn dùng thực phẩm bổ sung, hãy dùng 12 đến 15 miligam mỗi ngày. Ăn chất béo lành mạnh: Thêm chất béo vào chế độ ăn uống của bạn như chất béo có trong các loại hạt, bơ và dầu ô liu. Tránh đường: Đường có thể làm giảm Testosterone.

Bổ sung kẽm: Kẽm có ở động vật có vỏ và thịt lợn, khoáng chất này có thể hỗ trợ nồng độ Testosterone một cách tự nhiên. Nếu bạn dùng thực phẩm bổ sung, hãy dùng 12 đến 15 miligam mỗi ngày.

Ăn chất béo lành mạnh: Thêm chất béo vào chế độ ăn uống của bạn như chất béo có trong các loại hạt, bơ và dầu ô liu.

Tránh đường: Đường có thể làm giảm Testosterone.

Phương pháp phòng ngừa suy giảm Testosterone hiệu quả

Để phòng ngừa suy giảm Testosterone, có một số phương pháp và thói quen làm tăng khả năng duy trì nồng độ Testosterone. Dưới đây là một số gợi ý:

Duy trì lối sống lành mạnh: Hãy ăn một chế độ ăn uống cân bằng và giàu chất dinh dưỡng, bao gồm các loại thực phẩm giàu chất béo không bão hòa, protein, rau quả và ngũ cốc nguyên hạt. Hạn chế tiêu thụ đường và thực phẩm chế biến sẵn. Ngủ đủ

giấc và thực hiện các hoạt động thể chất đều đặn. **Kiểm soát cân nặng:** Duy trì cân nặng lý tưởng và tránh tình trạng béo phì. Béo phì có thể làm giảm mức

Testosterone. **Tập thể dục đều đặn:** Thực hiện các bài tập thể dục tăng cường khối lượng cơ bắp. Bài tập chống lại trọng lực như tập lực, tập tạ và tập đi bộ nhanh có thể giúp tăng cường mức Testosterone. **Giảm căng thẳng:** Căng thẳng và áp lực có thể ảnh hưởng đến mức Testosterone. Hãy tìm hiểu các kỹ thuật giảm căng thẳng

như yoga, thiền và học cách quản lý căng thẳng trong cuộc sống hàng ngày. **Hạn chế tiếp xúc với chất cấm:** Tránh sử dụng chất cấm, thuốc lá và rượu bia. Các chất này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến mức Testosterone. **Điều chỉnh hormone và sức khỏe tổng quát:** Điều trị các vấn đề sức khỏe liên quan đến mức Testosterone thấp như đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn giấc ngủ. Hãy thảo luận với bác sĩ về các phương pháp điều trị hormone khi cần thiết.

Duy trì lối sống lành mạnh: Hãy ăn một chế độ ăn uống cân bằng và giàu chất dinh dưỡng, bao gồm các loại thực phẩm giàu chất béo không bão hòa, protein, rau quả và ngũ cốc nguyên hạt. Hạn chế tiêu thụ đường và thực phẩm chế biến sẵn. Ngủ đủ

giấc và thực hiện các hoạt động thể chất đều đặn. **Kiểm soát cân nặng:** Duy trì cân nặng lý tưởng và tránh tình trạng béo phì. Béo

phì có thể làm giảm mức Testosterone. **Tập thể dục đều đặn:** Thực hiện các bài tập thể dục tăng cường khối lượng cơ bắp. Bài tập chống lại trọng lực như tập lực, tập tạ và tập đi bộ nhanh có thể giúp

tăng cường mức Testosterone. **Giảm căng thẳng:** Căng thẳng và áp lực có thể ảnh hưởng đến mức Testosterone. Hãy tìm hiểu các kỹ thuật giảm căng thẳng như yoga, thiền và học cách quản lý căng thẳng trong cuộc sống hàng ngày.

Hạn chế tiếp xúc với chất cấm: Tránh sử dụng chất cấm, thuốc lá và rượu bia. Các chất này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến mức Testosterone.

Điều chỉnh hormone và sức khỏe tổng quát: Điều trị các vấn đề sức khỏe liên quan đến mức Testosterone thấp như đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn giấc ngủ. Hãy thảo luận với bác sĩ về các phương pháp điều trị hormone khi cần thiết.

Nếu bạn có những triệu chứng của suy giảm Testosterone hoặc quan ngại về mức Testosterone của mình, nên tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc chuyên gia y tế để được tư vấn và điều trị thích hợp.

=====

Tìm hiểu chung suy gan cấp

Suy gan cấp là gì?

Suy gan cấp (Acute liver failure) là một hội chứng hiếm gặp được xác định bởi sự suy giảm nhanh chóng chức năng gan, đặc trưng bởi các triệu chứng vàng da, rối loạn đông máu (INR > 1,5) và bệnh não gan ở những người không có bằng chứng về bệnh gan trước đó.

Khoảng thời gian từ khi bắt đầu vàng da đến xuất hiện bệnh não gan xảy ra trong vòng 24 đến 26 tuần và có thể phân suy gan cấp thành các loại dựa trên biểu hiện tối cấp, cấp tính hoặc bán cấp. Mặc dù vàng da lâm sàng được coi là đặc điểm của suy gan cấp, nhưng không phải lúc nào nó cũng xuất hiện, đặc biệt là trong các trường hợp tối cấp.

Suy gan tối cấp: Xuất hiện trong vòng 7 ngày kể từ ngày khởi phát. Tỷ lệ sống sót 36% trường hợp có điều trị y tế. **Suy gan cấp:** Bệnh não gan, rối loạn đông máu và vàng da xuất hiện trong vòng 8 - 28 ngày ở người có chức năng gan bình thường trước đó. Dễ bị phù não hơn (80%). **Suy gan bán cấp:** Xuất hiện từ 29 - 72 ngày, ít bị phù não nhưng dễ bị cổ trướng hơn. Tỷ lệ sống sót nhỏ hơn 14%.

Suy gan tối cấp: Xuất hiện trong vòng 7 ngày kể từ ngày khởi phát. Tỷ lệ sống sót 36% trường hợp có điều trị y tế.

Suy gan cấp: Bệnh não gan, rối loạn đông máu và vàng da xuất hiện trong vòng 8 - 28 ngày ở người có chức năng gan bình thường trước đó. Dễ bị phù não hơn (80%).

Suy gan bán cấp: Xuất hiện từ 29 - 72 ngày, ít bị phù não nhưng dễ bị cổ trướng

hơn. Tỷ lệ sống sót nhỏ hơn 14%.

Triệu chứng suy gan cấp

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy gan cấp

Các dấu hiệu và triệu chứng của suy gan cấp có thể bao gồm:

Vàng da và vàng mắt; Đau ở vùng bụng trên bên phải của bạn; Bụng to lên (cổ trướng); Buồn nôn; Nôn mửa; Cảm thấy mệt mỏi (khó chịu); Mất phương hướng hoặc lú lẫn ; Buồn ngủ; Hơi thở có thể có mùi ceton; Run.

Vàng da và vàng mắt;

Đau ở vùng bụng trên bên phải của bạn;

Bụng to lên (cổ trướng);

Buồn nôn;

Nôn mửa;

Cảm thấy mệt mỏi (khó chịu);

Mất phương hướng hoặc lú lẫn ;

Buồn ngủ;

Hơi thở có thể có mùi ceton;

Run.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh suy gan cấp

Suy gan cấp thường gây ra các biến chứng, bao gồm:

Phù não: Tăng áp lực nội sọ có thể dẫn đến mất phương hướng, rối loạn tâm thần nghiêm trọng và co giật. Xuất huyết và rối loạn đông máu: Tế bào gan bị suy không thể tạo ra các yếu tố đông máu. Xuất huyết ở đường tiêu hóa là phổ biến và khó kiểm soát. Nhiễm trùng: Những người bệnh suy gan cấp có nhiều khả năng bị nhiễm trùng hơn, đặc biệt là nhiễm trùng huyết , nhiễm trùng đường hô hấp và đường tiết niệu. Suy thận: Suy thận thường xảy ra sau suy gan, đặc biệt nếu bạn dùng quá liều acetaminophen, gây tổn thương cả gan và thận.

Phù não: Tăng áp lực nội sọ có thể dẫn đến mất phương hướng, rối loạn tâm thần nghiêm trọng và co giật.

Xuất huyết và rối loạn đông máu: Tế bào gan bị suy không thể tạo ra các yếu tố đông máu. Xuất huyết ở đường tiêu hóa là phổ biến và khó kiểm soát.

Nhiễm trùng: Những người bệnh suy gan cấp có nhiều khả năng bị nhiễm trùng hơn, đặc biệt là nhiễm trùng huyết , nhiễm trùng đường hô hấp và đường tiết niệu.

Suy thận: Suy thận thường xảy ra sau suy gan, đặc biệt nếu bạn dùng quá liều acetaminophen, gây tổn thương cả gan và thận.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Suy gan cấp có thể tiến triển nhanh chóng ở người khỏe mạnh và đe dọa tính mạng.

Nếu bạn hoặc ai đó bạn biết đột nhiên bị vàng mắt hoặc da, đau ở vùng bụng trên, hoặc bất kỳ thay đổi bất thường nào về trạng thái tinh thần, tính cách hoặc hành vi, hãy đến cơ sở y tế ngay lập tức.

Nguyên nhân suy gan cấp

Nguyên nhân dẫn đến suy gan cấp

Nguyên nhân gây suy gan cấp, bao gồm:

Quá liều thuốc acetaminophen: Liều lớn thuốc này có thể gây tổn thương gan hoặc dẫn đến suy gan. Các loại virus: Bao gồm virus viêm gan A , B và E, virus Epstein-Barr, virus cytomegalo và virus herpes simplex. Chúng dẫn đến tổn thương gan hoặc xơ gan . Phản ứng với một số loại thuốc kê đơn và thảo dược: Một số loại thuốc gây độc tế bào gan của bạn. Ăn nấm dại độc: Một loại nấm có tên là Amanita phalloides hay còn gọi là nấm tử thần, chứa chất độc gây tổn thương tế bào gan và dẫn đến suy gan trong vòng vài ngày. Viêm gan tự miễn : Giống như viêm gan siêu vi, căn bệnh này khiến cơ thể bạn tấn công tế bào gan, có thể dẫn đến suy gan cấp. Bệnh Wilson: Bệnh di truyền này ngăn cơ thể bạn loại bỏ chất đồng, khiến nó tích tụ và gây tổn hại cho gan của bạn. Gan nhiễm mỡ cấp tính khi mang thai: Trong tình trạng hiếm gặp này, chất béo dư thừa sẽ tích tụ ở gan của bạn và làm tổn thương gan. Sốc nhiễm trùng: Tình trạng nhiễm trùng quá mức này trong cơ thể bạn có thể làm tổn thương gan hoặc khiến gan ngừng hoạt động. Hội chứng Budd Chiari: Căn bệnh hiếm gặp này làm hẹp và tắc các mạch máu trong gan của bạn. Chất độc công nghiệp: Nhiều hóa chất, bao gồm carbon tetrachloride và chất tẩy rửa có thể gây hại cho gan của bạn.

Quá liều thuốc acetaminophen: Liều lớn thuốc này có thể gây tổn thương gan hoặc dẫn đến suy gan.

Các loại virus: Bao gồm virus viêm gan A , B và E, virus Epstein-Barr, virus cytomegalo và virus herpes simplex. Chúng dẫn đến tổn thương gan hoặc xơ gan .

Phản ứng với một số loại thuốc kê đơn và thảo dược: Một số loại thuốc gây độc tế bào gan của bạn.

Ăn nấm dại độc: Một loại nấm có tên là *Amanita phalloides* hay còn gọi là nấm mũ tử thần, chứa chất độc gây tổn thương tế bào gan và dẫn đến suy gan trong vòng vài ngày.

Viêm gan tự miễn: Giống như viêm gan siêu vi, căn bệnh này khiến cơ thể bạn tấn công tế bào gan, có thể dẫn đến suy gan cấp.

Bệnh Wilson: Bệnh di truyền này ngăn cơ thể bạn loại bỏ chất đồng, khiến nó tích tụ và gây tổn hại cho gan của bạn.

Gan nhiễm mỡ cấp tính khi mang thai: Trong tình trạng hiếm gặp này, chất béo dư thừa sẽ tích tụ ở gan của bạn và làm tổn thương gan.

Sốc nhiễm trùng: Tình trạng nhiễm trùng quá mức này trong cơ thể bạn có thể làm tổn thương gan hoặc khiến gan ngừng hoạt động.

Hội chứng Budd Chiari: Căn bệnh hiếm gặp này làm hẹp và tắc các mạch máu trong gan của bạn.

Chất độc công nghiệp: Nhiều hóa chất, bao gồm carbon tetrachloride và chất tẩy rửa có thể gây hại cho gan của bạn.

Nguy cơ suy gan cấp

Những ai có nguy cơ mắc phải suy gan cấp?

Bạn có nguy cơ bị suy gan cấp nếu bạn:

Uống quá nhiều acetaminophen. Mặc một số bệnh hoặc nhiễm trùng, chẳng hạn như viêm gan, bệnh Wilson và virus herpes simplex. Lưu lượng máu đến gan kém.

Uống quá nhiều acetaminophen.

Mắc một số bệnh hoặc nhiễm trùng, chẳng hạn như viêm gan, bệnh Wilson và virus herpes simplex.

Lưu lượng máu đến gan kém.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy gan cấp

Uống nhiều rượu làm tăng nguy cơ mắc phải suy gan cấp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy gan cấp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán suy gan cấp

Suy gan cấp là một tình trạng nghiêm trọng cần được chăm sóc y tế ngay lập tức.

Bác sĩ sẽ hỏi bạn về tiền căn sức khỏe, việc bạn tự ý sử dụng thuốc và bất kỳ khả năng tiếp xúc với độc chất nào. Bác sĩ có thể thăm khám các dấu hiệu viêm gan, chẳng hạn như vàng da, mệt mỏi và đau bụng.

Bạn có thể được:

Kiểm tra tri giác: Sự tỉnh táo, tình trạng tinh thần, ý thức. Xét nghiệm máu:

Xét nghiệm men gan và nồng độ bilirubin của bạn. Họ cũng đo chức năng đông máu của bạn (được gọi là thời gian prothrombin). Chẩn đoán hình ảnh: Bạn có thể được chụp CT hoặc MRI.

Kiểm tra tri giác: Sự tỉnh táo, tình trạng tinh thần, ý thức.

Xét nghiệm máu: Xét nghiệm men gan và nồng độ bilirubin của bạn. Họ cũng đo chức năng đông máu của bạn (được gọi là thời gian prothrombin).

Chẩn đoán hình ảnh: Bạn có thể được chụp CT hoặc MRI.

Phương pháp điều trị suy gan cấp

Điều trị suy gan cấp phụ thuộc vào nguyên nhân cơ bản. Nếu bác sĩ cho rằng bạn đã dùng quá nhiều acetaminophen, bạn có thể sẽ được sử dụng than hoạt tính để giúp cơ thể giảm lượng thuốc được hấp thu qua đường tiêu hóa. Hoặc có thể dùng N-acetylcystein, một loại thuốc dùng điều trị quá liều acetaminophen, đôi khi nó cũng hữu ích cho những người bị suy gan cấp không phải do quá nhiều acetaminophen.

Nếu viêm gan siêu vi là nguyên nhân gây suy gan cấp, bác sĩ có thể chỉ định cho bạn một số loại thuốc tùy thuộc vào loại viêm gan mà bạn mắc phải. Nếu bạn bị viêm gan tự miễn, bác sĩ có thể điều trị cho bạn bằng thuốc steroid.

Nếu bác sĩ không thể tìm ra nguyên nhân gây suy gan cấp, bạn có thể được chỉ định sinh thiết gan. Xét nghiệm này có thể cung cấp thêm thông tin về gan của bạn, giúp bác sĩ đưa ra quyết định điều trị.

Nếu việc điều trị không thể giúp chức năng gan hoạt động trở lại, bạn có thể cần được ghép gan. Trong khi chờ đợi có gan, bạn có thể được sử dụng một số liệu pháp điều trị để duy trì sự sống.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy gan cấp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của suy gan cấp

Chế độ sinh hoạt:

Nghỉ ngơi đầy đủ: Hãy nghỉ ngơi và tránh làm việc quá sức để giúp cơ thể phục hồi. **Tuân thủ hướng dẫn của bác sĩ:** Luôn tuân thủ hướng dẫn và chỉ định từ bác sĩ hoặc nhân viên y tế. Đảm bảo bạn uống đủ thuốc theo toa và đặt lịch hẹn tái khám định kỳ để theo dõi tiến trình phục hồi. **Giữ vệ sinh cá nhân tốt:** Đảm bảo vệ sinh cá nhân tốt để ngăn ngừa nhiễm trùng và bảo vệ gan khỏi các tác nhân gây hại. Hãy rửa tay thường xuyên, sạch sẽ và tránh tiếp xúc với các chất độc hại như hóa chất và thuốc trừ sâu. **Theo dõi triệu chứng và tái khám định kỳ:** Theo dõi triệu chứng của bạn và báo cáo ngay cho bác sĩ nếu có bất kỳ thay đổi hay tình trạng mới xuất hiện. Điều này giúp bác sĩ đánh giá tiến trình phục hồi của gan và đưa ra điều chỉnh phù hợp trong chế độ điều trị.

Nghỉ ngơi đầy đủ: Hãy nghỉ ngơi và tránh làm việc quá sức để giúp cơ thể phục hồi.

Tuân thủ hướng dẫn của bác sĩ: Luôn tuân thủ hướng dẫn và chỉ định từ bác sĩ hoặc nhân viên y tế. Đảm bảo bạn uống đủ thuốc theo toa và đặt lịch hẹn tái khám định kỳ để theo dõi tiến trình phục hồi.

Giữ vệ sinh cá nhân tốt: Đảm bảo vệ sinh cá nhân tốt để ngăn ngừa nhiễm trùng và bảo vệ gan khỏi các tác nhân gây hại. Hãy rửa tay thường xuyên, sạch sẽ và tránh tiếp xúc với các chất độc hại như hóa chất và thuốc trừ sâu.

Theo dõi triệu chứng và tái khám định kỳ: Theo dõi triệu chứng của bạn và báo cáo ngay cho bác sĩ nếu có bất kỳ thay đổi hay tình trạng mới xuất hiện. Điều này giúp bác sĩ đánh giá tiến trình phục hồi của gan và đưa ra điều chỉnh phù hợp trong chế độ điều trị.

Lưu ý rằng chế độ sinh hoạt cho người bệnh suy gan cấp có thể thay đổi tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe cụ thể của từng người. Luôn tham khảo ý kiến của bác sĩ để có lời khuyên phù hợp và chi tiết hơn.

Chế độ dinh dưỡng:

Giảm muối nạp: Hạn chế tiêu thụ muối trong chế độ ăn uống để giảm tích nước và phòng ngừa cổ trướng. Tránh muối và các thực phẩm chế biến có nồng độ cao natri như thức ăn nhanh và đồ hộp. Thay vào đó, sử dụng các loại gia vị không muối để tăng hương vị của món ăn. **Tăng cường calo:** Bổ sung đủ calo để cung cấp năng lượng cho cơ thể. Hãy ăn các loại thực phẩm giàu calo như ngũ cốc, hạt và chất béo lành mạnh từ nguồn thực phẩm như cá, hạt chia và dầu ô-liu. **Uống đủ nước:** Đảm bảo uống đủ nước để duy trì cân bằng nội môi trong cơ thể. **Hạn chế tiêu thụ các loại đồ uống có chứa caffeine và cồn,** vì chúng có thể gây căng thẳng cho gan. **Giảm tải gan:** Tránh các chất độc hại cho gan như thuốc lá, rượu, thuốc trừ sâu và các hợp chất hóa học. **Hạn chế sử dụng thuốc không cần thiết và tuân thủ đúng liều lượng khi sử dụng thuốc** theo sự hướng dẫn của bác sĩ. **Thực phẩm giàu chất chống oxy hóa:** Bổ sung thực phẩm giàu chất chống oxy hóa như rau xanh, trái cây tươi, hạt, dầu ô-liu và các loại thực phẩm giàu vitamin C và E. Chúng có thể giúp bảo vệ gan khỏi tổn thương do stress oxy hóa.

Giảm muối nạp: Hạn chế tiêu thụ muối trong chế độ ăn uống để giảm tích nước và phòng ngừa cổ trướng. Tránh muối và các thực phẩm chế biến có nồng độ cao natri như thức ăn nhanh và đồ hộp. Thay vào đó, sử dụng các loại gia vị không muối để tăng hương vị của món ăn.

Tăng cường calo: Bổ sung đủ calo để cung cấp năng lượng cho cơ thể. Hãy ăn các loại thực phẩm giàu calo như ngũ cốc, hạt và chất béo lành mạnh từ nguồn thực phẩm như cá, hạt chia và dầu ô-liu.

Uống đủ nước: Đảm bảo uống đủ nước để duy trì cân bằng nội môi trong cơ thể. **Hạn chế tiêu thụ các loại đồ uống có chứa caffeine và cồn,** vì chúng có thể gây căng thẳng cho gan.

Giảm tải gan: Tránh các chất độc hại cho gan như thuốc lá, rượu, thuốc trừ sâu và các hợp chất hóa học. **Hạn chế sử dụng thuốc không cần thiết và tuân thủ đúng liều lượng khi sử dụng thuốc** theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Thực phẩm giàu chất chống oxy hóa: Bổ sung thực phẩm giàu chất chống oxy hóa như rau xanh, trái cây tươi, hạt, dầu ô-liu và các loại thực phẩm giàu vitamin C và E. Chúng có thể giúp bảo vệ gan khỏi tổn thương do stress oxy hóa.

Nên nhớ rằng chế độ dinh dưỡng cho người bệnh suy gan cấp cần được điều chỉnh cho từng trường hợp cụ thể. Luôn tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế hoặc chuyên gia dinh dưỡng trước khi thực hiện bất kỳ thay đổi nào trong chế độ dinh dưỡng của bạn.

Phương pháp phòng ngừa suy gan cấp hiệu quả

Bạn có thể giảm nguy cơ bị suy gan cấp bằng cách chăm sóc gan của bạn:

Thực hiện theo hướng dẫn về sử dụng thuốc: Nếu bạn dùng acetaminophen hoặc các

loại thuốc khác, hãy đọc hướng dẫn sử dụng về liều lượng khuyến cáo. Nếu bạn đã bị bệnh gan, hãy hỏi ý kiến bác sĩ xem lượng acetaminophen nào là an toàn cho bạn.

Uống rượu có chừng mực: Nếu bạn chọn uống rượu, hãy uống có chừng mực. Đối với người lớn khỏe mạnh, nên uống tối đa hai ly mỗi ngày đối với nam giới và một ly mỗi ngày đối với phụ nữ.

Tránh hành vi nguy hiểm: Không sử dụng chung kim tiêm. Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. Nếu bạn xăm mình hoặc xỏ khuyên trên cơ thể, hãy đảm bảo dụng cụ sạch sẽ và an toàn.

Hãy tiêm chủng ngừa: Nếu bạn mắc bệnh gan mạn, có tiền sử mắc bất kỳ loại bệnh viêm gan nào hoặc có nguy cơ mắc bệnh viêm gan cao hơn, hãy trao đổi với bác sĩ về việc tiêm vắc xin viêm gan B và A.

Tránh tiếp xúc với máu và dịch cơ thể của người khác: Vô tình bị kim đâm hoặc tiếp xúc máu hoặc dịch cơ thể không đúng cách có thể lây lan virus viêm gan.

Dùng chung lưỡi dao cạo hoặc bàn chải đánh răng cũng có thể lây nhiễm.

Không ăn nấm dại: Có thể khó phân biệt được sự khác biệt giữa nấm độc và nấm an toàn để ăn.

Cẩn thận với thuốc phun xịt: Thực hiện các biện pháp bảo vệ (đeo khẩu trang, đồ bảo hộ, mũ, áo dài tay,...) khi phun thuốc trừ sâu, thuốc diệt nấm, sơn tường và các hóa chất độc hại khác. Thực hiện theo hướng dẫn sử dụng sản phẩm một cách cẩn thận.

Duy trì cân nặng khỏe mạnh: Béo phì có thể gây ra bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

=====

Tìm hiểu chung rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Rối loạn chuyển hóa bẩm sinh là gì?

Rối loạn chuyển hóa bẩm sinh hay lỗi chuyển hóa bẩm sinh (Inborn Errors of Metabolism) còn được gọi là rối loạn chuyển hóa di truyền (Inherited Metabolic Disorders) là các rối loạn do di truyền hoặc do đột biến gen tự phát.

Các rối loạn thường do khiếm khuyết trong các protein (enzyme) cụ thể giúp chuyển hóa các phần của thực phẩm. Dẫn đến cơ thể không thể biến thức ăn thành năng lượng một cách thích hợp.

Các nhóm rối loạn này không đồng nhất, có hàng trăm rối loạn chuyển hóa bẩm sinh khác nhau, một vài trong số đó là:

Bệnh Wilson ; Rối loạn chuyển hóa porphyrin; Phenylceton niệu (PKU) ; Không dung nạp fructose; Rối loạn chuyển hóa đường (Galactosemia) ; Bệnh siro niệu (Maple syrup urine disease - MSUD).

Bệnh Wilson ;

Rối loạn chuyển hóa porphyrin;

Phenylceton niệu (PKU) ;

Không dung nạp fructose;

Rối loạn chuyển hóa đường (Galactosemia) ;

Bệnh siro niệu (Maple syrup urine disease - MSUD).

Do đó, các triệu chứng, phương pháp điều trị cũng như tiên lượng của chúng rất khác nhau.

Ở các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh biểu hiện ở thời kỳ sơ sinh sẽ có xu hướng nghiêm trọng hơn, bao gồm ăn kém, nôn mửa, co giật hoặc thậm chí là hôn mê. Các rối loạn biểu hiện muộn thường có xu hướng ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển ở trẻ.

Triệu chứng rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Những dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh có nhiều loại khác nhau, do đó các biểu hiện cũng rất khác nhau, có thể bao gồm:

Sự chậm tăng trưởng: Gợi ý bệnh dự trữ glycogen (GSD) hay nhiễm toan hữu cơ hoặc rối loạn chu trình urê. Chậm phát triển: Có thể do rối loạn phosphoryl oxy hóa, thiếu uridine-5'-diphosphate-galactose trong bệnh rối loạn chuyển hóa đường hay thiếu tyrosine trong bệnh phenylceton niệu. Các triệu chứng thần kinh cơ: Bao gồm co giật , yếu cơ, giảm trương lực cơ, rung giật cơ, đau cơ, đột quỵ hoặc hôn mê, có thể gợi ý sự thiếu hụt năng lượng cấp tính trong não. Dị tật não bẩm sinh: Phản ánh sự giảm năng lượng sẵn có, ví dụ như trong hội chứng Smith-Lemli-Opitz. Các triệu chứng thần kinh tự động: Ví dụ như nôn ói, vã mồ hôi, xanh xao, nhịp tim nhanh trong GSD hoặc không dung nạp fructose. Nôn mửa và thở Kussmaul

trong nhiễm toan hữu cơ. Vàng da không sinh lý: Vàng da sau thời kỳ sơ sinh thường phản ánh bệnh lý của gan, đặc biệt khi có đi kèm với tăng men gan nhưng cũng có thể là triệu chứng của rối loạn chuyển hóa bẩm sinh. Mùi bất thường dịch thể: Ví dụ mùi hôi chân trong bệnh nhiễm acid isovaleric, mùi nước tiểu ngọt trong bệnh siro niệu, nước tiểu mùi mốc trong phenylceton niệu, mùi bắp cải luộc trong bệnh tyrosine huyết. Thay đổi màu sắc nước tiểu: Ví dụ như màu nâu sẫm ở bệnh alcapton niệu, màu nâu tía ở rối loạn chuyển hóa porphyrin. Những thay đổi ở mắt: Bao gồm đục thủy tinh thể do thiếu galactokinase, liệt vận nhãn và thoái hóa võng mạc do rối loạn phosphoryl oxy hóa.

Sự chậm tăng trưởng: Gợi ý bệnh dự trữ glycogen (GSD) hay nhiễm toan hữu cơ hoặc rối loạn chu trình urê.

Chậm phát triển: Có thể do rối loạn phosphoryl oxy hóa, thiếu uridine-5'-diphosphate-galactose trong bệnh rối loạn chuyển hóa đường hay thiếu tyrosine trong bệnh phenylceton niệu.

Các triệu chứng thần kinh cơ: Bao gồm co giật, yếu cơ, giảm trương lực cơ, rung giật cơ, đau cơ, đột quỵ hoặc hôn mê, có thể gợi ý sự thiếu hụt năng lượng cấp tính trong não.

Đi tạt não bẩm sinh: Phản ánh sự giảm năng lượng sẵn có, ví dụ như trong hội chứng Smith-Lemli-Opitz.

Các triệu chứng thần kinh tự động: Ví dụ như nôn ói, vã mồ hôi, xanh xao, nhịp tim nhanh trong GSD hoặc không dung nạp fructose. Nôn mửa và thở Kussmaul trong nhiễm toan hữu cơ.

Vàng da không sinh lý: Vàng da sau thời kỳ sơ sinh thường phản ánh bệnh lý của gan, đặc biệt khi có đi kèm với tăng men gan nhưng cũng có thể là triệu chứng của rối loạn chuyển hóa bẩm sinh.

Mùi bất thường dịch thể: Ví dụ mùi hôi chân trong bệnh nhiễm acid isovaleric, mùi nước tiểu ngọt trong bệnh siro niệu, nước tiểu mùi mốc trong phenylceton niệu, mùi bắp cải luộc trong bệnh tyrosine huyết.

Thay đổi màu sắc nước tiểu: Ví dụ như màu nâu sẫm ở bệnh alcapton niệu, màu nâu tía ở rối loạn chuyển hóa porphyrin.

Những thay đổi ở mắt: Bao gồm đục thủy tinh thể do thiếu galactokinase, liệt vận nhãn và thoái hóa võng mạc do rối loạn phosphoryl oxy hóa.

Biến chứng có thể gặp khi mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Triển vọng chung của các người bệnh mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh là kém.

Chẩn đoán kịp thời và điều trị sớm có thể giúp tránh các biến chứng cấp tính và mãn tính, ảnh hưởng đến sự phát triển hay thậm chí là tử vong.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Trên thực tế, trẻ có rối loạn chuyển hóa xuất hiện trong thời kỳ sơ sinh thường không thể phân biệt được với các bệnh lý khác. Do đó, khi phát hiện bất kỳ triệu chứng bất thường nào nghi ngờ trẻ mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, hoặc bất kỳ dấu hiệu nào bất thường ở trẻ, đặc biệt là các biểu hiện về thần kinh và đường tiêu hóa, hãy đưa trẻ đến cơ sở y tế để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Nguyên nhân dẫn đến rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh là các rối loạn di truyền do đột biến gen mã hóa các protein có chức năng trao đổi chất. Hầu hết được di truyền dưới dạng lặn trên nhiễm sắc thể thường. Hiếm khi có tính trạng trội trên nhiễm sắc thể thường hay liên kết với nhiễm sắc thể X.

Nguy cơ rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Những ai có nguy cơ mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh?

Các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh xảy ra ở 1 trên 2500 ca sinh. Do có hàng trăm loại khác nhau, nguy cơ mắc cũng khác nhau ở trẻ. Ví dụ như các rối loạn về ty thể sẽ được di truyền 100% từ mẹ sang con, trong khi các rối loạn khác có thể thay đổi hoặc liên quan đến giới tính.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Các yếu tố khác có thể liên quan đến rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, có thể thay đổi khác nhau tùy đối tượng, bao gồm:

Môi trường; Biểu sinh; Hệ vi sinh vật; Các gen bổ sung.

Môi trường;

Biểu sinh;

Hệ vi sinh vật;

Các gen bổ sung.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Các rối loạn chuyển hóa di truyền xuất hiện ngay từ khi sinh và một số được phát hiện bằng cách sàng lọc định kỳ. Tuy nhiên, không thể sàng lọc tất cả các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh. Các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh nếu không được phát hiện từ khi sinh, thường sẽ không được chẩn đoán cho đến khi có các triệu chứng xuất hiện.

Trên thực tế, chẩn đoán xác định rối loạn chuyển hóa bẩm sinh không phải là mục tiêu trong trường hợp khẩn cấp. Ví dụ như việc không thể phân biệt được triệu chứng của rối loạn chuyển hóa carbohydrate ở trẻ và các tình trạng khác như nhiễm trùng, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt, co giật... Đồng thời, các bất thường trong xét nghiệm ở trẻ rối loạn chuyển hóa bẩm sinh thường chỉ thoáng qua. Do đó, quan trọng là phải lấy máu và xét nghiệm lại sau khi xuất hiện bệnh lần đầu. Về các xét nghiệm ban đầu khi nghi ngờ có rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, đánh giá sẽ bao gồm xem xét kết quả xét nghiệm sàng lọc trẻ sơ sinh và chỉ định các xét nghiệm sàng lọc chuyển hóa cơ bản, bao gồm:

Glucose máu ; Điện giải đồ có tính khoảng trống anion (anion gap); Tổng phân tích tế bào máu và phết tế bào máu ngoại vi; Xét nghiệm chức năng gan; Nồng độ amoniac; Nồng độ acid amin huyết thanh; Tổng phân tích nước tiểu ; Acid hữu cơ nước tiểu.

Glucose máu ;

Điện giải đồ có tính khoảng trống anion (anion gap);

Tổng phân tích tế bào máu và phết tế bào máu ngoại vi;

Xét nghiệm chức năng gan;

Nồng độ amoniac;

Nồng độ acid amin huyết thanh;

Tổng phân tích nước tiểu ;

Acid hữu cơ nước tiểu.

Các xét nghiệm cụ thể hơn có thể được thực hiện sau đó, nếu có bất thường trong các xét nghiệm sàng lọc cơ bản.

Phương pháp điều trị rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Không có cách điều trị khỏi cho tình trạng rối loạn chuyển hóa bẩm sinh. Nguyên tắc điều trị ban đầu ở những người bệnh này là hồi sức tích cực qua thuật toán PALS/ACLS.

Không cho bất cứ thứ gì qua đường miệng ở những người bệnh nghi ngờ có rối loạn chuyển hóa bẩm sinh. Vì có thể không biết được người bệnh bị rối loạn quá trình trao đổi chất nào, do đó cần thận trọng ngăn chặn tất cả các thực phẩm hoặc bất cứ gì qua đường miệng.

Người bệnh sẽ được truyền dung dịch dextrose 10% duy trì, có thể cần cung cấp thêm insulin để kiểm soát tình trạng tăng đường huyết.

Người bệnh có nồng độ amoniac tăng cao có thể được dùng các chất để loại bỏ nitơ như natri benzoat hoặc natri phenylacetate. Người bệnh với nồng độ amoniac cao hơn 600 cần phải lọc máu . Hầu hết người bệnh bị nghi ngờ mắc các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh đều cần theo dõi tại phòng chăm sóc đặc biệt.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Trẻ em và người lớn mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh có thể bị bệnh nặng, cần phải nhập viện và đôi khi phải hỗ trợ sự sống. Do đó, những người mắc rối loạn chuyển hóa bẩm sinh nên được chăm sóc tại trung tâm y tế có kinh nghiệm vì đây là các tình trạng hiếm gặp.

Điều quan trọng là cam kết điều trị suốt đời với việc ăn kiêng để hạn chế diễn tiến của bệnh, loại bỏ một phần hoặc hoàn toàn chất dinh dưỡng tùy vào rối loạn chuyển hóa mà bạn mắc phải. Cần phải cẩn thận theo dõi dinh dưỡng trong suốt cuộc đời. Sau đây là một số tình trạng rối loạn chuyển hóa bẩm sinh và việc quản lý chế độ dinh dưỡng tương ứng.

Rối loạn chuyển hóa acid amin và protein

Phenylketon niệu (PKU)

Để giảm mức phenylalanine trong huyết tương xuống phạm vi mục tiêu, những người mắc PKU cổ điển thường được yêu cầu loại bỏ hoàn toàn các thực phẩm giàu protein như thịt, trứng, sữa, phô mai khỏi chế độ ăn của mình. Tuy nhiên, cần có kiến thức kỹ lưỡng, dưới sự hướng dẫn của bác sĩ và chuyên gia, cùng lên kế hoạch để

thiết lập một chế độ ăn uống phù hợp, đa dạng, duy trì đủ chất dinh dưỡng thiết yếu.

Các chiến lược mới để quản lý PKU gồm bổ sung acid amin trung tính lớn (LNAA) và sử dụng glycomacropeptide (GMP), một nguồn protein có hàm lượng phenylalanine thấp, tự nhiên, đang được nghiên cứu và sử dụng.

Bệnh siro niệu

Mục tiêu là duy trì leucine huyết tương và các acid amin chuỗi ngắn (BCAA) trong phạm vi bình thường. Chế độ ăn hạn chế BCAA bằng cách hạn chế protein và sử dụng các sản phẩm acid amin tổng hợp không có BCAA nhưng chứa các chất dinh dưỡng cần thiết khác.

Rối loạn chu trình urê

Chế độ ăn của người bệnh cần hạn chế nitơ, cũng thông qua việc hạn chế protein. Việc hạn chế ăn protein lâu dài đòi hỏi phải kết hợp với các sản phẩm cung cấp acid amin thiết yếu với ít nitơ hơn protein thường.

Rối loạn chuyển hóa carbohydrate

Rối loạn chuyển hóa đường cổ điển (Classic Galactosemia)

Việc bắt đầu chế độ ăn hạn chế lactose có thể ngăn ngừa các biến chứng đe dọa tính mạng của tình trạng này. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần nguồn protein khác ngoài sữa bò và nên cho trẻ dùng sữa dạng bột làm từ đậu nành hoặc sữa công thức nguyên tố (elemental formulas). Galactose trong trái cây, rau quả thường không gây ra hậu quả gì.

Khi sử dụng thực phẩm cho trẻ, cha mẹ cần xem kỹ bảng thành phần, vì lactose và galactose có thể là thành phần của nhiều loại thực phẩm khác nhau không phải từ sữa.

Rối loạn dự trữ glycogen típ 1a

Đây là rối loạn dự trữ glycogen nghiêm trọng nhất. Mục tiêu chính của can thiệp dinh dưỡng là duy trì mức đường huyết bình thường, trong giai đoạn sơ sinh, thông qua việc cho ăn thường xuyên.

Fructose và galactose nên được hạn chế, sữa đậu nành cho trẻ được khuyến dùng.

Cần phải đánh thức trẻ sau mỗi 3-4 giờ để cho bú, tránh tình trạng hạ đường huyết. Ngoài ra, tương tự các rối loạn chuyển hóa bẩm sinh khác, bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ dinh dưỡng trong suốt cuộc đời.

Rối loạn oxy hóa acid béo

Thiếu acyl-CoA dehydrogenase chuỗi trung bình (MCAD)

Có thể tiếp tục sử dụng sữa mẹ hay sữa công thức cho trẻ bị thiếu MCAD, cần tránh nhịn ăn ở trẻ. Nên sử dụng một chế độ ăn uống cân bằng với lượng calo phù hợp. Quan trọng là bạn nên biết về mối nguy hiểm của việc nhịn ăn, ở những trẻ này, có thể dẫn đến hạ đường huyết giảm ketone và nhanh chóng tiến triển đến hôn mê và tử vong nếu không được phát hiện.

Thiếu acyl-CoA dehydrogenase chuỗi rất dài (VLCAD)

Tương tự như thiếu MCAD, hạ đường huyết đáng kể có thể xảy ra nếu trẻ nhịn ăn, và khi không được chẩn đoán, biểu hiện sẽ trở nên nghiêm trọng như bú kém, mất nước, toan chuyển hóa, rối loạn nhịp tim, rối loạn chức năng gan, hôn mê và có thể dẫn đến tử vong. Sữa mẹ và sữa công thức tiêu chuẩn có thể được sử dụng là nguồn cung cấp chất béo chuỗi dài. Ngoài ra, bổ sung các loại dầu cụ thể như dầu hạt cải, quả óc chó và dầu hạt lanh có thể được sử dụng.

Phương pháp phòng ngừa rối loạn chuyển hóa bẩm sinh hiệu quả

Rối loạn chuyển hóa bẩm sinh là một rối loạn di truyền, không có cách để bạn có thể ngăn ngừa chúng. Quan trọng là cam kết thực hiện một chế độ ăn kiêng tuyệt đối, theo hướng dẫn của bác sĩ để tránh diễn tiến của bệnh.

=====

Tìm hiểu chung phù bạch huyết cánh tay

Phù bạch huyết cánh tay là tình trạng sưng tấy do tích tụ quá nhiều dịch bạch huyết, dẫn đến tình trạng cánh tay bị sưng, phù to. Tình trạng sưng tấy này có thể gây cảm giác đau đớn và hạn chế khả năng di chuyển các chi làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sinh hoạt.

Phù bạch huyết cánh tay là di chứng ở những người sau điều trị ung thư vú (chiếm khoảng 5 - 10%). Thời gian phù bạch huyết xuất hiện phụ thuộc vào nguyên nhân có thể vài ngày, vài tuần, vài tháng hoặc thậm chí vài sau khi điều trị ung thư. Việc tuân thủ điều trị sớm có thể giúp kiểm soát triệu chứng và tăng khả năng chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, do phù bạch huyết là tình trạng mãn tính và không thể chữa khỏi hoàn toàn nên việc quản lý và điều trị cần được theo dõi của bác sĩ.

Triệu chứng phù bạch huyết cánh tay

Những dấu hiệu và triệu chứng của phù bạch huyết cánh tay

Dấu hiệu và triệu chứng của phù bạch huyết cánh tay có thể bao gồm:

Sưng phù ở cánh tay hoặc toàn bộ bàn tay và cánh tay so với bên còn lại. Cảm giác nặng, căng, hoặc khó di chuyển cánh tay. Da trên cánh tay có thể trở nên nhám, cứng, căng tê, và có thể xuất hiện vết sẹo. Do tích tụ chất lỏng, cân nặng của bạn có thể tăng lên. Hạn chế khả năng di chuyển vận động vùng cánh tay, cẳng tay. Vùng cánh tay có cảm giác nóng rát hoặc ngứa mẩn đỏ dễ bị lở loét và nhiễm trùng.

Sưng phù ở cánh tay hoặc toàn bộ bàn tay và cánh tay so với bên còn lại.

Cảm giác nặng, căng, hoặc khó di chuyển cánh tay.

Da trên cánh tay có thể trở nên nhám, cứng, căng tê, và có thể xuất hiện vết sẹo.

Do tích tụ chất lỏng, cân nặng của bạn có thể tăng lên.

Hạn chế khả năng di chuyển vận động vùng cánh tay, cẳng tay.

Vùng cánh tay có cảm giác nóng rát hoặc ngứa mẩn đỏ dễ bị lở loét và nhiễm trùng.

Biến chứng có thể gặp khi phù bạch huyết cánh tay

Phù bạch huyết cánh tay có thể gặp một số biến chứng và vấn đề liên quan, bao gồm:

Nhiễm trùng: Các vùng da sưng phù và bị tổn thương trong phù bạch huyết cánh tay có nguy cơ cao bị nhiễm trùng. Viêm loét da: Sự sưng và tích tụ chất dịch lỏng có thể gây áp lực lên da, gây viêm loét và các vấn đề da liên quan. Tăng nguy cơ suy tim: Phù bạch huyết kéo dài có thể gây áp lực quá mức lên hệ thống tim mạch, dẫn đến suy tim. Chất lượng cuộc sống: Sưng và biến dạng của cánh tay có thể gây mất tự tin, lo lắng và ảnh hưởng đến hoạt động sinh hoạt hàng ngày. Tăng nguy cơ ung thư: Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng phù bạch huyết cánh tay kéo dài có thể tăng nguy cơ phát triển ung thư tái phát hoặc mới trong cánh tay.

Nhiễm trùng: Các vùng da sưng phù và bị tổn thương trong phù bạch huyết cánh tay có nguy cơ cao bị nhiễm trùng.

Viêm loét da: Sự sưng và tích tụ chất dịch lỏng có thể gây áp lực lên da, gây viêm loét và các vấn đề da liên quan.

Tăng nguy cơ suy tim: Phù bạch huyết kéo dài có thể gây áp lực quá mức lên hệ thống tim mạch, dẫn đến suy tim.

Chất lượng cuộc sống: Sưng và biến dạng của cánh tay có thể gây mất tự tin, lo lắng và ảnh hưởng đến hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Tăng nguy cơ ung thư: Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng phù bạch huyết cánh tay kéo dài có thể tăng nguy cơ phát triển ung thư tái phát hoặc mới trong cánh tay.

Để giảm nguy cơ biến chứng phù bạch huyết cánh tay, cần tuân thủ theo phác đồ điều trị và thường xuyên thăm khám kiểm tra sức khỏe với bác sĩ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn nhận thấy các dấu hiệu nhiễm trùng, bao gồm da đỏ, sưng tấy hoặc ẩm và sốt hoặc có các triệu chứng trên nặng lên. Hãy lập tức đến bác sĩ thăm khám và được chẩn đoán điều trị kịp thời, giúp kiểm soát tình trạng bệnh và làm giảm nhẹ các triệu chứng, đồng thời tránh các diễn tiến xấu nguy hại đến sức khỏe.

Nguyên nhân phù bạch huyết cánh tay

Nguyên nhân xuất phát do dịch bạch huyết không thể lưu thông bình thường. Bao gồm hai nguyên nhân chính gây phù bạch huyết:

Phù bạch huyết nguyên phát: Do gen ảnh hưởng đến sự phát triển của hệ bạch huyết, như bệnh Milroy và bệnh Meige. Nó có thể phát triển ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Phù bạch huyết thứ phát: Do bởi một bệnh khác ảnh hưởng như nhiễm trùng, ký sinh trùng (liên cầu khuẩn, giun) hay tổn thương từ chấn thương của việc điều trị xạ trị ung thư, đặc biệt là ung thư vú.

Phù bạch huyết nguyên phát: Do gen ảnh hưởng đến sự phát triển của hệ bạch huyết, như bệnh Milroy và bệnh Meige. Nó có thể phát triển ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên.

Phù bạch huyết thứ phát: Do bởi một bệnh khác ảnh hưởng như nhiễm trùng, ký sinh trùng (liên cầu khuẩn, giun) hay tổn thương từ chấn thương của việc điều trị xạ trị ung thư, đặc biệt là ung thư vú.

Nguy cơ phù bạch huyết cánh tay

Những ai có nguy cơ mắc phù bạch huyết cánh tay?

Những người có can thiệp của bất kì thủ thuật nào làm tổn hại đến mạch bạch huyết đều có nguy cơ gây phù.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phù bạch huyết cánh tay

Lớn tuổi, mắc ung thư hoặc trong quá trình điều trị ung thư. Phẫu thuật hoặc quá trình điều trị như hóa trị, xạ trị hoặc sử dụng các loại thuốc có thể tăng nguy cơ bị phù bạch huyết. Tình trạng nhiễm trùng trong cơ thể, như viêm nhiễm vi khuẩn hoặc viêm khớp dạng thấp, bệnh vẩy nến có thể gây sưng và phù bạch huyết. Các bệnh lý mạch máu như suy tim, suy giảm chức năng tim, suy thận, bệnh tăng huyết áp hoặc các vấn đề liên quan đến mạch máu có thể là nguyên nhân gây phù bạch huyết. Thường xuyên tiếp xúc với các phẩm chất độc hại, chất phóng xạ. Chấn thương hoặc vết thương ở cánh tay, có thể dẫn đến sự tích tụ chất lỏng và gây ra phù bạch huyết. Thừa cân hoặc béo phì có lượng mỡ thừa gây tăng áp lực lên các hạch bạch huyết và mạch máu có thể ảnh hưởng đến việc dẫn lưu bạch huyết.

Lớn tuổi, mắc ung thư hoặc trong quá trình điều trị ung thư.

Phẫu thuật hoặc quá trình điều trị như hóa trị, xạ trị hoặc sử dụng các loại thuốc có thể tăng nguy cơ bị phù bạch huyết.

Tình trạng nhiễm trùng trong cơ thể, như viêm nhiễm vi khuẩn hoặc viêm khớp dạng thấp, bệnh vẩy nến có thể gây sưng và phù bạch huyết.

Các bệnh lý mạch máu như suy tim, suy giảm chức năng tim, suy thận, bệnh tăng huyết áp hoặc các vấn đề liên quan đến mạch máu có thể là nguyên nhân gây phù bạch huyết.

Thường xuyên tiếp xúc với các phẩm chất độc hại, chất phóng xạ.

Chấn thương hoặc vết thương ở cánh tay, có thể dẫn đến sự tích tụ chất lỏng và gây ra phù bạch huyết.

Thừa cân hoặc béo phì có lượng mỡ thừa gây tăng áp lực lên các hạch bạch huyết và mạch máu có thể ảnh hưởng đến việc dẫn lưu bạch huyết.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị phù bạch huyết cánh tay

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán phù bạch huyết cánh tay

Bác sĩ sẽ thăm khám hỏi bệnh sử về các triệu chứng, thời gian xuất hiện và tiến triển của phù, bất kỳ chấn thương hoặc phẫu thuật gần đây, và các yếu tố nguy cơ khác, đồng thời kết hợp các phương pháp xét nghiệm khác để đánh giá chẩn đoán và điều trị giúp giảm triệu chứng bệnh và ngăn chặn các biến chứng về sau.

Kiểm tra tổng quát: Bác sĩ sẽ kiểm tra vùng bị sưng, đo kích thước, màu sắc và nhiệt độ của da, kiểm tra xem có những dấu hiệu viêm nhiễm hay không.

Xét nghiệm máu: Giúp đánh giá tình trạng tổng quát của cơ thể, bao gồm đo lượng tế bào hồng cầu, tế bào bạch cầu, tiểu cầu, cũng như đánh giá chức năng gan và thận.

Siêu âm Doppler mạch máu: Siêu âm Doppler được sử dụng để xem xét sự lưu thông máu trong các mạch máu của cánh tay, đánh giá chất lượng dòng máu và phát hiện bất thường.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): Là phương pháp xem xét vùng bị sưng và loại trừ các nguyên nhân khác gây ra phù bạch huyết. **Chụp cắt lớp vi tính (CT):** phương pháp giúp hiển thị các khu vực bị tắc nghẽn của hệ bạch huyết.

Kiểm tra tổng quát: Bác sĩ sẽ kiểm tra vùng bị sưng, đo kích thước, màu sắc và nhiệt độ của da, kiểm tra xem có những dấu hiệu viêm nhiễm hay không.

Xét nghiệm máu: Giúp đánh giá tình trạng tổng quát của cơ thể, bao gồm đo lượng tế bào hồng cầu, tế bào bạch cầu, tiểu cầu, cũng như đánh giá chức năng gan và thận.

Siêu âm Doppler mạch máu: Siêu âm Doppler được sử dụng để xem xét sự lưu thông máu trong các mạch máu của cánh tay, đánh giá chất lượng dòng máu và phát hiện bất thường.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): Là phương pháp xem xét vùng bị sưng và loại trừ các nguyên nhân khác gây ra phù bạch huyết.

Chụp cắt lớp vi tính (CT): phương pháp giúp hiển thị các khu vực bị tắc nghẽn của hệ bạch huyết.

Phương pháp điều trị phù bạch huyết cánh tay

Phù bạch huyết hiện chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu, không chữa khỏi hoàn toàn thường chủ yếu giúp kiểm soát làm giảm đau, giảm sưng với những phương pháp sau đây:

Bài tập: Vận động và tập luyện nhẹ nhàng, vừa sức có thể giúp tăng cường lưu thông máu và chất lỏng trong cơ thể, giảm sưng và cải thiện khả năng di chuyển của cánh tay. **Thay đổi chế độ ăn uống:** Việc bổ sung nhiều trái cây và rau quả mỗi ngày sẽ giúp giảm sưng tấy ở cánh tay vì chế độ ăn uống không lành mạnh có thể làm tình trạng phù bạch huyết của bạn trở nên trầm trọng hơn. **Quần áo nén:** Có thể là tất, tay áo hoặc khăn quấn có áp lực để di chuyển chất lỏng từ các mô

để vào lưu thông. Điều này làm giảm sưng tấy và nguy cơ biến chứng phù bạch huyết. Máy bơm khí nén: Là phương pháp gắn máy bơm và căng hơi vào cánh tay giúp chất lỏng di chuyển qua các mạch bạch huyết để nó không tích tụ ở tay, giảm sưng. Băng cánh tay bị tổn thương: Được quấn đúng cách, giúp đẩy chất lỏng bạch huyết về phía thân cơ thể. Người bệnh có thể đeo để giúp ngăn dịch bạch huyết quay trở lại chi bị ảnh hưởng. Mát xa: Thực hiện một số kỹ thuật xoa bóp nhẹ nhàng giúp chất lỏng bạch huyết di chuyển ra khỏi cánh tay, kích thích tuần hoàn và giảm sưng. Nhưng tránh xoa bóp các hệ bạch huyết nếu phù bạch huyết do nhiễm trùng. Điều trị bằng thuốc: Bác sĩ có thể chỉ định sử dụng thuốc giảm sưng như diuretics (thuốc lợi tiểu) hoặc các loại thuốc khác để kiểm soát phù bạch huyết. Phẫu thuật: Nếu tình trạng phù bạch huyết ngày càng nghiêm trọng hơn, bác sĩ có thể cân nhắc phẫu thuật.

Bài tập: Vận động và tập luyện nhẹ nhàng, vừa sức có thể giúp tăng cường lưu thông máu và chất lỏng trong cơ thể, giảm sưng và cải thiện khả năng di chuyển của cánh tay.

Thay đổi chế độ ăn uống: Việc bổ sung nhiều trái cây và rau quả mỗi ngày sẽ giúp giảm sưng tấy ở cánh tay vì chế độ ăn uống không lành mạnh có thể làm tình trạng phù bạch huyết của bạn trở nên trầm trọng hơn.

Quần áo nén: Có thể là tất, tay áo hoặc khăn quấn có áp lực để di chuyển chất lỏng từ các mô để vào lưu thông. Điều này làm giảm sưng tấy và nguy cơ biến chứng phù bạch huyết.

Máy bơm khí nén: Là phương pháp gắn máy bơm và căng hơi vào cánh tay giúp chất lỏng di chuyển qua các mạch bạch huyết để nó không tích tụ ở tay, giảm sưng.

Băng cánh tay bị tổn thương: Được quấn đúng cách, giúp đẩy chất lỏng bạch huyết về phía thân cơ thể. Người bệnh có thể đeo để giúp ngăn dịch bạch huyết quay trở lại chi bị ảnh hưởng.

Mát xa: Thực hiện một số kỹ thuật xoa bóp nhẹ nhàng giúp chất lỏng bạch huyết di chuyển ra khỏi cánh tay, kích thích tuần hoàn và giảm sưng. Nhưng tránh xoa bóp các hệ bạch huyết nếu phù bạch huyết do nhiễm trùng.

Điều trị bằng thuốc: Bác sĩ có thể chỉ định sử dụng thuốc giảm sưng như diuretics (thuốc lợi tiểu) hoặc các loại thuốc khác để kiểm soát phù bạch huyết.

Phẫu thuật: Nếu tình trạng phù bạch huyết ngày càng nghiêm trọng hơn, bác sĩ có thể cân nhắc phẫu thuật.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa phù bạch huyết cánh tay

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến phù bạch huyết cánh tay

Chế độ sinh hoạt:

Tập thể dục thường xuyên giúp giảm căng thẳng cho cánh tay và bàn tay bị sưng tấy, tránh tập quá sức. Tránh dùng tay mang vác, xách các vật dụng nặng. Giữ cho làn da khỏi bị cháy nắng, côn trùng cắn, vết cắt và vết trầy xước. Mặc quần áo rộng rãi và thoải mái hoặc trang sức và các phụ kiện khác không quá chặt. Mang dụng cụ bảo hộ khi tiếp xúc với các hóa chất độc hại. Nâng cao cánh tay và bàn tay, hạn chế nằm nghiêng tì đè về phía tay bị sưng phù. Duy trì cân nặng hợp lý. Tránh tiếp xúc quá nóng vùng bị sưng phù. Ngủ đủ giấc 7 - 8 tiếng/ngày giúp duy trì hệ miễn dịch khỏe mạnh.

Tập thể dục thường xuyên giúp giảm căng thẳng cho cánh tay và bàn tay bị sưng tấy, tránh tập quá sức.

Tránh dùng tay mang vác, xách các vật dụng nặng.

Giữ cho làn da khỏi bị cháy nắng, côn trùng cắn, vết cắt và vết trầy xước.

Mặc quần áo rộng rãi và thoải mái hoặc trang sức và các phụ kiện khác không quá chặt.

Mang dụng cụ bảo hộ khi tiếp xúc với các hóa chất độc hại.

Nâng cao cánh tay và bàn tay, hạn chế nằm nghiêng tì đè về phía tay bị sưng phù. Duy trì cân nặng hợp lý.

Tránh tiếp xúc quá nóng vùng bị sưng phù.

Ngủ đủ giấc 7 - 8 tiếng/ngày giúp duy trì hệ miễn dịch khỏe mạnh.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung thực phẩm giàu chất xơ từ loại hạt đậu, ngũ cốc nguyên hạt... giúp giảm nguy cơ thừa cân, béo phì. Hạn chế ăn thịt đỏ và các sản phẩm thịt đã qua xử lý như xúc xích, thịt ủ muối, thịt hun khói. Việc bổ sung nhiều trái cây và rau quả tươi cung cấp các vitamin mỗi ngày sẽ giúp giảm sưng tấy ở cánh tay. Tránh và hạn chế sử dụng rượu hoặc gluten có thể dẫn đến sưng tấy ở cánh tay. Uống nước 2

lít mỗi ngày giúp thải chất lỏng ra ngoài. Hạn chế ăn muối và duy trì cân nặng khỏe mạnh bằng cách ăn uống hợp lý và tập thể dục thường xuyên.

Bổ sung thực phẩm giàu chất xơ từ loại hạt đậu, ngũ cốc nguyên hạt... giúp giảm nguy cơ thừa cân, béo phì. Hạn chế ăn thịt đỏ và các sản phẩm thịt đã qua xử lý như xúc xích, thịt ủ muối, thịt hun khói.

Việc bổ sung nhiều trái cây và rau quả tươi cung cấp các vitamin mỗi ngày sẽ giúp giảm sưng tấy ở cánh tay.

Tránh và hạn chế sử dụng rượu hoặc gluten có thể dẫn đến sưng tấy ở cánh tay.

Uống nước 2 lít mỗi ngày giúp thải chất lỏng ra ngoài.

Hạn chế ăn muối và duy trì cân nặng khỏe mạnh bằng cách ăn uống hợp lý và tập thể dục thường xuyên.

Phương pháp phòng ngừa phù bạch huyết cánh tay hiệu quả

Để phòng ngừa phù bạch huyết cánh tay, bạn có thể thực hiện các biện pháp sau để giảm thiểu rủi ro hoặc kiểm soát mức độ nghiêm trọng của tình trạng bệnh.

Đảm bảo vệ sinh cá nhân: Rửa tay sạch sẽ trước khi tiếp xúc với vết thương hoặc làm việc với các dụng cụ sắc nhọn. Tránh gây tổn thương cho da: Đeo bảo hộ khi

làm việc trong môi trường nguy hiểm, sử dụng đúng cách các dụng cụ sắc nhọn như dao, kéo, kim tránh gây trầy xước. Kiểm soát bệnh lý: Điều trị và kiểm soát các

bệnh lý như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch,... để giảm nguy cơ phù bạch huyết cánh tay. Tăng cường cường độ và thời gian tập thể dục: Tập thể dục

thường xuyên giúp cải thiện lưu thông máu, tăng cường sức khỏe tim mạch và giảm nguy cơ phù bạch huyết cánh tay. Kiểm tra thường xuyên sức khỏe: Điều này giúp

phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe, bao gồm cả các dấu hiệu của phù bạch huyết cánh tay. Tuân thủ chế độ ăn uống lành mạnh: Ăn nhiều rau, hoa quả, các nguồn

thực phẩm giàu chất xơ và giảm tiêu thụ chất béo, muối và đường có thể giúp giảm nguy cơ phù bạch huyết cánh tay. Hạn chế tiếp xúc với các chất gây viêm nhiễm:

Tránh tiếp xúc với các chất gây viêm nhiễm như hóa chất độc hại, thuốc lá, rượu,...

Đảm bảo vệ sinh cá nhân: Rửa tay sạch sẽ trước khi tiếp xúc với vết thương hoặc làm việc với các dụng cụ sắc nhọn.

Tránh gây tổn thương cho da: Đeo bảo hộ khi làm việc trong môi trường nguy hiểm, sử dụng đúng cách các dụng cụ sắc nhọn như dao, kéo, kim tránh gây trầy xước.

Kiểm soát bệnh lý: Điều trị và kiểm soát các bệnh lý như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch,... để giảm nguy cơ phù bạch huyết cánh tay.

Tăng cường cường độ và thời gian tập thể dục: Tập thể dục thường xuyên giúp cải thiện lưu thông máu, tăng cường sức khỏe tim mạch và giảm nguy cơ phù bạch huyết cánh tay.

Kiểm tra thường xuyên sức khỏe: Điều này giúp phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe, bao gồm cả các dấu hiệu của phù bạch huyết cánh tay.

Tuân thủ chế độ ăn uống lành mạnh: Ăn nhiều rau, hoa quả, các nguồn thực phẩm giàu chất xơ và giảm tiêu thụ chất béo, muối và đường có thể giúp giảm nguy cơ phù bạch huyết cánh tay.

Hạn chế tiếp xúc với các chất gây viêm nhiễm: Tránh tiếp xúc với các chất gây viêm nhiễm như hóa chất độc hại, thuốc lá, rượu,...

=====

Tìm hiểu chung mất cân bằng nội tiết tố

Mất cân bằng nội tiết tố là gì?

Nội tiết tố (hay còn gọi là hormone) là các chất được sản xuất nhờ các tuyến nội tiết trong cơ thể. Chúng di chuyển trong máu và đến các tế bào, mô, cơ hoặc cơ quan khác để truyền thông tin giúp kiểm soát các quá trình trao đổi chất, sinh sản, tăng trưởng và phát triển, tâm trạng.

Mất cân bằng nội tiết là tình trạng cơ thể sản xuất quá nhiều hoặc quá ít một hoặc nhiều loại hormone. Khi tình trạng này diễn ra, chỉ cần một thay đổi nhỏ cũng có thể ảnh hưởng xấu đến bạn.

Trong một số trường hợp, mất cân bằng nội tiết có thể tạm thời và thoáng qua. Ví dụ như nồng độ hormone nữ sẽ dao động trong kỳ kinh nguyệt nhưng sau đó sẽ trở về bình thường. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khác, mất cân bằng nội tiết có thể tồn tại dai dẳng và cần được điều trị để tránh ảnh hưởng đến cuộc sống.

Triệu chứng mất cân bằng nội tiết tố

Những dấu hiệu và triệu chứng của mất cân bằng nội tiết tố

Nội tiết tố đóng một vai trò quan trọng đối với sức khỏe của bạn. Có nhiều dấu hiệu và triệu chứng báo hiệu cho bạn biết bạn đang bị mất cân bằng nội tiết. Tùy

thuộc vào tuyến nội tiết nào hoạt động bất thường mà các dấu hiệu và triệu chứng biểu hiện sẽ khác nhau.

Các triệu chứng và dấu hiệu phổ biến thường gặp:

Tăng cân; Sụt cân không rõ nguyên nhân hoặc sụt cân đột ngột; Mệt mỏi; Yếu cơ; Đau nhức và cứng cơ; Đau, cứng và sưng khớp; Nhịp tim nhanh hoặc nhịp tim chậm; Đổ mồ hôi; Tăng nhạy cảm với tình trạng nóng hoặc lạnh; Táo bón hoặc đi cầu thường xuyên; Thường xuyên đi tiểu; Hay có cảm giác khát hoặc đói; Giảm ham muốn tình dục; Trầm cảm; Hồi hộp, lo lắng hoặc cảm giác khó chịu; Nhìn mờ; Vô sinh; Tóc mỏng và dễ gãy; Da khô; Mặt tròn; Vết rạn da màu hồng hoặc tím.

Tăng cân;

Sụt cân không rõ nguyên nhân hoặc sụt cân đột ngột;

Mệt mỏi;

Yếu cơ;

Đau nhức và cứng cơ;

Đau, cứng và sưng khớp;

Nhịp tim nhanh hoặc nhịp tim chậm;

Đổ mồ hôi;

Tăng nhạy cảm với tình trạng nóng hoặc lạnh;

Táo bón hoặc đi cầu thường xuyên;

Thường xuyên đi tiểu;

Hay có cảm giác khát hoặc đói;

Giảm ham muốn tình dục;

Trầm cảm;

Hồi hộp, lo lắng hoặc cảm giác khó chịu;

Nhìn mờ;

Vô sinh;

Tóc mỏng và dễ gãy;

Da khô;

Mặt tròn;

Vết rạn da màu hồng hoặc tím.

Tuy nhiên, những triệu chứng được nêu trên không đặc trưng cho bệnh. Có thể bạn có triệu chứng nhưng không phải do mất cân bằng nội tiết tố. Một số triệu chứng là của bệnh lý mạn tính khác mà bạn đang mắc phải.

Dấu hiệu hoặc triệu chứng ở những người được xác định là nữ sau khi sinh (AFAB)* ở những người có buồng trứng, một kết quả phổ biến nhất của mất cân bằng nội tiết tố là hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Chu kỳ của nội tiết tố sẽ thay đổi tự nhiên theo các giai đoạn của sự phát triển: Dậy thì, thai kỳ, cho con bú, mãn kinh.

Các triệu chứng mất cân bằng nội tiết tố cụ thể ở những người được xác định là nữ sau khi sinh bao gồm:

Kinh nguyệt nhiều hoặc không đều, bao gồm cả không có kinh nguyệt, kinh nguyệt kéo dài; Lông rậm hoặc nhiều lông bất thường trên mặt, cằm hoặc các bộ phận khác trên cơ thể; Mụn ở mặt, ngực hoặc lưng; Rụng tóc; Tăng sắc tố, đặc biệt là ở cổ, háng, dưới vú; Mụn thịt; Khô âm đạo; Teo âm đạo; Đau khi quan hệ tình dục; Đổ mồ hôi trộm; Đau đầu.

Kinh nguyệt nhiều hoặc không đều, bao gồm cả không có kinh nguyệt, kinh nguyệt kéo dài;

Lông rậm hoặc nhiều lông bất thường trên mặt, cằm hoặc các bộ phận khác trên cơ thể;

Mụn ở mặt, ngực hoặc lưng;

Rụng tóc;

Tăng sắc tố, đặc biệt là ở cổ, háng, dưới vú;

Mụn thịt;

Khô âm đạo;

Teo âm đạo;

Đau khi quan hệ tình dục;

Đổ mồ hôi trộm;

Đau đầu.

Dấu hiệu hoặc triệu chứng ở những người được xác định là nam sau khi sinh (AMAB)**

Testosterone đóng vai trò quan trọng trong các hormone của nam giới. Nếu không sản xuất đủ testosterone sẽ gây ra nhiều triệu chứng khác nhau. Các triệu chứng mất cân bằng nội tiết tố ở những người được xác định là nam sau khi sinh:

Vú to; Đau ở vú; Rối loạn cương dương; Lông và râu phát triển kém; Giảm khối

lượng cơ; Loãng xương; Kém tập trung; Bốc hỏa.

Vú to;

Đau ở vú;

Rối loạn cương dương ;

Lông và râu phát triển kém;

Giảm khối lượng cơ;

Loãng xương;

Kém tập trung;

Bốc hỏa.

Cần lưu ý là những người được xác định là nữ sau khi sinh cũng có thể bị mất cân bằng testosterone.

Dấu hiệu hoặc triệu chứng ở trẻ em

Trẻ bắt đầu sản xuất hormone khi bước vào tuổi dậy thì. Nhiều trẻ em có thể dậy thì sớm hơn hoặc muộn hơn. Một số trẻ dậy thì muộn nhưng vẫn trải qua giai đoạn dậy thì bình thường điển hình, một số trẻ có thể mắc tình trạng suy sinh dục.

Dấu hiệu hoặc triệu chứng ở trẻ em là:

Khối lượng cơ bắp kém phát triển; Giọng nói nhỏ nhẹ; Lông trên cơ thể mọc ít và thưa; Dương vật và tinh hoàn phát triển chậm; Chân và tay phát triển quá mức so với thân mình; Vú to ở nam giới; Không có kinh nguyệt; Vú không phát triển; Không tăng trưởng theo tốc độ bình thường.

Khối lượng cơ bắp kém phát triển;

Giọng nói nhỏ nhẹ;

Lông trên cơ thể mọc ít và thưa;

Dương vật và tinh hoàn phát triển chậm;

Chân và tay phát triển quá mức so với thân mình;

Vú to ở nam giới;

Không có kinh nguyệt;

Vú không phát triển;

Không tăng trưởng theo tốc độ bình thường.

Tác động của mất cân bằng nội tiết tố đối với sức khỏe

Một số tác động của mất cân bằng nội tiết ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn:

Mụn trứng cá: Mụn trứng cá gắn liền với sự thay đổi nội tiết tố ở tuổi dậy thì.

Thường xuất hiện ở những vùng da nhiều dầu như mặt, ngực, lưng trên. Tăng cân:

Nội tiết tố đóng vai trò quan trọng trong quá trình trao đổi chất và sử dụng năng lượng của cơ thể. Ví dụ như hội chứng Cushing có thể khiến bạn thừa cân hoặc béo phì.

Mụn trứng cá: Mụn trứng cá gắn liền với sự thay đổi nội tiết tố ở tuổi dậy thì.

Thường xuất hiện ở những vùng da nhiều dầu như mặt, ngực, lưng trên.

Tăng cân: Nội tiết tố đóng vai trò quan trọng trong quá trình trao đổi chất và sử dụng năng lượng của cơ thể. Ví dụ như hội chứng Cushing có thể khiến bạn thừa cân hoặc béo phì.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh mất cân bằng nội tiết tố

Hội chứng buồng trứng đa nang là nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh. Khi mắc bệnh, nội tiết tố mất cân bằng khiến trứng không rụng, do đó bạn không thể mang thai.

Nếu có thể mang thai thì hội chứng buồng trứng đa nang có thể gây ra các vấn đề ảnh hưởng đến quá trình mang thai cho bạn và trẻ như sảy thai, đái tháo đường thai kỳ, tiền sản giật , cân nặng trẻ khi sinh lớn.

Mất cân bằng nội tiết có liên quan đến nhiều tình trạng sức khỏe mạn tính khác.

Nếu không điều trị, bạn có thể có nguy cơ mắc một số tình trạng bệnh lý:

Đái tháo đường; Đái tháo nhạt; Tăng huyết áp; Tăng cholesterol; Bệnh tim mạch;

Bệnh thần kinh; Béo phì; Hội chứng ngưng thở khi ngủ; Tổn thương thận; Trầm cảm

và lo âu; Ung thư nội mạc tử cung; Ung thư vú; Loãng xương; Mất cơ; Tiểu không

tự chủ; Vô sinh; Rối loạn chức năng tình dục; Bướu cổ.

Đái tháo đường;

Đái tháo nhạt;

Tăng huyết áp;

Tăng cholesterol;

Bệnh tim mạch;

Bệnh thần kinh;

Béo phì;

Hội chứng ngưng thở khi ngủ;

Tổn thương thận;

Trầm cảm và lo âu;

Ung thư nội mạc tử cung;

Ung thư vú;
Loãng xương;
Mất cơ;
Tiểu không tự chủ;
Vô sinh;
Rối loạn chức năng tình dục;
Bướu cổ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào được nêu ở trên dai dẳng kéo dài, hãy đến gặp bác sĩ để được tư vấn và chẩn đoán sớm. Điều trị sớm giúp bạn kiểm soát bệnh, hạn chế biến chứng và có một cuộc sống bình thường.

Nguyên nhân mất cân bằng nội tiết tố

Nguyên nhân dẫn đến mất cân bằng nội tiết tố

Nhiều nguyên nhân có thể gây ra mất cân bằng nội tiết tố. Chúng khác nhau tùy thuộc vào hormone hoặc tuyến nội tiết bị ảnh hưởng. Các nguyên nhân phổ biến gồm:

Đang sử dụng liệu pháp hormone điều trị bệnh khác; Thuốc; Điều trị bệnh ung thư như hóa trị; Khối u, kể cả lành tính hoặc ác tính; U tuyến yên ; Rối loạn ăn uống; Stress; Chấn thương hoặc tai nạn.

Đang sử dụng liệu pháp hormone điều trị bệnh khác;

Thuốc;

Điều trị bệnh ung thư như hóa trị;

Khối u, kể cả lành tính hoặc ác tính;

U tuyến yên ;

Rối loạn ăn uống;

Stress;

Chấn thương hoặc tai nạn.

Mặc dù mất cân bằng nội tiết tố là nguyên nhân dẫn đến các bệnh lý sau, nhưng việc mắc các bệnh dưới đây cũng có thể khiến tình trạng mất cân bằng nội tiết nặng hơn:

Đái tháo đường ; Đái tháo nhạt; Suy giáp; Cường giáp; Nhân tuyến giáp; Viêm tuyến giáp; Suy sinh dục; Hội chứng Cushing; Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh gây ra giảm nồng độ cortisol và aldosterone; Bệnh Addison (suy tuyến thượng thận).

Đái tháo đường ;

Đái tháo nhạt;

Suy giáp;

Cường giáp;

Nhân tuyến giáp;

Viêm tuyến giáp;

Suy sinh dục;

Hội chứng Cushing;

Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh gây ra giảm nồng độ cortisol và aldosterone; Bệnh Addison (suy tuyến thượng thận).

Nhiều nguyên nhân gây mất cân bằng nội tiết tố ở những người được xác định là nữ sau sinh có liên quan đến hormone sinh dục. Các nguyên nhân gồm:

Mãn kinh; Suy buồng trứng sớm hay còn gọi mãn kinh sớm; Thai kỳ; Cho con bú; Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS); Thuốc nội tiết như thuốc tránh thai.

Mãn kinh;

Suy buồng trứng sớm hay còn gọi mãn kinh sớm;

Thai kỳ;

Cho con bú;

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS);

Thuốc nội tiết như thuốc tránh thai.

Nguy cơ mất cân bằng nội tiết tố

Những ai có nguy cơ mắc mất cân bằng nội tiết tố

Bất kỳ ai cũng có thể mắc phải tình trạng mất cân bằng nội tiết tố.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải mất cân bằng nội tiết tố

Một số yếu tố nguy cơ phổ biến dẫn đến mất cân bằng nội tiết tố:

Tuổi; Thai kỳ; Thừa cân hoặc béo phì ; Ăn kiêng; Ít vận động; Thường xuyên căng thẳng; Các độc chất trong thức ăn; Mắc bệnh mạn tính .

Tuổi;

Thai kỳ;
Thừa cân hoặc béo phì ;
Ăn kiêng;
Ít vận động;
Thường xuyên căng thẳng;
Các độc chất trong thức ăn;
Mắc bệnh mạn tính .

Phương pháp chẩn đoán & điều trị mất cân bằng nội tiết tố

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán mất cân bằng nội tiết tố

Bác sĩ sẽ khai thác các triệu chứng của bạn theo thứ tự thời gian xảy ra của chúng. Các thuốc, vitamin và thực phẩm chức năng đang sử dụng cũng nên được liệt kê. Tùy thuộc vào triệu chứng của bạn, bác sĩ sẽ chỉ định một hoặc nhiều xét nghiệm để chẩn đoán. Bạn cũng có thể đề nghị bác sĩ cho bạn làm các xét nghiệm này nếu bạn muốn.

Xét nghiệm máu

Hầu hết các hormone đều có thể phát hiện được trong máu. Các xét nghiệm máu chủ yếu gồm kiểm tra chức năng tuyến giáp, nồng độ estrogen , testosterone và cortisol của bạn.

Khám phụ khoa/ nam khoa

Xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung Pap smear để phát hiện bướu, nang hoặc khối u đối với những người có tử cung.

Đối với những người có tinh hoàn, bác sĩ sẽ kiểm tra bìu của bạn xem có u bướu hoặc bất thường nào không.

Siêu âm

Siêu âm giúp nhìn được hình ảnh bên trong cơ thể như tử cung, buồng trứng, tinh hoàn, tuyến giáp hoặc tuyến yên.

Khác

Một số xét nghiệm nâng cao khác có thể được chỉ định gồm:

Sinh thiết; MRI; X-quang; Xạ hình tuyến giáp; Kiểm tra số lượng tinh trùng.

Sinh thiết;

MRI;

X-quang;

Xạ hình tuyến giáp;

Kiểm tra số lượng tinh trùng.

Phương pháp điều trị mất cân bằng nội tiết tố

Việc lựa chọn phương pháp điều trị mất cân bằng nội tiết phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Một số lựa chọn điều trị phổ biến hiện nay:

Liệu pháp hormone thay thế

Nếu bạn đang gặp triệu chứng bốc hỏa hoặc các triệu chứng khác của thời kỳ mãn kinh, bác sĩ có thể cho bạn sử dụng estrogen liều thấp.

Nếu bạn đang bị khô âm đạo hoặc đau sau khi quan hệ tình dục, bạn có thể sử dụng estrogen dạng kem, viên hay dạng vòng đặt âm đạo. Phương pháp này giảm thiểu tác dụng có hại của estrogen uống.

Kiểm soát sinh sản

Kiểm soát sinh sản giúp điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt của bạn. Các biện pháp tránh thai bằng nội tiết tố gồm:

Thuốc tránh thai ; Miếng dán tránh thai; Tiêm thuốc tránh thai; Vòng âm đạo;

Dụng cụ tử cung.

Thuốc tránh thai ;

Miếng dán tránh thai;

Tiêm thuốc tránh thai;

Vòng âm đạo;

Dụng cụ tử cung.

Một số biện pháp kể trên có thể giúp cải thiện tình trạng mụn trứng cá và giảm tình trạng lông mọc nhiều trên mặt và cơ thể.

Thuốc kháng androgen

Androgen là hormone sinh dục nam có ở mọi giới tính. Nồng độ androgen cao có thể điều trị bằng thuốc nhằm ngăn chặn tác dụng của androgen như rụng tóc, mụn, mọc nhiều lông trên mặt.

Liệu pháp testosterone

Bổ sung testosterone khi nồng độ testosterone thấp giúp giảm các triệu chứng.

Đối với những thiếu niên dậy thì muộn, chúng có thể kích thích bắt đầu của thời kỳ dậy thì. Thuốc có nhiều dạng như dạng tiêm, miếng dán và gel.

Liệu pháp hormone giáp

Nếu bạn bị suy giáp, hormone tuyến giáp tổng hợp levothyroxine có thể được chỉ định để bổ sung nồng độ hormone giáp về cân bằng.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa mất cân bằng nội tiết tố

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của mất cân bằng nội tiết tố

Chế độ sinh hoạt:

Giảm cân: Giảm trọng lượng giúp điều hòa chu kỳ kinh nguyệt, cải thiện khả năng cương dương. Xác định tác nhân gây ra cơn bốc hỏa (nếu có) như thay đổi nhiệt độ, thức ăn cay nóng. Nếu bạn có nhiều lông trên mặt và cơ thể khiến bạn tự ti, hãy loại bỏ chúng. Tăng cường sức đề kháng và tập thể dục thường xuyên.

Giảm cân: Giảm trọng lượng giúp điều hòa chu kỳ kinh nguyệt, cải thiện khả năng cương dương.

Xác định tác nhân gây ra cơn bốc hỏa (nếu có) như thay đổi nhiệt độ, thức ăn cay nóng.

Nếu bạn có nhiều lông trên mặt và cơ thể khiến bạn tự ti, hãy loại bỏ chúng.

Tăng cường sức đề kháng và tập thể dục thường xuyên.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn cân bằng là cần thiết để có một sức khỏe tốt. Hạn chế các thực phẩm gây stress cho cơ thể như đường, chất béo xấu,... Ăn nhiều rau xanh và trái cây. Chế độ ăn cân bằng là cần thiết để có một sức khỏe tốt.

Hạn chế các thực phẩm gây stress cho cơ thể như đường, chất béo xấu,...

Ăn nhiều rau xanh và trái cây.

Phương pháp phòng ngừa mất cân bằng nội tiết tố hiệu quả

Một số phương pháp giúp phòng ngừa mất cân bằng nội tiết tố là:

Duy trì cân nặng khỏe. Ăn uống cân bằng và lành mạnh: Ăn nhiều chất xơ, giảm chất béo có hại. Tập thể dục thường xuyên, tăng cường sức đề kháng. Tránh stress. Ngủ sâu và đủ giấc. Quản lý và điều trị tốt các bệnh mạn tính đi kèm.

Ngưng hút thuốc lá và rượu bia.

Duy trì cân nặng khỏe.

Ăn uống cân bằng và lành mạnh: Ăn nhiều chất xơ, giảm chất béo có hại.

Tập thể dục thường xuyên, tăng cường sức đề kháng.

Tránh stress.

Ngủ sâu và đủ giấc.

Quản lý và điều trị tốt các bệnh mạn tính đi kèm.

Ngưng hút thuốc lá và rượu bia.

*AFAB và **AMAB: Giới tính khi sinh ra, được khuyến khích dùng thay cho giới tính như trước đây, để tránh mập mờ khi nhắc đến những người chuyển giới.

=====

Tìm hiểu chung bướu giáp keo

Tuyến giáp là một tuyến hình con bướm nằm ở giữa cổ, gồm có hai thùy trái và phải, được nối với nhau ở eo giáp. Tuyến giáp hoạt động như một tuyến nội tiết và chịu trách nhiệm sản xuất hormone tuyến giáp và calcitonin, do đó góp phần điều hòa quá trình trao đổi chất, tăng trưởng và nồng độ các chất điện giải như canxi trong máu.

Bướu giáp keo là tình trạng tuyến giáp phì đại mà không kèm theo rối loạn chức năng tuyến giáp. Các bướu giáp keo thường chứa đầy chất lỏng bên trong. Mặc dù chúng có thể phát triển lớn và có thể có nhiều bướu phì đại, nhưng chúng sẽ không lan ra ngoài tuyến giáp. Bướu giáp keo hiếm khi phát triển thành ung thư, nhưng không phải hoàn toàn không thể. Nếu bướu ngày càng tăng kích thước hoặc bạn có các yếu tố nguy cơ ung thư, có thể cần xét nghiệm thêm về bệnh ung thư. Theo thống kê từ các báo cáo ở Hoa Kỳ, khoảng 60% người lớn có bướu giáp keo. Hình ảnh siêu âm cho thấy 20% đến 76% người trưởng thành có bướu giáp keo mà không biểu hiện triệu chứng. Bướu giáp keo ít phổ biến ở trẻ em.

Chẩn đoán và điều trị bướu giáp keo tuy không khó khăn cho bác sĩ nhưng điều quan trọng nhất là phải tìm ra nguyên nhân gây bệnh và loại trừ các bệnh ác tính tại tuyến giáp.

Triệu chứng bướu giáp keo

Những dấu hiệu và triệu chứng của bướu giáp keo

Hầu hết bướu giáp keo thường nhỏ và không gây ra triệu chứng. Tuy nhiên, nếu bạn có nhiều bướu hoặc bướu phì đại quá lớn, bạn có thể nhìn thấy chúng bằng mắt

thường. Trong một số ít trường hợp, các bướu có thể phát triển đủ lớn để gây ra các triệu chứng như sau:

Khó nuốt hoặc khó thở; Khàn tiếng hoặc thay đổi giọng nói; Đau ở phía trước cổ; Khối u sưng to ở trước cổ.

Khó nuốt hoặc khó thở;

Khàn tiếng hoặc thay đổi giọng nói;

Đau ở phía trước cổ;

Khối u sưng to ở trước cổ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn nhận thấy một khối u trên tuyến giáp, điều quan trọng là phải gặp ngay bác sĩ. Mặc dù phần lớn các bướu giáp keo là lành tính và không gây ra các triệu chứng nặng nề, nhưng điều quan trọng là phải đánh giá bướu đó có nguy cơ phát triển thành ung thư hay không.

Nếu bạn đã được chẩn đoán có bướu giáp keo, bạn sẽ cần gặp bác sĩ thường xuyên để họ có thể theo dõi bướu giáp xem có bất kỳ thay đổi bất thường nào không.

Nguyên nhân bướu giáp keo

Bướu giáp keo có thể do những nguyên nhân sau:

Thiếu iốt; U tuyến yên tăng tiết TSH; Một số loại thuốc (Lithium, Amiodarone, Phenylbutazone, Sulfanilamide); Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp.

Thiếu iốt;

U tuyến yên tăng tiết TSH;

Một số loại thuốc (Lithium, Amiodarone, Phenylbutazone, Sulfanilamide);

Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp.

Nguy cơ bướu giáp keo

Những ai có nguy cơ mắc bướu giáp keo

Những đối tượng có nguy cơ mắc bướu giáp keo bao gồm:

Phụ nữ; Tuổi trên 30; Mãn kinh; Mang thai; Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp; Mắc bệnh lý tự miễn; Khu vực thiếu iốt; Suy dinh dưỡng .

Phụ nữ;

Tuổi trên 30;

Mãn kinh;

Mang thai;

Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp;

Mắc bệnh lý tự miễn;

Khu vực thiếu iốt;

Suy dinh dưỡng .

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bướu giáp keo

Các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mắc bướu giáp keo bao gồm:

Từng tiếp xúc với xạ trị vùng đầu cổ; Di truyền; Thiếu máu thiếu sắt ; Hút thuốc; Béo phì ; Hội chứng chuyển hóa; Uống nhiều rượu bia.

Từng tiếp xúc với xạ trị vùng đầu cổ;

Di truyền;

Thiếu máu thiếu sắt ;

Hút thuốc;

Béo phì ;

Hội chứng chuyển hóa;

Uống nhiều rượu bia.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu giáp keo

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bướu giáp keo

Bác sĩ có thể yêu cầu bất kỳ xét nghiệm nào sau đây để giúp chẩn đoán và đánh giá bướu giáp:

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp: Xét nghiệm này kiểm tra nồng độ hormone tuyến giáp trong máu của bạn. Nồng độ hormone thường ở mức bình thường ngay cả khi bạn có bướu giáp, nhưng chúng có thể bất thường trong một số trường hợp và có thể là dấu hiệu của bệnh tuyến giáp. Siêu âm tuyến giáp: Đây là xét nghiệm hình ảnh sử dụng sóng âm thanh để tạo ra hình ảnh của tuyến giáp. Nó có thể xác định xem bướu giáp là rắn hay lỏng. (Nguy cơ ung thư cao hơn ở các bướu rắn). Xét nghiệm này cũng kiểm tra sự phát triển của các bướu và giúp tìm ra những bướu khó sờ thấy. Ngoài ra, các bác sĩ đôi khi sử dụng siêu âm để giúp hướng dẫn vị trí đặt kim trong quá trình sinh thiết. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Với xét nghiệm này, bác sĩ sử dụng một cây kim rất mỏng để lấy mẫu tế bào từ một hoặc

nhiều nhân tuyến giáp. Sau đó, họ gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để đánh giá. Hầu hết các bướu giáp keo đều không phải ung thư. Xạ hình tuyến giáp : Trong xét nghiệm này, bạn uống một lượng nhỏ iốt phóng xạ. Điều này sẽ cung cấp thêm thông tin về các bướu giáp giúp bác sĩ tìm ra nguyên nhân gây bệnh. Tuy nhiên, xét nghiệm này không phải xét nghiệm thường quy và chỉ chỉ định trong một vài trường hợp đặc biệt.

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp: Xét nghiệm này kiểm tra nồng độ hormone tuyến giáp trong máu của bạn. Nồng độ hormone thường ở mức bình thường ngay cả khi bạn có bướu giáp, nhưng chúng có thể bất thường trong một số trường hợp và có thể là dấu hiệu của bệnh tuyến giáp.

Siêu âm tuyến giáp: Đây là xét nghiệm hình ảnh sử dụng sóng âm thanh để tạo ra hình ảnh của tuyến giáp. Nó có thể xác định xem bướu giáp là rắn hay lỏng. (Nguy cơ ung thư cao hơn ở các bướu rắn). Xét nghiệm này cũng kiểm tra sự phát triển của các bướu và giúp tìm ra những bướu khó sờ thấy. Ngoài ra, các bác sĩ đôi khi sử dụng siêu âm để giúp hướng dẫn vị trí đặt kim trong quá trình sinh thiết.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Với xét nghiệm này, bác sĩ sử dụng một cây kim rất mỏng để lấy mẫu tế bào từ một hoặc nhiều nhân tuyến giáp. Sau đó, họ gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để đánh giá. Hầu hết các bướu giáp keo đều không phải ung thư.

Xạ hình tuyến giáp : Trong xét nghiệm này, bạn uống một lượng nhỏ iốt phóng xạ. Điều này sẽ cung cấp thêm thông tin về các bướu giáp giúp bác sĩ tìm ra nguyên nhân gây bệnh. Tuy nhiên, xét nghiệm này không phải xét nghiệm thường quy và chỉ chỉ định trong một vài trường hợp đặc biệt.

Phương pháp điều trị bướu giáp keo

Các phương pháp điều trị bao gồm:

Không điều trị/theo dõi định kỳ: Nếu các bướu không phải là ung thư, bác sĩ quyết định rằng bạn không cần điều trị vào lúc này. Bạn sẽ gặp bác sĩ thường xuyên mỗi 6 tháng để họ có thể kiểm tra mọi thay đổi trong các bướu giáp. Iốt phóng xạ: Bác sĩ có thể sử dụng iốt phóng xạ để điều trị các bướu giáp keo có kèm tình trạng cường giáp nặng. Tuyến giáp của bạn hấp thụ iốt phóng xạ , làm cho các nhân giáp co lại và chết đi . Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt bỏ các bướu giáp là phương pháp điều trị tốt nhất cho các bướu giáp gây ung thư, gây ra các triệu chứng tắc nghẽn như khó thở, khó nuốt hoặc bướu quá lớn ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ.

Không điều trị/theo dõi định kỳ: Nếu các bướu không phải là ung thư, bác sĩ quyết định rằng bạn không cần điều trị vào lúc này. Bạn sẽ gặp bác sĩ thường xuyên mỗi 6 tháng để họ có thể kiểm tra mọi thay đổi trong các bướu giáp. Iốt phóng xạ: Bác sĩ có thể sử dụng iốt phóng xạ để điều trị các bướu giáp keo có kèm tình trạng cường giáp nặng. Tuyến giáp của bạn hấp thụ iốt phóng xạ , làm cho các nhân giáp co lại và chết đi . Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt bỏ các bướu giáp là phương pháp điều trị tốt nhất cho các bướu giáp gây ung thư, gây ra các triệu chứng tắc nghẽn như khó thở, khó nuốt hoặc bướu quá lớn ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ.

Không điều trị/theo dõi định kỳ: Nếu các bướu không phải là ung thư, bác sĩ quyết định rằng bạn không cần điều trị vào lúc này. Bạn sẽ gặp bác sĩ thường xuyên mỗi 6 tháng để họ có thể kiểm tra mọi thay đổi trong các bướu giáp.

Iốt phóng xạ: Bác sĩ có thể sử dụng iốt phóng xạ để điều trị các bướu giáp keo có kèm tình trạng cường giáp nặng. Tuyến giáp của bạn hấp thụ iốt phóng xạ , làm cho các nhân giáp co lại và chết đi .

Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt bỏ các bướu giáp là phương pháp điều trị tốt nhất cho các bướu giáp gây ung thư, gây ra các triệu chứng tắc nghẽn như khó thở, khó nuốt hoặc bướu quá lớn ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu giáp keo

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bướu giáp keo

Chế độ sinh hoạt:

Uống nhiều nước ít nhất 2 lít nước/ngày. Bỏ rượu bia, thuốc lá. Duy trì cân nặng bình thường. Khám sức khỏe định kỳ mỗi 6 tháng và liên hệ ngay với bác sĩ nếu các triệu chứng nặng hơn hoặc xuất hiện triệu chứng mới. Quản lý căng thẳng. Tập thể dục thường xuyên. Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thực phẩm chức năng nào.

Uống nhiều nước ít nhất 2 lít nước/ngày.

Bỏ rượu bia, thuốc lá.

Duy trì cân nặng bình thường.

Khám sức khỏe định kỳ mỗi 6 tháng và liên hệ ngay với bác sĩ nếu các triệu chứng nặng hơn hoặc xuất hiện triệu chứng mới.

Quản lý căng thẳng.

Tập thể dục thường xuyên.

Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thực phẩm chức năng nào.

Chế độ dinh dưỡng:

Hằng ngày, bạn nên bổ sung khoảng 150 microgam muối iốt tương đương với ½ muỗng cà phê để ngăn ngừa phát triển bướu giáp.

Ngoài ra có một số thực phẩm được các nhà khoa học khuyến cáo là có thể làm nặng hơn tình trạng bướu giáp, vì thực phẩm này có thể làm giảm sự hấp thu hormon tuyến giáp T4 và dẫn đến suy giảm chức năng tuyến giáp. Các thực phẩm cần tránh hoặc ăn với số lượng ít bao gồm: Súp lơ, bông cải xanh, mù tạt xanh, củ sắn, đậu lima, khoai lang, đậu nành và các sản phẩm từ đậu nành, trà xanh. Hãy liên hệ với chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn chế độ ăn phù hợp với tình trạng hiện tại của bạn.

Phương pháp phòng ngừa bướu giáp keo hiệu quả

Bướu giáp keo do thiếu iốt là loại bướu giáp duy nhất bạn có thể phòng ngừa. Áp dụng một chế độ ăn bao gồm cá, sữa và một lượng muối iốt vừa đủ sẽ ngăn ngừa loại bướu giáp này. Ngoài ra, bạn có thể cố gắng giảm nguy cơ phát triển bướu giáp keo bằng cách hạn chế các yếu tố nguy cơ như duy trì cân nặng lý tưởng và hãy cố gắng bỏ thuốc lá.

=====

Tìm hiểu chung bệnh tự miễn

Một hệ thống miễn dịch khỏe mạnh bảo vệ cơ thể chống lại bệnh tật và nhiễm trùng. Bệnh tự miễn là một tình trạng xảy ra do hệ thống miễn dịch gặp trục trặc, nó sẽ tấn công vào các tế bào, mô và cơ quan khỏe mạnh.

Có hơn 100 bệnh tự miễn được biết đến. Một số bệnh tự miễn thường gặp nhất bao gồm bệnh Celiac, tiểu đường tuýp 1, bệnh Graves, bệnh viêm ruột (chẳng hạn như bệnh Crohn và viêm loét đại tràng), bệnh đa xơ cứng, rụng tóc từng vùng, bệnh Addison, bệnh thiếu máu ác tính, bệnh vẩy nến, viêm khớp dạng thấp và bệnh lupus ban đỏ hệ thống. Chẩn đoán các bệnh tự miễn có thể gặp khó khăn do biểu hiện đa dạng và nhiều triệu chứng chỉ xuất hiện thoáng qua không đặc hiệu. Các phương pháp điều trị bệnh tự miễn chủ yếu nhằm mục đích kiểm soát các triệu chứng, giảm hoạt động của hệ thống miễn dịch và duy trì khả năng chống lại bệnh tật của cơ thể. Hầu hết các bệnh tự miễn phải điều trị suốt đời để kiểm soát triệu chứng, hạn chế biến chứng xảy ra.

Một số bệnh tự miễn có thể ảnh hưởng đến khả năng mang thai của bạn và một số có tác dụng phụ đối với thai kỳ. Bạn có thể cần điều trị sinh sản để có thai. Bạn cũng có thể đợi cho đến khi bệnh ở giai đoạn thuyên giảm rồi mới thụ thai. Bệnh tự miễn ảnh hưởng đến phụ nữ nhiều hơn nam giới. Các bệnh này rất phổ biến, cứ 15 người ở Mỹ thì có 1 người mắc bệnh tự miễn. Các bệnh tự miễn chủ yếu thường gặp ở tuổi trưởng thành, mặc dù chúng có thể bắt đầu ở mọi lứa tuổi.

Triệu chứng bệnh tự miễn

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tự miễn

Do có nhiều bệnh tự miễn khác nhau, biểu hiện của các triệu chứng có thể khác nhau đáng kể dựa trên từng bệnh, hệ cơ quan bị ảnh hưởng và các yếu tố cá nhân như tuổi tác và ảnh hưởng của môi trường. Một cá nhân có thể đồng thời mắc nhiều bệnh tự miễn (được gọi là đa tự miễn), làm phức tạp thêm triệu chứng.

Các triệu chứng thường gặp liên quan đến bệnh tự miễn bao gồm:

Mệt mỏi; Sốt nhẹ; Đau cơ; Đau khớp; Viêm da.

Mệt mỏi;

Sốt nhẹ;

Đau cơ;

Đau khớp;

Viêm da.

Những triệu chứng này thường phản ánh phản ứng viêm toàn thân của cơ thể. Tuy nhiên, sự xuất hiện và cường độ của chúng có thể dao động theo thời gian, dẫn đến các giai đoạn bệnh hoạt động mạnh hơn, được gọi là bùng phát và các giai đoạn không hoạt động, được gọi là thuyên giảm.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Hãy liên hệ ngay với bác sĩ nếu bạn có bất cứ triệu chứng nào của bệnh tự miễn. Việc chẩn đoán và điều trị sớm giúp bạn kiểm soát triệu chứng dễ dàng hơn và ngăn ngừa tổn thương đến cơ quan khác trong cơ thể.

Nguyên nhân bệnh tự miễn

Nguyên nhân chính xác của các bệnh tự miễn vẫn chưa rõ ràng và có thể là do nhiều yếu tố, liên quan đến cả ảnh hưởng di truyền và môi trường. Các bệnh tự miễn có xu hướng di truyền trong gia đình, điều đó có nghĩa là một số gen nhất định có thể khiến một số người dễ mắc bệnh hơn. Virus, một số hóa chất có thể gây ra bệnh tự miễn nếu bạn đã có gen gây bệnh.

Nguy cơ bệnh tự miễn

Những ai có nguy cơ mắc bệnh tự miễn

Những đối tượng có nguy cơ mắc bệnh tự miễn bao gồm:

Có người thân mắc bệnh tự miễn; Hút thuốc lá ; Đã mắc một bệnh tự miễn: Bạn có nguy cơ phát triển bệnh tự miễn khác cao hơn; Phơi nhiễm độc tố; Phụ nữ: 78% số người mắc bệnh tự miễn là phụ nữ; Béo phì ; Nhiễm trùng.

Có người thân mắc bệnh tự miễn;

Hút thuốc lá ;

Đã mắc một bệnh tự miễn: Bạn có nguy cơ phát triển bệnh tự miễn khác cao hơn;

Phơi nhiễm độc tố;

Phụ nữ: 78% số người mắc bệnh tự miễn là phụ nữ;

Béo phì ;

Nhiễm trùng.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bệnh tự miễn

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tự miễn bao gồm:

Tuổi trưởng thành; Hút thuốc lá; Suy dinh dưỡng ; Ô nhiễm môi trường; Tiếp xúc quá nhiều với tia cực tím từ ánh sáng mặt trời.

Tuổi trưởng thành;

Hút thuốc lá;

Suy dinh dưỡng ;

Ô nhiễm môi trường;

Tiếp xúc quá nhiều với tia cực tím từ ánh sáng mặt trời.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh tự miễn

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh tự miễn

Việc chẩn đoán bệnh tự miễn thường khiến các bác sĩ mất nhiều thời gian hơn so với việc chẩn đoán các bệnh khác. Điều này là do nhiều bệnh tự miễn có triệu chứng tương tự nhau với các bệnh khác. Nói chung, quá trình chẩn đoán bao gồm sự kết hợp giữa đánh giá bệnh sử, khám thực thể và chỉ định các xét nghiệm cần thiết. Các xét nghiệm giúp chẩn đoán bệnh tự miễn bao gồm:

Xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA): Là xét nghiệm thường được sử dụng trong chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và nhiều bệnh tự miễn khác. Xét nghiệm công thức máu : Là xét nghiệm có thể cung cấp thông tin về số lượng và đặc điểm của các tế bào máu khác nhau có thể bị ảnh hưởng trong một số bệnh tự miễn. Protein phản ứng C (CRP) và tốc độ lắng hồng cầu (ESR): Các xét nghiệm này đo lường mức độ viêm trong cơ thể, thường tăng cao trong các rối loạn tự miễn. Xét nghiệm dành riêng cho cơ quan: Một số bệnh tự miễn nhắm vào các cơ quan cụ thể, vì vậy các xét nghiệm đánh giá chức năng của các cơ quan này có thể hỗ trợ chẩn đoán. Ví dụ, xét nghiệm chức năng tuyến giáp được sử dụng để chẩn đoán rối loạn tuyến giáp tự miễn trong bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto, trong khi sinh thiết có thể chẩn đoán bệnh Celiac bằng cách xác định tổn thương ở ruột non. Xét nghiệm hình ảnh học: Trong một số trường hợp, xét nghiệm hình ảnh có thể được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương của cơ quan. Ví dụ, chụp X-quang ngực hoặc chụp CT có thể xác định biến chứng phổi trong các bệnh như viêm khớp dạng thấp hoặc bệnh lupus ban đỏ hệ thống, trong khi chụp MRI có thể tiết lộ tình trạng viêm hoặc tổn thương ở não và tủy sống trong bệnh đa xơ cứng.

Xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA): Là xét nghiệm thường được sử dụng trong chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và nhiều bệnh tự miễn khác.

Xét nghiệm công thức máu : Là xét nghiệm có thể cung cấp thông tin về số lượng và đặc điểm của các tế bào máu khác nhau có thể bị ảnh hưởng trong một số bệnh tự miễn.

Protein phản ứng C (CRP) và tốc độ lắng hồng cầu (ESR): Các xét nghiệm này đo lường mức độ viêm trong cơ thể, thường tăng cao trong các rối loạn tự miễn.

Xét nghiệm dành riêng cho cơ quan: Một số bệnh tự miễn nhắm vào các cơ quan cụ thể, vì vậy các xét nghiệm đánh giá chức năng của các cơ quan này có thể hỗ trợ chẩn đoán. Ví dụ, xét nghiệm chức năng tuyến giáp được sử dụng để chẩn đoán rối loạn tuyến giáp tự miễn trong bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto, trong khi sinh thiết có thể chẩn đoán bệnh Celiac bằng cách xác định tổn thương ở ruột non.

Xét nghiệm hình ảnh học: Trong một số trường hợp, xét nghiệm hình ảnh có thể được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương của cơ quan. Ví dụ, chụp X-quang ngực hoặc chụp CT có thể xác định biến chứng phổi trong các bệnh như viêm khớp dạng thấp hoặc bệnh lupus ban đỏ hệ thống, trong khi chụp MRI có thể tiết lộ tình trạng viêm hoặc tổn thương ở não và tủy sống trong bệnh đa xơ cứng.

Phương pháp điều trị bệnh tự miễn hiệu quả

Điều trị phụ thuộc vào vị trí và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Phần lớn các bệnh tự miễn là mãn tính và không có cách chữa trị dứt điểm, nhưng các triệu chứng có thể được giảm bớt và kiểm soát bằng cách điều trị. Các liệu pháp điều trị tiêu chuẩn bao gồm:

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS). Thuốc kháng viêm corticosteroid (Prednisolone). Thuốc ức chế miễn dịch bao gồm: Azathioprine, Cyclophosphamide, Mycophenolate mofetil, Sirolimus hoặc Tacrolimus. Thuốc ức chế hệ thống miễn dịch có thể gây ra tác dụng phụ nghiêm trọng, chẳng hạn như nguy cơ nhiễm trùng cao hơn. Kháng thể đơn dòng (thuốc ức chế TNF). Liệu pháp thay thế globulin miễn dịch. Bổ sung vitamin, hormone mà cơ thể thiếu do bệnh tự miễn gây ra (hormone tuyến giáp, vitamin B12, vitamin D hoặc insulin). Truyền máu nếu hệ thống tạo máu bị ảnh hưởng. Vật lý trị liệu để hỗ trợ vận động nếu xương, khớp hoặc cơ bị ảnh hưởng.

Thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDS).

Thuốc kháng viêm corticosteroid (Prednisolone).

Thuốc ức chế miễn dịch bao gồm: Azathioprine, Cyclophosphamide, Mycophenolate mofetil, Sirolimus hoặc Tacrolimus. Thuốc ức chế hệ thống miễn dịch có thể gây ra tác dụng phụ nghiêm trọng, chẳng hạn như nguy cơ nhiễm trùng cao hơn.

Kháng thể đơn dòng (thuốc ức chế TNF).

Liệu pháp thay thế globulin miễn dịch.

Bổ sung vitamin, hormone mà cơ thể thiếu do bệnh tự miễn gây ra (hormone tuyến giáp, vitamin B12, vitamin D hoặc insulin).

Truyền máu nếu hệ thống tạo máu bị ảnh hưởng.

Vật lý trị liệu để hỗ trợ vận động nếu xương, khớp hoặc cơ bị ảnh hưởng.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh tự miễn

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh tự miễn

Chế độ sinh hoạt:

Uống nhiều nước, ít nhất 2 lít nước/ngày. Bỏ rượu bia, thuốc lá. Duy trì cân nặng bình thường. Tập thể dục thường xuyên. Quản lý căng thẳng, có thể tập các bộ môn như yoga, dưỡng sinh hoặc gặp các chuyên gia tâm lý để giải quyết các bất thường về tâm lý của bản thân. Ngủ đủ giấc. Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời hoặc tia X quá lâu.

Uống nhiều nước, ít nhất 2 lít nước/ngày.

Bỏ rượu bia, thuốc lá.

Duy trì cân nặng bình thường.

Tập thể dục thường xuyên.

Quản lý căng thẳng, có thể tập các bộ môn như yoga, dưỡng sinh hoặc gặp các chuyên gia tâm lý để giải quyết các bất thường về tâm lý của bản thân.

Ngủ đủ giấc.

Tránh tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng mặt trời hoặc tia X quá lâu.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn những thực phẩm sau để cải thiện chức năng miễn dịch: Rau xanh, trái cây như trái cây họ cam quýt, rau họ cải, đậu, cà chua và củ cải đường. Axit béo omega-3 có trong dầu ô liu, dầu cá, hạt chia, quả óc chó. Những thực phẩm này giúp giảm viêm và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau. Nên tránh hoặc ăn với số lượng nhỏ những thực phẩm sau đây vì chúng làm tăng viêm dẫn đến tình trạng nặng hơn của bệnh tự miễn: Sản phẩm bơ sữa, đường, thịt đỏ và thịt chế biến, rượu bia.

Ăn những thực phẩm sau để cải thiện chức năng miễn dịch: Rau xanh, trái cây như trái cây họ cam quýt, rau họ cải, đậu, cà chua và củ cải đường. Axit béo omega-3 có trong dầu ô liu, dầu cá, hạt chia, quả óc chó. Những thực phẩm này giúp giảm viêm và nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau.

Nên tránh hoặc ăn với số lượng nhỏ những thực phẩm sau đây vì chúng làm tăng viêm dẫn đến tình trạng nặng hơn của bệnh tự miễn: Sản phẩm bơ sữa, đường, thịt đỏ và thịt chế biến, rượu bia.

Phương pháp phòng ngừa bệnh tự miễn hiệu quả

Nguyên nhân chính xác của các bệnh tự miễn vẫn chưa rõ ràng và có thể là do nhiều yếu tố, chủ yếu liên quan đến cả ảnh hưởng di truyền và môi trường. Do đó, có thể không thể ngăn ngừa hoàn toàn các bệnh tự miễn. Tuy nhiên, một số chuyên gia khuyên bạn nên thực hiện các điều sau đây để hạn chế nguy cơ mắc bệnh:

Tập thể dục đều đặn. Tránh xa thuốc lá. Tránh tiếp xúc độc tố, ô nhiễm môi trường. Chế độ ăn uống lành mạnh. Hạn chế thực phẩm chế biến sẵn.

Tập thể dục đều đặn.

Tránh xa thuốc lá.
Tránh tiếp xúc độc tố, ô nhiễm môi trường.
Chế độ ăn uống lành mạnh.
Hạn chế thực phẩm chế biến sẵn.

=====

Tìm hiểu chung bướu giáp nhân thùy phải

Bướu giáp nhân thùy phải được định nghĩa là sự phì đại bất thường của tuyến giáp. Nó là sự hiện diện nốt phình to nằm ở thùy phải tuyến giáp. Tỷ lệ mắc bệnh bướu giáp nhân thùy phải thay đổi tùy theo vị trí và lượng iốt sử dụng trong dân số. Ở những khu vực thiếu iốt, tỷ lệ người mắc bướu giáp này thường rất cao. Đây là 1 bệnh lý tuyến giáp phổ biến và thường gặp ở phụ nữ hơn nam giới.

Tuyến giáp là một cơ quan có hình con bướm, gồm có hai thùy trái và phải, được nối với nhau ở eo giáp. Nó nặng 25 gram ở người trưởng thành, với mỗi thùy dài khoảng 5 cm, rộng 3 cm và dày 2 cm. Tuyến này ở phụ nữ thường lớn hơn nam giới và tăng kích thước khi mang thai.

Tuyến giáp tiết ra ba loại hormone: Hai loại hormone tuyến giáp là Triiodothyronine (T3) và Thyroxine (T4) và một loại hormone peptide là Calcitonin. Các hormone tuyến giáp ảnh hưởng đến tốc độ trao đổi chất, tổng hợp protein và sự tăng trưởng và phát triển ở con người. Calcitonin đóng vai trò cân bằng nồng độ canxi trong cơ thể. Tuyến giáp là tuyến nội tiết quan trọng nên có có bất kỳ rối loạn nào tại tuyến giáp sẽ gây ra rối loạn công năng của toàn bộ cơ thể.

Bướu giáp nhân thùy phải có thể do nhiều nguyên nhân gây ra, bao gồm thiếu iốt, bệnh tự miễn dịch, nhiễm trùng, viêm, và bệnh thâm nhiễm như sarcoidosis và amyloidosis. Đôi khi không tìm được nguyên nhân, tình trạng này gọi là "bướu cổ đơn thuần".

Triệu chứng bướu giáp nhân thùy phải

Những dấu hiệu và triệu chứng của bướu giáp nhân thùy phải

Dấu hiệu rõ ràng nhất của bướu giáp nhân thùy phải là khối u ở cổ. Bướu có thể có kích thước khác nhau từ rất nhỏ khó phát hiện ra đến cực kỳ lớn. Mặc dù một số người bị bướu giáp không gặp bất kỳ triệu chứng nào, nhưng trong nhiều trường hợp có thể gây ra các triệu chứng như sau:

Cảm giác căng cứng ở vùng cổ; Đau quanh bướu; Những thay đổi trong giọng nói;

Hụt hơi; Khó nuốt ; Khò khè.

Cảm giác căng cứng ở vùng cổ;

Đau quanh bướu;

Những thay đổi trong giọng nói;

Hụt hơi;

Khó nuốt ;

Khò khè.

Bướu giáp nhân thùy phải cũng có thể xảy ra cùng với bệnh cường giáp (tuyến giáp hoạt động quá mức) hoặc suy giáp (tuyến giáp hoạt động kém). Những tình trạng này có thể gây ra nhiều triệu chứng khác nhau cần gặp bác sĩ để có phương pháp điều trị phù hợp. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh suy giáp bao gồm mệt mỏi, tăng cân, không chịu được lạnh, da khô, tóc khô, táo bón, giảm tập trung và giảm trí nhớ. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh cường giáp bao gồm sụt cân không rõ nguyên nhân, hồi hộp, đánh trống ngực, đổ mồ hôi nhiều, căng thẳng, bồn chồn, lo lắng, tiêu chảy, khó ngủ, lồi mắt, da ẩm, ấm.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn có triệu chứng như nổi một khối sưng to ở cổ, cảm giác căng tức ở cổ họng,... hoặc trong gia đình có người thân mắc bệnh lý tuyến giáp thì nên gặp ngay bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân bướu giáp nhân thùy phải

Nguyên nhân phổ biến nhất gây bướu giáp trên toàn thế giới là do thiếu iốt trong chế độ ăn uống. Cơ thể cần iốt để sản xuất hormone tuyến giáp. Nếu bạn không có đủ iốt trong chế độ ăn uống, tuyến giáp sẽ lớn hơn (phì đại) để cố gắng hấp thụ tất cả lượng iốt có thể.

Các nguyên nhân khác gây bướu giáp nhân thùy phải bao gồm:

Mắc bệnh lý tự miễn ; Một số loại thuốc (Lithium, Amiodarone); Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp.

Mắc bệnh lý tự miễn ;

Một số loại thuốc (Lithium, Amiodarone);
Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp.

Nguy cơ bướu giáp nhân thùy phải

Những ai có nguy cơ mắc bướu giáp nhân thùy phải

Những đối tượng có nguy cơ mắc bướu giáp nhân thùy phải bao gồm:

Phụ nữ; Có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp; Mắc bệnh tự miễn, chẳng hạn như bệnh tiểu đường loại 1, bệnh celiac, bệnh viêm tuyến giáp hashimoto ; Khu vực thiếu iốt; Nhiễm trùng; Hút thuốc lá.

Phụ nữ;

Có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp;

Mắc bệnh tự miễn, chẳng hạn như bệnh tiểu đường loại 1, bệnh celiac, bệnh viêm tuyến giáp hashimoto ;

Khu vực thiếu iốt;

Nhiễm trùng;

Hút thuốc lá.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bướu giáp nhân thùy phải

Bất cứ ai cũng có thể mắc bướu giáp nhân thùy phải. Nó có thể xuất hiện ngay từ khi sinh ra hoặc xảy ra bất cứ lúc nào trong suốt cuộc đời. Các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mắc bướu giáp nhân thùy phải bao gồm:

Chế độ ăn thiếu iốt; Phụ nữ; Gia đình có người thân mắc các bệnh lý tuyến giáp;

Hiện đang mắc các bệnh lý tự miễn; Bệnh cường giáp ; Thai kỳ.

Chế độ ăn thiếu iốt;

Phụ nữ;

Gia đình có người thân mắc các bệnh lý tuyến giáp;

Hiện đang mắc các bệnh lý tự miễn;

Bệnh cường giáp ;

Thai kỳ.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu giáp nhân thùy phải

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bướu giáp nhân thùy phải

Bác sĩ sẽ hỏi bệnh và khám bệnh cho bạn, đặc biệt là khám tuyến giáp. Sau khi hỏi bệnh và khám bệnh đầy đủ, nếu nghi ngờ có bướu giáp, bác sĩ sẽ đề nghị các xét nghiệm sau đây để có thể chẩn đoán và tìm ra nguyên nhân gây bệnh:

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp : Xét nghiệm được sử dụng để đo lượng TSH, FT4, FT3 của bạn. Xét nghiệm cho biết tuyến giáp của bạn có hoạt động bình thường hay không.

Siêu âm tuyến giáp : Siêu âm giúp cho bác sĩ xác định kích thước, hình dạng, bờ đều hay không, có vôi hóa hay không.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Xét nghiệm tốt nhất để xác định xem nhân tuyến giáp là lành tính hay ung thư.

Xạ hình tuyến giáp : Bạn được cho một viên thuốc có chứa một lượng nhỏ iốt phóng xạ.

Sau khi nuốt nó, bạn đợi iốt tích tụ trong tuyến giáp Xét nghiệm này được thực hiện để kiểm tra chức năng tuyến giáp. Bác sĩ không yêu cầu xét nghiệm này thường xuyên vì nó chỉ hữu ích trong một số trường hợp nhất định.

Chụp CT hoặc MRI: Có thể giúp đánh giá kích thước và mức độ lan rộng của bướu, mối quan hệ với các cấu trúc giải phẫu xung quanh và giúp đánh giá mức độ chèn ép bướu.

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp : Xét nghiệm được sử dụng để đo lượng TSH, FT4, FT3 của bạn. Xét nghiệm cho biết tuyến giáp của bạn có hoạt động bình thường hay không.

Siêu âm tuyến giáp : Siêu âm giúp cho bác sĩ xác định kích thước, hình dạng, bờ đều hay không, có vôi hóa hay không.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Xét nghiệm tốt nhất để xác định xem nhân tuyến giáp là lành tính hay ung thư.

Xạ hình tuyến giáp : Bạn được cho một viên thuốc có chứa một lượng nhỏ iốt phóng xạ. Sau khi nuốt nó, bạn đợi iốt tích tụ trong tuyến giáp Xét nghiệm này được thực hiện để kiểm tra chức năng tuyến giáp.

Bác sĩ không yêu cầu xét nghiệm này thường xuyên vì nó chỉ hữu ích trong một số trường hợp nhất định.

Chụp CT hoặc MRI: Có thể giúp đánh giá kích thước và mức độ lan rộng của bướu, mối quan hệ với các cấu trúc giải phẫu xung quanh và giúp đánh giá mức độ chèn ép bướu.

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp : Xét nghiệm được sử dụng để đo lượng TSH, FT4, FT3 của bạn. Xét nghiệm cho biết tuyến giáp của bạn có hoạt động bình thường hay không.

Siêu âm tuyến giáp : Siêu âm giúp cho bác sĩ xác định kích thước, hình dạng, bờ đều hay không, có vôi hóa hay không.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Xét nghiệm tốt nhất để xác định xem nhân tuyến giáp là lành tính hay ung thư.

Xạ hình tuyến giáp : Bạn được cho một viên thuốc có chứa một lượng nhỏ iốt phóng xạ. Sau khi nuốt nó, bạn đợi iốt tích tụ trong tuyến giáp Xét nghiệm này được thực hiện để kiểm tra chức năng tuyến giáp.

Bác sĩ không yêu cầu xét nghiệm này thường xuyên vì nó chỉ hữu ích trong một số trường hợp nhất định.

Chụp CT hoặc MRI: Có thể giúp đánh giá kích thước và mức độ lan rộng của bướu, mối quan hệ với các cấu trúc giải phẫu xung quanh và giúp đánh giá mức độ chèn ép bướu.

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp : Xét nghiệm được sử dụng để đo lượng TSH, FT4, FT3 của bạn. Xét nghiệm cho biết tuyến giáp của bạn có hoạt động bình thường hay không.

Levothyroxine là một loại thuốc thay thế hormone tuyến giáp. Bác sĩ có thể sẽ kê thuốc này nếu nguyên nhân gây bướu cổ là do suy giáp. Nếu nguyên nhân là do cường giáp, bác sĩ sẽ kê thuốc kháng giáp cho bạn. Hiện nay, các thuốc kháng giáp được chỉ định phổ biến là Methimazole hoặc Propylthiouracil. Liệu pháp iốt phóng xạ: Là phương pháp điều trị phổ biến và hiệu quả cho bướu giáp nhân thùỳ phải do bệnh cường giáp. Nó liên quan đến việc uống iốt phóng xạ bằng đường uống dưới dạng viên nang hoặc chất lỏng. Sau đó từ từ phá hủy các tế bào của tuyến giáp. Nó không ảnh hưởng đến các mô cơ thể khác. Hầu như tất cả những người điều trị bằng iốt phóng xạ sau này đều bị suy giáp. Nguyên nhân là do các tế bào sản xuất hormone tuyến giáp đã bị phá hủy. Nhưng bệnh suy giáp dễ điều trị hơn và gây ra ít vấn đề sức khỏe lâu dài hơn bệnh cường giáp. Phẫu thuật : Phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc hầu hết tuyến giáp được thực hiện trong một số ít trường hợp. Nó có thể là một lựa chọn cho những người có bướu lớn hoặc phụ nữ mang thai không thể dùng thuốc kháng giáp. Nếu bạn đã cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp, bạn sẽ phải dùng thuốc thay thế hormone tuyến giáp trong suốt quãng đời còn lại. Một số người bị cắt bỏ một phần tuyến giáp cũng cần dùng thuốc.

Không điều trị: Bác sĩ có thể quyết định rằng không cần điều trị mà chỉ theo dõi định kỳ mỗi 6 tháng nếu bướu giáp nhỏ và không có triệu chứng.

Thuốc: Levothyroxine là một loại thuốc thay thế hormone tuyến giáp. Bác sĩ có thể sẽ kê thuốc này nếu nguyên nhân gây bướu cổ là do suy giáp. Nếu nguyên nhân là do cường giáp, bác sĩ sẽ kê thuốc kháng giáp cho bạn. Hiện nay, các thuốc kháng giáp được chỉ định phổ biến là Methimazole hoặc Propylthiouracil.

Liệu pháp iốt phóng xạ: Là phương pháp điều trị phổ biến và hiệu quả cho bướu giáp nhân thùỳ phải do bệnh cường giáp. Nó liên quan đến việc uống iốt phóng xạ bằng đường uống dưới dạng viên nang hoặc chất lỏng. Sau đó từ từ phá hủy các tế bào của tuyến giáp. Nó không ảnh hưởng đến các mô cơ thể khác. Hầu như tất cả những người điều trị bằng iốt phóng xạ sau này đều bị suy giáp. Nguyên nhân là do các tế bào sản xuất hormone tuyến giáp đã bị phá hủy. Nhưng bệnh suy giáp dễ điều trị hơn và gây ra ít vấn đề sức khỏe lâu dài hơn bệnh cường giáp.

Phẫu thuật : Phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc hầu hết tuyến giáp được thực hiện trong một số ít trường hợp. Nó có thể là một lựa chọn cho những người có bướu lớn hoặc phụ nữ mang thai không thể dùng thuốc kháng giáp. Nếu bạn đã cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp, bạn sẽ phải dùng thuốc thay thế hormone tuyến giáp trong suốt quãng đời còn lại. Một số người bị cắt bỏ một phần tuyến giáp cũng cần dùng thuốc.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu giáp nhân thùỳ phải

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bướu giáp nhân thùỳ phải

Chế độ sinh hoạt:

Uống nhiều nước ít nhất 2 lít nước/ngày. Khám sức khỏe mỗi 6 tháng hoặc 1 năm và liên hệ ngay với bác sĩ nếu xuất hiện triệu chứng mới. Tập thể dục, tập thiền, tập yoga và dành thời gian với bạn bè sẽ giúp bạn giảm căng thẳng tinh thần. Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thuốc bổ sung nào.

Uống nhiều nước ít nhất 2 lít nước/ngày.

Khám sức khỏe mỗi 6 tháng hoặc 1 năm và liên hệ ngay với bác sĩ nếu xuất hiện triệu chứng mới.

Tập thể dục, tập thiền, tập yoga và dành thời gian với bạn bè sẽ giúp bạn giảm căng thẳng tinh thần.

Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thuốc bổ sung nào.

Chế độ dinh dưỡng:

Cơ thể bạn nhận được iốt từ thức ăn bạn ăn vào. Mức bổ sung hàng ngày được khuyến cáo là 150 microgam. Một muỗng cà phê muối iốt có khoảng 250 microgam iốt. Thực phẩm có chứa iốt bao gồm:

Cá nước mặn và động vật có vỏ; Rong biển; Sản phẩm làm từ đậu nành; Rau cần, rau cải bẹ;

Cá nước mặn và động vật có vỏ;

Rong biển;

Sản phẩm làm từ đậu nành;

Rau cần, rau cải bẹ;

Ngược lại, trong trường hợp bướu giáp nhân thùỳ phải có kèm cường giáp thì bổ sung iốt lại làm nặng thêm bệnh cường giáp. Hãy hỏi ý kiến bác sĩ của bạn để

được tư vấn chế độ ăn uống phù hợp.

Phương pháp phòng ngừa bướu giáp nhân thù phải hiệu quả

Bướu giáp nhân thù phải do thiếu iốt là loại bướu giáp duy nhất bạn có thể ngăn ngừa. Áp dụng một chế độ ăn bao gồm muối iốt, cá biển, rau cần, cải bẹ với lượng vừa đủ sẽ ngăn ngừa loại bướu giáp này.

=====

Tìm hiểu chung bướu giáp đa nhân

Bướu giáp đa nhân được định nghĩa là sự phì đại bất thường của tuyến giáp. Nó là sự hiện diện của nhiều nhân hoặc nốt trên tuyến giáp gây tuyến giáp to bất thường. Tỷ lệ mắc bệnh bướu giáp đa nhân thay đổi tùy theo vị trí và lượng i-ốt sử dụng trong dân số. Ở những vùng thiếu i-ốt, tỷ lệ mắc bướu giáp có thể rất cao. Bệnh bướu giáp đa nhân nói riêng và bệnh tuyến giáp nói chung phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới.

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết nhỏ hình con bướm, bình thường có cấu trúc khá đồng nhất nằm ở giữa cổ. Nó sản xuất hormone thyroxine (còn gọi là T4) và triiodothyronine (còn gọi là T3). Những hormone này đóng một vai trò trong một số chức năng cơ thể, bao gồm:

Trao đổi chất; Điều hòa thân nhiệt; Tăng cường hệ thần kinh, não bộ; Kích thích co bóp cơ tim; Điều hòa hệ thống tiêu hóa.

Trao đổi chất;

Điều hòa thân nhiệt;

Tăng cường hệ thần kinh, não bộ;

Kích thích co bóp cơ tim;

Điều hòa hệ thống tiêu hóa.

Do đó, khi xuất hiện các bất thường ở tuyến giáp, theo thời gian sẽ ảnh hưởng đến một vài hoặc tất cả các chức năng của tuyến giáp. Ngoài ra, tuyến giáp còn là tuyến nội tiết quan trọng nên sẽ gây ra rối loạn chức năng cơ quan khác trong cơ thể.

Phân loại bướu giáp dựa trên nồng độ hormone tuyến giáp bao gồm:

Bướu giáp độc: Bướu giáp này sản xuất quá nhiều hormone tuyến giáp và gây ra nhiều triệu chứng khó chịu cho bạn. Bướu giáp không độc: Nếu bạn có tuyến giáp to nhưng mức hormone tuyến giáp bình thường thì đó là bướu giáp không độc. Nói cách khác, bạn không bị cường giáp (tuyến giáp hoạt động quá mức) hoặc suy giáp (tuyến giáp hoạt động kém).

Bướu giáp độc: Bướu giáp này sản xuất quá nhiều hormone tuyến giáp và gây ra nhiều triệu chứng khó chịu cho bạn.

Bướu giáp không độc: Nếu bạn có tuyến giáp to nhưng mức hormone tuyến giáp bình thường thì đó là bướu giáp không độc. Nói cách khác, bạn không bị cường giáp (tuyến giáp hoạt động quá mức) hoặc suy giáp (tuyến giáp hoạt động kém).

Triệu chứng bướu giáp đa nhân

Những dấu hiệu và triệu chứng của bướu giáp đa nhân

Hầu hết những người bị bướu giáp đa nhân không có dấu hiệu hoặc triệu chứng nào khác ngoài tình trạng sưng ở cổ. Trong nhiều trường hợp, bướu giáp nhỏ nên chỉ được phát hiện khi làm các xét nghiệm hình ảnh học hiện đại.

Các dấu hiệu hoặc triệu chứng khác phụ thuộc vào việc chức năng tuyến giáp có thay đổi hay không, bướu giáp phát triển nhanh như thế nào và liệu nó có cản trở hô hấp hay không.

Các triệu chứng thường gặp của bướu giáp đa nhân bao gồm:

Một khối u ở phía trước cổ của bạn; Cảm giác căng cứng ở vùng cổ họng; Khàn giọng; Nếu bướu giáp to có thể chèn vào đường thở gây các triệu chứng: Khó nuốt, khó thở khi gắng sức, ho, ngáy.

Một khối u ở phía trước cổ của bạn;

Cảm giác căng cứng ở vùng cổ họng;

Khàn giọng;

Nếu bướu giáp to có thể chèn vào đường thở gây các triệu chứng: Khó nuốt, khó thở khi gắng sức, ho, ngáy.

Trong một số trường hợp, bướu giáp đa nhân có thể kèm theo bệnh lý suy giáp. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh suy giáp bao gồm: Mệt mỏi, sợ lạnh, ngủ nhiều, da khô, táo bón, yếu cơ, giảm tập trung và trí nhớ.

Trong một số trường hợp, bướu giáp đa nhân có thể kèm theo bệnh lý cường giáp.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh cường giáp bao gồm: Sút cân, tim đập nhanh, sợ nóng, đổ mồ hôi quá nhiều, kích động, bồn chồn, lo lắng, yếu cơ, tiêu

chảy, khó ngủ, tăng huyết áp .

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn có bất cứ dấu hiệu nào nghi ngờ mắc bướu giáp đa nhân như nổi một khối sưng to ở cổ, cảm giác căng tức ở cổ họng,... hoặc trong gia đình có người thân mắc bệnh lý tuyến giáp thì nên gặp ngay bác sĩ để được thăm khám và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân bướu giáp đa nhân

Bướu giáp đa nhân có thể do những nguyên nhân sau:

Thiếu i-ốt: Là nguyên nhân phổ biến nhất. Tuyến giáp của bạn cần i-ốt để sản xuất hormone tuyến giáp. Nếu bạn không nhận đủ i-ốt trong chế độ ăn uống, tuyến giáp sẽ tạo ra nhiều tế bào (phì đại) để cố gắng tạo ra nhiều hormone tuyến giáp hơn. Di truyền: Khiếm khuyết di truyền dẫn đến rối loạn chức năng tuyến giáp.

Bệnh tự miễn: Viêm tuyến giáp Hashimoto hoặc bệnh Grave.

Thiếu i-ốt: Là nguyên nhân phổ biến nhất. Tuyến giáp của bạn cần i-ốt để sản xuất hormone tuyến giáp. Nếu bạn không nhận đủ i-ốt trong chế độ ăn uống, tuyến giáp sẽ tạo ra nhiều tế bào (phì đại) để cố gắng tạo ra nhiều hormone tuyến giáp hơn.

Di truyền: Khiếm khuyết di truyền dẫn đến rối loạn chức năng tuyến giáp.

Bệnh tự miễn: Viêm tuyến giáp Hashimoto hoặc bệnh Grave.

Nguy cơ bướu giáp đa nhân

Những ai có nguy cơ mắc bướu giáp đa nhân

Những đối tượng có nguy cơ mắc bướu giáp đa nhân bao gồm:

Phụ nữ; Tuổi trên 45; Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp; Khu vực thiếu i-ốt;

Phụ nữ;

Tuổi trên 45;

Tiền sử gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp;

Khu vực thiếu i-ốt;

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bướu giáp đa nhân

Bất cứ ai cũng có thể mắc bướu giáp đa nhân. Nó có thể xuất hiện ngay từ khi sinh ra hoặc xảy ra bất cứ lúc nào trong suốt cuộc đời. Các yếu tố nguy cơ làm tăng nguy cơ mắc bướu giáp đa nhân bao gồm:

Chế độ ăn uống thiếu i-ốt . Phụ nữ có nhiều nguy cơ bị bướu giáp đa nhân hoặc các bệnh lý tuyến giáp khác hơn đàn ông. Mang thai và mãn kinh : Các vấn đề về tuyến giáp ở phụ nữ có nhiều khả năng xảy ra trong thời kỳ mang thai và mãn kinh. Tuổi: Bướu giáp thường gặp hơn sau tuổi 45. Tiền sử gia đình; Thuốc: Một số phương pháp điều trị y tế, bao gồm thuốc điều trị rối loạn nhịp tim amiodarone và thuốc tâm thần lithium làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Tiếp xúc với tia bức xạ: Nguy cơ sẽ tăng lên nếu bạn đã điều trị bằng bức xạ ở vùng cổ hoặc ngực.

Chế độ ăn uống thiếu i-ốt .

Phụ nữ có nhiều nguy cơ bị bướu giáp đa nhân hoặc các bệnh lý tuyến giáp khác hơn đàn ông.

Mang thai và mãn kinh : Các vấn đề về tuyến giáp ở phụ nữ có nhiều khả năng xảy ra trong thời kỳ mang thai và mãn kinh.

Tuổi: Bướu giáp thường gặp hơn sau tuổi 45.

Tiền sử gia đình;

Thuốc: Một số phương pháp điều trị y tế, bao gồm thuốc điều trị rối loạn nhịp tim amiodarone và thuốc tâm thần lithium làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Tiếp xúc với tia bức xạ: Nguy cơ sẽ tăng lên nếu bạn đã điều trị bằng bức xạ ở vùng cổ hoặc ngực.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu giáp đa nhân

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bướu giáp đa nhân

Bác sĩ sẽ hỏi bệnh và khám tổng quát cho bạn, đặc biệt là khám tuyến giáp. Sau khi hỏi bệnh và khám bệnh đầy đủ, nếu nghi ngờ có bướu giáp đa nhân, bác sĩ sẽ đề nghị các xét nghiệm sau đây để có thể chẩn đoán xác định và tìm ra nguyên nhân gây bệnh:

Siêu âm tuyến giáp : Siêu âm giúp cho bác sĩ xác định kích thước của tuyến giáp và các đặc điểm cụ thể của các nhân bao gồm: Kích thước, hình dạng, số lượng nhân và có vôi hóa hay không. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp : Xét nghiệm có thể được sử dụng để đo lượng hormone kích thích tuyến giáp (TSH) do tuyến yên

sản xuất và lượng thyroxine (T4) và triiodothyronine (T3) được sản xuất bởi tuyến giáp. Xét nghiệm cho biết tuyến giáp của bạn có hoạt động bình thường hay không. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Xét nghiệm tốt nhất để xác định xem nhân tuyến giáp là lành tính hay ung thư. Xạ hình tuyến giáp : Xét nghiệm hình ảnh này cung cấp thông tin về kích thước và chức năng của tuyến giáp của bạn. Trong xét nghiệm này, một lượng nhỏ chất phóng xạ được tiêm vào tĩnh mạch để tạo ra hình ảnh tuyến giáp của bạn trên màn hình máy tính. Bác sĩ không yêu cầu xét nghiệm này thường xuyên vì nó chỉ hữu ích trong một số trường hợp nhất định. Chụp CT hoặc MRI: Nếu bướu giáp rất lớn hoặc lan vào ngực, chụp CT hoặc MRI được sử dụng để đo kích thước và sự lan rộng của bướu giáp.

Siêu âm tuyến giáp : Siêu âm giúp cho bác sĩ xác định kích thước của tuyến giáp và các đặc điểm cụ thể của các nhân bao gồm: Kích thước, hình dạng, số lượng nhân và có vôi hóa hay không.

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp : Xét nghiệm có thể được sử dụng để đo lượng hormone kích thích tuyến giáp (TSH) do tuyến yên sản xuất và lượng thyroxine (T4) và triiodothyronine (T3) được sản xuất bởi tuyến giáp. Xét nghiệm cho biết tuyến giáp của bạn có hoạt động bình thường hay không.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAB): Xét nghiệm tốt nhất để xác định xem nhân tuyến giáp là lành tính hay ung thư.

Xạ hình tuyến giáp : Xét nghiệm hình ảnh này cung cấp thông tin về kích thước và chức năng của tuyến giáp của bạn. Trong xét nghiệm này, một lượng nhỏ chất phóng xạ được tiêm vào tĩnh mạch để tạo ra hình ảnh tuyến giáp của bạn trên màn hình máy tính. Bác sĩ không yêu cầu xét nghiệm này thường xuyên vì nó chỉ hữu ích trong một số trường hợp nhất định.

Chụp CT hoặc MRI: Nếu bướu giáp rất lớn hoặc lan vào ngực, chụp CT hoặc MRI được sử dụng để đo kích thước và sự lan rộng của bướu giáp.

Phương pháp điều trị bướu giáp đa nhân

Phương pháp điều trị thích hợp cho bướu giáp đa nhân phụ thuộc vào kích thước, tốc độ phát triển, kết quả FNAB, nguy cơ ung thư, liệu có triệu chứng chèn ép hay không và liệu bướu giáp đa nhân có đủ lớn để gây ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ hay không. Phương pháp điều trị bao gồm:

Không điều trị: Nếu bướu giáp nhỏ và không có triệu chứng, bác sĩ có thể quyết định rằng không cần điều trị. Tuy nhiên, họ sẽ theo dõi cẩn thận tuyến giáp của bạn xem có bất kỳ thay đổi nào không và bạn cần nên tái khám định kỳ mỗi 3-6 tháng/1 lần. Thuốc: Levothyroxine là một thuốc thay thế hormone tuyến giáp. Bác sĩ có thể sẽ kê thuốc này nếu nguyên nhân gây bướu giáp là do suy giáp. Các loại thuốc khác được kê toa là Propylthiouracil hoặc Methimazole nếu nguyên nhân gây bướu giáp là do cường giáp. Điều trị bằng iốt phóng xạ : Phương pháp điều trị này được sử dụng trong trường hợp tuyến giáp hoạt động quá mức, iốt đi đến tuyến giáp của bạn và tấn công các tế bào tuyến giáp, làm tuyến giáp co lại. Sau khi điều trị bằng iốt phóng xạ, bạn có thể sẽ phải dùng liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp trong suốt quãng đời còn lại. Phẫu thuật: Bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật để cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần tuyến giáp của bạn. Phẫu thuật trong trường hợp bướu giáp phát triển nhanh chóng, tăng trưởng đều đặn theo thời gian, có liên quan đến ung thư, gây ra các triệu chứng chèn ép, phát triển dưới xương ức hoặc kém thẩm mỹ. Sau khi điều trị phẫu thuật, tùy vào mức độ cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần mà bác sĩ sẽ cân nhắc liều Levothyroxine trong suốt quãng đời còn lại.

Không điều trị: Nếu bướu giáp nhỏ và không có triệu chứng, bác sĩ có thể quyết định rằng không cần điều trị. Tuy nhiên, họ sẽ theo dõi cẩn thận tuyến giáp của bạn xem có bất kỳ thay đổi nào không và bạn cần nên tái khám định kỳ mỗi 3-6 tháng/1 lần.

Thuốc: Levothyroxine là một thuốc thay thế hormone tuyến giáp. Bác sĩ có thể sẽ kê thuốc này nếu nguyên nhân gây bướu giáp là do suy giáp. Các loại thuốc khác được kê toa là Propylthiouracil hoặc Methimazole nếu nguyên nhân gây bướu giáp là do cường giáp.

Điều trị bằng iốt phóng xạ : Phương pháp điều trị này được sử dụng trong trường hợp tuyến giáp hoạt động quá mức, iốt đi đến tuyến giáp của bạn và tấn công các tế bào tuyến giáp, làm tuyến giáp co lại. Sau khi điều trị bằng iốt phóng xạ, bạn có thể sẽ phải dùng liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp trong suốt quãng đời còn lại.

Phẫu thuật: Bác sĩ có thể đề nghị phẫu thuật để cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần tuyến giáp của bạn. Phẫu thuật trong trường hợp bướu giáp phát triển nhanh chóng, tăng trưởng đều đặn theo thời gian, có liên quan đến ung thư, gây ra các

triệu chứng chèn ép, phát triển dưới xương ức hoặc kém thẩm mỹ. Sau khi điều trị phẫu thuật, tùy vào mức độ cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần mà bác sĩ sẽ cân nhắc liều Levothyroxine trong suốt quãng đời còn lại.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu giáp đa nhân

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bướu giáp đa nhân

Chế độ sinh hoạt:

Uống nhiều nước ít nhất 1,5 lít nước/ngày. Khám sức khỏe định kỳ mỗi 6 tháng hoặc 1 năm và liên hệ ngay với bác sĩ nếu các triệu chứng nặng hơn hoặc xuất hiện triệu chứng mới. Giảm căng thẳng, chẳng hạn như tập thể dục, tập thiền, tập yoga và dành thời gian với bạn bè. Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thực phẩm chức năng nào.

Uống nhiều nước ít nhất 1,5 lít nước/ngày.

Khám sức khỏe định kỳ mỗi 6 tháng hoặc 1 năm và liên hệ ngay với bác sĩ nếu các triệu chứng nặng hơn hoặc xuất hiện triệu chứng mới.

Giảm căng thẳng, chẳng hạn như tập thể dục, tập thiền, tập yoga và dành thời gian với bạn bè.

Hãy hỏi ý kiến bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thực phẩm chức năng nào.

Chế độ dinh dưỡng:

Cơ thể bạn nhận được i-ốt từ thức ăn bạn ăn vào. Mức bổ sung hàng ngày được khuyến cáo là 150 microgam. Một muỗng cà phê muối i-ốt có khoảng 250 microgam i-ốt. Thực phẩm có chứa i-ốt bao gồm:

Cá nước mặn và động vật có vỏ; Rong biển; Sản phẩm làm từ đậu nành; Rau chân vịt, rau cần.

Cá nước mặn và động vật có vỏ;

Rong biển;

Sản phẩm làm từ đậu nành;

Rau chân vịt, rau cần.

Phương pháp phòng ngừa bướu giáp đa nhân hiệu quả

Bướu giáp đa nhân do thiếu i-ốt là loại bướu giáp duy nhất bạn có thể ngăn ngừa.

Áp dụng một chế độ ăn bao gồm cá, sữa và một lượng muối ăn i-ốt vừa đủ sẽ ngăn ngừa loại bướu giáp này. Thuốc bổ sung i-ốt và các chất bổ sung khác thường không được khuyến khích và có thể gây hại nhiều hơn là có lợi.

=====

Tìm hiểu chung bướu giáp lan tỏa

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết nhỏ, có hình dạng con bướm, nằm ở cổ của bạn.

Tuyến giáp có chức năng sản xuất ra hormon thyroxin (còn gọi là T4) và triiodothyronine (còn gọi là T3). Các hormon này đóng vai trò trong một số chức năng của cơ thể, bao gồm:

Quá trình trao đổi chất; Thân nhiệt; Tâm trạng và sự dễ bị kích động; Mạch và nhịp tim; Tiêu hóa.

Quá trình trao đổi chất;

Thân nhiệt;

Tâm trạng và sự dễ bị kích động;

Mạch và nhịp tim;

Tiêu hóa.

Bướu giáp là sự phì đại về mặt giải phẫu của tuyến giáp, có thể có hoặc không có liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp kèm theo. Bướu giáp lan tỏa được định nghĩa là tình trạng phì đại lan tỏa của toàn bộ tuyến giáp, trong bài viết này đề cập đến hai vấn đề bao gồm:

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc (Simple diffuse goiter hay Nontoxic diffuse goiter): Đây là tình trạng tuyến giáp phì đại mà không có rối loạn chức năng của tuyến giáp, nó không phải là viêm hay tân sinh. Nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến bướu giáp lan tỏa không độc là sự bất thường trong việc cung cấp i-ốt hoặc chuyển hóa. Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc (Toxic diffuse goiter): Được định nghĩa là tình trạng tuyến giáp tăng sản lan tỏa kèm với sản xuất quá mức các hormon tuyến giáp. Trong đó, bệnh Graves (hay Basedow) và bệnh Hashimoto là những bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc thường gặp nhất trên lâm sàng (tại Mỹ).

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc (Simple diffuse goiter hay Nontoxic diffuse goiter): Đây là tình trạng tuyến giáp phì đại mà không có rối loạn chức năng của tuyến giáp, nó không phải là viêm hay tân sinh. Nguyên nhân phổ biến nhất dẫn

đến bướu giáp lan tỏa không độc là sự bất thường trong việc cung cấp i-ốt hoặc chuyển hóa.

Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc (Toxic diffuse goiter): Được định nghĩa là tình trạng tuyến giáp tăng sản lan tỏa kèm với sản xuất quá mức các hormone tuyến giáp. Trong đó, bệnh Graves (hay Basedow) và bệnh Hashimoto là những bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc thường gặp nhất trên lâm sàng (tại Mỹ).

Triệu chứng bướu giáp lan tỏa

Những dấu hiệu và triệu chứng của bướu giáp lan tỏa

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc hầu hết sẽ không có triệu chứng. Người bệnh hoặc người khác có thể vô tình phát hiện tình trạng sưng lên ở cổ, có cảm giác trơn nhẵn khi chạm vào.

Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc

Đối với bướu giáp lan tỏa nhiễm độc, các triệu chứng bao gồm:

Tình trạng cường giáp

Người bệnh gặp các triệu chứng của tình trạng cường giáp do tuyến giáp sản xuất quá nhiều hormone giáp, bao gồm:

Sụt cân; Không dung nạp nhiệt (khát nhiều, đổ mồ hôi); Run; Hồi hộp; Lo lắng; Mệt mỏi; Đánh trống ngực; Khó thở; Đại tiện hoặc tiểu tiện thường xuyên; Buồn nôn, nôn.

Sụt cân;

Không dung nạp nhiệt (khát nhiều, đổ mồ hôi);

Run;

Hồi hộp;

Lo lắng;

Mệt mỏi;

Đánh trống ngực;

Khó thở;

Đại tiện hoặc tiểu tiện thường xuyên;

Buồn nôn, nôn.

Bướu giáp to chèn ép

Tương tự như ở bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc. Nếu bướu giáp quá to có thể dẫn đến chèn ép ở khu vực cổ. Người bệnh có cảm giác sưng hay có khối u ở cổ, khó nuốt, khó thở.

Bệnh Graves

Nếu người bệnh mắc bệnh Graves, có thể có các triệu chứng khác kèm theo như:

Bệnh ở mắt: Lồi mắt, nhìn đôi, phù quanh ổ mắt, chảy nước mắt nhiều. Bệnh ở da:

Biểu hiện bằng sắc tố da hơi dày, đặc biệt ở vùng trước xương chày. Bệnh ở hệ thống sinh sản: Những bất thường ở hệ thống sinh sản thường gặp nhất là kinh nguyệt không đều.

Bệnh ở mắt: Lồi mắt, nhìn đôi, phù quanh ổ mắt, chảy nước mắt nhiều.

Bệnh ở da: Biểu hiện bằng sắc tố da hơi dày, đặc biệt ở vùng trước xương chày.

Bệnh ở hệ thống sinh sản: Những bất thường ở hệ thống sinh sản thường gặp nhất là kinh nguyệt không đều.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bướu giáp lan tỏa

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc có thể dẫn đến các dấu hiệu và biến chứng nếu nó trở nên quá lớn gây chèn ép, ví dụ như:

Khó nuốt; Khó thở; Khàn giọng; Xung huyết vùng mặt và khó chịu.

Khó nuốt;

Khó thở;

Khàn giọng;

Xung huyết vùng mặt và khó chịu.

Biến chứng liên quan đến phẫu thuật điều trị bướu giáp lan tỏa gồm chấn thương dây thần kinh thanh quản và suy tuyến cận giáp.

Biến chứng của bướu giáp lan tỏa nhiễm độc cũng tương tự như bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc. Tuy nhiên, có kèm theo biến chứng khác như:

Cường giáp hoặc bão giáp do dư thừa hormone giáp. Rối loạn nhịp tim và suy tim sung huyết; Bệnh lý gan hiếm gặp bao gồm xơ gan; Bệnh da liễu chủ yếu liên quan đến bệnh Graves; Bệnh mắt Graves; Tình trạng nhiễm độc giáp đó là có thể gây dày tâm thất, tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong do tim.

Cường giáp hoặc bão giáp do dư thừa hormone giáp.

Rối loạn nhịp tim và suy tim sung huyết;

Bệnh lý gan hiếm gặp bao gồm xơ gan;

Bệnh da liễu chủ yếu liên quan đến bệnh Graves;

Bệnh mắt Graves;

Tình trạng nhiễm độc giáp đó là có thể gây dày tâm thất, tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong do tim.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn gặp các triệu chứng hay các biến chứng của tình trạng bướu giáp lan tỏa, hãy đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị. Nếu bạn vô tình phát hiện bị sưng hay khối u ở cổ mà không có bất kỳ triệu chứng nào kèm theo, bạn cũng nên đến khám để có thể biết được bản chất của tình trạng trên. Điều quan trọng là phải biết được nguyên nhân, loại trừ các trường hợp ác tính và có những điều trị phù hợp cho bạn.

Nguyên nhân bướu giáp lan tỏa

Tùy vào loại bướu giáp lan tỏa là nhiễm độc hay không mà nguyên nhân dẫn đến sẽ khác nhau.

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc

Bướu giáp lan tỏa không độc có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân:

Bướu cổ sinh lý (dậy thì, mang thai); Thiếu i-ốt; Sự phát triển bất thường về hình dạng (Dysmorphogenesis); Goitrogens (có trong bắp cải, thuốc trị bướu cổ như acid para-aminosalicylic); Tiếp xúc với bức xạ; Sự giải phóng TSH từ tuyến yên; Tự miễn dịch; Nhiễm trùng; Bệnh u hạt.

Bướu cổ sinh lý (dậy thì, mang thai);

Thiếu i-ốt;

Sự phát triển bất thường về hình dạng (Dysmorphogenesis);

Goitrogens (có trong bắp cải, thuốc trị bướu cổ như acid para-aminosalicylic);

Tiếp xúc với bức xạ;

Sự giải phóng TSH từ tuyến yên;

Tự miễn dịch;

Nhiễm trùng;

Bệnh u hạt.

Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc

Các nguyên nhân chung của phát triển bướu giáp bao gồm: Thiếu i-ốt, rối loạn tự miễn dịch, hút thuốc, di truyền, các loại thuốc (như lithium, iodides, interferon-alpha...), xạ trị, viêm và nhiễm trùng.

Trong đó, nguyên nhân phổ biến nhất của bướu giáp lan tỏa nhiễm độc là bệnh Graves (hay còn gọi là bệnh Basedow). Đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra bệnh cường giáp ở Mỹ và trên toàn thế giới, ảnh hưởng đến 1 trên 200 người.

Nguy cơ bướu giáp lan tỏa

Những ai có nguy cơ mắc bướu giáp lan tỏa?

I-ốt có trong đất và được thực ăn hấp thụ i-ốt từ đất. Ở vùng núi và môi trường mưa, i-ốt bị cuốn trôi khỏi đất và đất có thể bị thiếu i-ốt. Điều này giải thích cho lý do vì sao các cư dân ở khu vực này có nguy cơ mắc bướu giáp cao hơn. Đối với bướu giáp lan tỏa nhiễm độc, mặc dù có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng nó thường ảnh hưởng đến người từ 30 đến 50 tuổi, tỷ lệ ở nữ cao gấp 7 cho đến 10 lần so với nam.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bướu giáp lan tỏa

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bướu giáp nói chung có thể bao gồm:

Béo phì ; Tình trạng đề kháng insulin; Hội chứng chuyển hóa; Tiếp xúc với bức xạ ở vùng đầu cổ; Tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp.

Béo phì ;

Tình trạng đề kháng insulin;

Hội chứng chuyển hóa;

Tiếp xúc với bức xạ ở vùng đầu cổ;

Tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp.

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc

Các yếu tố nguy cơ tập trung vào chế độ dinh dưỡng thiếu hụt i-ốt, ví dụ như:

Sinh sống ở khu vực đồi núi cao, có mưa nhiều. Tỷ lệ mắc bướu giáp tăng lên với mức độ thiếu i-ốt. Tình trạng kinh tế xã hội thấp có liên quan đến việc giảm lượng i-ốt.

Sinh sống ở khu vực đồi núi cao, có mưa nhiều.

Tỷ lệ mắc bướu giáp tăng lên với mức độ thiếu i-ốt.

Tình trạng kinh tế xã hội thấp có liên quan đến việc giảm lượng i-ốt.

Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc

Yếu tố nguy cơ có thể liên quan đến giới tính, với tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn 7 đến 10 lần so với nam. Yếu tố gia đình cũng có liên quan khi tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình cũng tăng lên rõ rệt.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bướu giáp lan tỏa

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bướu giáp lan tỏa

Chẩn đoán bướu giáp lan tỏa bao gồm việc bác sĩ sẽ hỏi bệnh và thăm khám tuyến giáp của bạn. Bác sĩ cũng có thể khám các phần khác như:

Cân nặng để đánh giá tình trạng sụt cân. Khám đầu, mắt, tai để phát hiện các bất thường như lồi mắt, phù quanh ổ mắt. Khám hệ tim mạch để phát hiện các bất thường về nhịp tim. Khám thần kinh cơ kiểm tra tình trạng run, yếu cơ, tăng phản xạ. Khám hệ hô hấp phát hiện khó thở hay thở nhanh. Khám da và tứ chi để kiểm tra độ ẩm, ra mồ hôi, phù niêm.

Cân nặng để đánh giá tình trạng sụt cân.

Khám đầu, mắt, tai để phát hiện các bất thường như lồi mắt, phù quanh ổ mắt.

Khám hệ tim mạch để phát hiện các bất thường về nhịp tim.

Khám thần kinh cơ kiểm tra tình trạng run, yếu cơ, tăng phản xạ.

Khám hệ hô hấp phát hiện khó thở hay thở nhanh.

Khám da và tứ chi để kiểm tra độ ẩm, ra mồ hôi, phù niêm.

Các xét nghiệm có thể được thực hiện bao gồm:

Xét nghiệm máu kiểm tra nồng độ T3, T4, TSH. Siêu âm tuyến giáp. Xét nghiệm TRAb đánh giá bệnh Graves. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có thể được thực hiện. Các hình ảnh học như X-quang, CT scan và MRI cũng có thể được thực hiện.

Xét nghiệm máu kiểm tra nồng độ T3, T4, TSH.

Siêu âm tuyến giáp.

Xét nghiệm TRAb đánh giá bệnh Graves.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có thể được thực hiện.

Các hình ảnh học như X-quang, CT scan và MRI cũng có thể được thực hiện.

Phương pháp điều trị bướu giáp lan tỏa

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc thường tiến triển chậm và không có triệu chứng nên không cần điều trị và theo dõi. Một số có thể đáp ứng với liệu pháp levothyroxin nhưng cần theo dõi chặt chẽ người bệnh. Phẫu thuật cắt tuyến giáp là phương pháp điều trị chính, được chỉ định khi bướu giáp lan tỏa không độc gây ra các triệu chứng hoặc biến chứng.

Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc có thể được điều trị bằng các phương pháp sau, bao gồm:

Thuốc kháng giáp: Lựa chọn thuốc kháng giáp bao gồm propylthiouracil, methimazole và carbimazole. Hạn chế của việc điều trị thuốc kháng giáp là nguy cơ tái phát bệnh, đặc biệt là trong năm đầu tiên sau khi ngưng điều trị. Các tác dụng phụ nhưng hiếm gặp chủ yếu của thuốc kháng giáp là mất bạch cầu hạt, nhiễm độc gan và viêm mạch. Liệu pháp i-ốt phóng xạ: Là hình thức điều trị rất an toàn và hiệu quả. Các tác dụng phụ tiềm ẩn bao gồm nguy cơ phát triển suy giáp và hiếm khi xuất hiện cường giáp thoáng qua do bức xạ. Người bệnh phải được tư vấn về việc theo dõi suốt đời bệnh tái phát và tình trạng suy giáp để điều trị kịp thời. Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt tuyến giáp là hình thức điều trị thành công nhất của bướu giáp lan tỏa nhiễm độc. Do các tác dụng phụ liên quan đến sử dụng thuốc gây mê toàn thân, liệt dây thanh, biến chứng mạch máu và suy giáp nên phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn điều trị cuối cùng. Phẫu thuật được ưu tiên sử dụng ở người bệnh không thể dung nạp thuốc kháng giáp hoặc liệu pháp i-ốt phóng xạ.

Thuốc kháng giáp: Lựa chọn thuốc kháng giáp bao gồm propylthiouracil, methimazole và carbimazole. Hạn chế của việc điều trị thuốc kháng giáp là nguy cơ tái phát bệnh, đặc biệt là trong năm đầu tiên sau khi ngưng điều trị. Các tác dụng phụ nhưng hiếm gặp chủ yếu của thuốc kháng giáp là mất bạch cầu hạt, nhiễm độc gan và viêm mạch.

Liệu pháp i-ốt phóng xạ: Là hình thức điều trị rất an toàn và hiệu quả. Các tác dụng phụ tiềm ẩn bao gồm nguy cơ phát triển suy giáp và hiếm khi xuất hiện cường giáp thoáng qua do bức xạ. Người bệnh phải được tư vấn về việc theo dõi suốt đời bệnh tái phát và tình trạng suy giáp để điều trị kịp thời.

Phẫu thuật: Phẫu thuật cắt tuyến giáp là hình thức điều trị thành công nhất của bướu giáp lan tỏa nhiễm độc. Do các tác dụng phụ liên quan đến sử dụng thuốc gây mê toàn thân, liệt dây thanh, biến chứng mạch máu và suy giáp nên phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn điều trị cuối cùng. Phẫu thuật được ưu tiên sử dụng ở người bệnh không thể dung nạp thuốc kháng giáp hoặc liệu pháp i-ốt phóng xạ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bướu giáp lan tỏa

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bướu giáp lan tỏa

Chế độ sinh hoạt:

Để hạn chế diễn tiến của bệnh bướu giáp lan tỏa, điều quan trọng là bạn phải theo dõi các triệu chứng, đến khám sớm để có thể được điều trị, hạn chế các biến chứng của tình trạng bướu giáp lan tỏa. Sau khi điều trị, bạn nên tái khám theo dõi định kỳ vì các lý do sau:

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc: Hầu hết bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc là lành tính, có tiên lượng tốt và chỉ gây mất thẩm mỹ. Tuy nhiên một số có thể trở thành ác tính, do đó cần phải tái khám theo dõi suốt đời. Ở những đối tượng bị chèn ép đã phẫu thuật cắt bỏ, theo dõi tình trạng suy giáp trong 3 đến 4 tháng sau điều trị. Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc: Theo diễn tiến tự nhiên của bệnh bất kể điều trị hay không, người bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc, đặc biệt là bệnh Graves đều sẽ bị suy giáp. Do đó, hãy chú ý việc sử dụng thuốc (ví dụ như bổ sung hormon giáp) theo chỉ định của bác sĩ. Bạn có thể cần bổ sung hormon giáp suốt đời sau điều trị bằng liệu pháp i-ốt phóng xạ, hãy chú ý tái khám đúng hẹn để bác sĩ có thể theo dõi và kê đơn thuốc cho bạn.

Bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc: Hầu hết bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc là lành tính, có tiên lượng tốt và chỉ gây mất thẩm mỹ. Tuy nhiên một số có thể trở thành ác tính, do đó cần phải tái khám theo dõi suốt đời. Ở những đối tượng bị chèn ép đã phẫu thuật cắt bỏ, theo dõi tình trạng suy giáp trong 3 đến 4 tháng sau điều trị.

Bướu giáp lan tỏa nhiễm độc: Theo diễn tiến tự nhiên của bệnh bất kể điều trị hay không, người bệnh bướu giáp lan tỏa nhiễm độc, đặc biệt là bệnh Graves đều sẽ bị suy giáp. Do đó, hãy chú ý việc sử dụng thuốc (ví dụ như bổ sung hormon giáp) theo chỉ định của bác sĩ. Bạn có thể cần bổ sung hormon giáp suốt đời sau điều trị bằng liệu pháp i-ốt phóng xạ, hãy chú ý tái khám đúng hẹn để bác sĩ có thể theo dõi và kê đơn thuốc cho bạn.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ dinh dưỡng nên tuân theo sự hướng dẫn của bác sĩ. Đặc biệt nếu bạn đang điều trị bướu giáp lan tỏa nhiễm độc bằng liệu pháp i-ốt phóng xạ, bạn phải ngừng tất cả các loại thuốc có chứa i-ốt và một chế độ ăn hạn chế i-ốt để đảm bảo cho việc điều trị.

Phương pháp phòng ngừa bướu giáp lan tỏa hiệu quả

Một số nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của bướu giáp lan tỏa là không thể phòng ngừa được, ví dụ như các yếu tố gia đình. Một số khác có thể ngăn ngừa như khắc phục tình trạng thiếu i-ốt có thể giúp phòng ngừa bướu giáp lan tỏa không nhiễm độc.

=====

Tìm hiểu chung cổ trướng

Cổ trướng là sự tích tụ dịch trong ổ bụng. Tình trạng này thường xảy ra ở những người bị xơ gan. Phức mạc là lớp mô bao phủ các cơ quan nội tạng như dạ dày, ruột, gan và thận. Phức mạc có hai lớp, cổ trướng xảy ra khi dịch tích tụ giữa hai lớp này.

Triệu chứng cổ trướng

Những dấu hiệu và triệu chứng của cổ trướng

Triệu chứng chính của cổ trướng là bụng phình to và tăng cân nhanh. Các triệu chứng khác bao gồm:

Sưng ở mắt cá chân, sưng bụng; Tăng cân rất nhanh; Cảm giác cơ thể nặng nề; Đau tức ngực; Hụt hơi; Các vấn đề về tiêu hóa, chẳng hạn như đầy hơi, đau bụng, chán ăn, khó tiêu và táo bón; Đau lưng; Khó ngủ; Mệt mỏi.

Sưng ở mắt cá chân, sưng bụng;

Tăng cân rất nhanh;

Cảm giác cơ thể nặng nề;

Đau tức ngực;

Hụt hơi;

Các vấn đề về tiêu hóa, chẳng hạn như đầy hơi, đau bụng, chán ăn, khó tiêu và táo bón;

Đau lưng;

Khó ngủ;

Mệt mỏi.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh cổ trướng

Tỷ lệ sống sót sau 5 năm kể từ khi được chẩn đoán cổ trướng là khoảng 30% đến 40%. Cổ trướng có thể dẫn đến:

Các vấn đề về bụng: Dịch ổ bụng tích tụ nhiều có thể dẫn đến đau, khó chịu và khó thở. Những triệu chứng này có thể gây chán ăn, mệt mỏi và giảm tập trung khi thực hiện các hoạt động hàng ngày. Nhiễm trùng: Dịch ổ bụng có thể bị nhiễm trùng, gọi là viêm phúc mạc do vi khuẩn tự phát. Triệu chứng là bị sốt và đau bụng. Liên hệ với bác sĩ hoặc cơ sở y tế nếu bị cổ trướng kèm các dấu hiệu như sốt và đau bụng dữ dội. Phương pháp điều trị là dùng kháng sinh tiêm tĩnh mạch và có thể điều trị bằng kháng sinh lâu dài để ngăn ngừa nhiễm trùng quay trở lại. Tràn dịch màng phổi ở gan, hoặc dịch trong phổi: Dịch bụng sẽ tràn qua phổi, thường ở phổi bên phải. Bệnh nhân có thể bị khó thở, ho, khó chịu ở ngực và thiếu oxy máu. Bạn có thể cần chọc dịch lồng ngực để loại bỏ chất lỏng. Thoát vị liên quan đến cổ trướng: Sự gia tăng áp lực ổ bụng có thể dẫn đến thoát vị, đặc biệt là thoát vị rốn và bẹn. Suy thận: Nếu xơ gan nặng hơn có thể dẫn đến suy thận (hội chứng gan thận).

Các vấn đề về bụng: Dịch ổ bụng tích tụ nhiều có thể dẫn đến đau, khó chịu và khó thở. Những triệu chứng này có thể gây chán ăn, mệt mỏi và giảm tập trung khi thực hiện các hoạt động hàng ngày.

Nhiễm trùng: Dịch ổ bụng có thể bị nhiễm trùng, gọi là viêm phúc mạc do vi khuẩn tự phát. Triệu chứng là bị sốt và đau bụng. Liên hệ với bác sĩ hoặc cơ sở y tế nếu bị cổ trướng kèm các dấu hiệu như sốt và đau bụng dữ dội. Phương pháp điều trị là dùng kháng sinh tiêm tĩnh mạch và có thể điều trị bằng kháng sinh lâu dài để ngăn ngừa nhiễm trùng quay trở lại.

Tràn dịch màng phổi ở gan, hoặc dịch trong phổi: Dịch bụng sẽ tràn qua phổi, thường ở phổi bên phải. Bệnh nhân có thể bị khó thở, ho, khó chịu ở ngực và thiếu oxy máu. Bạn có thể cần chọc dịch lồng ngực để loại bỏ chất lỏng.

Thoát vị liên quan đến cổ trướng: Sự gia tăng áp lực ổ bụng có thể dẫn đến thoát vị, đặc biệt là thoát vị rốn và bẹn.

Suy thận: Nếu xơ gan nặng hơn có thể dẫn đến suy thận (hội chứng gan thận).

Cổ trướng là dấu hiệu của tổn thương gan. Nếu không được điều trị, nó có thể dẫn đến các biến chứng đe dọa tính mạng. Nhưng với cách điều trị thích hợp và thay đổi chế độ ăn uống, bệnh nhân có thể kiểm soát cổ trướng.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân cổ trướng

Xơ gan thường là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tình trạng cổ trướng. Khi bị xơ gan, gan không thể hoạt động như bình thường (gọi là suy giảm chức năng gan), bên cạnh đó kết hợp với tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa nên gây ra cổ trướng. Ngoài ra còn một số nguyên nhân khác như:

Nghiện rượu nặng (lý do phổ biến dẫn đến xơ gan); Viêm gan C, B mạn tính; Lạm dụng rượu trong nhiều năm; Bệnh gan nhiễm mỡ (viêm gan nhiễm mỡ không do rượu hoặc NASH); Máu đông trong tĩnh mạch gan (huyết khối tĩnh mạch cửa); Suy tim sung huyết; Viêm tụy; Dày và sẹo ở lớp vỏ giống như túi của tim (viêm màng ngoài tim); Lọc thận; Một số bệnh ung thư có thể gây ra tình trạng này, ví dụ ung thư gan. Cổ trướng do ung thư thường xảy ra nhất với bệnh ung thư tiến triển hoặc tái phát.

Nghiện rượu nặng (lý do phổ biến dẫn đến xơ gan);

Viêm gan C, B mạn tính;

Lạm dụng rượu trong nhiều năm;

Bệnh gan nhiễm mỡ (viêm gan nhiễm mỡ không do rượu hoặc NASH);

Máu đông trong tĩnh mạch gan (huyết khối tĩnh mạch cửa);

Suy tim sung huyết;

Viêm tụy;

Dày và sẹo ở lớp vỏ giống như túi của tim (viêm màng ngoài tim);

Lọc thận;

Một số bệnh ung thư có thể gây ra tình trạng này, ví dụ ung thư gan. Cổ trướng do ung thư thường xảy ra nhất với bệnh ung thư tiến triển hoặc tái phát.

Nguy cơ cổ trướng

Những ai có nguy cơ mắc phải cổ trướng?

Khoảng một nửa bệnh nhân bị xơ gan mất bù sẽ bị cổ trướng. Xơ gan chiếm khoảng 80% nguyên nhân gây ra cổ trướng.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải cổ trướng

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải cổ trướng, bao gồm:

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu; Viêm gan B ; Viêm gan C; Nghiện rượu; Viêm gan tự miễn ; Bệnh liên quan đến di truyền như hemochromatosis, bệnh Wilson, bệnh thiếu hụt alpha-1-antitrypsin; Suy tim sung huyết; Suy thận; Ung thư các cơ quan ở vùng bụng và xương chậu; Nhiễm trùng.

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu;

Viêm gan B ;

Viêm gan C;

Nghiện rượu;

Viêm gan tự miễn ;

Bệnh liên quan đến di truyền như hemochromatosis, bệnh Wilson, bệnh thiếu hụt alpha-1-antitrypsin;

Suy tim sung huyết;

Suy thận;

Ung thư các cơ quan ở vùng bụng và xương chậu;

Nhiễm trùng.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị cổ trướng

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán cổ trướng

Chẩn đoán cổ trướng thường dựa vào:

Tiền sử bệnh; Theo dõi lượng nước tiểu: Thu thập nước tiểu 24 giờ; Xác định chỉ số điện giải ; Xét nghiệm chức năng thận; Xét nghiệm chức năng gan ; Xét nghiệm yếu tố đông máu để xác định nguy cơ chảy máu và nồng độ protein trong máu; Phân tích nước tiểu; Siêu âm bụng; CT scan bụng; Chọc dò dịch ổ bụng để phân tích dịch ổ bụng, xác định xem có dấu hiệu nhiễm trùng, ung thư hoặc vấn đề nguy hiểm khác không.

Tiền sử bệnh;

Theo dõi lượng nước tiểu: Thu thập nước tiểu 24 giờ;

Xác định chỉ số điện giải ;

Xét nghiệm chức năng thận;

Xét nghiệm chức năng gan ;

Xét nghiệm yếu tố đông máu để xác định nguy cơ chảy máu và nồng độ protein trong máu;

Phân tích nước tiểu;

Siêu âm bụng;

CT scan bụng;

Chọc dò dịch ổ bụng để phân tích dịch ổ bụng, xác định xem có dấu hiệu nhiễm trùng, ung thư hoặc vấn đề nguy hiểm khác không.

Phương pháp điều trị cổ trướng hiệu quả

Chế độ ăn uống:

Điều chỉnh chế độ ăn uống hợp lý là điều quan trọng đầu tiên giúp hạn chế tích tụ dịch ổ bụng. Người bệnh cần lưu ý phải thực hiện chế độ ăn uống hạn chế natri. Đối với những người bị cổ trướng, lượng natri khuyến nghị là ít hơn 2.000mg đến 4.000mg mỗi ngày.

Hạn chế uống rượu hoặc tốt nhất là nên ngừng uống rượu hoặc sử dụng các thực phẩm chứa cồn.

Thuốc:

Thuốc lợi tiểu là thuốc quan trọng để giúp thải bớt lượng dịch tích tụ ra ngoài cơ thể.

Ngoài ra, nếu sau khi xét nghiệm dịch ổ bụng có nhiễm trùng thì có thể cần dùng thuốc kháng sinh để diệt trừ vi khuẩn.

Một số phương pháp khác:

Nếu việc dùng thuốc lợi tiểu và chế độ ăn ít natri không đủ để cải thiện tình trạng cổ trướng thì có thể cần thêm một số phương pháp khác như:

Chọc hút dịch để loại bỏ dịch ổ bụng dư thừa. Shunt hệ thống cửa trong gan xuyên tĩnh mạch (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt - TIPS): Thủ thuật này được dùng để điều trị cổ trướng bằng cách đặt stent vào tĩnh mạch trong gan.

Ghép gan : Trong trường hợp xơ gan nặng, khi gan bị suy, việc ghép gan có thể là cần thiết. Nếu ung thư, hóa trị hoặc liệu pháp hormone có thể giúp thu nhỏ khối u.

Chọc hút dịch để loại bỏ dịch ổ bụng dư thừa.

Shunt hệ thống cửa trong gan xuyên tĩnh mạch (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt - TIPS): Thủ thuật này được dùng để điều trị cổ trướng bằng cách đặt stent vào tĩnh mạch trong gan.

Ghép gan : Trong trường hợp xơ gan nặng, khi gan bị suy, việc ghép gan có thể là cần thiết.

Nếu ung thư, hóa trị hoặc liệu pháp hormone có thể giúp thu nhỏ khối u.

Phương pháp điều trị cổ trướng có thể giúp cải thiện triệu chứng và giảm biến chứng. Ở một số bệnh nhân, cổ trướng có thể giải quyết bằng liệu pháp lợi tiểu, TIPS hoặc ghép gan. Trong trường hợp viêm gan do rượu, cổ trướng có thể giải quyết nhờ sự cải thiện chức năng gan.

Dịch ổ bụng có thể tiếp tục tích tụ, do đó cần phải tuân theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ. Nếu chất lỏng tích tụ nhanh chóng, phương pháp điều trị là dùng thuốc lợi tiểu, shunt hệ thống cửa trong gan qua tĩnh mạch (TIPS) hoặc ghép gan.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa cổ trướng

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của cổ trướng

Chế độ sinh hoạt:

Kiểm tra cân nặng thường xuyên: Cân trọng lượng cơ thể hàng ngày, nên đi khám nếu tăng hơn 4 - 5 kg/ngày. Hạn chế sử dụng NSAID: Thuốc chống viêm không steroid, chẳng hạn như ibuprofen và aspirin, ảnh hưởng đến thận, có thể khiến cơ thể giữ lại lượng nước và muối dư thừa. Tuân thủ và tái khám định kỳ theo hướng dẫn của bác sĩ nhằm xác định diễn tiến bệnh và xử trí bất thường trong quá trình điều trị. Duy trì lối sống vui vẻ, lạc quan, hạn chế lo âu, stress vì tâm lý tốt sẽ hỗ trợ việc điều trị và phục hồi sức khỏe tốt hơn. Người bệnh có thể áp dụng một số phương pháp giảm stress như nuôi chó mèo, đọc sách báo, trò chuyện với người thân...

Kiểm tra cân nặng thường xuyên: Cân trọng lượng cơ thể hàng ngày, nên đi khám nếu tăng hơn 4 - 5 kg/ngày.

Hạn chế sử dụng NSAID: Thuốc chống viêm không steroid, chẳng hạn như ibuprofen và aspirin, ảnh hưởng đến thận, có thể khiến cơ thể giữ lại lượng nước và muối dư thừa.

Tuân thủ và tái khám định kỳ theo hướng dẫn của bác sĩ nhằm xác định diễn tiến bệnh và xử trí bất thường trong quá trình điều trị.

Duy trì lối sống vui vẻ, lạc quan, hạn chế lo âu, stress vì tâm lý tốt sẽ hỗ trợ việc điều trị và phục hồi sức khỏe tốt hơn. Người bệnh có thể áp dụng một số phương pháp giảm stress như nuôi chó mèo, đọc sách báo, trò chuyện với người thân...

Chế độ dinh dưỡng:

Hạn chế uống rượu, nên tránh đồ uống có chứa cồn để giảm nguy cơ cổ trướng. Chế độ ăn ít muối: Tuân thủ chế độ ăn ít natri, ăn không quá 2.000 mg đến 4.000 mg mỗi ngày.

Hạn chế uống rượu, nên tránh đồ uống có chứa cồn để giảm nguy cơ cổ trướng.

Chế độ ăn ít muối: Tuân thủ chế độ ăn ít natri, ăn không quá 2.000 mg đến 4.000 mg mỗi ngày.

Phương pháp phòng ngừa cổ trướng hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Cách tốt nhất để ngăn ngừa cổ trướng là sống một lối sống lành mạnh. Hạn chế rượu và muối, không hút thuốc và tập thể dục thường xuyên. Tiêm vắc xin phòng các bệnh như cúm, viêm gan A, viêm gan B và nhiễm phế cầu khuẩn.

Cách tốt nhất để ngăn ngừa cổ trướng là sống một lối sống lành mạnh.

Hạn chế rượu và muối, không hút thuốc và tập thể dục thường xuyên.

Tiêm vắc xin phòng các bệnh như cúm, viêm gan A, viêm gan B và nhiễm phế cầu khuẩn.

=====

Tìm hiểu chung u tủy thượng thận

U tủy thượng thận (Pheochromocytoma) còn có tên gọi khác là u tế bào ưa crom.

Đây là một loại khối u thần kinh nội tiết phát triển từ các tế bào gọi là tế bào chromaffin. Những tế bào này sản xuất ra các hormone cần thiết cho cơ thể và được tìm thấy ở tuyến thượng thận. Khoảng 85% trường hợp phát sinh u ở tủy thượng thận, phần còn lại là các khối u có nguồn gốc từ các tế bào nhiễm sắc ngoài tuyến thượng thận của hạch cạnh cột sống giao cảm, được gọi là u cận hạch (paraganglioma).

Hầu hết các u tủy thượng thận đều lành tính, có nghĩa là chúng không phải là ung thư và không lan sang các bộ phận khác của cơ thể. Chỉ có khoảng 10% u tủy thượng thận là ác tính.

Hầu hết các trường hợp u tủy thượng thận xảy ra ở những người từ 20 đến 50 tuổi. Ước tính chỉ có khoảng 8 người trên 1 triệu người mắc bệnh u tủy thượng thận.

Bạn có hai tuyến thượng thận, mỗi tuyến nằm trên mỗi quả thận. Chúng là một phần của hệ thống nội tiết. Mỗi tuyến thượng thận có hai phần. Lớp bên ngoài của tuyến thượng thận được gọi là vỏ thượng thận. Trung tâm của tuyến thượng thận được gọi là tủy thượng thận.

Tủy thượng thận của bạn tạo ra các hormone gọi là catecholamine giúp điều chỉnh các chức năng và khía cạnh quan trọng của cơ thể sau đây:

Nhịp tim; Huyết áp; Đường huyết.

Nhịp tim;

Huyết áp;

Đường huyết.

Các catecholamine chính bao gồm:

Dopamin; Epinephrine (Adrenaline); Norepinephrine (Noradrenaline);

Dopamin;

Epinephrine (Adrenaline);

Norepinephrine (Noradrenaline);

U tủy thượng thận có thể giải phóng các catecholamin vào máu, gây ra một số triệu chứng nhất định.

Triệu chứng u tủy thượng thận

Những dấu hiệu và triệu chứng của u tủy thượng thận

Các dấu hiệu và triệu chứng của u tủy thượng thận xảy ra khi khối u giải phóng quá nhiều catecholamin vào máu. Tuy nhiên, một số khối u tủy thượng thận cũng không gây ra triệu chứng.

Các triệu chứng phổ biến của u tủy thượng thận bao gồm:

Huyết áp cao; Đau đầu; Đổ mồ hôi quá nhiều mà không rõ lý do; Nhịp tim nhanh hoặc không đều; Cảm giác run rẩy .

Huyết áp cao;

Đau đầu;

Đổ mồ hôi quá nhiều mà không rõ lý do;

Nhịp tim nhanh hoặc không đều;

Cảm giác run rẩy .

Các triệu chứng ít phổ biến hơn của u tủy thượng thận bao gồm:

Đau ở ngực và/hoặc bụng; Buồn nôn và/hoặc nôn ; Tiêu chảy; Táo bón ; Hạ huyết áp tư thế; Sụt cân không rõ nguyên nhân;

Đau ở ngực và/hoặc bụng;

Buồn nôn và/hoặc nôn ;

Tiêu chảy;

Táo bón ;

Hạ huyết áp tư thế;

Sụt cân không rõ nguyên nhân;

Một số hoạt động hoặc tình trạng nhất định có thể làm cho các triệu chứng trở nên tồi tệ hơn, chẳng hạn như:

Hoạt động thể chất cường độ cao; Một chấn thương hoặc căng thẳng cảm xúc mãnh liệt; Sinh con; Phẫu thuật; Ăn thực phẩm giàu tyramine như rượu vang đỏ, sô cô la và phô mai.

Hoạt động thể chất cường độ cao;

Một chấn thương hoặc căng thẳng cảm xúc mãnh liệt;

Sinh con;

Phẫu thuật;

Ăn thực phẩm giàu tyramine như rượu vang đỏ, sô cô la và phô mai.

Hiểu rõ triệu chứng, hành động ngay: U tuyến thượng thận gây tăng huyết áp và những nguy cơ tiềm ẩn

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Hãy gặp bác sĩ nếu bạn có bất kỳ yếu tố nào sau đây:

Khó kiểm soát huyết áp dù đã uống thuốc huyết áp đầy đủ. Những dấu hiệu và triệu chứng thường gặp của u tủy thượng thận. Trong gia đình có người mắc bệnh u tủy thượng thận Tiền sử gia đình mắc chứng rối loạn di truyền: Đa u nội tiết, bệnh Von Hippel-Lindau, hội chứng u cận hạch di truyền hoặc u xơ thần kinh.

Khó kiểm soát huyết áp dù đã uống thuốc huyết áp đầy đủ.

Những dấu hiệu và triệu chứng thường gặp của u tủy thượng thận.

Trong gia đình có người mắc bệnh u tủy thượng thận

Tiền sử gia đình mắc chứng rối loạn di truyền: Đa u nội tiết, bệnh Von Hippel-Lindau, hội chứng u cận hạch di truyền hoặc u xơ thần kinh.

Nguyên nhân u tủy thượng thận

Nguyên nhân dẫn đến u tủy thượng thận

Đột biến ở các gen RET, VHL, NF1, SDHA, SDHB, SDHC, SDHD, SDHAF2, MDH2, IDH1, PHD1/PHD2, HIF2A/EPAS1/2, TMEM127, MAX, HRAS, MAML3 và CSDE1 có thể đóng một vai trò trong việc hình thành u tủy thượng thận. Theo một nghiên cứu gần đây, có tới 35% trường hợp người mắc u tủy thượng thận do di truyền trong gia đình. Nhiều trường hợp u tủy thượng thận xảy ra không có lý do rõ ràng và không di truyền trong gia đình.

Tìm hiểu thêm : Thể đột biến là gì? Các nguyên nhân dẫn đến đột biến

Nguy cơ u tủy thượng thận

Những ai có nguy cơ mắc u tủy thượng thận?

Hầu hết u tủy thượng thận được phát hiện ở những người trong độ tuổi từ 20 đến 50. Nhưng khối u cũng có thể phát triển ở mọi lứa tuổi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải u tủy thượng thận

Những người mắc một số rối loạn di truyền hiếm gặp sẽ có nguy cơ mắc bệnh u tủy thượng thận hơn người bình thường. Những rối loạn di truyền này bao gồm:

Bệnh đa u nội tiết tuýp 2 (MEN2) là một rối loạn dẫn đến các khối u ở nhiều bộ phận của hệ thống nội tiết. Các khối u khác liên quan đến tình trạng này có thể xuất hiện ở các bộ phận khác của cơ thể, bao gồm tuyến giáp, tuyến cận giáp, môì, lưỡi và hệ tiêu hóa. Bệnh Von Hippel-Lindau có thể gây ra khối u ở nhiều vị trí, bao gồm hệ thần kinh trung ương, hệ nội tiết, tuyến tụy và thận. Bệnh u xơ thần kinh tuýp 1 gây ra nhiều khối u trên da, các đốm sắc tố trên da và các khối u của dây thần kinh thị giác. Hội chứng u cận hạch di truyền là những rối loạn di truyền dẫn đến u tủy thượng thận hoặc u tuyến cận hạch.

Bệnh đa u nội tiết tuýp 2 (MEN2) là một rối loạn dẫn đến các khối u ở nhiều bộ phận của hệ thống nội tiết. Các khối u khác liên quan đến tình trạng này có thể xuất hiện ở các bộ phận khác của cơ thể, bao gồm tuyến giáp, tuyến cận giáp, môì, lưỡi và hệ tiêu hóa.

Bệnh Von Hippel-Lindau có thể gây ra khối u ở nhiều vị trí, bao gồm hệ thần kinh trung ương, hệ nội tiết, tuyến tụy và thận.

Bệnh u xơ thần kinh tuýp 1 gây ra nhiều khối u trên da, các đốm sắc tố trên da và các khối u của dây thần kinh thị giác.

Hội chứng u cận hạch di truyền là những rối loạn di truyền dẫn đến u tủy thượng thận hoặc u tuyến cận hạch.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị u tủy thượng thận

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán u tủy thượng thận

Vì u tủy thượng thận là một khối u hiếm gặp và đôi khi không có triệu chứng nên có thể khó chẩn đoán. Bác sĩ sẽ hỏi bệnh sử, tiền căn bệnh lý của bạn và gia đình, khám sức khỏe tổng quát và đề nghị một số xét nghiệm để chẩn đoán xác định bạn có mắc bệnh u tủy thượng thận hay không.

Các xét nghiệm giúp chẩn đoán bệnh u tủy thượng thận bao gồm:

Xét nghiệm nước tiểu 24 giờ: Lấy nước tiểu của bạn trong 24 giờ để đo mức catecholamine trong nước tiểu của bạn. Các chất sinh ra từ sự phân hủy của các hormone này cũng được đo lường. Lượng catecholamine trong nước tiểu cao hơn bình thường có thể là dấu hiệu của u tủy thượng thận. Xét nghiệm catecholamine trong máu: Xét nghiệm này đo mức độ catecholamine trong máu của bạn. Mức catecholamine trong máu cao hơn bình thường có thể là dấu hiệu của bệnh u tủy thượng thận.

Chụp CT (chụp cắt lớp vi tính): Bác sĩ có thể đề nghị chụp CT để họ có thể đánh giá tuyến thượng thận của bạn. MRI (chụp cộng hưởng từ): Bác sĩ có thể đề nghị chụp MRI để họ có thể đánh giá tuyến thượng thận của bạn.

Xét nghiệm nước tiểu 24 giờ: Lấy nước tiểu của bạn trong 24 giờ để đo mức catecholamine trong nước tiểu của bạn. Các chất sinh ra từ sự phân hủy của các hormone này cũng được đo lường. Lượng catecholamine trong nước tiểu cao hơn bình thường có thể là dấu hiệu của u tủy thượng thận.

Xét nghiệm catecholamine trong máu: Xét nghiệm này đo mức độ catecholamine trong máu của bạn. Mức catecholamine trong máu cao hơn bình thường có thể là dấu hiệu của bệnh u tủy thượng thận.

Chụp CT (chụp cắt lớp vi tính): Bác sĩ có thể đề nghị chụp CT để họ có thể đánh giá tuyến thượng thận của bạn.

MRI (chụp cộng hưởng từ): Bác sĩ có thể đề nghị chụp MRI để họ có thể đánh giá tuyến thượng thận của bạn.

Sau khi bác sĩ chẩn đoán u tủy thượng thận, họ có thể sẽ thực hiện các xét nghiệm bổ sung để xem khối u là lành tính hay ác tính và liệu nó có lan sang các bộ phận khác trên cơ thể bạn hay không.

Nếu bạn được chẩn đoán mắc bệnh u tủy thượng thận, bác sĩ có thể đề nghị tư vấn di truyền để tìm ra nguy cơ mắc hội chứng di truyền và các bệnh ung thư liên quan khác.

Bác sĩ có thể đề nghị xét nghiệm di truyền nếu bạn có bất kỳ yếu tố nào sau đây: Bạn có tiền sử cá nhân hoặc gia đình có các đặc điểm liên quan đến hội chứng u tủy thượng thận hoặc u cận hạch di truyền. Bạn có khối u ở cả hai tuyến thượng thận. Bạn có nhiều hơn một khối u trong một tuyến thượng thận. Bạn có dấu hiệu hoặc triệu chứng của nồng độ catecholamine trong máu cao hơn bình thường. Bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh u tủy thượng thận trước tuổi 40.

Bạn có tiền sử cá nhân hoặc gia đình có các đặc điểm liên quan đến hội chứng u tủy thượng thận hoặc u cận hạch di truyền.

Bạn có khối u ở cả hai tuyến thượng thận.

Bạn có nhiều hơn một khối u trong một tuyến thượng thận.

Bạn có dấu hiệu hoặc triệu chứng của nồng độ catecholamine trong máu cao hơn bình thường.

Bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh u tủy thượng thận trước tuổi 40.

Nếu bác sĩ tìm thấy những thay đổi gen nhất định trong kết quả xét nghiệm của bạn, họ có thể sẽ đề nghị các thành viên trong gia đình bạn có nguy cơ nhưng không có dấu hiệu hoặc triệu chứng cũng nên đi xét nghiệm.

Chẩn đoán sớm, can thiệp kịp thời: Xét nghiệm suy tuyến thượng thận bao gồm những gì?

Phương pháp điều trị u tủy thượng thận hiệu quả

Điều trị u tủy thượng thận có thể phải có sự tham gia của nhiều bác sĩ khác nhau, bao gồm bác sĩ chuyên về rối loạn nội tiết, bác sĩ nội khoa và bác sĩ ung thư.

Các phương pháp được lựa chọn để điều trị u tủy thượng thận bao gồm:

Thuốc: Bác sĩ có thể kê cho bạn thuốc để kiểm soát các triệu chứng, chẳng hạn như thuốc chẹn alpha và thuốc chẹn beta là thuốc để kiểm soát huyết áp. Phẫu thuật: Loại bỏ càng nhiều khối u càng tốt. Trong một số trường hợp, toàn bộ

tuyến thượng thận có thể bị cắt bỏ. Xạ trị và hóa trị: Phương pháp điều trị bằng xạ trị và hóa trị được sử dụng khi u tủy thượng thận đã lan sang các bộ phận khác của cơ thể. Liệu pháp nhắm trúng đích: Là một phương pháp điều trị ung thư nhắm vào các protein kiểm soát cách tế bào ung thư phát triển, phân chia và lan rộng. Liệu pháp truyền tắc: Là làm tắc nghẽn động mạch dẫn đến tuyến thượng thận. Ngăn chặn dòng máu đến tuyến thượng thận giúp tiêu diệt các tế bào ung thư đang phát triển ở đó.

Thuốc: Bác sĩ có thể kê cho bạn thuốc để kiểm soát các triệu chứng, chẳng hạn như thuốc chẹn alpha và thuốc chẹn beta là thuốc để kiểm soát huyết áp.

Phẫu thuật: Loại bỏ càng nhiều khối u càng tốt. Trong một số trường hợp, toàn bộ tuyến thượng thận có thể bị cắt bỏ.

Xạ trị và hóa trị: Phương pháp điều trị bằng xạ trị và hóa trị được sử dụng khi u tủy thượng thận đã lan sang các bộ phận khác của cơ thể.

Liệu pháp nhắm trúng đích: Là một phương pháp điều trị ung thư nhắm vào các protein kiểm soát cách tế bào ung thư phát triển, phân chia và lan rộng.

Liệu pháp truyền tắc: Là làm tắc nghẽn động mạch dẫn đến tuyến thượng thận. Ngăn chặn dòng máu đến tuyến thượng thận giúp tiêu diệt các tế bào ung thư đang phát triển ở đó.

Tiên lượng cho mỗi người bị u tủy thượng thận đều khác nhau và tiên lượng sẽ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, chẳng hạn như:

Khối u ở đâu trong cơ thể bạn. Ung thư có lan sang các bộ phận khác trên cơ thể bạn không. Khối u được cắt bỏ bao nhiêu trong quá trình phẫu thuật.

Khối u ở đâu trong cơ thể bạn.

Ung thư có lan sang các bộ phận khác trên cơ thể bạn không.

Khối u được cắt bỏ bao nhiêu trong quá trình phẫu thuật.

Bệnh nhân có u tủy thượng thận nhỏ chưa lan sang các bộ phận khác của cơ thể có tỷ lệ sống sót sau 5 năm là khoảng 95%. Bệnh nhân bị u tủy thượng thận tái phát hoặc lan sang các bộ phận khác có tỷ lệ sống sót sau 5 năm từ 34% đến 60%.

Khám phá ngay: Các phương pháp điều trị u tuyến thượng thận

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa u tuyến thượng thận

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến u tuyến thượng thận

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ ý kiến của chuyên gia trong quá trình điều trị. Chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt lành mạnh. Vận động và thể dục nhẹ nhàng. Hạn chế tình trạng căng thẳng tinh thần.

Tuân thủ ý kiến của chuyên gia trong quá trình điều trị.

Chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt lành mạnh.

Vận động và thể dục nhẹ nhàng.

Hạn chế tình trạng căng thẳng tinh thần.

Chế độ dinh dưỡng: Tham khảo ý kiến chuyên gia dinh dưỡng để thiết lập chế độ ăn uống phù hợp với tình trạng sức khỏe.

Tìm hiểu để bảo vệ bản thân : Ăn gì để phục hồi chức năng thận? Top thực phẩm bổ thận

Phương pháp phòng ngừa u tuyến thượng thận hiệu quả

Thật không may, bạn không thể ngăn chặn việc phát triển của u tuyến thượng thận.

Tuy nhiên, nếu bạn có nguy cơ phát triển u tuyến thượng thận do một số hội chứng và gen di truyền nhất định, tư vấn di truyền có thể giúp sàng lọc u tuyến thượng thận và có khả năng giúp bạn phát hiện bệnh ở giai đoạn đầu.

Gặp bác sĩ nếu bạn có bất kỳ người thân cấp 1 nào (anh chị em và cha mẹ) đã được chẩn đoán mắc bệnh u tuyến thượng thận và/hoặc bất kỳ tình trạng di truyền nào sau đây:

Hội chứng tân sinh đa nội tiết 2; Bệnh Von Hippel-Lindau (VHL); U xơ thần kinh loại 1 (NF1); Hội chứng u cận hạch di truyền.

Hội chứng tân sinh đa nội tiết 2;

Bệnh Von Hippel-Lindau (VHL);

U xơ thần kinh loại 1 (NF1);

Hội chứng u cận hạch di truyền.

=====

Tìm hiểu chung vú to ở nam giới

Vú to ở nam giới hay nữ hóa tuyến vú xảy ra do sự gia tăng kích thước tế bào vùng vú ở nam giới. Nguyên nhân là do hệ thống nội tiết tố dao động bất thường, cụ thể là giảm nồng độ testosterone và tăng nồng độ estrogen khiến mô vú phát triển.

Nữ hóa tuyến vú có thể xảy ra vào những thời điểm khác nhau trong đời, bao gồm:

Khi mới sinh: Hơn một nửa số trẻ sơ sinh nam có ngực to hoặc có núm vú to hơn bình thường. Tình trạng này là do nồng độ estrogen của người mẹ tăng cao và truyền cho con. Chứng vú to thường biến mất trong vòng vài tuần sau đó. Tuổi dậy thì: Hơn một nửa số nam thiếu niên dậy thì có vú to hơn bình thường. Tình trạng này sẽ biến mất khi nồng độ hormone cân bằng trở lại trong khoảng sáu tháng đến hai năm. Tuổi trưởng thành: Chứng vú to cũng xuất hiện ở nam giới trên 50 tuổi. Càng lớn tuổi, cơ thể nam giới sản xuất ít testosterone hơn lúc trẻ. Họ cũng có thể có nhiều mỡ trong cơ thể hơn, kích thích sản xuất estrogen và kết quả là vú to hơn bình thường.

Khi mới sinh: Hơn một nửa số trẻ sơ sinh nam có ngực to hoặc có núm vú to hơn bình thường. Tình trạng này là do nồng độ estrogen của người mẹ tăng cao và truyền cho con. Chứng vú to thường biến mất trong vòng vài tuần sau đó.

Tuổi dậy thì: Hơn một nửa số nam thiếu niên dậy thì có vú to hơn bình thường.

Tình trạng này sẽ biến mất khi nồng độ hormone cân bằng trở lại trong khoảng sáu tháng đến hai năm.

Tuổi trưởng thành: Chứng vú to cũng xuất hiện ở nam giới trên 50 tuổi. Càng lớn tuổi, cơ thể nam giới sản xuất ít testosterone hơn lúc trẻ. Họ cũng có thể có nhiều mỡ trong cơ thể hơn, kích thích sản xuất estrogen và kết quả là vú to hơn bình thường.

Năm 1973, Simon và cộng sự đã xác định được 4 mức độ của bệnh nữ hóa tuyến vú như sau:

Độ I: Phì đại nhỏ không có da thừa. Độ IIa: To vừa phải, không thừa da. Độ IIb: Phì đại vừa phải, có da thừa nhẹ. Độ III: Vú to rõ rệt, có da thừa, giống sa vú ở phụ nữ.

Độ I: Phì đại nhỏ không có da thừa.

Độ IIa: To vừa phải, không thừa da.

Độ IIb: Phì đại vừa phải, có da thừa nhẹ.

Độ III: Vú to rõ rệt, có da thừa, giống sa vú ở phụ nữ.

Rohrich đã đề xuất một phân loại tương tự về bệnh nữ hóa tuyến vú với bốn mức độ nghiêm trọng:

Độ I: Phì đại tối thiểu (<250g) không thừa da. Độ II: Phì đại vừa phải (250 - 500g) không thừa da. Độ III: Phì đại nặng (>500g) với thừa da độ I. Độ IV: Phì đại nặng kèm theo thừa da độ II hoặc độ III.

Độ I: Phì đại tối thiểu (<250g) không thừa da.

Độ II: Phì đại vừa phải (250 - 500g) không thừa da.

Độ III: Phì đại nặng (>500g) với thừa da độ I.

Độ IV: Phì đại nặng kèm theo thừa da độ II hoặc độ III.

Triệu chứng vú to ở nam giới

Những dấu hiệu và triệu chứng của vú to ở nam giới

Hầu hết nam giới trưởng thành mắc bệnh nữ hóa tuyến vú đều không có triệu chứng.

Các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng này có thể bao gồm:

Nhìn thấy vú to. Sờ thấy mô vú mềm, không u cục. Đau, đặc biệt ở thanh thiếu niên. Mô vú bị sưng. Núm vú nhạy cảm khi cọ xát vào quần áo.

Nhìn thấy vú to.

Sờ thấy mô vú mềm, không u cục.

Đau, đặc biệt ở thanh thiếu niên.

Mô vú bị sưng.

Núm vú nhạy cảm khi cọ xát vào quần áo.

Vú to ở nam giới có thể nhận thấy bằng mắt hoặc sờ thấy.

Tác động của vú to ở nam giới đối với sức khỏe

Nói chung, chứng vú to ở nam giới không phải là một vấn đề nghiêm trọng. Nam thanh niên và các bé trai mắc bệnh nữ hóa tuyến vú đôi khi bị đau ở ngực và có thể cảm thấy xấu hổ.

Biến chứng có thể gặp khi mắc vú to ở nam giới

Bệnh có thể ảnh hưởng nặng nề đến tâm lý người mắc hoặc bệnh nhân có thể gặp phải các biến chứng sau phẫu thuật chỉnh hình vú. Biến chứng sớm thường gặp nhất sau phẫu thuật điều trị chứng vú to ở nam giới là tụ máu, ít gặp hơn là có thể để lại sẹo và nhiễm trùng vết mổ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Hãy gặp bác sĩ nếu vú to ở nam giới và có các triệu chứng sau:

Sưng tấy; Đau nhức; Núm vú tiết dịch ở một hoặc cả hai vú.

Sưng tấy;

Đau nhức;

Núm vú tiết dịch ở một hoặc cả hai vú.

Nguyên nhân vú to ở nam giới

Đôi khi những người nam béo phì sẽ có chứng vú to do sự dư thừa mô mỡ. Tình trạng này được gọi là giả nữ hóa tuyến vú. Còn nữ hóa tuyến vú là sự mất cân bằng giữa hormone estrogen và androgen gây ra chứng vú to ở nam giới. Cơ thể nam giới thường sản xuất một lượng nhỏ estrogen (loại hormone kiểm soát sự phát triển của ngực). Nếu cơ thể người nam sản xuất quá nhiều estrogen hoặc có lượng testosterone thấp, ngực của họ có thể to ra.

Một số tình trạng có thể gây ra vú to ở nam giới hay nữ hóa tuyến vú bao gồm:

Suy sinh dục; Khối u; Bệnh thận hoặc suy thận; Hội chứng Klinefelter (một tình trạng di truyền); Bệnh tuyến giáp; Lạm dụng một số loại thuốc: Thuốc chống trầm cảm, kháng sinh, thuốc điều trị tiền liệt tuyến,...

Suy sinh dục;

Khối u;

Bệnh thận hoặc suy thận;

Hội chứng Klinefelter (một tình trạng di truyền);

Bệnh tuyến giáp;

Lạm dụng một số loại thuốc: Thuốc chống trầm cảm, kháng sinh, thuốc điều trị tiền liệt tuyến,...

Cụ thể:

Rối loạn nội tiết tố: Chứng vú to ở nam giới có thể xảy ra do sự mất cân bằng giữa hormone giới tính testosterone và estrogen. Mặc dù tất cả đàn ông đều sản xuất một số estrogen nhưng họ thường có lượng testosterone cao hơn nhiều, điều này ngăn cản estrogen khiến mô vú phát triển. Nếu sự cân bằng hormone trong cơ thể thay đổi, điều này có thể khiến ngực của nam giới phát triển. Đôi khi,

nguyên nhân của sự mất cân bằng này không được biết rõ. Tuổi dậy thì: Ở tuổi dậy thì, nồng độ hormone của bé trai khác nhau và chưa ổn định. Nếu nồng độ hormone testosterone giảm xuống, estrogen có thể khiến mô vú phát triển to hơn bình thường. Chứng vú to ở tuổi dậy thì thường hết khi các bé trai lớn lên và nồng độ hormone trở nên ổn định hơn. Sự lão hóa: Khi nam giới già đi, cơ thể họ sản xuất ít testosterone hơn. Nam giới lớn tuổi cũng có xu hướng có nhiều mỡ trong cơ thể hơn và điều này có thể khiến cơ thể sản sinh ra nhiều estrogen hơn. Những thay đổi về nồng độ hormone này có thể dẫn đến sự phát triển mô vú quá mức. Khối u: Một số khối u, chẳng hạn như những khối u liên quan đến tinh hoàn, u tuyến thượng thận hoặc tuyến yên, có thể sản xuất ra các hormone làm rối loạn sự cân bằng hormone vốn có trong cơ thể. Bệnh cường giáp: Trong cường giáp, tuyến giáp sản xuất quá nhiều hormone thyroxine. Suy thận: Khoảng một nửa số người được điều trị bằng lọc máu gặp phải chứng vú to ở nam giới do thay đổi nội tiết tố. Suy dinh dưỡng và đói: Khi cơ thể bạn không được cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, nồng độ testosterone sẽ giảm trong khi nồng độ estrogen vẫn giữ nguyên, gây mất cân bằng nội tiết tố.

Rối loạn nội tiết tố: Chứng vú to ở nam giới có thể xảy ra do sự mất cân bằng giữa hormone giới tính testosterone và estrogen. Mặc dù tất cả đàn ông đều sản xuất một số estrogen nhưng họ thường có lượng testosterone cao hơn nhiều, điều này ngăn cản estrogen khiến mô vú phát triển. Nếu sự cân bằng hormone trong cơ thể thay đổi, điều này có thể khiến ngực của nam giới phát triển. Đôi khi, nguyên nhân của sự mất cân bằng này không được biết rõ.

Tuổi dậy thì: Ở tuổi dậy thì, nồng độ hormone của bé trai khác nhau và chưa ổn định. Nếu nồng độ hormone testosterone giảm xuống, estrogen có thể khiến mô vú phát triển to hơn bình thường. Chứng vú to ở tuổi dậy thì thường hết khi các bé trai lớn lên và nồng độ hormone trở nên ổn định hơn.

Sự lão hóa: Khi nam giới già đi, cơ thể họ sản xuất ít testosterone hơn. Nam giới lớn tuổi cũng có xu hướng có nhiều mỡ trong cơ thể hơn và điều này có thể khiến cơ thể sản sinh ra nhiều estrogen hơn. Những thay đổi về nồng độ hormone này có thể dẫn đến sự phát triển mô vú quá mức.

Khối u: Một số khối u, chẳng hạn như những khối u liên quan đến tinh hoàn, u tuyến thượng thận hoặc tuyến yên, có thể sản xuất ra các hormone làm rối loạn sự cân bằng hormone vốn có trong cơ thể.

Bệnh cường giáp: Trong cường giáp, tuyến giáp sản xuất quá nhiều hormone thyroxine.

Suy thận: Khoảng một nửa số người được điều trị bằng lọc máu gặp phải chứng vú to ở nam giới do thay đổi nội tiết tố.

Suy dinh dưỡng và đói: Khi cơ thể bạn không được cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, nồng độ testosterone sẽ giảm trong khi nồng độ estrogen vẫn giữ nguyên, gây mất cân bằng nội tiết tố.

Nguy cơ vú to ở nam giới

Những ai có nguy cơ mắc phải vú to ở nam giới?

Nam giới độ tuổi sơ sinh, thiếu niên, trung niên có béo phì và sử dụng các chất kích thích, có bệnh lý cơ quan sinh dục là đối tượng nguy cơ của bệnh lý này.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải vú to ở nam giới

Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh nữ hóa tuyến vú bao gồm:

Sử dụng steroid đồng hóa để nâng cao hiệu suất thể thao. Một số tình trạng bệnh lý tuyến giáp, tuyến thượng thận, suy thận,...

Sử dụng steroid đồng hóa để nâng cao hiệu suất thể thao.

Một số tình trạng bệnh lý tuyến giáp, tuyến thượng thận, suy thận,...

Phương pháp chẩn đoán & điều trị vú to ở nam giới

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán vú to ở nam giới

Các bác sĩ sẽ đánh giá các triệu chứng, xem xét tiền sử bệnh của bạn và gia đình, thăm khám lâm sàng. Các trường hợp nữ hóa tuyến vú xảy ra ở lứa tuổi thanh thiếu niên và trước tuổi dậy thì rất hiếm. Trong hai tình huống này, luôn phải kiểm tra thêm để loại trừ rối loạn nội tiết. Để loại trừ các bệnh khác, bạn cũng có thể thực hiện các xét nghiệm bao gồm:

Xét nghiệm máu, bao gồm xét nghiệm chức năng gan và định lượng hormone sinh dục. Xét nghiệm nước tiểu. Chụp X-quang vú. Sinh thiết có thể được lấy ra và kiểm tra tế bào ung thư.

Xét nghiệm máu, bao gồm xét nghiệm chức năng gan và định lượng hormone sinh dục. Xét nghiệm nước tiểu.

Chụp X-quang vú .

Sinh thiết có thể được lấy ra và kiểm tra tế bào ung thư.

Phương pháp điều trị vú to ở nam giới hiệu quả

Các bác sĩ sẽ tìm ra phương pháp điều trị tốt nhất cho bạn dựa trên một số yếu tố sau:

Bạn bao nhiêu tuổi. Sức khỏe tổng thể của bạn. Cân nặng của bạn. Các loại thuốc bạn đang sử dụng. Tâm lý của bạn.

Bạn bao nhiêu tuổi.

Sức khỏe tổng thể của bạn.

Cân nặng của bạn.

Các loại thuốc bạn đang sử dụng.

Tâm lý của bạn.

Từ đó dự đoán tình trạng này dự kiến sẽ kéo dài bao lâu và lựa chọn phương pháp điều trị hoặc liệu pháp tốt nhất với bạn.

Một số người không cần điều trị chứng nữ hóa tuyến vú vì đây là tình trạng lành tính ở trẻ sơ sinh và nam giới tuổi dậy thì. Chứng vú to ở tuổi dậy thì tự giới hạn ở 75 đến 90% thanh thiếu niên và thoái triển sau 1 đến 3 năm. Tuy nhiên, vì chứng vú to ở thanh thiếu niên xảy ra vào thời điểm nhạy cảm khi các cậu bé ngày càng nhận thức được hình ảnh bản thân của mình nên các bác sĩ điều trị cần hết sức lưu ý.

Nếu nguyên nhân gây ra chứng vú to ở nam giới liên quan đến thuốc đang dùng, bạn có thể phải ngừng sử dụng loại thuốc đó hoặc chuyển sang loại thuốc khác.

Liệu pháp hormone có thể được sử dụng để điều trị bệnh khi bạn có các nguyên nhân cụ thể ở hệ thống nội tiết. Điều trị nội khoa chứng vú to ở nam giới nhằm mục đích điều chỉnh sự mất cân bằng estrogen-androgen bằng ba con đường:

Ngăn chặn tác dụng của estrogen lên vú (ví dụ: Clomiphene, tamoxifen , raloxifene). Sử dụng nội tiết tố androgen (ví dụ: Danazol). Ức chế sản xuất estrogen (ví dụ: Anastrozole , testolactone).

Ngăn chặn tác dụng của estrogen lên vú (ví dụ: Clomiphene, tamoxifen , raloxifene).

Sử dụng nội tiết tố androgen (ví dụ: Danazol).

Ức chế sản xuất estrogen (ví dụ: Anastrozole , testolactone).

Một số trường hợp người mắc bệnh chọn phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật điều trị chứng vú to ở tuổi dậy thì có thể được xem xét ở thanh thiếu niên nam không béo phì có vú to dai dẳng sau thời gian theo dõi ít nhất 12 tháng, đau vú hay vấn đề tâm lý xã hội ảnh hưởng nghiêm trọng đến công việc,... Trong thủ tục này, bác sĩ phẫu thuật thẩm mỹ sẽ loại bỏ mô vú để làm cho ngực nhỏ hơn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa vú to ở nam giới

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến vú to ở nam giới

Chế độ sinh hoạt: Bệnh nhân nên được khuyến khích giảm cân, ngừng hút thuốc, kiêng uống rượu, tập luyện thể dục thể thao đều đặn.

Chế độ dinh dưỡng: Một chế độ ăn lành mạnh giúp cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần.

Phương pháp phòng ngừa bệnh vú to ở nam giới hiệu quả

Bạn không thể ngăn chặn sự thay đổi hormone gây ra chứng vú to ở nam giới. Nếu cần, bạn có thể giảm nguy cơ mắc bệnh này bằng cách chuyển sang một loại thuốc không có tác dụng phụ này.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng abercrombie

Hội chứng Abercrombie có tên gọi khác là bệnh Amyloidosis , bệnh thoái hóa dạng bột (Bacony disease), thoái hóa dạng sáp (Waxy disease), hội chứng Virchow.

Đây là một bệnh hiếm gặp, đặc trưng bởi sự tích tụ của amyloid - một loại protein bất thường dạng sợi không tan, tại các mô cơ quan trong cơ thể như tim, não, thận, gan, lách,... Sự tích tụ này khiến cho mô cơ quan bị viêm và thoái hóa, ảnh hưởng đến hoạt động của cơ quan đó. Bệnh lý này có thể chỉ ảnh hưởng cục bộ đến một cơ quan nhưng cũng có thể là toàn cơ thể và đe dọa tính mạng.

Triệu chứng hội chứng abercrombie

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng Abercrombie

Triệu chứng của hội chứng Abercrombie khác nhau tùy thuộc vào cơ quan bị ảnh hưởng bởi sự tích tụ các protein amyloid. Một số triệu chứng chung của bệnh bao gồm:

Mệt mỏi ; Giảm cân không chủ đích; Tiêu chảy hoặc táo bón, nôn ; Phù chân, sưng vùng bụng trên; Tê, đau hoặc dị cảm ở bàn tay hoặc bàn chân; Da dễ xuất hiện vết bầm tím, bầm quanh mắt; Chấm xuất huyết dưới da; Kích thước lưỡi to bè, phì đại; Hụt hơi hoặc khó thở .

Mệt mỏi ;
Giảm cân không chủ đích;
Tiêu chảy hoặc táo bón, nôn ;
Phù chân, sưng vùng bụng trên;
Tê, đau hoặc dị cảm ở bàn tay hoặc bàn chân;
Da dễ xuất hiện vết bầm tím, bầm quanh mắt;
Chấm xuất huyết dưới da;
Kích thước lưỡi to bè, phì đại;
Hụt hơi hoặc khó thở .

Biến chứng có thể gặp khi mắc hội chứng Abercrombie

Hội chứng Abercrombie có thể làm tổn thương bất kỳ cơ quan nào mà protein amyloid lắng đọng. Các biến chứng của bệnh gồm:

Biến chứng tại tim: Rối loạn hoạt động điện của tim, bệnh cơ tim hạn chế, suy tim . Biến chứng tại thận: Protein niệu, hội chứng thận hư, bệnh thận mạn. Biến chứng tại gan: Gan to, ứ mật, tăng áp tĩnh mạch cửa. Biến chứng tại phổi và đường hô hấp: Khó thở, khô khè, ho ra máu, tràn dịch màng phổi mạn, tổn thương nhu mô phổi, tăng áp động mạch phổi. Biến chứng tại dây thần kinh: Bệnh thần kinh ngoại biên (hội chứng ống cổ tay , bệnh đa dây thần kinh,...), bệnh thần kinh tự chủ (hạ huyết áp tư thế, rối loạn cương dương, rối loạn dạ dày - ruột, tăng/ giảm tiết mồ hôi,...). Biến chứng tại đường tiêu hóa: Rối loạn nhu động thực quản, ruột non, ruột già, giảm hấp thu, xuất huyết tiêu hóa, đau dạ dày, bệnh lưỡi to... Biến chứng tại mắt: Đục thủy tinh thể, bầm tím quanh mắt.

Biến chứng tại tim: Rối loạn hoạt động điện của tim, bệnh cơ tim hạn chế, suy tim .

Biến chứng tại thận: Protein niệu, hội chứng thận hư, bệnh thận mạn.

Biến chứng tại gan: Gan to, ứ mật, tăng áp tĩnh mạch cửa.

Biến chứng tại phổi và đường hô hấp: Khó thở, khô khè, ho ra máu, tràn dịch màng phổi mạn, tổn thương nhu mô phổi, tăng áp động mạch phổi.

Biến chứng tại dây thần kinh: Bệnh thần kinh ngoại biên (hội chứng ống cổ tay , bệnh đa dây thần kinh,...), bệnh thần kinh tự chủ (hạ huyết áp tư thế, rối loạn cương dương, rối loạn dạ dày - ruột, tăng/ giảm tiết mồ hôi,...).

Biến chứng tại đường tiêu hóa: Rối loạn nhu động thực quản, ruột non, ruột già, giảm hấp thu, xuất huyết tiêu hóa, đau dạ dày, bệnh lưỡi to...

Biến chứng tại mắt: Đục thủy tinh thể, bầm tím quanh mắt.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kì dấu hiệu nào của hội chứng Abercrombie, bạn nên đến gặp bác sĩ để được tham khám, đưa ra chẩn đoán và phương pháp điều trị phù hợp.

Nguyên nhân hội chứng abercrombie

Hội chứng Abercrombie hình thành do sự tích tụ protein amyloid dạng sợi không tan tại bất kỳ vị trí nào trong cơ thể bạn. Các nhà khoa học phân loại bệnh

Amyloidosis dựa trên loại protein amyloid bị ảnh hưởng. Cụ thể như sau:

Amyloid chuỗi nhẹ (AL - Amyloid light): Đây là loại phổ biến nhất, được xem là bệnh Amyloidosis nguyên phát. AL xuất phát từ các tế bào plasma của tủy xương. Tế bào plasma tạo ra các kháng thể chống lại sự xâm nhập của kháng nguyên lạ với cơ thể, gồm các protein globulin miễn dịch từ protein chuỗi nặng và chuỗi nhẹ. Trong AL, các tế bào plasma tạo ra số lượng chuỗi nhẹ nhiều bất thường. Sự lắng đọng các sợi protein bất thường này gây ảnh hưởng đến tim, thận, da, dây thần kinh, ruột,... của bạn.

Amyloid miễn dịch (AA hoặc SAA - Amyloid serum A protein): Được xem là bệnh Amyloidosis thứ phát, xảy ra sau các bệnh lý viêm hoặc nhiễm trùng (lao , bệnh Crohn, viêm khớp dạng thấp , viêm loét đại tràng,...). Dạng Amyloidosis này xảy ra khi có nhiều protein amyloid A tích tụ, ảnh hưởng đến thận, gan, dạ dày, ruột, tim,...

Amyloid protein transthyretin (ATTR): Đây là một dạng rối loạn di truyền.

Transthyretin là một loại protein được tạo bởi tuyến giáp và gan, nhiệm vụ chủ yếu là vận chuyển hormone đến các tế bào trong cơ thể. Bệnh Amyloidosis loại này xảy ra khi gen mã hóa loại protein trên bị đột biến. ATTR gây ra các bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh thần kinh tự chủ, bệnh cơ tim hoặc bệnh thận mạn.

Ngoài ra còn các loại khác như bệnh Amyloidosis liên quan đến chạy thận nhân tạo

(DRA - Dialysis-related amyloidosis), bệnh Amyloidosis hệ thống liên quan lão hóa, bệnh Amyloidosis cục bộ.

Nguy cơ hội chứng abercrombie

Những ai có nguy cơ mắc phải hội chứng Abercrombie?

Với cơ chế bệnh sinh phức tạp của hội chứng Abercrombie, bất kỳ ai cũng có thể mắc bệnh này. Tuy nhiên, các đối tượng sau có nguy cơ cao hơn:

Tiền sử gia đình: Gia đình có người mắc bệnh Amyloidosis di truyền. Tiền sử cá nhân: Từng mắc các bệnh lý nhiễm trùng mạn tính hoặc các bệnh lý viêm liên quan đến tự miễn. Hoặc bạn đã từng tổn thương thận và chạy thận nhân tạo .

Tiền sử gia đình: Gia đình có người mắc bệnh Amyloidosis di truyền.

Tiền sử cá nhân: Từng mắc các bệnh lý nhiễm trùng mạn tính hoặc các bệnh lý viêm liên quan đến tự miễn. Hoặc bạn đã từng tổn thương thận và chạy thận nhân tạo .

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải hội chứng Abercrombie

Một số yếu tố dưới đây có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh:

Tuổi: Bệnh Amyloidosis thể amyloid chuỗi nhẹ (AL) có xu hướng được chẩn đoán nhiều nhất từ 50 tuổi trở lên. Giới: Cho đến nay, các nhà khoa học vẫn cho rằng tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh Amyloidosis là như nhau. Một khảo sát tại Trung tâm Y tế Boston - Hoa Kỳ cho thấy rằng có 60% người bệnh đến trung tâm này là nam giới. Chủng tộc: Người gốc Phi có nguy cơ mắc bệnh Amyloidosis di truyền cao hơn các chủng tộc khác.

Tuổi: Bệnh Amyloidosis thể amyloid chuỗi nhẹ (AL) có xu hướng được chẩn đoán nhiều nhất từ 50 tuổi trở lên.

Giới: Cho đến nay, các nhà khoa học vẫn cho rằng tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh Amyloidosis là như nhau. Một khảo sát tại Trung tâm Y tế Boston - Hoa Kỳ cho thấy rằng có 60% người bệnh đến trung tâm này là nam giới.

Chủng tộc: Người gốc Phi có nguy cơ mắc bệnh Amyloidosis di truyền cao hơn các chủng tộc khác.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng abercrombie

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hội chứng Abercrombie

Hội chứng Abercrombie với đa dạng triệu chứng phức tạp, vì vậy phải có sự phối hợp đa chuyên khoa bởi các bác sĩ có kinh nghiệm. Ngoài hỏi bệnh sử, tiền căn bản thân và gia đình, kết hợp với thăm khám lâm sàng, các bác sĩ sẽ chỉ định những xét nghiệm thường quy và chuyên biệt để chẩn đoán xác định bệnh cũng như chẩn đoán hoặc tầm soát biến chứng của bệnh.

Để chẩn đoán hội chứng Abercrombie (bệnh Amyloidosis), bác sĩ sẽ chỉ định một số xét nghiệm như sau:

Sinh thiết: Sinh thiết mô cơ quan bị tổn thương để thực hiện quan sát giải phẫu bệnh xác nhận tình trạng lắng đọng protein amyloid. Độ nhạy của chẩn đoán Amyloidosis tại tim và thận gần như là tuyệt đối khi các cơ quan này có tổn thương trên lâm sàng. Mô tổn thương được nhuộm đỏ Congo do ái lực với chất dạng tinh bột lớn. Ngoài ra, bác sĩ có thể đề nghị chọc hút tủy xương, sinh thiết và tiến hành các kỹ thuật hóa mô miễn dịch khác hoặc giải trình tự gen để xác định loại protein bị đột biến gây ra Amyloidosis.

Xét nghiệm máu và nước tiểu: Các xét nghiệm này được dùng để đánh giá mức độ protein bất thường trong cơ thể bạn bằng điện di protein. Các xét nghiệm máu và nước tiểu cũng giúp bác sĩ theo dõi tổn thương cơ quan trên người bệnh Amyloidosis.

Chẩn đoán hình ảnh: X-quang ngực , CT scan ngực, bụng,... giúp đánh giá tổn thương tại các cơ quan.

Nồng độ NT-proBNP hoặc BNP, troponin T hoặc troponin I, điện tâm đồ, siêu âm tim: Đánh giá cấu trúc và chức năng của cơ tim, hoạt động điện của tim, chức năng tim nói chung.

Phương pháp điều trị hội chứng Abercrombie hiệu quả

Hội chứng Abercrombie là bệnh không có thuốc đặc trị. Quá trình điều trị nhằm mục đích làm chậm diễn tiến của bệnh, giảm thiểu nguy cơ xảy ra biến chứng hoặc điều trị giảm nhẹ khi bệnh ở mức độ nghiêm trọng.

Phương pháp điều trị chung

Một số nhóm thuốc dưới đây có thể kiểm soát các triệu chứng trên người bệnh Amyloidosis gồm:

Nhóm thuốc giảm đau ; Nhóm thuốc chống nôn, thuốc cầm tiêu chảy; Nhóm thuốc lợi tiểu ; Nhóm thuốc kháng đông; Nhóm thuốc điều hòa rối loạn nhịp tim.

Nhóm thuốc giảm đau ;

Nhóm thuốc chống nôn, thuốc cầm tiêu chảy;

Nhóm thuốc lợi tiểu ;

Nhóm thuốc kháng đông;

Nhóm thuốc điều hòa rối loạn nhịp tim.

Phương pháp điều trị chuyên biệt

Tùy thuộc vào loại Amyloidosis người bệnh mắc phải, bác sĩ sẽ đưa ra phác đồ điều trị phù hợp. Cụ thể như sau:

Amyloid chuỗi nhẹ (AL): Loại này được điều trị bằng hóa trị, nhóm thuốc được dùng tương tự trong điều trị ung thư, nhằm mục đích phá hủy các tế bào plasma tạo ra các protein bất thường. Sau hóa trị, người bệnh có thể được cấy ghép tủy xương để thay thế các tủy xương bị tổn thương. Ngoài ra, nhóm thuốc ức chế proteasome và thuốc ức chế miễn dịch cũng có thể được dùng để điều trị AL.

Amyloid miễn dịch (AA): Loại này được điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân dẫn đến bệnh. Đối với nhiễm trùng, thuốc kháng sinh sẽ được lựa chọn thích hợp. Đối với các bệnh lý viêm cấp hoặc mạn tính, nhóm thuốc kháng viêm sẽ được bác sĩ chỉ định.

Amyloid protein transthyretin (ATTR): Đối với loại này có nhiều phương pháp có thể được đưa ra như ghép gan, dùng thuốc ổn định tetramer (tafamidis), thuốc làm giảm biểu hiện của bệnh lên mô cơ quan (patisiran, inotersen).

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng abercrombie

Những thói quen sinh hoạt giúp bạn hạn chế diễn tiến của hội chứng Abercrombie

Chế độ sinh hoạt:

Thăm khám định kỳ với bác sĩ chuyên khoa để theo dõi sát diễn tiến và quá trình điều trị của bệnh, phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng, kiên trì trong suốt quá trình điều trị. Hãy tham gia các cộng đồng và hội nhóm chia sẻ những thông tin bổ ích và tích cực liên quan đến bệnh, bạn sẽ không thấy cô đơn trong hành trình điều trị bệnh này. Tập thể dục là một cách giúp nâng cao tinh thần và thể chất của bạn trong quá trình điều trị bệnh, đồng thời cải thiện cân nặng giúp cơ thể linh hoạt và dẻo dai hơn.

Thăm khám định kỳ với bác sĩ chuyên khoa để theo dõi sát diễn tiến và quá trình điều trị của bệnh, phòng ngừa và phát hiện sớm các biến chứng, kiên trì trong suốt quá trình điều trị.

Hãy tham gia các cộng đồng và hội nhóm chia sẻ những thông tin bổ ích và tích cực liên quan đến bệnh, bạn sẽ không thấy cô đơn trong hành trình điều trị bệnh này.

Tập thể dục là một cách giúp nâng cao tinh thần và thể chất của bạn trong quá trình điều trị bệnh, đồng thời cải thiện cân nặng giúp cơ thể linh hoạt và dẻo dai hơn.

Chế độ dinh dưỡng: Thiết lập chế độ ăn uống lành mạnh, cân bằng giữa các nhóm chất và lựa chọn thực phẩm đa dạng với độ dinh dưỡng cao.

Phương pháp phòng ngừa hội chứng Abercrombie hiệu quả

Hội chứng Abercrombie hay bệnh Amyloidosis được xem như là một bệnh lý tiềm ẩn, bạn không thể có biện pháp phòng ngừa căn bệnh này xảy ra. Tuy nhiên, một số yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh đã được phát hiện và đề cập ở trên. Điều này có thể giúp bạn xây dựng một chiến lược khám định kỳ và tầm soát sớm bệnh nếu bạn đang có một hoặc một vài yếu tố nguy cơ đó.

Nếu bạn đang mắc hội chứng Abercrombie, hãy lên kế hoạch cho một lối sống lành mạnh để cải thiện tình trạng bệnh của bạn.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng carcinoid

Hội chứng Carcinoid là gì?

Hội chứng Carcinoid là một nhóm các triệu chứng mà một số người bệnh có thể biểu hiện khi họ mắc một loại ung thư cụ thể gọi là u thần kinh nội tiết (NET). NET là một loại ung thư hiếm gặp, phát triển chậm, chúng chỉ chiếm khoảng 1% tổng số bệnh ung thư và có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào trong cơ thể, thường gặp nhất là ở đường tiêu hóa.

Không phải tất cả các khối u thần kinh nội tiết đều gây ra hội chứng Carcinoid, nhưng nó thường phát triển nếu NET lan từ ruột non (hoặc các vị trí khác) đến gan. Trong những trường hợp này, các hormone do NET tiết ra gồm một lượng lớn serotonin và các chất khác không thể được gan lọc ra như bình thường nên chúng xâm nhập vào hệ thống tuần hoàn của cơ thể và gây ra các triệu chứng của hội chứng Carcinoid.

70% NET được tìm thấy trong đường tiêu hóa và 25% được tìm thấy ở phổi. Các vị trí khác có thể bao gồm tuyến tụy, tuyến thượng thận, buồng trứng, tinh hoàn và thận. Một nghiên cứu cho thấy cứ 5 người có khối u thần kinh nội tiết (NET) thì có 1 người mắc hội chứng Carcinoid và NET ảnh hưởng đến khoảng 5 trên 100.000 người ở Hoa Kỳ.

Triệu chứng hội chứng carcinoid

Những triệu chứng của hội chứng Carcinoid

Các nghiên cứu cho thấy các triệu chứng phổ biến nhất bao gồm:

Tiêu chảy : Xảy ra ở 80% người bệnh có hội chứng Carcinoid. Có thể tiêu chảy thay đổi từ một vài đến hơn 30 lần/ngày, thường có phân lỏng và không có máu.

Điều này có thể đi kèm với đau bụng và có nguy cơ mất nước. Cảm giác bốc hỏa:

Tình trạng da đỏ đột ngột, dữ dội với cảm giác nóng lên và/hoặc nóng rát ở mặt, đầu và phần trên ngực. Giãn mao mạch tĩnh mạch: Tình trạng này đôi khi được gọi là “mạch máu mạng nhện” và tương tự như bệnh trũng cá đỏ. Chúng có màu tía, gây ra bởi sự giãn nở kéo dài của các tĩnh mạch, thường gặp nhất ở mũi, môi trên và gò má. Thở khò khè hoặc khó thở : Khò khè và khó thở do co thắt phế quản xảy ra ở 10 - 20% bệnh nhân, thường xảy ra trong các cơn bốc hỏa. Một số người có thể giảm ham muốn tình dục hoặc bị rối loạn cương dương. Chóng mặt hoặc cảm thấy ngất xỉu. Cảm giác tim đập nhanh .

Tiêu chảy : Xảy ra ở 80% người bệnh có hội chứng Carcinoid. Có thể tiêu chảy thay đổi từ một vài đến hơn 30 lần/ngày, thường có phân lỏng và không có máu.

Điều này có thể đi kèm với đau bụng và có nguy cơ mất nước.

Cảm giác bốc hỏa: Tình trạng da đỏ đột ngột, dữ dội với cảm giác nóng lên và/hoặc nóng rát ở mặt, đầu và phần trên ngực.

Giãn mao mạch tĩnh mạch: Tình trạng này đôi khi được gọi là “mạch máu mạng nhện” và tương tự như bệnh trũng cá đỏ. Chúng có màu tía, gây ra bởi sự giãn nở kéo dài của các tĩnh mạch, thường gặp nhất ở mũi, môi trên và gò má.

Thở khò khè hoặc khó thở : Khò khè và khó thở do co thắt phế quản xảy ra ở 10 - 20% bệnh nhân, thường xảy ra trong các cơn bốc hỏa.

Một số người có thể giảm ham muốn tình dục hoặc bị rối loạn cương dương.

Chóng mặt hoặc cảm thấy ngất xỉu.

Cảm giác tim đập nhanh .

Biến chứng có thể gặp khi mắc phải hội chứng Carcinoid

Hội chứng Carcinoid có thể gây ra một số biến chứng, bao gồm cả các đợt cấp Carcinoid, có thể đe dọa tính mạng. Các biến chứng hội chứng Carcinoid khác bao gồm:

Bệnh tim Carcinoid: Biến chứng hiếm gặp nhưng có khả năng đe dọa tính mạng này xảy ra khi các khối u thần kinh nội tiết giải phóng các hormone ảnh hưởng đến lớp lót trong buồng tim, van và mạch máu của bạn. Xơ hóa mạc treo: NET có thể gây viêm và sẹo ở mạc treo, đó là một nếp gấp của mô gắn ruột của bạn vào thành bụng. Trầm cảm: Hội chứng Carcinoid có thể ảnh hưởng đến khả năng xử lý tryptophan của cơ thể, một loại axit amin thiết yếu giúp tạo ra serotonin.

Serotonin là một chất hóa học trong não quản lý các quá trình của hệ thần kinh trung ương như tâm trạng, hành vi và giấc ngủ. Cơn khủng hoảng Carcinoid: Là một tình trạng cực kỳ hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng. Các yếu tố kích hoạt điều này bao gồm phẫu thuật hoặc chấn thương do tai nạn. Các triệu chứng cơn khủng hoảng Carcinoid bao gồm: Huyết áp thay đổi nhiều, bao gồm cả huyết áp thấp , cơn bốc hỏa nghiêm trọng, khó thở, lú lẫn.

Bệnh tim Carcinoid: Biến chứng hiếm gặp nhưng có khả năng đe dọa tính mạng này xảy ra khi các khối u thần kinh nội tiết giải phóng các hormone ảnh hưởng đến lớp lót trong buồng tim, van và mạch máu của bạn.

Xơ hóa mạc treo: NET có thể gây viêm và sẹo ở mạc treo, đó là một nếp gấp của mô gắn ruột của bạn vào thành bụng.

Trầm cảm: Hội chứng Carcinoid có thể ảnh hưởng đến khả năng xử lý tryptophan của cơ thể, một loại axit amin thiết yếu giúp tạo ra serotonin. Serotonin là một chất hóa học trong não quản lý các quá trình của hệ thần kinh trung ương như tâm trạng, hành vi và giấc ngủ.

Cơn khủng hoảng Carcinoid: Là một tình trạng cực kỳ hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng. Các yếu tố kích hoạt điều này bao gồm phẫu thuật hoặc chấn thương do tai nạn. Các triệu chứng cơn khủng hoảng Carcinoid bao gồm: Huyết áp thay đổi nhiều, bao gồm cả huyết áp thấp , cơn bốc hỏa nghiêm trọng, khó thở, lú lẫn.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn đang được điều trị khối u thần kinh nội tiết, hãy cho bác sĩ biết nếu

bạn nhận thấy những thay đổi trong cơ thể giống như các triệu chứng của hội chứng Carcinoid. Bạn cũng nên liên hệ với bác sĩ nếu các triệu chứng hội chứng Carcinoid của bạn trở nên tồi tệ hơn hoặc xuất hiện tác dụng phụ điều trị.

Nguyên nhân hội chứng carcinoid

Nguyên nhân dẫn đến mắc phải hội chứng Carcinoid

Hội chứng Carcinoid thường gặp nhất do các khối u thần kinh nội tiết ở ruột non di căn đến gan. Người ta không biết chính xác lý do tại sao các khối u thần kinh nội tiết phát triển. Các khối u thần kinh nội tiết chủ yếu phát sinh ở đường tiêu hóa (khoảng 70%), sau đó là đường hô hấp (khoảng 25%).

Các khối u thần kinh nội tiết giải phóng khoảng 40 loại amin và peptide có hoạt tính sinh học. Những chất phổ biến nhất là serotonin, histamine, tachykinin, kallikrein và prostaglandin. Hầu hết các đặc điểm lâm sàng là do serotonin, sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa tryptophan. Thông thường, các sản phẩm hoạt tính sinh học này bị bất hoạt ở gan. Tuy nhiên, trong trường hợp khối u thần kinh nội tiết di căn gan, các sản phẩm có hoạt tính sinh học này trực tiếp đi vào hệ thống tuần hoàn hoặc chúng không bị bất hoạt và biểu hiện triệu chứng.

Nguy cơ hội chứng carcinoid

Những ai có nguy cơ cao mắc hội chứng Carcinoid?

Hội chứng Carcinoid là hội chứng lâm sàng hiếm gặp trên lâm sàng. Theo báo cáo, thường gặp ở các nước châu Âu, châu Mỹ. Các đối tượng có tiền căn gia đình mắc hội chứng Carcinoid sẽ có nguy cơ cao mắc hội chứng Carcinoid.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc hội chứng Carcinoid

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ mắc hội chứng Carcinoid bao gồm:

Tuổi tác: Người lớn tuổi có nhiều nguy cơ mắc hội chứng Carcinoid hơn người trẻ tuổi hoặc trẻ em. Giới tính: Phụ nữ có nhiều nguy cơ mắc hội chứng Carcinoid hơn nam giới. Tiền căn gia đình: Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đa u tuyến nội tiết tuýp 1 (MEN1) làm tăng nguy cơ mắc khối u Carcinoid.

Tuổi tác: Người lớn tuổi có nhiều nguy cơ mắc hội chứng Carcinoid hơn người trẻ tuổi hoặc trẻ em.

Giới tính: Phụ nữ có nhiều nguy cơ mắc hội chứng Carcinoid hơn nam giới.

Tiền căn gia đình: Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đa u tuyến nội tiết tuýp 1 (MEN1) làm tăng nguy cơ mắc khối u Carcinoid.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng carcinoid

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hội chứng Carcinoid

Trong giai đoạn đầu của hội chứng Carcinoid, các triệu chứng tương đối không đặc hiệu. Các chẩn đoán phân biệt đối với tiêu chảy, các triệu chứng mơ hồ ở bụng và thậm chí đỏ bừng mặt là khá rộng. Bệnh nhân thường được chẩn đoán ban đầu là hội chứng ruột kích thích và chỉ sau đó chẩn đoán thực sự mới trở nên rõ ràng.

Góp phần gây khó khăn cho việc chẩn đoán là thực tế các khối u thần kinh nội tiết phát triển khá chậm, trong khoảng thời gian vài năm. Vì vậy, việc đi đến chẩn đoán xác định khi các triệu chứng của hội chứng Carcinoid bắt đầu biểu hiện phải mất một thời gian dài năm.

Sau khám sức khỏe tổng quát, bác sĩ sẽ yêu cầu xét nghiệm để xác định chẩn đoán, bao gồm:

Xét nghiệm nước tiểu: Xét nghiệm nước tiểu 24 giờ để tìm 5-HIAA là xét nghiệm chẩn đoán ban đầu. 5-HIAA là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa serotonin.

Chụp cắt lớp phát xạ positron thần kinh nội tiết (PET): Xét nghiệm này theo dõi các khối u thần kinh nội tiết bằng thuốc nhuộm có tên Gallium 68 dotatate. Chụp cắt lớp vi tính (CT): Chụp CT sử dụng tia X và máy tính để tạo ra hình ảnh 3D của các cơ quan và xương. Chụp cộng hưởng từ (MRI): MRI có độ nhạy cao hơn CT đối với di căn gan. Nội soi: Bác sĩ có thể sử dụng một ống dài, mỏng được trang bị camera nhỏ để kiểm tra các cơ quan trong cơ thể bạn.

Xét nghiệm nước tiểu: Xét nghiệm nước tiểu 24 giờ để tìm 5-HIAA là xét nghiệm chẩn đoán ban đầu. 5-HIAA là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa serotonin.

Chụp cắt lớp phát xạ positron thần kinh nội tiết (PET): Xét nghiệm này theo dõi các khối u thần kinh nội tiết bằng thuốc nhuộm có tên Gallium 68 dotatate.

Chụp cắt lớp vi tính (CT): Chụp CT sử dụng tia X và máy tính để tạo ra hình ảnh 3D của các cơ quan và xương.

Chụp cộng hưởng từ (MRI): MRI có độ nhạy cao hơn CT đối với di căn gan.

Nội soi: Bác sĩ có thể sử dụng một ống dài, mỏng được trang bị camera nhỏ để

kiểm tra các cơ quan trong cơ thể bạn.

Phương pháp điều trị hội chứng Carcinoid hiệu quả

Các khối u thần kinh nội tiết gây ra hội chứng Carcinoid nên điều trị khối u cũng điều trị được hội chứng. Những phương pháp điều trị đó bao gồm:

Phẫu thuật: Phẫu thuật để loại bỏ hoặc giảm kích thước của khối u thần kinh nội tiết. Chất tương tự Somatostatin: Chất tương tự Somatostatin là thuốc có thể ngăn cơ thể bạn sản xuất quá nhiều hormone. Điều này có thể làm chậm sự phát triển của khối u khi tế bào ung thư lan sang các bộ phận khác trên cơ thể bạn.

Liệu pháp nhắm mục tiêu: Liệu pháp nhắm mục tiêu là một loại điều trị sử dụng thuốc nhắm vào một số gen hoặc protein nhất định để tiêu diệt tế bào ung thư.

Hóa trị: Phương pháp điều trị này sử dụng thuốc tiêu diệt tế bào ung thư. Thuyên tắc: Thuyên tắc giết chết khối u bằng cách chặn hoặc đóng mạch máu nuôi khối u.

Phẫu thuật: Phẫu thuật để loại bỏ hoặc giảm kích thước của khối u thần kinh nội tiết.

Chất tương tự Somatostatin: Chất tương tự Somatostatin là thuốc có thể ngăn cơ thể bạn sản xuất quá nhiều hormone. Điều này có thể làm chậm sự phát triển của khối u khi tế bào ung thư lan sang các bộ phận khác trên cơ thể bạn.

Liệu pháp nhắm mục tiêu: Liệu pháp nhắm mục tiêu là một loại điều trị sử dụng thuốc nhắm vào một số gen hoặc protein nhất định để tiêu diệt tế bào ung thư.

Hóa trị: Phương pháp điều trị này sử dụng thuốc tiêu diệt tế bào ung thư.

Thuyên tắc: Thuyên tắc giết chết khối u bằng cách chặn hoặc đóng mạch máu nuôi khối u.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng carcinoid

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hội chứng Carcinoid

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ nghiêm ngặt các dặn dò của bác sĩ điều trị. Chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi lành mạnh. Tái khám ngay khi có các triệu chứng mới hoặc có dấu hiệu nặng hơn.

Tuân thủ nghiêm ngặt các dặn dò của bác sĩ điều trị.

Chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi lành mạnh.

Tái khám ngay khi có các triệu chứng mới hoặc có dấu hiệu nặng hơn.

Chế độ dinh dưỡng:

Tham khảo ý kiến chuyên gia dinh dưỡng để có chế độ ăn phù hợp nhất trong từng giai đoạn bệnh của bản thân.

Phương pháp phòng ngừa hội chứng Carcinoid hiệu quả

Hội chứng Carcinoid không thể ngăn ngừa được. Hội chứng Carcinoid có liên quan đến các khối u thần kinh nội tiết và vì không có cách nào để ngăn ngừa NET nên không có cách nào để ngăn ngừa các triệu chứng của nó.

Ba triệu chứng chính của hội chứng Carcinoid là cơn bốc hỏa, thở khò khè và tiêu chảy. Dưới đây là một số gợi ý để kiểm soát các triệu chứng chính trên:

Cơn bốc hỏa: Bạn có thể giảm bớt cơn bốc hỏa bằng cách hít thở sâu, làm mát mặt và ngực bằng khăn ẩm hoặc tập các bài tập thư giãn, thiền, yoga. Tránh uống rượu có thể làm giảm cơn bốc hỏa. Khò khè: Nếu bạn hút thuốc lá, hãy cố gắng bỏ thuốc lá. Hút thuốc kích thích đường hô hấp của bạn. Tiêu chảy: Uống nhiều nước ít nhất 2,5 lít/ngày để ngăn ngừa mất nước. Bổ sung vitamin và khoáng chất để bổ sung lại chất dinh dưỡng thiếu hụt do tiêu chảy mãn tính gây ra. Gặp bác sĩ để bác sĩ có thể khám và chỉ định các thuốc chống tiêu chảy phù hợp với tình trạng của bạn.

Cơn bốc hỏa: Bạn có thể giảm bớt cơn bốc hỏa bằng cách hít thở sâu, làm mát mặt và ngực bằng khăn ẩm hoặc tập các bài tập thư giãn, thiền, yoga. Tránh uống rượu có thể làm giảm cơn bốc hỏa.

Khò khè: Nếu bạn hút thuốc lá, hãy cố gắng bỏ thuốc lá. Hút thuốc kích thích đường hô hấp của bạn.

Tiêu chảy: Uống nhiều nước ít nhất 2,5 lít/ngày để ngăn ngừa mất nước. Bổ sung vitamin và khoáng chất để bổ sung lại chất dinh dưỡng thiếu hụt do tiêu chảy mãn tính gây ra. Gặp bác sĩ để bác sĩ có thể khám và chỉ định các thuốc chống tiêu chảy phù hợp với tình trạng của bạn.

Các triệu chứng của hội chứng Carcinoid trở nên tồi tệ hơn theo thời gian nếu không được điều trị và có thể trở thành một tình trạng đe dọa tính mạng được gọi là cơn khủng hoảng Carcinoid. Hãy đến ngay khoa cấp cứu nếu:

Bạn đang bị tim đập nhanh hoặc đau ngực. Bạn bị tiêu chảy nặng kéo dài vài ngày. Bạn bị đau bụng dữ dội. Bạn cảm thấy choáng váng. Bạn bị đỏ bừng mặt, cổ và ngực

cấp tính.

Bạn đang bị tim đập nhanh hoặc đau ngực.

Bạn bị tiêu chảy nặng kéo dài vài ngày.

Bạn bị đau bụng dữ dội.

Bạn cảm thấy choáng váng.

Bạn bị đỏ bừng mặt, cổ và ngực cấp tính.

=====

Tìm hiểu chung viêm tuyến giáp hashimoto

Viêm tuyến giáp Hashimoto là gì?

Viêm tuyến giáp Hashimoto còn được gọi là viêm tuyến giáp lymphocytic mãn tính, là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy giáp ở Hoa Kỳ. Đây là một rối loạn tự miễn liên quan đến tình trạng viêm mãn tính của tuyến giáp. Tình trạng này có xu hướng di truyền trong gia đình. Theo thời gian, khả năng sản xuất hormone của tuyến giáp thường bị suy giảm và dẫn đến suy giảm dần chức năng và cuối cùng là tuyến giáp hoạt động kém (suy giáp). Viêm tuyến giáp Hashimoto xảy ra phổ biến nhất ở phụ nữ trung niên, nhưng có thể gặp ở mọi lứa tuổi và cũng có thể ảnh hưởng đến nam giới và trẻ em.

Tuyến giáp là một tuyến nhỏ hình con bướm nằm ở phía trước cổ, dưới da. Nó là một phần của hệ thống nội tiết và giải phóng hormone tuyến giáp. Công việc chính của tuyến giáp là kiểm soát tốc độ trao đổi chất trong cơ thể. Đây là quá trình cơ thể chuyển hóa thức ăn tiêu thụ thành năng lượng. Quá trình này ảnh hưởng đến mọi cơ quan trong cơ thể, bao gồm cả tim và não.

Trong hầu hết các trường hợp mắc viêm tuyến giáp Hashimoto, tuyến giáp không thể sản xuất đủ hormone tuyến giáp cho cơ thể. Điều này làm chậm quá trình trao đổi chất và gây ra một loạt các triệu chứng.

Triệu chứng viêm tuyến giáp hashimoto

Những triệu chứng của viêm tuyến giáp Hashimoto

Một số người mắc viêm tuyến giáp Hashimoto ban đầu có thể không có bất kỳ triệu chứng nào. Khi tình trạng tiến triển, tuyến giáp đôi khi sẽ to ra (bướu cổ). Bướu cổ là dấu hiệu đầu tiên thường gặp của viêm tuyến giáp Hashimoto. Nó không gây đau đớn nhưng có thể tạo ra cảm giác căng tức ở cổ.

Nếu viêm tuyến giáp Hashimoto dẫn đến suy giáp, nó có thể gây ra các triệu chứng sau theo thời gian:

Mệt mỏi, thờ ơ và ngủ quá nhiều; Tăng cân nhẹ; Táo bón; Da khô; Sợ lạnh; Nhịp tim chậm; Tóc khô, dễ gãy; Mắt và mặt sưng húp; Trầm cảm; Khó tập trung, hay quên; Kinh nguyệt không đều; Giảm ham muốn tình dục; Vô sinh.

Mệt mỏi, thờ ơ và ngủ quá nhiều;

Tăng cân nhẹ;

Táo bón;

Da khô;

Sợ lạnh;

Nhịp tim chậm;

Tóc khô, dễ gãy;

Mắt và mặt sưng húp;

Trầm cảm;

Khó tập trung, hay quên;

Kinh nguyệt không đều;

Giảm ham muốn tình dục;

Vô sinh.

Biến chứng có thể gặp khi mắc phải viêm tuyến giáp Hashimoto

Hormon tuyến giáp rất cần thiết cho hoạt động của nhiều hệ thống cơ quan trong cơ thể. Do đó, khi viêm tuyến giáp Hashimoto không được điều trị, nhiều biến chứng có thể xảy ra, bao gồm:

Bướu cổ: Khi sản xuất hormone tuyến giáp giảm do viêm tuyến giáp Hashimoto, tuyến giáp nhận tín hiệu từ tuyến yên để sản xuất nhiều hơn. Quá trình này có thể dẫn đến bướu cổ. Nó thường không gây khó chịu, nhưng bướu cổ lớn có thể ảnh hưởng đến vẻ ngoài của bạn và có thể cản trở việc nuốt hoặc thở. Tim mạch: Suy giáp có thể dẫn đến tim to và nhịp tim không đều. Nó cũng có thể dẫn đến nồng độ cholesterol lipoprotein mật độ thấp (LDL) cao, loại cholesterol "xấu", là yếu tố nguy cơ gây ra bệnh tim mạch. Các vấn đề về sức khỏe tâm thần: Trầm cảm hoặc các rối loạn sức khỏe tâm thần khác có thể xảy ra sớm trong viêm tuyến giáp

Hashimoto và có thể trở nên nghiêm trọng hơn theo thời gian. Rối loạn chức năng

tình dục và sinh sản: Ở phụ nữ, suy giáp có thể dẫn đến giảm ham muốn tình dục, không có khả năng rụng trứng và kinh nguyệt không đều. Đàn ông bị suy giáp có thể bị giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương dương và số lượng tinh trùng giảm. Kết quả thai kỳ kém: Suy giáp khi mang thai có thể làm tăng nguy cơ sảy thai hoặc sinh non. Trẻ sinh ra từ những phụ nữ bị suy giáp không được điều trị có nguy cơ bị giảm khả năng trí tuệ, tự kỷ, chậm nói và các rối loạn phát triển khác. Bệnh phù niêm (Myxedema): Tình trạng hiếm gặp có thể gây ra do suy giáp nặng, lâu dài và không được điều trị. Các dấu hiệu và triệu chứng của nó bao gồm buồn ngủ, sau đó là thờ ơ và bất tỉnh. Tình trạng hôn mê do phù niêm cần được điều trị y tế khẩn cấp ngay lập tức.

Bướu cổ: Khi sản xuất hormone tuyến giáp giảm do viêm tuyến giáp Hashimoto, tuyến giáp nhận tín hiệu từ tuyến yên để sản xuất nhiều hơn. Quá trình này có thể dẫn đến bướu cổ. Nó thường không gây khó chịu, nhưng bướu cổ lớn có thể ảnh hưởng đến vẻ ngoài của bạn và có thể cản trở việc nuốt hoặc thở.

Tim mạch: Suy giáp có thể dẫn đến tim to và nhịp tim không đều. Nó cũng có thể dẫn đến nồng độ cholesterol lipoprotein mật độ thấp (LDL) cao, loại cholesterol "xấu", là yếu tố nguy cơ gây ra bệnh tim mạch.

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần: Trầm cảm hoặc các rối loạn sức khỏe tâm thần khác có thể xảy ra sớm trong viêm tuyến giáp Hashimoto và có thể trở nên nghiêm trọng hơn theo thời gian.

Rối loạn chức năng tình dục và sinh sản: Ở phụ nữ, suy giáp có thể dẫn đến giảm ham muốn tình dục, không có khả năng rụng trứng và kinh nguyệt không đều. Đàn ông bị suy giáp có thể bị giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương dương và số lượng tinh trùng giảm.

Kết quả thai kỳ kém: Suy giáp khi mang thai có thể làm tăng nguy cơ sảy thai hoặc sinh non. Trẻ sinh ra từ những phụ nữ bị suy giáp không được điều trị có nguy cơ bị giảm khả năng trí tuệ, tự kỷ, chậm nói và các rối loạn phát triển khác.

Bệnh phù niêm (Myxedema): Tình trạng hiếm gặp có thể gây ra do suy giáp nặng, lâu dài và không được điều trị. Các dấu hiệu và triệu chứng của nó bao gồm buồn ngủ, sau đó là thờ ơ và bất tỉnh. Tình trạng hôn mê do phù niêm cần được điều trị y tế khẩn cấp ngay lập tức.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Các dấu hiệu và triệu chứng của viêm tuyến giáp Hashimoto rất khác nhau ở mỗi người bệnh. Điều quan trọng là phải gặp bác sĩ càng sớm càng tốt để được chẩn đoán kịp thời và chính xác. Nếu mắc viêm tuyến giáp Hashimoto, bạn sẽ cần gặp bác sĩ thường xuyên để thực hiện xét nghiệm hormone tuyến giáp định kỳ nhằm đảm bảo mức độ hormon tuyến giáp của bạn nằm trong phạm vi cho phép và liều lượng thuốc bạn đang dùng phù hợp với bạn. Ngoài ra, hãy gặp bác sĩ nếu bạn xuất hiện các triệu chứng mới hoặc trầm trọng.

Nguyên nhân viêm tuyến giáp hashimoto

Nguyên nhân dẫn đến viêm tuyến giáp Hashimoto

Viêm tuyến giáp Hashimoto là một bệnh tự miễn, có nghĩa là hệ thống miễn dịch của cơ thể tấn công các tế bào và cơ quan cơ thể. Thông thường, hệ thống miễn dịch bảo vệ cơ thể bạn chống lại những yếu tố có hại từ bên ngoài, như vi khuẩn và vi rút. Nguyên nhân khiến hệ thống miễn dịch tấn công các tế bào tuyến giáp vẫn chưa rõ ràng. Sự khởi đầu của bệnh có thể liên quan đến:

Yếu tố di truyền; Các yếu tố kích hoạt môi trường, chẳng hạn như nhiễm trùng, căng thẳng hoặc tiếp xúc với bức xạ; Tương tác giữa các yếu tố môi trường và di truyền.

Yếu tố di truyền;

Các yếu tố kích hoạt môi trường, chẳng hạn như nhiễm trùng, căng thẳng hoặc tiếp xúc với bức xạ;

Tương tác giữa các yếu tố môi trường và di truyền.

Nguy cơ viêm tuyến giáp hashimoto

Đối tượng nào có nguy cơ cao mắc viêm tuyến giáp Hashimoto?

Viêm tuyến giáp Hashimoto xảy ra phổ biến nhất ở phụ nữ trung niên, nhưng có thể gặp ở mọi lứa tuổi và cũng có thể ảnh hưởng đến nam giới và trẻ em. Ngoài ra, những người có tiền căn gia đình mắc viêm tuyến giáp Hashimoto và các bệnh tự miễn có nguy cơ cao mắc bệnh này.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải viêm tuyến giáp Hashimoto

Các yếu tố có thể làm tăng nguy cơ phát triển viêm tuyến giáp Hashimoto bao gồm:

Tiền sử gia đình: Nghiên cứu cho thấy rằng di truyền chiếm khoảng 80% khả năng mắc viêm tuyến giáp Hashimoto. Nếu có thành viên gia đình mắc viêm tuyến giáp Hashimoto hoặc các bệnh tuyến giáp khác thì bạn có nhiều khả năng mắc bệnh này hơn. Giới tính: Phụ nữ khi có nguy cơ mắc viêm tuyến giáp Hashimoto cao gấp 10 lần nam giới. Điều này có thể một phần là do ảnh hưởng của hormone giới tính. Tuổi tác: Nguy cơ phát triển tình trạng này (và các bệnh tuyến giáp khác) tăng lên khi bạn già đi.

Tiền sử gia đình: Nghiên cứu cho thấy rằng di truyền chiếm khoảng 80% khả năng mắc viêm tuyến giáp Hashimoto. Nếu có thành viên gia đình mắc viêm tuyến giáp Hashimoto hoặc các bệnh tuyến giáp khác thì bạn có nhiều khả năng mắc bệnh này hơn.

Giới tính: Phụ nữ khi có nguy cơ mắc viêm tuyến giáp Hashimoto cao gấp 10 lần nam giới. Điều này có thể một phần là do ảnh hưởng của hormone giới tính.

Tuổi tác: Nguy cơ phát triển tình trạng này (và các bệnh tuyến giáp khác) tăng lên khi bạn già đi.

Bạn cũng có nhiều khả năng mắc viêm tuyến giáp Hashimoto hơn nếu bạn mắc các bệnh tự miễn khác, như:

Bệnh Addison; Bệnh Celiac ; Lupus; Viêm khớp dạng thấp; Hội chứng Sjögren; Bệnh đái tháo đường tuýp 1.

Bệnh Addison;

Bệnh Celiac ;

Lupus;

Viêm khớp dạng thấp;

Hội chứng Sjögren;

Bệnh đái tháo đường tuýp 1.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị viêm tuyến giáp hashimoto

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán viêm tuyến giáp Hashimoto

Đầu tiên, bác sĩ sẽ thăm khám lâm sàng:

Hỏi về các triệu chứng của bạn; Hỏi về tiền căn bệnh lý của bản thân và gia đình; Thực hiện khám lâm sàng, đặc biệt là khám tuyến giáp của bạn.

Hỏi về các triệu chứng của bạn;

Hỏi về tiền căn bệnh lý của bản thân và gia đình;

Thực hiện khám lâm sàng, đặc biệt là khám tuyến giáp của bạn.

Sau đánh giá này, họ sẽ yêu cầu xét nghiệm máu để xác định chẩn đoán, bao gồm:

Xét nghiệm hormone kích thích tuyến giáp (TSH) : Mức TSH cao thường có nghĩa là tuyến giáp của bạn không sản xuất đủ hormone thyroxine (T4). Kết quả này thường có nghĩa là bạn bị suy giáp hoặc suy giáp cận lâm sàng. Xét nghiệm thyroxine (FT4): Mức T4 thấp cho thấy bạn bị suy giáp. Xét nghiệm kháng thể kháng giáp (TPO): Nếu bạn có tự kháng thể kháng tuyến giáp trong máu, điều đó thường cho thấy viêm tuyến giáp Hashimoto là nguyên nhân gây ra bệnh suy giáp. Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể đề nghị siêu âm tuyến giáp để kiểm tra kích thước tuyến giáp của bạn và để loại trừ các nguyên nhân khác gây phì đại tuyến giáp.

Xét nghiệm hormone kích thích tuyến giáp (TSH) : Mức TSH cao thường có nghĩa là tuyến giáp của bạn không sản xuất đủ hormone thyroxine (T4). Kết quả này thường có nghĩa là bạn bị suy giáp hoặc suy giáp cận lâm sàng.

Xét nghiệm thyroxine (FT4): Mức T4 thấp cho thấy bạn bị suy giáp.

Xét nghiệm kháng thể kháng giáp (TPO): Nếu bạn có tự kháng thể kháng tuyến giáp trong máu, điều đó thường cho thấy viêm tuyến giáp Hashimoto là nguyên nhân gây ra bệnh suy giáp.

Trong một số trường hợp, bác sĩ có thể đề nghị siêu âm tuyến giáp để kiểm tra kích thước tuyến giáp của bạn và để loại trừ các nguyên nhân khác gây phì đại tuyến giáp.

Phương pháp điều trị viêm tuyến giáp Hashimoto hiệu quả

Không phải ai mắc viêm tuyến giáp Hashimoto cũng bị suy giáp. Nếu bạn có lượng kháng thể cao nhưng không bị suy giáp lâm sàng, bác sĩ có thể sẽ theo dõi nồng độ hormon tuyến giáp của bạn thay vì bắt đầu điều trị.

Nếu viêm tuyến giáp Hashimoto dẫn đến suy giáp, phương pháp điều trị đầu tiên là sử dụng thuốc Levothyroxine . Đó là dạng tổng hợp của hormone T4. Thuốc này giúp khôi phục mức bình thường của hormone tuyến giáp mà cơ thể bạn cần. Bạn sẽ cần phải dùng nó mỗi ngày trong suốt quãng đời còn lại của mình. Theo thời gian, bạn có thể cần một liều thuốc khác. Bác sĩ sẽ biết cách điều chỉnh liều lượng thuốc của bạn để đảm bảo rằng bệnh suy giáp của bạn được kiểm soát tốt.

Tác dụng phụ của Levothyroxin: Nếu bạn gặp tác dụng phụ khi dùng levothyroxin,

rất có thể là do liều của bạn quá cao. Điều này có thể gây ra bệnh nhiễm độc giáp (quá nhiều hormone tuyến giáp).

Các triệu chứng của nhiễm độc giáp bao gồm:

Nhịp tim nhanh: Thường là nhịp tim cao hơn 100 nhịp mỗi phút. Nhịp tim không đều; Sút cân không rõ nguyên nhân; Cảm thấy run; Cảm thấy bồn chồn, lo lắng và/hoặc cáu kỉnh; Tăng độ nhạy cảm với nhiệt và đổ mồ hôi nhiều hơn bình thường. Nhịp tim nhanh: Thường là nhịp tim cao hơn 100 nhịp mỗi phút.

Nhịp tim không đều;

Sút cân không rõ nguyên nhân;

Cảm thấy run;

Cảm thấy bồn chồn, lo lắng và/hoặc cáu kỉnh;

Tăng độ nhạy cảm với nhiệt và đổ mồ hôi nhiều hơn bình thường.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa viêm tuyến giáp hashimoto

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của viêm tuyến giáp Hashimoto

Chế độ sinh hoạt:

Lối sống lành mạnh: tập thể dục, ngủ ngon và kiểm soát căng thẳng, bỏ thuốc lá có thể giúp ích cho hệ thống miễn dịch của bạn. Nhưng dù thế nào đi nữa, bạn sẽ cần phải tiếp tục dùng thuốc nếu bị suy giáp. Tránh tiếp xúc nhiều với tia bức xạ. Hãy gặp bác sĩ nếu bạn xuất hiện các triệu chứng mới hoặc trầm trọng hơn hoặc nhận thấy sự thay đổi ở tuyến giáp của mình.

Lối sống lành mạnh: tập thể dục, ngủ ngon và kiểm soát căng thẳng, bỏ thuốc lá có thể giúp ích cho hệ thống miễn dịch của bạn. Nhưng dù thế nào đi nữa, bạn sẽ cần phải tiếp tục dùng thuốc nếu bị suy giáp.

Tránh tiếp xúc nhiều với tia bức xạ.

Hãy gặp bác sĩ nếu bạn xuất hiện các triệu chứng mới hoặc trầm trọng hơn hoặc nhận thấy sự thay đổi ở tuyến giáp của mình.

Chế độ dinh dưỡng:

Không có chế độ ăn kiêng đặc biệt cho viêm tuyến giáp Hashimoto. Nhưng một số thực phẩm, thuốc hoặc thuốc bổ có thể ảnh hưởng đến khả năng hấp thụ thuốc

Levothyroxine bạn đang uống. Bao gồm:

Thuốc bổ sung sắt và canxi; Sucralfate (thuốc trị loét dạ dày); Cholestyramine và nhôm hydroxit (có trong một số thuốc kháng axit); Sữa đậu nành hoặc các thực phẩm từ đậu nành.

Thuốc bổ sung sắt và canxi;

Sucralfate (thuốc trị loét dạ dày);

Cholestyramine và nhôm hydroxit (có trong một số thuốc kháng axit);

Sữa đậu nành hoặc các thực phẩm từ đậu nành.

Dùng thuốc này bốn giờ trước hoặc sau khi dùng Levothyroxin có thể giải quyết được vấn đề này.

Một số chế độ ăn và chất có khả năng làm bùng phát hoặc làm trầm trọng thêm bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto bao gồm:

Chế độ ăn giàu gluten và ngũ cốc; Chế độ ăn giàu sữa; Chế độ ăn nhiều glucose (thực phẩm có nhiều carbohydrate); Thực ăn nhanh; Rượu và thuốc lá.

Chế độ ăn giàu gluten và ngũ cốc;

Chế độ ăn giàu sữa;

Chế độ ăn nhiều glucose (thực phẩm có nhiều carbohydrate);

Thực ăn nhanh;

Rượu và thuốc lá.

Phương pháp phòng ngừa viêm tuyến giáp Hashimoto hiệu quả

Vì viêm tuyến giáp Hashimoto là bệnh lý tự miễn nên không có phương pháp phòng bệnh thật sự hiệu quả. Điều quan trọng nhất là có chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi, ăn uống lành mạnh. Tránh xa các yếu tố thúc đẩy dẫn đến sự rối loạn quá trình chuyển hóa trong cơ thể như:

Không hút thuốc lá. Kiểm soát cân nặng. Hạn chế tiếp xúc với tia bức xạ, tia X.

Hạn chế tiếp xúc với môi trường ô nhiễm.

Không hút thuốc lá.

Kiểm soát cân nặng.

Hạn chế tiếp xúc với tia bức xạ, tia X.

Hạn chế tiếp xúc với môi trường ô nhiễm.

=====

Tìm hiểu chung tiểu đường ở trẻ em

Đái tháo đường là tình trạng không tiết insulin (típ 1) hoặc đề kháng với insulin ngoại vi (típ 2), từ đó gây tăng đường huyết. Các triệu chứng ban đầu có liên quan đến tăng đường huyết bao gồm uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều và sụt cân. Việc chẩn đoán bằng cách đo nồng độ glucose trong huyết tương. Điều trị đái tháo đường phụ thuộc vào từng loại đái tháo đường khác nhau, có thể bao gồm thuốc, chế độ ăn và tập thể dục.

Các dạng đái tháo đường trẻ em cũng tương tự như ở người lớn, nhưng các vấn đề về tâm lý xã hội sẽ rất khác và có thể làm phức tạp thêm cho việc điều trị. Các dạng đái tháo đường ở trẻ em có thể bao gồm:

Đái tháo đường típ 1; Đái tháo đường típ 2 ; Các dạng đái tháo đường đơn gen; Tiền đái tháo đường.

Đái tháo đường típ 1;

Đái tháo đường típ 2 ;

Các dạng đái tháo đường đơn gen;

Tiền đái tháo đường.

Trong đó, đái tháo đường típ 1 ở trẻ em là phổ biến nhất, chiếm % số ca mới mắc ở trẻ em thuộc mọi dân tộc. Bên cạnh đó, đái tháo đường típ 2 (thường khởi phát ở người lớn) gần đây ngày càng phổ biến ở trẻ em, thậm chí ở một số nơi trên thế giới, đái tháo đường típ 2 đã trở thành loại đái tháo đường chính ở trẻ em.

Triệu chứng tiểu đường ở trẻ em

Những dấu hiệu và triệu chứng của tiểu đường ở trẻ em

Các dấu hiệu và triệu chứng của đái tháo đường ở trẻ em có thể khác nhau tùy thuộc vào từng loại.

Đối với đái tháo đường típ 1 ở trẻ em

Các biểu hiện ban đầu thay đổi từ tăng đường huyết không triệu chứng cho đến nhiễm toan ceton do đái tháo đường gây đe dọa tính mạng. Tuy nhiên thông thường nhất, trẻ em bị tăng đường huyết mà không nhiễm toan ceton, có các triệu chứng sau:

Khát nhiều; Giảm cân ngoài ý muốn; Cảm thấy đói nhiều; Mệt mỏi , suy nhược; Khó chịu hoặc thay đổi hành vi; Nhìn mờ; Buồn nôn, nôn, hay hơi thở có mùi ceton (mùi trái cây) nếu nhiễm toan ceton máu; Đi tiểu thường xuyên, tiểu đêm , có thể đái dầm ở trẻ đã biết đi vệ sinh hay tiêu không tự chủ vào ban ngày.

Khát nhiều;

Giảm cân ngoài ý muốn;

Cảm thấy đói nhiều;

Mệt mỏi , suy nhược;

Khó chịu hoặc thay đổi hành vi;

Nhìn mờ;

Buồn nôn, nôn, hay hơi thở có mùi ceton (mùi trái cây) nếu nhiễm toan ceton máu;

Đi tiểu thường xuyên, tiểu đêm , có thể đái dầm ở trẻ đã biết đi vệ sinh hay tiêu không tự chủ vào ban ngày.

Đối với đái tháo đường típ 2 ở trẻ em

Đái tháo đường típ 2 ở trẻ em có biểu hiện rất khác nhau, trẻ em thường không hoặc ít có triệu chứng và tình trạng của trẻ chỉ bị phát hiện khi được làm xét nghiệm định kỳ. Tuy nhiên, một số trẻ có biểu hiện của tăng đường huyết như:

Khát nhiều; Tiểu nhiều; Đói nhiều; Mệt mỏi; Các vùng da sẫm màu, thường thấy quanh cổ, nách và bẹn. Giảm cân ngoài ý muốn (điều này là ít phổ biến hơn ở trẻ mắc đái tháo đường típ 2 so với đái tháo đường típ 1). Nhiễm trùng thường xuyên.

Khát nhiều;

Tiểu nhiều;

Đói nhiều;

Mệt mỏi;

Các vùng da sẫm màu, thường thấy quanh cổ, nách và bẹn.

Giảm cân ngoài ý muốn (điều này là ít phổ biến hơn ở trẻ mắc đái tháo đường típ 2 so với đái tháo đường típ 1).

Nhiễm trùng thường xuyên.

Biến chứng có thể gặp khi mắc tiểu đường ở trẻ em

Các biến chứng có thể gặp phải khi trẻ mắc đái tháo đường có thể kể đến là:

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường: Phổ biến ở trẻ mắc đái tháo đường típ 1 đã được chẩn đoán, nó phát triển ở khoảng 1 - 10% người bệnh mỗi năm, thường là do không sử dụng insulin. Biến chứng mạch máu: Những thay đổi bệnh lý sớm và những bất thường về chức năng có thể xuất hiện vài năm sau khi khởi phát đái tháo đường típ 1 ở trẻ. Kiểm soát đường huyết kém kéo dài là yếu tố nguy cơ lớn nhất

đối với các biến chứng mạch máu, các biến chứng có thể bao gồm bệnh thận đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường, bệnh thần kinh do đái tháo đường và các bệnh lý về động mạch vành, động mạch ngoại biên hay đột quỵ. Các vấn đề về sức khỏe tâm thần: Điều này rất phổ biến ở trẻ em mắc bệnh đái tháo đường và gia đình của trẻ. Có tới một nửa số trẻ em bị trầm cảm, lo lắng hoặc các vấn đề về tâm lý khác. Rối loạn ăn uống là một vấn đề nghiêm trọng ở thanh thiếu niên, trẻ đôi khi sẽ bỏ liều insulin để kiểm soát cân nặng. Ngoài ra, các vấn đề về tâm lý có thể dẫn đến việc kiểm soát đường huyết kém và khả năng tuân thủ điều trị của trẻ.

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường: Phổ biến ở trẻ mắc đái tháo đường típ 1 đã được chẩn đoán, nó phát triển ở khoảng 1 - 10% người bệnh mỗi năm, thường là do không sử dụng insulin.

Biến chứng mạch máu: Những thay đổi bệnh lý sớm và những bất thường về chức năng có thể xuất hiện vài năm sau khi khởi phát đái tháo đường típ 1 ở trẻ. Kiểm soát đường huyết kém kéo dài là yếu tố nguy cơ lớn nhất đối với các biến chứng mạch máu, các biến chứng có thể bao gồm bệnh thận đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường, bệnh thần kinh do đái tháo đường và các bệnh lý về động mạch vành, động mạch ngoại biên hay đột quỵ.

Các vấn đề về sức khỏe tâm thần: Điều này rất phổ biến ở trẻ em mắc bệnh đái tháo đường và gia đình của trẻ. Có tới một nửa số trẻ em bị trầm cảm, lo lắng hoặc các vấn đề về tâm lý khác. Rối loạn ăn uống là một vấn đề nghiêm trọng ở thanh thiếu niên, trẻ đôi khi sẽ bỏ liều insulin để kiểm soát cân nặng. Ngoài ra, các vấn đề về tâm lý có thể dẫn đến việc kiểm soát đường huyết kém và khả năng tuân thủ điều trị của trẻ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu con bạn có bất kỳ dấu hiệu nào của bệnh đái tháo đường đã nêu ở trên, bạn nên đưa trẻ đến ngay cơ sở y tế để được kiểm tra lượng đường trong máu để được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Nguyên nhân tiểu đường ở trẻ em

Nguyên nhân chính xác của đái tháo đường típ 1 ở trẻ em vẫn chưa được biết đến. Nhưng ở hầu hết những người mắc đái tháo đường típ 1, hệ thống miễn dịch của cơ thể đã phá hủy nhầm các tế bào sản xuất insulin trong tuyến tụy. Từ đó dẫn đến việc cơ thể trẻ sản xuất ít hoặc không sản xuất insulin (insulin là một hormone thực hiện công việc giúp di chuyển đường từ máu đến các tế bào của cơ thể để biến thành năng lượng). Khi không có đủ insulin, lượng đường trong máu sẽ tăng cao, điều này có thể gây nguy hiểm cho trẻ nếu không được điều trị.

Tương tự như đái tháo đường típ 1, đái tháo đường típ 2 ở trẻ em cũng chưa biết được nguyên nhân chính xác. Tiền căn gia đình và yếu tố di truyền đóng một vai trò quan trọng. Đối với đái tháo đường típ 2, có thể diễn ra do tuyến tụy không tiết đủ insulin hay các tế bào của cơ thể trở nên đề kháng với insulin (điều này có nghĩa là các tế bào không cho phép đường di chuyển vào, và không thể sử dụng đường một cách hiệu quả), từ đó cũng dẫn đến tình trạng tăng đường huyết.

Nguy cơ tiểu đường ở trẻ em

Những ai có nguy cơ mắc tiểu đường ở trẻ em?

Mọi trẻ em đều có thể mắc đái tháo đường, tuy nhiên tỷ lệ này gia tăng đáng kể ở một số đối tượng khác nhau, ví dụ như:

Đái tháo đường típ 1 có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi thuộc mọi dân tộc, nhưng phổ biến hơn hết là ở trẻ từ 4 - 6 tuổi hoặc trẻ từ 10 - 14 tuổi. Đái tháo đường típ 2 gia tăng tần suất song song với sự gia tăng béo phì ở trẻ em, thường biểu hiện sau tuổi dậy thì và tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi từ 15 - 19 tuổi.

Đái tháo đường típ 1 có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi thuộc mọi dân tộc, nhưng phổ biến hơn hết là ở trẻ từ 4 - 6 tuổi hoặc trẻ từ 10 - 14 tuổi.

Đái tháo đường típ 2 gia tăng tần suất song song với sự gia tăng béo phì ở trẻ em, thường biểu hiện sau tuổi dậy thì và tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi từ 15 - 19 tuổi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc tiểu đường ở trẻ em

Các yếu tố nguy cơ sẽ khác nhau tùy thuộc vào từng loại đái tháo đường. Yếu tố nguy cơ làm tăng đái tháo đường típ 1 ở trẻ em bao gồm:

Tiền căn gia đình: Trẻ có cha mẹ hoặc anh chị em mắc đái tháo đường típ 1 sẽ có nguy cơ cao hơn các trẻ khác. Di truyền: Một số gen cho thấy làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường típ 1 ở trẻ em. Dân tộc: Tại Mỹ, đái tháo đường típ 1 phổ biến hơn ở trẻ em da trắng so với trẻ em thuộc các sắc tộc khác. Virus: Tiếp xúc

với các loại virus khác nhau có thể liên quan đến kích hoạt phá hủy tự miễn dịch của các tế bào beta tụy.

Tiền căn gia đình: Trẻ có cha mẹ hoặc anh chị em mắc đái tháo đường típ 1 sẽ có nguy cơ cao hơn các trẻ khác.

Di truyền: Một số gen cho thấy làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường típ 1 ở trẻ em.

Dân tộc: Tại Mỹ, đái tháo đường típ 1 phổ biến hơn ở trẻ em da trắng so với trẻ em thuộc các sắc tộc khác.

Virus: Tiếp xúc với các loại virus khác nhau có thể liên quan đến kích hoạt phá hủy tự miễn dịch của các tế bào beta tụy.

Các yếu tố nguy cơ làm tăng đái tháo đường típ 2 ở trẻ em bao gồm:

Cân nặng: Thừa cân là một yếu tố nguy cơ mạnh đối với đái tháo đường típ 2 ở trẻ em. Trẻ có càng nhiều mô mỡ, đặc biệt là ở bên trong và ở quanh bụng, sẽ càng làm cơ thể đề kháng với insulin.

Không vận động: Trẻ em càng ít hoạt động thể chất thì nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 càng cao.

Chế độ ăn: Trẻ ăn nhiều thịt đỏ, thịt chế biến và đồ uống có đường liên quan đến nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn.

Tiền sử gia đình: Trẻ có nguy cơ cao hơn nếu có cha mẹ hoặc anh chị mắc đái tháo đường típ 2.

Chủng tộc: Nguyên nhân vẫn chưa rõ, tuy nhiên một số người bao gồm người da đen, gốc Tây Ban Nha, người Mỹ gốc Ấn và người Mỹ gốc Á có nhiều khả năng mắc đái tháo đường típ 2 hơn.

Tuổi và giới tính: Các bé gái vị thành niên có nguy cơ cao hơn các bé trai vị thành niên.

Cân nặng khi sinh thấp hoặc đẻ non : Những điều này có liên quan đến nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn ở trẻ.

Mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ: Trẻ em được sinh ra từ mẹ có mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn.

Chế độ ăn: Trẻ ăn nhiều thịt đỏ, thịt chế biến và đồ uống có đường liên quan đến nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn.

Tiền sử gia đình: Trẻ có nguy cơ cao hơn nếu có cha mẹ hoặc anh chị mắc đái tháo đường típ 2.

Chủng tộc: Nguyên nhân vẫn chưa rõ, tuy nhiên một số người bao gồm người da đen, gốc Tây Ban Nha, người Mỹ gốc Ấn và người Mỹ gốc Á có nhiều khả năng mắc đái tháo đường típ 2 hơn.

Tuổi và giới tính: Các bé gái vị thành niên có nguy cơ cao hơn các bé trai vị thành niên.

Cân nặng khi sinh thấp hoặc đẻ non : Những điều này có liên quan đến nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn ở trẻ.

Mẹ mắc đái tháo đường thai kỳ: Trẻ em được sinh ra từ mẹ có mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tiểu đường ở trẻ em

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán tiểu đường ở trẻ em

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường ở trẻ em dựa vào mức đường huyết của trẻ:

Mức đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L). Mức glucose ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L). Huyết sắc tố glycosyl hóa (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol). Đôi khi xét nghiệm dung nạp glucose đường uống .

Mức đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L).

Mức glucose ngẫu nhiên ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L).

Huyết sắc tố glycosyl hóa (HbA1c) $\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol).

Đôi khi xét nghiệm dung nạp glucose đường uống .

Đối với trẻ có nghi ngờ mắc đái tháo đường nhưng không có biểu hiện bệnh, xét nghiệm ban đầu có thể bao gồm các xét nghiệm chuyển hóa cơ bản như xét nghiệm đường huyết, các chất điện giải và phân tích nước tiểu.

Các xét nghiệm nhằm phân loại đái tháo đường (chẩn đoán chính xác loại đái tháo đường mà trẻ mắc phải) bao gồm:

Nồng độ C-peptide và insulin (nếu chưa được điều trị bằng insulin). Mức HbA1c (nếu chưa được thực hiện). Xét nghiệm tự kháng thể chống lại protein tế bào đảo tụy.

Nồng độ C-peptide và insulin (nếu chưa được điều trị bằng insulin).

Mức HbA1c (nếu chưa được thực hiện).

Xét nghiệm tự kháng thể chống lại protein tế bào đảo tụy.

Ngoài ra, bác sĩ có thể cho các xét nghiệm để đánh giá các biến chứng do đái tháo đường gây ra ở trẻ.

Phương pháp điều trị tiểu đường ở trẻ em

Việc điều trị đái tháo đường ở trẻ em tập trung vào các vấn đề sau:

Chế độ ăn và chế độ tập luyện. Dùng insulin đối với trẻ mắc đái tháo đường típ 1. Dùng metformin hoặc đôi khi là insulin hay liraglutide đối với trẻ mắc đái tháo đường típ 2. Giáo dục và điều trị chuyên sâu ở trẻ và gia đình của trẻ để có thể tuân thủ điều trị và đạt được mục tiêu đường huyết. Theo dõi, tầm soát để phát hiện sớm, quản lý và điều trị các biến chứng do đái tháo đường.

Chế độ ăn và chế độ tập luyện.

Dùng insulin đối với trẻ mắc đái tháo đường típ 1.

Dùng metformin hoặc đôi khi là insulin hay liraglutide đối với trẻ mắc đái tháo đường típ 2.

Giáo dục và điều trị chuyên sâu ở trẻ và gia đình của trẻ để có thể tuân thủ điều trị và đạt được mục tiêu đường huyết.

Theo dõi, tầm soát để phát hiện sớm, quản lý và điều trị các biến chứng do đái tháo đường.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tiểu đường ở trẻ em

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tiểu đường ở trẻ em

Chế độ sinh hoạt:

Thay đổi lối sống là có lợi cho tất cả người bệnh, bao gồm các việc làm sau:

Tăng cường hoạt động thể chất. Giảm cân nếu trẻ có thừa cân, béo phì. Tuân theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ và các chuyên gia. Hướng dẫn trẻ tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị bao gồm tuân thủ chế độ ăn lành mạnh và hoạt động thể chất phù hợp. Lên lịch thăm khám thường xuyên và tái khám đúng hẹn.

Tăng cường hoạt động thể chất.

Giảm cân nếu trẻ có thừa cân, béo phì.

Tuân theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ và các chuyên gia.

Hướng dẫn trẻ tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị bao gồm tuân thủ chế độ ăn lành mạnh và hoạt động thể chất phù hợp.

Lên lịch thăm khám thường xuyên và tái khám đúng hẹn.

Chế độ dinh dưỡng:

Việc thay đổi lối sống và chế độ ăn có lợi cho tất cả trẻ em mắc đái tháo đường, các thay đổi có thể bao gồm việc ăn uống thường xuyên và với số lượng phù hợp hay hạn chế ăn tinh bột tinh chế và các chất béo bão hòa.

Cụ thể hơn, đối với đái tháo đường típ 1, trẻ nên được ước tính lượng tinh bột trong bữa ăn để sử dụng insulin cho phù hợp. Trong cách tiếp cận này, lượng thức ăn không được quy định một cách cứng nhắc mà thay vào đó, kế hoạch bữa ăn sẽ dựa trên mô hình ăn uống bình thường của trẻ. Do đó, cha mẹ nên tham khảo ý kiến của bác sĩ để có thể lập ra một kế hoạch ăn uống và sử dụng insulin phù hợp cho trẻ. Đối với đái tháo đường típ 2, trẻ em nên được khuyến khích giảm cân và cải thiện chế độ ăn uống bao gồm:

Loại bỏ đồ uống có chứa đường và thực phẩm làm từ đường tinh luyện (ví dụ như kẹo, siro có hàm lượng đường cao). Khuyến khích bỏ bữa ăn và tránh cho ăn rải rác cả ngày. Kiểm soát kích thước khẩu phần ăn. Hạn chế đồ ăn nhiều chất béo và calo trong nhà. Tăng lượng chất xơ bằng cách ăn nhiều trái cây và rau quả.

Loại bỏ đồ uống có chứa đường và thực phẩm làm từ đường tinh luyện (ví dụ như kẹo, siro có hàm lượng đường cao).

Khuyến khích bỏ bữa ăn và tránh cho ăn rải rác cả ngày.

Kiểm soát kích thước khẩu phần ăn.

Hạn chế đồ ăn nhiều chất béo và calo trong nhà.

Tăng lượng chất xơ bằng cách ăn nhiều trái cây và rau quả.

Phương pháp phòng ngừa tiểu đường ở trẻ em hiệu quả

Đối với đái tháo đường típ 1, hiện không có cách nào chắc chắn để có thể ngăn ngừa chúng. Đây là một vấn đề hiện đang được quan tâm và nghiên cứu một cách tích cực.

Việc ngăn ngừa đái tháo đường típ 2 ở trẻ có thể bắt đầu từ việc dùng các thực phẩm có lợi cho sức khỏe và tăng hoạt động thể chất như:

Giảm lượng chất béo và calo; Tập trung và trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt;

Khuyến khích trẻ hoạt động; Đăng ký cho trẻ tham gia một đội thể thao hoặc tập nhảy, múa.

Giảm lượng chất béo và calo;

Tập trung và trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt;
Khuyến khích trẻ hoạt động;
Đăng ký cho trẻ tham gia một đội thể thao hoặc tập nhảy, múa.

=====

Tìm hiểu chung hạ đường huyết tiểu đường

Trong suốt cả ngày, lượng đường trong máu (còn gọi là đường huyết) sẽ thay đổi tùy thuộc nhiều yếu tố khác nhau. Điều này là bình thường nếu thay đổi này trong phạm vi nhất định. Tuy nhiên, nếu đường huyết xuống dưới giới hạn lành mạnh mà không được điều trị thì có thể gây nguy hiểm cho cơ thể.

Đối với nhiều người bệnh đái tháo đường (hay còn gọi là tiểu đường), hạ đường huyết được định nghĩa là tình trạng đường huyết giảm xuống dưới 70 mg/dL. Biết cách xác định hạ đường huyết là rất quan trọng vì nó có thể nguy hiểm nếu không được điều trị kịp thời.

Triệu chứng hạ đường huyết tiểu đường

Những dấu hiệu và triệu chứng của hạ đường huyết tiểu đường

Các dấu hiệu và triệu chứng của hạ đường huyết thường xảy ra nhanh chóng. Phản ứng của mỗi người đối với lượng đường huyết thấp là khác nhau. Sau đây là các triệu chứng từ nhẹ hơn, phổ biến hơn cho đến các triệu chứng nghiêm trọng của hạ đường huyết, bao gồm:

Run; Lo lắng; Đổ mồ hôi, ớn lạnh; Cảm giác khó chịu hoặc cáu gắt; Lú lẫn; Tim đập nhanh; Chóng mặt; Cảm thấy đói; Buồn nôn; Da xanh xao; Buồn ngủ; Cảm thấy yếu hoặc không có năng lượng; Mờ hay suy giảm thị lực; Ngứa ran hoặc tê ở môi, lưỡi, má; Nhức đầu; Vụng vè, gặp vấn đề trong phối hợp động tác; Gặp ác mộng hoặc khóc khi ngủ; Co giật.

Run;

Lo lắng;

Đổ mồ hôi, ớn lạnh;

Cảm giác khó chịu hoặc cáu gắt;

Lú lẫn;

Tim đập nhanh;

Chóng mặt;

Cảm thấy đói;

Buồn nôn;

Da xanh xao;

Buồn ngủ;

Cảm thấy yếu hoặc không có năng lượng;

Mờ hay suy giảm thị lực;

Ngứa ran hoặc tê ở môi, lưỡi, má;

Nhức đầu;

Vụng vè, gặp vấn đề trong phối hợp động tác;

Gặp ác mộng hoặc khóc khi ngủ;

Co giật.

Cách duy nhất để xác định chắc chắn hạ đường huyết là kiểm tra lượng đường trong máu (nếu có thể). Nếu bạn đang có các triệu chứng của hạ đường huyết và không thể kiểm tra lượng đường trong máu, hãy xử trí như một tình trạng hạ đường huyết.

Biến chứng có thể gặp khi mắc hạ đường huyết tiểu đường

Nếu lượng đường trong máu tiếp tục giảm, não sẽ không nhận đủ glucose và ngừng hoạt động như bình thường. Điều này có thể dẫn đến các triệu chứng như mờ mắt, khó tập trung, suy nghĩ lẫn lộn, nói lắp, tê và buồn ngủ. Nếu lượng đường trong máu ở mức thấp quá lâu, khiến não bị thiếu glucose, có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng hơn như:

Co giật; Hôn mê; Tử vong.

Co giật;

Hôn mê;

Tử vong.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn hay người thân của bạn có các triệu chứng của hạ đường huyết, hoặc kiểm tra thấy mức đường huyết thấp (có thể có hoặc không có triệu chứng hạ đường huyết). Hoặc đối với người bệnh đái tháo đường thường xuyên bị hạ đường huyết hay bị hạ đường huyết nghiêm trọng. Hãy xử trí ngay lập tức theo hướng dẫn và đến gặp bác sĩ để được tư vấn điều trị phù hợp.

Nguyên nhân hạ đường huyết tiểu đường

Hạ đường huyết ở người bệnh tiểu đường (hay còn gọi là đái tháo đường) thường gặp ở những người bệnh đang được điều trị với thuốc insulin hay một số loại thuốc hạ đường huyết uống, bao gồm:

Sulfonylureas: Đây là thuốc viên điều trị đái tháo đường típ 2 đã được sử dụng từ rất sớm, có hiệu quả giúp giảm HbA1c mạnh nhất, tuy nhiên cũng gây ra nhiều tác dụng phụ. Trong đó, hạ đường huyết là một trong những biến chứng luôn cần được lưu ý. **Meglitinides:** Uống trước bữa ăn để thúc đẩy tăng insulin trong thời gian ngắn. Hạ đường huyết cũng là tác dụng phụ phổ biến nhất của nhóm thuốc này. **Insulin:** Kể từ năm 1992 khi lần đầu tiên được đưa vào điều trị đái tháo đường típ 1 cho đến nay, insulin được xem là một điều kỳ diệu của y học. Tuy nhiên, hạ đường huyết là tác dụng ngoại ý trầm trọng nhất và là rào cản lớn nhất hạn chế việc sử dụng insulin để đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết.

Sulfonylureas: Đây là thuốc viên điều trị đái tháo đường típ 2 đã được sử dụng từ rất sớm, có hiệu quả giúp giảm HbA1c mạnh nhất, tuy nhiên cũng gây ra nhiều tác dụng phụ. Trong đó, hạ đường huyết là một trong những biến chứng luôn cần được lưu ý.

Meglitinides: Uống trước bữa ăn để thúc đẩy tăng insulin trong thời gian ngắn. Hạ đường huyết cũng là tác dụng phụ phổ biến nhất của nhóm thuốc này.

Insulin: Kể từ năm 1992 khi lần đầu tiên được đưa vào điều trị đái tháo đường típ 1 cho đến nay, insulin được xem là một điều kỳ diệu của y học. Tuy nhiên, hạ đường huyết là tác dụng ngoại ý trầm trọng nhất và là rào cản lớn nhất hạn chế việc sử dụng insulin để đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết.

Ngoài các nguyên nhân do thuốc, trên người bệnh đái tháo đường, có nhiều yếu tố thuận lợi khác có thể làm tăng nguy cơ hạ đường huyết.

Nguy cơ hạ đường huyết tiểu đường

Những ai có nguy cơ mắc hạ đường huyết tiểu đường?

Những người bệnh đái tháo đường có nhiều khả năng mắc hạ đường huyết, bao gồm:

Mắc đái tháo đường típ 1; Dùng insulin hoặc một số thuốc hạ đường huyết khác (như sulfonylureas, meglitinides); Từ 65 tuổi trở lên; Từng bị hạ đường huyết trước đó; Có các vấn đề sức khỏe khác như bệnh thận, bệnh tim hoặc suy giảm nhận thức.

Mắc đái tháo đường típ 1;

Dùng insulin hoặc một số thuốc hạ đường huyết khác (như sulfonylureas, meglitinides);

Từ 65 tuổi trở lên;

Từng bị hạ đường huyết trước đó;

Có các vấn đề sức khỏe khác như bệnh thận, bệnh tim hoặc suy giảm nhận thức.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc hạ đường huyết tiểu đường

Các yếu tố nguy cơ gây hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường bao gồm:

Sử dụng quá liều thuốc hạ đường huyết. Người bệnh bỏ bữa không ăn, ăn trễ hay ăn quá ít so với thường lệ. Sau nôn ói nhiều hay tiêu chảy. Tập luyện hay vận động quá mức bình thường. Sử dụng thêm các thuốc khác làm tăng tác dụng của thuốc hạ đường huyết. Người bệnh đái tháo đường có xơ gan, suy thận. Người bệnh mắc đái tháo đường lâu năm. Sau khi uống rượu nhiều kèm theo ăn ít hoặc không ăn.

Sử dụng quá liều thuốc hạ đường huyết.

Người bệnh bỏ bữa không ăn, ăn trễ hay ăn quá ít so với thường lệ.

Sau nôn ói nhiều hay tiêu chảy.

Tập luyện hay vận động quá mức bình thường.

Sử dụng thêm các thuốc khác làm tăng tác dụng của thuốc hạ đường huyết.

Người bệnh đái tháo đường có xơ gan, suy thận.

Người bệnh mắc đái tháo đường lâu năm.

Sau khi uống rượu nhiều kèm theo ăn ít hoặc không ăn.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hạ đường huyết tiểu đường

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hạ đường huyết tiểu đường

Hạ đường huyết được chẩn đoán bằng cách lấy máu thử mức đường huyết, có hai cách thực hiện:

Sử dụng máy đo đường huyết tại giường (máu mao mạch). Lấy máu tĩnh mạch đo đường huyết tương.

Sử dụng máy đo đường huyết tại giường (máu mao mạch).

Lấy máu tĩnh mạch đo đường huyết tương.

Chẩn đoán xác định hạ đường huyết ngay khi kết quả đường huyết <70 mg/dL.

Mức độ nghiêm trọng của hạ đường huyết ở người bệnh tiểu đường dựa trên mức đường huyết và nhu cầu hỗ trợ:

Hạ đường huyết cấp độ 1 (nhẹ): Đường huyết < 70 mg/dL nhưng \geq 54 mg/dL. Hạ đường huyết cấp độ 2 (trung bình): Đường huyết < 54 mg/dL. Hạ đường huyết cấp độ 3 (nặng): Hạ đường huyết cần sự trợ giúp của người khác do thay đổi trạng thái tinh thần hoặc thể chất.

Hạ đường huyết cấp độ 1 (nhẹ): Đường huyết < 70 mg/dL nhưng \geq 54 mg/dL.

Hạ đường huyết cấp độ 2 (trung bình): Đường huyết < 54 mg/dL.

Hạ đường huyết cấp độ 3 (nặng): Hạ đường huyết cần sự trợ giúp của người khác do thay đổi trạng thái tinh thần hoặc thể chất.

Phương pháp điều trị hạ đường huyết tiểu đường

Nhận biết và điều trị ngay cơn hạ đường huyết hay nghi ngờ có hạ đường huyết là rất quan trọng, vì có thể ngăn chặn hôn mê cũng như ngăn chặn các tổn thương trên não do hạ đường huyết nặng gây ra.

Nếu bạn cảm thấy một hay nhiều triệu chứng của hạ đường huyết, hãy kiểm tra lượng đường trong máu ngay lập tức (nếu có thể). Nếu mức đường huyết của bạn dưới 70 mg/dL, hoặc có triệu chứng nghi ngờ hạ đường huyết nhưng không có máy kiểm tra, hãy xử trí ngay như một trường hợp hạ đường huyết.

Uống đường glucose

Đối với người bệnh chỉ có các triệu chứng nhẹ, tỉnh táo, có thể cho uống nước đường, sữa có đường, nước trái cây,... Cụ thể, hãy ăn hoặc uống 15 - 20 gam đường ngay lập tức, chọn một trong các thức ăn sau, ví dụ như:

3 viên đường 5 gam; 5 - 6 viên kẹo; 2 thìa nho khô; 3 thìa đường hoặc mật ong; Trái cây ngọt; 180 - 200 ml sữa có đường; ½ cốc nước ép trái cây (không phải nước ép ít đường hay ít calo). Nếu bạn có bệnh thận, không nên uống nước ép cam vì có nhiều kali. Nước ép táo, nho hay việt quất là những lựa chọn tốt. ½ lon nước ngọt (không phải loại ít đường hoặc ít calo).

3 viên đường 5 gam;

5 - 6 viên kẹo;

2 thìa nho khô;

3 thìa đường hoặc mật ong;

Trái cây ngọt;

180 - 200 ml sữa có đường;

½ cốc nước ép trái cây (không phải nước ép ít đường hay ít calo). Nếu bạn có bệnh thận, không nên uống nước ép cam vì có nhiều kali. Nước ép táo, nho hay việt quất là những lựa chọn tốt.

½ lon nước ngọt (không phải loại ít đường hoặc ít calo).

Sau 15 phút, thử lại đường huyết, nếu đường huyết còn thấp hay vẫn còn triệu chứng, nên lặp lại một lần nữa (ăn hoặc uống thêm 15 - 20 gam đường). Kiểm tra lại sau 15 phút, nếu đường huyết chưa cải thiện, hãy đưa người bệnh đến bệnh viện để được điều trị.

Truyền tĩnh mạch dung dịch glucose

Được chỉ định trong trường hợp người bệnh không uống được, hôn mê, hay nghi ngờ quá liều thuốc.

Bơm trực tiếp tĩnh mạch 50 ml dung dịch glucose ưu trương 30 - 50%. Sau đó tiếp tục truyền duy trì dung dịch glucose 5 - 10% nếu tri giác chưa hồi phục hay tiên lượng hạ đường huyết diễn tiến kéo dài.

Glucagon

Chỉ định trong các trường hợp người bệnh ngoại trú (ngoài cộng đồng) không uống được, hay người bệnh nội trú (tại bệnh viện) không uống được và chưa có đường truyền tĩnh mạch. Thường được điều trị cho người bệnh đái tháo đường hạ đường huyết có rối loạn tri giác, trên đường đưa đến bệnh viện.

Tiêm bắp hay tiêm dưới da 1 mg glucagon, có thể lặp lại 2 - 3 lần cách 10 - 15 phút nếu người bệnh chưa tỉnh.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hạ đường huyết tiểu đường

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hạ đường huyết tiểu đường

Chế độ sinh hoạt:

Nếu bạn đang dùng insulin hoặc các loại thuốc hạ đường huyết khác, hãy thực hiện các việc sau để ngăn ngừa tình trạng hạ đường huyết:

Tự kiểm tra đường huyết: Tham khảo ý kiến của bác sĩ về cách thức tự kiểm tra đường huyết (thường bằng máy đo đường huyết) để kịp thời phát hiện hạ đường

huyết. Chế độ hoạt động: Hãy đảm bảo an toàn trong khi tập thể dục hoặc hoạt động thể chất. Hoạt động thể chất có thể làm giảm lượng đường huyết trong lúc hoạt động hoặc nhiều giờ sau đó. Không nên vận động quá mức mà chế độ ăn chưa phù hợp. Không nên tập vận động một mình, khi thấy mệt nên ngưng tập và thử đường huyết ngay. Nếu thử đường huyết lúc trước tập thấp, nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi tập. Sử dụng thuốc: Không nên tự ý dùng thêm thuốc hay tự tăng liều thuốc hạ đường huyết khi đo đường huyết cao. Nên mang theo 1 ống thuốc glucagon 1 mg và ống tiêm có gắn kim tiêm, tham khảo ý kiến bác sĩ để được hướng dẫn cách sử dụng khi cần. Thẻ tên y tế: Nên mang theo tấm thẻ có tên và thông báo mình bị đái tháo đường, tên thuốc và liều thuốc đang dùng.

Tự kiểm tra đường huyết: Tham khảo ý kiến của bác sĩ về cách thức tự kiểm tra đường huyết (thường bằng máy đo đường huyết) để kịp thời phát hiện hạ đường huyết.

Chế độ hoạt động: Hãy đảm bảo an toàn trong khi tập thể dục hoặc hoạt động thể chất. Hoạt động thể chất có thể làm giảm lượng đường huyết trong lúc hoạt động hoặc nhiều giờ sau đó. Không nên vận động quá mức mà chế độ ăn chưa phù hợp. Không nên tập vận động một mình, khi thấy mệt nên ngưng tập và thử đường huyết ngay. Nếu thử đường huyết lúc trước tập thấp, nên hỏi ý kiến bác sĩ trước khi tập.

Sử dụng thuốc: Không nên tự ý dùng thêm thuốc hay tự tăng liều thuốc hạ đường huyết khi đo đường huyết cao. Nên mang theo 1 ống thuốc glucagon 1 mg và ống tiêm có gắn kim tiêm, tham khảo ý kiến bác sĩ để được hướng dẫn cách sử dụng khi cần.

Thẻ tên y tế: Nên mang theo tấm thẻ có tên và thông báo mình bị đái tháo đường, tên thuốc và liều thuốc đang dùng.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ dinh dưỡng phù hợp để ngăn ngừa hạ đường huyết bao gồm:

Mang theo các loại đường hấp thu nhanh (kẹo, viên đường, nước trái cây, nước ngọt...) để dùng khi cần thiết. Ngoài ra, nếu bạn dùng đồ uống có cồn, sẽ an toàn hơn khi ăn một số thực phẩm cùng lúc (không sử dụng đồ uống có cồn nếu ăn ít hay nhịn ăn). Nên ăn uống đúng giờ, không bỏ bữa ăn, ăn uống đúng khẩu phần quy định theo hướng dẫn của bác sĩ.

Mang theo các loại đường hấp thu nhanh (kẹo, viên đường, nước trái cây, nước ngọt...) để dùng khi cần thiết.

Ngoài ra, nếu bạn dùng đồ uống có cồn, sẽ an toàn hơn khi ăn một số thực phẩm cùng lúc (không sử dụng đồ uống có cồn nếu ăn ít hay nhịn ăn).

Nên ăn uống đúng giờ, không bỏ bữa ăn, ăn uống đúng khẩu phần quy định theo hướng dẫn của bác sĩ.

Phương pháp phòng ngừa hạ đường huyết tiểu đường hiệu quả

Để phòng ngừa hạ đường huyết một cách hiệu quả, hãy tuân thủ theo hướng dẫn điều trị thuốc của bác sĩ, tuân theo chế độ sinh hoạt và dinh dưỡng phù hợp. Bên cạnh đó, nên giáo dục và hướng dẫn người nhà, bệnh nhân cách phát hiện và xử trí hạ đường huyết một cách nhanh chóng để hạn chế các biến chứng của hạ đường huyết.

=====

Tìm hiểu chung bệnh võng mạc tiểu đường

Võng mạc là một lớp tế bào nhạy cảm với ánh sáng, nằm ở phía sau mắt giúp chuyển đổi ánh sáng thành tín hiệu điện. Các tín hiệu điện được gửi đến não để biến chúng thành hình ảnh bạn mà có thể nhìn thấy. Võng mạc cần được cung cấp máu liên tục thông qua các mạng lưới mạch máu nhỏ.

Bệnh võng mạc đái tháo đường là một bệnh về mắt ở người bệnh đái tháo đường.

Theo thời gian, với lượng đường trong máu cao liên tục, có thể làm hỏng hệ thống mạch máu này, có 3 giai đoạn chính:

Bệnh lý võng mạc nền: Mạch máu phát triển những chỗ phình nhỏ, có thể xuất huyết nhẹ nhưng không ảnh hưởng đến thị lực. Bệnh lý võng mạc tiền tăng sinh: Những thay đổi nghiêm trọng, lan rộng hơn, ảnh hưởng đến các mạch máu, bao gồm chảy máu nhiều hơn vào mắt. Bệnh lý võng mạc tăng sinh: Mô sẹo và mạch máu mới hình thành trên võng mạc, yếu và dễ chảy máu, điều này có thể dẫn đến mất thị lực. Bệnh lý võng mạc nền: Mạch máu phát triển những chỗ phình nhỏ, có thể xuất huyết nhẹ nhưng không ảnh hưởng đến thị lực.

Bệnh lý võng mạc tiền tăng sinh: Những thay đổi nghiêm trọng, lan rộng hơn, ảnh hưởng đến các mạch máu, bao gồm chảy máu nhiều hơn vào mắt.

Bệnh lý võng mạc tăng sinh: Mô sẹo và mạch máu mới hình thành trên võng mạc, yếu và dễ chảy máu, điều này có thể dẫn đến mất thị lực.

Bệnh vồng mạc đái tháo đường là nguyên nhân phổ biến nhất gây mất thị lực ở người bị đái tháo đường. Do đó, nếu bạn mắc đái tháo đường, điều quan trọng là phải khám mắt toàn diện mỗi năm một lần. Ban đầu, bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể không có bất kỳ triệu chứng nào - nhưng việc phát hiện bệnh sớm có thể giúp bạn thực hiện các bước để bảo vệ thị lực của mình.

Triệu chứng bệnh vồng mạc tiểu đường

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh vồng mạc đái tháo đường

Giai đoạn đầu của bệnh vồng mạc đái tháo đường thường không có bất kỳ triệu chứng nào. Một số người có thể gặp một vài thay đổi trong tầm nhìn của họ, chẳng hạn như khó đọc hay khó nhìn thấy các vật thể ở xa, các triệu chứng này không liên tục, có lúc xuất hiện có lúc biến mất.

Trong các giai đoạn sau của bệnh, các mạch máu ở vồng mạc bắt đầu chảy máu vào thủy tinh thể. Khi xảy ra hiện tượng này, bạn có thể thấy các đốm hoặc vệt tối, ruồi bay. Đôi khi, các đốm sẽ tự biến mất, tuy nhiên điều quan trọng là phải điều trị ngay. Nếu không điều trị, các mạch máu có thể chảy máu trầm trọng hơn hoặc sẹo có thể hình thành ở vồng mạc

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh vồng mạc đái tháo đường

Bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể dẫn đến các tình trạng mắt nghiêm trọng khác:

Phù hoàng điểm do đái tháo đường: Theo thời gian, khoảng 1 trên 15 người mắc đái tháo đường sẽ phát triển phù hoàng điểm. Phù hoàng điểm do đái tháo đường xảy ra khi các mạch máu trong vồng mạc rò rỉ dịch vào hoàng điểm (hay còn gọi là điểm vàng, đây là một phần của vồng mạc cần thiết cho thị lực), đây là nguyên nhân phổ biến gây mất thị lực ở người bệnh vồng mạc đái tháo đường. Tăng nhãn áp tân mạch: Bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể gây ra tăng nhãn áp tân mạch (một nhóm bệnh về mắt gây giảm thị lực và mù lòa). Bong vồng mạc: Bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể gây hình thành sẹo ở vồng mạc. Khi các vết sẹo kéo bong vồng mạc khỏi mắt, được gọi là bong vồng mạc co kéo.

Phù hoàng điểm do đái tháo đường: Theo thời gian, khoảng 1 trên 15 người mắc đái tháo đường sẽ phát triển phù hoàng điểm. Phù hoàng điểm do đái tháo đường xảy ra khi các mạch máu trong vồng mạc rò rỉ dịch vào hoàng điểm (hay còn gọi là điểm vàng, đây là một phần của vồng mạc cần thiết cho thị lực), đây là nguyên nhân phổ biến gây mất thị lực ở người bệnh vồng mạc đái tháo đường.

Tăng nhãn áp tân mạch: Bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể gây ra tăng nhãn áp tân mạch (một nhóm bệnh về mắt gây giảm thị lực và mù lòa).

Bong vồng mạc: Bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể gây hình thành sẹo ở vồng mạc. Khi các vết sẹo kéo bong vồng mạc khỏi mắt, được gọi là bong vồng mạc co kéo.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Liên hệ với bác sĩ ngay nếu bạn mắc đái tháo đường và gặp các triệu chứng sau:

Tầm nhìn dần dần xấu đi; Mất thị lực đột ngột; Ruồi bay; Nhìn mờ; Khó nhìn trong bóng tối.

Tầm nhìn dần dần xấu đi;

Mất thị lực đột ngột;

Ruồi bay;

Nhìn mờ;

Khó nhìn trong bóng tối.

Các triệu chứng này không nhất thiết là bạn mắc bệnh vồng mạc đái tháo đường.

Tuy nhiên, điều quan trọng là phải kiểm tra khi có các triệu chứng này, hãy đến gặp bác sĩ để không chậm trễ việc chẩn đoán và điều trị.

Nguyên nhân bệnh vồng mạc tiểu đường

Bệnh vồng mạc đái tháo đường gây ra bởi những thay đổi trong hệ thống mạch máu của vồng mạc do lượng đường trong máu cao. Theo thời gian, bệnh đái tháo đường gây tổn thương các mạch máu khắp cơ thể. Tổn thương tại mắt xảy ra khi hệ thống mạch máu tại vồng mạc bị đường chặn lại, gây rò rỉ hoặc chảy máu. Để bù đắp, mắt sẽ phát triển những mạch máu mới, tuy nhiên, những mạch máu mới này không hoạt động tốt, có thể dẫn đến rò rỉ và dễ dàng chảy máu hơn.

Nguy cơ bệnh vồng mạc tiểu đường

Những ai có nguy cơ mắc bệnh vồng mạc đái tháo đường?

Tất cả các đối tượng mắc đái tháo đường đều có nguy cơ mắc bệnh vồng mạc đái tháo đường, bao gồm người mắc đái tháo đường típ 1, đái tháo đường típ 2 hay

đái tháo đường thai kỳ .

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh vồng mạc đái tháo đường

Bất cứ ai mắc đái tháo đường đều có nguy cơ mắc bệnh vồng mạc đái tháo đường, tuy nhiên bạn sẽ có nguy cơ cao hơn nếu:

Mắc đái tháo đường trong một thời gian dài; Có lượng đường trong máu cao liên tục; Tăng huyết áp ; Có cholesterol cao; Đang mang thai .

Mắc đái tháo đường trong một thời gian dài;

Có lượng đường trong máu cao liên tục;

Tăng huyết áp ;

Có cholesterol cao;

Đang mang thai .

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh vồng mạc tiểu đường

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh vồng mạc đái tháo đường

Bác sĩ có thể thực hiện hỏi bệnh, thăm khám và các xét nghiệm để có thể chẩn đoán bệnh vồng mạc đái tháo đường. Việc thăm khám và chẩn đoán có thể bao gồm:

Kiểm tra thị lực: Bác sĩ có thể kiểm tra khả năng nhìn của bạn ở các khoảng cách khác nhau. Tonometry: Thử nghiệm do bác sĩ thực hiện để đo áp suất trong mắt của bạn. Tra thuốc giãn đồng tử: Được thực hiện để kiểm tra thủy tinh thể và vồng mạc. Soi đáy mắt : Bác sĩ dùng kính để kiểm tra vồng mạc. Chụp mạch máu huỳnh quang: Nhằm kiểm tra hệ thống mạch máu vồng mạc. Chụp cắt lớp vồng mạc: Cho thấy được hình ảnh chi tiết của vồng mạc.

Kiểm tra thị lực: Bác sĩ có thể kiểm tra khả năng nhìn của bạn ở các khoảng cách khác nhau.

Tonometry: Thử nghiệm do bác sĩ thực hiện để đo áp suất trong mắt của bạn.

Tra thuốc giãn đồng tử: Được thực hiện để kiểm tra thủy tinh thể và vồng mạc.

Soi đáy mắt : Bác sĩ dùng kính để kiểm tra vồng mạc.

Chụp mạch máu huỳnh quang: Nhằm kiểm tra hệ thống mạch máu vồng mạc.

Chụp cắt lớp vồng mạc: Cho thấy được hình ảnh chi tiết của vồng mạc.

Phương pháp điều trị bệnh vồng mạc đái tháo đường

Điều trị bệnh vồng mạc đái tháo đường sẽ phụ thuộc vào các triệu chứng, tuổi tác và tình trạng sức khỏe của bạn cũng như mức độ nghiêm trọng của bệnh vồng mạc.

Những người mắc bệnh vồng mạc tiến triển có cơ hội tốt để giữ được thị lực nếu họ được điều trị trước khi vồng mạc bị tổn thương nghiêm trọng. Điều trị bệnh vồng mạc đái tháo đường có thể bao gồm một hoặc kết hợp những điều sau đây:

Phẫu thuật bằng tia laser: Phẫu thuật thường được sử dụng để điều trị bệnh vồng mạc tăng sinh hay phù hoàng điểm. Phẫu thuật laser giúp thu nhỏ các mạch máu bất thường hoặc bịt kín những mạch máu bị rò rỉ. Cắt dịch kính: Cắt dịch kính là một thủ thuật liên quan đến việc loại bỏ dịch kính từ các mạch máu bị rò rỉ ở vồng mạc. Thuốc tiêm: Một số loại thuốc có thể được tiêm vào mắt để làm chậm sự phát triển của các mạch máu bất thường ở vồng mạc và điều trị phù hoàng điểm.

Phẫu thuật bằng tia laser: Phẫu thuật thường được sử dụng để điều trị bệnh vồng mạc tăng sinh hay phù hoàng điểm. Phẫu thuật laser giúp thu nhỏ các mạch máu bất thường hoặc bịt kín những mạch máu bị rò rỉ.

Cắt dịch kính: Cắt dịch kính là một thủ thuật liên quan đến việc loại bỏ dịch kính từ các mạch máu bị rò rỉ ở vồng mạc.

Thuốc tiêm: Một số loại thuốc có thể được tiêm vào mắt để làm chậm sự phát triển của các mạch máu bất thường ở vồng mạc và điều trị phù hoàng điểm.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh vồng mạc tiểu đường

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh vồng mạc đái tháo đường

Chế độ sinh hoạt:

Mặc dù khó có thể ngăn ngừa bệnh vồng mạc đái tháo đường, nhưng bạn có thể thực hiện các bước sau để giảm nguy cơ tiến triển bệnh:

Tập thể dục: Việc tập thể dục thường xuyên giúp duy trì cân nặng cũng như giúp cơ thể sử dụng đường, từ đó có thể giúp giảm đường huyết. Khám mắt: Khám mắt nên thực hiện mỗi năm 1 lần nếu bạn mắc đái tháo đường. Phụ nữ mắc đái tháo đường nên khám mắt trước khi mang thai hoặc trong 3 tháng đầu, sau đó tiếp tục theo dõi mỗi 3 tháng và trong 1 năm sau khi sinh tùy thuộc và mức độ nghiêm trọng của bệnh vồng mạc. Tuân thủ điều trị đái tháo đường: Uống thuốc đái tháo đường, dùng insulin (nếu có) theo đúng chỉ định của bác sĩ. Tái khám đúng hẹn: Theo dõi, tái khám định kỳ để đánh giá việc kiểm soát bệnh đái tháo đường cũng như các bệnh lý kèm theo (nếu có) như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu. Xét nghiệm: Kiểm tra lượng

đường trong máu thường xuyên, kiểm tra mức độ huyết sắc tố A1c (HbA1c) thường xuyên. Ngưng hút thuốc lá: Mặc dù không được chứng minh trực tiếp ảnh hưởng đến bệnh vồng mạc, nhưng việc hút thuốc có thể ảnh hưởng đến việc cung cấp oxy cho võng mạc. Do đó, tất cả nỗ lực nên được thực hiện bao gồm giảm hoặc ngừng hút thuốc.

Tập thể dục: Việc tập thể dục thường xuyên giúp duy trì cân nặng cũng như giúp cơ thể sử dụng đường, từ đó có thể giúp giảm đường huyết.

Khám mắt: Khám mắt nên thực hiện mỗi năm 1 lần nếu bạn mắc đái tháo đường. Phụ nữ mắc đái tháo đường nên khám mắt trước khi mang thai hoặc trong 3 tháng đầu, sau đó tiếp tục theo dõi mỗi 3 tháng và trong 1 năm sau khi sinh tùy thuộc và mức độ nghiêm trọng của bệnh vồng mạc.

Tuân thủ điều trị đái tháo đường: Uống thuốc đái tháo đường, dùng insulin (nếu có) theo đúng chỉ định của bác sĩ.

Tái khám đúng hẹn: Theo dõi, tái khám định kỳ để đánh giá việc kiểm soát bệnh đái tháo đường cũng như các bệnh lý kèm theo (nếu có) như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu.

Xét nghiệm: Kiểm tra lượng đường trong máu thường xuyên, kiểm tra mức độ huyết sắc tố A1c (HbA1c) thường xuyên.

Ngưng hút thuốc lá: Mặc dù không được chứng minh trực tiếp ảnh hưởng đến bệnh vồng mạc, nhưng việc hút thuốc có thể ảnh hưởng đến việc cung cấp oxy cho võng mạc. Do đó, tất cả nỗ lực nên được thực hiện bao gồm giảm hoặc ngừng hút thuốc.

Chế độ dinh dưỡng:

Duy trì cân nặng khỏe mạnh, ăn uống một chế độ lành mạnh, tuân theo hướng dẫn của bác sĩ và chuyên gia để cân bằng và quản lý lượng đường trong máu. Mặc dù không có chế độ ăn cụ thể cho bệnh đái tháo đường, tuy nhiên thực phẩm không chỉ tạo ra sự khác biệt trong việc kiểm soát đái tháo đường mà còn tạo cảm giác khỏe mạnh và năng lượng cho cơ thể.

Bạn có thể tham khảo chế độ ăn sau đây, nhóm thực phẩm chính có thể bao gồm:

Trái cây và rau; Thực phẩm giàu tinh bột như bánh mì, mì ống, gạo; Thực phẩm giàu protein như các loại đậu, quả hạch, trứng, thịt, cá; Sữa và các sản phẩm từ sữa; Dầu như dầu oliu.

Trái cây và rau;

Thực phẩm giàu tinh bột như bánh mì, mì ống, gạo;

Thực phẩm giàu protein như các loại đậu, quả hạch, trứng, thịt, cá;

Sữa và các sản phẩm từ sữa;

Dầu như dầu oliu.

Nên hạn chế các thực phẩm nhiều chất béo, muối và đường như:

Bánh quy; Khoai tây chiên; Sô cô la; Bánh ngọt; Kem; Bơ; Các đồ uống có đường.

Bánh quy;

Khoai tây chiên;

Sô cô la;

Bánh ngọt;

Kem;

Bơ;

Các đồ uống có đường.

Phương pháp phòng ngừa bệnh vồng mạc đái tháo đường hiệu quả

Cách tốt nhất để phòng ngừa bệnh vồng mạc đái tháo đường là kiểm soát tốt bệnh đái tháo đường. Điều đó có nghĩa là duy trì mức đường huyết (đường trong máu) ở mức lành mạnh. Do đó, việc duy trì chế độ ăn và chế độ sinh hoạt lành mạnh, tuân thủ điều trị đái tháo đường, tái khám để kiểm tra thường xuyên tình trạng bệnh là rất quan trọng.

=====

Tìm hiểu chung bệnh thận đái tháo đường

Bệnh thận đái tháo đường là gì?

Bệnh thận đái tháo đường là một loại bệnh thận xảy ra ở những người mắc đái tháo đường. Nó gây ảnh hưởng đến những người mắc đái tháo đường cả típ 1 và típ 2.

Tỷ lệ suy thận ở người bệnh đái tháo đường típ 1 là khoảng 40%, và tỷ lệ này ở những người bệnh đái tháo đường típ 2 là khoảng 20 đến 30%.

Bệnh thận đái tháo đường là nguyên nhân phổ biến nhất của hội chứng thận hư ở người lớn. Đồng thời, nó cũng là nguyên nhân chính của bệnh thận giai đoạn cuối ở các nước phát triển bao gồm cả Hoa Kỳ.

Một thống kê khác cho thấy, gần $\frac{1}{3}$ người bệnh đái tháo đường sẽ cần điều trị bệnh thận do đái tháo đường, đây là một con số đáng lo ngại. Tuy nhiên, có rất nhiều

điều bạn có thể làm để giảm nguy cơ phát triển bệnh, đồng thời nếu được phát hiện và điều trị sớm, có thể làm chậm lại diễn tiến của bệnh thận đái tháo đường.

Triệu chứng bệnh thận đái tháo đường

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thận đái tháo đường

Trong giai đoạn đầu của bệnh thận đái tháo đường thường không gây ra các triệu chứng đáng chú ý. Bạn có thể không gặp bất kỳ triệu chứng nào cho đến khi bạn ở giai đoạn cuối của bệnh thận mạn. Đây là lý do vì sao việc xét nghiệm kiểm tra bệnh thận hằng năm là rất quan trọng, vì phát hiện và điều trị sớm có thể làm chậm diễn tiến bệnh. Các triệu chứng của bệnh thận mạn giai đoạn cuối có thể bao gồm:

Mệt mỏi ; Cảm giác không khỏe; Ăn mất ngon; Đau đầu; Ngứa và khô da; Buồn nôn hay nôn; Phù tay và phù chân .

Mệt mỏi ;

Cảm giác không khỏe;

Ăn mất ngon;

Đau đầu;

Ngứa và khô da;

Buồn nôn hay nôn;

Phù tay và phù chân .

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh thận đái tháo đường

Có năm giai đoạn của bệnh thận, giai đoạn 1 là nhẹ nhất với chức năng thận có thể được phục hồi bằng điều trị. Giai đoạn 5 là dạng suy thận nghiêm trọng nhất. Ở giai đoạn 5, thận không còn hoạt động nữa và bạn sẽ phải lọc máu hoặc ghép thận. Vì vậy, việc phát hiện và điều trị sớm có thể giúp làm chậm tiến triển của bệnh. Nếu không được điều trị, bệnh thận đái tháo đường có thể gây tổn thương thận đến giai đoạn cuối là phải lọc máu hoặc ghép thận.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Điều quan trọng là phát hiện sớm bệnh thận đái tháo đường. Do đó, nếu bạn mắc đái tháo đường, hãy đến gặp bác sĩ để được khám, xét nghiệm định kỳ để đánh giá bệnh thận đái tháo đường cũng như các biến chứng khác của đái tháo đường.

Nguyên nhân bệnh thận đái tháo đường

Nguyên nhân dẫn đến bệnh thận đái tháo đường

Một trong những công việc chính của thận là lọc máu. Chúng loại bỏ các chất lỏng dư thừa và chất thải ra khỏi cơ thể qua nước tiểu. Mỗi quả thận có khoảng một triệu nephron, đây là một cấu trúc nhỏ giúp lọc chất thải từ máu. Bệnh đái tháo đường có thể làm cho các nephron dày lên và tạo sẹo, khiến chúng giảm khả năng lọc và loại bỏ chất thải. Điều này xảy ra khiến rò rỉ một loại protein là albumin từ máu vào nước tiểu. Albumin có thể được đo để giúp chẩn đoán và xác định sự tiến triển của bệnh thận đái tháo đường.

Nguyên nhân chính xác vẫn chưa được xác định, tuy nhiên, với nồng độ glucose (đường) trong máu cao có thể làm tổn thương thận thông qua nhiều con đường khác nhau và phức tạp, hầu hết liên quan đến việc làm hỏng các mạch máu nhỏ và bộ lọc tại thận. Tăng huyết áp cũng có thể làm quá trình tổn thương thận này xảy ra. Trong đó, tăng huyết áp được cho là góp phần trực tiếp, vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của bệnh thận đái tháo đường.

Nguy cơ bệnh thận đái tháo đường

Những ai có nguy cơ mắc bệnh thận đái tháo đường?

Tất cả các đối tượng mắc đái tháo đường típ 1 hoặc típ 2 đều có nguy cơ mắc bệnh thận đái tháo đường.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh thận đái tháo đường

Bất cứ ai mắc đái tháo đường đều có nguy cơ mắc bệnh thận đái tháo đường, tuy nhiên bạn sẽ có nguy cơ cao hơn nếu:

Là người Mỹ gốc Phi, gốc Tây Ban Nha hoặc người Mỹ gốc Ấn; Có tiền căn gia đình mắc bệnh thận đái tháo đường; Yếu tố di truyền (giảm số lượng cầu thận); Thời gian và mức độ tăng đường huyết; Rối loạn lipid máu ; Phát triển bệnh đái tháo đường típ 1 trước 20 tuổi; Hút thuốc lá; Thừa cân hoặc béo phì; Có các biến chứng của bệnh đái tháo đường khác như bệnh về mắt hoặc tổn thương thần kinh.

Là người Mỹ gốc Phi, gốc Tây Ban Nha hoặc người Mỹ gốc Ấn;

Có tiền căn gia đình mắc bệnh thận đái tháo đường;

Yếu tố di truyền (giảm số lượng cầu thận);

Thời gian và mức độ tăng đường huyết;
Rối loạn lipid máu ;
Phát triển bệnh đái tháo đường típ 1 trước 20 tuổi;
Hút thuốc lá;
Thừa cân hoặc béo phì;
Có các biến chứng của bệnh đái tháo đường khác như bệnh về mắt hoặc tổn thương thần kinh.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh thận đái tháo đường

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường

Nếu bạn mắc đái tháo đường, bác sĩ hầu như sẽ thực hiện các xét nghiệm máu và nước tiểu hằng năm để kiểm tra các dấu hiệu sớm của tổn thương thận. Các xét nghiệm phổ biến bao gồm:

Sinh thiết thận: Bác sĩ cũng có thể yêu cầu sinh thiết thận nếu có chỉ định. Đây là một thủ tục phẫu thuật, trong đó, một mẫu mô nhỏ của thận sẽ được lấy ra để quan sát dưới kính hiển vi. **Xét nghiệm ACR nước tiểu:** Đây là một xét nghiệm nước tiểu đơn giản, được gọi là tỷ lệ albumin/creatinin niệu, nhằm tìm kiếm các dấu hiệu cho thấy protein đang rò rỉ vào nước tiểu. Đây thường là dấu hiệu sớm của bệnh thận. **Xét nghiệm microalbumin nước tiểu:** Xét nghiệm microalbumin niệu kiểm tra lượng albumin trong nước tiểu của bạn. Nước tiểu thông thường không chứa albumin, vì vậy sự hiện diện albumin trong nước tiểu là dấu hiệu tổn thương thận. **Xét nghiệm BUN máu:** Xét nghiệm giúp kiểm tra sự hiện diện của ure nitrogen trong máu. Ure nitrogen hình thành khi protein bị phân hủy, nồng độ cao hơn mức bình thường có thể là dấu hiệu của bệnh thận. **Xét nghiệm creatinin máu:** Xét nghiệm nhằm đo nồng độ creatinin trong máu của bạn. Trong điều kiện thông thường, thận sẽ loại bỏ creatinin từ máu ra khỏi cơ thể thông qua nước tiểu. Khi thận bị tổn thương, chúng không thể loại bỏ creatinin khỏi máu một cách chính xác. Nồng độ creatinin trong máu cao có nghĩa là thận của bạn không hoạt động bình thường. Bác sĩ sẽ sử dụng mức creatinin máu của bạn để ước tính độ lọc cầu thận (eGFR), giúp xác định thận của bạn hoạt động tốt hay không.

Sinh thiết thận: Bác sĩ cũng có thể yêu cầu sinh thiết thận nếu có chỉ định. Đây là một thủ tục phẫu thuật, trong đó, một mẫu mô nhỏ của thận sẽ được lấy ra để quan sát dưới kính hiển vi.

Xét nghiệm ACR nước tiểu: Đây là một xét nghiệm nước tiểu đơn giản, được gọi là tỷ lệ albumin/creatinin niệu, nhằm tìm kiếm các dấu hiệu cho thấy protein đang rò rỉ vào nước tiểu. Đây thường là dấu hiệu sớm của bệnh thận.

Xét nghiệm microalbumin nước tiểu: Xét nghiệm microalbumin niệu kiểm tra lượng albumin trong nước tiểu của bạn. Nước tiểu thông thường không chứa albumin, vì vậy sự hiện diện albumin trong nước tiểu là dấu hiệu tổn thương thận.

Xét nghiệm BUN máu: Xét nghiệm giúp kiểm tra sự hiện diện của ure nitrogen trong máu. Ure nitrogen hình thành khi protein bị phân hủy, nồng độ cao hơn mức bình thường có thể là dấu hiệu của bệnh thận.

Xét nghiệm creatinin máu: Xét nghiệm nhằm đo nồng độ creatinin trong máu của bạn. Trong điều kiện thông thường, thận sẽ loại bỏ creatinin từ máu ra khỏi cơ thể thông qua nước tiểu. Khi thận bị tổn thương, chúng không thể loại bỏ creatinin khỏi máu một cách chính xác. Nồng độ creatinin trong máu cao có nghĩa là thận của bạn không hoạt động bình thường. Bác sĩ sẽ sử dụng mức creatinin máu của bạn để ước tính độ lọc cầu thận (eGFR), giúp xác định thận của bạn hoạt động tốt hay không.

Phương pháp điều trị bệnh thận đái tháo đường

Không có cách chữa khỏi bệnh thận đái tháo đường, nhưng các phương pháp điều trị có thể trì hoãn hoặc ngăn ngừa diễn tiến của bệnh. Phương pháp điều trị có thể bao gồm kiểm soát lượng đường trong máu và mức huyết áp đạt mục tiêu thông qua thuốc và thay đổi lối sống. Bác sĩ có thể đề nghị một chế độ ăn uống đặc biệt cho bạn.

Điều quan trọng là giữ cho huyết áp của bạn được kiểm soát để ngăn chặn bệnh thận trở nên xấu hơn. Bạn có thể được cho dùng thuốc viên chẹn hạn như thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin để kiểm soát huyết áp. Đồng thời, cả 2 loại thuốc này đều giúp bảo vệ thận khỏi bị tổn thương thêm, đó là lý do vì sao nó cũng được sử dụng cho những người bệnh không bị tăng huyết áp.

Nếu bệnh thận đái tháo đường tiến triển đến giai đoạn cuối, lúc này thận không còn hoạt động được nữa, các điều trị sẽ xâm lấn hơn bao gồm lọc máu hoặc ghép thận. Tin tốt là hiện nay khi các phương pháp điều trị và chẩn đoán sớm tiếp tục được cải thiện, sẽ có ít người phát triển bệnh thận giai đoạn cuối hơn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh thận đái tháo đường

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh thận đái tháo đường

Chế độ sinh hoạt:

Có rất nhiều việc bạn có thể làm để giảm nguy cơ diễn tiến của bệnh thận đái tháo đường, bao gồm:

Giữ mức đường huyết trong phạm vi mục tiêu bằng cách tuân thủ điều trị. Kiểm soát mức huyết áp và điều trị nếu bạn mắc tăng huyết áp. Nếu bạn hút thuốc, hãy ngừng hút thuốc lá, làm việc với bác sĩ nếu bạn cần một kế hoạch để kiêng thuốc lá. Giảm cân nếu bạn thừa cân hoặc béo phì. Hãy biến việc tập thể dục thành một thói quen của bạn, bắt đầu từ từ và theo kế hoạch tập luyện của bác sĩ hướng dẫn để đạt được hiệu quả tốt nhất. Tập thể dục có thể giúp bạn duy trì cân nặng và mức huyết áp. Tái khám định kỳ theo lịch để kiểm tra tình trạng bệnh và phát hiện sớm bệnh thận đái tháo đường để kịp thời điều trị.

Giữ mức đường huyết trong phạm vi mục tiêu bằng cách tuân thủ điều trị.

Kiểm soát mức huyết áp và điều trị nếu bạn mắc tăng huyết áp.

Nếu bạn hút thuốc, hãy ngừng hút thuốc lá, làm việc với bác sĩ nếu bạn cần một kế hoạch để kiêng thuốc lá.

Giảm cân nếu bạn thừa cân hoặc béo phì.

Hãy biến việc tập thể dục thành một thói quen của bạn, bắt đầu từ từ và theo kế hoạch tập luyện của bác sĩ hướng dẫn để đạt được hiệu quả tốt nhất. Tập thể dục có thể giúp bạn duy trì cân nặng và mức huyết áp.

Tái khám định kỳ theo lịch để kiểm tra tình trạng bệnh và phát hiện sớm bệnh thận đái tháo đường để kịp thời điều trị.

Chế độ dinh dưỡng:

Bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng sẽ giúp bạn lên kế hoạch cho một chế độ ăn uống đặc biệt cho thận của bạn. Những chế độ ăn kiêng này hạn chế hơn chế độ ăn kiêng tiêu chuẩn của người bệnh đái tháo đường, chế độ ăn có thể bao gồm các việc sau:

Hạn chế ăn đạm; Tiêu thụ chất béo lành mạnh, hạn chế tiêu thụ dầu và acid béo bão hòa. Giảm lượng natri ăn vào từ 11.500 đến 2.000 mg/dL hoặc ít hơn. Hạn chế tiêu thụ thực phẩm giàu photpho, chẳng hạn như sữa chua, sữa và thịt chế biến. Hạn chế tiêu thụ kali, có thể bao gồm giảm ăn hoặc hạn chế ăn các thực phẩm giàu kali như chuối, bơ, rau bina.

Hạn chế ăn đạm;

Tiêu thụ chất béo lành mạnh, hạn chế tiêu thụ dầu và acid béo bão hòa.

Giảm lượng natri ăn vào từ 11.500 đến 2.000 mg/dL hoặc ít hơn.

Hạn chế tiêu thụ thực phẩm giàu photpho, chẳng hạn như sữa chua, sữa và thịt chế biến.

Hạn chế tiêu thụ kali, có thể bao gồm giảm ăn hoặc hạn chế ăn các thực phẩm giàu kali như chuối, bơ, rau bina.

=====

Tìm hiểu chung bệnh thần kinh đái tháo đường

Bệnh thần kinh đái tháo đường là một biến chứng nghiêm trọng và phổ biến của bệnh đái tháo đường típ 1 và típ 2. Đây là một loại tổn thương thần kinh gây ra bởi lượng đường trong máu cao kéo dài. Tình trạng này thường phát triển chậm, đôi khi kéo dài vài thập kỷ.

Bệnh thần kinh đái tháo đường gồm nhiều loại khác nhau, tùy thuộc vào vị trí tổn thương, bao gồm bốn loại chính:

Bệnh lý thần kinh ngoại biên; Bệnh lý thần kinh tự chủ; Bệnh lý thần kinh kinh gốc; Bệnh lý thần kinh khu trú.

Bệnh lý thần kinh ngoại biên;

Bệnh lý thần kinh tự chủ;

Bệnh lý thần kinh kinh gốc;

Bệnh lý thần kinh khu trú.

Triệu chứng bệnh thần kinh đái tháo đường

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thần kinh đái tháo đường

Các triệu chứng của bệnh thần kinh thường xuất hiện dần dần. Trong nhiều trường hợp, dấu hiệu tổn thương thần kinh đầu tiên xảy ra liên quan đến dây thần kinh ở bàn chân. Điều này có thể dẫn đến triệu chứng như bị kim châm ở bàn chân.

Các triệu chứng của bệnh thần kinh đái tháo đường phụ thuộc vào loại bệnh thần

kinh cũng như số lượng dây thần kinh bị ảnh hưởng. Trong đó, có 4 loại bệnh lý thần kinh chính như sau:

Bệnh thần kinh ngoại biên

Dạng bệnh lý thần kinh phổ biến nhất là bệnh lý thần kinh ngoại biên. Bệnh thần kinh ngoại biên thường ảnh hưởng đến chân hay bàn chân, nhưng nó cũng có thể đến cánh tay hoặc bàn tay. Các triệu chứng sẽ rất đa dạng và có thể từ nhẹ đến nặng. Chúng bao gồm:

Tê liệt; Cảm giác ngứa hoặc nóng rát; Nhảy cảm khi chạm vào; Không nhảy cảm với cảm giác nóng và lạnh; Đau nhói hoặc chuột rút ; Yếu cơ; Mất thăng bằng hoặc phối hợp.

Tê liệt;

Cảm giác ngứa hoặc nóng rát;

Nhảy cảm khi chạm vào;

Không nhảy cảm với cảm giác nóng và lạnh;

Đau nhói hoặc chuột rút ;

Yếu cơ;

Mất thăng bằng hoặc phối hợp.

Một số người có thể gặp các triệu chứng thường xuyên hơn vào ban đêm. Bên cạnh đó, khi mắc bệnh thần kinh ngoại biên, bạn có thể không cảm nhận được bị thương hoặc đau ở bàn chân. Đồng thời, việc người mắc đái tháo đường có hệ tuần hoàn kém, khiến những vết thương khó lành hơn, sự phối hợp này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng . Trong trường hợp xấu nhất, nhiễm trùng có thể dẫn đến cắt cụt chi.

Bệnh thần kinh tự chủ

Đây là loại bệnh thần kinh phổ biến thứ hai ở người mắc đái tháo đường. Hệ thống thần kinh tự chủ điều hành nhiều hệ thống trong cơ thể, nhiều cơ quan được kiểm soát bởi hệ thần kinh tự chủ bao gồm cả:

Hệ tiêu hóa; Tuyến mồ hôi; Cơ quan sinh dục và bàng quang; Hệ tim mạch.

Hệ tiêu hóa;

Tuyến mồ hôi;

Cơ quan sinh dục và bàng quang;

Hệ tim mạch.

Vấn đề tiêu hóa

Tổn thương thần kinh ở hệ tiêu hóa có thể gây ra các triệu chứng:

Táo bón ; Tiêu chảy; Khó nuốt; Liệt dạ dày, khiến quá trình làm trống dạ dày chậm hơn.

Táo bón ;

Tiêu chảy;

Khó nuốt;

Liệt dạ dày, khiến quá trình làm trống dạ dày chậm hơn.

Liệt dạ dày là nguyên nhân tiêu hóa bị chậm đi, có thể trầm trọng hơn theo thời gian, dẫn đến buồn nôn và nôn thường xuyên. Bạn thường cảm thấy nhanh no và không thể ăn hết bữa ăn.

Quá trình tiêu hóa bị trì hoãn này thường khiến việc kiểm soát lượng đường huyết trở nên khó khăn hơn, với các chỉ số đường huyết cao và thấp thường xuyên xen kẽ.

Vấn đề về tình dục và bàng quang

Bệnh thần kinh tự chủ có thể gây ra các vấn đề về tình dục như rối loạn cương dương , khô âm đạo hoặc khó đạt cực khoái. Bệnh lý thần kinh ở bàng quang có thể gây ra tình trạng tiểu không tự chủ hoặc tiểu không hết.

Các vấn đề về tim mạch

Tổn thương dây thần kinh kiểm soát nhịp tim và huyết áp có thể khiến chúng phản ứng chậm hơn. Bạn có thể bị tụt huyết áp và cảm thấy choáng váng hay chóng mặt khi thay đổi tư thế hoặc khi gắng sức. Bệnh lý thần kinh tự chủ cũng có thể gây ra nhịp tim nhanh bất thường.

Bệnh thần kinh tự chủ có thể gây khó khăn cho việc xác định một số triệu chứng của cơn đau tim . Bạn có thể không cảm thấy đau ngực khi tim không nhận đủ oxy. Do đó, nếu bạn mắc bệnh thần kinh tự chủ, bạn nên biết các triệu chứng khác của cơn đau tim như:

Ra mồ hôi; Đau ở cánh tay, lưng, cổ, hàm hoặc dạ dày; Hụt hơi; Buồn nôn.

Ra mồ hôi;

Đau ở cánh tay, lưng, cổ, hàm hoặc dạ dày;

Hụt hơi;

Buồn nôn.

Bệnh lý thần kinh gốc

Đây là một dạng bệnh lý thần kinh hiếm gặp, còn gọi là bệnh teo cơ do đái tháo đường. Dạng bệnh lý này phổ biến hơn ở nam giới, trên 50 tuổi mắc đái tháo đường típ 2 .

Nó thường ảnh hưởng đến hông, mông hoặc đùi. Bạn có thể bị đau đột ngột và đôi khi dữ dội. Yếu cơ ở chân có thể khiến bạn khó đứng dậy khi không có trợ giúp. Bệnh teo cơ do đái tháo đường thường chỉ ảnh hưởng đến một bên cơ thể. Sau khi xuất hiện, các triệu chứng trở nên nặng hơn và cuối cùng sẽ bắt đầu cải thiện từ từ. Hầu hết mọi người đều hồi phục trong vòng vài năm, thậm chí không cần điều trị.

Bệnh lý thần kinh khu trú (Focal neuropathy)

Bệnh lý thần kinh khu trú, hay bệnh đơn dây thần kinh, xảy ra khi có tổn thương ở một dây thần kinh hoặc một nhóm thần kinh cụ thể. Các tổn thương xảy ra thường xuyên nhất ở tay, đầu, thân hoặc chân của bạn, thường xuất hiện đột ngột và gây ra cảm giác đau đớn.

Giống bệnh lý thần kinh gốc, hầu hết các bệnh đơn dây thần kinh sẽ biến mất sau vài tuần hoặc vài tháng và không để lại tổn thương lâu dài. Tổn thương thường gặp nhất là hội chứng ống cổ tay .

Các triệu chứng của bệnh lý thần kinh khu trú bao gồm:

Đau, tê, ngứa ran ở ngón tay; Giảm khả năng tập trung; Nhìn đôi; Đau sau mắt; Liệt mặt ngoại biên ; Đau ở những vùng riêng biệt như mặt trước đùi, lưng dưới, vùng xương chậu, ngực, dạ dày, bên trong bàn chân, bên ngoài cẳng chân hoặc yếu ngón chân cái.

Đau, tê, ngứa ran ở ngón tay;

Giảm khả năng tập trung;

Nhìn đôi;

Đau sau mắt;

Liệt mặt ngoại biên ;

Đau ở những vùng riêng biệt như mặt trước đùi, lưng dưới, vùng xương chậu, ngực, dạ dày, bên trong bàn chân, bên ngoài cẳng chân hoặc yếu ngón chân cái.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh thần kinh đái tháo đường

Trong trường hợp bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường nặng hoặc kéo dài, bạn có thể dễ bị chấn thương hoặc nhiễm trùng. Trong trường hợp nghiêm trọng, vết thương khó lành hoặc nhiễm trùng có thể dẫn đến phải cắt cụt chi.

Ngoài ra, ở những người bệnh đái tháo đường mắc bệnh lý thần kinh tự chủ, các triệu chứng của hạ đường huyết, chẳng hạn như đổ mồ hôi và tim đập nhanh , có thể sẽ không được phát hiện. Điều này có nghĩa là bạn sẽ không nhận thấy triệu chứng của hạ đường huyết khi lượng đường trong máu thấp, làm tăng nguy cơ cấp cứu hạ đường huyết.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn mắc đái tháo đường và nhận thấy các triệu chứng như tê, ngứa ran, đau hoặc yếu tay chân, bạn nên đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị. Vì đây có thể là những triệu chứng ban đầu của bệnh lý thần kinh ngoại biên.

Nguyên nhân bệnh thần kinh đái tháo đường

Theo thời gian, lượng đường trong máu cao có thể làm hỏng các mạch máu nhỏ cung cấp máu cho các dây thần kinh trong cơ thể. Điều này ngăn chặn các chất dinh dưỡng thiết yếu đến nuôi dưỡng dây thần kinh. Kết quả là các sợi thần kinh bị tổn thương, điều này gây ra vấn đề ở nhiều bộ phận khác nhau trong cơ thể, tùy thuộc vào loại dây thần kinh bị ảnh hưởng.

Nguy cơ bệnh thần kinh đái tháo đường

Những ai có nguy cơ mắc bệnh thần kinh đái tháo đường?

Vì đây là một biến chứng của bệnh đái tháo đường. Do đó, tất cả các đối tượng mắc đái tháo đường bao gồm đái tháo đường típ 1 và típ 2 đều có nguy cơ mắc bệnh lý thần kinh đái tháo đường.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh thần kinh đái tháo đường

Một số yếu tố khác làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh như:

Tổn thương mạch máu do mức cholesterol cao ; Chấn thương cơ học như hội chứng ống cổ tay; Các yếu tố lối sống như hút thuốc là hoặc sử dụng rượu.

Tổn thương mạch máu do mức cholesterol cao ;

Chấn thương cơ học như hội chứng ống cổ tay;

Các yếu tố lối sống như hút thuốc là hoặc sử dụng rượu.

Lượng vitamin B12 thấp cũng có thể gây ra bệnh lý thần kinh. Metformin, một loại thuốc phổ biến dùng để kiểm soát đường huyết, có thể làm giảm lượng vitamin B12.

Do đó, bạn có thể được xét nghiệm máu đơn giản để xác định sự thiếu hụt của loại vitamin này.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh thần kinh đái tháo đường

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh thần kinh đái tháo đường

Bác sĩ sẽ xác định xem bạn có mắc bệnh lý thần kinh đái tháo đường hay không, bắt đầu từ việc hỏi triệu chứng và tiền căn bệnh của bạn. Bạn cũng sẽ được thăm khám, có thể bao gồm việc khám vận động, cảm giác, nhịp tim, huyết áp...

Bác sĩ có thể làm các xét nghiệm để đánh giá tình trạng bệnh, chẳng hạn như:

Siêu âm để xác định hoạt động của đường tiết niệu; Điện cơ để đánh giá hoạt động của dây thần kinh; Sinh thiết thần kinh cơ để đánh giá mô bệnh học.

Siêu âm để xác định hoạt động của đường tiết niệu;

Điện cơ để đánh giá hoạt động của dây thần kinh;

Sinh thiết thần kinh cơ để đánh giá mô bệnh học.

Việc đánh giá toàn diện bao gồm sàng lọc huyết áp, cholesterol và đường huyết kết hợp với các sàng lọc nâng cao hơn giúp các bác sĩ loại trừ các nguyên nhân khác và đưa ra chẩn đoán xác định.

Phương pháp điều trị bệnh thần kinh đái tháo đường

Việc điều trị bệnh lý thần kinh đái tháo đường bao gồm việc kiểm soát đường huyết tối ưu, kiểm soát triệu chứng đau và các biến chứng khác.

Kiểm soát đường huyết

Việc kiểm soát lượng đường huyết không thể đảo ngược các tổn thương thần kinh, nhưng có thể ngăn ngừa tổn thương thêm xảy ra. Bác sĩ sẽ đưa ra các mục tiêu kiểm soát đường huyết cụ thể. Quản lý đường huyết bao gồm một chế độ ăn uống lành mạnh, hoạt động thể chất thường xuyên và điều trị được lý.

Kiểm soát cơn đau và các biến chứng

Bệnh thần kinh đái tháo đường có thể gây đau mạn tính và các biến chứng khác như vấn đề về tiêu hóa, chóng mặt, suy nhược, các vấn đề về tiết niệu hay tình dục.

Có nhiều phương pháp điều trị có thể giúp ích bao gồm:

Thuốc giảm đau; Thuốc chống động kinh ; Thuốc chống trầm cảm ; Kem bôi tại chỗ;

Liệu pháp kích thích thần kinh điện tử qua da; Luyện tập thư giãn hay thôi miên; Chăm cứu.

Thuốc giảm đau;

Thuốc chống động kinh ;

Thuốc chống trầm cảm ;

Kem bôi tại chỗ;

Liệu pháp kích thích thần kinh điện tử qua da;

Luyện tập thư giãn hay thôi miên;

Chăm cứu.

Việc điều trị sẽ khác nhau tùy thuộc vào triệu chứng và mức độ nghiêm trọng của bệnh.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh thần kinh đái tháo đường

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh thần kinh đái tháo đường

Chế độ sinh hoạt

Các việc làm có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh thần kinh đái tháo đường bao gồm:

Tuân thủ điều trị để kiểm soát tốt lượng đường huyết. Tái khám định kỳ để phát hiện sớm các biến chứng của bệnh đái tháo đường bao gồm biến chứng thần kinh.

Điều trị để ổn định các yếu tố nguy cơ khác (nếu có) như tăng cholesterol, tăng huyết áp, ngưng hút thuốc lá. Duy trì hoạt động thể chất thường xuyên như các bài tập aerobic, giảm cân nếu béo phì hoặc duy trì cân nặng khỏe mạnh cũng rất quan trọng. Tự kiểm tra bàn chân hàng ngày để phát hiện các vấn đề như móng chân mọc ngược, mụn nước hay vết loét. Do tình trạng bệnh lý thần kinh có thể khiến bạn không cảm thấy đau ở những tổn thương này. Giữ bàn chân sạch sẽ và được bảo vệ, hạn chế tổn thương để ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng hay cắt cụt chi. Tuân thủ điều trị để kiểm soát tốt lượng đường huyết.

Tái khám định kỳ để phát hiện sớm các biến chứng của bệnh đái tháo đường bao gồm biến chứng thần kinh.

Điều trị để ổn định các yếu tố nguy cơ khác (nếu có) như tăng cholesterol, tăng huyết áp, ngưng hút thuốc lá.

Duy trì hoạt động thể chất thường xuyên như các bài tập aerobic, giảm cân nếu béo phì hoặc duy trì cân nặng khỏe mạnh cũng rất quan trọng.

Tự kiểm tra bàn chân hàng ngày để phát hiện các vấn đề như móng chân mọc ngược, mụn nước hay vết loét. Do tình trạng bệnh lý thần kinh có thể khiến bạn không cảm thấy đau ở những tổn thương này.

Giữ bàn chân sạch sẽ và được bảo vệ, hạn chế tổn thương để ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng hay cắt cụt chi.

Chế độ dinh dưỡng

Bạn nên tuân thủ chế độ ăn lành mạnh cho người đái tháo đường, bao gồm việc tập trung vào chất đạm và chất béo và chất xơ, hạn chế lượng tinh bột. Khi ăn tinh bột, nên chọn các thực phẩm có hàm lượng chất xơ cao, đồng thời nên tránh các chất béo không lành mạnh và đường hấp thu nhanh.

Phương pháp phòng ngừa bệnh thần kinh đái tháo đường hiệu quả

Có thể phòng ngừa bệnh lý thần kinh do đái tháo đường hiệu quả nếu bạn quản lý đường huyết một cách thận trọng. Để làm được điều này, hãy thực hiện các việc sau:

Theo dõi lượng đường trong máu của bạn; Dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ; Quản lý chế độ ăn uống của bạn; Hoạt động thể chất.

Theo dõi lượng đường trong máu của bạn;

Dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ;

Quản lý chế độ ăn uống của bạn;

Hoạt động thể chất.

Nếu đã phát triển bệnh lý thần kinh đái tháo đường, hãy hợp tác với bác sĩ để điều trị, giúp giảm tổn thương và ngăn ngừa các biến chứng.

=====

Tìm hiểu chung tiểu đường type 2

Tiểu đường tuýp 2 (đái tháo đường type 2) là tình trạng bệnh xảy ra khi lượng glucose trong máu, còn gọi là đường huyết, cao quá mức. Glucose là nguồn năng lượng chính và chủ yếu đến từ thức ăn nạp vào cơ thể. Insulin, một loại hormone do tụy sản xuất, giúp glucose vào tế bào để tạo năng lượng.

Tăng glucose máu trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa khác trong cơ thể như đạm, mỡ,... gây tổn thương ở nhiều cơ quan như tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

Triệu chứng tiểu đường type 2

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tiểu đường type 2

Bốn triệu chứng điển hình của tăng đường huyết là: Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều. Nhưng đa phần các bệnh nhân tiểu đường type 2 không có các triệu chứng trên mà lại có các triệu chứng muộn của các biến chứng như: Tê hai bàn tay hay hai bàn chân, nhìn mờ,...

Xem thêm chi tiết: Triệu chứng tiểu đường type 2 giúp phát hiện bệnh sớm

Tác động của bệnh tiểu đường type 2 đối với sức khỏe

Người mắc tiểu đường type 2 tăng nguy cơ mắc các bệnh mạn tính khác như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đột quỵ, nhồi máu cơ tim, bệnh lý thần kinh và mạch máu khác. Người mắc bệnh tiểu đường tăng nguy cơ tử vong và có chất lượng cuộc sống giảm.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh tiểu đường type 2

Bệnh nhân tiểu đường type 2, có thể gặp các biến chứng cấp tính hay mạn tính.

Các biến chứng cấp tính như: Hôn mê nhiễm toan ceton, hạ glucose máu, hôn mê tăng glucose máu không nhiễm toan ceton, hôn mê nhiễm toan Lactic, các bệnh nhiễm trùng cấp,... các biến chứng này thường liên quan đến việc đường huyết tăng quá cao hoặc quá thấp.

Các biến chứng mạn tính như: Bệnh võng mạc, bệnh thận, bệnh lý thần kinh, đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim, thiếu máu não thoáng qua và đột quỵ, bệnh động mạch ngoại biên. Các bệnh lý trên xuất hiện do tổn thương các mạch máu nhỏ và lớn trong cơ thể.

Tìm hiểu thêm: Những biến chứng của bệnh tiểu đường type 2 và biện pháp hạn chế biến chứng

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có yếu tố nguy cơ mắc bệnh hay các triệu chứng nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ chậm diễn tiến bệnh, giảm nguy cơ mắc các biến chứng của bệnh và giúp bạn nâng cao chất lượng sống của bản thân.

Xem thêm: Tiểu đường type 1: Nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và phương pháp điều trị

Nguyên nhân tiểu đường type 2

Nguyên nhân gây bệnh tiểu đường tuýp 2 chưa được xác minh rõ ràng, nhưng người ta cho rằng có sự tương tác giữa yếu tố gen và yếu tố môi trường như chế độ ăn uống, sinh hoạt,... góp phần hình thành nguyên nhân bệnh. Cơ chế sinh bệnh là do suy giảm chức năng tế bào beta dẫn đến giảm tiết insulin và đề kháng insulin ở các mô ngoại vi như mô mỡ, mô cơ, mô gan,...

Xem thêm: Cơ chế đái tháo đường type 2 là gì? Nguyên nhân do đâu?

Nguy cơ tiểu đường type 2

Những ai có nguy cơ mắc phải bệnh tiểu đường type 2?

Những đối tượng có nguy cơ mắc phải bệnh tiểu đường type 2 là:

Nữ; Lớn tuổi; Thừa cân hay béo phì .

Nữ;

Lớn tuổi;

Thừa cân hay béo phì .

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bệnh tiểu đường type 2

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tiểu đường type 2, bao gồm:

Sau 35 tuổi; Thừa cân hoặc béo phì; Lối sống ít vận động; Tiền sử gia đình có người thân trực hệ mắc đái tháo đường type 2; Tiền sử tiền đái tháo đường; Đái tháo đường thai kì hoặc cân nặng trẻ sau sinh hơn 4,1 kg; Tăng huyết áp; Rối loạn lipid máu ; Tiền sử bệnh tim mạch; Hội chứng buồng trứng đa nang; Chủng tộc hoặc dân tộc Phi, Tây Ban Nha, Mỹ gốc Á hoặc Mỹ da đỏ; Bệnh gan nhiễm mỡ; Nhiễm HIV.

Sau 35 tuổi;

Thừa cân hoặc béo phì;

Lối sống ít vận động;

Tiền sử gia đình có người thân trực hệ mắc đái tháo đường type 2;

Tiền sử tiền đái tháo đường;

Đái tháo đường thai kì hoặc cân nặng trẻ sau sinh hơn 4,1 kg;

Tăng huyết áp;

Rối loạn lipid máu ;

Tiền sử bệnh tim mạch;

Hội chứng buồng trứng đa nang;

Chủng tộc hoặc dân tộc Phi, Tây Ban Nha, Mỹ gốc Á hoặc Mỹ da đỏ;

Bệnh gan nhiễm mỡ;

Nhiễm HIV.

Xem thêm: Người mắc tiểu đường type 2 sống được bao lâu?

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tiểu đường type 2

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh tiểu đường type 2

Phương pháp xét nghiệm

Có 4 phương pháp xét nghiệm đường huyết để chẩn đoán tiểu đường nói chung và bệnh tiểu đường type 2 nói riêng như sau:

Đường huyết đói: Đường huyết đói được hiểu là chỉ số huyết tĩnh mạch đo được khi bệnh nhân không dung nạp năng lượng từ trước đó ít nhất 8 giờ. Đường huyết sau dung nạp 75g đường: Đường huyết sau dung nạp 75g đường được hiểu là chỉ số đường huyết tĩnh mạch đo được sau khi bệnh nhân uống 75g glucose 2 giờ. Chú ý rằng chỉ số này chỉ có giá trị khi phòng khám thực hiện xét nghiệm này bằng phương pháp NGSP được chuẩn hóa theo nghiên cứu DCCT. HbA1C: HbA1C được hiểu là phần trăm Hemoglobin (Hb) có gắn đường. Đường huyết bất kỳ: Đường huyết bất kỳ được hiểu là chỉ số đường tĩnh mạch đo được ở bất kỳ thời điểm nào mà không cần quan tâm đến bữa ăn.

Đường huyết đói: Đường huyết đói được hiểu là chỉ số huyết tĩnh mạch đo được khi bệnh nhân không dung nạp năng lượng từ trước đó ít nhất 8 giờ.

Đường huyết sau dung nạp 75g đường: Đường huyết sau dung nạp 75g đường được hiểu là chỉ số đường huyết tĩnh mạch đo được sau khi bệnh nhân uống 75g glucose 2 giờ. Chú ý rằng chỉ số này chỉ có giá trị khi phòng khám thực hiện xét nghiệm này bằng phương pháp NGSP được chuẩn hóa theo nghiên cứu DCCT.

HbA1C: HbA1C được hiểu là phần trăm Hemoglobin (Hb) có gắn đường.

Đường huyết bất kỳ: Đường huyết bất kỳ được hiểu là chỉ số đường tĩnh mạch đo được ở bất kỳ thời điểm nào mà không cần quan tâm đến bữa ăn.

Phương pháp chẩn đoán

Từ các xét nghiệm trên ta có phương pháp chẩn đoán bệnh tiểu đường type 2 như

sau:

Đường huyết đói: Lớn hơn hoặc bằng 126mg/dL (hay 7.0 mmol/L). Đường huyết sau dung nạp 75g đường: Lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL (hay 11.1 mmol/L). HbA1C: Lớn hơn hoặc bằng 6.5%. Đường huyết bất kỳ: Lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL (hay 11.1 mmol/L) và triệu chứng tăng đường huyết nghiêm trọng.

Đường huyết đói: Lớn hơn hoặc bằng 126mg/dL (hay 7.0 mmol/L).

Đường huyết sau dung nạp 75g đường: Lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL (hay 11.1 mmol/L).

HbA1C: Lớn hơn hoặc bằng 6.5%.

Đường huyết bất kỳ: Lớn hơn hoặc bằng 200mg/dL (hay 11.1 mmol/L) và triệu chứng tăng đường huyết nghiêm trọng.

Trong đó với 3 xét nghiệm đầu cần được đánh giá lần 2. Nếu cả 2 lần đều cho kết quả bệnh thì mới chẩn đoán bệnh nhằm tránh việc chẩn đoán quá mức.

Xem thêm: Các loại xét nghiệm chẩn đoán bệnh tiểu đường thường dùng

Phương pháp điều trị bệnh tiểu đường type 2 hiệu quả

Để điều trị hiệu quả bệnh tiểu đường type 2 chúng ta cần kết hợp điều trị không dùng thuốc và dùng thuốc. Trong đó điều trị bằng cách thay đổi lối sống là phương pháp điều trị nền tảng có hiệu quả, ít tốn kém nhưng khó thực hiện thành công.

Điều trị không dùng thuốc

Chế độ ăn: Hạn chế ăn quá nhiều thực phẩm chứa cacbonhydrat như: Trái cây sấy khô, sầu riêng, mít, nhãn, vải,...

Tập luyện thể dục: Tập thể dục vừa sức ít nhất 30 phút mỗi ngày trong ít nhất 5 ngày mỗi tuần, không ngừng tập trong 2 ngày liên tục.

Duy trì cân nặng hợp lý: Duy trì chỉ số BMI dưới 23kg/m².

Điều trị dùng thuốc

Các thuốc điều trị đái tháo đường tác động lên nhiều cơ chế khác nhau nhằm tăng lượng insulin tiết ra từ tuyến tụy và tăng khả năng sử dụng đường tại mô ngoại vi. Gồm nhiều nhóm thuốc uống và thuốc tiêm.

Thuốc uống: Metformin, SU, TZD, SGLT2, DPP-4i,... Thuốc tiêm: Insulin, ức chế GLP-1.

Thuốc uống: Metformin, SU, TZD, SGLT2, DPP-4i,...

Thuốc tiêm: Insulin, ức chế GLP-1.

Bạn nên đến bác sĩ để được cung cấp các thông tin đầy đủ, chi tiết các phác đồ điều trị tiểu đường type 2 phù hợp nhất với cá nhân bạn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tiểu đường type 2

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh tiểu đường type 2

Những thói quen sinh hoạt để phòng ngừa tiểu đường type 2, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Tuân thủ các hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị. Đồng thời tái khám thường xuyên để theo dõi diễn tiến bệnh. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng, tăng cường các hoạt động thể lực. Tái khám ngay khi cơ thể có những bất thường.

Tuân thủ các hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị. Đồng thời tái khám thường xuyên để theo dõi diễn tiến bệnh.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng, tăng cường các hoạt động thể lực.

Tái khám ngay khi cơ thể có những bất thường.

Phương pháp phòng ngừa bệnh tiểu đường type 2 hiệu quả

Việc phòng bệnh trong bệnh tiểu đường type 2 góp phần quan trọng không so với việc điều trị bệnh vì nó cũng mang lại những lợi ích nhất định gồm các bậc dự phòng:

Dự phòng bậc 0: Phòng bệnh đái tháo đường bạn cần đề phòng để bản thân không bị bệnh
Dự phòng bậc 1: Khi có nguy cơ mắc bệnh, phòng để không tiến triển thành bệnh và loại trừ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được bằng cách sàng lọc để tìm ra nhóm người có nguy cơ mắc bệnh; can thiệp tích cực nhằm làm giảm tỷ lệ mắc tiểu đường trong cộng đồng
Dự phòng bậc 2, 3: Khi đã mắc bệnh, phòng để bệnh không tiến triển nhanh và giảm thiểu tối đa các biến chứng của bệnh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh gọi là.

Dự phòng bậc 0: Phòng bệnh đái tháo đường bạn cần đề phòng để bản thân không bị bệnh

Dự phòng bậc 1: Khi có nguy cơ mắc bệnh, phòng để không tiến triển thành bệnh và

loại trừ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được bằng cách sàng lọc để tìm ra nhóm người có nguy cơ mắc bệnh; can thiệp tích cực nhằm làm giảm tỷ lệ mắc tiểu đường trong cộng đồng
Dự phòng bậc 2, 3: Khi đã mắc bệnh, phòng để bệnh không tiến triển nhanh và giảm thiểu tối đa các biến chứng của bệnh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh gọi là.

Cụ thể như sau:

Kiểm soát cân nặng

Kiểm soát trọng lượng cơ thể ở giới hạn cho phép giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tiểu đường ở những người bị tiền đái tháo đường, đồng thời tăng khả năng dung nạp đường ở những bệnh nhân đang mắc bệnh. Mục tiêu giảm cân dựa trên trọng lượng cơ thể hiện tại và nên chia nhỏ thành nhiều giai đoạn với số cân nặng giảm xuống hợp lý, ví dụ giảm 0.5 - 1kg/tuần đến khi chỉ số BMI dưới 23kg/m² thì cố gắng duy trì.

Tăng cường hoạt động thể lực

Hoạt động thể lực thường xuyên giúp phòng bệnh và điều trị bệnh thông qua việc giảm cân nặng tăng độ nhạy cảm với insulin với các mô ngoại vi như mô cơ, mô gan, mô mỡ,... từ đó có thể giảm lượng đường trong máu.

Mục tiêu vận động: Tăng dần các bài tập có mức tiêu thụ năng lượng từ trung bình đến cao như: Đi bộ nhanh, bơi lội, đạp xe,... nên tập luyện ít nhất 30 phút mỗi ngày hoặc ít nhất 150 phút mỗi tuần. Duy trì các bài tập có cường độ mạnh mang tính đối kháng như đá bóng, chạy bộ,... ít nhất 2 đến 3 lần/tuần, giúp tăng sức mạnh, khả năng giữ thăng bằng và duy trì một cuộc sống năng động. Rút ngắn thời gian của các hoạt động tĩnh tại như xem tivi, lướt web hay ngồi làm việc một chỗ bằng việc hãy đứng dậy, đi lại trò chuyện, uống nước hoặc hoạt động vận động nhẹ nhàng mỗi 30 phút.

Ăn chất béo tốt

Tiểu đường type 2 nên ăn gì ? Chế độ ăn uống nên bao gồm nhiều loại thực phẩm có chất béo không bão hòa và hạn chế tối đa các chất béo không bão hòa giúp giảm cholesterol xấu trong máu và giảm nguy cơ mắc các bệnh lý về tim mạch. Các nguồn chất béo không bão hòa thường có trong các loại thực vật và hải sản như: Dầu ô liu, dầu hướng dương, dầu hạt cải, các loại hạt như hạnh nhân, đậu phộng, đậu nành, hạt bí ngô, cá hồi, cá thu, cá mòi, cá ngừ,... Chất béo bão hòa được tìm thấy trong các sản phẩm từ da gà vịt, heo, mỡ động vật,... và thường tồn tại dạng rắn ở nhiệt độ phòng.

Ăn nhiều rau xanh

Rau xanh và các loại hạt là những thực phẩm chứa ít đường, ít tinh bột và nhiều chất xơ, vitamin, khoáng chất,... giúp ngừa bệnh tiểu đường. Bạn nên sử dụng các loại thực phẩm sau cho bữa ăn: Cà chua, ớt chuông, rau ngót, bông cải, súp lơ, cải thìa, đậu gà và đậu lăng, các loại ngũ cốc nguyên hạt và các sản phẩm được làm từ các nguyên liệu trên.

Không hút thuốc

Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc đái tháo đường trên 50% so với người không hút thuốc. Vì thế, nên bỏ hút thuốc hoặc không hút lá chủ động và thụ động giúp giảm đáng kể nguy cơ mắc đái tháo đường.

Uống rượu hay bia trong giới hạn cho phép

Lượng cồn vừa phải ở nữ giới là khoảng 1 đơn vị mỗi ngày đối với nữ và tối đa 2 đơn vị mỗi ngày đối với nam. Trong đó một đơn vị cồn tương đương 1 lon bia 330ml.

=====

Tìm hiểu chung tiểu đường type 1

Tiểu đường tuýp 1 là gì?

Tiểu đường tuýp 1 là bệnh lý mà tế bào beta của tuyến tụy bị phá hủy gây thiếu một phần hoặc hoàn toàn hormone insulin, do đó dẫn đến hiện tượng tăng đường huyết.

Tuyến tụy là một tuyến nội tiết giúp điều hòa nồng độ đường trong máu, khi đó đường huyết luôn được giữ trong khoảng ổn định dù cơ thể đang ở trạng thái đói hay no. Insulin là hormone được tiết ra từ tế bào beta tuyến tụy, giữ vai trò chuyển đường trong máu vào tế bào, qua đó gián tiếp điều chỉnh nồng độ đường huyết.

Xem thêm: Phân biệt tiểu đường tuýp 1 và tuýp 2

Triệu chứng tiểu đường type 1

Những dấu hiệu và triệu chứng của tiểu đường tuýp 1

Đa phần các bệnh nhân mắc tiểu đường tuýp 1 đều biểu hiện triệu chứng rất rõ ràng và điển hình:

Khát nước, uống nước nhiều, tiểu nhiều : Ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1, nồng độ đường trong máu cao dẫn đến sự xuất hiện của đường trong nước tiểu, vì đường là chất có tính thẩm thấu tích cực nên một lượng nước đáng kể cũng di chuyển theo đường làm tăng thể tích nước tiểu. Việc tiểu nhiều khiến người bệnh mất nước , do đó họ luôn cảm thấy khát và phải uống nước nhiều. **Ăn nhiều và sụt cân :** Mặc dù bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 có đủ lượng đường trong máu, nhưng sự thiếu hụt insulin làm cho đường không thể vào tế bào, tế bào luôn phải ở trong trạng thái thiếu năng lượng. Đáp ứng với sự thiếu hụt đó, cơ thể tiến hành phân giải mô mỡ và mô cơ để tạo năng lượng cho tế bào hoạt động. Điều này dẫn đến hiện tượng sụt cân nhanh chóng ở bệnh nhân. Bên cạnh đó, trạng thái cần năng lượng còn khiến người bệnh luôn cảm thấy đói và phải ăn nhiều. **Mệt mỏi và yếu sức:** Đường không được chuyển vào tế bào đồng nghĩa với việc tế bào không thể hoạt động do thiếu năng lượng, từ đó khiến người bệnh luôn cảm thấy mệt mỏi , không có sức. Trẻ em mắc tiểu đường tuýp 1 thường xuất hiện triệu chứng tiểu dầm trong khi trước đó có thể chưa từng ghi nhận tình trạng này ở trẻ.

Khát nước, uống nước nhiều, tiểu nhiều : Ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1, nồng độ đường trong máu cao dẫn đến sự xuất hiện của đường trong nước tiểu, vì đường là chất có tính thẩm thấu tích cực nên một lượng nước đáng kể cũng di chuyển theo đường làm tăng thể tích nước tiểu. Việc tiểu nhiều khiến người bệnh mất nước , do đó họ luôn cảm thấy khát và phải uống nước nhiều.

Ăn nhiều và sụt cân : Mặc dù bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 có đủ lượng đường trong máu, nhưng sự thiếu hụt insulin làm cho đường không thể vào tế bào, tế bào luôn phải ở trong trạng thái thiếu năng lượng. Đáp ứng với sự thiếu hụt đó, cơ thể tiến hành phân giải mô mỡ và mô cơ để tạo năng lượng cho tế bào hoạt động. Điều này dẫn đến hiện tượng sụt cân nhanh chóng ở bệnh nhân. Bên cạnh đó, trạng thái cần năng lượng còn khiến người bệnh luôn cảm thấy đói và phải ăn nhiều.

Mệt mỏi và yếu sức: Đường không được chuyển vào tế bào đồng nghĩa với việc tế bào không thể hoạt động do thiếu năng lượng, từ đó khiến người bệnh luôn cảm thấy mệt mỏi , không có sức.

Trẻ em mắc tiểu đường tuýp 1 thường xuất hiện triệu chứng tiểu dầm trong khi trước đó có thể chưa từng ghi nhận tình trạng này ở trẻ.

Biến chứng có thể gặp của tiểu đường tuýp 1

Bệnh nhân tiểu đường phải đối mặt với rất nhiều biến chứng nguy hiểm, ngay tại thời điểm mới mắc và cả thời gian sau đó.

Biến chứng cấp tính của bệnh tiểu đường

Nhiễm toan ceton là biến chứng cấp tính rất thường gặp của bệnh tiểu đường tuýp 1. Khoảng ⅓ bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 nhập viện lần đầu trong tình trạng nhiễm ceton. Nó biểu hiện bởi tình trạng nôn, buồn nôn, đau bụng, hơi thở có mùi trái cây, nếu nặng hơn bệnh nhân có thể lơ mơ, hôn mê và đe dọa tính mạng

Biến chứng muộn của bệnh tiểu đường

Bệnh võng mạc do tiểu đường

Khoảng 90% bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 có bệnh võng mạc sau 15 năm mắc bệnh với các biểu hiện như giảm hoặc mất hoàn toàn thị lực, xuất hiện điểm đen, đám mờ trước mắt, đau nhức mắt. Để dự phòng, cần kiểm soát tốt đường huyết, khám mắt ngay tại thời điểm chẩn đoán và sau đó ít nhất 1 lần/năm.

Bệnh thận do đái tháo đường

Đây là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến suy thận mạn ở cả Việt Nam và thế giới. Bệnh thường diễn tiến âm thầm với biểu hiện sớm là tiểu đạm vi thể tiến triển từ từ đến tiểu đạm đại thể và chức năng thận sụt giảm dần. Để dự phòng, phải kiểm soát tốt đường huyết, huyết áp và lipid máu.

Biến chứng thần kinh

Thường gồm 3 nhóm triệu chứng chính là rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, rối loạn thần kinh tự chủ.

Với rối loạn cảm giác, bệnh nhân thường cảm thấy châm chích, rát bỏng ở hai bàn chân hoặc đau nhức như bị bóp chặt hay bị dao đâm ở cẳng chân.

Với rối loạn vận động, triệu chứng thường gặp là yếu cơ có tính đối xứng, một số trường hợp bệnh nhân liệt đột ngột thần kinh sọ não hoặc một dây thần kinh chi phối một vùng cơ thể, tuy nhiên tiên lượng thường tốt và tự phục hồi sau 3 - 6 tháng.

Với rối loạn thần kinh tự chủ, nhiều chức năng về tiêu hóa, tim mạch, tiết niệu - sinh dục, tiết mồ hôi bị rối loạn. Các biểu hiện thường gặp như tim nhanh lúc

nghi, mất dần sự toát mồ hôi, nôn, buồn nôn sau ăn do mất trương lực dạ dày, tiêu tiểu không tự chủ...

Bệnh lý tim mạch

Tiểu đường làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành, nhất là bệnh lý nhồi máu cơ tim. Khoảng 55% bệnh nhân tiểu đường tử vong do nhồi máu cơ tim. Cần kiểm soát tốt đường huyết, huyết áp, lipid máu để dự phòng bệnh mạch vành.

Bệnh mạch máu ngoại biên

Bệnh thường biểu hiện ở động mạch chi dưới gây ra teo cơ, lạnh chân, loét chân hoặc hoại thư ngón chân.

Bàn chân tiểu đường

Là tình trạng nhiễm trùng, loét và phá hủy các mô sâu có kết hợp với bất thường về thần kinh và bệnh mạch máu ngoại biên ở chi dưới. Biến chứng này có thể đưa đến việc cắt cụt chi bệnh nhân. Yếu tố nguy cơ bao gồm tiểu đường trên 10 năm, giới tính nam, có biến chứng tim mạch, biến chứng võng mạc, biến chứng thận.

Nhiễm trùng

Ngoài việc nồng độ đường trong máu cao là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn thì bệnh nhân tiểu đường dễ bị nhiễm trùng còn do suy giảm miễn dịch. Các nhiễm trùng thường gặp như nhiễm trùng da, mô mềm, nhiễm trùng phế quản, nhiễm nấm candida âm đạo...

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Khi nghi ngờ bản thân có triệu chứng của tiểu đường, bạn cần nhanh chóng đến gặp bác sĩ để được chẩn đoán và điều trị sớm nhất. Kiểm soát đường huyết tốt và kịp thời là điều kiện tiên quyết để hạn chế các biến chứng nguy hiểm của tiểu đường.

Nguyên nhân tiểu đường type 1

Nguyên nhân dẫn đến bệnh lý tiểu đường tuýp 1

Nguyên nhân của sự phá hủy tế bào beta (Beta cells) đảo tụy trong cơ chế bệnh sinh của tiểu đường tuýp 1 đến nay vẫn chưa rõ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy đa phần bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 đều có các kháng thể tấn công tế bào beta tuyến tụy (Pancreas), trong khi ở người bình thường các kháng thể này chỉ đóng vai trò bảo vệ cơ thể nhờ vào khả năng tiêu diệt các tác nhân gây bệnh từ bên ngoài như vi khuẩn, virus, ký sinh trùng...

Điều này có nghĩa là tồn tại một bất thường miễn dịch bên trong cơ thể bệnh nhân tiểu đường tuýp 1, sinh ra các tự kháng thể gây rối loạn khả năng kiểm soát đường huyết.

Nguy cơ tiểu đường type 1

Những ai có nguy cơ mắc phải tiểu đường tuýp 1?

Bệnh tiểu đường tuýp 1 thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải tiểu đường tuýp 1

Tiểu đường tuýp 1 có thể gặp ở mọi đối tượng. Tuy nhiên có một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc tiểu đường tuýp 1 như sau:

Di truyền: Nguy cơ mắc tiểu đường tuýp 1 sẽ tăng cao một khi trong gia đình có bố mẹ hoặc ông bà bị tiểu đường tuýp 1. Độ tuổi: Đối tượng thường gặp của bệnh tiểu đường tuýp 1 chủ yếu là trẻ em, người trẻ dưới 30 tuổi, nhất là trong độ tuổi vị thành niên. Do đó, bệnh lý này còn được biết đến với tên gọi là tiểu đường vị thành niên. Mặc một số bệnh tự miễn khác: Nguy cơ mắc tiểu đường tuýp 1 cũng tăng cao ở những bệnh nhân mắc các bệnh tự miễn khác như xơ cứng bì, basedow ... Virus: Tiếp xúc với một số virus như virus rubella, cytomegalovirus... có thể gây hủy hoại hệ thống miễn dịch của tế bào tiểu đảo tụy.

Di truyền: Nguy cơ mắc tiểu đường tuýp 1 sẽ tăng cao một khi trong gia đình có bố mẹ hoặc ông bà bị tiểu đường tuýp 1.

Độ tuổi: Đối tượng thường gặp của bệnh tiểu đường tuýp 1 chủ yếu là trẻ em, người trẻ dưới 30 tuổi, nhất là trong độ tuổi vị thành niên. Do đó, bệnh lý này còn được biết đến với tên gọi là tiểu đường vị thành niên.

Mắc một số bệnh tự miễn khác: Nguy cơ mắc tiểu đường tuýp 1 cũng tăng cao ở những bệnh nhân mắc các bệnh tự miễn khác như xơ cứng bì, basedow ...

Virus: Tiếp xúc với một số virus như virus rubella, cytomegalovirus... có thể gây hủy hoại hệ thống miễn dịch của tế bào tiểu đảo tụy.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tiểu đường type 1

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán tiểu đường tuýp 1

Các xét nghiệm chẩn đoán tiểu đường

Xét nghiệm đường huyết lúc đói: Bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 8 giờ, tiểu đường được chẩn đoán khi chỉ số đường huyết $\geq 126\text{mg/dL}$ ($7,0\text{ mmol/L}$). Xét nghiệm glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT): Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-300ml nước, uống trong 5 phút. Tiểu đường được chẩn đoán nếu sau 2 giờ chỉ số glucose ghi nhận $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{ mmol/L}$). Xét nghiệm HbA1c : Tiểu đường được chẩn đoán khi HbA1c $\geq 6,5\%$.

Xét nghiệm đường huyết ở thời điểm bất kỳ: Tiểu đường được chẩn đoán nếu đường huyết bất kỳ $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{ mmol/L}$). Nếu bệnh nhân không có triệu chứng kinh điển của tiểu đường (khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, sụt cân) các xét nghiệm trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Xét nghiệm đường huyết lúc đói: Bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 8 giờ, tiểu đường được chẩn đoán khi chỉ số đường huyết $\geq 126\text{mg/dL}$ ($7,0\text{ mmol/L}$).

Xét nghiệm glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT): Bệnh nhân nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-300ml nước, uống trong 5 phút. Tiểu đường được chẩn đoán nếu sau 2 giờ chỉ số glucose ghi nhận $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{ mmol/L}$).

Xét nghiệm HbA1c : Tiểu đường được chẩn đoán khi HbA1c $\geq 6,5\%$.

Xét nghiệm đường huyết ở thời điểm bất kỳ: Tiểu đường được chẩn đoán nếu đường huyết bất kỳ $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{ mmol/L}$).

Nếu bệnh nhân không có triệu chứng kinh điển của tiểu đường (khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, sụt cân) các xét nghiệm trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Các xét nghiệm chẩn đoán phân biệt tiểu đường tuýp 1 và tuýp 2

Vì nguyên tắc điều trị của tiểu đường tuýp 1 khác hoàn toàn so với tiểu đường tuýp 2. Do đó, việc phân biệt chúng là vô cùng cần thiết. Một số xét nghiệm giúp phân biệt như sau:

Định lượng nồng độ insulin máu : Sự phá hủy các tế bào đảo tụy dẫn đến sự thiếu hụt trầm trọng insulin máu ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1, trong khi nồng độ này lại bình thường ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 2. Định lượng peptid C: Tương tự insulin, peptid C cũng được tiết ra bởi tế bào đảo tụy. Do đó, nồng độ chất này ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 cũng sẽ giảm đáng kể. Nghiệm pháp glucagon: Thực hiện bằng cách tiêm 1mg glucagon tĩnh mạch lúc đói, sau đó 6 phút sẽ tiến hành định lượng peptid C. Glucagon có tác dụng làm tăng đường máu, vì vậy sau khi tiêm lượng đường máu sẽ tăng lên. Ở người bình thường, tuyến tụy sẽ tiết insulin và peptid C sẽ để làm giảm lượng đường này. Do đó, nếu sau tiêm glucagon mà lượng peptid C máu không tăng hoặc tăng không đáng kể đồng nghĩa là tế bào beta đảo tụy có vấn đề dẫn đến không tiết được peptid. Khi đó có thể kết luận bệnh nhân bị tiểu đường tuýp 1. Xét nghiệm tự kháng thể (ICA, GADA, IA - 2A, IAA): Bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 có các tự kháng thể kháng tế bào beta đảo tụy. Do đó, nếu một xét nghiệm một trong các tự kháng thể cho kết quả dương tính đồng nghĩa với bệnh nhân đang mắc tiểu đường tuýp 1.

Định lượng nồng độ insulin máu: Sự phá hủy các tế bào đảo tụy dẫn đến sự thiếu hụt trầm trọng insulin máu ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1, trong khi nồng độ này lại bình thường ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 2.

Định lượng peptid C: Tương tự insulin, peptid C cũng được tiết ra bởi tế bào đảo tụy. Do đó, nồng độ chất này ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 cũng sẽ giảm đáng kể.

Nghiệm pháp glucagon: Thực hiện bằng cách tiêm 1mg glucagon tĩnh mạch lúc đói, sau đó 6 phút sẽ tiến hành định lượng peptid C. Glucagon có tác dụng làm tăng đường máu, vì vậy sau khi tiêm lượng đường máu sẽ tăng lên. Ở người bình thường, tuyến tụy sẽ tiết insulin và peptid C sẽ để làm giảm lượng đường này. Do đó, nếu sau tiêm glucagon mà lượng peptid C máu không tăng hoặc tăng không đáng kể đồng nghĩa là tế bào beta đảo tụy có vấn đề dẫn đến không tiết được peptid. Khi đó có thể kết luận bệnh nhân bị tiểu đường tuýp 1.

Xét nghiệm tự kháng thể (ICA, GADA, IA - 2A, IAA): Bệnh nhân tiểu đường tuýp 1 có các tự kháng thể kháng tế bào beta đảo tụy. Do đó, nếu một xét nghiệm một trong các tự kháng thể cho kết quả dương tính đồng nghĩa với bệnh nhân đang mắc tiểu đường tuýp 1.

Xem thêm: Các loại xét nghiệm chẩn đoán bệnh tiểu đường thường dùng

Phương pháp điều trị đối với tiểu đường tuýp 1

Một số nguyên tắc trong phác đồ điều trị tiểu đường tuýp 1 như sau:

Kiểm soát đường huyết (Glycemic control): Điều trị bằng insulin ngoại sinh là cách tốt nhất để bù lại lượng insulin thiếu hụt và giúp kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1. Lưu ý về triệu chứng hạ đường huyết

(Hypoglycemia) : Hạ đường huyết là tai biến thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường do sử dụng sai liều insulin, chế độ ăn không hợp lý hoặc tập thể thao quá mức... Một số triệu chứng hạ đường huyết như mệt mỏi đột ngột, vã mồ hôi, run tay, da xanh, lạnh, thở hụt hơi... Nếu nhẹ bệnh nhân có thể xử trí tại nhà, nếu nặng cần đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám. Kiểm soát các bệnh lý sẵn có: Kiểm soát tốt huyết áp và lipid máu là rất cần thiết để hạn chế các biến chứng nguy hiểm ở bệnh nhân tiểu đường. Dự phòng biến chứng: Bệnh nhân cần nắm rõ triệu chứng của các biến chứng có thể xảy ra để thăm khám kịp thời. Thay đổi lối sống: Bệnh nhân cần thiết lập một lối sống khoa học, ăn uống điều độ, tập luyện thể dục, không hút thuốc lá, không dùng chất kích thích...

Kiểm soát đường huyết (Glycemic control): Điều trị bằng insulin ngoại sinh là cách tốt nhất để bù lại lượng insulin thiếu hụt và giúp kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân tiểu đường tuýp 1.

Lưu ý về triệu chứng hạ đường huyết (Hypoglycemia) : Hạ đường huyết là tai biến thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường do sử dụng sai liều insulin, chế độ ăn không hợp lý hoặc tập thể thao quá mức... Một số triệu chứng hạ đường huyết như mệt mỏi đột ngột, vã mồ hôi, run tay, da xanh, lạnh, thở hụt hơi... Nếu nhẹ bệnh nhân có thể xử trí tại nhà, nếu nặng cần đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám.

Kiểm soát các bệnh lý sẵn có: Kiểm soát tốt huyết áp và lipid máu là rất cần thiết để hạn chế các biến chứng nguy hiểm ở bệnh nhân tiểu đường.

Dự phòng biến chứng: Bệnh nhân cần nắm rõ triệu chứng của các biến chứng có thể xảy ra để thăm khám kịp thời.

Thay đổi lối sống: Bệnh nhân cần thiết lập một lối sống khoa học, ăn uống điều độ, tập luyện thể dục, không hút thuốc lá, không dùng chất kích thích...

Xem thêm: Các loại thuốc điều trị tiểu đường tuýp 1

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tiểu đường type 1

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tiểu đường tuýp 1

Chế độ sinh hoạt:

Về tuân thủ điều trị:

Tuyệt đối tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ, nhất là đối với cách sử dụng và liều lượng insulin. Liên hệ ngay với bác sĩ nếu có thắc mắc hoặc xuất hiện những triệu chứng bất thường trong quá trình điều trị nhất là các triệu chứng của hạ đường huyết và các biến chứng của tiểu đường. Không sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc hay dược liệu nào khi chưa tham khảo ý kiến bác sĩ. Bệnh nhân nên luyện tập thể dục phù hợp với sức khỏe, tuổi tác để rèn luyện sự dẻo dai, cải thiện hoạt động của tim mạch và cải thiện tâm lý.

Tuyệt đối tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ, nhất là đối với cách sử dụng và liều lượng insulin.

Liên hệ ngay với bác sĩ nếu có thắc mắc hoặc xuất hiện những triệu chứng bất thường trong quá trình điều trị nhất là các triệu chứng của hạ đường huyết và các biến chứng của tiểu đường.

Không sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc hay dược liệu nào khi chưa tham khảo ý kiến bác sĩ.

Bệnh nhân nên luyện tập thể dục phù hợp với sức khỏe, tuổi tác để rèn luyện sự dẻo dai, cải thiện hoạt động của tim mạch và cải thiện tâm lý.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung đầy đủ chất dinh dưỡng bao gồm các nhóm nhất như đạm, đường, chất béo, chất xơ, vitamin. Hạn chế các thức ăn có chỉ số đường cao như thức ăn nhanh, gạo, bánh mì nguyên cám, bánh quy, dưa hấu, vải... Nên chia thành nhiều bữa ăn để tránh tăng đường huyết (Hyperglycemia) sau ăn. Hạn chế rượu vì rượu làm lu mờ các triệu chứng hạ đường huyết. Không hút thuốc lá vì nó làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, góp phần dẫn đến biến chứng tim mạch ở bệnh nhân tiểu đường. Bổ sung đầy đủ chất dinh dưỡng bao gồm các nhóm nhất như đạm, đường, chất béo, chất xơ, vitamin.

Hạn chế các thức ăn có chỉ số đường cao như thức ăn nhanh, gạo, bánh mì nguyên cám, bánh quy, dưa hấu, vải...

Nên chia thành nhiều bữa ăn để tránh tăng đường huyết (Hyperglycemia) sau ăn.

Hạn chế rượu vì rượu làm lu mờ các triệu chứng hạ đường huyết.

Không hút thuốc lá vì nó làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, góp phần dẫn đến biến chứng tim mạch ở bệnh nhân tiểu đường.

Xem thêm: Chế độ ăn cho người tiểu đường tuýp 1

Phương pháp phòng ngừa tiểu đường tuýp 1 hiệu quả

Theo cơ chế bệnh sinh về bất thường trong cơ chế sản xuất kháng thể nên tiểu đường tuýp 1 không có phương pháp phòng ngừa. Tuy nhiên, có một số cách giúp phát hiện bệnh sớm để điều trị kịp thời tránh những biến chứng nguy hiểm:

Tầm soát sớm tiểu đường tuýp 1 nếu có ông bà, bố mẹ mắc bệnh hoặc bản thân bệnh nhân đang mắc các bệnh tự miễn khác. Nhận biết sớm các dấu hiệu của tiểu đường, thăm khám và điều trị để làm chậm tiến triển của bệnh.

Tầm soát sớm tiểu đường tuýp 1 nếu có ông bà, bố mẹ mắc bệnh hoặc bản thân bệnh nhân đang mắc các bệnh tự miễn khác.

Nhận biết sớm các dấu hiệu của tiểu đường, thăm khám và điều trị để làm chậm tiến triển của bệnh.

Xem thêm: Bệnh tiểu đường tuýp 1 nặng hay nhẹ

=====

Tìm hiểu chung dậy thì sớm

Dậy thì sớm là khi cơ thể của trẻ bắt đầu những thay đổi về mặt thể chất để trở thành cơ thể của người lớn quá sớm. Khi tuổi dậy thì bắt đầu trước 8 tuổi ở trẻ gái và trước 9 tuổi ở trẻ trai thì được coi là dậy thì sớm. Các dấu hiệu trưởng thành về mặt thể chất này bao gồm sự phát triển của vú, lông mu và thay đổi giọng nói. Đây được gọi là những đặc điểm sinh dục thứ phát.

Triệu chứng dậy thì sớm

Những dấu hiệu và triệu chứng của dậy thì sớm

Dậy thì sớm ở trẻ em gái được đặc trưng như sau:

Dấu hiệu đầu tiên và rõ ràng nhất của dậy thì sớm thường là vú to lên, ban đầu có thể là một bên.

Lông mu và lông nách có thể xuất hiện trước, cùng lúc hoặc ngay sau khi xuất hiện mô vú; mùi hôi của nách thường bắt đầu tương đương với thời điểm xuất hiện lông mu.

Bắt đầu có kinh là một sự kiện muộn và thường không xảy ra cho đến 2-3 năm sau khi bắt đầu có sự phì đại mô vú.

Sự tăng trưởng vượt bậc ở tuổi dậy thì xảy ra sớm ở nữ và thường thấy rõ vào thời điểm đánh giá ban đầu.

Dậy thì sớm ở trẻ trai được đặc trưng như sau:

Bằng chứng sớm nhất của tuổi dậy thì là tinh hoàn to ra và thường không được bệnh nhân và cha mẹ chú ý.

Sự phát triển của dương vật và bìu thường xảy ra ít nhất một năm sau khi tinh hoàn to ra.

Tăng trưởng vượt bậc về chiều cao (giai đoạn tăng trưởng mạnh ở tuổi dậy thì) xảy ra muộn hơn trong quá trình dậy thì của nam giới so với tuổi dậy thì của nữ nhưng thường diễn ra vào thời điểm các thay đổi thể chất khác được ghi nhận.

Tác động của dậy thì sớm đối với sức khỏe

Đa số dậy thì sớm không có ảnh hưởng gì xấu về mặt thể chất đối với trẻ. Đôi khi, dậy thì sớm sẽ khiến cơ thể và tâm trạng của trẻ thay đổi sớm hơn rất nhiều so với bạn bè và các bạn trong lớp. Điều này có thể khiến trẻ cảm thấy mất tự chủ, xấu hổ, hoặc bị những đứa trẻ khác trêu chọc.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh dậy thì sớm

Ngoại trừ những ảnh hưởng có thể gặp về mặt tâm lý, đôi khi tình trạng dậy thì sớm có thể ảnh hưởng đến sự phát triển chiều cao sau này của trẻ. Trẻ dậy thì sớm lúc đầu có thể phát triển nhanh và cao so với các bạn cùng lứa tuổi. Tuy nhiên, do xương của chúng trưởng thành nhanh hơn bình thường nên chúng thường ngừng phát triển sớm hơn bình thường. Điều này có thể khiến trẻ thấp hơn mức trung bình khi trưởng thành. Điều trị dậy thì sớm, đặc biệt là khi nó xảy ra ở trẻ rất nhỏ có thể giúp trẻ phát triển chiều cao tốt hơn so với việc không điều trị.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân dậy thì sớm

Có hai loại dậy thì sớm:

Dậy thì sớm phụ thuộc vào các hormon hướng sinh dục (gonadotropin): Đây còn được gọi là dậy thì sớm trung tâm (CPP-central precocious puberty). Kiểu dậy thì sớm này là phổ biến nhất. Hầu hết các bé gái và một nửa số bé trai dậy thì sớm thuộc loại này. Tuổi dậy thì được bắt đầu do sự phóng thích sớm các hormone gọi là gonadotropins và nguyên nhân là do sự trưởng thành sớm của toàn bộ trục dưới đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục (HPG). Các gonadotropins bao gồm: Hormone tạo hoàng thể (LH) và hormone kích thích nang trứng (FSH). Ở trẻ em gái, dậy thì sớm có thể do sự trưởng thành sớm của vùng dưới đồi, tuyến yên và buồng trứng. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, có thể không tìm ra nguyên nhân.

Dậy thì sớm không phụ thuộc vào hormone hướng sinh dục: Đây là một dạng dậy thì sớm không liên quan đến sự phóng thích sớm các gonadotropin còn gọi là dậy thì sớm ngoại biên (Peripheral precocious puberty). Thay vào đó, nguyên nhân gây dậy thì sớm là do sự phóng thích nhiều hormone sinh dục bao gồm nội tiết tố nam (androgen) và nội tiết tố nữ (estrogen).

Trong cả 2 loại trên, trong một số trường hợp hiếm gặp, nguyên nhân dậy thì sớm có liên quan đến bệnh lý thực thể như khối u ở thần kinh trung ương, u buồng trứng, u tuyến thượng thận, u tinh hoàn hoặc các bất thường khác liên quan đến di truyền.

Nguyên cơ dậy thì sớm

Những ai có nguy cơ mắc phải dậy thì sớm ?

Trẻ gái.

Béo phì.

Tiếp xúc với nguồn hormone sinh dục ngoại sinh (từ thực phẩm chức năng, thuốc kê đơn...).

Có các bệnh lý thực thể như khối u sinh dục, khối u thần kinh, bệnh lý di truyền hiếm gặp.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải dậy thì sớm

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc dậy thì sớm, bao gồm:

Các khối u ở buồng trứng, tinh hoàn, tuyến thượng thận, tuyến yên hoặc não.

Các bất thường về hệ thần kinh trung ương.

Tiền sử gia đình mắc bệnh.

Hội chứng di truyền hiếm gặp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị dậy thì sớm

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán dậy thì sớm

Xét nghiệm máu để đo nồng độ các hormone như:

Hormone tạo hoàng thể (LH).

Hormone kích thích nang trứng (FSH).

Một dạng estrogen được gọi là estradiol.

Testosterone.

Hormone tuyến giáp.

Hormone kích thích gonadotropin (GnRH): Hormone này được tạo ra bởi vùng dưới đồi trong não. Nó làm cho tuyến yên tăng tiết ra gonadotropins. Sau đó, các gonadotropins sẽ kích thích sự tiết các hormone sinh dục ở buồng trứng ở trẻ em gái hoặc tinh hoàn ở trẻ em trai. Xét nghiệm máu GnRH có thể cho biết kiểu dậy thì sớm.

Một số xét nghiệm khác như X-quang, siêu âm, CT scan có thể được thực hiện.

Phương pháp điều trị dậy thì sớm hiệu quả

Mục tiêu của điều trị là ngăn chặn sự khởi phát của các dấu hiệu dậy thì sớm.

Trong một số trường hợp, các dấu hiệu này có thể hồi phục. Điều trị sẽ phụ thuộc vào loại dậy thì sớm và nguyên nhân gây ra nó.

Điều trị có thể được thực hiện bằng việc sử dụng GnRH tổng hợp. GnRH tổng hợp có thể làm ngừng quá trình trưởng thành giới tính bằng cách ngăn tuyến yên giải phóng các hormone gonadotropin.

Trong trường hợp nguyên nhân gây ra dậy thì sớm là các bệnh lý thực thể như khối u thì phẫu thuật có thể là phương pháp được lựa chọn.

Về mặt tâm lý, phụ huynh có thể giúp con mình bằng cách đối xử với con như bình thường, nâng cao lòng tự trọng của con và tìm kiếm chuyên gia tư vấn tâm lý cho trẻ nếu cần thêm sự trợ giúp.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa dậy thì sớm

Phương pháp phòng ngừa dậy thì sớm hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:
Giữ trẻ tránh xa các nguồn estrogen và testosterone ngoại sinh chẳng hạn như thuốc kê đơn cho người lớn trong nhà hoặc thực phẩm chức năng có chứa estrogen hoặc testosterone. Khuyến khích con duy trì cân nặng hợp lý.
Giữ trẻ tránh xa các nguồn estrogen và testosterone ngoại sinh chẳng hạn như thuốc kê đơn cho người lớn trong nhà hoặc thực phẩm chức năng có chứa estrogen hoặc testosterone.
Giữ trẻ tránh xa các nguồn estrogen và testosterone ngoại sinh chẳng hạn như thuốc kê đơn cho người lớn trong nhà hoặc thực phẩm chức năng có chứa estrogen hoặc testosterone.
Khuyến khích con duy trì cân nặng hợp lý.
Khuyến khích con duy trì cân nặng hợp lý.

=====

Tìm hiểu chung cường giáp

Cường giáp là hội chứng mà tuyến giáp hoạt động quá mức, sản xuất hormone giáp nhiều hơn nhu cầu của cơ thể và làm tăng nồng độ hormone giáp tự do trong máu. Đây là bệnh tự miễn với triệu chứng điển hình gồm nhịp tim nhanh, mệt mỏi, gầy, sút cân, căng thẳng, run và lồi mắt.

Triệu chứng cường giáp

Những dấu hiệu và triệu chứng của cường giáp

Triệu chứng thông thường của cường giáp tương tự giống các triệu chứng cường giao cảm, như sợ nóng, lo lắng, đánh trống ngực, yếu mệt, vã mồ hôi nhiều, tăng thêm ăn, sụt cân, mất ngủ, thiếu kinh, da ẩm, ẩm.

Ở bệnh nhân cao tuổi, các dấu hiệu có thể bao gồm run; nhịp tim nhanh; mạch kích động và rung nhĩ, suy tim, mệt mỏi, giảm cân, trầm cảm, mất trí.

Các dấu hiệu mắt bao gồm lồi mắt, co cơ mi trên, mí mắt, và viêm kết mạc nhẹ và phần lớn do cường giao cảm quá mức.

Bệnh lý da xâm lấn, còn gọi là phù niêm trước xương chày thường chỉ xảy ra trong bệnh Basedow. Thương tổn thường xuất hiện gồm ngứa và ban đỏ trong giai đoạn đầu và sau đó trở nên cứng. Bệnh da thâm nhiễm có thể xuất hiện nhiều năm trước hoặc sau khi cường giáp.

Tác động của cường giáp đối với sức khỏe

Hormon tuyến giáp tham gia vào rất nhiều hoạt động của cơ thể, vì thế rối loạn ở cơ quan này tác động rất lớn đến sức khỏe nói chung.

Nếu không điều trị sớm, tuân thủ theo phác đồ phù hợp, bệnh nhân cường giáp có thể phải đối mặt với những biến chứng nguy hiểm.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh cường giáp

Những người có tuyến giáp hoạt động quá mức ở giai đoạn nặng phải đối mặt với vô số vấn đề, thậm chí có những biến chứng nguy hiểm đến tính mạng. Các biến chứng có thể bao gồm:

Bệnh mắt tuyến giáp: Một tình trạng mắt gây ra chứng song thị, nhạy cảm với ánh sáng, đau mắt và thậm chí mất thị lực.

Rối loạn nhịp tim: Có thể dẫn đến sự hình thành và phát triển các cục máu đông, suy tim, các vấn đề tim mạch khác...

Cơn bão giáp: Đây là một tình trạng cấp cứu đe dọa tính mạng.

Các biến chứng khi mang thai như huyết áp cao khi mang thai, cân nặng thai nhi khi sinh thấp, sẩy thai, sinh non.

Loãng xương.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Gọi cho bác sĩ nếu bạn có bất kỳ triệu chứng nào của bệnh cường giáp, bao gồm:

Cảm giác lo lắng liên tục. Khó ngủ. Đổ mồ hôi bất thường hoặc nhạy cảm bất thường với nhiệt độ ấm. Đánh trống ngực, khó thở hoặc đau ngực. Giảm cân, bất chấp cảm giác thèm ăn bình thường hoặc tăng lên. Cơ bắp yếu hoặc gầy. Sưng tấy hoặc thay đổi da ở bàn chân hoặc cẳng chân, hoặc nếu bạn nhận thấy sự thay đổi về hình dáng hoặc chức năng mắt.

Cảm giác lo lắng liên tục.

Khó ngủ.

Đổ mồ hôi bất thường hoặc nhạy cảm bất thường với nhiệt độ ấm.

Đánh trống ngực, khó thở hoặc đau ngực.

Giảm cân, bất chấp cảm giác thèm ăn bình thường hoặc tăng lên.

Cơ bắp yếu hoặc gầy.

Sưng tấy hoặc thay đổi da ở bàn chân hoặc cẳng chân, hoặc nếu bạn nhận thấy sự

thay đổi về hình dáng hoặc chức năng mắt.

Nguyên nhân cường giáp

Cường giáp có thể là kết quả của tăng tổng hợp và bài tiết hormone tuyến giáp (thyroxine [T4] và triiodothyronine [T3]) từ tuyến giáp, do các chất kích thích tuyến giáp hoặc do tăng chức năng tuyến giáp tự trị.

Bệnh Graves (bệnh Basedow) là nguyên nhân gây cường giáp phổ biến nhất, đặc biệt ở người trẻ tuổi, với các triệu chứng đặc hiệu chỉ gặp ở Basedow gồm bướu cổ, lồi mắt, bệnh da do thâm nhiễm.

Bệnh Basedow là do tự kháng thể kháng thụ thể tuyến giáp đối với hormone kích thích tuyến giáp (TSH); không giống như hầu hết các tự kháng thể, gây ra sự ức chế, thì tự kháng thể này lại kích thích, do đó gây ra sự tổng hợp liên tục và bài tiết quá nhiều T4 và T3. Yếu tố di truyền làm gia tăng nguy cơ bệnh Basedow, mặc dù các gen liên quan vẫn chưa được biết đến.

Bệnh sinh của bệnh mắt do thâm nhiễm (gây lồi mắt trong bệnh Basedow) chưa được hiểu biết rõ ràng nhưng có thể là do các globulin miễn dịch tác động trực tiếp trên thụ thể TSH trong nguyên bào sợi và tế bào mỡ trong hốc mắt gây ra giải phóng các cytokine tiền viêm, viêm và tích tụ glycosaminoglycans.

Các nguyên nhân khác gồm viêm tuyến giáp, bướu đa nhân, cường giáp do thuốc hoặc ăn quá nhiều iod.

Nguy cơ cường giáp

Những ai có nguy cơ mắc phải (bị) cường giáp?

Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cường tuyến giáp cao hơn nam giới từ 2-10 lần. Bạn có nhiều khả năng mắc bệnh nếu:

Có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp.

Có các vấn đề sức khỏe khác, bao gồm:

Thiếu máu ác tính: Tình trạng gây ra bởi sự thiếu hụt vitamin B12. Bệnh đái tháo đường loại 1. Suy thượng thận nguyên phát, rối loạn nội tiết tố. Sử dụng một lượng lớn thực phẩm có chứa i-ốt chẳng hạn như tảo, rong biển hoặc sử dụng các loại thuốc có chứa i-ốt, ví dụ như amiodarone. Người lớn hơn 60 tuổi, đặc biệt phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam giới. Đã phẫu thuật tuyến giáp hoặc có vấn đề về tuyến giáp, chẳng hạn như bướu cổ.

Thiếu máu ác tính: Tình trạng gây ra bởi sự thiếu hụt vitamin B12.

Bệnh đái tháo đường loại 1.

Suy thượng thận nguyên phát, rối loạn nội tiết tố.

Sử dụng một lượng lớn thực phẩm có chứa i-ốt chẳng hạn như tảo, rong biển hoặc sử dụng các loại thuốc có chứa i-ốt, ví dụ như amiodarone.

Người lớn hơn 60 tuổi, đặc biệt phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam giới.

Đã phẫu thuật tuyến giáp hoặc có vấn đề về tuyến giáp, chẳng hạn như bướu cổ.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc (bị) cường giáp

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc Cường giáp, bao gồm:

Yếu tố di truyền là yếu tố nguy cơ chính của khả năng mắc bệnh Basedow. Nghĩa là trong một gia đình có cha hay mẹ bị bất thường về tuyến giáp như bướu giáp, basedow... thì con cái sẽ rất dễ có nguy cơ mắc bệnh Basedow. Ngoài ra bệnh xảy ra với tần suất cao trong gia đình của người bị thiếu máu Biermer, đái tháo đường loại 1, suy thượng thận do tự miễn (bệnh Addison), bệnh nhược cơ, viêm khớp dạng thấp, giảm tiểu cầu vô căn, hội chứng Sjogren.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị cường giáp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán cường giáp

Các xét nghiệm gồm: TSH, T4 tự do, T3 tự do hoặc T3 toàn phần, đôi khi đo hấp thụ i-ốt phóng xạ.

Khi nghi ngờ cường giáp, TSH là xét nghiệm chẩn đoán tốt nhất vì TSH bị ức chế ở bệnh nhân cường giáp, ngoại trừ số ít các trường hợp khi nguyên nhân là u tuyến yên tiết TSH hoặc có sự đề kháng tuyến yên với sự ức chế thông thường của hormone tuyến giáp.

T4 tự do tăng trong cường giáp. Tuy nhiên, T4 có thể bình thường ở những bệnh nhân cường giáp thực sự trên nền bệnh lý nặng và nhiễm độc T3. Nếu T4 tự do bình thường và TSH thấp ở bệnh nhân có triệu chứng khó nhận biết và có dấu hiệu cường giáp, thì nên đo T3 huyết thanh để phát hiện nhiễm độc T3; kết quả T3 tăng cao khẳng định chẩn đoán đó.

Phương pháp điều trị cường giáp hiệu quả

Tùy vào thể trạng bệnh nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh mà bác sĩ sẽ kê đơn

thuốc và áp dụng những phương pháp điều trị phù hợp.

Methimazole và propylthiouracil (PTU)

Các thuốc này ức chế tổng hợp hormon tuyến giáp. PTU liều cao cũng ức chế chuyển đổi T4 thành T3 ở ngoại vi. Khoảng 1/3 bệnh nhân bị bệnh Basedow thuyên giảm bệnh sau giai đoạn từ 1 đến 2 năm điều trị bằng một trong hai loại thuốc mà không cần thêm điều trị nào khác. Vì an toàn hơn nên methimazole được sử dụng thay cho PTU trừ những trường hợp đặc biệt.

PTU có khả năng gây suy gan nặng ở một số bệnh nhân <40 tuổi, đặc biệt là trẻ em nên hiện nay chỉ được khuyến cáo trong những trường hợp đặc biệt (ví dụ như trong quý I của thai kỳ, trong cơn bão giáp).

Liều khởi đầu thông thường của methimazole là 5 - 20 mg/lần uống 2 lần/ngày và của PTU là 100 - 150 mg uống mỗi 8 giờ. Khi nồng độ T4 và T3 về bình thường, liều được giảm xuống mức thấp nhất có hiệu quả, thường methimazole 5 - 15 mg một lần/ngày hoặc PTU 50 mg 2 - 3 lần/ngày. Kiểm soát bệnh thường đạt được trong 2 đến 3 tháng. Có thể đạt được kiểm soát bệnh nhanh hơn bằng cách tăng liều PTU lên 150 - 200 mg mỗi 8 giờ. Liều dùng như vậy hoặc liều lượng cao hơn (đến 400 mg mỗi 8 giờ) thường được dùng cho những bệnh nhân nặng, bao gồm những bệnh nhân có cơn bão giáp, để ngăn chặn sự chuyển đổi T4 thành T3. Liều duy trì methimazole có thể được tiếp tục trong một hoặc nhiều năm tùy thuộc bệnh cảnh lâm sàng.

Carbimazole, được sử dụng rộng rãi ở châu Âu, thuốc được chuyển hóa nhanh chóng thành methimazole. Liều khởi đầu thông thường tương tự như liều methimazole; liều duy trì từ 5 - 20 mg uống 1 lần/ngày, 2,5 - 10 mg 2 lần/ngày, hoặc 1,7 - 6,7 mg 3 lần/ngày.

Tác dụng phụ bao gồm phát ban, phản ứng dị ứng, bất thường chức năng gan (bao gồm suy gan với propylthiouracil), và khoảng 0,1% bệnh nhân, giảm bạch cầu hạt trung tính. Bệnh nhân dị ứng với một loại thuốc có thể được chuyển sang thuốc khác, nhưng sự nhạy cảm chéo có thể xảy ra. Nếu xuất hiện giảm bạch cầu hạt, bệnh nhân không thể chuyển sang các loại thuốc khác; có thể sử dụng các liệu pháp khác (như iod phóng xạ, phẫu thuật).

Methimazole có ưu điểm chỉ cần uống một lần/ngày, giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn. Hơn nữa, khi methimazole được sử dụng với liều <20 mg/ngày, mất bạch cầu trung tính ít gặp hơn; với PTU, sự mất bạch cầu hạt có thể xảy ra ở bất kỳ liều lượng nào. Methimazole đã được sử dụng thành công ở phụ nữ có thai và cho con bú mà không có biến chứng ở thai nhi hoặc trẻ sơ sinh, nhưng một số hiếm các trường hợp methimazole có liên quan đến các dị tật trên da đầu và đường tiêu hóa ở trẻ sơ sinh và với bệnh phôi thai hiếm. Do những biến chứng này, PTU được sử dụng trong quý I của thai kỳ. PTU được ưa chuộng hơn trong điều trị cơn bão giáp vì liều dùng (800-1200 mg/ngày) một phần ngăn sự chuyển đổi của T4 thành T3 ở ngoại vi.

Sự kết hợp của liều cao PTU và dexamethasone, cũng làm ức chế mạnh chuyển đổi T4 đến T3, có thể làm giảm các triệu chứng của cường giáp nặng và phục hồi T3 huyết thanh về bình thường trong vòng một tuần.

Thuốc chẹn beta

Các triệu chứng và dấu hiệu của cường giáp do kích thích giao cảm (run tay, đánh trống ngực, lo lắng) có thể đáp ứng với thuốc chẹn beta; propranolol hay được sử dụng nhiều nhất, atenolol hoặc metoprolol có thể thích hợp hơn.

Propranolol được chỉ định trong cơn bão giáp giúp cải thiện triệu chứng (trong vòng 2 - 3 giờ với đường uống và trong vài phút nếu tiêm tĩnh mạch). Esmolol có thể được sử dụng trong ICU bởi vì thuốc này cần phải chỉnh liều và theo dõi chặt chẽ. Thuốc chẹn kênh calci (verapamil) có thể kiểm soát nhịp tim nhanh ở những bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc chẹn beta.

Iốt

Iod ức chế sự giải phóng T3 và T4 trong vài giờ. Iodine được sử dụng để điều trị cơn cường giáp, đối với những bệnh nhân bị cường giáp trải qua phẫu thuật cấp cứu không phải tuyến giáp, vì làm giảm chảy máu tuyến giáp để chuẩn bị trước phẫu thuật cho các bệnh nhân cường giáp cần phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp. Iod thường không thường xuyên sử dụng để điều trị cường giáp. Liều thông thường là từ 2 đến 3 giọt (100 đến 150 mg) của dung dịch Kali iod bão hòa uống 3 hoặc 4 lần/ngày hoặc bằng muối natri iod trong 1 L dung dịch muối 0.9% 0,5 đến 1 g truyền chậm cho một lần/ngày.

Các biến chứng của điều trị iốt bao gồm viêm tuyến nước bọt, viêm kết mạc và phát ban.

Iốt phóng xạ (I131, radioiodine)

Tại Hoa Kỳ, Iod phóng xạ thường được khuyến cáo là một lựa chọn điều trị bệnh Basedow và bướu nhân độc tuyến giáp ở tất cả các bệnh nhân, kể cả trẻ em. Liệu dùng I131 rất khó điều chỉnh bởi vì không thể dự đoán trước được đáp ứng của tuyến giáp; một số bác sĩ cho liệu tiêu chuẩn từ 8 đến 15 mCi.

Suy giáp thường xảy ra 1 năm sau đó, và tiếp tục tăng mỗi năm. Tuy nhiên, nếu sử dụng liều nhỏ hơn, tỷ lệ tái phát cao hơn. Liều lớn hơn, ví dụ 10 đến 15 mCi, thường gây ra chứng suy giáp trong vòng 6 tháng.

Iốt phóng xạ không được sử dụng ở phụ nữ cho con bú vì có thể xâm nhập vào sữa mẹ và gây ra chứng suy giáp ở trẻ sơ sinh. Trong thời kỳ mang thai, thuốc đi qua nhau thai và có thể gây ra chứng suy giáp trạng nặng ở bào thai.

Phẫu thuật

Phẫu thuật được chỉ định cho những bệnh nhân bị bệnh Basedow có cường giáp tái phát sau 1 liệu trình thuốc kháng giáp và những người từ chối I131, những bệnh nhân không thể dung nạp thuốc kháng giáp, những bệnh nhân có bướu giáp rất lớn, và ở một số bệnh nhân trẻ tuổi có bướu nhân độc và bướu đa nhân. Phẫu thuật có thể được thực hiện ở bệnh nhân cao tuổi có bướu giáp nhân khổng lồ.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa cường giáp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của cường giáp

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tầm soát các bệnh lý tuyến giáp nên được thực hiện hàng năm đặc biệt ở đối tượng là nữ giới trên 20 tuổi. Việc tầm soát sớm có thể phát hiện bệnh và điều trị ngay từ giai đoạn chưa có triệu chứng, người bệnh ít bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe. Ngoài ra, khi phát hiện những triệu chứng cường giáp như mắt lồi, cổ to, đau họng, thân nhiệt cao, suy giảm thị lực... người bệnh cần sớm đi khám tại chuyên khoa nội tiết của các trung tâm y tế, bệnh viện lớn trên cả nước. Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tầm soát các bệnh lý tuyến giáp nên được thực hiện hàng năm đặc biệt ở đối tượng là nữ giới trên 20 tuổi. Việc tầm soát sớm có thể phát hiện bệnh và điều trị ngay từ giai đoạn chưa có triệu chứng, người bệnh ít bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe. Ngoài ra, khi phát hiện những triệu chứng cường giáp như mắt lồi, cổ to, đau họng, thân nhiệt cao, suy giảm thị lực... người bệnh cần sớm đi khám tại chuyên khoa nội tiết của các trung tâm y tế, bệnh viện lớn trên cả nước.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của cường giáp

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tầm soát các bệnh lý tuyến giáp nên được thực hiện hàng năm đặc biệt ở đối tượng là nữ giới trên 20 tuổi. Việc tầm soát sớm có thể phát hiện bệnh và điều trị ngay từ giai đoạn chưa có triệu chứng, người bệnh ít bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe. Ngoài ra, khi phát hiện những triệu chứng cường giáp như mắt lồi, cổ to, đau họng, thân nhiệt cao, suy giảm thị lực... người bệnh cần sớm đi khám tại chuyên khoa nội tiết của các trung tâm y tế, bệnh viện lớn trên cả nước. Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những

người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tầm soát các bệnh lý tuyến giáp nên được thực hiện hàng năm đặc biệt ở đối tượng là nữ giới trên 20 tuổi. Việc tầm soát sớm có thể phát hiện bệnh và điều trị ngay từ giai đoạn chưa có triệu chứng, người bệnh ít bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe. Ngoài ra, khi phát hiện những triệu chứng cường giáp như mắt lồi, cổ to, đau họng, thân nhiệt cao, suy giảm thị lực... người bệnh cần sớm đi khám tại chuyên khoa nội tiết của các trung tâm y tế, bệnh viện lớn trên cả nước.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung đủ i-ốt: Việc thừa hoặc thiếu i-ốt có thể gây ra các vấn đề về bệnh lý tuyến giáp vì vậy chế độ dinh dưỡng hàng ngày cần được cung cấp đầy đủ lượng i-ốt cần thiết. Bạn có thể liên hệ với các bác sĩ dinh dưỡng để được tư vấn chi tiết về vấn đề này. Đặc biệt phụ nữ mang thai, người cao tuổi là đối tượng cần lưu ý về việc bổ sung đủ lượng i-ốt hàng ngày để tránh những vấn đề sức khỏe cho thai nhi, sản phụ cũng như người cao tuổi. Trong phòng ngừa và hạn chế tiến triển bệnh cường giáp, các loại thực phẩm giàu chất oxy hóa luôn là lựa chọn mà các chuyên gia khuyến cáo sử dụng. Các thực phẩm giàu oxy hóa có thể được tìm thấy trong các loại thực phẩm như trái cây, đặc biệt các loại quả mọng như việt quất, dâu tây... và các loại rau xanh như cải xoăn, súp lơ... Xây dựng cho bản thân lối sống lành mạnh, ăn đủ chất, luyện tập thể thao và ngủ đủ giấc, hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn, đồ chiên rán các đồ uống chứa cồn hoặc chất kích thích để phòng ngừa không chỉ bệnh lý tuyến giáp mà các bệnh lý sức khỏe nói chung.

Bổ sung đủ i-ốt: Việc thừa hoặc thiếu i-ốt có thể gây ra các vấn đề về bệnh lý tuyến giáp vì vậy chế độ dinh dưỡng hàng ngày cần được cung cấp đầy đủ lượng i-ốt cần thiết. Bạn có thể liên hệ với các bác sĩ dinh dưỡng để được tư vấn chi tiết về vấn đề này. Đặc biệt phụ nữ mang thai, người cao tuổi là đối tượng cần lưu ý về việc bổ sung đủ lượng i-ốt hàng ngày để tránh những vấn đề sức khỏe cho thai nhi, sản phụ cũng như người cao tuổi.

Trong phòng ngừa và hạn chế tiến triển bệnh cường giáp, các loại thực phẩm giàu chất oxy hóa luôn là lựa chọn mà các chuyên gia khuyến cáo sử dụng. Các thực phẩm giàu oxy hóa có thể được tìm thấy trong các loại thực phẩm như trái cây, đặc biệt các loại quả mọng như việt quất, dâu tây... và các loại rau xanh như cải xoăn, súp lơ...

Xây dựng cho bản thân lối sống lành mạnh, ăn đủ chất, luyện tập thể thao và ngủ đủ giấc, hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn, đồ chiên rán các đồ uống chứa cồn hoặc chất kích thích để phòng ngừa không chỉ bệnh lý tuyến giáp mà các bệnh lý sức khỏe nói chung.

Phương pháp phòng ngừa cường giáp hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Những người bị bệnh cường giáp hoặc rối loạn tuyến giáp tự miễn khác có thể nhạy cảm với các tác dụng phụ có hại của i-ốt. Ăn thực phẩm có lượng lớn i-ốt chẳng hạn như tảo bẹ, rong biển, hoặc các loại rong biển khác có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm bệnh. Người bệnh cần hạn chế hoặc tránh một số thực phẩm có thể ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe. Luyện tập thể dục thường xuyên: Việc tập luyện thể dục thường xuyên giúp cơ thể khỏe mạnh cũng như tăng cường hệ miễn dịch chủ động của cơ thể. Khi hệ miễn dịch hoạt động tốt, giảm nguy cơ mắc bệnh do kháng thể nhận diện và tiêu diệt nhầm tế bào tuyến giáp cũng được hạn chế. Những người bị bệnh cường giáp hoặc rối loạn tuyến giáp tự miễn khác có thể nhạy cảm với các tác dụng phụ có hại của i-ốt. Ăn thực phẩm có lượng lớn i-ốt chẳng hạn như tảo bẹ, rong biển, hoặc các loại rong biển khác có thể gây ra hoặc làm trầm trọng thêm bệnh. Người bệnh cần hạn chế hoặc tránh một số thực phẩm có thể ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe.

Luyện tập thể dục thường xuyên: Việc tập luyện thể dục thường xuyên giúp cơ thể khỏe mạnh cũng như tăng cường hệ miễn dịch chủ động của cơ thể. Khi hệ miễn dịch hoạt động tốt, giảm nguy cơ mắc bệnh do kháng thể nhận diện và tiêu diệt nhầm tế

bào tủy giáp cũng được hạn chế.

=====

Tìm hiểu chung hạ kali máu

Hạ kali máu là một rối loạn điện giải thường gặp trong khoa hồi sức tích cực (ICU). Kali là cation chính trong nội bào. Bình thường mức kali huyết tương khoảng 3,5 – 5,0mmol/l, bên trong tế bào khoảng 150mmol/l. Mỗi ngày nhu cầu kali cho cơ thể khoảng 1mmol/kg/ngày.

Hạ kali máu xảy ra khi nồng độ kali máu < 3,5mmol/l, có thể gây ra triệu chứng bao gồm cơ mệt mỏi rã rời, thần kinh, táo bón dai dẳng và chướng bụng. Trường hợp nặng có thể gây rối loạn nhịp tim, cơn nhịp nhanh thất, rung thất dẫn tới tử vong. Phát hiện kali máu giảm bằng cách định lượng kali trong máu hay điện tâm đồ.

Triệu chứng hạ kali máu

Những dấu hiệu và triệu chứng của hạ kali máu

Ở hệ thống thần kinh cơ bao gồm:

Yếu cơ. Đau cơ. Chuột rút. Táo bón. Mệt mỏi. Ở hệ tim mạch bao gồm: Rối loạn nhịp tim. Mạch nầy. Huyết áp tối thiểu giảm, hạ huyết áp tư thế. Nghe tim có âm thổi tâm thu.

Yếu cơ.

Đau cơ.

Chuột rút.

Táo bón.

Mệt mỏi.

Ở hệ tim mạch bao gồm:

Rối loạn nhịp tim.

Mạch nầy.

Huyết áp tối thiểu giảm, hạ huyết áp tư thế.

Nghe tim có âm thổi tâm thu.

Đo điện tim thấy có sóng U, đoạn ST dẹt, ngoại tâm thu các loại, đặc biệt nguy hiểm khi kali máu giảm nặng thường có đoạn QT kéo dài và loạn nhịp kiểu xoắn đỉnh rất nguy hiểm cho tính mạng của bệnh nhân nếu không được bù đủ kali kịp thời.

Biến chứng có thể gặp khi mắc hạ kali máu

Hạ kali máu có thể gây ra biến chứng nhịp tim chậm, giảm sức bóp cơ tim hoặc nhịp nhanh xoắn đỉnh, là một trong những nguyên nhân rối loạn nhịp tim dẫn đến ngừng tim. Cấp cứu ngừng tuần hoàn những bệnh nhân này, nếu không phát hiện hạ kali máu sẽ dẫn tới suy hô hấp do liệt cơ hô hấp, thậm chí liệt tứ chi.

Hạ kali máu rất nguy hiểm, đặc biệt đối với những bệnh nhân sẵn có những bệnh lý mạn tính như suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn... Các biểu hiện của hạ kali máu chủ yếu ở hệ thống tim mạch và thần kinh cơ. Các biểu hiện ở tim mạch bao gồm mạch nầy, huyết áp tối thiểu giảm, tụt huyết áp tư thế, nghe tim có tiếng thổi tâm thu. Điện tim thấy có sóng U, đoạn ST dẹt, ngoại tâm thu các loại, đặc biệt khi có đoạn QT kéo dài và loạn nhịp kiểu xoắn đỉnh tức kali máu giảm nặng, vô cùng nguy hiểm cho tính mạng của người bệnh nếu không được bù kali kịp thời.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân hạ kali máu

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến hạ kali máu bao gồm:

Tổn thương thận

Nhiễm toan ống thận gặp trong suy thận mạn và suy thận cấp. Hẹp động mạch thận.

Bệnh Cushing và các rối loạn tuyến thượng thận khác.

Nhiễm toan ống thận gặp trong suy thận mạn và suy thận cấp.

Hẹp động mạch thận.

Bệnh Cushing và các rối loạn tuyến thượng thận khác.

Mất kali qua dạ dày và ruột do

Nôn ói nhiều. Thụt tháo quá mức do sử dụng thuốc nhuận tràng. Tiêu chảy nhiều.

Sau phẫu thuật cắt bỏ ruột non.

Nôn ói nhiều.

Thụt tháo quá mức do sử dụng thuốc nhuận tràng.

Tiêu chảy nhiều.

Sau phẫu thuật cắt bỏ ruột non.

Ảnh hưởng của thuốc

Thuốc lợi tiểu thiazid như hydrochlorothiazide hoặc thuốc lợi tiểu quai như furosemide. Thuốc trị bệnh hen suyễn hoặc bệnh khí phế thũng (thuốc gắn kết các thụ thể beta-adrenergic như thuốc giãn phế quản, steroid hoặc theophylline).

Kháng sinh thuộc nhóm Aminoglycosides. Thuốc chống nấm amphotericin B.

Thuốc lợi tiểu thiazid như hydrochlorothiazide hoặc thuốc lợi tiểu quai như furosemide.

Thuốc trị bệnh hen suyễn hoặc bệnh khí phế thũng (thuốc gắn kết các thụ thể beta-adrenergic như thuốc giãn phế quản, steroid hoặc theophylline).

Kháng sinh thuộc nhóm Aminoglycosides.

Thuốc chống nấm amphotericin B.

Vận chuyển kali vào và ra khỏi tế bào bất thường có thể làm giảm nồng độ kali trong máu

Sử dụng insulin. Nhiễm kiềm máu. Giảm lượng thức ăn hoặc suy dinh dưỡng. Biếng ăn. Chứng cuồng ăn vô độ. Phẫu thuật giảm béo. Nghiện rượu.

Sử dụng insulin.

Nhiễm kiềm máu.

Giảm lượng thức ăn hoặc suy dinh dưỡng.

Biếng ăn.

Chứng cuồng ăn vô độ.

Phẫu thuật giảm béo.

Nghiện rượu.

Những nguyên nhân khác như

Vận động viên, người lao động quá sức bị đổ mồ hôi quá mức. Thiếu hụt magie.

Bệnh bạch cầu.

Vận động viên, người lao động quá sức bị đổ mồ hôi quá mức.

Thiếu hụt magie.

Bệnh bạch cầu.

Nguy cơ hạ kali máu

Những ai có nguy cơ hạ kali máu?

Bệnh nhân mắc các bệnh bao gồm:

Tiêu chảy cấp hoặc nôn ói nhiều do tả, thương hàn, do ngộ độc thức ăn... Người bị thực tháo nhiều lần. Rò đường tiêu hóa. Loét dạ dày do dùng bột cam thảo. Hội chứng rối loạn hấp thu do khiếm khuyết vận chuyển ion của ruột non. Người ăn kiêng, những bệnh nhân nặng, nằm lâu, phải nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày. Dùng một số thuốc như thuốc giãn phế quản gắn kết các thụ thể beta-adrenergic, nhóm xanthin; các thuốc steroid như prednisone, hydrocortisone, methylprednisolone.

Tiêu chảy cấp hoặc nôn ói nhiều do tả, thương hàn, do ngộ độc thức ăn...

Người bị thực tháo nhiều lần.

Rò đường tiêu hóa.

Loét dạ dày do dùng bột cam thảo.

Hội chứng rối loạn hấp thu do khiếm khuyết vận chuyển ion của ruột non.

Người ăn kiêng, những bệnh nhân nặng, nằm lâu, phải nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày.

Dùng một số thuốc như thuốc giãn phế quản gắn kết các thụ thể beta-adrenergic, nhóm xanthin; các thuốc steroid như prednisone, hydrocortisone, methylprednisolone.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hạ kali máu

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hạ kali máu

Chẩn đoán xác định

Xét nghiệm kali máu.

Chẩn đoán mức độ

Mức độ nhẹ: Không có triệu chứng lâm sàng và điện tâm đồ.

Mức độ vừa: Có thể có chướng bụng, chuột rút, điện tâm đồ có sóng T dẹt, đoạn ST chênh xuống nhưng không có các triệu chứng nặng như rối loạn nhịp tim nặng nề, liệt thần kinh cơ.

Mức độ nặng: Hạ kali máu có các triệu chứng nặng trên lâm sàng (rối loạn nhịp tim hoặc yếu cơ, liệt, hoặc hội chứng tiêu cơ vân cấp).

Phương pháp điều trị hạ kali máu

Nguyên tắc: Không có công thức chung để điều chỉnh hạ kali máu do kali là ion

nội bào và bị ảnh hưởng bởi tình trạng toan kiềm.

Nhóm bệnh nhân có Kali máu $> 2,5\text{mmol/L}$, không có rối loạn nhịp trên ECG, không có triệu chứng lâm sàng nguy hiểm, và uống được: Bù Kali bằng đường uống. Bệnh nhân được cho uống Kali chlorua 1g/gói ($1\text{ gói} \times 4\text{ lần/ngày}$) hoặc Kaleoride $0,6\text{g/viên}$ ($2\text{ viên} \times 3\text{ lần/ngày}$). Theo dõi Kali máu mỗi ngày cho đến khi Kali máu $> 3,5\text{mmol/L}$.

Nhóm bệnh nhân có Kali máu $2,5\text{mmol/L}$ mà có triệu chứng lâm sàng nguy hiểm hay có rối loạn nhịp trên ECG hay bệnh nhân không thể uống được: Bù kali bằng đường truyền tĩnh mạch.

Nếu bệnh nhân có những biểu hiện của hạ Kali máu đe dọa tính mạng, thì bù Kali cấp cứu: Truyền với tốc độ 120 giọt/phút . Theo dõi sát ECG qua monitor, triệu chứng lâm sàng nguy hiểm và làm lại điện giải đồ sau 4 giờ.

Khi đã hết các triệu chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng và Kali máu còn $2,5\text{mmol/L}$, thì kali sẽ được bù với tốc độ chậm 20 giọt/phút . Theo dõi sát ECG qua monitor và làm lại điện giải đồ sau 12 giờ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hạ kali máu

Phương pháp phòng ngừa hạ kali máu hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Tránh các hoạt động thể chất nặng và kéo dài.

Tránh dùng các thảo dược hoặc thuốc lợi tiểu, thuốc nhuận tràng,... có thể gây hạ kali máu. Luôn dùng thuốc theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ cũng như có chế độ dự phòng và theo dõi kali máu khi điều trị các thuốc này.

Bù đủ lượng kali mất đi hàng ngày ở những bệnh nhân tiêu chảy hoặc tiểu nhiều do dùng thuốc lợi tiểu.

Sử dụng thực phẩm và hoa quả có nồng độ kali cao như: Khoai tây, chuối, cam và đào.

=====

Tìm hiểu chung đường huyết cao

Cơ thể chúng ta có đường trong máu, được gọi là glucose . Thông thường, glucose được vận chuyển từ ruột hoặc gan đến các tế bào qua đường máu và được hấp thụ qua các kích thích tố insulin. Tuy nhiên, nếu quá trình chuyển hóa glucose bị trục trặc dẫn đến tích tụ đường trong máu dẫn đến bệnh lý đái tháo đường.

Bệnh tiểu đường (đái tháo đường) là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin , về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chí sau đây:

Glucose huyết tương lúc đói $\geq 126\text{ mg/dL}$ (hay 7 mmol/L). Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống $\geq 200\text{ mg/dL}$ (hay $11,1\text{ mmol/L}$). HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm HbA1c phải được thực hiện bằng phương pháp đã chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế. Bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ $\geq 200\text{ mg/dL}$ (hay $11,1\text{ mmol/L}$).

Glucose huyết tương lúc đói $\geq 126\text{ mg/dL}$ (hay 7 mmol/L).

Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống $\geq 200\text{ mg/dL}$ (hay $11,1\text{ mmol/L}$).

HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm HbA1c phải được thực hiện bằng phương pháp đã chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

Bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ $\geq 200\text{ mg/dL}$ (hay $11,1\text{ mmol/L}$).

Triệu chứng đường huyết cao

Những dấu hiệu và triệu chứng của đường huyết cao

Tăng đường máu sớm thường không có triệu chứng; do đó chẩn đoán có thể bị chậm nhiều năm.

Tăng đường máu đáng kể hơn gây ra glucose nước tiểu và lợi tiểu thẩm thấu, dẫn tới tiểu thường xuyên, tiểu nhiều , và khát nhiều, có thể tiến triển tới hạ huyết áp tư thế và mất nước. Mất nước nặng gây yếu, mệt, và thay đổi trạng thái tâm thần.

Triệu chứng có thể thay đổi khi nồng độ glucose huyết tương dao động. Ăn nhiều

có thể liên quan đến triệu chứng của tăng đường máu nhưng không phải triệu điển hình để bệnh nhân quan tâm. Tăng đường máu cũng gây giảm cân, buồn nôn và nôn, và nhìn mờ, và xu hướng nhiễm khuẩn hoặc nấm.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh đường huyết cao

Nhiều năm kiểm soát đường huyết cao dẫn tới nhiều biến chứng mạch máu, ảnh hưởng tới mạch máu nhỏ (vi mạch), mạch máu lớn hoặc cả hai.

Bệnh vi mạch cơ bản có 3 biểu hiện phổ biến và nặng nề của đái tháo đường:

Biến chứng mắt đái tháo đường: Bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể, Glaucoma. Bệnh thận. Bệnh thần kinh.

Biến chứng mắt đái tháo đường: Bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể, Glaucoma. Bệnh thận.

Bệnh thần kinh.

Bệnh vi mạch cũng có thể làm giảm liền vết thương da, thậm chí những tổn thương nhỏ của da lành có thể tiến triển thành loét sâu hơn và dễ bị nhiễm trùng, đặc biệt ở chi dưới. Kiểm soát glucose huyết tương tích cực có thể phòng tránh và làm chậm lại những biến chứng này nhưng không thể đảo ngược khi đã hình thành.

Bệnh mạch máu lớn gồm xơ vữa động mạch lớn, có thể dẫn tới:

Đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim. Thiếu máu não thoáng qua và đột quỵ. Bệnh động mạch ngoại vi.

Đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim.

Thiếu máu não thoáng qua và đột quỵ.

Bệnh động mạch ngoại vi.

Rối loạn miễn dịch là biến chứng khác và phát triển từ ảnh hưởng trực tiếp của đường máu cao lên tế bào miễn dịch. Bệnh nhân đái tháo đường đặc biệt dễ bị nhiễm khuẩn và nhiễm nấm.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Bạn nên liên hệ với bác sĩ nếu bạn có bất cứ dấu hiệu tăng đường huyết nào sau đây:

Bạn bị tiêu chảy hoặc nôn mửa liên tục, nhưng vẫn có thể ăn và uống. Bạn bị sốt kéo dài hơn 24 tiếng đồng hồ. Đường trong máu cao hơn 240 mg/dl (13 mmol/l) mặc dù bạn đã dùng thuốc tiểu đường. Bạn gặp khó khăn kiểm soát đường huyết của bạn trong giới hạn cho phép. Bạn cần đi cấp cứu ngay nếu: Bạn đang bị bệnh và không thể ăn bất kỳ thức ăn hoặc chất lỏng nào. Lượng đường trong máu của bạn cao liên tục trên 240 mg/dl (13 mmol/l) và có xeton trong nước tiểu.

Bạn bị tiêu chảy hoặc nôn mửa liên tục, nhưng vẫn có thể ăn và uống.

Bạn bị sốt kéo dài hơn 24 tiếng đồng hồ.

Đường trong máu cao hơn 240 mg/dl (13 mmol/l) mặc dù bạn đã dùng thuốc tiểu đường.

Bạn gặp khó khăn kiểm soát đường huyết của bạn trong giới hạn cho phép.

Bạn cần đi cấp cứu ngay nếu:

Bạn đang bị bệnh và không thể ăn bất kỳ thức ăn hoặc chất lỏng nào.

Lượng đường trong máu của bạn cao liên tục trên 240 mg/dl (13 mmol/l) và có xeton trong nước tiểu.

Nguyên nhân đường huyết cao

Tình trạng lượng đường trong máu tăng cao có thể xuất phát từ những nguyên nhân như:

Thiếu hụt vitamin D. Tiếp xúc với nguồn virus gây rối loạn miễn dịch. Béo phì, chế độ ăn uống nhiều đường, giàu chất béo. Ít vận động, thường xuyên ngồi một vị trí. Chế độ ăn uống chưa khoa học, sử dụng quá nhiều tinh bột, cà phê, nước ngọt, rượu bia, thực phẩm nhiều dầu mỡ chế biến sẵn. Tự ý ngưng sử dụng thuốc hạ đường huyết. Căng thẳng, mất ngủ, mệt mỏi, áp lực kéo dài. Viêm dạ dày, cảm lạnh, ảnh hưởng sau phẫu thuật hoặc chấn thương.

Thiếu hụt vitamin D.

Tiếp xúc với nguồn virus gây rối loạn miễn dịch.

Béo phì, chế độ ăn uống nhiều đường, giàu chất béo.

Ít vận động, thường xuyên ngồi một vị trí.

Chế độ ăn uống chưa khoa học, sử dụng quá nhiều tinh bột, cà phê, nước ngọt, rượu bia, thực phẩm nhiều dầu mỡ chế biến sẵn.

Tự ý ngưng sử dụng thuốc hạ đường huyết.

Căng thẳng, mất ngủ, mệt mỏi, áp lực kéo dài.

Viêm dạ dày, cảm lạnh, ảnh hưởng sau phẫu thuật hoặc chấn thương.

Nguy cơ đường huyết cao

Những ai có nguy cơ mắc phải đường huyết cao?

Bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường tuýp 1 thường xuất hiện với triệu chứng của tăng đường máu và đôi khi đái tháo đường toan ceton (DKA). Một số bệnh nhân trải qua thời gian dài nhưng thoáng qua của nồng độ glucose gần bình thường sau khởi phát cấp của bệnh (giai đoạn trắng mắt) do phục hồi 1 phần tiết insulin.

Bệnh nhân bệnh tiểu đường tuýp 2 có thể xuất hiện với triệu chứng của tăng đường máu nhưng thường không triệu chứng, và tình trạng này chỉ được phát hiện khi xét nghiệm thường xuyên. Trong một số bệnh nhân, triệu chứng ban đầu là biến chứng của đái tháo đường, gợi ý bệnh đã xuất hiện được một thời gian. Có nhiều trường hợp, tình trạng tăng đường máu tăng áp lực thẩm thấu xuất hiện ngay ban đầu, đặc biệt trong thời kì stress hoặc chuyển hóa glucose suy giảm hơn do thuốc như corticosteroids.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc đường huyết cao

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh tăng đường huyết bao gồm:

Bỏ qua hay quên tiêm insulin, hoặc không uống thuốc hạ đường huyết. Không tiêm insulin đúng cách hoặc sử dụng insulin hết hạn. Không tuân theo kế hoạch ăn uống dành cho người bệnh tiểu đường. Ăn quá nhiều tinh bột so với liều insulin bạn tiêm hoặc ăn quá nhiều tinh bột nói chung. Ít hoạt động, không tập thể dục. Bị bệnh hoặc nhiễm trùng. Sử dụng một số loại thuốc như steroid. Bị chấn thương hoặc phẫu thuật. Bị căng thẳng tinh thần. Hoạt động thể chất quá sức, đặc biệt là khi lượng đường trong máu của bạn cao và nồng độ insulin thấp.

Bỏ qua hay quên tiêm insulin, hoặc không uống thuốc hạ đường huyết.

Không tiêm insulin đúng cách hoặc sử dụng insulin hết hạn.

Không tuân theo kế hoạch ăn uống dành cho người bệnh tiểu đường.

Ăn quá nhiều tinh bột so với liều insulin bạn tiêm hoặc ăn quá nhiều tinh bột nói chung.

Ít hoạt động, không tập thể dục.

Bị bệnh hoặc nhiễm trùng.

Sử dụng một số loại thuốc như steroid.

Bị chấn thương hoặc phẫu thuật.

Bị căng thẳng tinh thần.

Hoạt động thể chất quá sức, đặc biệt là khi lượng đường trong máu của bạn cao và nồng độ insulin thấp.

Ôm đau hoặc căng thẳng có thể là nguyên nhân đường huyết cao vì cơ thể tăng sản xuất hormone để chống lại bệnh tật hoặc căng thẳng, và khiến lượng đường trong máu tăng lên. Ngay cả những người không bị tiểu đường cũng có thể bị tăng đường huyết khi bị bệnh nặng. Người bị tiểu đường có thể cần phải uống tăng liều thuốc tiểu đường để giữ đường huyết ổn định khi bị ốm hoặc căng thẳng.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị đường huyết cao

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán đường huyết cao

Đường huyết cao được gợi ý bởi các triệu chứng và dấu hiệu điển hình và được chứng minh bằng định lượng glucose huyết tương. Định lượng glucose huyết tương lúc đói (FPG) từ 8 – 12 giờ hoặc sau 2 giờ uống dung dịch glucose đậm đặc (nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT)) là tốt nhất.

Trong thực hành, đái tháo đường hoặc rối loạn glucose lúc đói thường được chẩn đoán sử dụng định lượng glucose huyết tương ngẫu nhiên hoặc HbA1c. Glucose ngẫu nhiên > 200 mg/dL (> 11.1 mmol/L) có thể chẩn đoán, nhưng giá trị có thể bị ảnh hưởng bởi bữa ăn gần nhất và phải được chứng minh bằng xét nghiệm nhắc lại; xét nghiệm 2 lần có thể không cần thiết khi xuất hiện triệu chứng của đái tháo đường.

Phương pháp điều trị đường huyết cao hiệu quả

Điều trị gồm kiểm soát đường máu để giảm biến chứng và phòng biến chứng tối thiểu cơn tăng đường huyết:

Chế độ ăn và luyện tập. Insulin cho đái tháo đường tuýp 1. Với đái tháo đường tuýp 2, thuốc uống hạ đường máu, thuốc tiêm đồng vận glucagon-like peptide-1 (GLP-1) hoặc phối hợp insulin. Để phòng tránh biến chứng, thường điều trị với ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone (ức chế ACE or chẹn thụ thể angiotensin II), statins, và aspirin.

Chế độ ăn và luyện tập.

Insulin cho đái tháo đường tuýp 1.

Với đái tháo đường tuýp 2, thuốc uống hạ đường máu, thuốc tiêm đồng vận glucagon-like peptide-1 (GLP-1) hoặc phối hợp insulin.

Để phòng tránh biến chứng, thường điều trị với ức chế hệ renin-angiotensin-

aldosterone (ức chế ACE or chặn thụ thể angiotensin II), statins , và aspirin.
Mục tiêu cho kiểm soát đường máu là:
Glucose máu trước ăn từ 80 đến 130 mg/dl (4.4 và 7.2 mmol/L). Glucose máu sau ăn (1 -2 giờ sau bắt đầu bữa ăn) < 180 mg/dL (10 mmol/L). HbA1c < 7%.
Glucose máu trước ăn từ 80 đến 130 mg/dl (4.4 và 7.2 mmol/L).
Glucose máu sau ăn (1 -2 giờ sau bắt đầu bữa ăn) < 180 mg/dL (10 mmol/L).
HbA1c < 7%.

Nồng độ glucose được xác định bởi theo dõi tại nhà bằng glucose máu mao mạch và duy trì nồng độ HbA1c < 7%. Những mục tiêu này có thể điều chỉnh cho từng bệnh nhân những người kiểm soát glucose máu chặt chẽ không được khuyến cáo, như: Người già yếu; bệnh nhân có kì vọng sống ngắn; bệnh nhân trải qua nhiều cơn hạ đường máu lặp đi lặp lại; đặc biệt với hạ đường huyết không nhận biết; và bệnh nhân không thể truyền đạt khi xuất hiện triệu chứng hạ đường máu.

Ngược lại, có thể khuyến cáo mục tiêu chặt HbA1c (< 6.5%) trong bệnh nhân được chọn lọc nếu những mục tiêu đạt được mà không có hạ đường máu. Cá nhân có khả năng để kiểm soát đường máu chặt hơn gồm bệnh nhân không điều trị với thuốc hạ đường máu, những người có thời gian bị đái tháo đường ngắn, thời gian kì vọng sống dài, người không có bệnh tim mạch.

Yếu tố chính cho tất cả bệnh nhân là giáo dục bệnh nhân, tư vấn chế độ ăn và luyện tập, theo dõi kiểm soát glucose máu.

Tất cả bệnh nhân đái tháo đường tuýp 1 cần liệu pháp insulin .

Bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 và glucose huyết tương tăng nhẹ nên được chỉ định thử với chế độ ăn và luyện tập, tiếp theo bằng thuốc uống hạ đường máu nếu thay đổi lối sống không đủ, bổ sung thuốc uống và hoặc đồng vận thụ thể GLP-1 là cần thiết (liệu pháp phối hợp), và insulin khi liệu pháp phối hợp không hiệu quả để đạt mục tiêu khuyến cáo. Metformin thường là thuốc uống đầu tiên sử dụng, dù không bằng chứng nào hỗ trợ việc sử dụng 1 loại thuốc hay nhóm thuốc; quyết định thường gồm cân nhắc tác dụng phụ, thuận tiện, và ưu tiên bệnh nhân.

Bệnh nhân với đái tháo đường tuýp 2 và glucose máu tăng đáng kể tại thời điểm chẩn đoán thường được chỉ định thay đổi lối sống và 1 hoặc nhiều hơn các thuốc hạ đường máu đồng thời.

Insulin được chỉ định như liệu pháp ban đầu cho phụ nữ đái tháo đường tuýp 2 mang thai và cho bệnh nhân xuất hiện rối loạn chuyển hóa cấp mất bù, như tăng đường máu tăng áp lực thẩm thấu (HHS) hoặc đái tháo đường toan ceton (DKA). Bệnh nhân với tăng đường máu nặng (glucose huyết tương > 400 mg/dL [22.2 mmol/L]) có thể đáp ứng tốt hơn với điều trị sau khi nồng độ glucose được bình thường trở lại trong thời gian ngắn điều trị insulin.

Bệnh nhân rối loạn điều hòa glucose nên được tư vấn điều chỉnh những nguy cơ phát triển đái tháo đường và tầm quan trọng của thay đổi lối sống để phòng tránh đái tháo đường. Họ nên được theo dõi cẩn thận để phát hiện triệu chứng của đái tháo đường hoặc tăng glucose huyết tương. Khoảng thời gian theo dõi lý tưởng chưa được xác định, nhưng kiểm tra hàng năm hoặc hai năm có thể thích hợp.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa đường huyết cao

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của đường huyết cao
Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tăng hoạt động thể lực giúp làm cải thiện đường huyết, kiểm soát cân nặng và giảm nguy cơ bệnh tim mạch. Bệnh nhân nên chọn hình thức hoạt động thể lực phù hợp mà có thể duy trì lâu dài. Đi bộ là hình thức vận động thuận tiện về thời gian và không tốn chi phí. Đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2 - 3 lần (kéo dây thun, nâng tạ). Có thể thay thế bằng cách chia nhỏ thời gian tập thể dục trong ngày. Kiểm soát cân nặng: Người thừa cân, béo phì cần giảm cân, mục tiêu giảm 5 - 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 3 - 6 tháng. Do vậy mức năng lượng khẩu phần ăn cũng giảm dần, 250 - 500 kcal/ngày (giảm từng giai đoạn, không giảm đột ngột).
Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.

Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tăng hoạt động thể lực giúp làm cải thiện đường huyết, kiểm soát cân nặng và giảm nguy cơ bệnh tim mạch. Bệnh nhân nên chọn hình thức hoạt động thể lực phù hợp mà có thể duy trì lâu dài. Đi bộ là hình thức vận động thuận tiện về thời gian và không tốn chi phí. Đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngưng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2 - 3 lần (kéo dây thun, nâng tạ). Có thể thay thế bằng cách chia nhỏ thời gian tập thể dục trong ngày.

Kiểm soát cân nặng: Người thừa cân, béo phì cần giảm cân, mục tiêu giảm 5 - 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 3 - 6 tháng. Do vậy mức năng lượng khẩu phần ăn cũng giảm dần, 250 - 500 kcal/ngày (giảm từng giai đoạn, không giảm đột ngột).

Chế độ dinh dưỡng:

Đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng cân bằng cả về số lượng và chất lượng. Đủ chất đạm, béo, bột, đường, vitamin, muối khoáng và nước với khối lượng hợp lý. Không làm tăng đường huyết nhiều sau ăn, không làm hạ đường huyết xa bữa ăn. Đủ duy trì hoạt động thể lực bình thường hàng ngày. Duy trì cân nặng ở mức lý tưởng hoặc giảm cân đến mức hợp lý. Không làm tăng các yếu tố nguy cơ như rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, suy thận... Phù hợp tập quán ăn uống theo địa dư, dân tộc, của từng bệnh nhân và gia đình. Đơn giản và không quá đắt tiền. Không nên thay đổi quá nhiều và quá nhanh cơ cấu cũng như khối lượng các bữa ăn. Chất bột đường (Glucid): Bữa ăn nên sử dụng các thực phẩm chứa nhiều chất xơ như rau, đậu, các loại ngũ cốc nguyên hạt như gạo lứt/gạo lật, khoai củ, bánh mì đen, hoa quả. Hạn chế sử dụng các thực phẩm tăng đường huyết nhanh như: Khoai lang nướng, bánh mì, bột dong, đường kính, mật ong, hoa quả ngọt như mít, đu đủ, xoài,... Chất béo (Lipid): Chọn thực phẩm có ít chất béo bão hòa như: Cá, thịt nạc, đậu phụ, lạc, vừng. Tránh ăn các thức ăn: Thịt mỡ, nội tạng động vật, dầu cọ, dầu dừa, hoặc các thực ăn chiên rán kỹ. Không nên sử dụng lại dầu đã sử dụng ở nhiệt độ cao: Xào, rán... Chất đạm: Hạn chế các thực phẩm giàu Cholesterol: Phũ tạng động vật, chocolate, ... Trái cây: Không nên ăn hoa quả quá 20% mức năng lượng hàng ngày, vì quá mức sẽ gây ảnh hưởng không tốt đến chuyển hóa chất béo, chất bột đường. Chọn những trái cây có chỉ số đường huyết thấp: Ổi, lê, táo, cam. Hạn chế trái cây có chỉ số tăng đường huyết nhanh: Dưa hấu, vải, nhãn, xoài. Ăn trái cây nên ăn nguyên múi, nguyên miếng không nên ăn nước ép trái cây vì quá trình chế biến đã bị mất chất xơ nên đường bị hấp thu nhanh hơn. Hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối: Dưa muối, cà muối, mì tôm, xúc xích, ... Hạn chế cho thêm nước mắm, gia vị khi ăn uống.

Đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng cân bằng cả về số lượng và chất lượng. Đủ chất đạm, béo, bột, đường, vitamin, muối khoáng và nước với khối lượng hợp lý.

Không làm tăng đường huyết nhiều sau ăn, không làm hạ đường huyết xa bữa ăn.

Đủ duy trì hoạt động thể lực bình thường hàng ngày.

Duy trì cân nặng ở mức lý tưởng hoặc giảm cân đến mức hợp lý.

Không làm tăng các yếu tố nguy cơ như rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, suy thận...

Phù hợp tập quán ăn uống theo địa dư, dân tộc, của từng bệnh nhân và gia đình.

Đơn giản và không quá đắt tiền.

Không nên thay đổi quá nhiều và quá nhanh cơ cấu cũng như khối lượng các bữa ăn.

Chất bột đường (Glucid): Bữa ăn nên sử dụng các thực phẩm chứa nhiều chất xơ như rau, đậu, các loại ngũ cốc nguyên hạt như gạo lứt/gạo lật, khoai củ, bánh mì đen, hoa quả. Hạn chế sử dụng các thực phẩm tăng đường huyết nhanh như: Khoai lang nướng, bánh mì, bột dong, đường kính, mật ong, hoa quả ngọt như mít, đu đủ, xoài,...

Chất béo (Lipid): Chọn thực phẩm có ít chất béo bão hòa như: Cá, thịt nạc, đậu phụ, lạc, vừng. Tránh ăn các thức ăn: Thịt mỡ, nội tạng động vật, dầu cọ, dầu dừa, hoặc các thực ăn chiên rán kỹ. Không nên sử dụng lại dầu đã sử dụng ở nhiệt độ cao: Xào, rán...

Chất đạm: Hạn chế các thực phẩm giàu Cholesterol: Phũ tạng động vật, chocolate,

...

Trái cây: Không nên ăn hoa quả quá 20% mức năng lượng hàng ngày, vì quá mức sẽ gây ảnh hưởng không tốt đến chuyển hóa chất béo, chất bột đường. Chọn những trái cây có chỉ số đường huyết thấp: Ổi, lê, táo, cam. Hạn chế trái cây có chỉ số tăng đường huyết nhanh: Dưa hấu, vải, nhãn, xoài. Ăn trái cây nên ăn nguyên múi, nguyên miếng không nên ăn nước ép trái cây vì quá trình chế biến đã bị mất chất

xơ nên đường bị hấp thu nhanh hơn.

Hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối: Dưa muối, cà muối, mì tôm, xúc xích, ... Hạn chế cho thêm nước mắm, gia vị khi ăn uống.

Phương pháp phòng ngừa đường huyết cao hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Kiểm soát dinh dưỡng: Các bữa ăn nên được chia nhỏ thành các bữa chính và bữa phụ, để tránh tăng đường huyết nhiều sau khi ăn. Cần đảm bảo có đầy đủ và cân đối các chất tinh bột, chất đạm, chất béo, chất xơ, vitamin trong thực đơn hàng ngày. Tập thể dục đều đặn. Đo đường huyết, huyết áp thường xuyên. Tuân thủ điều trị, sử dụng thuốc đúng chỉ định là biện pháp phòng ngừa tăng đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường.

Kiểm soát dinh dưỡng: Các bữa ăn nên được chia nhỏ thành các bữa chính và bữa phụ, để tránh tăng đường huyết nhiều sau khi ăn. Cần đảm bảo có đầy đủ và cân đối các chất tinh bột, chất đạm, chất béo, chất xơ, vitamin trong thực đơn hàng ngày.

Tập thể dục đều đặn.

Đo đường huyết, huyết áp thường xuyên.

Tuân thủ điều trị, sử dụng thuốc đúng chỉ định là biện pháp phòng ngừa tăng đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường.

=====

Tìm hiểu chung tăng acid uric máu

Tăng acid uric máu là gì?

Acid uric là sản phẩm thoái giáng cuối cùng của quá trình chuyển hóa nhân purine trong cơ thể. Khoảng ⅔ lượng acid uric được sản xuất nội sinh và ⅓ đến từ purine ngoại sinh từ chế độ ăn uống. Acid uric được bài tiết chủ yếu bởi thận (70%), phần còn lại được bài tiết qua ruột (30%).

Các khiếm khuyết trong quá trình chuyển hóa, giảm bài tiết, tăng lượng purine nạp vào hoặc tăng sản xuất purine đều có thể gây ra sự tích tụ bất thường của acid uric trong máu, dẫn đến tăng acid uric máu.

Nồng độ acid uric trong máu cao vượt qua ngưỡng bão hòa lâu ngày sẽ dẫn đến lắng đọng các tinh thể monosodium urate, gây các biến chứng tăng huyết áp, bệnh mạch vành, viêm khớp gout, sỏi uric tại đường niệu, viêm thận mô kẽ, hạt tophi dưới da,...

Triệu chứng tăng acid uric máu

Những dấu hiệu và triệu chứng của tăng acid uric máu

Tăng acid uric máu có thể biểu hiện triệu chứng hoặc không có bất kỳ triệu chứng nào. Lượng acid uric cao trên ngưỡng bão hòa dẫn đến lắng đọng các tinh thể monosodium urate ở nhiều mô mềm như khớp, da, ống thận, mạch máu,...

Cơn gout (gút) cấp : Thường khởi phát đột ngột về đêm, đau dữ dội tại khớp (đặc biệt ngón chân cái) kèm sưng, nóng, đỏ. Đáp ứng tốt với thuốc giảm đau

colchicine. Nếu không điều trị, tần suất cơn gout cấp sẽ tăng dần, bệnh diễn tiến đến viêm khớp gout mạn. Hạt tophi: Có màu vàng hoặc trắng, dạng nhú hoặc hạt, một hoặc nhiều hạt. Vị trí thường gặp là các khớp bàn ngón chân cái, khớp cổ chân, gân gót, khớp gối, khớp bàn ngón tay, các gân quanh khuỷu tay, dưới da vành tai, thận hoặc các cơ quan khác. Hạt tophi có thể vỡ và chảy dịch đục trắng như phấn. Các hạt này gây biến dạng và thoái hóa khớp thứ phát khiến người bệnh hạn chế vận động. Sỏi thận (sỏi uric): Cơn đau quặn thận từ hông lưng lan xuống bộ phận sinh dục và mặt trong đùi, có thể gây tiểu máu, tiểu đục, nước tiểu có mùi hôi nồng hoặc tanh, rối loạn đi tiểu như tiểuắt nhất, tiểu nhiều lần,... Cơn gout (gút) cấp : Thường khởi phát đột ngột về đêm, đau dữ dội tại khớp (đặc biệt ngón chân cái) kèm sưng, nóng, đỏ. Đáp ứng tốt với thuốc giảm đau colchicine. Nếu không điều trị, tần suất cơn gout cấp sẽ tăng dần, bệnh diễn tiến đến viêm khớp gout mạn.

Hạt tophi: Có màu vàng hoặc trắng, dạng nhú hoặc hạt, một hoặc nhiều hạt. Vị trí thường gặp là các khớp bàn ngón chân cái, khớp cổ chân, gân gót, khớp gối, khớp bàn ngón tay, các gân quanh khuỷu tay, dưới da vành tai, thận hoặc các cơ quan khác. Hạt tophi có thể vỡ và chảy dịch đục trắng như phấn. Các hạt này gây biến dạng và thoái hóa khớp thứ phát khiến người bệnh hạn chế vận động.

Sỏi thận (sỏi uric): Cơn đau quặn thận từ hông lưng lan xuống bộ phận sinh dục và mặt trong đùi, có thể gây tiểu máu, tiểu đục, nước tiểu có mùi hôi nồng hoặc tanh, rối loạn đi tiểu như tiểuắt nhất, tiểu nhiều lần,...

Biến chứng có thể gặp khi tăng acid uric máu

Nhiều nghiên cứu dịch tễ học đã báo cáo rằng tăng acid uric là yếu tố nguy cơ cho bệnh tim mạch, nhồi máu cơ tim và đột quy. Đây cũng là yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong tim mạch nói chung.

Tăng huyết áp: Khoảng $\frac{1}{4}$ người bệnh tăng huyết áp có kèm tăng acid uric máu. Tăng acid uric máu cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập tăng huyết áp. Bệnh mạch vành: Lượng acid uric ở nhóm người bệnh có bệnh mạch vành tăng cao hơn so với người khỏe mạnh. Acid uric ảnh hưởng đến chức năng thành mạch, tăng oxy hóa LDL cholesterol và peroxide lipid dẫn đến tăng kết tập tiểu cầu, tăng tạo huyết khối dẫn đến bệnh mạch vành. Hội chứng chuyển hóa và đái tháo đường: Tăng acid uric máu tạo quá trình trung gian cho sự mất cân bằng nội tiết, thường xuất hiện trước cường insulin, béo phì và đái tháo đường. Gout: Không phải trường hợp tăng acid uric nào cũng gây bệnh gout. Nồng độ acid uric máu tăng cao kết hợp với việc lắng đọng tinh thể monosodium urate tại khớp và quanh khớp gây viêm khớp gout cấp hoặc mạn tính. Bệnh thận mạn, sỏi thận.

Tăng huyết áp: Khoảng $\frac{1}{4}$ người bệnh tăng huyết áp có kèm tăng acid uric máu. Tăng acid uric máu cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập tăng huyết áp.

Bệnh mạch vành: Lượng acid uric ở nhóm người bệnh có bệnh mạch vành tăng cao hơn so với người khỏe mạnh. Acid uric ảnh hưởng đến chức năng thành mạch, tăng oxy hóa LDL cholesterol và peroxide lipid dẫn đến tăng kết tập tiểu cầu, tăng tạo huyết khối dẫn đến bệnh mạch vành.

Hội chứng chuyển hóa và đái tháo đường: Tăng acid uric máu tạo quá trình trung gian cho sự mất cân bằng nội tiết, thường xuất hiện trước cường insulin, béo phì và đái tháo đường.

Gout: Không phải trường hợp tăng acid uric nào cũng gây bệnh gout. Nồng độ acid uric máu tăng cao kết hợp với việc lắng đọng tinh thể monosodium urate tại khớp và quanh khớp gây viêm khớp gout cấp hoặc mạn tính.

Bệnh thận mạn, sỏi thận.

Nguyên nhân tăng acid uric máu

Nguyên nhân dẫn đến tăng acid uric máu

Tăng acid uric máu do tăng sản xuất

Tăng acid uric máu nguyên phát (vô căn); Chế độ ăn giàu purine: Các loại thịt đỏ, nội tạng động vật, hải sản, uống nhiều bia rượu,... Béo phì; Thường xuyên nhịn đói hoặc ăn kiêng không hợp lý, tập thể dục quá sức; Bệnh bạch cầu cấp (bệnh lơ-xê-mi cấp); U lympho; Sau hóa trị, xạ trị; Thiếu máu tan máu (tự miễn, bệnh hồng cầu hình liềm, sốt rét, thiếu men G6PD,...).

Tăng acid uric máu nguyên phát (vô căn);

Chế độ ăn giàu purine: Các loại thịt đỏ, nội tạng động vật, hải sản, uống nhiều bia rượu,...

Béo phì;

Thường xuyên nhịn đói hoặc ăn kiêng không hợp lý, tập thể dục quá sức;

Bệnh bạch cầu cấp (bệnh lơ-xê-mi cấp);

U lympho;

Sau hóa trị, xạ trị;

Thiếu máu tan máu (tự miễn, bệnh hồng cầu hình liềm, sốt rét, thiếu men G6PD,...).

Tăng acid uric máu do giảm bài tiết

Bệnh thận mạn; Dùng các thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp,... Nhiễm toan; Suy tim sung huyết; Nghiện rượu.

Bệnh thận mạn;

Dùng các thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp,...

Nhiễm toan;

Suy tim sung huyết;

Nghiện rượu.

Tăng acid uric máu do các nguyên nhân khác

Nhiễm Epstein Barr virus; Tiền sản giật, nhiễm độc thai nghén; Suy tuyến cận giáp; Suy giáp; Ngộ độc chì; Chấn thương.

Nhiễm Epstein Barr virus;

Tiền sản giật, nhiễm độc thai nghén;

Suy tuyến cận giáp;

Suy giáp;

Ngộ độc chì;

Chấn thương.

Nguy cơ tăng acid uric máu

Những ai có nguy cơ cao tăng acid uric máu?

Người uống nhiều bia rượu; Ăn nhiều thịt đỏ, hải sản, nội tạng động vật,... Lối sống tĩnh tại, ít vận động, người thừa cân, béo phì; Sử dụng một số loại thuốc kéo dài: Thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp, corticoid; Người bệnh có các bệnh lý nội khoa như bệnh thận mạn, suy giáp, suy tim, bệnh lý ác tính,...

Người uống nhiều bia rượu;

Ăn nhiều thịt đỏ, hải sản, nội tạng động vật,...

Lối sống tĩnh tại, ít vận động, người thừa cân, béo phì;

Sử dụng một số loại thuốc kéo dài: Thuốc lợi tiểu, aspirin liều thấp, corticoid;

Người bệnh có các bệnh lý nội khoa như bệnh thận mạn, suy giáp, suy tim, bệnh lý ác tính,...

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tăng acid uric máu

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán

Phương pháp xét nghiệm

Nồng độ acid uric máu bình thường từ 1,5 đến 6,0 mg/dL ở nữ và 2,5 đến 7,0 mg/dL ở nam. Giá trị tham chiếu tại từng phòng xét nghiệm có thể khác nhau, bạn nên tham khảo ý kiến của bác sĩ về kết quả xét nghiệm.

Nếu nồng độ acid uric máu của bạn vượt qua giới hạn trên của chỉ số bình thường, bạn đang có tình trạng tăng acid uric máu.

Các xét nghiệm chẩn đoán

Chẩn đoán tăng acid uric dựa vào xét nghiệm máu. Một số xét nghiệm khác cũng góp phần hỗ trợ chẩn đoán và tìm nguyên nhân tăng acid uric máu như:

Nồng độ acid uric nước tiểu; Tìm tinh thể urate trong nước tiểu; Tìm tinh thể urate trong dịch khớp viêm; Chức năng thận, siêu âm tim, xét nghiệm hormone tuyến giáp, ...

Nồng độ acid uric nước tiểu;

Tìm tinh thể urate trong nước tiểu;

Tìm tinh thể urate trong dịch khớp viêm;

Chức năng thận, siêu âm tim, xét nghiệm hormone tuyến giáp, ...

Phương pháp điều trị tăng acid uric máu hiệu quả

Đối với tăng acid uric máu không triệu chứng, hầu hết các trường hợp bạn chỉ cần thay đổi lối sống. Trong một nghiên cứu phân tích có hệ thống năm 2020 báo cáo rằng, tăng acid uric máu không triệu chứng nên được điều trị trong các trường hợp cụ thể gồm:

Người bệnh có nồng độ acid uric máu tăng ≥ 13 mg/dL ở nam hoặc ≥ 10 mg/dL ở nữ.

Nồng độ acid uric trong nước tiểu ≥ 1100 mg mỗi ngày. Trước khi bắt đầu hóa trị hoặc xạ trị.

Người bệnh có nồng độ acid uric máu tăng ≥ 13 mg/dL ở nam hoặc ≥ 10 mg/dL ở nữ.

Nồng độ acid uric trong nước tiểu ≥ 1100 mg mỗi ngày.

Trước khi bắt đầu hóa trị hoặc xạ trị.

Đối với tăng acid uric máu có biểu hiện của bệnh gout hoặc các tổn thương mạn tính trên các cơ quan khác, phác đồ điều trị kết hợp thay đổi lối sống và can thiệp thuốc sẽ được bác sĩ đưa ra phù hợp với tình trạng của bạn.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tăng acid uric máu

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tăng acid uric máu

Chế độ sinh hoạt:

Phòng ngừa tăng acid uric máu cần một chiến lược chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Việc phòng ngừa đơn giản nhất bạn có thể chủ động điều chỉnh chính là một lối sống lành mạnh với những việc làm sau đây:

Duy trì cân nặng lý tưởng, giảm cân nếu thừa cân, béo phì. Tăng cường hoạt động thể lực. Tập thể dục đều đặn 30 phút/lần, 5 - 7 lần/tuần, cường độ phù hợp với sức bền của bạn. Không hút thuốc lá. Trong trường hợp phải sử dụng các loại thuốc kéo dài, cần dùng theo chỉ định của bác sĩ, tránh dùng thuốc tùy tiện.

Duy trì cân nặng lý tưởng, giảm cân nếu thừa cân, béo phì.

Tăng cường hoạt động thể lực. Tập thể dục đều đặn 30 phút/lần, 5 - 7 lần/tuần, cường độ phù hợp với sức bền của bạn.

Không hút thuốc lá.

Trong trường hợp phải sử dụng các loại thuốc kéo dài, cần dùng theo chỉ định của bác sĩ, tránh dùng thuốc tùy tiện.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn uống và lối sống với người bệnh có tăng acid uric máu gồm:

Bổ sung đa dạng các loại rau củ quả, trái cây (trừ các loại quả ngọt chứa nhiều đường fructose), ưu tiên các loại đạm thực vật. Kiểm soát việc tiêu thụ các loại thịt đỏ, nội tạng, hải sản, đồ uống có cồn,... Chế độ ăn ít purine: Tránh các loại thịt đỏ (bò, trâu, cừu, dê, heo,...), hải sản, nội tạng động vật, các thức uống giàu đường fructose, thức uống có gas, mật ong, rượu bia,... Uống đủ 1,5 lít nước mỗi ngày. Có thể bổ sung thêm tùy vào nhu cầu của bạn. Bổ sung các loại thực phẩm có vai trò giảm acid uric: Các loại rau quả giàu vitamin C hoặc acid folic như đu đủ, sơ ri, dâu tây, cherry, ổi, ớt chuông, bông cải xanh, rau chân vịt, măng tây, ngũ cốc nguyên cám,... Nên giảm cân nếu thừa cân, béo phì. Tăng cường hoạt động thể chất. Lưu ý, cần giảm cân khoa học, tuyệt đối không nhịn ăn. Bổ sung các chế phẩm sinh học có Lactobacillus. Không hút thuốc lá.

Bổ sung đa dạng các loại rau củ quả, trái cây (trừ các loại quả ngọt chứa nhiều đường fructose), ưu tiên các loại đạm thực vật. Kiểm soát việc tiêu thụ các loại thịt đỏ, nội tạng, hải sản, đồ uống có cồn,... Chế độ ăn ít purine: Tránh các loại thịt đỏ (bò, trâu, cừu, dê, heo,...), hải sản, nội tạng động vật, các thức uống giàu đường fructose, thức uống có gas, mật ong, rượu bia,...

Uống đủ 1,5 lít nước mỗi ngày. Có thể bổ sung thêm tùy vào nhu cầu của bạn.

Bổ sung các loại thực phẩm có vai trò giảm acid uric: Các loại rau quả giàu vitamin C hoặc acid folic như đu đủ, sơ ri, dâu tây, cherry, ổi, ớt chuông, bông cải xanh, rau chân vịt, măng tây, ngũ cốc nguyên cám,...

Nên giảm cân nếu thừa cân, béo phì. Tăng cường hoạt động thể chất. Lưu ý, cần giảm cân khoa học, tuyệt đối không nhịn ăn.

Bổ sung các chế phẩm sinh học có Lactobacillus.

Không hút thuốc lá.

Với các nhóm thuốc hạ acid uric máu, bạn phải được thăm khám và kê toa bởi các bác sĩ chuyên khoa. Các nhóm thuốc này bao gồm:

Thuốc ức chế quá trình tổng hợp acid uric máu: Allopurinol, febuxostat. Thuốc

tăng bài tiết acid uric: Probenecid. Thuốc tăng chuyển hóa acid uric thành allantoin: Pegloticase. Thuốc ức chế tái hấp thu urate chọn lọc: Lesinurad.

Thuốc ức chế quá trình tổng hợp acid uric máu: Allopurinol, febuxostat.

Thuốc tăng bài tiết acid uric: Probenecid.

Thuốc tăng chuyển hóa acid uric thành allantoin: Pegloticase.

Thuốc ức chế tái hấp thu urate chọn lọc: Lesinurad.

=====

Tìm hiểu chung rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu là gì?

Rối loạn lipid máu là tình trạng tăng cholesterol và/hoặc triglyceride (TG) trong huyết tương, hoặc giảm nồng độ HDL-C (high-density lipoprotein cholesterol), có thể dẫn đến sự hình thành và tiến triển của các mảng xơ vữa động mạch. Trong thực hành lâm sàng và cộng đồng, rối loạn lipid máu thường được gọi một cách đơn giản là “mỡ máu cao”. Tuy nhiên, cách gọi này không phản ánh đầy đủ bản chất và mức độ đa dạng của các bất thường lipid máu.

Nguyên nhân có thể là nguyên phát (di truyền) hoặc thứ phát do các tình trạng bệnh lý như đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa, hoặc do sử dụng một số thuốc (ví dụ: Corticosteroid, thuốc lợi tiểu nhóm thiazid...). Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý bằng cách đo nồng độ cholesterol toàn phần, triglyceride và các lipoprotein trong huyết tương. Phương pháp điều trị phổ biến gồm thay đổi chế độ ăn uống, tập thể dục thường xuyên và dùng thuốc hạ lipid máu.

Triệu chứng rối loạn lipid máu

Những dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu thường không gây ra triệu chứng nhưng có thể dẫn đến những bệnh lý mạch máu có triệu chứng, bao gồm bệnh động mạch ngoại biên, bệnh động mạch vành (CAD) và đột quỵ.

Nồng độ triglyceride cao (> 500 mg/dL hoặc $> 5,65$ mmol/L) có thể gây viêm tụy cấp hoặc chứng gan lách to, dị cảm, khó thở và lú lẫn khi tăng rất cao.

Nồng độ LDL - C cao có thể dẫn đến xuất hiện vòng cung màu trắng hoặc xám xung quanh giác mạc và u vàng thể gân ở gân Achilles, khuỷu tay, đầu gối và trên các khớp xương bàn ngón tay. Một số triệu chứng lâm sàng khác xảy ra ở những bệnh nhân có LDL cao do tăng cholesterol máu gia đình... bao gồm ban vàng mí mắt (những u nhỏ lành tính màu vàng xuất hiện tại các mô liên kết xung quanh vùng

mắt). Ban vàng mí mắt cũng có thể gặp ở những bệnh nhân xơ gan mật nguyên phát và có mức lipid bình thường.

Bệnh nhân tăng cholesterol máu gia đình dạng đồng hợp tử có thể có vòng cung trên giác mạc, u vàng thể gân, ban vàng mí mắt và u vàng thể phẳng hoặc thể củ. U vàng thể phẳng là những mảng phẳng hoặc hơi nhô lên màu vàng nhạt trong khi u vàng thể củ lại là những nốt cứng, không đau, thường nằm trên vùng da bên ngoài khớp.

Những bệnh nhân bị tăng TG nghiêm trọng có thể bị nổi vàng khắp cơ thể, lưng, khuỷu tay, mông, đầu gối, bàn tay và bàn chân.

Bệnh nhân mắc chứng rối loạn chuyển hóa protein máu hiếm gặp có thể bị u vàng thể phẳng và thể củ.

Khi bệnh nhân bị tăng triglyceride máu nghiêm trọng ($> 2000\text{mg/dL}$ hoặc $> 22,6\text{mmol/L}$), có thể xuất hiện màu trắng kem trong động mạch và tĩnh mạch võng mạc (nhiễm lipid võng mạc - lipemia retinalis). Nồng độ lipid cực cao cũng làm cho huyết tương có màu sữa đục. Các triệu chứng kèm theo bao gồm dị cảm, khó thở và lú lẫn.

Tác động của Rối loạn lipid máu đối với sức khỏe

Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch và hội chứng chuyển hóa (bao gồm đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh gout).

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu nghiêm trọng hoặc không được điều trị có thể dẫn đến các bệnh lý khác, bao gồm bệnh động mạch vành (CAD) và bệnh động mạch ngoại vi (PAD). Cả CAD và PAD đều có thể gây ra các biến chứng sức khỏe nghiêm trọng, bao gồm đau tim và đột quỵ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân rối loạn lipid máu

Nguyên nhân dẫn đến Rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu nguyên phát: Di truyền

Nguyên nhân chính là đột biến một hoặc nhiều gen dẫn đến các hậu quả như: Sản xuất quá mức hoặc giảm đào thải triglycerid và LDL, sản xuất ít hoặc tăng đào thải HDL.

Rối loạn lipid máu thứ phát: Lối sống và các yếu tố khác

Lối sống ít vận động với chế độ ăn uống nhiều calo, chất béo bão hòa, cholesterol và chất béo chuyển hóa là một trong những nguyên nhân gây ra rối loạn lipid máu thứ phát.

Chất béo chuyển hóa (trans-fat) là các acid béo không bão hòa đa hoặc không bão hòa đơn bị mất các liên kết đôi do phản ứng cộng hydro; chúng được sử dụng trong một số thực phẩm chế biến sẵn và gây xơ vữa như chất béo bão hòa.

Một số nguyên nhân gây rối loạn lipid máu phổ biến khác bao gồm:

Đái tháo đường; Lạm dụng rượu; Bệnh thận mãn tính; Xơ gan nguyên phát và các bệnh gan ứ mật; Suy giáp; Một số loại thuốc, chẳng hạn như thiazide, thuốc chẹn beta, retinoid, thuốc kháng retrovirus, cyclosporin, tacrolimus, estrogen, progestin và glucocorticoid.

Đái tháo đường;

Lạm dụng rượu;

Bệnh thận mãn tính;

Xơ gan nguyên phát và các bệnh gan ứ mật;

Suy giáp;

Một số loại thuốc, chẳng hạn như thiazide, thuốc chẹn beta, retinoid, thuốc kháng retrovirus, cyclosporin, tacrolimus, estrogen, progestin và glucocorticoid.

Nguyên nhân thứ phát gây giảm HDL-cholesterol bao gồm hút thuốc lá, dùng steroid đồng hóa (để tăng khối lượng và sức mạnh của cơ bắp), nhiễm HIV và hội chứng thận hư.

Đái tháo đường là một nguyên nhân thứ phát đặc biệt quan trọng vì thường kèm tình trạng TG và LDL tăng cao, HDL thấp. Bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2 có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn người bình thường. Đây có thể là hậu quả của béo phì, kiểm soát kém bệnh tiểu đường hoặc cả hai, hậu quả làm tăng các acid béo tự do trong tuần hoàn (FFAs) và tăng sản xuất lipoprotein mật độ rất thấp (VLDL) ở gan. VLDL sẽ chuyển TG và cholesterol thành LDL và HDL, thúc đẩy

sự hình thành LDL giàu TG và đào thải HDL giàu TG. Rối loạn lipid máu do đái tháo đường thường trở nên trầm trọng hơn do lượng calo tăng lên và đặc trưng cho lối sống ít hoạt động thể chất của một số bệnh nhân đái tháo đường type 2. Phụ nữ mắc bệnh tiểu đường có nguy cơ cao mắc bệnh tim do rối loạn lipid máu thứ phát.

Nguy cơ rối loạn lipid máu

Những ai có nguy cơ mắc phải Rối loạn lipid máu?

Bất cứ đối tượng nào cũng có thể mắc rối loạn lipid máu. Tuy nhiên những người cao tuổi, người sống ở thành thị, người mắc các bệnh chuyển hoá (như đái tháo đường, gout ...) có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao hơn so với người bình thường.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải Rối loạn lipid máu

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc Rối loạn lipid máu, bao gồm:

Tiền sử gia đình có người mắc rối loạn lipid máu; Thừa cân hoặc béo phì (nguy cơ cao ở những người có chỉ số khối cơ thể - BMI > 30); Chu vi vòng eo lớn (> 102 cm ở nam và > 89 cm ở nữ); Đái tháo đường; Ít vận động; Hút thuốc lá; Tuổi tác.

Tiền sử gia đình có người mắc rối loạn lipid máu;

Thừa cân hoặc béo phì (nguy cơ cao ở những người có chỉ số khối cơ thể - BMI > 30);

Chu vi vòng eo lớn (> 102 cm ở nam và > 89 cm ở nữ);

Đái tháo đường;

Ít vận động;

Hút thuốc lá;

Tuổi tác.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị rối loạn lipid máu

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán Rối loạn lipid máu

Dấu hiệu và triệu chứng

Dấu hiệu ở ngoại biên: Vòng cung giác mạc, ban vàng mí mắt, u vàng thể gân, u vàng dưới màng xương, u vàng thể phẳng hoặc thể củ và ban vàng lòng bàn tay.

Triệu chứng nội tạng: Nhiễm lipid võng mạc, gan nhiễm mỡ, viêm tụy cấp, xơ vữa động mạch.

Cận lâm sàng

Định lượng nồng độ lipid trong máu:

Chẩn đoán xác định rối loạn lipid máu thông qua các giá trị sau:

Cholesterol toàn phần > 5,2mmol/L (200 mg/dL); Triglyceride > 1,7mmol/L (150 mg/dL); LDL-cholesterol > 2,58mmol/L (10mg/dL); HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40 mmol/L).

Cholesterol toàn phần > 5,2mmol/L (200 mg/dL);

Triglyceride > 1,7mmol/L (150 mg/dL);

LDL-cholesterol > 2,58mmol/L (10mg/dL);

HDL-cholesterol < 1,03mmol/L (40 mmol/L).

Định lượng trực tiếp cholesterol toàn phần (TC), triglyceride (TG) và HDL - C.

Giá trị TC và TG phản ánh cholesterol và TG chứa trong tất cả các lipoprotein đang lưu hành trong máu, bao gồm chylomicrons, VLDL, lipoprotein tỷ trọng trung bình (IDL), LDL và HDL. Giá trị TC có thể tăng 10% và TGs tăng đến 25% mỗi ngày ngay cả khi không có rối loạn. Cholesterol TC và HDL có thể được đo sau ăn, nhưng hầu hết bệnh nhân nên đo tất cả các chỉ số lipid khi đói (thường là trong 12 giờ) để kết quả chính xác và nhất quán.

Nếu bệnh nhân đang mắc bệnh lý cấp tính, nên hoãn xét nghiệm lại cho đến khi bệnh nhân ổn định vì nồng độ TG và lipoprotein (a) tăng lên đồng thời cholesterol giảm đi khi có tình trạng viêm. Cấu hình lipid có thể thay đổi trong khoảng 30 ngày sau khi bị nhồi máu cơ tim cấp tính (MI); tuy nhiên, kết quả xét nghiệm trong vòng 24 giờ sau NMCT thường đủ tin cậy để đánh giá khởi đầu liệu pháp hạ lipid máu.

Giá trị cholesterol LDL thường được tính bằng lượng cholesterol không bao gồm HDL và VLDL. VLDL được ước tính bằng TG/5 vì nồng độ cholesterol trong hạt VLDL thường bằng 1/5 tổng số lipid. Công thức này chỉ đúng khi TGs < 400mg/dL (< 4,5mmol/L) và bệnh nhân ăn vì thức ăn làm tăng TGs. Giá trị LDL - c được tính toán kết hợp các phép đo của tất cả các cholesterol không HDL, non-chylomicron, bao gồm cả trong IDL và lipoprotein (a) [Lp (a)].

LDL cũng có thể được đo trực tiếp bằng cách sử dụng siêu ly tâm huyết tương, tách các chylomicrons và các phần VLDL khỏi HDL và LDL, và bằng phương pháp xét

nghiệm miễn dịch. Phép đo trực tiếp có thể hữu ích ở một số bệnh nhân có TG tăng cao, nhưng không thường quy.

Vai trò của xét nghiệm apo B đang được nghiên cứu vì nó phản ánh tổng nồng độ cholesterol không phải HDL (trong VLDL, IDL và LDL) và có thể dự đoán nguy cơ CAD hiệu quả hơn cholesterol LDL. Non-HDL cholesterol (TC - HDL cholesterol) cũng có thể dự báo nguy cơ CAD tốt hơn so với cholesterol LDL, đặc biệt ở những bệnh nhân tăng triglycerid máu.

Bảng phân loại rối loạn lipid máu theo Fredrickson

Ngoài ra, cần làm thêm các xét nghiệm tìm nguyên nhân gây rối loạn lipid máu thức phát như:

Creatinin máu ; Nồng độ glucose máu lúc đói; Men gan; Hormone kích thích tuyến giáp (TSH); Protein niệu.

Creatinin máu ;

Nồng độ glucose máu lúc đói;

Men gan;

Hormone kích thích tuyến giáp (TSH);

Protein niệu.

Phương pháp điều trị Rối loạn lipid máu hiệu quả

Luyện tập và vận động thể lực

Đây là phương pháp hiệu quả giúp giảm cân và duy trì cân nặng lý tưởng, giảm cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL - c và Tăng HDL - c đồng thời cũng góp phần kiểm soát glucose máu và huyết áp

Thời gian luyện tập và vận động thể lực tối thiểu 30 - 45 phút/ngày và ít nhất 5 ngày/tuần (không bao gồm 10 phút khởi động), cường độ và thời gian tập tùy thuộc vào tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, đặc biệt là những người có bệnh lý tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim...

Chế độ ăn uống

Hạn chế sử dụng thực phẩm chứa nhiều calo, nhất là những người béo phì.

Hạn chế thu nạp acid béo bão hòa như mỡ trong thịt heo, thịt bò, thịt cừu..., giảm cholesterol có trong lòng đỏ trứng, bơ, tôm... và chuyển sang sử dụng acid béo không bão hòa có nhiều trong dầu thực vật như dầu mè, dầu hạt hướng dương, dầu đậu nành, dầu ô liu và mỡ cá (chứa nhiều omega - 3)...

Cân đối khối lượng glucid, lipid và protein trong mỗi bữa ăn. Tránh dùng quá nhiều glucid vì đây là chất cung cấp năng lượng nhiều nhất.

Hạn chế tối đa thức uống có cồn (bia, rượu...).

Bổ sung chất xơ, vitamin và các nguyên tố vi lượng từ rau củ và hoa quả.

Thuốc hạ lipid máu

Nếu bệnh nhân đã thay đổi lối sống sau 2 - 3 tháng nhưng không đạt được hiệu quả như mong muốn, nên chỉ định điều trị đơn độc hoặc kết hợp các nhóm thuốc hạ lipid máu sau:

Nhóm statin (HMG-CoA reductase inhibitors)

Cơ chế tác dụng: ức chế enzym Hydroxymethylglutaryl CoA Reductase (HMG-CoA reductase) là enzym tổng hợp cholesterol toàn phần (TC), gây tác dụng giảm TC nội sinh, kích thích tăng tổng hợp thụ thể LDL-c dẫn đến tăng bắt giữ LDL-c vào gan. Kết quả làm giảm LDL-c, VLDL, cholesterol toàn phần, triglyceride và tăng HDL-C. Đồng thời, các thuốc statin còn giảm quá trình viêm ở nội mô mạch máu, giảm tiến triển của mảng xơ vữa và tăng tổng hợp nitric oxide (NO) trong tế bào nội mạc.

Chỉ định: Điều trị tăng LDL-c, tăng cholesterol toàn phần.

Liều lượng:

Tác dụng không mong muốn: Tăng men gan, đau cơ, viêm cơ, tiêu cơ vân...

Thận trọng khi chỉ định statin cho người bệnh có bệnh lý gan hoặc người nghiện rượu mãn tính.

Nhóm fibrate

Cơ chế tác dụng: Fibrate gắn vào và kích thích PPAR- α tăng oxy hóa acid béo, tăng tổng hợp enzym lipoprotein lipase (LPL) đồng thời tăng thải trừ các lipoprotein giàu triglyceride, ức chế tổng hợp apoC - III ở gan, tăng thanh thải VLDL dẫn đến kết quả giảm triglyceride. Các fibrate cũng thúc đẩy trình diện apoA - I và apoA - II dẫn đến làm tăng HDL.

Chỉ định: Điều trị tăng triglyceride.

Liều:

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất: Rối loạn tiêu hóa.

Tăng tác dụng thuốc chống đông, nhất là nhóm kháng vitamin K khi dùng đồng thời.

Nhóm acid nicotinic (Niacin, vitamin PP)

Cơ chế tác dụng: Ức chế ly giải mô mỡ và giảm tổng hợp triglyceride ở gan, ức chế tổng hợp và ester hóa acid béo tại gan, tăng thoái biến apo B, giảm VLDL và LDL, giảm thanh thải apoA - I dẫn đến tăng HDL. Kết quả là giảm triglyceride. Chỉ định: Hỗ trợ điều trị tăng LDL - C, giảm HDL - C, tăng TG. Dùng liều khởi đầu thấp: 100mg x 3 lần/ngày, sau đó tăng liều tới 2 - 4g/ngày. Tác dụng không mong muốn: Đổ bưng mắt, ngứa, rối loạn tiêu hóa, phát ban, tăng đề kháng insulin.

Nhóm Resin gắn acid mật

Cơ chế tác dụng: Resin thúc đẩy tổng hợp và bài tiết acid mật từ cholesterol, làm giảm cholesterol ở gan, kích thích tổng hợp thụ thể LDL-c dẫn đến đào thải LDL - c.

Chỉ định: Điều trị tăng LDL - c.

Liều lượng:

Tác dụng không mong muốn: Đau hơi, tiêu chảy, táo bón, chướng bụng.

Ezetimibe

Cơ chế tác dụng: Ezetimibe ức chế hấp thu cholesterol tại ruột dẫn đến giảm LDL-c và tăng HDL - c.

Chỉ định: Điều trị tăng LDL - c.

Liều lượng: 10mg/ngày.

Tác dụng không mong muốn: Tăng men gan, đau đầu, mệt mỏi, tiêu chảy, đau cơ xương khớp, nhiễm trùng đường hô hấp trên...

Omega 3 (Dầu cá)

Cơ chế tác dụng: Tăng dị hóa triglyceride ở gan.

Chỉ định: Hỗ trợ điều trị tăng triglyceride.

Liều thông thường: 3g/ngày, liều tối đa 6g/ngày.

Tác dụng không mong muốn: Tiêu chảy, trào ngược dạ dày, tổn thương gan, mất ngủ...

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa rối loạn lipid máu

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của Rối loạn lipid máu

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tập thể dục thường xuyên, ít nhất 30 phút/ngày trong tối thiểu 5 ngày/tuần, không bao gồm 10 phút khởi động. 6 loại hình vận động đã được chứng minh có hiệu quả trong hỗ trợ giảm cholesterol trong máu gồm: Chạy bộ, đi bộ nhanh, đạp xe, bơi lội, nâng tạ tay và yoga. Có chế độ ăn uống lành mạnh. Ngưng hút thuốc lá. Giảm cân hợp lý và thường xuyên theo dõi cân nặng.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tập thể dục thường xuyên, ít nhất 30 phút/ngày trong tối thiểu 5 ngày/tuần, không bao gồm 10 phút khởi động. 6 loại hình vận động đã được chứng minh có hiệu quả trong hỗ trợ giảm cholesterol trong máu gồm: Chạy bộ, đi bộ nhanh, đạp xe, bơi lội, nâng tạ tay và yoga.

Có chế độ ăn uống lành mạnh.

Ngưng hút thuốc lá.

Giảm cân hợp lý và thường xuyên theo dõi cân nặng.

Chế độ dinh dưỡng:

Duy trì chế độ ăn các loại thực phẩm có nguồn gốc thực vật như ngũ cốc, trái cây và rau củ đồng thời sử dụng các sản phẩm từ sữa ít béo và không đường. Ăn nhiều thịt gia cầm nạc và cá giàu omega - 3, hạn chế thịt đỏ như thịt bò hoặc thịt heo.

Tránh thức ăn có hàm lượng cholesterol cao, chứa nhiều chất béo chuyển hóa (trans - fat) hoặc chất béo bão hòa.

Hạn chế tối đa đồ ngọt và các loại thức uống có cồn.

Phương pháp phòng ngừa Rối loạn lipid máu hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:
Giảm cân hợp lý. Tăng cường luyện tập thể dục và vận động thường xuyên. Định kỳ xét nghiệm lipid máu để phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt là những đối tượng có nguy cơ cao như đái tháo đường, béo phì... Ăn uống lành mạnh, hạn chế dùng rượu và từ bỏ thuốc lá.

Giảm cân hợp lý.

Tăng cường luyện tập thể dục và vận động thường xuyên.

Định kỳ xét nghiệm lipid máu để phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt là những đối tượng có nguy cơ cao như đái tháo đường, béo phì...

Ăn uống lành mạnh, hạn chế dùng rượu và từ bỏ thuốc lá.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng sjogren

Hội chứng Sjogren là gì?

Hội chứng Sjogren (SS) là một bệnh viêm tự miễn hệ thống mạn tính, không rõ nguyên nhân. Bệnh được đặc trưng bởi triệu chứng khô miệng, mắt, và các màng nhầy khác do thâm nhiễm lympho của tuyến ngoại tiết và giảm chức năng tuyến.

Triệu chứng hội chứng sjogren

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng Sjogren

Khô miệng có thể có cảm giác như phấn hoặc cảm giác như bông phấn. Khô mắt có thể bị bỏng, ngứa hoặc cộm. Khô họng, môi hoặc da. Khô mũi. Thay đổi vị giác hoặc khứu giác. Sưng hạch ở cổ và mặt. Da phát ban và nhạy cảm với tia UV. Ho khan hoặc khó thở. Cảm thấy mệt mỏi. Khó tập trung hoặc ghi nhớ mọi thứ. Đau đầu. Khô âm đạo ở phụ nữ. Sưng, đau và cứng khớp.Ợ nóng, một cảm giác nóng rất di chuyển từ dạ dày đến ngực của bạn. Tê hoặc ngứa ran ở một số bộ phận trên cơ thể.

Khô miệng có thể có cảm giác như phấn hoặc cảm giác như bông phấn.

Khô mắt có thể bị bỏng, ngứa hoặc cộm.

Khô họng, môi hoặc da.

Khô mũi.

Thay đổi vị giác hoặc khứu giác.

Sưng hạch ở cổ và mặt.

Da phát ban và nhạy cảm với tia UV.

Ho khan hoặc khó thở.

Cảm thấy mệt mỏi.

Khó tập trung hoặc ghi nhớ mọi thứ.

Đau đầu.

Khô âm đạo ở phụ nữ.

Sưng, đau và cứng khớp.

Ợ nóng, một cảm giác nóng rất di chuyển từ dạ dày đến ngực của bạn.

Tê hoặc ngứa ran ở một số bộ phận trên cơ thể.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh hội chứng Sjogren

Các biến chứng phổ biến nhất của hội chứng Sjogren liên quan đến mắt và miệng như:

Sâu răng : Vì nước bọt giúp bảo vệ răng khỏi vi khuẩn gây sâu răng, nên có thể dễ bị sâu răng hơn nếu miệng khô. Nhiễm trùng nấm men: Những người mắc hội chứng Sjogren có nhiều khả năng bị nấm miệng, một bệnh nhiễm trùng nấm men trong miệng. Các vấn đề về thị lực. Khô mắt có thể dẫn đến nhạy cảm với ánh sáng, mờ mắt và tổn thương giác mạc.

Sâu răng : Vì nước bọt giúp bảo vệ răng khỏi vi khuẩn gây sâu răng, nên có thể dễ bị sâu răng hơn nếu miệng khô.

Nhiễm trùng nấm men: Những người mắc hội chứng Sjogren có nhiều khả năng bị nấm miệng, một bệnh nhiễm trùng nấm men trong miệng.

Các vấn đề về thị lực. Khô mắt có thể dẫn đến nhạy cảm với ánh sáng, mờ mắt và tổn thương giác mạc.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân hội chứng sjogren

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng Sjogren

Các bác sĩ không biết nguyên nhân chính xác, có thể do gen trong di truyền.

Nhiễm vi khuẩn hoặc vi rút có thể là yếu tố kích hoạt khiến bệnh hoạt động. Ví dụ, giả sử có một gen khiếm khuyết liên kết với Sjogren, sau đó bệnh nhân bị nhiễm trùng. Khi đó, hệ thống miễn dịch của bệnh nhân bắt đầu hoạt động. Tế bào bạch cầu thường dẫn đầu cuộc tấn công chống lại vi khuẩn. Nhưng do gen bị lỗi, các tế bào bạch cầu nhắm sai vào mục tiêu các tế bào khỏe mạnh trong các tuyến tạo ra nước bọt và nước mắt.

Nguy cơ hội chứng sjogren

Những ai có nguy cơ mắc phải hội chứng Sjogren?

Tuổi: Hội chứng Sjogren thường ảnh hưởng đến những người trên 40 tuổi, nhưng người trẻ hơn và trẻ em cũng có thể mắc bệnh này. Giới tính: Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh Sjogren cao gấp 10 lần so với nam giới. Các vấn đề tự miễn dịch khác: Gần một nửa số người mắc bệnh Sjogren cũng mắc một bệnh tự miễn dịch khác như lupus và viêm khớp dạng thấp .

Tuổi: Hội chứng Sjogren thường ảnh hưởng đến những người trên 40 tuổi, nhưng người trẻ hơn và trẻ em cũng có thể mắc bệnh này.

Giới tính: Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh Sjogren cao gấp 10 lần so với nam giới.

Các vấn đề tự miễn dịch khác: Gần một nửa số người mắc bệnh Sjogren cũng mắc một bệnh tự miễn dịch khác như lupus và viêm khớp dạng thấp .

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc (bị) hội chứng Sjogren

Bệnh chủ yếu do hệ miễn dịch trong cơ thể, ít bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bên ngoài.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng sjogren

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hội chứng Sjogren

Xét nghiệm máu

Nhằm kiểm tra:

Mức độ của các loại tế bào máu khác nhau. Sự hiện diện của các kháng thể thường gặp trong hội chứng Sjogren. Bảng chứng về tình trạng viêm. Dấu hiệu của các vấn đề với gan và thận của bệnh nhân.

Mức độ của các loại tế bào máu khác nhau.

Sự hiện diện của các kháng thể thường gặp trong hội chứng Sjogren.

Bảng chứng về tình trạng viêm.

Dấu hiệu của các vấn đề với gan và thận của bệnh nhân.

Kiểm tra mắt

Bác sĩ có thể đo độ khô của mắt bệnh nhân bằng một xét nghiệm gọi là xét nghiệm nước mắt Schirmer. Một mảnh giấy lọc nhỏ được đặt dưới mi mắt dưới để đo lượng nước mắt của bệnh nhân.

Một bác sĩ chuyên điều trị các rối loạn về mắt (bác sĩ nhãn khoa) cũng có thể kiểm tra bề mặt mắt bằng một thiết bị phóng đại được gọi là đèn khe. Họ có thể nhỏ thuốc vào mắt để giúp bệnh nhân dễ dàng nhận thấy tổn thương giác mạc.

Chẩn đoán hình ảnh

Biểu đồ hình thái: Tia X đặc biệt này có thể phát hiện thuốc nhuộm được tiêm vào tuyến nước bọt trước tai. Quy trình này cho biết lượng nước bọt chảy vào miệng.

Xạ hình tuyến nước bọt: Thử nghiệm y học hạt nhân này bao gồm việc tiêm vào tĩnh mạch một đồng vị phóng xạ, được theo dõi hơn một giờ để xem nó đến nhanh như thế nào trong tất cả các tuyến nước bọt.

Sinh thiết

Bác sĩ cũng có thể làm sinh thiết môi để phát hiện sự hiện diện của các cụm tế bào viêm, có thể chỉ ra hội chứng Sjogren. Đối với thử nghiệm này, một mảnh mô được lấy ra từ các tuyến nước bọt trong môi và được kiểm tra dưới kính hiển vi.

Phương pháp điều trị hội chứng Sjogren hiệu quả

Tùy vào thể trạng bệnh nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh mà bác sĩ sẽ kê đơn thuốc và áp dụng những phương pháp điều trị phù hợp, chủ yếu là điều trị triệu chứng.

Sử dụng các loại thuốc làm giảm viêm mắt, tình trạng tăng tiết nước bọt, các triệu chứng toàn thân và biến chứng.

Phẫu thuật.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng sjogren

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hội chứng Sjogren

Chế độ sinh hoạt:

Để giảm khô mắt:

Dùng nước mắt nhân tạo, chất bôi trơn mắt hoặc cả hai: Nước mắt nhân tạo - ở dạng thuốc nhỏ mắt - và chất bôi trơn mắt - ở dạng thuốc nhỏ mắt, gel hoặc thuốc mỡ - giúp làm giảm cảm giác khó chịu của chứng khô mắt. Bạn không cần phải bôi trơn mắt thường xuyên như nước mắt nhân tạo. Vì độ đặc của chúng đặc hơn, chất bôi trơn mắt có thể làm mờ tầm nhìn và đọng lại trên lông mi của bạn, vì vậy bạn có thể chỉ muốn sử dụng chúng qua đêm. Bác sĩ có thể khuyên dùng nước mắt nhân tạo không có chất bảo quản, có thể gây kích ứng mắt cho những người mắc hội chứng khô mắt.

Tăng độ ẩm: Tăng độ ẩm trong nhà và giảm tiếp xúc với không khí thổi có thể giúp mắt và miệng của bạn không bị khô khó chịu. Ví dụ, tránh ngồi trước quạt hoặc lỗ thông hơi của máy điều hòa không khí và đeo kính bảo hộ hoặc kính bảo vệ mắt khi bạn ra ngoài trời.

Để chữa khô miệng:

Đừng hút thuốc: Hút thuốc có thể gây khó chịu và khô miệng.

Uống nhiều nước: Uống từng ngụm, đặc biệt là nước, suốt cả ngày. Tránh uống cà phê hoặc rượu vì chúng có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng khô miệng. Cũng tránh đồ uống có tính axit như cola và một số đồ uống thể thao vì axit có thể gây hại cho men răng của bạn.

Kích thích tiết nước bọt: Kẹo cao su không đường hoặc kẹo cứng có vị cam quýt có thể tăng cường lưu lượng nước bọt. Vì hội chứng Sjogren làm tăng nguy cơ sâu răng nên bạn hãy hạn chế ăn đồ ngọt, đặc biệt là giữa các bữa ăn.

Thử nước bọt nhân tạo: Các sản phẩm thay thế nước bọt thường hoạt động tốt hơn nước thường vì chúng có chứa chất bôi trơn giúp miệng bạn ẩm lâu hơn. Các sản phẩm này có dạng xịt hoặc dạng ngậm.

Dùng nước muối sinh lý xịt mũi: Xịt nước muối sinh lý có thể giúp dưỡng ẩm và làm thông mũi để bạn có thể thở thoải mái bằng mũi. Mũi khô, nghẹt có thể làm tăng nhịp thở bằng miệng.

Sức khỏe răng miệng:

Khô miệng làm tăng nguy cơ bị sâu răng và mất răng. Để giúp ngăn chặn những loại vấn đề này nên:

Đánh răng và dùng chỉ nha khoa sau mỗi bữa ăn.

Lên lịch hẹn khám nha khoa thường xuyên, ít nhất sáu tháng một lần.

Sử dụng phương pháp điều trị florua tại chỗ hàng ngày và nước súc miệng kháng khuẩn.

Các khu vực khô khác:

Nếu da khô là một vấn đề, hãy tránh nước nóng khi bạn tắm và tắm vòi sen. Vỗ nhẹ da - không chà xát - bằng khăn và thoa kem dưỡng ẩm khi da vẫn còn ẩm. Sử dụng găng tay cao su khi rửa bát hoặc dọn dẹp nhà cửa. Chất bôi trơn và dưỡng ẩm âm đạo giúp những phụ nữ bị khô âm đạo.

Chế độ dinh dưỡng:

Uống nhiều nước.

Nên ăn kẹo cao su để tăng lượng nước bọt.

Phương pháp phòng ngừa hội chứng Sjogren hiệu quả

Đây là bệnh tự miễn, không có phương pháp phòng ngừa nào hiệu quả được biết cho đến nay.

=====

Tìm hiểu chung tiểu đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ là gì?

Đái tháo đường thai kỳ (còn gọi là tiểu đường thai kỳ) là tình trạng bệnh lý do bất dung nạp đường huyết, khiến lượng đường trong máu cao ở phụ nữ có thai.

Năm 2013, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) phân loại tình trạng tăng đường huyết phát hiện lần đầu ở phụ nữ có thai thành hai nhóm gồm:

Đái tháo đường mang thai (diabetes in pregnancy): Thai phụ có mức đường huyết đạt tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường, được phát hiện trong 3 tháng đầu thai kỳ và không mất đi sau khi sinh con. Đái tháo đường thai kỳ (gestational diabetes mellitus): Thai phụ có mức đường huyết đạt tiêu chuẩn chẩn đoán đái

tháo đường thai kỳ, được phát hiện trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ, thường phát hiện nhiều nhất từ tuần thứ 24 đến 28 và tự khỏi sau khi sinh con. Bệnh lý này xảy ra ở 5% phụ nữ có thai.

Đái tháo đường mang thai (diabetes in pregnancy): Thai phụ có mức đường huyết đạt tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường, được phát hiện trong 3 tháng đầu thai kỳ và không mất đi sau khi sinh con.

Đái tháo đường thai kỳ (gestational diabetes mellitus): Thai phụ có mức đường huyết đạt tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, được phát hiện trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối thai kỳ, thường phát hiện nhiều nhất từ tuần thứ 24 đến 28 và tự khỏi sau khi sinh con. Bệnh lý này xảy ra ở 5% phụ nữ có thai.

Triệu chứng tiểu đường thai kỳ

Triệu chứng của đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ thường không gây ra các triệu chứng rõ rệt. Hầu hết trường hợp được bác sĩ phát hiện khi lượng đường huyết của bạn cao trong quá trình sàng lọc bệnh đái tháo đường thai kỳ.

Một số thai phụ có thể xuất hiện các triệu chứng sau khi đường huyết của họ tăng quá cao:

Khát nước nhiều, liên tục; Tiểu nhiều; Khô miệng ; Mệt mỏi; Mờ mắt; Ngứa vùng âm hộ, khí hư nhiều, mùi hôi.

Khát nước nhiều, liên tục;

Tiểu nhiều;

Khô miệng ;

Mệt mỏi;

Mờ mắt;

Ngứa vùng âm hộ, khí hư nhiều, mùi hôi.

Xem thêm: Dấu hiệu tiểu đường thai kỳ trong giai đoạn

Biến chứng của đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ làm tăng nguy cơ bất lợi cho cả mẹ và thai nhi. Đối với thai phụ, đái tháo đường thai kỳ gây một số biến chứng như:

Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật : Bệnh lý này có thể dẫn đến những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi như đột quỵ, suy gan, suy thận, thai chậm phát triển, sinh non, thậm chí là tăng tỉ lệ tử vong chu sinh. Tăng nguy cơ mổ lấy thai: Thai nhi phát triển to hơn nên khó khăn trong việc sinh thường, cần phải chỉ định sinh mổ. Đa ối: Là tình trạng nước ối quá nhiều, có thể gây đau nhiều trước khi sinh, chuyển dạ sớm. Tăng nguy cơ sinh non: Sinh con trước tuần thứ 37 của thai kỳ. Tăng nguy cơ sảy thai và thai lưu. Tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu . Tăng nguy cơ mắc đái tháo đường tuýp 2 trong tương lai: Phụ nữ có thai mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường tuýp 2 sau 5 - 10 năm. Khoảng 45% thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ mắc lại bệnh lý này ở thai kỳ sau.

Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật : Bệnh lý này có thể dẫn đến những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi như đột quỵ, suy gan, suy thận, thai chậm phát triển, sinh non, thậm chí là tăng tỉ lệ tử vong chu sinh.

Tăng nguy cơ mổ lấy thai: Thai nhi phát triển to hơn nên khó khăn trong việc sinh thường, cần phải chỉ định sinh mổ.

Đa ối: Là tình trạng nước ối quá nhiều, có thể gây đau nhiều trước khi sinh, chuyển dạ sớm.

Tăng nguy cơ sinh non: Sinh con trước tuần thứ 37 của thai kỳ.

Tăng nguy cơ sảy thai và thai lưu.

Tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu .

Tăng nguy cơ mắc đái tháo đường tuýp 2 trong tương lai: Phụ nữ có thai mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ cao mắc đái tháo đường tuýp 2 sau 5 - 10 năm.

Khoảng 45% thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ mắc lại bệnh lý này ở thai kỳ sau.

Đối với thai nhi, đái tháo đường thai kỳ cũng có các tác động bất lợi như:

3 tháng đầu thai kỳ: Thai không phát triển, thai lưu, dị tật bẩm sinh. 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ: Thai tăng trưởng quá mức, thai to. Đối với trẻ sơ sinh: Tử vong ngay sau sinh, hạ đường huyết, bệnh lý đường hô hấp, vàng da sơ sinh, tăng hồng cầu, mắc một số dị tật bẩm sinh (não úng thủy, dị tật thần kinh, tim, thận,...). Trẻ sinh ra bởi mẹ có đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ cao bị béo phì , đái tháo đường tuýp 2 trong tương lai, rối loạn phát triển tâm vận.

3 tháng đầu thai kỳ: Thai không phát triển, thai lưu, dị tật bẩm sinh.

3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ: Thai tăng trưởng quá mức, thai to.

Đối với trẻ sơ sinh: Tử vong ngay sau sinh, hạ đường huyết, bệnh lý đường hô hấp, vàng da sơ sinh, tăng hồng cầu, mắc một số dị tật bẩm sinh (não úng thủy, dị tật thần kinh, tim, thận,...).

Trẻ sinh ra bởi mẹ có đái tháo đường thai kỳ có nguy cơ cao bị béo phì , đái tháo đường tuýp 2 trong tương lai, rối loạn phát triển tâm vận.

Xem thêm: Tiểu đường thai kỳ ảnh hưởng như thế nào?

Xem thêm: Dấu hiệu tiểu đường thai kỳ 3 tháng cuối

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân tiểu đường thai kỳ

Nguyên nhân dẫn đến đái tháo đường thai kỳ

Đái tháo đường thai kỳ xảy ra khi có thể thai phụ không sản xuất đủ lượng insulin cần thiết giúp đưa đường từ máu vào trong tế bào sử dụng hoặc có bất thường trong việc sử dụng insulin.

Trong quá trình mang thai, một lượng lớn hormone được sản xuất ra trong thai kỳ như hormone nhau thai (hPL), prolactin, leptin và cortisol làm tăng đề kháng insulin hoặc giảm sản xuất insulin.

Nguy cơ tiểu đường thai kỳ

Những ai có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ?

Thai phụ có thể có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ nếu thuộc các nhóm đối tượng sau:

Đa thai; Mang thai sau 35 tuổi; Tăng huyết áp thai kỳ; Hội chứng buồng trứng đa nang ; Đường niệu (glucose niệu) dương tính.

Đa thai;

Mang thai sau 35 tuổi;

Tăng huyết áp thai kỳ;

Hội chứng buồng trứng đa nang ;

Đường niệu (glucose niệu) dương tính.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ

Thai phụ có thể có nguy cơ cao mắc đái tháo đường thai kỳ nếu có các yếu tố sau:

Có tiền sử bất thường dung nạp đường máu; Tiền sử gia đình có người thân mắc đái tháo đường; Có tình trạng thừa cân hoặc béo phì trước khi mang thai; Lối sống tĩnh tại ít hoạt động thể dục thể thao; Tăng cân không kiểm soát trong quá trình mang thai; Sinh một hoặc nhiều bé nặng hơn 4kg trong lần mang thai trước; Trong lần mang thai trước thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ; Tiền sử sản khoa từng có thai lưu không rõ nguyên nhân, sinh non , tiền sản giật, thai dị tật bẩm sinh.

Có tiền sử bất thường dung nạp đường máu;

Tiền sử gia đình có người thân mắc đái tháo đường;

Có tình trạng thừa cân hoặc béo phì trước khi mang thai;

Lối sống tĩnh tại ít hoạt động thể dục thể thao;

Tăng cân không kiểm soát trong quá trình mang thai;

Sinh một hoặc nhiều bé nặng hơn 4kg trong lần mang thai trước;

Trong lần mang thai trước thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ;

Tiền sử sản khoa từng có thai lưu không rõ nguyên nhân, sinh non , tiền sản giật, thai dị tật bẩm sinh.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tiểu đường thai kỳ

Tầm soát đái tháo đường thai kỳ

Tất cả phụ nữ có thai đều cần được tầm soát đái tháo đường thai kỳ vào tuần thứ 24 đến 28 của thai kỳ. Đây là thời điểm tốt nhất để phát hiện và chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.

Nếu thai phụ có tăng đường huyết vào đầu thai kỳ sẽ được chẩn đoán là bệnh đái tháo đường với tiêu chuẩn chẩn đoán như những người không mang thai. Nếu kết quả âm tính, bác sĩ sẽ tiếp tục tầm soát đái tháo đường thai kỳ vào tuần thứ 24 - 28.

Xem thêm: Hướng dẫn cách thử tiểu đường thai kỳ tại nhà

Phương pháp xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm chẩn đoán xác định đái tháo đường thai kỳ là nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống . Để thực hiện xét nghiệm này, bác sĩ sẽ dặn dò bạn một số lưu ý sau:

Trong 3 ngày trước khi tiến hành xét nghiệm, thai phụ không ăn uống kiêng khem và cũng không bổ sung quá nhiều thực phẩm chứa chất đường bột (carbohydrate).

Nhịn đói từ 8 đến 12 giờ trước khi tiến hành xét nghiệm, không nhịn quá 14 giờ.

Trong 3 ngày trước khi tiến hành xét nghiệm, thai phụ không ăn uống kiêng khem và cũng không bổ sung quá nhiều thực phẩm chứa chất đường bột (carbohydrate).

Nhịn đói từ 8 đến 12 giờ trước khi tiến hành xét nghiệm, không nhịn quá 14 giờ. Các bước tiến hành xét nghiệm như sau:

Kỹ thuật viên xét nghiệm hoặc điều dưỡng tiến hành lấy máu để định lượng đường huyết lúc đói. Thai phụ được uống một ly nước đường tương đương với 75 gram glucose, uống trong vòng 5 phút. Kỹ thuật viên xét nghiệm hoặc điều dưỡng tiến hành lấy máu tại thời điểm 1 giờ sau uống và 2 giờ sau uống nước đường để định lượng đường huyết sau dung nạp glucose. Trong thời gian thực hiện nghiệm pháp, thai phụ không được ăn hay uống gì thêm, ngồi nghỉ ngơi tại chỗ hoặc đi lại nhẹ nhàng.

Kỹ thuật viên xét nghiệm hoặc điều dưỡng tiến hành lấy máu để định lượng đường huyết lúc đói.

Thai phụ được uống một ly nước đường tương đương với 75 gram glucose, uống trong vòng 5 phút.

Kỹ thuật viên xét nghiệm hoặc điều dưỡng tiến hành lấy máu tại thời điểm 1 giờ sau uống và 2 giờ sau uống nước đường để định lượng đường huyết sau dung nạp glucose.

Trong thời gian thực hiện nghiệm pháp, thai phụ không được ăn hay uống gì thêm, ngồi nghỉ ngơi tại chỗ hoặc đi lại nhẹ nhàng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo WHO (2013) khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

Glucose huyết lúc đói $\geq 5,1$ mmol/L (hoặc ≥ 92 mg/dL) và/hoặc; Glucose huyết sau 1 giờ $\geq 10,0$ mmol/L (hoặc ≥ 180 mg/dL) và/hoặc; Glucose huyết sau 2 giờ $\geq 8,5$ mmol/L (hoặc ≥ 153 mg/dL).

Glucose huyết lúc đói $\geq 5,1$ mmol/L (hoặc ≥ 92 mg/dL) và/hoặc;

Glucose huyết sau 1 giờ $\geq 10,0$ mmol/L (hoặc ≥ 180 mg/dL) và/hoặc;

Glucose huyết sau 2 giờ $\geq 8,5$ mmol/L (hoặc ≥ 153 mg/dL).

Xem thêm: Hướng dẫn đọc kết quả xét nghiệm tiểu đường thai kỳ

Điều trị đái tháo đường hiệu quả

Đái tháo đường thai kỳ được chia làm hai loại, gồm:

Đái tháo đường thai kỳ A1: Dùng để chỉ bệnh đái tháo đường thai kỳ có thể kiểm soát thông qua các phương pháp không dùng thuốc. Đái tháo đường thai kỳ A2: Dùng để chỉ bệnh đái tháo đường thai kỳ cần dùng thêm insulin hoặc thuốc uống để kiểm soát bệnh.

Đái tháo đường thai kỳ A1: Dùng để chỉ bệnh đái tháo đường thai kỳ có thể kiểm soát thông qua các phương pháp không dùng thuốc.

Đái tháo đường thai kỳ A2: Dùng để chỉ bệnh đái tháo đường thai kỳ cần dùng thêm insulin hoặc thuốc uống để kiểm soát bệnh.

Mục tiêu điều trị đái tháo đường thai kỳ là đưa lượng đường huyết về càng gần giá trị bình thường càng tốt, nhưng cũng phải kiểm soát nguy cơ hạ đường huyết.

Đường huyết được kiểm soát tốt với mục tiêu:

Glucose huyết lúc đói: 90 - 95 mg/dL; Glucose huyết 1 giờ sau ăn: 140 mg/dL;

Glucose huyết 2 giờ sau ăn: 120 mg/dL.

Glucose huyết lúc đói: 90 - 95 mg/dL;

Glucose huyết 1 giờ sau ăn: 140 mg/dL;

Glucose huyết 2 giờ sau ăn: 120 mg/dL.

Sau khi được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ, bác sĩ sẽ đưa ra chiến lược điều trị cho thai phụ nhằm kiểm soát đường huyết. Chế độ ăn uống và tập luyện thể dục thể thao phù hợp là phương pháp được áp dụng cho tất cả thai phụ có đái tháo đường thai kỳ. Chế độ ăn và hoạt động thể lực sẽ được cá nhân hóa dựa trên thói quen, mức đường huyết và thể lực của thai phụ. Cụ thể là:

Chia nhỏ lượng thức ăn trong ngày thành 3 bữa ăn chính nhỏ và 2-3 bữa ăn nhẹ, ăn cùng một thời điểm mỗi ngày. Tránh các bữa ăn phụ với quả bánh vật, thay thế bằng trái cây ít ngọt, rau hoặc ngũ cốc nguyên hạt, lưu ý định lượng khẩu phần ăn. Chế độ ăn đáp ứng đủ theo tỷ lệ carbohydrate, protein là 4:2. Hạn chế hấp thụ chất béo dưới 40% lượng calo mỗi ngày, chú ý nhóm chất béo bão hòa ít hơn 10% tổng lượng chất béo thai phụ tiêu thụ. Sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số đường thấp. Ưu tiên các loại carbohydrate phức tạp như ngũ cốc nguyên hạt, gạo lứt, gạo lứt nảy mầm. Ăn đa dạng các loại thực phẩm để cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cho mẹ và bé. Không sử dụng đường tinh luyện. Ưu tiên các phương pháp chế biến như hấp, luộc, ít thay cho chiên, xào ở nhiệt độ cao. Hạn chế tối đa các thực phẩm làm tăng nhanh đường huyết sau ăn như bánh, kẹo, mứt, kem, trái cây sấy khô, chè, ... Tập luyện thể dục thể thao cần tham vấn ý kiến bác sĩ. Vận động 30 phút mỗi ngày với các động tác có cường độ từ nhẹ đến vừa như đi bộ, bơi lội, ...

Chia nhỏ lượng thức ăn trong ngày thành 3 bữa ăn chính nhỏ và 2-3 bữa ăn nhẹ, ăn cùng một thời điểm mỗi ngày. Tránh các bữa ăn phụ với quả bánh vật, thay thế bằng trái cây ít ngọt, rau hoặc ngũ cốc nguyên hạt, lưu ý định lượng khẩu phần ăn.

Chế độ ăn đáp ứng đủ theo tỷ lệ carbohydrate, protein là 4:2. Hạn chế hấp thụ chất béo dưới 40% lượng calo mỗi ngày, chú ý nhóm chất béo bão hòa ít hơn 10% tổng lượng chất béo thai phụ tiêu thụ.

Sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số đường thấp. Ưu tiên các loại carbohydrate phức tạp như ngũ cốc nguyên hạt, gạo lứt, gạo lứt nảy mầm.

Ăn đa dạng các loại thực phẩm để cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng cho mẹ và bé. Không sử dụng đường tinh luyện.

Ưu tiên các phương pháp chế biến như hấp, luộc, đút lò thay cho chiên, xào ở nhiệt độ cao.

Hạn chế tối đa các thực phẩm làm tăng nhanh đường huyết sau ăn như bánh, kẹo, mứt, kem, trái cây sấy khô, chè,...

Tập luyện thể dục thể thao cần tham vấn ý kiến bác sĩ. Vận động 30 phút mỗi ngày với các động tác có cường độ từ nhẹ đến vừa như đi bộ, bơi lội,...

Nếu các biện pháp không dùng thuốc kiểm soát đường huyết không hiệu quả, bác sĩ sẽ tiến hành thay đổi chiến lược điều trị, phối hợp thêm thuốc uống hoặc insulin cho thai phụ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tiểu đường thai kỳ

Những thói quen sinh hoạt giúp bạn hạn chế diễn tiến của đái tháo đường thai kỳ

Chế độ sinh hoạt

Hoạt động thể lực thích hợp: Dành 30 phút mỗi ngày cho các hoạt động thể chất, tham vấn ý kiến bác sĩ về các bài tập phù hợp với mẹ bầu. Giữ tinh thần lạc quan, vui vẻ, tránh stress. Khám sức khỏe định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ để tầm soát đái tháo đường và các vấn đề thai sản khác.

Hoạt động thể lực thích hợp: Dành 30 phút mỗi ngày cho các hoạt động thể chất, tham vấn ý kiến bác sĩ về các bài tập phù hợp với mẹ bầu.

Giữ tinh thần lạc quan, vui vẻ, tránh stress.

Khám sức khỏe định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ để tầm soát đái tháo đường và các vấn đề thai sản khác.

Chế độ dinh dưỡng:

Lựa chọn nhóm thực phẩm có lợi cho sức khỏe: Thực phẩm dinh dưỡng giàu chất xơ, ít chất béo xấu, lượng calo phù hợp như rau củ quả, trái cây, ngũ cốc nguyên cám. Kiểm soát cân nặng hợp lý, phù hợp với từng giai đoạn của thai, cần giảm cân nếu thừa cân, béo phì.

Lựa chọn nhóm thực phẩm có lợi cho sức khỏe: Thực phẩm dinh dưỡng giàu chất xơ, ít chất béo xấu, lượng calo phù hợp như rau củ quả, trái cây, ngũ cốc nguyên cám.

Kiểm soát cân nặng hợp lý, phù hợp với từng giai đoạn của thai, cần giảm cân nếu thừa cân, béo phì.

Phương pháp phòng ngừa đái tháo đường thai kỳ hiệu quả

Hiện nay, chưa có biện pháp phòng ngừa đái tháo đường thai kỳ tuyệt đối. Nếu bạn đã mắc đái tháo đường trước khi mang thai, hãy kiểm soát tốt đường huyết dưới sự hướng dẫn điều trị từ bác sĩ chuyên khoa. Duy trì một lối sống lành mạnh trước và trong quá trình mang thai, nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ của bạn sẽ giảm đáng kể.

Xem thêm:

Không xét nghiệm tiểu đường thai kỳ có sao không? Chỉ số tiểu đường thai kỳ bao nhiêu là nguy hiểm? Tiểu đường thai kỳ ăn gì để con tăng cân?

Không xét nghiệm tiểu đường thai kỳ có sao không?

Chỉ số tiểu đường thai kỳ bao nhiêu là nguy hiểm?

Tiểu đường thai kỳ ăn gì để con tăng cân?

=====

Tìm hiểu chung nhiễm độc giáp

Nhiễm độc giáp là gì?

Tuyến giáp là một tuyến nằm ở phía trước cổ, có hình giống như con bướm. Tuyến giáp sản xuất 2 loại hormone là triiodothyronine (T3) và thyroxine (T4). Các hormone này đảm nhận vai trò lớn trong nhiều hoạt động quan trọng của cơ thể (điều hòa sự trao đổi chất, điều chỉnh nhiệt độ cơ thể và nhịp tim). Ở bệnh nhân cường giáp và nhiễm độc giáp, nồng độ 2 hormone này tăng cao và nồng độ hormone

kích thích tuyến giáp (TSH) giảm còn rất thấp.

Nhiễm độc giáp là tình trạng hormone tuyến giáp trong cơ thể tăng cao quá mức vì một lý do nào đó, gây xáo trộn các hoạt động sinh lý bình thường.

Triệu chứng nhiễm độc giáp

Những dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm độc giáp

Nhiễm độc giáp nhẹ và trung bình:

Tăng nhịp tim, loạn nhịp tim ; Đổ nhiều mồ hôi; Cáu kỉnh, lo lắng, bồn chồn; Tay run và yếu các cơ; Tăng nhạy cảm với nhiệt; Sụt cân không rõ nguyên nhân; Rối loạn, bất thường về chu kỳ kinh nguyệt ở nữ giới; Mắt đỏ, chảy nước mắt, lồi mắt. Nhiễm độc giáp nặng (cơn bão giáp); Nhịp tim rất cao; Sốt cao; Kích động, lo lắng; Lẫn lộn; Tiêu chảy; Buồn nôn, nôn; Mất ý thức.

Tăng nhịp tim, loạn nhịp tim ;

Đổ nhiều mồ hôi;

Cáu kỉnh, lo lắng, bồn chồn;

Tay run và yếu các cơ;

Tăng nhạy cảm với nhiệt;

Sụt cân không rõ nguyên nhân;

Rối loạn, bất thường về chu kỳ kinh nguyệt ở nữ giới;

Mắt đỏ, chảy nước mắt, lồi mắt.

Nhiễm độc giáp nặng (cơn bão giáp);

Nhịp tim rất cao;

Sốt cao;

Kích động, lo lắng;

Lẫn lộn;

Tiêu chảy;

Buồn nôn, nôn;

Mất ý thức.

Tác động của nhiễm độc giáp đối với sức khỏe

Nhiễm độc giáp làm tăng khả năng trao đổi chất và các hoạt động khác của cơ thể.

Nhiễm độc giáp khiến bệnh nhân lo lắng, bồn chồn, khó chịu, sụt cân... Nếu không được điều trị, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng trên tim mạch, xương khớp, thị lực hoặc nghiêm trọng hơn là cơn bão giáp gây nguy hiểm đến tính mạng.

Biến chứng có thể gặp khi mắc nhiễm độc giáp

Nhiễm độc giáp nếu không được điều trị kịp thời có thể gây ra các biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân:

Loạn nhịp tim, rung nhĩ , làm tăng nguy cơ đột quỵ và suy tim sung huyết. Dư thừa hormone tuyến giáp quá lâu làm giảm khả năng lưu giữ calci trong xương, gây loãng xương. Bệnh mắt tuyến giáp cho bệnh Basedow có thể gây sưng, phồng, đỏ mắt và đe dọa đến thị lực.

Loạn nhịp tim, rung nhĩ , làm tăng nguy cơ đột quỵ và suy tim sung huyết.

Dư thừa hormone tuyến giáp quá lâu làm giảm khả năng lưu giữ calci trong xương, gây loãng xương.

Bệnh mắt tuyến giáp cho bệnh Basedow có thể gây sưng, phồng, đỏ mắt và đe dọa đến thị lực.

Cơn bão giáp là một tình trạng đe dọa tính mạng khi hormone tuyến giáp đột ngột được sản xuất và giải phóng một lượng lớn trong một khoảng thời gian ngắn.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân nhiễm độc giáp

Các nguyên nhân thường gặp dẫn đến bệnh nhân nhiễm độc giáp:

Bệnh Graves (Basedow) là nguyên nhân phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp. U tuyến giáp. U quái đơn bì. Viêm tuyến giáp: Do virus, vi khuẩn, thuốc (lithium, interferon...), viêm tuyến giáp tự miễn, viêm tuyến giáp sau sinh... Sử dụng thuốc điều trị suy giáp quá liều chỉ định. Tiêu thụ thực phẩm chứa hormone tuyến giáp (thịt cổ bò chứa mô tuyến giáp...).

Bệnh Graves (Basedow) là nguyên nhân phổ biến nhất gây nhiễm độc giáp.

U tuyến giáp.

U quái đơn bì.

Viêm tuyến giáp: Do virus, vi khuẩn, thuốc (lithium, interferon...), viêm tuyến giáp tự miễn, viêm tuyến giáp sau sinh...

Sử dụng thuốc điều trị suy giáp quá liều chỉ định.
Tiêu thụ thực phẩm chứa hormone tuyến giáp (thịt cổ bò chứa mô tuyến giáp...).

Nguy cơ nhiễm độc giáp

Những ai có nguy cơ mắc phải nhiễm độc giáp?

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải nhiễm độc giáp:

Người mắc bệnh tự miễn . Người bị viêm tuyến giáp. Người tự ý sử dụng thuốc điều trị suy giáp quá liều chỉ định. Phụ nữ vừa sinh con.

Người mắc bệnh tự miễn .

Người bị viêm tuyến giáp.

Người tự ý sử dụng thuốc điều trị suy giáp quá liều chỉ định.

Phụ nữ vừa sinh con.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc nhiễm độc giáp

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc Nhiễm độc giáp, bao gồm:

Giới tính: Theo thống kê, số lượng nữ giới bị nhiễm độc giáp cao hơn nam giới (2% ở nữ và 0,2% ở nam). Khả năng nhiễm độc giáp tăng lên theo tuổi tác. Gia đình có người có các bệnh lý về tuyến giáp , đặc biệt là bệnh Basedow. Đang mắc một số bệnh tự miễn (đái tháo đường type 1, thiếu máu ác tính, Addison...). Vừa mới sinh con.

Giới tính: Theo thống kê, số lượng nữ giới bị nhiễm độc giáp cao hơn nam giới (2% ở nữ và 0,2% ở nam).

Khả năng nhiễm độc giáp tăng lên theo tuổi tác.

Gia đình có người có các bệnh lý về tuyến giáp , đặc biệt là bệnh Basedow.

Đang mắc một số bệnh tự miễn (đái tháo đường type 1, thiếu máu ác tính, Addison...).

Vừa mới sinh con.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị nhiễm độc giáp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán nhiễm độc giáp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh nhiễm độc:

Bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng, các thuốc bạn đang sử dụng và kiểm tra bên ngoài phần cổ của bạn nếu có dấu hiệu sưng to tuyến giáp. Đo nhịp tim, huyết áp. Xét nghiệm máu về nồng độ các hormone tuyến giáp (T3, T4), hormone kích thích tuyến giáp (TSH). Xét nghiệm kháng thể kháng enzyme thyroid peroxidase (anti - TPO): Kháng thể này được tìm thấy ở 85% bệnh nhân Basedow. Xét nghiệm kháng thể kích thích tuyến giáp (TSab) hay globulin miễn dịch kích thích tuyến giáp (TSI): Đặc hiệu cho bệnh Basedow. Siêu âm tuyến giáp . Xạ hình tuyến giáp. Thử nghiệm hấp thu iod phóng xạ: Cho bệnh nhân dùng liều nhỏ iod phóng xạ và đo lại lượng iod phóng xạ mà tuyến giáp đã hấp thu sau 6 và 24 giờ. Nếu tuyến giáp hấp thu nhiều iod phóng xạ chứng tỏ nó đang sản xuất quá nhiều thyroxine (T4) do bệnh Basedow hoặc nhân giáp. Nếu tuyến giáp chỉ hấp thu một ít iod phóng xạ chứng tỏ có một lượng T4 rò rỉ vào máu do viêm tuyến giáp.

Bác sĩ sẽ hỏi về các triệu chứng, các thuốc bạn đang sử dụng và kiểm tra bên ngoài phần cổ của bạn nếu có dấu hiệu sưng to tuyến giáp.

Đo nhịp tim, huyết áp.

Xét nghiệm máu về nồng độ các hormone tuyến giáp (T3, T4), hormone kích thích tuyến giáp (TSH).

Xét nghiệm kháng thể kháng enzyme thyroid peroxidase (anti - TPO): Kháng thể này được tìm thấy ở 85% bệnh nhân Basedow.

Xét nghiệm kháng thể kích thích tuyến giáp (TSab) hay globulin miễn dịch kích thích tuyến giáp (TSI): Đặc hiệu cho bệnh Basedow.

Siêu âm tuyến giáp .

Xạ hình tuyến giáp.

Thử nghiệm hấp thu iod phóng xạ: Cho bệnh nhân dùng liều nhỏ iod phóng xạ và đo lại lượng iod phóng xạ mà tuyến giáp đã hấp thu sau 6 và 24 giờ. Nếu tuyến giáp hấp thu nhiều iod phóng xạ chứng tỏ nó đang sản xuất quá nhiều thyroxine (T4) do bệnh Basedow hoặc nhân giáp. Nếu tuyến giáp chỉ hấp thu một ít iod phóng xạ chứng tỏ có một lượng T4 rò rỉ vào máu do viêm tuyến giáp.

Phương pháp điều trị nhiễm độc giáp hiệu quả

Tùy vào thể trạng bệnh nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh mà bác sĩ sẽ kê đơn thuốc và áp dụng những phương pháp điều trị phù hợp.

Dùng thuốc kháng giáp (methimazole , propylthiouracil) trong trường hợp mắc bệnh Basedow hoặc các dạng cường giáp khác. Methimazole mạnh hơn và tác dụng lâu hơn propylthiouracil. Propylthiouracil được dành riêng để sử dụng trong cơn bão

giáp, phụ nữ trong 3 tháng đầu thai kỳ và khi bệnh nhân dị ứng hoặc không dung nạp methimazole. Liều thuốc kháng giáp được điều chỉnh 4 tuần/lần đến khi các chức năng tuyến giáp bình thường trở lại.

Dùng iod phóng xạ (RAI) I - 131 dạng viên uống để phá hủy bớt các mô tuyến giáp hoạt động quá mức, giúp thu nhỏ phần nào kích thước của tuyến giáp. Không áp dụng phương này với phụ nữ có thai và đang cho con bú.

Dùng glucocorticoid để giảm đau và viêm do viêm tuyến giáp.

Dùng thuốc chẹn β để làm giảm bớt các triệu chứng mạch nhanh và run tay (nếu cần) và phải phối hợp với các thuốc khác để giảm lượng hormone tuyến giáp.

Dùng nước muối nhỏ mắt và đeo kính râm khi ra đường nếu có các triệu chứng nhẹ trên mắt.

Đối với trường hợp bệnh nhân bị tổn thương mắt do phù nề chèn ép dây thần kinh thị giác, có thể sử dụng glucocorticoid liều cao, kháng thể đơn dòng chẹn IGF - 1R, phẫu thuật giảm áp hốc mắt.

Trong trường hợp nghiêm trọng, bác sĩ có thể yêu cầu phẫu thuật để loại bỏ một phần hoặc toàn bộ tuyến giáp.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa nhiễm độc giáp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của nhiễm độc giáp

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái. Sự tăng cường trao đổi chất do nhiễm độc giáp có thể ảnh hưởng đến tác dụng của các thuốc khác (insulin...). Do đó, bạn cần nói với bác sĩ về các thuốc đang sử dụng vì có thể cần phải chỉnh liều những thuốc này.

Nhiễm độc giáp có thể gây nên các triệu chứng khá giống với hạ đường huyết (run, toát mồ hôi...) khiến bệnh nhân tăng sử dụng đường gây tăng đường huyết.

Đối với bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý tim phổi hoặc nhiễm độc giáp nặng, cần thận trọng và giảm các hoạt động thể chất đến khi tình trạng cường giáp được kiểm soát.

Thận trọng khi dùng thuốc cản quang chứa iod khi thực hiện các chẩn đoán hình ảnh.

Nên kiểm tra định kỳ chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cắt tuyến giáp.

Chế độ dinh dưỡng:

Uống nhiều nước, đặc biệt ở bệnh nhân bị mất nước.

Bổ sung thêm calci từ sữa, các sản phẩm từ sữa và trong thực phẩm hàng ngày.

Tránh dùng các thực phẩm chứa iod.

Phương pháp phòng ngừa nhiễm độc giáp hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Không dùng các thuốc điều trị bệnh tuyến giáp quá liều chỉ định của bác sĩ. Rèn luyện sức khỏe thường xuyên bằng việc tập thể dục và có chế độ ăn uống lành mạnh để tăng cường hệ miễn dịch của cơ thể.

Không dùng các thuốc điều trị bệnh tuyến giáp quá liều chỉ định của bác sĩ.

Rèn luyện sức khỏe thường xuyên bằng việc tập thể dục và có chế độ ăn uống lành mạnh để tăng cường hệ miễn dịch của cơ thể.

=====

Tìm hiểu chung mất nước

Mất nước là gì?

Mất nước xảy ra khi lượng dịch mà cơ thể sử dụng hoặc lượng dịch mất đi nhiều hơn lượng dịch nạp vào dẫn đến tình trạng thiếu nước. Điều này khiến cơ thể không thể thực hiện được các chức năng bình thường của nó.

Ở những người lớn tuổi, họ không có/giảm cảm giác khát dù cơ thể đang bắt đầu mất nước. Tình trạng mất nước có thể trở nên trầm trọng hơn nếu người lớn tuổi bị sốt hoặc mắc các bệnh làm giảm khả năng tự uống nước của họ.

Triệu chứng mất nước

Những dấu hiệu và triệu chứng gợi ý tình trạng mất nước

Khát nước không phải lúc nào cũng là dấu hiệu đáng tin cậy về nhu cầu nước của cơ thể. Đặc biệt ở những người lớn tuổi, họ không cảm thấy khát cho đến khi cơ thể đã mất nước rất nhiều. Đó là lý do tại sao phải tăng cường uống nước khi thời tiết nóng bức hoặc khi bạn bị ốm.

Các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng mất nước có thể khác nhau tùy theo độ tuổi.

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: Môi và lưỡi khô, khóc không có nước mắt, mắt trũng, không ghi nhận tã ướt sau 3 tiếng, bứt rứt/kích thích hoặc li bì/ngủ gà.

Trẻ lớn/người lớn: Cực kỳ khát, tiểu ít, nước tiểu sậm màu, mệt mỏi, chóng mặt, lú lẫn.

Biến chứng có thể gặp khi mất nước

Mất nước có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng, nguy hiểm nhất là tình trạng shock giảm thể tích có thể dẫn đến tụt huyết áp, trụy mạch và tử vong.

Các biến chứng khác có thể gặp bao gồm:

Cơ giât: Xảy ra do rối loạn điện giải đặc biệt là Natri và Kali do mất nước dẫn đến tình trạng rối loạn điện giải trong tế bào gây ra cơ giât. Suy thận và sỏi thận: Mất nước có thể gây ra tình trạng cô đặc nước tiểu, tạo điều kiện hình

thành sỏi thận. Ngoài ra, mất nước kéo dài có thể dẫn đến suy thận. Tổn thương

do nhiệt: Thường gặp ở những người vận động thể thao cường độ cao nhưng không bù đủ nước sẽ khiến nhiệt độ cơ thể tăng cao quá mức dẫn đến hội chứng tổn thương do nhiệt từ nhẹ (như chuột rút) cho đến nặng như shock nhiệt (heatstroke).

Cơ giât: Xảy ra do rối loạn điện giải đặc biệt là Natri và Kali do mất nước dẫn đến tình trạng rối loạn điện giải trong tế bào gây ra cơ giât.

Suy thận và sỏi thận: Mất nước có thể gây ra tình trạng cô đặc nước tiểu, tạo điều kiện hình thành sỏi thận. Ngoài ra, mất nước kéo dài có thể dẫn đến suy thận.

Tổn thương do nhiệt: Thường gặp ở những người vận động thể thao cường độ cao nhưng không bù đủ nước sẽ khiến nhiệt độ cơ thể tăng cao quá mức dẫn đến hội chứng tổn thương do nhiệt từ nhẹ (như chuột rút) cho đến nặng như shock nhiệt (heatstroke).

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân mất nước

Lượng nước cơ thể mất hằng ngày thường từ các nguồn như mồ hôi, qua hơi thở, đại tiện và tiểu tiện cũng như nước mất và nước bọt. Việc uống nước đầy đủ và lượng nước hấp thu từ thức ăn mỗi ngày giúp bổ sung lượng nước mất.

Nguyên nhân phổ biến nhất gây ra mất nước ở trẻ nhỏ là tiêu chảy và nôn ói nhiều.

Người lớn tuổi thường có lượng nước trong cơ thể thấp và có thể có các bệnh kèm hoặc sử dụng các thuốc gây giảm thể tích nước trong cơ thể. Người lớn tuổi thường không có/giảm cảm giác khát nếu đi kèm với tình trạng sốt cao có thể khiến tình trạng mất nước trở nên trầm trọng hơn.

Nguy cơ mất nước

Những ai có nguy cơ mất nước?

Bất kỳ ai cũng có thể bị mất nước nhưng tình trạng này đặc biệt nguy hiểm đối với trẻ nhỏ và người lớn tuổi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mất nước

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mất nước bao gồm:

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ: Thường có diện tích bề mặt cơ thể lớn hơn thể tích nước nên dễ mất nước do tình trạng sốt cao hoặc bỏng. Ngoài ra, trẻ không thể nói rằng trẻ khát nước hoặc không thể tự uống nước được.

Người lớn tuổi, nhiều bệnh kèm: Khi lớn tuổi, dự trữ nước của cơ thể giảm kèm theo cảm giác khát trở nên ít rõ rệt. Ngoài ra, khi bị bệnh, người lớn tuổi thường chán ăn và không uống nhiều nước vì mệt mỏi. Điều này dẫn đến mất nước âm thầm.

Người làm việc ngoài trời trong thời tiết nóng ẩm: Ở thời tiết này, mồ hôi không thể dễ dàng bay hơi và làm hạ nhiệt cơ thể hiệu quả, điều này dẫn đến nhiệt độ cơ thể tăng lên và gây mất nước nhiều hơn.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị mất nước

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán mất nước

Ngoài việc dựa vào các dấu hiệu và triệu chứng điển hình, một số xét nghiệm có thể hỗ trợ bao gồm:

Đo huyết áp: Giảm thể tích nước trong cơ thể có thể dẫn đến tụt huyết áp. Xét nghiệm máu và điện giải. Tổng phân tích nước tiểu.

Đo huyết áp: Giảm thể tích nước trong cơ thể có thể dẫn đến tụt huyết áp.

Xét nghiệm máu và điện giải.

Tổng phân tích nước tiểu.

Phương pháp điều trị mất nước hiệu quả

Cách điều trị hiệu quả duy nhất cho tình trạng mất nước là bù dịch và điện giải đã mất. Điều trị mất nước phụ thuộc vào tuổi tác, mức độ nghiêm trọng và nguyên nhân gây ra mất nước.

Trẻ em và người cao tuổi bị mất nước nghiêm trọng cần được nhập cấp cứu để bù dịch và điện giải qua đường tĩnh mạch.

Nếu bạn làm việc hoặc tập thể dục ngoài trời trong thời tiết nóng, ẩm. Uống nước mát là lựa chọn tốt nhất cho bạn. Đồ uống thể thao có chứa chất điện giải và dung dịch đường cũng có thể có ích.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa mất nước

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế mất nước

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Chế độ dinh dưỡng:

Người cao tuổi bị suy giảm cảm giác khát nước có thể duy trì những thói quen như uống nước vào bữa ăn, ăn những món ăn có lượng nước nhiều như súp hoặc trái cây như dưa hấu.

Phương pháp phòng ngừa mất nước hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Nếu trẻ bị tiêu chảy, nôn ói: Nên bắt đầu cho trẻ bù nước ngay, không chờ đến khi mất nước xảy ra. Người cao tuổi: Thường bị mất nước nhất là khi bị những bệnh nhẹ - chẳng hạn như cúm, viêm phế quản hoặc viêm bàng quang. Hãy đảm bảo uống thêm nước khi bạn cảm thấy không khỏe.

Nếu trẻ bị tiêu chảy, nôn ói: Nên bắt đầu cho trẻ bù nước ngay, không chờ đến khi mất nước xảy ra.

Người cao tuổi: Thường bị mất nước nhất là khi bị những bệnh nhẹ - chẳng hạn như cúm, viêm phế quản hoặc viêm bàng quang. Hãy đảm bảo uống thêm nước khi bạn cảm thấy không khỏe.

=====

Tìm hiểu chung nhiễm toan ceton

Nhiễm toan ceton là một trạng thái chuyển hóa liên quan đến nồng độ cao ở mức bệnh lý của các thể ceton trong máu và nước tiểu. Các thể ceton cụ thể là acetone, acetoacetate và beta-hydroxybutyrate.

Ở trạng thái dị hóa (là quá trình cơ thể phân giải các chất phức tạp thành đơn giản hơn để giải phóng năng lượng), các acid béo được chuyển hóa thành thể ceton, để có thể dễ dàng sử dụng làm nhiên liệu cho hoạt động của các tế bào trong cơ thể.

Nhiễm toan ceton liên quan đến lâm sàng thường được thảo luận bao gồm:

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường ; Nhiễm toan ceton do rượu; Nhiễm toan ceton do đói.

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường ;

Nhiễm toan ceton do rượu;

Nhiễm toan ceton do đói.

Trong đó, nhiễm toan ceton do đái tháo đường nếu không được nhận biết và điều trị sớm có khả năng sẽ đe dọa tính mạng của người bệnh đái tháo đường.

Triệu chứng nhiễm toan ceton

Những dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm toan ceton

Người bệnh nhiễm toan ceton có thể có các triệu chứng khác nhau, tùy thuộc vào nguyên nhân dẫn đến nhiễm toan ceton.

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường

Người bệnh mắc nhiễm toan ceton do đái tháo đường có vô số triệu chứng và biểu

hiện khác nhau, thường xảy ra sau vài giờ. Các triệu chứng chủ yếu bao gồm triệu chứng của tăng đường huyết, mất nước và/hoặc nhiễm toan:

Khát, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút gia tăng rõ rệt trong vài ngày. Cảm thấy mệt mỏi, buồn ngủ, chán ăn. Cảm giác buồn nôn, nôn và thường đau bụng vùng thượng vị. Da khô, miệng khô. Lú lẫn hoặc kém tỉnh táo. Thở nhanh, thở sâu hơn bình thường. Hơi thở có mùi trái cây.

Khát, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút gia tăng rõ rệt trong vài ngày.

Cảm thấy mệt mỏi, buồn ngủ, chán ăn.

Cảm giác buồn nôn, nôn và thường đau bụng vùng thượng vị.

Da khô, miệng khô.

Lú lẫn hoặc kém tỉnh táo.

Thở nhanh, thở sâu hơn bình thường.

Hơi thở có mùi trái cây.

Nhiễm toan ceton do rượu

Nhiễm toan ceton do rượu là một hội chứng thường gặp chủ yếu ở những đối tượng rối loạn sử dụng rượu mạn tính và thường thấy ở những người bệnh uống rượu say. Các biểu hiện có thể bao gồm đau bụng và nôn sau khi ngừng uống rượu đột ngột. Ngoài ra, còn có các triệu chứng khác như nhịp tim nhanh, thở nhanh, tăng huyết áp, kích động, và hầu hết người bệnh thường sẽ có mùi ceton (hơi thở mùi trái cây) trong hơi thở.

Nhiễm toan ceton do đói

Ngoài các triệu chứng của nhiễm toan ceton như thở nhanh sâu, hơi thở có mùi ceton, ở người bệnh nhiễm toan ceton do đói, người bệnh có các dấu hiệu suy nhược như:

Khối lượng cơ kém; Lượng mỡ cơ thể tối thiểu; Xương nổi rõ; Hao mòn; Sâu răng; Tóc thưa, mỏng, khô; Mạch, huyết áp, nhiệt độ thấp.

Khối lượng cơ kém;

Lượng mỡ cơ thể tối thiểu;

Xương nổi rõ;

Hao mòn;

Sâu răng;

Tóc thưa, mỏng, khô;

Mạch, huyết áp, nhiệt độ thấp.

Biến chứng có thể gặp khi mắc nhiễm toan ceton

Nếu tình trạng nhiễm toan ceton không được phát hiện và xử trí kịp thời, có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng hơn:

Đối với nhiễm toan ceton do đái tháo đường: Nếu không được điều trị, mất nước và các bất thường trao đổi chất sẽ nặng nề hơn, có thể dẫn đến hôn mê, lú lẫn thậm chí là suy hô hấp và tử vong. Đối với nhiễm toan ceton do rượu: Các biến chứng có thể xảy ra nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ, không thể chấm dứt quá trình tạo ceton, bao gồm sốc giảm thể tích và ngưng tim. Đối với nhiễm toan ceton do đói: Khi xảy ra nhiễm toan ceton do đói, cơ thể của một người thường sẽ bắt đầu suy kiệt. Nếu không kịp thời điều trị, người bệnh có thể hôn mê và mất sức nghiêm trọng, có thể dẫn đến tử vong.

Đối với nhiễm toan ceton do đái tháo đường: Nếu không được điều trị, mất nước và các bất thường trao đổi chất sẽ nặng nề hơn, có thể dẫn đến hôn mê, lú lẫn thậm chí là suy hô hấp và tử vong.

Đối với nhiễm toan ceton do rượu: Các biến chứng có thể xảy ra nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ, không thể chấm dứt quá trình tạo ceton, bao gồm sốc giảm thể tích và ngưng tim.

Đối với nhiễm toan ceton do đói: Khi xảy ra nhiễm toan ceton do đói, cơ thể của một người thường sẽ bắt đầu suy kiệt. Nếu không kịp thời điều trị, người bệnh có thể hôn mê và mất sức nghiêm trọng, có thể dẫn đến tử vong.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nhiễm toan ceton là một trường hợp cấp cứu y tế. Do đó, nếu bạn hoặc người thân của bạn có các dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm toan ceton, hãy gọi cấp cứu và đến ngay cơ sở y tế để được điều trị kịp thời.

Nguyên nhân nhiễm toan ceton

Nguyên nhân dẫn đến nhiễm toan ceton

Nhiễm toan ceton do đái tháo đường

Tình trạng nhiễm toan ceton do đái tháo đường thường liên quan đến việc thiếu insulin tương đối. Đây là tình trạng cơ thể bạn không có đủ insulin, ở người bệnh đái tháo đường típ 1 có nguy cơ bị nhiễm toan ceton vì cơ thể họ không sản

xuất ra bất kỳ loại insulin nào. Họ có thể bị nhiễm toan ceton khi insulin trong cơ thể bị cạn kiệt (khi bệnh chưa được chẩn đoán, chưa kịp điều trị) hoặc khi ngưng insulin đột ngột.

Nhiễm toan ceton do rượu

Nguyên nhân của nhiễm toan ceton do rượu bắt nguồn từ việc người bệnh không có khả năng tiêu hoá, hấp thu và sử dụng glucose từ chế độ ăn uống. Việc nôn và buồn nôn làm ngăn chặn quá trình tiêu hóa, rượu làm suy giảm quá trình tạo đường trong cơ thể và giữ đường huyết ở mức thấp. Trạng thái lo lắng và cai rượu càng làm trầm trọng thêm khả năng ăn uống, từ đó dẫn đến cơ thể thiếu các chất dinh dưỡng và gây ra sự hình thành ceton, làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton.

Nhiễm toan ceton do đói

Các nguyên nhân có thể dẫn đến toan ceton do đói bao gồm:

Thất dạ dày; Suy dinh dưỡng ; Rối loạn ăn uống; Chế độ ăn keto, đặc biệt khi kết hợp với việc nhịn ăn gián đoạn.

Thất dạ dày;

Suy dinh dưỡng ;

Rối loạn ăn uống;

Chế độ ăn keto, đặc biệt khi kết hợp với việc nhịn ăn gián đoạn.

Nguy cơ nhiễm toan ceton

Những ai có nguy cơ mắc nhiễm toan ceton?

Những người bệnh đái tháo đường típ 1 , hoặc típ 2 đều có nguy cơ mắc nhiễm toan ceton do đái tháo đường. Trong đó, nhiễm toan ceton xảy ra thường xuyên hơn ở người bệnh đái tháo đường típ 1.

Đối với nhiễm toan ceton do rượu, tỷ lệ xảy ra phổ biến liên quan đến việc lạm dụng rượu, không liên quan đến chủng tộc, giới tính hoặc lứa tuổi.

Đối với nhiễm toan ceton do đói, thường gặp ở nơi có tình trạng kinh tế xã hội cực kỳ thiếu thốn, hoặc có thể thấy ở chứng suy mòn do các bệnh lý ác tính tiềm ẩn.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc nhiễm toan ceton

Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton có thể bao gồm:

Đối với nhiễm toan ceton do đái tháo đường: Các yếu tố thuận lợi chính là nhiễm trùng, có bệnh lý cấp tính xuất hiện, bỏ tiêm insulin hoặc tiêm insulin không đúng. Người bệnh đái tháo đường típ 2 cũng có thể bị nhiễm toan ceton nếu gặp các stress nặng như nhiễm trùng , phẫu thuật. Đối với nhiễm toan ceton do rượu:

Yếu tố nguy cơ chính cũng là nguyên nhân dẫn đến nhiễm toan ceton do rượu. Liên quan đến tình trạng lạm dụng rượu và suy dinh dưỡng do nghiện rượu. Đối với nhiễm toan ceton do đói: Nhiễm toan ceton do đói liên quan trực tiếp đến việc ăn uống. Đối với các đối tượng nhịn ăn, kết hợp với các chế độ ăn kiêng khắc nghiệt sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton do đói. Các đối tượng gặp chứng khó nuốt sau phẫu thuật hoặc ăn uống kém kéo dài cũng làm tăng nguy cơ này.

Đối với nhiễm toan ceton do đái tháo đường: Các yếu tố thuận lợi chính là nhiễm trùng, có bệnh lý cấp tính xuất hiện, bỏ tiêm insulin hoặc tiêm insulin không đúng. Người bệnh đái tháo đường típ 2 cũng có thể bị nhiễm toan ceton nếu gặp các stress nặng như nhiễm trùng , phẫu thuật.

Đối với nhiễm toan ceton do rượu: Yếu tố nguy cơ chính cũng là nguyên nhân dẫn đến nhiễm toan ceton do rượu. Liên quan đến tình trạng lạm dụng rượu và suy dinh dưỡng do nghiện rượu.

Đối với nhiễm toan ceton do đói: Nhiễm toan ceton do đói liên quan trực tiếp đến việc ăn uống. Đối với các đối tượng nhịn ăn, kết hợp với các chế độ ăn kiêng khắc nghiệt sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm toan ceton do đói. Các đối tượng gặp chứng khó nuốt sau phẫu thuật hoặc ăn uống kém kéo dài cũng làm tăng nguy cơ này.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị nhiễm toan ceton

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán nhiễm toan ceton

Bác sĩ sẽ khám thực thể và thực hiện các xét nghiệm máu, nước tiểu hay hình ảnh học (nếu cần) để chẩn đoán xác định tình trạng nhiễm toan ceton.

Khi khám thực thể, hầu hết các người bệnh nhiễm toan ceton có các biểu hiện giảm thể tích tuần hoàn do mất nước và điện giải qua đường tiêu hóa. Trong trường hợp nặng, người bệnh có thể có hạ huyết áp hay sốc nặng. Hô hấp thường nhanh và sâu như một cơ chế bù trừ, còn được gọi là thở Kussmaul, và có mùi trái cây rõ rệt trong hơi thở (có sản xuất acetone).

Khi nghi ngờ nhiễm toan ceton, các xét nghiệm ban đầu có thể bao gồm:

Nồng độ glucose trong máu ; Ceton trong máu; Nitơ, urê máu; Các chất điện giải;

Khoảng trống anion; Khí máu động mạch ; Độ thẩm thấu máu; Tổng phân tích tế bào máu; Cấy máu.

Nồng độ glucose trong máu ;

Ceton trong máu;

Nitơ, urê máu;

Các chất điện giải;

Khoảng trống anion;

Khí máu động mạch ;

Độ thẩm thấu máu;

Tổng phân tích tế bào máu;

Cấy máu.

Ngoài ra, bác sĩ có thể chỉ định kèm các xét nghiệm nước tiểu như nồng độ ceton nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu. Hoặc các xét nghiệm khác như x-quang ngực thẳng, điện tâm đồ để có thể chẩn đoán chính xác nguyên nhân cũng như các rối loạn khác liên quan nhiễm toan ceton.

Phương pháp điều trị nhiễm toan ceton

Nhận biết các dấu hiệu của nhiễm toan ceton và đưa người bệnh đến cơ sở y tế để kịp thời điều trị là thực sự cần thiết, để giảm thiểu các biến chứng nguy hiểm cho người bệnh. Các điều trị có thể bao gồm:

Ổn định tuần hoàn, đường thở và hô hấp ban đầu. Điều trị đặc hiệu nhiễm toan ceton do đái tháo đường cần điều chỉnh tăng đường huyết bằng insulin tiêm tĩnh mạch. Theo dõi thường xuyên các chất điện giải, điều chỉnh tình trạng giảm thể tích và nhiễm toan. Nhiễm toan ceton do rượu thường đáp ứng với nước muối và glucose tĩnh mạch. Cũng như nhiễm toan ceton do đái tháo đường, cần điều chỉnh tình trạng giảm thể tích và sốc ở người bệnh. Thay thế thiamin là rất quan trọng trong các biểu hiện liên quan đến nhiễm độc rượu hay hội chứng cai rượu và nhiễm toan ceton. Điều chỉnh các rối loạn điện giải cũng là rất quan trọng, đặc biệt là tình trạng mất kali qua đường tiêu hóa hay mất qua thận. Điều trị nhiễm toan ceton do đói cũng tương tự như nhiễm toan ceton do rượu. Đặc biệt người bệnh cần theo dõi hội chứng cho ăn lại, liên quan đến các rối loạn điện giải khi bắt đầu cho ăn tích cực ở một người bị bỏ đói trong thời gian dài.

Ổn định tuần hoàn, đường thở và hô hấp ban đầu.

Điều trị đặc hiệu nhiễm toan ceton do đái tháo đường cần điều chỉnh tăng đường huyết bằng insulin tiêm tĩnh mạch. Theo dõi thường xuyên các chất điện giải, điều chỉnh tình trạng giảm thể tích và nhiễm toan.

Nhiễm toan ceton do rượu thường đáp ứng với nước muối và glucose tĩnh mạch. Cũng như nhiễm toan ceton do đái tháo đường, cần điều chỉnh tình trạng giảm thể tích và sốc ở người bệnh. Thay thế thiamin là rất quan trọng trong các biểu hiện liên quan đến nhiễm độc rượu hay hội chứng cai rượu và nhiễm toan ceton. Điều chỉnh các rối loạn điện giải cũng là rất quan trọng, đặc biệt là tình trạng mất kali qua đường tiêu hóa hay mất qua thận.

Điều trị nhiễm toan ceton do đói cũng tương tự như nhiễm toan ceton do rượu. Đặc biệt người bệnh cần theo dõi hội chứng cho ăn lại, liên quan đến các rối loạn điện giải khi bắt đầu cho ăn tích cực ở một người bị bỏ đói trong thời gian dài.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa nhiễm toan ceton

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của nhiễm toan ceton

Chế độ sinh hoạt:

Để ngăn ngừa tình trạng nhiễm toan ceton, bạn có thể tham khảo và thực hiện các hành động sau:

Kiểm tra lượng đường huyết thường xuyên nếu bạn mắc đái tháo đường. Giữ lượng đường huyết của bạn trong phạm vi mục tiêu, uống thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ. Trao đổi với bác sĩ để thực hiện đúng việc điều trị đái tháo đường, bao gồm việc chỉnh liều và cách sử dụng insulin. Không ngưng dùng insulin và không bỏ liều insulin. Tham khảo ý kiến của bác sĩ và tuân thủ theo hướng dẫn để điều chỉnh tình trạng rối loạn lạm dụng rượu. Nếu bạn vừa phẫu thuật hoặc sống với tình trạng sức khỏe tiềm ẩn hay trải qua xạ trị, nên làm việc với bác sĩ để đảm bảo về tình trạng dinh dưỡng, ngăn ngừa nhiễm toan ceton do đói.

Kiểm tra lượng đường huyết thường xuyên nếu bạn mắc đái tháo đường.

Giữ lượng đường huyết của bạn trong phạm vi mục tiêu, uống thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ.

Trao đổi với bác sĩ để thực hiện đúng việc điều trị đái tháo đường, bao gồm việc chỉnh liều và cách sử dụng insulin.

Không ngưng dùng insulin và không bỏ liều insulin.

Tham khảo ý kiến của bác sĩ và tuân thủ theo hướng dẫn để điều chỉnh tình trạng rối loạn lạm dụng rượu.
Nếu bạn vừa phẫu thuật hoặc sống với tình trạng sức khỏe tiềm ẩn hay trải qua xạ trị, nên làm việc với bác sĩ để đảm bảo về tình trạng dinh dưỡng, ngăn ngừa nhiễm toan ceton do đói.

Chế độ dinh dưỡng:

Như đã đề cập ở trên, bạn nên tham khảo với bác sĩ để có một chế độ ăn phù hợp, không nên tự ý nhịn ăn hay thực hiện các chế độ ăn kiêng khắc nghiệt mà không có sự hướng dẫn của bác sĩ. Việc duy trì một chế độ ăn lành mạnh có thể giúp hạn chế nguy cơ dẫn đến nhiễm toan ceton do rượu hay do đói.

Phương pháp phòng ngừa nhiễm toan ceton hiệu quả

Để phòng ngừa nhiễm toan ceton một cách hiệu quả, bạn có thể thực hiện các việc sau:

Nếu bạn mắc đái tháo đường, hãy tuân thủ theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ, bao gồm việc sử dụng thuốc hay insulin. Hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ về cách điều chỉnh insulin cho phù hợp nếu bạn có thay đổi chế độ ăn, chế độ hoạt động, hay gặp các stress như phẫu thuật, nhiễm trùng. Nếu bạn có rối loạn sử dụng rượu, hãy tìm hiểu và tham khảo cách để điều chỉnh lại tình trạng này, để ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra, bao gồm nhiễm toan ceton do rượu. Nếu bạn đang muốn ăn kiêng, hoặc gặp các rối loạn về ăn uống, hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc chuyên gia để có chế độ ăn phù hợp, ngăn ngừa các biến chứng không mong muốn.

Nếu bạn mắc đái tháo đường, hãy tuân thủ theo hướng dẫn điều trị của bác sĩ, bao gồm việc sử dụng thuốc hay insulin. Hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ về cách điều chỉnh insulin cho phù hợp nếu bạn có thay đổi chế độ ăn, chế độ hoạt động, hay gặp các stress như phẫu thuật, nhiễm trùng.

Nếu bạn có rối loạn sử dụng rượu, hãy tìm hiểu và tham khảo cách để điều chỉnh lại tình trạng này, để ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra, bao gồm nhiễm toan ceton do rượu.

Nếu bạn đang muốn ăn kiêng, hoặc gặp các rối loạn về ăn uống, hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc chuyên gia để có chế độ ăn phù hợp, ngăn ngừa các biến chứng không mong muốn.

=====

Tìm hiểu chung bệnh wilson

Bệnh Wilson là một chứng rối loạn chuyển hóa di truyền, gan không bài tiết đồng dư thừa vào mật như bình thường khiến lượng đồng tích tụ quá mức trong cơ thể, đặc biệt là ở gan, não và mắt. Các đặc điểm của tình trạng này bao gồm sự kết hợp của bệnh gan và các vấn đề về thần kinh và tâm thần.

Bệnh gan thường là đặc điểm ban đầu của bệnh Wilson ở trẻ em và thanh niên bị ảnh hưởng; những người được chẩn đoán ở độ tuổi lớn hơn thường không có các triệu chứng của các vấn đề về gan, mặc dù họ có thể bị bệnh gan rất nhẹ. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh gan bao gồm vàng da hoặc lòng trắng của mắt (vàng da), mệt mỏi, chán ăn và sưng bụng.

Các vấn đề về hệ thần kinh hoặc tâm thần thường là những đặc điểm ban đầu ở những người được chẩn đoán ở tuổi trưởng thành và thường xảy ra ở những người trẻ tuổi mắc bệnh Wilson. Các dấu hiệu và triệu chứng của những vấn đề này có thể bao gồm vụng về, run, đi lại khó khăn, các vấn đề về giọng nói, suy giảm khả năng tư duy, trầm cảm, lo lắng và thay đổi tâm trạng.

Ở nhiều người bị bệnh Wilson, đồng lắng đọng ở bề mặt phía trước của mắt (giác mạc) tạo thành một vòng từ xanh lục đến nâu, gọi là vòng Kayser-Fleischer, bao quanh phần có màu của mắt. Các bất thường trong chuyển động của mắt, chẳng hạn như hạn chế khả năng nhìn lên trên, cũng có thể xảy ra.

Hầu hết đồng trong cơ thể nằm trong gan, xương và cơ, nhưng dấu vết của đồng có trong tất cả các mô của cơ thể. Gan bài tiết đồng dư thừa vào mật để đào thải ra khỏi cơ thể. Do gan không bài tiết được lượng đồng dư thừa ở những người mắc bệnh Wilson, đồng sẽ tích tụ lại trong gan và làm tổn thương nó, gây ra xơ gan. Gan bị tổn thương sẽ giải phóng đồng trực tiếp vào máu và đồng được đưa đến các cơ quan khác, chẳng hạn như não, thận và mắt, nơi nó cũng tích tụ.

Triệu chứng bệnh wilson

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Wilson

Các triệu chứng thường bắt đầu từ 5 đến 35 tuổi nhưng có thể bắt đầu bất cứ lúc nào từ 2 đến 72 tuổi.

Những người mắc bệnh Wilson thường có các triệu chứng đầu tiên là do tổn thương não bao gồm run, khó nói và nuốt, chảy nước dãi, mất phối hợp, cử động giật không tự chủ (múa giật), thay đổi tính cách và thậm chí rối loạn tâm thần (chẳng hạn như tâm thần phân liệt hoặc bệnh hưng cảm).

Ngoài ra còn có các triệu chứng đầu tiên là do gan bị tổn thương do viêm (viêm gan) và cuối cùng là sẹo (xơ gan).

Nhấn vàng hoặc vàng lục (nhấn Kayser-Fleischer) có thể xuất hiện xung quanh tròng đen (phần có màu của mắt). Các vòng này phát triển khi đồng tích tụ. Ở một số người, những chiếc nhẫn này là dấu hiệu đầu tiên của bệnh Wilson.

Tác động của bệnh Wilson đối với sức khỏe

Người ta có thể bị mệt mỏi và suy nhược do giảm số lượng hồng cầu (thiếu máu) vì các tế bào hồng cầu bị vỡ (gây thiếu máu tán huyết). Phụ nữ có thể không có kinh nguyệt hoặc bị sảy thai nhiều lần.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Wilson

Biến chứng nguy hiểm nhất của bệnh Wilson là dẫn đến tử vong nếu không phát hiện và điều trị kịp thời.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân bệnh wilson

Nguyên nhân chính dẫn đến bệnh Wilson là do đột biến gen trong cơ thể

Bệnh Wilson do đột biến gen ATP7B gây ra. Gen này tạo ra một loại protein gọi là ATPase 2 vận chuyển đồng, có vai trò vận chuyển đồng từ gan đến các bộ phận khác của cơ thể. Đồng cần thiết cho nhiều chức năng của tế bào, nhưng nó sẽ độc hại khi có quá nhiều.

Protein ATPase 2 vận chuyển đồng đặc biệt quan trọng để loại bỏ đồng dư thừa ra khỏi cơ thể. Các đột biến trong gen ATP7B ngăn không cho protein vận chuyển hoạt động bình thường. Với sự thiếu hụt protein chức năng, đồng dư thừa sẽ không được loại bỏ khỏi cơ thể. Kết quả là, đồng tích tụ đến mức độc hại có thể gây hại cho các mô và cơ quan, đặc biệt là gan và não.

Di truyền

Tình trạng này được di truyền theo kiểu lặn trên NST thường, có nghĩa là cả hai bản sao của gen trong mỗi tế bào đều có đột biến.

Nguy cơ bệnh wilson

Những ai có nguy cơ mắc phải bệnh Wilson?

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Wilson thường xuất hiện đầu tiên ở độ tuổi từ 6 đến 45 tuổi, nhưng thường bắt đầu ở tuổi thiếu niên.

Bệnh Wilson là một chứng rối loạn hiếm gặp, chiếm khoảng 1/30.000 người.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bệnh Wilson

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh Wilson, bao gồm:

Đột biến gen . Di truyền.

Đột biến gen .

Di truyền.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh wilson

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh Wilson

Các bác sĩ nghi ngờ bệnh Wilson dựa trên các triệu chứng, như viêm gan, run và thay đổi tính cách mà không có nguyên nhân rõ ràng nào khác. Các xét nghiệm sau đây giúp xác định chẩn đoán:

Kiểm tra mắt bằng đèn khe để tìm nhẫn Kayser-Fleischer. Xét nghiệm máu để đo mức độ ceruloplasmin (một loại protein mang đồng). Đo lượng đồng bài tiết trong nước tiểu. Nếu chẩn đoán vẫn chưa rõ ràng, sinh thiết gan . Nếu trẻ em có tiền sử gia đình mắc bệnh, các xét nghiệm sẽ được thực hiện sau khoảng 1 tuổi. Các xét nghiệm được thực hiện sớm hơn có khả năng bỏ sót bệnh.

Kiểm tra mắt bằng đèn khe để tìm nhẫn Kayser-Fleischer.

Xét nghiệm máu để đo mức độ ceruloplasmin (một loại protein mang đồng).

Đo lượng đồng bài tiết trong nước tiểu.

Nếu chẩn đoán vẫn chưa rõ ràng, sinh thiết gan .

Nếu trẻ em có tiền sử gia đình mắc bệnh, các xét nghiệm sẽ được thực hiện sau khoảng 1 tuổi. Các xét nghiệm được thực hiện sớm hơn có khả năng bỏ sót bệnh.

Phương pháp điều trị bệnh Wilson hiệu quả

Nếu không được điều trị suốt đời, bệnh Wilson có thể gây tử vong, thường ở tuổi 30. Với việc điều trị, mọi người thường có kết quả tốt trừ khi bệnh đã tiến triển khi được chẩn đoán.

Thay đổi chế độ ăn uống (tránh thức ăn có nhiều đồng)

Những người mắc bệnh Wilson phải tuân theo một chế độ ăn uống ít đồng. Thực phẩm nên tránh bao gồm gan bò, hạt điều, đậu mắt đen, nước ép rau, động vật có vỏ, nấm và ca cao. Những người mắc bệnh này không nên dùng bất kỳ chất bổ sung vitamin hoặc khoáng chất nào có chứa đồng.

Thuốc (thuốc loại bỏ đồng) và bổ sung kẽm

Thuốc liên kết với đồng, chẳng hạn như penicillamine hoặc trientine, dùng bằng đường uống, được sử dụng để loại bỏ đồng tích tụ. Thuốc bổ sung kẽm có thể ngăn cơ thể hấp thụ đồng và được sử dụng nếu penicillamine hoặc trientine không hiệu quả hoặc có quá nhiều tác dụng phụ. Kẽm không nên được uống trong vòng 2 giờ sau khi dùng penicillamine hoặc trientine vì nó có thể liên kết với những loại thuốc đó và làm cho chúng mất tác dụng. Trong suốt quãng đời còn lại, những người mắc bệnh Wilson phải dùng penicillamine, trientine, kẽm, hoặc kết hợp.

Có thể ghép gan

Những người không dùng thuốc theo chỉ dẫn, đặc biệt là những người trẻ hơn, có thể bị suy gan. Các bác sĩ khuyến cáo những người mắc bệnh này nên đến gặp chuyên gia về bệnh gan một cách thường xuyên. Ghép gan có thể chữa khỏi bệnh và có thể là cứu cánh cho những người mắc bệnh Wilson và suy gan nặng hoặc các vấn đề về gan nghiêm trọng không đáp ứng với điều trị bằng thuốc.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh wilson

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh wilson

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn uống ít đồng, thực phẩm nên tránh bao gồm gan bò, hạt điều, đậu mắt đen, nước ép rau, động vật có vỏ, nấm và ca cao. Không nên dùng bất kỳ chất bổ sung vitamin hoặc khoáng chất nào có chứa đồng.

Chế độ ăn uống ít đồng, thực phẩm nên tránh bao gồm gan bò, hạt điều, đậu mắt đen, nước ép rau, động vật có vỏ, nấm và ca cao.

Không nên dùng bất kỳ chất bổ sung vitamin hoặc khoáng chất nào có chứa đồng.

Phương pháp phòng ngừa bệnh wilson hiệu quả

Cần phải theo dõi các triệu chứng của bệnh để phát hiện và điều trị sớm, giảm nguy cơ tử vong.

=====

Tìm hiểu chung hạ canxi máu

Hạ canxi máu là gì?

Đây là tình trạng khi nồng độ canxi huyết thanh giảm xuống dưới 8,8 mg/dl (< 2,2 mmol/l) trong khi nồng độ protein huyết tương bình thường, hoặc khi nồng độ canxi ion hóa huyết thanh < 4,7 mg/dl (< 1,17 mmol/l).

Triệu chứng hạ canxi máu

Những dấu hiệu và triệu chứng của hạ canxi máu

Những triệu chứng của bệnh hạ canxi máu bao gồm:

Cứng cơ bắp: Cơ thể cảm thấy cứng và khó cử động. Co thắt cơ bắp: Xuất hiện cơn đau do các cơ co lại đột ngột. Cảm giác kim châm: Cảm giác bị kim châm ở chi dưới, đặc biệt là ở tay và chân. Thay đổi tâm trạng: Biểu hiện lo âu, trầm cảm, hoặc dễ cáu gắt. Vấn đề trí nhớ: Gặp khó khăn trong việc nhớ và tập trung. Huyết áp thấp: Gây cảm giác chóng mặt và mệt mỏi. Khó nói hoặc nuốt: Gặp vấn đề khi nuốt thức ăn hoặc nói. Mệt mỏi: Cảm thấy kiệt sức ngay cả khi nghỉ ngơi. Phù gai thị và sung đĩa quang: Các vấn đề về thị lực như nhìn mờ hoặc đau mắt. Ở trẻ sơ sinh: Biểu hiện qua các cơn co giật hoặc run rẩy.

Cứng cơ bắp: Cơ thể cảm thấy cứng và khó cử động.
 Co thắt cơ bắp: Xuất hiện cơn đau do các cơ co lại đột ngột.
 Cảm giác kim châm: Cảm giác bị kim châm ở chi dưới, đặc biệt là ở tay và chân.
 Thay đổi tâm trạng: Biểu hiện lo âu, trầm cảm, hoặc dễ cáu gắt.
 Vấn đề trí nhớ: Gặp khó khăn trong việc nhớ và tập trung.
 Huyết áp thấp: Gây cảm giác chóng mặt và mệt mỏi.
 Khó nói hoặc nuốt: Gặp vấn đề khi nuốt thức ăn hoặc nói.
 Mệt mỏi: Cảm thấy kiệt sức ngay cả khi nghỉ ngơi.
 Phù gai thị và sung đĩa quang: Các vấn đề về thị lực như nhìn mờ hoặc đau mắt.
 Ở trẻ sơ sinh: Biểu hiện qua các cơn co giật hoặc run rẩy

Hạ canxi máu nặng (nồng độ canxi huyết thanh < 7 mg/dl) có thể gây tăng phản xạ, tetani (rối loạn cảm giác môi, lưỡi, ngón tay và bàn chân; co thắt cơ, có thể kéo dài và gây đau; đau nhức cơ; co cơ mặt), co thắt thanh quản, co giật toàn thân.

Nhiễm Candida thỉnh thoảng thấy khi hạ kali máu nhưng thường xảy ra ở bệnh nhân suy tuyến cận giáp vô căn.

Có thể xác định tetani tiềm ẩn dựa vào dấu hiệu Chvostek và Trousseau.

Dấu Chvostek là co giật không tự chủ của các cơ mặt khi gõ nhẹ lên dây thần kinh mặt, phía trước ống tai ngoài. Nó xuất hiện ≤ 10% người khỏe mạnh, ở hầu hết những người hạ canxi máu cấp nhưng thường không có ở người hạ canxi máu mạn tính.

Tác động của hạ canxi máu đối với sức khỏe

Hạ canxi máu nặng có thể ảnh hưởng đến ECG, kéo dài khoảng QT, ST và gây nên các thay đổi trong quá trình tái cực (sóng T dẹt hoặc đảo ngược). Do đó, bệnh nhân bị hạ canxi máu nặng có thể loạn nhịp tim hoặc block tim.

Hạ canxi máu gây ảnh hưởng đến thần kinh – cơ, gây loãng xương.

Biến chứng có thể gặp khi hạ canxi máu

Co giật, loạn nhịp tim, suy tim sung huyết, các vấn đề liên quan đến hệ thần kinh (sa sút trí tuệ...), đục thủy tinh thể, sỏi thận, suy thận.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị hạ canxi máu sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân hạ canxi máu

Nguyên nhân dẫn đến hạ canxi máu

Suy tuyến cận giáp

Đây là tình trạng do thiếu hụt hormone cận giáp (PTH), có thể xảy ra trong các rối loạn tự miễn, sau khi cắt bỏ tuyến giáp hoặc tổn thương nhiều tuyến cận giáp. Bệnh nhân suy tuyến cận giáp có dấu hiệu hạ canxi máu và tăng phosphate máu, thường gây ra các cơn tetany mạn tính.

Các biểu hiện của hạ canxi máu thường bắt đầu sau phẫu thuật khoảng 24 – 48 giờ nhưng cũng có thể xảy ra sau vài tháng, vài năm. Hạ canxi máu sẽ nặng hơn sau phẫu thuật cắt bỏ tuyến cận giáp nếu có các yếu tố nguy cơ: Tăng canxi máu nặng trước phẫu thuật, cắt bỏ u tuyến lớn, phosphatase kiềm tăng cao, bệnh thận mạn. Ngoài ra, bệnh suy tuyến cận giáp vô căn, hội chứng DiGeorge, hội chứng suy đa tuyến tự miễn, suy tuyến cận giáp tự miễn liên quan tới nấm Candida niêm mạc, suy tuyến cận giáp vô căn liên kết NST lặn X cũng sẽ dẫn đến hạ canxi máu.

Giả suy tuyến cận giáp

Trường hợp này không phải do thiếu hụt hormone mà do cơ quan đích kháng lại PTH. Giả suy tuyến cận giáp type Ia (loạn đường xương di truyền) do protein Gs – alpha đột biến, kích thích phức hợp cyclase adenylyl (GNAS1), làm suy giảm đáp ứng phosphaturic thận. Bệnh nhân thường bị hạ canxi máu, tăng phosphate máu, thấp, mặt tròn, khuyết tật về trí tuệ, vôi hóa các xương đốt ngón tay chân, suy giáp nhẹ và bất thường nội tiết khác.

Giả suy tuyến cận giáp type Ib ít phổ biến hơn với triệu chứng là hạ canxi máu,

tăng phosphate máu, cường tuyến cận giáp thứ phát nhưng không có các bất thường liên quan khác.

Giả suy tuyến cận giáp type II ít phổ biến hơn type I. Ở trường hợp này, PTH ngoại sinh làm tăng CAMP niệu nhưng không làm tăng canxi máu hoặc phosphate niệu.

Thiếu hụt và phụ thuộc Vitamin D

Thiếu vitamin D có thể dẫn đến hạ canxi máu, hạ phosphate máu nặng, yếu cơ, đau và biến dạng xương điển hình.

Bệnh thận

Bệnh ống thận có thể gây hạ canxi máu nặng do mất canxi qua thận và làm giảm chuyển hóa vitamin D sang dạng hoạt động $1,25 (OH)_2D$.

Nguyên nhân khác

Nồng độ magie trong huyết thanh giảm $< 1,0 \text{ mg/dl}$ ($< 0,5 \text{ mmol/l}$): Có thể gây thiếu hụt PTH tương đối và cơ quan đích kháng PTH. Lượng magie đủ sẽ làm tăng nồng độ PTH và cải thiện sự bảo tồn canxi của thận.

Viêm tụy cấp: Làm giải phóng các sản phẩm phân hủy mỡ rồi gắn với canxi.

Giảm protein máu: Giảm một phần protein gắn với canxi huyết thanh. Hạ canxi máu do giảm protein vận chuyển thì không có triệu chứng vì canxi ion hóa không thay đổi (hạ canxi máu giả tạo).

Hội chứng đối xương: Hạ canxi máu và hạ phosphate máu dai dẳng sau phẫu thuật cắt tuyến cận giáp, ghép thận hoặc điều trị bằng thuốc cường tuyến cận giáp trung bình đến nặng, người có nồng độ canxi máu bị phụ thuộc nhiều bởi quá trình chu chuyển xương do tăng PTH.

Sốc nhiễm khuẩn: Gây ức chế phóng thích PTH và giảm chuyển đổi $25 (OH)D$ thành $1,25 (OH)_2D$.

Tăng phosphat máu: Do thuốc: Thuốc chống co giật (phenytoin, phenobarbital), rifampin, thuốc làm thay đổi chuyển hóa vitamin D, thuốc điều trị tăng canxi máu.

Truyền > 10 đơn vị máu chống đông bằng citrat và sử dụng các thuốc phóng xạ cản quang có chứa EDTA: Làm giảm nồng độ canxi ion hóa sinh học trong khi nồng độ canxi huyết thanh không đổi.

Truyền tĩnh mạch gadolinium: Gây thấp giả tạo nồng độ canxi.

Tập thể dục cường độ cao.

Đái tháo đường thai kỳ.

Nguy cơ hạ canxi máu

Những ai có nguy cơ mắc phải hạ canxi máu?

Người thiếu hụt vitamin D hoặc magie. Người có bệnh còi xương phụ thuộc vitamin D. Người có các yếu tố nguy cơ như: Tiền sử rối loạn tiêu hóa, viêm tụy, suy thận, suy gan, rối loạn lo âu. Trẻ sơ sinh có mẹ bị đái tháo đường.

Người thiếu hụt vitamin D hoặc magie.

Người có bệnh còi xương phụ thuộc vitamin D.

Người có các yếu tố nguy cơ như: Tiền sử rối loạn tiêu hóa, viêm tụy, suy thận, suy gan, rối loạn lo âu.

Trẻ sơ sinh có mẹ bị đái tháo đường.

Yếu tố làm tăng nguy cơ hạ canxi máu

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ hạ canxi máu, bao gồm:

Tuổi tác (người cao tuổi bị giảm khả năng tổng hợp vitamin D qua da). Người sống ở vĩ độ cao hoặc ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

Tuổi tác (người cao tuổi bị giảm khả năng tổng hợp vitamin D qua da).

Người sống ở vĩ độ cao hoặc ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hạ canxi máu

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hạ canxi máu

Có thể chẩn đoán bằng nồng độ calci huyết thanh $< 8,8 \text{ mg/dl}$ ($< 2,20 \text{ mmol/l}$). Vì protein huyết tương thấp có thể làm giảm canxi toàn phần, nhưng không làm giảm canxi ion hóa nên người ta thường ước tính canxi huyết thanh và canxi ion hóa dựa trên nồng độ albumin.

Định lượng trực tiếp nồng độ canxi ion hóa ở dạng hoạt tính sinh học ($< 4,7 \text{ mg/dl}$ là thấp).

Đôi khi xét nghiệm thêm nồng độ magie, PTH, phosphate, phosphatase kiềm, vitamin D trong máu và nồng độ cAMP, phosphate niệu.

Nếu nghi ngờ thiếu vitamin D, có thể chụp X quang để phát hiện bất thường điển hình trên xương nếu loãng xương hoặc còi xương.

Không bắt buộc xét nghiệm ECG khi đánh giá hạ canxi máu đơn độc.

Phương pháp điều trị hạ canxi máu hiệu quả

Tùy thể trạng bệnh nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh mà bác sĩ sẽ kê đơn thuốc và áp dụng những phương pháp điều trị phù hợp.

Con tetani

Tiêm tĩnh mạch 10 ml dung dịch canxi gluconate 10% trong 10 phút, đáp ứng nhanh nhưng có thể kéo dài chỉ trong vài giờ. Do đó, có thể cần tiêm lặp lại hoặc tiêm truyền liên tục 20 – 30 ml canxi gluconate 10% pha trong 1 lít dextrose 5% trong 12 – 24 giờ tiếp theo. Ở bệnh nhân dùng digoxin, nên truyền chậm, theo dõi ECG liên tục và chỉnh liều do truyền canxi rất nguy hiểm ở đối tượng này.

Khi tetani do hạ magie máu, nó có thể đáp ứng tạm thời khi dùng canxi hoặc kali nhưng chỉ khỏi hẳn khi bổ sung của magie (dung dịch muối magie 10% đường tĩnh mạch và uống magie gluconate 500 – 1000 mg/l).

Triệu chứng suy tuyến cận giáp thoáng qua

Trong suy tuyến cận giáp thoáng qua sau phẫu thuật cắt tuyến giáp, dùng 1 – 2 g canxi đường uống/ngày dưới dạng canxi gluconat (90 mg canxi nguyên tố/1g) hoặc canxi cacbonat (400 mg canxi nguyên tố/1g).

Hạ canxi máu có thể đặc biệt nặng và kéo dài sau khi cắt 1 phần tuyến cận giáp, đặc biệt ở bệnh nhân bệnh thận mạn hoặc ở bệnh nhân có khối u lớn đã được cắt bỏ. Sử dụng canxi nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài sau phẫu thuật; bổ sung canxi 1g/ngày (111 ml canxi gluconat) trong 5 – 10 ngày trước khi uống canxi và vitamin D. Tăng phosphatase kiềm huyết ở những bệnh nhân này có thể là một dấu hiệu của sự hấp thu nhanh canxi vào xương. Nhu cầu lượng canxi lớn thường không giảm đến khi nồng độ alkaline phosphatase bắt đầu giảm.

Hạ canxi máu mạn tính

Dùng 1 – 2 g canxi đường uống/ngày (canxi gluconate, canxi carbonate...) và thỉnh thoảng bổ sung vitamin D.

Ở bệnh nhân không bị suy thận, dùng vitamin D đường uống (cholecalciferol 800 IU 1 lần/ngày) kết hợp cung cấp đủ canxi và phosphate trong khẩu phần ăn hoặc thực phẩm chức năng.

Ở bệnh nhân suy thận, sử dụng calcitriol hoặc đồng phân 1,25 (OH)₂D khác vì những thuốc này không chuyển hóa từ thận. Bệnh nhân suy tuyến cận giáp khó chuyển hóa cholecalciferol thành dạng hoạt động và cũng cần calcitriol 0,5 – 2 µg uống 1 lần/ngày. Bổ sung canxi đường uống đơn độc thường hợp giả suy tuyến cận giáp, calcitriol 1 – 3 µg/ngày.

Các đồng phân vitamin D bao gồm dihydrotachysterol (đường uống 0,8 – 2,4 lần/ngày trong vài ngày, sau đó là 0,2 – 1,0 mg/lần/ngày) và calcidiol (4000 – 6000 IU lần/tuần). Dùng các đồng phân vitamin D (đặc biệt là calcidiol) cho tác dụng lâu hơn, có thể biến chứng do độc tố vitamin D, tăng canxi máu triệu chứng nặng. Theo dõi nồng độ canxi huyết thanh hàng tuần ở lần đầu và sau đó từ 1 – 3 tháng khi nồng độ canxi ổn định. Liều duy trì calcitriol, dihydrotachysterol thường giảm theo thời gian.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hạ canxi máu

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hạ canxi máu

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Luyện tập thể dục thể thao, nên tiếp xúc với ánh nắng mặt trời sáng sớm để cơ thể hấp thu vitamin D. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Luyện tập thể dục thể thao, nên tiếp xúc với ánh nắng mặt trời sáng sớm để cơ thể hấp thu vitamin D.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung canxi, magie đầy đủ từ các thực phẩm hàng ngày.

Bổ sung canxi, magie đầy đủ từ các thực phẩm hàng ngày.

Phương pháp phòng ngừa hạ canxi máu hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Bổ sung đủ dinh dưỡng trong ăn uống hàng ngày. Thường xuyên luyện tập thể thao, vận động ngoài trời.

Bổ sung đủ dinh dưỡng trong ăn uống hàng ngày.

Thường xuyên luyện tập thể thao, vận động ngoài trời.

Xem thêm:

Bệnh nhân thiếu canxi máu nên ăn gì? Hạ canxi nên uống gì? Làm gì để phòng tránh chứng tụt canxi?

Bệnh nhân thiếu canxi máu nên ăn gì?

Hạ canxi nên uống gì?

Làm gì để phòng tránh chứng tụt canxi?

=====

Tìm hiểu chung còi xương

Còi xương (Rickets) là tình trạng loạn dưỡng xương ở trẻ em do thiếu hụt vitamin D, canxi hoặc phosphate. Điều này có thể dẫn đến xương mềm (Osteomalacia) và yếu, gãy xương, đau xương và cơ cũng như biến dạng xương.

Khi có sự thiếu hụt các chất này, nồng độ calcium và phosphate trong máu giảm, cơ thể có thể sản xuất ra các hormone khiến giải phóng calcium và phosphate khỏi xương, gây còi xương và nhuyễn xương.

Tìm hiểu thêm: Làm sao để phân biệt còi xương và suy dinh dưỡng ở trẻ em?

Triệu chứng còi xương

Những dấu hiệu của còi xương

Thường sẽ thấy các dấu hiệu trên cơ xương của bệnh nhân như:

Đau hoặc yếu ở xương cánh tay, chân, xương chậu và cột sống Giảm trương lực cơ, yếu cơ và tình trạng này sẽ tệ hơn nếu không điều trị. Biến dạng răng, chậm mọc răng ở trẻ, khiếm khuyết trong cấu trúc răng, có lỗ trên men răng, dễ bị sâu răng. Trẻ tăng trưởng kém, chậm lớn. Dễ gãy xương. Thường bị chuột rút. Tầm vóc thấp (người lớn cao dưới 1,52m). Các dị tật về xương như hộp sọ có hình dạng kỳ lạ, chân vòng kiềng, có chuôi hạt sườn còi xương, xương ức bị đẩy về phía trước, dị dạng xương chậu và dị dạng cột sống (cột sống cong bất thường, cong vẹo cột sống).

Đau hoặc yếu ở xương cánh tay, chân, xương chậu và cột sống

Giảm trương lực cơ, yếu cơ và tình trạng này sẽ tệ hơn nếu không điều trị.

Biến dạng răng, chậm mọc răng ở trẻ, khiếm khuyết trong cấu trúc răng, có lỗ trên men răng, dễ bị sâu răng.

Trẻ tăng trưởng kém, chậm lớn.

Dễ gãy xương.

Thường bị chuột rút.

Tầm vóc thấp (người lớn cao dưới 1,52m).

Các dị tật về xương như hộp sọ có hình dạng kỳ lạ, chân vòng kiềng, có chuôi hạt sườn còi xương, xương ức bị đẩy về phía trước, dị dạng xương chậu và dị dạng cột sống (cột sống cong bất thường, cong vẹo cột sống).

Hiểu rõ triệu chứng, hành động ngay: Một số dấu hiệu trẻ còi xương mà phụ huynh cần nắm rõ

Tác động của còi xương đối với sức khỏe

Ngoài việc gây đau đớn, còi xương còn dẫn đến yếu xương, nhuyễn xương, dị tật xương, dễ gãy xương và răng. Nếu không chữa trị kịp thời, còi xương có thể làm bệnh nhân bị dị tật vĩnh viễn kèm các cơn đau xương mạn tính.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh còi xương

Nếu tình trạng còi xương không được khắc phục trong khi trẻ vẫn đang phát triển, các dị tật về xương, đau xương mạn tính, xương dễ gãy có thể tồn tại vĩnh viễn và khiến trẻ có tầm vóc thấp bé. Nếu sớm điều trị khi trẻ còn nhỏ, các dị tật về xương thường được cải thiện hoặc biến mất theo thời gian.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân còi xương

Nguyên nhân dẫn đến còi xương

Cơ thể trẻ em cần vitamin D để hấp thụ canxi và phốt pho từ thực phẩm. Bệnh còi

xương có thể xảy ra nếu cơ thể bé không nhận đủ vitamin D hoặc nếu cơ thể trẻ gặp vấn đề trong việc sử dụng vitamin D đúng cách. Đôi khi, không nhận đủ canxi hoặc thiếu canxi (Hypocalcemia) và vitamin D có thể gây ra bệnh còi xương.

Thiếu vitamin D

Trẻ không nhận đủ vitamin D từ hai nguồn này có thể bị thiếu hụt:

Ánh nắng. Da của trẻ sẽ sản xuất vitamin D khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Đồ ăn. Dầu cá, lòng đỏ trứng và các loại cá béo như cá hồi, cá thu đều chứa vitamin D. Vitamin D cũng đã được bổ sung vào một số thực phẩm và đồ uống như sữa, ngũ cốc và một số nước ép trái cây.

Ánh nắng. Da của trẻ sẽ sản xuất vitamin D khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Đồ ăn. Dầu cá, lòng đỏ trứng và các loại cá béo như cá hồi, cá thu đều chứa vitamin D. Vitamin D cũng đã được bổ sung vào một số thực phẩm và đồ uống như sữa, ngũ cốc và một số nước ép trái cây.

Vấn đề với sự hấp thụ

Một số trẻ sinh ra đã mắc hoặc phát triển các tình trạng bệnh lý ảnh hưởng đến cách cơ thể hấp thụ vitamin D. Một số ví dụ bao gồm:

Bệnh Celiac ; Bệnh viêm đường ruột; Bệnh xơ nang; Vấn đề về thận.

Bệnh Celiac ;

Bệnh viêm đường ruột;

Bệnh xơ nang;

Vấn đề về thận.

Đối phó với nguyên nhân, tránh biến chứng: Nguyên nhân bệnh còi xương ở tuổi thiếu niên

Nguy cơ còi xương

Những ai có nguy cơ mắc phải còi xương?

Người thường xuyên làm việc trong nhà vào ban ngày, không tham gia các hoạt động ngoài trời. Người có chế độ ăn uống không đủ bổ sung vitamin D, Calcium và phosphate (không uống sữa hoặc các sản phẩm từ sữa, ít ăn rau xanh, theo chế độ ăn chay...). Người nhiễm toan ống thận, rối loạn thận khiến thận không giữ được phosphate. Người rối loạn chức năng gan (do không thể chuyển đổi vitamin D sang dạng hoạt động).

Người thường xuyên làm việc trong nhà vào ban ngày, không tham gia các hoạt động ngoài trời.

Người có chế độ ăn uống không đủ bổ sung vitamin D, Calcium và phosphate (không uống sữa hoặc các sản phẩm từ sữa, ít ăn rau xanh, theo chế độ ăn chay...).

Người nhiễm toan ống thận, rối loạn thận khiến thận không giữ được phosphate.

Người rối loạn chức năng gan (do không thể chuyển đổi vitamin D sang dạng hoạt động).

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc còi xương

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc còi xương, bao gồm:

Sống ở khu vực địa lý có ít ánh sáng mặt trời. Sống ở các nước nghèo, kém phát triển, chế độ ăn không đủ cung cấp dinh dưỡng. Trẻ em có da sẫm màu (trẻ gốc Phi, vùng đảo Thái Bình Dương, Trung Đông) ít tạo vitamin D khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hơn trẻ da sáng màu. Trẻ sơ sinh bú mẹ có thể thiếu vitamin D do sữa mẹ không đủ cung cấp. Trẻ sinh ra từ mẹ bị thiếu hụt vitamin D trong thời kỳ mang thai, trẻ sinh non. Trẻ em thời kỳ tăng trưởng nhanh (cần lượng lớn Calcium và phosphate). Bệnh thường gặp ở trẻ từ 6 - 36 tháng tuổi. Không dung nạp lactose. Di truyền. Khó tiêu, giảm khả năng hấp thụ chất béo khiến cơ thể khó hấp thu vitamin D. Một số thuốc như thuốc chống động kinh, thuốc điều trị HIV có thể cản trở khả năng sử dụng vitamin D của cơ thể.

Sống ở khu vực địa lý có ít ánh sáng mặt trời.

Sống ở các nước nghèo, kém phát triển, chế độ ăn không đủ cung cấp dinh dưỡng.

Trẻ em có da sẫm màu (trẻ gốc Phi, vùng đảo Thái Bình Dương, Trung Đông) ít tạo vitamin D khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời hơn trẻ da sáng màu.

Trẻ sơ sinh bú mẹ có thể thiếu vitamin D do sữa mẹ không đủ cung cấp.

Trẻ sinh ra từ mẹ bị thiếu hụt vitamin D trong thời kỳ mang thai, trẻ sinh non.

Trẻ em thời kỳ tăng trưởng nhanh (cần lượng lớn Calcium và phosphate). Bệnh thường gặp ở trẻ từ 6 - 36 tháng tuổi.

Không dung nạp lactose.

Di truyền.

Khó tiêu, giảm khả năng hấp thụ chất béo khiến cơ thể khó hấp thu vitamin D.

Một số thuốc như thuốc chống động kinh, thuốc điều trị HIV có thể cản trở khả năng sử dụng vitamin D của cơ thể.

Giải đáp thắc mắc: Vì sao thiếu vitamin D trẻ em bị còi xương?

Phương pháp chẩn đoán & điều trị còi xương

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán còi xương

Bác sĩ sẽ hỏi bệnh nhân về các triệu chứng, đặc trưng là đau nhức ở xương nhưng không đau ở khớp hoặc cơ. Sau đó có thể thực hiện các xét nghiệm sau để chẩn đoán chính xác hơn:

Xét nghiệm khí máu động mạch . Xét nghiệm máu (nồng độ Calcium và phosphate huyết thanh, ALP, hormone tuyến cận giáp PTH). Xét nghiệm nước tiểu (calci niệu). Sinh thiết xương. Chụp X quang xương để phát hiện các dị tật về xương

Xét nghiệm khí máu động mạch .

Xét nghiệm máu (nồng độ Calcium và phosphate huyết thanh, ALP, hormone tuyến cận giáp PTH).

Xét nghiệm nước tiểu (calci niệu).

Sinh thiết xương.

Chụp X quang xương để phát hiện các dị tật về xương

Phương pháp điều trị còi xương hiệu quả

Tùy vào thể trạng bệnh nhân và mức độ nghiêm trọng của bệnh mà bác sĩ sẽ kê đơn thuốc và áp dụng những phương pháp điều trị phù hợp.

Bổ sung vitamin D và canxi qua thức ăn hoặc dạng viên uống theo liều chỉ định của bác sĩ. Khuyến bệnh nhân tăng cường tiếp xúc với ánh sáng mặt trời . Trường hợp thiếu vitamin D do vấn đề chuyển hóa, có thể sử dụng thuốc bổ sung vitamin D3. Nếu có biến dạng xương, có thể cần sử dụng đến các nẹp cố định xương , trường hợp nặng có thể cần phải phẫu thuật chỉnh xương.

Bổ sung vitamin D và canxi qua thức ăn hoặc dạng viên uống theo liều chỉ định của bác sĩ.

Khuyến bệnh nhân tăng cường tiếp xúc với ánh sáng mặt trời . Trường hợp thiếu vitamin D do vấn đề chuyển hóa, có thể sử dụng thuốc bổ sung vitamin D3.

Nếu có biến dạng xương, có thể cần sử dụng đến các nẹp cố định xương , trường hợp nặng có thể cần phải phẫu thuật chỉnh xương.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Xem ngay chi tiết: Còi xương cần bổ sung gì để khắc phục bệnh?

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa còi xương

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của còi xương

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái. Tham gia các hoạt động ngoài trời để cơ thể được hấp thu vitamin D từ ánh nắng khoảng 8 - 9 giờ sáng. Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái. Tham gia các hoạt động ngoài trời để cơ thể được hấp thu vitamin D từ ánh nắng khoảng 8 - 9 giờ sáng.

Chế độ dinh dưỡng:

Sử dụng các thực phẩm giàu vitamin D, Calcium và phosphate (cá béo, sữa, trứng, ngũ cốc, rau xanh...).

Khám phá ngay: Trẻ bị còi xương nên ăn gì, uống gì để phát triển toàn diện?

Phương pháp phòng ngừa còi xương hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Cung cấp đủ vitamin D , Calcium và phosphate trong chế độ ăn hàng ngày. Bổ sung đủ vitamin D trong thai kỳ theo chỉ định của bác sĩ. Nếu bị kém hấp thu vitamin

Do rối loạn chức năng thận, cần điều trị ngay lập tức. Thường xuyên cho trẻ tham gia các hoạt động ngoài trời khi nắng sớm. Tuy nhiên, không nên phơi nắng quá nhiều và cần sử dụng kem chống nắng khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Cung cấp đủ vitamin D, Calcium và phosphate trong chế độ ăn hàng ngày. Bổ sung đủ vitamin D trong thai kỳ theo chỉ định của bác sĩ.

Nếu bị kém hấp thu vitamin D do rối loạn chức năng thận, cần điều trị ngay lập tức.

Thường xuyên cho trẻ tham gia các hoạt động ngoài trời khi nắng sớm. Tuy nhiên, không nên phơi nắng quá nhiều và cần sử dụng kem chống nắng khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

Xem thêm:

Chi tiết: Làm thế nào để phòng ngừa còi xương ở trẻ? Top những loại thuốc bổ cho trẻ còi xương biếng ăn tốt nhất hiện nay

Chi tiết: Làm thế nào để phòng ngừa còi xương ở trẻ?

Top những loại thuốc bổ cho trẻ còi xương biếng ăn tốt nhất hiện nay

=====

Tìm hiểu chung hội chứng buồng trứng đa nang

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) là gì?

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi bệnh béo phì nhẹ, kinh nguyệt không đều hoặc vô kinh, và các dấu hiệu của việc thừa nội tiết tố nam (ví dụ như rậm lông, mụn trứng cá).

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) thường được định nghĩa như một hội chứng lâm sàng, chứ không phải dựa vào sự hiện diện của nang buồng trứng. Nhưng thông thường, buồng trứng chứa nhiều nang noãn từ 2 - 6mm và đôi khi có nang lớn hơn chứa các tế bào sẹ. Buồng trứng có thể bị phình to ra với vỏ trơn bóng, dày hoặc có thể kích thước bình thường.

Hội chứng này liên quan đến rối loạn chức năng phóng noãn hoặc không phóng noãn và việc thừa nội tiết tố nam với nguyên nhân không rõ ràng. Tuy nhiên, một số bằng chứng cho thấy bệnh nhân có bất thường chức năng của cytochrome P450c17 ảnh hưởng đến 17-hydroxylase (tỷ lệ - hạn chế enzyme trong sản xuất nội tiết tố nam), kết quả là tăng sản lượng nội tiết tố nam.

Triệu chứng hội chứng buồng trứng đa nang

Những dấu hiệu và triệu chứng hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Triệu chứng của hội chứng buồng trứng đa nang điển hình thường bắt đầu ở giai đoạn dậy thì và trầm trọng hơn theo thời gian. Tăng tuyến thượng thận trước tuổi, đặc trưng bởi thừa dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) gây ra sự phát triển sớm của lông nách, mùi cơ thể và nhiều mụn trứng cá nhỏ thường gặp.

Các triệu chứng điển hình bao gồm:

Kinh nguyệt không đều: Các biểu hiện rối loạn kinh nguyệt thường gặp ở phụ nữ PCOS là kinh không đều, kinh thưa hoặc vô kinh, có thể gặp rong kinh. Vô sinh:

PCOS là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất ở phụ nữ bị vô sinh. Béo phì: Phụ nữ PCOS thường có biểu hiện thừa cân hoặc béo phì nhưng ở mức độ nhẹ.

Tuy nhiên, gần một nửa phụ nữ bị PCOS, trọng lượng bình thường và một số phụ nữ bị thiếu cân. Rậm lông: Lông phát triển nhiều quá mức ở mặt, ngực, bụng, đùi.

Mụn trứng cá: Xuất hiện sau dậy thì nhưng không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường. Da dầu. Tăng sắc tố da: Có những mảng da dày hơn bình thường, đen sạm nhưng mịn như nhung. Thường xuất hiện ở những vùng nếp gấp của cơ thể như nách, bẹn, cổ. Nguyên nhân là nồng độ insulin trong máu cao do đề kháng insulin. Buồng trứng có nhiều nang nhỏ.

Kinh nguyệt không đều: Các biểu hiện rối loạn kinh nguyệt thường gặp ở phụ nữ PCOS là kinh không đều, kinh thưa hoặc vô kinh, có thể gặp rong kinh.

Vô sinh: PCOS là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất ở phụ nữ bị vô sinh.

Béo phì: Phụ nữ PCOS thường có biểu hiện thừa cân hoặc béo phì nhưng ở mức độ nhẹ. Tuy nhiên, gần một nửa phụ nữ bị PCOS, trọng lượng bình thường và một số phụ nữ bị thiếu cân.

Rậm lông: Lông phát triển nhiều quá mức ở mặt, ngực, bụng, đùi.

Mụn trứng cá: Xuất hiện sau dậy thì nhưng không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường.

Da dầu.

Tăng sắc tố da: Có những mảng da dày hơn bình thường, đen sạm nhưng mịn như nhung. Thường xuất hiện ở những vùng nếp gấp của cơ thể như nách, bẹn, cổ.

Nguyên nhân là nồng độ insulin trong máu cao do đề kháng insulin.

Buồng trứng có nhiều nang nhỏ.

Các triệu chứng khác bao gồm mệt mỏi, năng lượng thấp, các vấn đề liên quan đến giấc ngủ (bao gồm ngưng thở khi ngủ), tâm trạng thất vọng, trầm cảm, lo lắng và nhức đầu. Ở một số phụ nữ, khả năng mang thai giảm. Các triệu chứng giữa các phụ nữ rất khác nhau.

Nếu phụ nữ PCOS có thai, nguy cơ biến chứng thai kỳ sẽ tăng lên và các biến chứng sẽ bị nặng hơn nếu phụ nữ béo phì. Những biến chứng này bao gồm tiểu đường, sinh non và tiền sản giật.

Biến chứng có thể gặp khi mắc hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) có một số biến chứng khá nghiêm trọng:

Nồng độ Estrogen tăng cao. Tăng nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung. Ung thư nội mạc tử cung. Nồng độ Androgen thường tăng, làm tăng nguy cơ hội chứng chuyển hóa và gây ra chứng mọc lông nhiều. Tăng nồng độ insulin trong máu do bị kháng insulin có thể có mặt, góp phần làm tăng lượng androgen của buồng trứng. Theo thời gian, tăng androgen quá mức làm tăng nguy cơ rối loạn tim mạch, bao gồm cả tăng huyết áp và tăng lipid máu. Nguy cơ thừa androgen và các biến chứng của nó có thể cao như nhau ở phụ nữ không thừa cân và những người thừa cân. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng PCOS cũng có liên quan đến viêm mãn tính mức độ thấp và phụ nữ có PCOS có nguy cơ cao bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

Nồng độ Estrogen tăng cao.

Tăng nguy cơ tăng sinh nội mạc tử cung.

Ung thư nội mạc tử cung.

Nồng độ Androgen thường tăng, làm tăng nguy cơ hội chứng chuyển hóa và gây ra chứng mọc lông nhiều. Tăng nồng độ insulin trong máu do bị kháng insulin có thể có mặt, góp phần làm tăng lượng androgen của buồng trứng. Theo thời gian, tăng androgen quá mức làm tăng nguy cơ rối loạn tim mạch, bao gồm cả tăng huyết áp và tăng lipid máu. Nguy cơ thừa androgen và các biến chứng của nó có thể cao như nhau ở phụ nữ không thừa cân và những người thừa cân.

Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng PCOS cũng có liên quan đến viêm mãn tính mức độ thấp và phụ nữ có PCOS có nguy cơ cao bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Phụ nữ nên thăm khám phụ khoa định kỳ, đặc biệt đến ngay bệnh viện để kiểm tra càng sớm càng tốt khi có các triệu chứng:

Trễ kinh nhưng không mang thai. Có các triệu chứng của PCOS như lông mọc dày và nhiều trên mặt và cơ thể, thường xuyên cảm thấy rất đói hoặc rất khát, giảm cân không rõ nguyên nhân. Vợ chồng giao hợp đều đặn, không sử dụng bất cứ biện pháp nào nhưng hơn 12 tháng vẫn chưa mang thai.

Trễ kinh nhưng không mang thai.

Có các triệu chứng của PCOS như lông mọc dày và nhiều trên mặt và cơ thể, thường xuyên cảm thấy rất đói hoặc rất khát, giảm cân không rõ nguyên nhân.

Vợ chồng giao hợp đều đặn, không sử dụng bất cứ biện pháp nào nhưng hơn 12 tháng vẫn chưa mang thai.

Nguyên nhân hội chứng buồng trứng đa nang

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Hiện nay, các nhà khoa học vẫn chưa rõ nguyên nhân gây nên hội chứng này. Tuy nhiên PCOS được cho là có liên quan đến nhiều yếu tố phối hợp bao gồm: Tình trạng đề kháng insulin, tăng nồng độ hormone Androgens trong máu và rối loạn phóng noãn (rụng trứng).

Nguy cơ hội chứng buồng trứng đa nang

Những ai có nguy cơ mắc phải (bị) hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Những yếu tố sau có thể đóng vai trò là nguy cơ gây bệnh:

Yếu tố di truyền

Nếu trong gia đình có người thân bị hội chứng buồng trứng đa nang, bạn cũng có thể mắc phải hội chứng này. Các nhà khoa học cũng đang xem xét khả năng đột biến gen có liên quan đến hội chứng buồng trứng đa nang.

Người bị dư thừa insulin

Insulin dư thừa do đề kháng insulin được cho là đẩy mạnh sản xuất Androgen của buồng trứng. Sự gia tăng của Androgen có thể cản trở sự phát triển của nang trứng, làm giảm khả năng rụng trứng của buồng trứng.

Chế độ ăn uống không hợp lý

Nạp quá nhiều tinh bột cũng có thể là nguyên nhân gây ra hội chứng buồng trứng

đa nang.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc (bị) hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Chế độ ăn: Thực đơn hằng ngày không đầy đủ dinh dưỡng và lành mạnh,... Ăn quá nhiều đồ ăn dầu mỡ hoặc ăn quá nhiều tinh bột. Bởi vì người béo phì, thừa cân có thể tăng nguy cơ mắc bệnh.

Chế độ sinh hoạt: Căng thẳng stress kéo dài.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng buồng trứng đa nang

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Tiêu chuẩn lâm sàng

Rối loạn chức năng phóng noãn thường xuất hiện vào tuổi dậy thì, hậu quả gây vô kinh nguyên phát. Do đó, hội chứng buồng trứng đa nang sẽ không xảy ra ở những bệnh nhân có kinh nguyệt xuất hiện đều sau khi bắt đầu có kinh.

PCOS thường được nghi ngờ nếu phụ nữ có ít nhất hai triệu chứng điển hình. Đối với bệnh nhân PCOS, thăm khám thường phát hiện thấy chất nhầy cổ tử cung nhiều, phản ánh nồng độ estrogen cao.

Cận lâm sàng

Xét nghiệm bao gồm:

Xét nghiệm phát hiện thai. Đo lượng huyết thanh testosterone toàn phần, FSH, prolactin, TSH: Đo nồng độ testosterone tự do huyết thanh nhạy hơn testosterone toàn phần nhưng về mặt kỹ thuật thì khó đo hơn. Nồng độ testosterone từ bình thường đến tăng nhẹ và mức FSH bình thường hoặc giảm nhẹ gợi ý chẩn đoán PCOS. Siêu âm vùng khung chậu để loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây ra các triệu chứng PCOS.

Xét nghiệm phát hiện thai.

Đo lượng huyết thanh testosterone toàn phần, FSH, prolactin, TSH: Đo nồng độ testosterone tự do huyết thanh nhạy hơn testosterone toàn phần nhưng về mặt kỹ thuật thì khó đo hơn. Nồng độ testosterone từ bình thường đến tăng nhẹ và mức FSH bình thường hoặc giảm nhẹ gợi ý chẩn đoán PCOS.

Siêu âm vùng khung chậu để loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây ra các triệu chứng PCOS.

Việc chẩn đoán cần ít nhất 2 trong 3 tiêu chí sau:

Rối loạn chức năng phóng noãn dẫn đến kinh nguyệt không đều. Bằng chứng lâm sàng hoặc cận lâm sàng về tăng sinh androgen. Nhiều hơn 10 nang trứng mỗi buồng trứng (phát hiện bằng siêu âm vùng khung chậu), thường xuất hiện ở ngoại vi và giống như một chuỗi ngọc trai.

Rối loạn chức năng phóng noãn dẫn đến kinh nguyệt không đều.

Bằng chứng lâm sàng hoặc cận lâm sàng về tăng sinh androgen.

Nhiều hơn 10 nang trứng mỗi buồng trứng (phát hiện bằng siêu âm vùng khung chậu), thường xuất hiện ở ngoại vi và giống như một chuỗi ngọc trai.

Nếu có các tiêu chí này, đo nồng độ cortisol huyết thanh để loại trừ hội chứng Cushing và huyết thanh 17-hydroxyprogesterone vào buổi sáng sớm được đo để loại trừ sự nam tính hoá tuyến thượng thận. Đo nồng độ DHEAS huyết thanh, nếu DHEAS bất thường, phụ nữ được đánh giá như vô kinh.

Phụ nữ trưởng thành bị PCOS được đánh giá hội chứng chuyển hóa bằng cách đo huyết áp và làm xét nghiệm glucose và lipid huyết thanh (xét nghiệm lipid cơ bản).

Phương pháp điều trị hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Điều trị hội chứng buồng trứng đa nang mục đích để:

Đánh giá chính xác các bất thường của hormone, từ đó làm giảm nguy cơ thừa estrogen (ví dụ quá sản niêm mạc tử cung) và thừa nội tiết tố nam (ví dụ rối loạn tim mạch). Giảm các triệu chứng của PCOS và cải thiện khả năng sinh sản.

Đánh giá chính xác các bất thường của hormone, từ đó làm giảm nguy cơ thừa estrogen (ví dụ quá sản niêm mạc tử cung) và thừa nội tiết tố nam (ví dụ rối loạn tim mạch).

Giảm các triệu chứng của PCOS và cải thiện khả năng sinh sản.

Thuốc ngừa thai progestogen đối với phụ nữ chưa muốn mang thai

Các biện pháp tránh thai nội tiết là phương pháp điều trị hàng đầu dùng để điều trị các bất thường kinh nguyệt, rụng lông và mụn trứng cá ở những phụ nữ PCOS và những người không mong muốn mang thai. Bác sĩ thường kê toa dùng progestin không liên tục (ví dụ, medroxyprogesterone từ 5 đến 10 mg uống một lần/ngày từ ngày thứ 10 đến 14 (mỗi 1 đến 2 tháng) hoặc uống các loại thuốc ngừa thai để giảm nguy cơ quá sản nội mạc tử cung và ung thư. Phương pháp điều trị này cũng làm giảm androgens huyết thanh và thường giúp chu kỳ kinh nguyệt trở nên đều hơn.

Metformin 500 - 1000 mg dùng hai lần/ngày được sử dụng để giúp tăng nhạy cảm insulin ở phụ nữ có PCOS, kinh nguyệt không đều, đái tháo đường, đề kháng insulin nếu việc thay đổi lối sống không có hiệu quả, trường hợp không thể dùng hoặc không thể dung nạp thuốc ngừa thai nội tiết. Metformin cũng làm giảm nồng độ testosterone tự do. Khi dùng metformin, phụ nữ PCOS nên đo nồng độ glucose huyết thanh và phải làm xét nghiệm chức năng gan thận theo định kỳ. Vì metformin có thể gây phóng noãn nên thực hiện các biện pháp tránh thai nếu không mong muốn mang thai. Metformin giúp điều chỉnh các bất thường về chuyển hóa và đường huyết và làm cho chu kỳ kinh nguyệt đều hơn, nhưng nó ít hoặc không có tác động nhiều lên triệu chứng rậm lông, mụn trứng cá hoặc vô sinh.

Điều trị chứng rậm lông ở phụ nữ trưởng thành và các nguy cơ lâu dài của các bất thường hóc môn

Đối với phụ nữ PCOS bị mọc lông quá nhiều, các biện pháp vật lý (ví dụ như tẩy trắng, điện phân, nhổ lông, tẩy lông, làm rụng lông) có thể được sử dụng. Kem Eflornithine 13,9% bôi hai lần/ngày, có thể giúp loại bỏ lông không mong muốn ở mặt. Ở phụ nữ không mong muốn mang thai, liệu pháp hormone làm giảm nồng độ nội tiết tố nam hoặc thuốc spironolactone có thể được dùng thử.

Mụn trứng cá có thể được điều trị bằng các loại thuốc trị mụn thông thường (ví dụ như benzoyl peroxide, kem tretinoin, kháng sinh tại chỗ và kháng sinh uống).

Điều trị vô sinh ở phụ nữ mong muốn có thai

Đối với phụ nữ mong muốn mang thai, clomiphene được sử dụng để điều trị vô sinh. Clomiphene đang là liệu pháp điều trị đầu tiên cho vô sinh. Thuốc letrozole ức chế aromatase cũng có thể được dùng để điều trị vô sinh. Giảm cân là một phương pháp rất hiệu quả giúp cải thiện khả năng rụng trứng đối với những bệnh nhân PCOS thừa cân. Bởi vì phụ nữ PCOS có nguy cơ cao về các biến chứng thai kỳ, bao gồm đái tháo đường thai kỳ, sinh non, và tiền sản giật, các biến chứng này sẽ nặng nề hơn nếu bệnh nhân có béo phì. Nên đánh giá trước khi thụ thai về chỉ số khối cơ thể (BMI), BP và nghiệm pháp dung nạp glucose được khuyến cáo.

Phẫu thuật nội soi buồng trứng là một trong những lựa chọn điều trị hội chứng buồng trứng đa nang. Bác sĩ sẽ tiến hành phẫu thuật bằng mở ổ bụng để tạo ra các lỗ nhỏ trong buồng trứng (phẫu thuật đốt điểm buồng trứng) làm giảm sản sinh nội tiết tố nam và tăng cường sự rụng trứng. Tác động của phương pháp này chỉ mang tính tạm thời nhưng khoảng 50% phụ nữ mang thai trong vòng một năm kể từ khi phẫu thuật.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng buồng trứng đa nang

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)

Chế độ sinh hoạt:

Giảm cân, ăn kiêng và tập thể dục thường xuyên được khuyến khích. Chúng có thể giúp phóng noãn, làm cho chu kỳ kinh nguyệt đều hơn, tăng nhạy cảm insulin, giảm bệnh vảy đen da và chứng mọc lông quá nhiều. Giảm cân cũng có thể cải thiện khả năng sinh sản. Tuy nhiên, giảm cân không có lợi cho những phụ nữ cân nặng bình thường bị PCOS.

Giảm từ 5 - 10% trọng lượng cơ thể có thể giúp chu kỳ kinh nguyệt đều hơn và cải thiện các triệu chứng hội chứng buồng trứng đa nang. Bất kỳ chế độ ăn kiêng nào giúp giảm cân đều có thể giúp ích cho tình trạng của phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang. Tuy nhiên, sẽ có một số chế độ ăn kiêng có thể có lợi thể hơn những chế độ ăn khác.

Tập thể dục 30 phút ở cường độ trung bình 3 ngày một tuần có thể giúp phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang giảm cân. Chế độ ăn kiêng cộng với tập thể dục sẽ giúp phụ nữ giảm cân nhiều hơn so với chỉ can thiệp và nó làm giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường và bệnh tim.

Chế độ dinh dưỡng:

Các nghiên cứu so sánh chế độ ăn kiêng cho hội chứng buồng trứng đa nang đã phát hiện ra rằng chế độ ăn kiêng ít carbohydrate có hiệu quả cho cả việc giảm cân và cả việc giảm mức insulin.

Chế độ ăn có chỉ số đường huyết thấp (GI thấp) nạp hầu hết các loại carbohydrate từ trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt giúp điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt tốt hơn so với những chế độ ăn kiêng giảm cân thông thường.

Phương pháp phòng ngừa hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) hiệu quả

Mặc dù hiện nay chưa xác định chính xác nguyên nhân gây ra hội chứng buồng trứng đa nang, tuy nhiên, chị em phụ nữ hoàn toàn có thể ngăn ngừa bệnh lý cũng như các biến chứng nguy hiểm của bệnh bằng việc xây dựng lối sống, sinh hoạt lành

manh, nâng cao chất lượng cuộc sống ngày. Cụ thể là:

Duy trì cân nặng hợp lý:

Giảm cân và duy trì mức cân nặng ở chỉ số lý tưởng không chỉ giúp phụ nữ có sức khỏe tốt, mà còn giảm ảnh hưởng tiêu cực của bệnh đối với cơ thể. Nên tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc các chuyên gia dinh dưỡng để được xây dựng cho bản thân một chế độ ăn uống lành mạnh và khoa học, đồng thời có kế hoạch kiểm soát cân nặng hợp lý.

Hạn chế carbohydrate:

Một chế độ ăn ít chất béo nhưng nhiều carbohydrate sẽ làm tăng hàm lượng insulin. Do đó, cần hạn chế lượng carbohydrate nạp vào trong khẩu phần ăn.

Tập thể dục thường xuyên:

Việc tăng cường hoạt động thể dục thể thao thường xuyên, đều đặn sẽ hỗ trợ điều trị và ngăn ngừa tình trạng kháng insulin, kiểm soát cân nặng nhằm phòng tránh bệnh đái tháo đường và giảm nguy cơ mắc phải hội chứng đa nang buồng trứng.

Khám phụ khoa định kỳ:

Khám phụ khoa định kỳ sẽ giúp phát hiện các dấu hiệu của bệnh từ sớm, kể cả khi bệnh chưa có biểu hiện rõ ràng. Không những thế, khám phụ khoa định kỳ còn giúp tầm soát và điều trị kịp thời, ngăn ngừa biến chứng nguy hiểm của nhiều bệnh phụ khoa khác. Do đó, các chuyên gia sản phụ khoa khuyến cáo chị em phụ nữ nên đến các cơ sở y tế uy tín để thăm khám phụ khoa định kỳ 6 tháng một lần hoặc theo hướng dẫn của bác sĩ.

=====

Tìm hiểu chung thiếu canxi

Về mặt hóa học, canxi (Ca) là kim loại kiềm thổ hóa trị II có số nguyên tử là 20. Canxi cũng là một khoáng chất có trong cơ thể con người, với 99% lượng canxi được dự trữ dưới dạng hydroxyapatite trong xương. Tổng nồng độ canxi trong huyết tương là 4,5 - 5,1 mEq/l (9 - 10,2 mg/dl). 50% canxi huyết tương được ion hóa, 40% liên kết với protein (90% trong số đó liên kết với albumin) và 10% lưu thông liên kết với anion (ví dụ như photphat, cacbonat, citrat, lactat, sulfat).

Điều hòa canxi là rất quan trọng đối với chức năng bình thường của tế bào, dẫn truyền thần kinh, ổn định màng, cấu trúc xương, đông máu và tín hiệu nội bào.

Các chức năng thiết yếu của cation hóa trị hai này vẫn đang tiếp tục được làm sáng tỏ, đặc biệt là trong chấn thương đầu/đột quỵ và rối loạn tim phổi.

Canxi ion hóa rất cần thiết cho các quá trình sinh lý bình thường. Trong hệ thần kinh cơ, canxi ion hóa tạo điều kiện dẫn truyền thần kinh, co cơ và thư giãn cơ.

Canxi cũng cần thiết cho quá trình khoáng hóa xương và là một đồng yếu tố quan trọng để tiết nội tiết tố trong các cơ quan nội tiết. Ở cấp độ tế bào, canxi là chất điều hòa quan trọng đối với sự vận chuyển ion và tính toàn vẹn của màng.

Bệnh thiếu canxi hay còn gọi là hạ canxi máu xảy ra khi máu có hàm lượng canxi thấp. Trong hạ canxi huyết, tổng nồng độ canxi huyết thanh < 8,8 mg/dl (< 2,20 mmol/l) khi nồng độ protein huyết tương bình thường hoặc nồng độ canxi ion hóa huyết thanh < 4,7 mg/dl (< 1,17 mmol/l).

Triệu chứng thiếu canxi

Những dấu hiệu và triệu chứng của thiếu canxi

Ở giai đầu, thiếu canxi có thể không gây ra bất kỳ biểu hiện nghiêm trọng nào. Tuy nhiên, khi bệnh tiến triển nặng các triệu chứng sẽ phát triển.

Các triệu chứng nghiêm trọng của hạ canxi huyết bao gồm:

Nhảm lẩn hoặc mất trí nhớ ; Co thắt cơ; Tê và ngứa ran ở bàn tay, bàn chân và mặt; Phiền muộn; Áo giác; Chuột rút cơ bắp; Móng tay yếu và dễ gãy; Dễ gãy xương.

Nhảm lẩn hoặc mất trí nhớ ;

Co thắt cơ;

Tê và ngứa ran ở bàn tay, bàn chân và mặt;

Phiền muộn;

Áo giác;

Chuột rút cơ bắp;

Móng tay yếu và dễ gãy;

Dễ gãy xương.

Móng tay yếu và dễ gãy là một trong những biểu hiện của việc thiếu canxi.

Canxi có vai trò trong rất nhiều hoạt động của các bộ phận cơ thể vì vậy sự thiếu hụt nguyên tố này có thể ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể, dẫn đến móng tay yếu, tóc mọc chậm hơn và da mỏng, yếu hơn.

Ngoài ra quá trình giải phóng chất dẫn truyền thần kinh và cơ cơ cũng cần sự có mặt của canxi. Vì vậy, sự thiếu hụt canxi có thể dẫn đến co giật ở những người khỏe mạnh.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh thiếu canxi

Tổn thương mắt, bất thường về nhịp tim và loãng xương là những biến chứng có thể gặp khi bị thiếu canxi.

Các biến chứng do loãng xương bao gồm:

Gây khuyết tật; Gãy cột sống hoặc gãy xương khác; Đi lại khó khăn. Tử vong là biến chứng nguy hiểm nhất mà bệnh thiếu canxi có thể gây ra nếu không được điều trị.

Gây khuyết tật;

Gãy cột sống hoặc gãy xương khác;

Đi lại khó khăn.

Tử vong là biến chứng nguy hiểm nhất mà bệnh thiếu canxi có thể gây ra nếu không được điều trị.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân thiếu canxi

Tuổi cao

Nhiều người có nguy cơ thiếu canxi cao hơn khi họ già đi. Các yếu tố gây sự thiếu hụt này có thể kể đến như:

Hấp thụ canxi kém trong một thời gian dài, đặc biệt là trong thời thơ ấu. Sử dụng 1 số thuốc có thể làm giảm hấp thu canxi. Chế độ ăn uống không dung nạp thực phẩm giàu canxi. Thay đổi nội tiết tố, đặc biệt là ở phụ nữ. Một số yếu tố di truyền. Trong thời kỳ mãn kinh, phụ nữ nên tăng cường bổ sung canxi để giảm nguy cơ loãng xương và bệnh do thiếu canxi. Sự suy giảm hormone estrogen trong thời kỳ mãn kinh khiến mật độ xương của phụ nữ giảm đi nhanh hơn.

Hấp thụ canxi kém trong một thời gian dài, đặc biệt là trong thời thơ ấu.

Sử dụng 1 số thuốc có thể làm giảm hấp thu canxi.

Chế độ ăn uống không dung nạp thực phẩm giàu canxi.

Thay đổi nội tiết tố, đặc biệt là ở phụ nữ.

Một số yếu tố di truyền.

Trong thời kỳ mãn kinh, phụ nữ nên tăng cường bổ sung canxi để giảm nguy cơ loãng xương và bệnh do thiếu canxi. Sự suy giảm hormone estrogen trong thời kỳ mãn kinh khiến mật độ xương của phụ nữ giảm đi nhanh hơn.

Suy tuyến cận giáp

Suy tuyến cận giáp là kết quả của việc thiếu hormone tuyến cận giáp (PTH), có thể xảy ra trong các rối loạn tự miễn dịch hoặc sau khi tình cờ cắt bỏ hoặc tổn thương một số tuyến cận giáp trong quá trình phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.

Những người bị tình trạng này không sản xuất đủ hormone tuyến cận giáp để kiểm soát lượng canxi trong máu.

Bệnh giả tuyến cận giáp

Giả tuyến cận giáp là một nhóm rối loạn không phổ biến, đặc trưng không phải do thiếu hụt hormone mà là do cơ quan đích đề kháng với PTH.

Bệnh thận

Bệnh ống thận, bao gồm cả nhiễm toan ống thận gần và xa, có thể gây hạ canxi huyết nghiêm trọng do thận mất canxi bất thường và giảm chuyển hóa vitamin D ở thận thành 1,25-(OH) 2D hoạt động.

Suy dinh dưỡng và kém hấp thu

Suy dinh dưỡng nghĩa là cơ thể không nhận đủ chất dinh dưỡng, trong khi kém hấp thu là khi cơ thể bạn không thể hấp thụ các vitamin và khoáng chất cần thiết từ thực phẩm bạn ăn.

Nguyên nhân khác

Các nguyên nhân khác bao gồm:

Lượng vitamin D thấp, khiến việc hấp thụ canxi khó khăn hơn; Thuốc, chẳng hạn như phenytoin, phenobarbital, rifampin, corticosteroid và các loại thuốc được sử dụng để điều trị nồng độ canxi tăng cao; Viêm tụy; Tăng magesi máu và giảm magie máu; Tăng phosphat huyết; Sốc nhiễm trùng; Truyền máu lượng lớn; Suy thận; Một số loại thuốc hóa trị liệu.

Lượng vitamin D thấp, khiến việc hấp thụ canxi khó khăn hơn;

Thuốc, chẳng hạn như phenytoin, phenobarbital, rifampin, corticosteroid và các

loại thuốc được sử dụng để điều trị nồng độ canxi tăng cao;
Viêm tụy;
Tăng maginesi máu và giảm magie máu;
Tăng phosphat huyết;
Sốc nhiễm trùng;
Truyền máu lượng lớn;
Suy thận;
Một số loại thuốc hóa trị liệu.

Nguy cơ thiếu canxi

Những ai có nguy cơ mắc phải thiếu canxi ?

Những đối tượng sau đây có nguy cơ bị thiếu canxi huyết:

Người cao tuổi; Phụ nữ mãn kinh; Suy thận ; Suy tuyến cận giáp; Cắt bỏ tuyến giáp; Sử dụng các thuốc chống động kinh; Suy dinh dưỡng; Thiếu vitamin D; Viêm tụy cấp ; Nghiện rượu.

Người cao tuổi;

Phụ nữ mãn kinh;

Suy thận ;

Suy tuyến cận giáp;

Cắt bỏ tuyến giáp;

Sử dụng các thuốc chống động kinh;

Suy dinh dưỡng;

Thiếu vitamin D;

Viêm tụy cấp ;

Nghiện rượu.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị thiếu canxi

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán thiếu canxi

Hầu hết các trường hợp hạ canxi huyết đều được phát hiện bằng nghi ngờ lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp. Albumin, xét nghiệm chức năng gan và các thông số đông máu nên được thu thập để đánh giá rối loạn chức năng gan và giảm albumin máu. Nên đo nitơ urê máu (BUN) và creatinin huyết thanh, vì nồng độ tăng cao có thể cho thấy rối loạn chức năng thận.

Ở bệnh nhân bị hạ canxi huyết, việc đo albumin huyết thanh là cần thiết để phân biệt tình trạng hạ canxi huyết thực sự, bao gồm giảm canxi huyết thanh ion hóa, với giảm canxi huyết giả, nghĩa là giảm canxi toàn phần, nhưng không ion hóa. Để điều chỉnh tình trạng giảm albumin máu, thêm 0,8 mg/dl vào tổng lượng canxi huyết thanh cho mỗi lần giảm 1,0 g/dL albumin dưới 4,0 g/dL.

Mức độ hormone tuyến cận giáp (PTH) nên được kiểm tra càng sớm càng tốt. Nên đo vitamin D nếu nghi ngờ thiếu hụt. Ở những bệnh nhân thiếu hụt PTH, nồng độ phosphatase kiềm có xu hướng bình thường hoặc giảm nhẹ, trong khi những mức này thường tăng cao ở những bệnh nhân bị nhuyễn xương và còi xương. Nếu nghi ngờ chẩn đoán nhuyễn xương, sinh thiết xương có thể xác định chẩn đoán cuối cùng.

Điện tâm đồ (ECG) cũng nên được chỉ định:

Nghiên cứu hình ảnh có thể bao gồm chụp X quang đơn giản hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT). Trên phim chụp X quang, các rối loạn liên quan đến còi xương hoặc nhuyễn xương xuất hiện với các vùng Looser bệnh lý, được quan sát rõ hơn ở xương mu, xương đùi trên và xương sườn. Chụp X quang cũng sẽ tiết lộ các di căn nguyên bào xương từ một số khối u (ví dụ như vú, tuyến tiền liệt, phổi) có thể gây hạ canxi huyết. Chụp CT đầu có thể thấy vôi hóa hạch nền và các triệu chứng thần kinh ngoại tháp (trong suy tuyến cận giáp vô căn).

Nghiên cứu hình ảnh có thể bao gồm chụp X quang đơn giản hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT). Trên phim chụp X quang, các rối loạn liên quan đến còi xương hoặc nhuyễn xương xuất hiện với các vùng Looser bệnh lý, được quan sát rõ hơn ở xương mu, xương đùi trên và xương sườn.

Chụp X quang cũng sẽ tiết lộ các di căn nguyên bào xương từ một số khối u (ví dụ như vú, tuyến tiền liệt, phổi) có thể gây hạ canxi huyết. Chụp CT đầu có thể thấy vôi hóa hạch nền và các triệu chứng thần kinh ngoại tháp (trong suy tuyến cận giáp vô căn).

Phương pháp điều trị thiếu canxi hiệu quả

Canxi

Thiếu canxi thường dễ điều trị. Nó thường liên quan đến việc bổ sung thêm canxi vào chế độ ăn uống của bạn.

Tuy nhiên, không nên tự điều trị bằng cách uống nhiều thuốc bổ sung canxi. Dùng

nhiều hơn liều khuyến cáo mà không có sự chấp thuận của bác sĩ có thể dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng như sỏi thận.

Các chất bổ sung canxi thường được khuyến nghị bao gồm:

Canxi cacbonat, ít đắt nhất và có nhiều canxi nguyên tố nhất; Canxi citrate, là chất dễ hấp thu nhất; Canxi photphat, cũng dễ hấp thu và không gây táo bón.

Thuốc bổ sung canxi có sẵn ở dạng lỏng, viên nén và nhai.

Canxi cacbonat, ít đắt nhất và có nhiều canxi nguyên tố nhất;

Canxi citrate, là chất dễ hấp thu nhất;

Canxi photphat, cũng dễ hấp thu và không gây táo bón.

Thuốc bổ sung canxi có sẵn ở dạng lỏng, viên nén và nhai.

Mặc dù việc đáp ứng nhu cầu canxi là rất quan trọng, nhưng bạn cũng cần đảm bảo rằng mình không nạp quá nhiều. Giới hạn trên của lượng canxi hấp thụ tính bằng miligam (mg) đối với người lớn là:

2000 mg mỗi ngày cho nam và nữ từ 51 tuổi trở lên. 2500 mg mỗi ngày cho nam giới và phụ nữ từ 19 đến 50 tuổi.

2000 mg mỗi ngày cho nam và nữ từ 51 tuổi trở lên.

2500 mg mỗi ngày cho nam giới và phụ nữ từ 19 đến 50 tuổi.

Vitamin D

Vitamin D rất quan trọng vì nó làm tăng tốc độ canxi được hấp thụ vào máu. Hãy hỏi bác sĩ của bạn lượng vitamin D bạn cần.

Để tăng lượng canxi, bạn có thể thêm thực phẩm giàu vitamin D vào chế độ ăn uống của mình. RDA cho vitamin D là 600 đơn vị quốc tế (15 microgam) một ngày đối với hầu hết người lớn.

Ánh nắng mặt trời kích hoạt cơ thể bạn tạo ra vitamin D, vì vậy việc tiếp xúc thường xuyên với ánh nắng mặt trời cũng có thể giúp tăng mức vitamin D.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa thiếu canxi

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của thiếu canxi

Chế độ sinh hoạt:

Tập thể dục thường xuyên;

Hạn chế rượu bia và thuốc lá;

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng;

Đề ra mục tiêu và luyện tập cũng như ăn uống hợp lý để đạt mức cân nặng lý tưởng và duy trì mức cân nặng này.

Chế độ dinh dưỡng:

Có nhiều loại thực phẩm giàu canxi. Bạn có thể bổ sung canxi thông qua việc sử dụng các thực phẩm sau:

Các sản phẩm từ sữa, chẳng hạn như pho mát, sữa và sữa chua. Các loại rau lá xanh đậm, chẳng hạn như bông cải xanh và cải xoăn. Cá có xương mềm ăn được, chẳng hạn như cá mòi và cá hồi đóng hộp. Thực phẩm và đồ uống tăng cường canxi, chẳng hạn như các sản phẩm đậu nành, ngũ cốc và nước ép trái cây, và các chất thay thế sữa.

Các sản phẩm từ sữa, chẳng hạn như pho mát, sữa và sữa chua.

Các loại rau lá xanh đậm, chẳng hạn như bông cải xanh và cải xoăn.

Cá có xương mềm ăn được, chẳng hạn như cá mòi và cá hồi đóng hộp.

Thực phẩm và đồ uống tăng cường canxi, chẳng hạn như các sản phẩm đậu nành, ngũ cốc và nước ép trái cây, và các chất thay thế sữa.

Vitamin D cũng rất cần thiết để cơ thể bạn có tăng cường việc hấp thu canxi. Một số loại thực phẩm có chứa một vitamin D bao gồm:

Cá béo như cá hồi và cá ngừ; Nước cam; Sữa bổ sung vi chất; Nấm portobello;

Trứng.

Cá béo như cá hồi và cá ngừ;

Nước cam;

Sữa bổ sung vi chất;

Nấm portobello;

Trứng.

Phương pháp phòng ngừa thiếu canxi hiệu quả

Canxi cần thiết cho sức khỏe tổng thể của bạn. Bạn có thể nhận được lượng canxi cần thiết từ nhiều loại thực phẩm khác nhau, và nếu cần, từ thực phẩm bổ sung hoặc vitamin tổng hợp. Nói chung, cả nam và nữ đều cần khoảng 1000 miligam (mg) canxi mỗi ngày.

Phụ nữ từ 51 tuổi trở lên nên bổ sung lên đến 1200 mg. Điều này là do sự phân hủy xương ở phụ nữ sau mãn kinh lớn hơn lượng xương tạo thành. Đàn ông nên bổ sung lên đến 1200 mg khi bước vào tuổi 71. Trẻ sơ sinh, trẻ em và phụ nữ mang

thai có nhu cầu canxi cao nhất vì tốc độ hình thành và tăng trưởng xương đặc biệt của chúng.

Canxi hoạt động cùng với các chất dinh dưỡng khác như vitamin D, vì vậy điều quan trọng là phải duy trì một chế độ ăn uống cân bằng.

=====

Tìm hiểu chung suy tuyến yên

Suy tuyến yên là gì?

Suy tuyến yên là một tình trạng trong đó tuyến yên không sản xuất một số lượng bình thường một số hoặc tất cả các hormone của nó.

Tuyến yên tạo ra một số hormone quan trọng bao gồm:

Hormone vỏ thượng thận (ACTH) là một loại hormone kích thích tuyến thượng thận (các tuyến nằm trên hoặc trên cùng của thận sản xuất hormone). ACTH kích hoạt tuyến thượng thận tiết ra một loại hormone gọi là cortisol, có tác dụng điều chỉnh sự trao đổi chất và huyết áp. Hormone kích thích tuyến giáp (TSH) là một loại hormone kích thích sản xuất và bài tiết hormone tuyến giáp từ tuyến giáp (một tuyến trong hệ thống hormone). Hormone tuyến giáp điều chỉnh sự trao đổi chất của cơ thể và rất quan trọng trong quá trình tăng trưởng và phát triển. Hormone kích thích nang trứng (FSH) và hormone tạo hoàng thể (LH) là những hormone kiểm soát chức năng tình dục ở nam và nữ. LH và FSH còn được gọi là gonadotropins. Chúng hoạt động trên buồng trứng hoặc tinh hoàn để kích thích sản xuất hormone sinh dục - estrogen từ buồng trứng và testosterone từ tinh hoàn. Hormone tăng trưởng (GH) là một loại hormone kích thích sự phát triển bình thường của xương và mô. Prolactin là một loại hormone kích thích sản xuất sữa và tăng trưởng ngực của phụ nữ. Hormone chống bài niệu (ADH) là một loại hormone kiểm soát sự mất nước của thận. Oxytocin thông báo cho tử cung của phụ nữ co lại trong khi sinh và báo hiệu sữa tiết ra để em bé có thể bú. Nó cũng giúp tình trùng di chuyển ở nam giới. Oxytocin cũng đóng một vai trò trong mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái, kích thích tình dục và cảm giác tin tưởng. Trong suy tuyến yên, một hoặc nhiều hormone tuyến yên bị thiếu. Việc thiếu hormone dẫn đến mất chức năng của tuyến hoặc cơ quan mà nó kiểm soát.

Hormone vỏ thượng thận (ACTH) là một loại hormone kích thích tuyến thượng thận (các tuyến nằm trên hoặc trên cùng của thận sản xuất hormone). ACTH kích hoạt tuyến thượng thận tiết ra một loại hormone gọi là cortisol, có tác dụng điều chỉnh sự trao đổi chất và huyết áp.

Hormone kích thích tuyến giáp (TSH) là một loại hormone kích thích sản xuất và bài tiết hormone tuyến giáp từ tuyến giáp (một tuyến trong hệ thống hormone). Hormone tuyến giáp điều chỉnh sự trao đổi chất của cơ thể và rất quan trọng trong quá trình tăng trưởng và phát triển.

Hormone kích thích nang trứng (FSH) và hormone tạo hoàng thể (LH) là những hormone kiểm soát chức năng tình dục ở nam và nữ. LH và FSH còn được gọi là gonadotropins. Chúng hoạt động trên buồng trứng hoặc tinh hoàn để kích thích sản xuất hormone sinh dục - estrogen từ buồng trứng và testosterone từ tinh hoàn.

Hormone tăng trưởng (GH) là một loại hormone kích thích sự phát triển bình thường của xương và mô.

Prolactin là một loại hormone kích thích sản xuất sữa và tăng trưởng ngực của phụ nữ.

Hormone chống bài niệu (ADH) là một loại hormone kiểm soát sự mất nước của thận. Oxytocin thông báo cho tử cung của phụ nữ co lại trong khi sinh và báo hiệu sữa tiết ra để em bé có thể bú. Nó cũng giúp tình trùng di chuyển ở nam giới.

Oxytocin cũng đóng một vai trò trong mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái, kích thích tình dục và cảm giác tin tưởng.

Trong suy tuyến yên, một hoặc nhiều hormone tuyến yên bị thiếu. Việc thiếu hormone dẫn đến mất chức năng của tuyến hoặc cơ quan mà nó kiểm soát.

Triệu chứng suy tuyến yên

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy tuyến yên

Các dấu hiệu và triệu chứng của suy tuyến yên thường phát triển dần dần và trở nên tồi tệ hơn theo thời gian. Chúng có thể diễn tiến âm thầm. Nhưng đối với một số người, các dấu hiệu và triệu chứng phát triển đột ngột.

Các dấu hiệu và triệu chứng của suy tuyến yên khác nhau ở mỗi người, tùy thuộc vào loại hormone nào của tuyến yên bị ảnh hưởng và mức độ. Ở những người bị thiếu hụt nhiều hơn một hormone tuyến yên, sự thiếu hụt thứ hai có thể tăng lên hoặc trong một số trường hợp, che giấu các triệu chứng của sự thiếu hụt thứ

nhất.

Thiếu hormone tăng trưởng (GH)

Ở trẻ em, thiếu GH có thể gây ra các vấn đề về tăng trưởng và tầm vóc thấp bé.

Hầu hết người lớn bị thiếu GH không có bất kỳ triệu chứng nào, nhưng đối với một số người lớn, nó có thể gây ra:

Mệt mỏi ; Yếu cơ; Thay đổi thành phần chất béo trong cơ thể.

Mệt mỏi ;

Yếu cơ;

Thay đổi thành phần chất béo trong cơ thể.

Thiếu hụt hormone tạo hoàng thể (LH) và hormone kích thích nang trứng (FSH)

Sự thiếu hụt các hormone này, được gọi là gonadotropins, ảnh hưởng đến hệ thống sinh sản. Ở phụ nữ, sự thiếu hụt sẽ làm giảm sản xuất trứng và estrogen từ buồng trứng. Ở nam giới, sự thiếu hụt làm giảm sản xuất tinh trùng và testosterone từ tinh hoàn. Phụ nữ và nam giới có thể có ham muốn tình dục thấp hơn, vô sinh hoặc mệt mỏi. Ở trẻ em và thanh thiếu niên, dậy thì muộn thường là triệu chứng duy nhất.

Phụ nữ cũng có thể có các triệu chứng như:

Nóng bừng; Kinh nguyệt không đều hoặc không có; Rụng lông mu; Không có khả năng sản xuất sữa cho con bú. Nam giới cũng có thể có các triệu chứng như: Rối loạn cương dương ; Rụng lông trên khuôn mặt hoặc cơ thể; Thay đổi tâm trạng.

Nóng bừng;

Kinh nguyệt không đều hoặc không có;

Rụng lông mu;

Không có khả năng sản xuất sữa cho con bú.

Nam giới cũng có thể có các triệu chứng như:

Rối loạn cương dương ;

Rụng lông trên khuôn mặt hoặc cơ thể;

Thay đổi tâm trạng.

Thiếu hormone kích thích tuyến giáp (TSH)

Hormone này kiểm soát tuyến giáp. Sự thiếu hụt TSH dẫn đến lượng hormone tuyến giáp thấp (suy giáp). Điều này gây ra các triệu chứng như:

Mệt mỏi; Tăng cân; Da khô; Táo bón ; Nhạy cảm với lạnh hoặc khó giữ ấm.

Mệt mỏi;

Tăng cân;

Da khô;

Táo bón ;

Nhạy cảm với lạnh hoặc khó giữ ấm.

Thiếu hormone vỏ thượng thận (ACTH)

Hormone này giúp tuyến thượng thận của bạn hoạt động bình thường và giúp cơ thể phản ứng với căng thẳng. Các triệu chứng của thiếu ACTH bao gồm:

Mệt mỏi nghiêm trọng. Huyết áp thấp , có thể dẫn đến ngất xỉu. Nhiễm trùng thường xuyên và kéo dài. Buồn nôn, nôn mửa hoặc đau bụng. Lú lẫn.

Mệt mỏi nghiêm trọng.

Huyết áp thấp , có thể dẫn đến ngất xỉu.

Nhiễm trùng thường xuyên và kéo dài.

Buồn nôn, nôn mửa hoặc đau bụng.

Lú lẫn.

Thiếu hormone chống lợi tiểu (ADH)

Hormone này, còn được gọi là vasopressin, giúp cơ thể cân bằng lượng chất lỏng.

Sự thiếu hụt ADH có thể gây ra một chứng rối loạn gọi là đái tháo nhạt , có thể gây ra:

Đi tiểu nhiều. Khát khao cực độ. Mất cân bằng điện giải. Thiếu hụt prolactin.

Prolactin là hormone cho cơ thể biết thời điểm bắt đầu tạo sữa mẹ. Mức prolactin thấp có thể khiến phụ nữ gặp khó khăn trong việc tạo sữa cho con bú.

Đi tiểu nhiều.

Khát khao cực độ.

Mất cân bằng điện giải.

Thiếu hụt prolactin.

Prolactin là hormone cho cơ thể biết thời điểm bắt đầu tạo sữa mẹ. Mức prolactin thấp có thể khiến phụ nữ gặp khó khăn trong việc tạo sữa cho con bú.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân suy tuyến yên

Nguyên nhân dẫn đến suy tuyến yên

Suy tuyến yên có một số nguyên nhân. Trong nhiều trường hợp, suy tuyến yên là do khối u của tuyến yên. Khi khối u tuyến yên tăng kích thước, nó có thể chèn ép và làm tổn thương mô tuyến yên, cản trở quá trình sản xuất hormone. Khối u cũng có thể chèn ép các dây thần kinh thị giác, gây rối loạn thị giác.

Ngoài khối u, một số bệnh hoặc biến cố gây tổn thương tuyến yên cũng có thể gây suy tuyến yên. Những ví dụ bao gồm:

Chấn thương đầu. Phẫu thuật não. Xạ trị vùng đầu hoặc cổ. Thiếu lưu lượng máu đến não hoặc tuyến yên (đột quy) hoặc chảy máu (xuất huyết) vào não hoặc tuyến yên. Một số loại thuốc, chẳng hạn như ma túy, corticosteroid liều cao hoặc một số loại thuốc ung thư được gọi là chất ức chế điểm kiểm soát. Viêm tuyến yên do phản ứng bất thường của hệ thống miễn dịch (viêm tuyến yên). Nhiễm trùng não, chẳng hạn như viêm màng não hoặc nhiễm trùng có thể lây lan đến não, chẳng hạn như bệnh lao hoặc giang mai. Các bệnh thâm nhiễm, ảnh hưởng đến nhiều bộ phận của cơ thể, bao gồm bệnh sarcoidosis, một bệnh viêm nhiễm xảy ra ở các cơ quan khác nhau; Tế bào Langerhans mất tế bào gốc, trong đó các tế bào bất thường gây ra sẹo ở nhiều bộ phận của cơ thể; và bệnh huyết sắc tố, gây tích tụ sắt dư thừa trong gan và các mô khác. Mất nhiều máu trong khi sinh, có thể gây tổn thương phần trước của tuyến yên (hội chứng Sheehan hoặc hoại tử tuyến yên sau sinh). Trong một số trường hợp, suy tuyến yên là do đột biến gen (di truyền). Những đột biến này ảnh hưởng đến khả năng sản xuất một hoặc nhiều hormone của tuyến yên, thường bắt đầu từ khi mới sinh hoặc trong thời thơ ấu. Các khối u hoặc bệnh của vùng dưới đồi, một phần của não nằm ngay trên tuyến yên, cũng có thể gây suy tuyến yên. Vùng dưới đồi tự sản xuất các hormone ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động của tuyến yên.

Chấn thương đầu.

Phẫu thuật não.

Xạ trị vùng đầu hoặc cổ.

Thiếu lưu lượng máu đến não hoặc tuyến yên (đột quy) hoặc chảy máu (xuất huyết) vào não hoặc tuyến yên.

Một số loại thuốc, chẳng hạn như ma túy, corticosteroid liều cao hoặc một số loại thuốc ung thư được gọi là chất ức chế điểm kiểm soát.

Viêm tuyến yên do phản ứng bất thường của hệ thống miễn dịch (viêm tuyến yên).

Nhiễm trùng não, chẳng hạn như viêm màng não hoặc nhiễm trùng có thể lây lan đến não, chẳng hạn như bệnh lao hoặc giang mai.

Các bệnh thâm nhiễm, ảnh hưởng đến nhiều bộ phận của cơ thể, bao gồm bệnh sarcoidosis, một bệnh viêm nhiễm xảy ra ở các cơ quan khác nhau; Tế bào Langerhans mất tế bào gốc, trong đó các tế bào bất thường gây ra sẹo ở nhiều bộ phận của cơ thể; và bệnh huyết sắc tố, gây tích tụ sắt dư thừa trong gan và các mô khác.

Mất nhiều máu trong khi sinh, có thể gây tổn thương phần trước của tuyến yên (hội chứng Sheehan hoặc hoại tử tuyến yên sau sinh).

Trong một số trường hợp, suy tuyến yên là do đột biến gen (di truyền). Những đột biến này ảnh hưởng đến khả năng sản xuất một hoặc nhiều hormone của tuyến yên, thường bắt đầu từ khi mới sinh hoặc trong thời thơ ấu.

Các khối u hoặc bệnh của vùng dưới đồi, một phần của não nằm ngay trên tuyến yên, cũng có thể gây suy tuyến yên. Vùng dưới đồi tự sản xuất ra các hormone ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động của tuyến yên.

Trong một số trường hợp, nguyên nhân của suy tuyến yên là không rõ.

Nguy cơ suy tuyến yên

Những ai có nguy cơ mắc phải suy tuyến yên?

Người lớn và trẻ em đều có thể mắc suy tuyến yên, tuy nhiên những người có vấn đề di truyền dễ bị suy tuyến yên hơn.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy tuyến yên

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc suy tuyến yên, bao gồm:

Dùng thuốc. Nhiễm trùng não, tuyến yên.

Dùng thuốc.

Nhiễm trùng não, tuyến yên.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy tuyến yên

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán suy tuyến yên

Xét nghiệm máu

Các xét nghiệm này đo nồng độ hormone. Ví dụ, xét nghiệm máu có thể xác định mức độ thấp của tuyến giáp, tuyến thượng thận hoặc hormone sinh dục.

Kích thích hoặc thử nghiệm động

Các xét nghiệm này cũng đo nồng độ hormone. Các xét nghiệm này kiểm tra nồng độ hormone của cơ thể sau khi đã dùng một số loại thuốc để kích thích sản xuất hormone.

Chụp ảnh não

Chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (CT) não có thể phát hiện khối u tuyến yên hoặc các vấn đề về tuyến yên khác.

Kiểm tra thị lực

Các xét nghiệm này có thể xác định xem sự phát triển của khối u tuyến yên có làm suy giảm thị lực hoặc thị lực hay không.

Phương pháp điều trị suy tuyến yên hiệu quả

Bước đầu tiên trong điều trị suy tuyến yên thường là dùng thuốc để giúp nồng độ hormone trở lại bình thường. Điều này thường được gọi là thay thế hormone, vì liều lượng được đặt để phù hợp với lượng mà cơ thể sẽ sản xuất nếu nó không có vấn đề về tuyến yên.

Trong một số trường hợp, việc điều trị tình trạng gây suy tuyến yên có thể giúp cơ thể phục hồi hoàn toàn hoặc một phần khả năng sản xuất hormone tuyến yên.

Thuốc

Thuốc thay thế hormone có thể bao gồm:

Thuốc corticoid: Những loại thuốc này, chẳng hạn như hydrocortisone hoặc prednisone, thay thế các hormone tuyến thượng thận không được sản xuất do thiếu hụt hormone vỏ thượng thận (ACTH). **Levothyroxine :** Thuốc này điều trị mức độ hormone tuyến giáp thấp (suy giáp) mà sự thiếu hụt hormone kích thích tuyến giáp (TSH) có thể gây ra. Nội tiết tố sinh dục bao gồm testosterone ở nam giới và estrogen hoặc sự kết hợp của estrogen và progesterone ở phụ nữ. Testosterone được sử dụng bằng cách tiêm hoặc qua da bằng miếng dán hoặc gel. Thay thế nội tiết tố nữ có thể được thực hiện bằng thuốc viên, gel hoặc miếng dán. **Hormone tăng trưởng :** Còn được gọi là somatropin, hormone tăng trưởng được sử dụng thông qua một mũi tiêm bên dưới da. Nó thúc đẩy tăng trưởng, giúp tạo ra chiều cao bình thường hơn ở trẻ em. Người lớn có các triệu chứng thiếu hụt hormone tăng trưởng cũng có thể được hưởng lợi từ việc thay thế hormone tăng trưởng, nhưng họ sẽ không cao thêm. **Hormone khả năng sinh sản:** Nếu bị vô sinh, gonadotropins có thể được sử dụng bằng cách tiêm để kích thích rụng trứng ở phụ nữ và sản xuất tinh trùng ở nam giới.

Thuốc corticoid: Những loại thuốc này, chẳng hạn như hydrocortisone hoặc prednisone, thay thế các hormone tuyến thượng thận không được sản xuất do thiếu hụt hormone vỏ thượng thận (ACTH).

Levothyroxine : Thuốc này điều trị mức độ hormone tuyến giáp thấp (suy giáp) mà sự thiếu hụt hormone kích thích tuyến giáp (TSH) có thể gây ra.

Nội tiết tố sinh dục bao gồm testosterone ở nam giới và estrogen hoặc sự kết hợp của estrogen và progesterone ở phụ nữ. Testosterone được sử dụng bằng cách tiêm hoặc qua da bằng miếng dán hoặc gel. Thay thế nội tiết tố nữ có thể được thực hiện bằng thuốc viên, gel hoặc miếng dán.

Hormone tăng trưởng : Còn được gọi là somatropin, hormone tăng trưởng được sử dụng thông qua một mũi tiêm bên dưới da. Nó thúc đẩy tăng trưởng, giúp tạo ra chiều cao bình thường hơn ở trẻ em. Người lớn có các triệu chứng thiếu hụt hormone tăng trưởng cũng có thể được hưởng lợi từ việc thay thế hormone tăng trưởng, nhưng họ sẽ không cao thêm.

Hormone khả năng sinh sản: Nếu bị vô sinh, gonadotropins có thể được sử dụng bằng cách tiêm để kích thích rụng trứng ở phụ nữ và sản xuất tinh trùng ở nam giới.

Phẫu thuật

Chụp CT hoặc MRI định kỳ để theo dõi khối u tuyến yên hoặc các bệnh khác gây suy tuyến yên. Điều trị khối u tuyến yên có thể liên quan đến phẫu thuật để loại bỏ khối u. Trong một số trường hợp, điều trị bằng bức xạ hoặc thuốc được khuyến khích để kiểm soát nguyên nhân cơ bản.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy tuyến yên

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của suy tuyến yên

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung đầy đủ dinh dưỡng.

Phương pháp phòng ngừa suy tuyến yên hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Trong hầu hết các trường hợp, không thể ngăn ngừa chứng rối loạn này. Một số loại thuốc có thể ức chế chức năng tuyến yên.

=====

Tìm hiểu chung suy dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng là tình trạng ngưng phát triển thể chất và tinh thần do thiếu các chất dinh dưỡng, đặc biệt là thiếu năng lượng và protein. Đây là một vấn đề sức khỏe phổ biến và tình trạng này xảy ra khi chế độ ăn uống không chứa đủ chất dinh dưỡng hoặc khi cơ thể gặp vấn đề về khó hấp thụ chất dinh dưỡng từ thức ăn.

Triệu chứng suy dinh dưỡng

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy dinh dưỡng

Các triệu chứng thường gặp của bệnh suy dinh dưỡng là:

Mất chất béo (mô mỡ); Khó thở, dễ dẫn đến mắc suy hô hấp; Phiền muộn; Có thể có nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật; Nguy cơ cao bị giảm thân nhiệt - nhiệt độ cơ thể giảm bất thường; Giảm một số loại tế bào máu trắng. Do đó, hệ thống miễn dịch bị suy yếu, tăng nguy cơ nhiễm trùng; Nhạy cảm hơn với thời tiết lạnh; Lâu lành các vết thương; Lâu phục hồi do nhiễm trùng và các bệnh khác; Giảm ham muốn tình dục; Gặp vấn đề về khả năng sinh sản; Giảm khối lượng cơ bắp, mô; Mệt mỏi, cáu gắt, hoặc thờ ơ.

Mất chất béo (mô mỡ);

Khó thở, dễ dẫn đến mắc suy hô hấp;

Phiền muộn;

Có thể có nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật;

Nguy cơ cao bị giảm thân nhiệt - nhiệt độ cơ thể giảm bất thường;

Giảm một số loại tế bào máu trắng. Do đó, hệ thống miễn dịch bị suy yếu, tăng nguy cơ nhiễm trùng;

Nhạy cảm hơn với thời tiết lạnh;

Lâu lành các vết thương;

Lâu phục hồi do nhiễm trùng và các bệnh khác;

Giảm ham muốn tình dục;

Gặp vấn đề về khả năng sinh sản;

Giảm khối lượng cơ bắp, mô;

Mệt mỏi, cáu gắt, hoặc thờ ơ.

Tác động của suy dinh dưỡng đối với sức khỏe

Thể trạng người suy dinh dưỡng khiến bệnh nhân rất dễ mắc phải các bệnh nhiễm trùng về đường hô hấp và đường ruột. Đáng quan ngại nhất là việc trẻ suy dinh dưỡng dễ dẫn đến phát triển chậm cả về thể chất lẫn tinh thần. Suy dinh dưỡng khiến ảnh hưởng đến sự phát triển của các cơ quan khác, thứ nhất là hệ cơ xương, chiều cao và tầm vóc của trẻ có thể bị hạn chế. Thứ hai là trí não kém phát triển, chậm chạp, giảm tư duy, tiếp thu, giao tiếp xã hội kém và khả năng làm việc thấp hơn khi trưởng thành.

Thông thường suy dinh dưỡng thường đi kèm với tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng khác, dù có hay không có biểu hiện lâm sàng như thiếu vitamin A, acid folic, sắt... với các mức độ thay đổi theo từng vùng địa phương khác nhau. Một số các vi chất dinh dưỡng trong số đó cũng đang được xem xét gây ra quá trình chậm lớn, chậm phát triển của cơ thể như iod, sắt và kẽm.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Bạn nên đến khám bác sĩ nếu có những dấu hiệu sau: Ngất xỉu; kinh nguyệt không đều; trẻ em chậm phát triển; rụng tóc nhiều.

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng

của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân suy dinh dưỡng

Một số nguyên nhân phổ biến sau dẫn đến suy dinh dưỡng:

Bữa ăn nghèo nàn về số lượng và chất lượng của các dưỡng chất: Đây là nguyên nhân phổ biến gây suy dinh dưỡng ở các nước nghèo.

Khả năng hấp thu các chất dinh dưỡng kém do các bệnh lý đường tiêu hóa hoặc sau một đợt bệnh nặng, người bệnh cảm thấy không ngon miệng, không muốn ăn mặc dù được cung cấp thức ăn giàu chất dinh dưỡng. Ói mửa hay đi chầy kéo dài làm mất chất dinh dưỡng.

Bệnh lý viêm loét đại tràng, bệnh Crohn làm giảm khả năng dung nạp chất dinh dưỡng từ thức ăn đưa vào. Bệnh nhân viêm loét dạ dày hoặc các bệnh lý gan mật thường đối mặt với chứng khó tiêu, làm người bệnh chán ăn, lâu dần cũng gây nên suy dinh dưỡng.

Các bệnh lý nhiễm trùng tại đường tiêu hóa, hoặc việc phải sử dụng nhóm thuốc kháng sinh làm mất cân bằng giữa lượng vi khuẩn có lợi và vi khuẩn có hại trong đường ruột cũng làm giảm khả năng hấp thu.

Vấn đề sức khỏe tâm thần:

Nhiều rối loạn tâm thần kinh ảnh hưởng đến thói quen ăn uống của người bệnh như trầm cảm, chứng chán ăn tâm thần, chứng ăn ói và các rối loạn ăn uống khác.

Nguyên nhân này cũng có thể gặp phải ở trẻ em. Khi bị gia đình ép buộc ăn uống quá mức, trẻ dễ có tâm lý sợ hãi sinh ra những nỗi ám ảnh về thức ăn, dần dần sẽ dẫn tới bệnh chán ăn và gây ra suy dinh dưỡng.

Nhiều rối loạn tâm thần kinh ảnh hưởng đến thói quen ăn uống của người bệnh như trầm cảm, chứng chán ăn tâm thần, chứng ăn ói và các rối loạn ăn uống khác.

Nguyên nhân này cũng có thể gặp phải ở trẻ em. Khi bị gia đình ép buộc ăn uống quá mức, trẻ dễ có tâm lý sợ hãi sinh ra những nỗi ám ảnh về thức ăn, dần dần sẽ dẫn tới bệnh chán ăn và gây ra suy dinh dưỡng.

Trẻ sơ sinh không được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu tiên, không bú đủ sữa mẹ và cho ăn dặm quá sớm. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng không được bú sữa mẹ trong 6 tháng đầu đời có thể dẫn tới suy dinh dưỡng ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Nguy cơ suy dinh dưỡng

Những ai có nguy cơ mắc suy dinh dưỡng?

Bệnh suy dinh dưỡng có thể gặp ở mọi đối tượng nhưng chủ yếu là các đối tượng sau có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cao hơn người bình thường:

Người nghèo, có thu nhập thấp;

Người cao tuổi;

Người mắc nhiều bệnh lý cùng một lúc;

Người nghiện rượu bia;

Trẻ em sinh thiếu tháng bị nhẹ cân, không được chăm sóc dinh dưỡng tốt.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy dinh dưỡng

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc suy dinh dưỡng, bao gồm:

Nghiện rượu do rượu gây viêm dạ dày và viêm tụy, giảm khả năng tiêu hóa và hấp thu thức ăn. Bên cạnh đó, uống nhiều rượu làm giảm cảm giác đói, người nghiện rượu luôn cảm thấy no nên không ăn uống đầy đủ.

Bị rối loạn ăn uống mạn tính, chẳng hạn như ăn vô độ hoặc chán ăn.

Những người hồi phục sau cơn bệnh nặng, người phải nhập viện hoặc chăm sóc dài hạn.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy dinh dưỡng

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán suy dinh dưỡng

Xét nghiệm

Đo lượng albumin huyết thanh là xét nghiệm thường được sử dụng nhất. Giảm albumin và các protein khác (ví dụ, prealbumin [transthyretin], transferrin, protein gắn kết retinol) có thể chỉ ra việc thiếu protein hoặc thiếu protein - năng lượng (PEU). Khi thiếu dinh dưỡng tiến triển, albumin giảm chậm; prealbumin, transferrin, và protein gắn kết retinol giảm nhanh.

Đo lượng albumin không tổn kém và dự đoán tỉ lệ mắc bệnh và tử vong tốt hơn so với đo các protein khác. Tổng số tế bào lymphocyte, thường giảm do thiếu dinh dưỡng tiến triển, có thể được xác định. Thiếu dinh dưỡng gây ra sự giảm đáng kể các tế bào lympho CD4+ T, vì thế việc đếm tế bào này không có ích đối với bệnh nhân AIDS.

Test da sử dụng các kháng nguyên có thể phát hiện suy miễn dịch qua trung gian

qua tế bào trong PEU và trong một số rối loạn khác của thiếu dinh dưỡng. Các xét nghiệm khác, như đo mức vitamin và khoáng chất, được sử dụng có chọn lọc để chẩn đoán những thiếu hụt đặc trưng.

Đánh giá

Các công cụ đánh giá sau đây có thể giúp ích:

Đánh giá tổng thể chủ quan (SGA) sử dụng thông tin từ tiền sử bệnh nhân (ví dụ, mất cân, thay đổi trong thức ăn đưa vào, các triệu chứng tiêu hóa), các kết quả khám lâm sàng (ví dụ, mất cơ, mỡ dưới da, phù, cổ chướng) và đánh giá của bác sĩ lâm sàng về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

Đánh giá Dinh dưỡng rút gọn (MNA) đã được xác nhận và được sử dụng rộng rãi, đặc biệt đối với những bệnh nhân cao tuổi.

Bảng câu hỏi đánh giá dinh dưỡng rút gọn (SNAQ), một phương pháp đơn giản đã được phê chuẩn để dự báo mất cân trong tương lai, có thể sử dụng.

Chỉ số khối cơ thể ($BMI = \text{trọng lượng [kg]} / \text{chiều cao [m]}^2$) điều chỉnh trọng lượng cho chiều cao. Nếu trọng lượng < 80% được dự đoán cho chiều cao bệnh nhân hoặc nếu BMI < 18, nên nghi ngờ thiếu dinh dưỡng. Mặc dù những phát hiện này rất hữu ích trong chẩn đoán thiếu dinh dưỡng và độ nhạy chấp nhận được, nhưng thiếu tính đặc hiệu.

Vùng cơ giữa cánh tay ước tính khối nạc cơ thể. Vùng này được suy ra từ độ dày nếp gấp da cơ tam đầu (TSF) và chu vi giữa cánh tay. Cả hai đều được đo tại cùng một vị trí, với cánh tay phải của bệnh nhân ở một vị trí thả lỏng. Chu vi giữa cánh tay trung bình khoảng 34,1 cm đối với nam giới và 31,9 cm đối với nữ giới.

Phân loại

Phân loại theo tiêu chuẩn lâm sàng là cách phân loại khá kinh điển, gồm các thể thiếu dinh dưỡng nặng sau:

Suy dinh dưỡng thể teo đét (Marasmus): Đó là thể thiếu dinh dưỡng rất nặng, do chế độ ăn thiếu cả năng lượng lẫn protein. Suy dinh dưỡng thể teo đét (Marasmus) có thể xảy ra ngay trong năm đầu tiên, điều này khác với suy dinh dưỡng nặng thể phù (Kwashiorkor)-chủ yếu xảy ra ở nhóm 1-3 tuổi.

Suy dinh dưỡng thể phù (Kwashiorkor): Ít gặp hơn so với thể Marasmus. Bệnh thường gặp ở trẻ trên 1 tuổi, nhiều nhất là giai đoạn từ 1-3 tuổi. Hiếm gặp ở người lớn, nhưng vẫn có thể gặp khi xảy ra nạn đói nặng nề, nhất là đối với phụ nữ.

Thể trung gian (Marasmic-Kwashiorkor), thể này thường gặp hơn nhiều so với hai thể trên với mức độ bệnh nhẹ hơn.

Phân loại suy dinh dưỡng trên cộng đồng dựa trên cân nặng, chiều cao của trẻ và so sánh với quần thể chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 2006, người ta chia SDD thành 3 thể:

Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân: Cân nặng thấp hơn so với mức tiêu chuẩn của trẻ cùng tuổi và giới (sử dụng điểm ngưỡng cân nặng theo tuổi dưới -2SD).

Suy dinh dưỡng thể thấp còi: Là giảm mức độ tăng trưởng của cơ thể, biểu hiện của SDD mạn tính, có thể bắt đầu sớm từ SDD bào thai do mẹ bị thiếu dinh dưỡng. Được xác định khi chiều cao thấp hơn với mức tiêu chuẩn của trẻ cùng tuổi và giới (dưới -2SD).

Suy dinh dưỡng thể gầy còm: Là hiện tượng cơ và mỡ cơ thể bị teo đi, được coi là SDD cấp tính vì thường biểu hiện trong thời gian ngắn. Được xác định khi cân nặng theo chiều cao dưới -2SD.

Phương pháp điều trị suy dinh dưỡng hiệu quả

Thể nhẹ cân và thể vừa không biến chứng

Điều trị tại nhà:

Chế độ ăn tăng năng lượng, bổ sung vitamin và muối khoáng.

Cho trẻ tắm nắng và vận động vừa sức.

Thể vừa có biến chứng và thể nặng

Điều trị tại bệnh viện theo phác đồ của WHO:

Đánh giá và điều trị rối loạn nước và điện giải.

Chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng và kí sinh trùng vùng dịch tễ SR: Phòng chloroquin.

Vitamin liều cao.

Điều trị thiếu máu.

Uống KCl, acid folic, đa sinh tố.

Dinh dưỡng tăng cường.

Tìm và điều trị biến chứng.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy dinh dưỡng

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của suy dinh dưỡng

Chế độ sinh hoạt:

Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Tăng cường các hoạt động thể chất thường xuyên: Tập thể dục hàng ngày dù chỉ là các bài tập nhẹ, có thể kích thích sự thèm ăn và tăng cường xương, cơ bắp.

Tăng cường giáo dục truyền thông để cải thiện các thực hành chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân suy dinh dưỡng.

Tư vấn và chăm sóc dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai và bà mẹ đang cho con bú.

Thực hành cho bú mẹ theo khuyến nghị: Bú sớm trong 1 giờ đầu, bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu, bú mẹ theo nhu cầu.

Thực hành cho trẻ ăn bổ sung theo khuyến nghị, bắt đầu từ tròn 6 tháng tuổi và tiếp tục cho trẻ bú mẹ đến 2 tuổi hoặc hơn.

Chăm sóc dinh dưỡng cho người mắc bệnh và chậm tăng trưởng.

Bổ sung đủ sắt/acid folic và phòng chống thiếu máu.

Phòng chống thiếu vitamin A ở phụ nữ và trẻ em.

Sử dụng muối/gia vị có i-ốt cho tất cả các thành viên của gia đình.

Tiêm chủng đầy đủ theo lịch.

Chế độ dinh dưỡng:

Khuyến khích trẻ ăn các loại thực phẩm đóng gói đủ các chất dinh dưỡng: Bạn hãy phết đậu phộng hoặc bơ hạt đậu khác trên bánh mì nướng và bánh quy giòn, trái cây tươi và rau sống. Nếu thích, bạn rắc thêm hạt thái nhỏ hoặc mầm lúa mì vào sữa chua, trái cây và ngũ cốc hoặc thêm lòng trắng trứng vào trứng chiên hay gà rán và khuyến khích sử dụng sữa nguyên chất.

Tăng hương vị cho những món ăn thông thường: Thực hiện chế độ ăn uống hấp dẫn hơn bằng cách sử dụng nước chanh, các loại thảo mộc và gia vị.

Thêm các bữa ăn nhẹ vào thực đơn: Một miếng trái cây hoặc phô mai, một thìa bơ đậu phộng hoặc một ly sinh tố trái cây có thể cung cấp chất dinh dưỡng và calo.

Hãy để việc ăn uống trở thành thú vui: Mời người thân đến nhà cùng ăn. Khuyến khích người thân đi ăn cùng người khác.

Phương pháp phòng ngừa suy dinh dưỡng hiệu quả

Chưa có dữ liệu.

=====

Tìm hiểu chung suy cận giáp

Suy cận giáp là gì?

Suy cận giáp là tình trạng tuyến cận giáp tiết ra quá ít hormon PTH dẫn đến giảm calci máu và tăng phospho máu, gây ra nhiều biến chứng nặng nề ảnh hưởng đến hệ thần kinh, xương và cơ.

Triệu chứng suy cận giáp

Những dấu hiệu và triệu chứng của suy cận giáp

Các dấu hiệu và triệu chứng sau đây giúp nhận biết bệnh suy cận giáp:

Cảm giác tê các đầu ngón tay, môi và lưỡi; Yếu cơ, đau cơ ở chân, tay, bụng và vùng mặt; Co rút cơ, nhất là cơ quanh miệng, cánh tay và bàn tay. Có thể gây khó thở nặng đòi hỏi phải điều trị cấp cứu nếu co thắt thanh quản; Đau bụng dữ dội khi có kinh nguyệt (đau bụng kinh); Lông mày thưa và rụng tóc từng mảng; Móng tay dễ bị biến dạng và gãy; Da khô; Đau đầu, mệt mỏi; Một số bệnh nhân bị trầm cảm hoặc co giật kiểu động kinh. Mức độ và tần suất xuất hiện các triệu chứng thường phụ thuộc vào mức độ hạ calci máu.

Cảm giác tê các đầu ngón tay, môi và lưỡi;

Yếu cơ, đau cơ ở chân, tay, bụng và vùng mặt;

Co rút cơ, nhất là cơ quanh miệng, cánh tay và bàn tay. Có thể gây khó thở nặng đòi hỏi phải điều trị cấp cứu nếu co thắt thanh quản;

Đau bụng dữ dội khi có kinh nguyệt (đau bụng kinh);

Lông mày thưa và rụng tóc từng mảng;

Móng tay dễ bị biến dạng và gãy;

Da khô;

Đau đầu, mệt mỏi;

Một số bệnh nhân bị trầm cảm hoặc co giật kiểu động kinh.

Mức độ và tần suất xuất hiện các triệu chứng thường phụ thuộc vào mức độ hạ calci máu.

Biến chứng có thể gặp khi mắc suy cận giáp

Bệnh nhân bị suy cận giáp thường biểu hiện hạ calci máu và tăng phospho máu. Suy cận giáp gây ra nhiều biến chứng ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh trung ương, chức năng các hệ cơ quan khác. Tuy nhiên, đa số sẽ được cải thiện nếu được phát hiện và điều trị kịp thời.

Cơn tetani, người bệnh có cảm giác tê tay, chân, môi và lưỡi. Sau đó, co quắp các ngón tay co quắp, có thể kéo dài và rất đau. Thường kèm theo co giật các cơ ở thanh quản và vùng mặt, nghe có tiếng rít thanh quản và đôi khi gây khó thở dữ dội;

Mất ý thức, co giật kiểu động kinh;

Dị hình răng (răng sún), loãng xương;

Rối loạn nhịp tim và ngất;

Ngoài ra, còn có một số biến chứng khác: Tăng trưởng chậm ở trẻ, trí tuệ kém phát triển, đục thủy tinh thể, tích tụ canxi ở não,...

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nhận thấy sự xuất hiện của bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng nào thì tốt nhất nên đến ngay bệnh viện để được thăm khám, xét nghiệm và được các bác sĩ chuyên khoa hướng dẫn điều trị.

Tuyệt đối không được thờ ơ trước các bất thường của cơ thể, vì có thể khiến bệnh tiến triển đến mức trầm trọng, việc chữa trị vô cùng khó khăn và gặp không ít rủi ro, biến chứng.

Nguyên nhân suy cận giáp

Nguyên nhân dẫn đến suy cận giáp

Suy cận giáp di truyền: Trẻ sinh ra không có tuyến cận giáp hoặc có những hoạt động kém. Triệu chứng của suy cận giáp xuất hiện trước năm 10 tuổi, thường gặp nhất khi trẻ 2 tuổi.

Suy cận giáp mắc phải: Thường xuất hiện sau khi phẫu thuật tuyến cận giáp hoặc tuyến cận giáp bị chấn thương.

Bệnh tự miễn: Cơ thể sinh ra kháng thể tấn công và loại bỏ tuyến cận giáp, dần dần suy cận giáp sẽ xuất hiện.

Điều trị ung thư bằng tia xạ ở vùng mặt và vùng cổ: Phá hủy tuyến cận giáp.

Hàm lượng magie trong máu thấp: Chức năng của tuyến cận giáp bị ảnh hưởng nên không tiết đủ hormone cần thiết.

Nguy cơ suy cận giáp

Những ai có nguy cơ mắc phải suy cận giáp

Bệnh xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng phổ biến ở trẻ dưới 16 tuổi và người lớn trên 40 tuổi.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải suy cận giáp

Có rất nhiều yếu tố có thể khiến bạn tăng nguy cơ mắc bệnh này:

Người có tiền sử điều trị các bệnh tuyến giáp, đặc biệt đã từng phẫu thuật hay điều trị ung thư vùng mặt, vùng cổ.

Tiền sử gia đình: Cha và mẹ mang gen lặn bệnh suy tuyến cận giáp thì nguy cơ con mắc bệnh càng cao.

Người mắc các bệnh tự miễn.

Người có chế độ ăn uống nghèo canxi thì nguy cơ mắc các bệnh về tuyến nội tiết càng cao, trong đó có bệnh suy tuyến cận giáp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị suy cận giáp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán suy cận giáp

Chẩn đoán bệnh suy cận giáp cần dựa vào tiền sử (tiền sử gia đình, phẫu thuật, tia xạ vùng mặt, cổ), bệnh sử, khám lâm sàng (tê, co rút cơ, da khô, rụng tóc,...). Bên cạnh đó, một số xét nghiệm cận lâm sàng cũng cần được thực hiện bao gồm:

Xét nghiệm máu kiểm tra nồng độ phospho, canxi, magie, và hormon tuyến cận giáp (PTH);

Xét nghiệm nước tiểu : Kiểm tra thăm dò lượng canxi dư thừa có đào thải qua đường nước tiểu hay không;

Chụp X-Quang kết hợp kiểm tra mật độ xương: Xác định nồng độ canxi có ảnh hưởng như thế nào đến mật độ xương;

Điện tâm đồ : Phát hiện bất thường của nhịp tim (loạn nhịp tim) khi thiếu hụt

canxi;

Đối với trẻ em, bác sĩ kiểm tra tình trạng răng có phát triển bình thường hay không, theo dõi quá trình tăng trưởng để chẩn đoán suy cận giáp ở trẻ em hoặc dấu hiệu cốt hóa các xương cổ bàn tay bị chậm.

Phương pháp điều trị suy cận giáp hiệu quả

Mục tiêu: Điều chỉnh nồng độ canxi và các khoáng chất về mức cân bằng.

Thời gian đầu điều trị: Chú trọng bổ sung canxi carbonat và vitamin D – hỗ trợ cơ thể tăng cường khả năng hấp thụ canxi đồng thời thải phospho ra ngoài. Bác sĩ dựa trên tình trạng bệnh nhân để quyết định định lượng vitamin D và canxi bệnh nhân cần dùng.

Theo dõi nồng độ: Magie, phospho, canxi và hormone tuyến cận giáp định kỳ. Phần lớn người bệnh phải bổ sung canxi suốt đời khi điều trị suy cận giáp.

Nếu bệnh nhân co thắt cơ bắp hoặc nồng độ canxi máu quá thấp đe dọa đến tính mạng, cần phải được truyền canxi theo đường tĩnh mạch.

Lưu ý: Calci liều cao có thể gây tác dụng phụ: Táo bón hoặc sỏi thận.

Trong trường hợp cấp cứu (xuất hiện các cơn tetani, co thắt thanh quản hoặc cơn động kinh) cần đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất để cấp cứu.

Bên cạnh việc dùng thuốc, bệnh nhân suy cận giáp cần áp dụng chế độ ăn giàu canxi: Sữa tươi, sữa chua, phô mai, rau cải xanh, ngũ cốc,... và ít photpho. Hạn chế rượu bia và tránh dùng nước ngọt có acid photphoric.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa suy cận giáp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp hạn chế diễn tiến của suy cận giáp

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Uống thuốc đúng liều đúng giờ, việc quên uống hoặc uống không đúng liều sẽ khiến quá trình điều trị vô hiệu. Tuyệt đối không tự ý bỏ thuốc hoặc mua thuốc không có trong đơn thuốc của bác sĩ.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi có những bất thường xuất hiện trong quá trình điều trị.

Thăm khám định kỳ để được theo dõi diễn tiến của bệnh và tình trạng sức khỏe.

Tham khảo chế độ ăn uống dinh dưỡng, lành mạnh, phù hợp với tình trạng bệnh hiện tại (rau xanh, ngũ cốc, sữa và các sản phẩm từ sữa,...).

Luyện tập thể dục thể thao, những bài tập được các bác sĩ khuyên hoặc cho phép tập.

Nói không với rượu, bia, các chất kích thích, thuốc lá và đặc biệt các loại nước có chứa acid phosphoric.

Phương pháp phòng ngừa suy cận giáp hiệu quả

Cần chú ý thói quen ăn uống, sinh hoạt lành mạnh ngăn ngừa nguy cơ bệnh khởi phát.

Thường xuyên tập thể dục, ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng nâng cao thể trạng sức khỏe, tăng cường sức đề kháng và miễn dịch cơ thể.

Nên áp dụng chế độ ăn giàu calci: Bơ sữa, rau xanh, nước cam đậm đặc, ngũ cốc,... và ít phospho, đặc biệt tránh dùng nước ngọt có acid phosphoric.

Không hút thuốc lá, tránh sử dụng chất kích thích hay hóa chất độc hại ảnh hưởng tới hệ hô hấp.

Người bệnh cần giữ tinh thần thoải mái và suy nghĩ tích cực, tránh căng thẳng mệt mỏi, buồn phiền.

=====

Tìm hiểu chung không dung nạp lactose

Không dung nạp lactose là một chứng rối loạn tiêu hóa do không thể tiêu hóa được lactose, loại carbohydrate chính trong các sản phẩm từ sữa. Điều này rất phổ biến, ảnh hưởng tối thiểu đến khoảng 2/3 dân số trưởng thành trên thế giới.

Đường lactose được tìm thấy trong sữa mẹ, và hầu như tất cả mọi người sinh ra đều có khả năng tiêu hóa nó. Tuy nhiên, có thể phát triển chứng không dung nạp lactose ở mọi lứa tuổi, ngay cả khi đã trưởng thành.

Một số dạng không dung nạp lactose tồn tại và chúng có thể do các yếu tố khác nhau gây ra. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp không dung nạp lactose đều được đặc trưng bởi sự thiếu hụt enzyme lactase. Tình trạng này xảy ra nếu cơ thể không tạo ra đủ enzyme lactase cần để tiêu hóa lactose. Các triệu chứng này bao gồm đầy hơi, tiêu chảy và đau quặn bụng.

Triệu chứng không dung nạp lactose

Những triệu chứng của không dung nạp lactose

Các dấu hiệu và triệu chứng của chứng không dung nạp lactose thường bắt đầu từ 30 phút đến hai giờ sau khi ăn hoặc uống thực phẩm có chứa lactose. Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến bao gồm:

Bệnh tiêu chảy ;

Buồn nôn và đôi khi nôn mửa;

Có thất dạ dày, chuột rút ở bụng;

Phình to;

Khí ga.

Một số người cũng cảm thấy nhu cầu đi vệ sinh gấp, nôn mửa, đau bụng dưới và táo bón. Tiêu chảy xảy ra do đường lactose không được tiêu hóa trong ruột non, khiến nước di chuyển vào đường tiêu. Khi đến đại tràng, đường lactose sẽ được vi khuẩn trong ruột lên men, tạo thành các axit béo chuỗi ngắn (SCFA) và khí. Điều này gây ra đầy hơi, đầy hơi và đau.

Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào lượng đường lactose có thể dung nạp và lượng bạn đã ăn.

May mắn thay, những triệu chứng này chỉ kéo dài trong thời gian ngắn. Bạn cũng thường không bị ảnh hưởng trừ khi bạn tiêu thụ một lượng lớn lactose hoặc có một tình trạng khác trở nên tồi tệ hơn do kích ứng tiêu hóa do không dung nạp lactose.

Tác động của không dung nạp lactose đối với sức khỏe

Những người không dung nạp lactose gặp các vấn đề về tiêu hóa khi tiêu thụ sữa, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân không dung nạp lactose

Không dung nạp lactose xảy ra khi ruột non không sản xuất đủ enzym lactase để tiêu hóa đường sữa (lactose). Thông thường, lactase biến đường sữa thành hai loại đường đơn - glucose và galactose - được hấp thụ vào máu qua niêm mạc ruột. Nếu thiếu enzym lactase, đường lactose trong thức ăn sẽ di chuyển vào ruột kết thay vì được xử lý và hấp thụ tại ruột non. Trong ruột kết, vi khuẩn bình thường tương tác với đường lactose không tiêu hóa được, gây ra các dấu hiệu và triệu chứng của chứng không dung nạp đường lactose.

Có ba loại không dung nạp lactose. Các yếu tố khác nhau gây ra sự thiếu hụt lactase ở mỗi loại.

Không dung nạp lactose chính

Chứng không dung nạp lactose nguyên phát là loại phổ biến nhất. Ở người không dung nạp lactose nguyên phát, quá trình sản xuất lactase giảm mạnh khi trưởng thành, làm cho các sản phẩm sữa khó tiêu hóa.

Không dung nạp lactose thứ phát

Dạng không dung nạp lactose này xảy ra khi ruột non giảm sản xuất lactase sau khi bị bệnh, chấn thương hoặc phẫu thuật liên quan đến ruột non. Các bệnh liên quan đến không dung nạp lactose thứ phát bao gồm nhiễm trùng đường ruột, bệnh celiac, vi khuẩn phát triển quá mức và bệnh Crohn.

Điều trị rối loạn cơ bản có thể khôi phục mức lactase và cải thiện các dấu hiệu và triệu chứng.

Không dung nạp lactose bẩm sinh hoặc phát triển

Có thể xảy ra nhưng hiếm khi trẻ sinh ra không dung nạp lactose do thiếu men lactase. Rối loạn này được truyền từ thế hệ này sang thế hệ khác theo kiểu di truyền được gọi là lặn trên NST thường, có nghĩa là cả mẹ và bố đều phải truyền cùng một biến thể gen để đứa trẻ bị ảnh hưởng. Trẻ sinh non cũng có thể không dung nạp lactose vì mức lactase không đủ.

Nguy cơ không dung nạp lactose

Những ai có nguy cơ mắc phải không dung nạp lactose?

Bất kỳ ai ở bất kỳ độ tuổi nào đều có thể mắc hội chứng không dung nạp lactose.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải không dung nạp lactose

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc Không dung nạp lactose, bao gồm:

Tuổi cao: Không dung nạp lactose thường xuất hiện ở tuổi trưởng thành. Tình trạng này không phổ biến ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Dân tộc: Không dung nạp lactose phổ biến nhất ở những người gốc Phi, Châu Á, Tây Ban Nha và Mỹ da đỏ.

Sinh non: Trẻ sinh non có thể bị giảm mức độ lactase vì ruột non không phát triển các tế bào sản xuất lactase cho đến ba tháng cuối thai kỳ.

Các bệnh ảnh hưởng đến ruột non có thể gây ra chứng không dung nạp lactose bao gồm vi khuẩn phát triển quá mức, bệnh celiac và bệnh Crohn.

Một số phương pháp điều trị ung thư: Nếu đã xạ trị ung thư trong dạ dày hoặc bị các biến chứng đường ruột do hóa trị, nguy cơ phát triển chứng không dung nạp lactose sẽ tăng lên.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị không dung nạp lactose

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán không dung nạp lactose

Thăm khám lâm sàng

Tình trạng không dung nạp lactose dựa trên các triệu chứng và phản ứng với việc giảm lượng thực phẩm từ sữa trong chế độ ăn uống.

Kiểm tra hơi thở hydro

Sau khi uống nước đường lactose, bác sĩ sẽ đo lượng hydro trong hơi thở một cách đều đặn. Thở ra quá nhiều hydro cho thấy rằng không tiêu hóa và hấp thụ đầy đủ lactose.

Thử nghiệm dung nạp lactose

Hai giờ sau khi uống nước đường lactose, sẽ xét nghiệm máu để đo lượng glucose trong máu. Nếu mức đường không tăng, điều đó có nghĩa là cơ thể bạn không tiêu hóa và hấp thụ đúng cách thức uống chứa đầy đường lactose.

Phương pháp điều trị không dung nạp lactose hiệu quả

Ở những người không dung nạp lactose do một tình trạng cơ bản gây ra, việc điều trị tình trạng này có thể khôi phục khả năng tiêu hóa lactose của cơ thể, mặc dù quá trình đó có thể mất hàng tháng. Đối với các nguyên nhân khác, có thể tránh được sự khó chịu của chứng không dung nạp lactose bằng cách tuân theo chế độ ăn ít lactose.

Để giảm lượng lactose trong chế độ ăn uống:

Hạn chế sữa và các sản phẩm từ sữa khác. Bao gồm một phần nhỏ các sản phẩm từ sữa trong bữa ăn thông thường. Ăn và uống kem và sữa đã giảm lactose. Thêm enzyme lactase dạng lỏng hoặc bột vào sữa để phân hủy đường lactose.

Hạn chế sữa và các sản phẩm từ sữa khác.

Bao gồm một phần nhỏ các sản phẩm từ sữa trong bữa ăn thông thường.

Ăn và uống kem và sữa đã giảm lactose.

Thêm enzyme lactase dạng lỏng hoặc bột vào sữa để phân hủy đường lactose.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa không dung nạp lactose

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của không dung nạp lactose

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Bổ sung đầy đủ dinh dưỡng, hạn chế/ không dùng thực phẩm có chứa lactose.

Phương pháp phòng ngừa không dung nạp lactose hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Hạn chế/ ngưng dùng các sản phẩm có chứa lactose, thay thế bằng các sản phẩm chứa loại đường khác.

=====

Tìm hiểu chung hội chứng cushing

Hội chứng Cushing là gì?

Hội chứng Cushing là một hội chứng rối loạn nội tiết tố do lượng hormone cortisol trong cơ thể bạn tăng cao. Nó còn được gọi là hypercortisolism. Các dấu hiệu đặc trưng của hội chứng Cushing như bướu mỡ giữa hai vai, khuôn mặt tròn trịa và các vết rạn da màu hồng hoặc tím trên da.

Nguyên nhân chính của hội chứng Cushing do dùng thuốc corticosteroid đường uống,

chẳng hạn như prednisone, với liều lượng cao theo thời gian. Các nguyên nhân khác do rối loạn chức năng hạ đồi – tuyến yên, tuyến yên, bệnh lý tuyến thượng thận hoặc do tiết ACTH lạc chỗ.

Triệu chứng hội chứng Cushing

Những dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng Cushing

Các triệu chứng thường gặp:

Tăng cân và lắng đọng mô mỡ, đặc biệt là xung quanh vùng giữa và lưng trên, ở mặt (mặt trăng) và giữa vai (bướu trâu); Vết rạn da trên da bụng, đùi, vú và cánh tay;

Tăng cân và lắng đọng mô mỡ, đặc biệt là xung quanh vùng giữa và lưng trên, ở mặt (mặt trăng) và giữa vai (bướu trâu);

Tăng cân và lắng đọng mô mỡ, đặc biệt là xung quanh vùng giữa và lưng trên, ở mặt (mặt trăng) và giữa vai (bướu trâu);

Vết rạn da trên da bụng, đùi, vú và cánh tay;

Vết rạn da trên da bụng, đùi, vú và cánh tay;

Mụn; Rối loạn kinh nguyệt ; Giảm ham muốn tình dục; Giảm khả năng sinh sản; Rối loạn cương dương; Mệt mỏi nghiêm trọng; Yếu cơ; Mất kiểm soát cảm xúc; Khó khăn về nhận thức; Tăng huyết áp; Đau đầu; Nhiễm trùng; Sạm da; Mất xương; Ở trẻ em, tăng trưởng kém.

Mụn;

Mụn;

Rối loạn kinh nguyệt ;

Rối loạn kinh nguyệt ;

Giảm ham muốn tình dục;

Giảm ham muốn tình dục;

Giảm khả năng sinh sản;

Giảm khả năng sinh sản;

Rối loạn cương dương;

Rối loạn cương dương;

Mệt mỏi nghiêm trọng;

Mệt mỏi nghiêm trọng;

Yếu cơ;

Yếu cơ;

Mất kiểm soát cảm xúc;

Mất kiểm soát cảm xúc;

Khó khăn về nhận thức;

Khó khăn về nhận thức;

Tăng huyết áp;

Tăng huyết áp;

Đau đầu;

Đau đầu;

Nhiễm trùng;

Nhiễm trùng;

Sạm da;

Sạm da;

Mất xương;

Mất xương;

Ở trẻ em, tăng trưởng kém.

Ở trẻ em, tăng trưởng kém.

Tác động của hội chứng Cushing đối với sức khỏe

Hội chứng Cushing ở trẻ em

Theo đánh giá năm 2019, khoảng 10% các trường hợp hội chứng Cushing mới mỗi năm xảy ra ở trẻ em.

Béo phì; Tốc độ tăng trưởng chậm hơn; Huyết áp cao (tăng huyết áp).

Béo phì;

Béo phì;

Tốc độ tăng trưởng chậm hơn;

Tốc độ tăng trưởng chậm hơn;

Huyết áp cao (tăng huyết áp).

Huyết áp cao (tăng huyết áp).

Hội chứng Cushing ở phụ nữ

Hội chứng Cushing phổ biến ở nữ giới hơn, chiếm tỷ lệ gấp 3 lần so với nam giới.

Phụ nữ mắc hội chứng Cushing có thể bị rậm lông tại các vùng: Mặt và cổ, ngực,

bụng và đùi.

Ngoài triệu chứng rậm lông, nữ giới có thể bị kinh nguyệt không đều hoặc không có kinh nguyệt. Hội chứng Cushing không được điều trị ở phụ nữ có thể dẫn đến khó mang thai.

Hội chứng Cushing ở nam giới

Như trường hợp của phụ nữ và trẻ em, nam giới mắc hội chứng Cushing cũng có thể gặp các triệu chứng khác.

Rối loạn cương dương; Mất hứng thú tình dục; Giảm khả năng sinh sản.

Rối loạn cương dương;

Rối loạn cương dương;

Mất hứng thú tình dục;

Mất hứng thú tình dục;

Giảm khả năng sinh sản.

Giảm khả năng sinh sản.

Biến chứng có thể gặp khi mắc hội chứng Cushing

Biến chứng của tăng huyết áp hoặc đái tháo đường tuýp 2; Biến chứng nhiễm trùng, nhiễm nấm; Gãy xương, sập đốt sống; Khó khăn về nhận thức như khó tập trung hoặc các vấn đề về trí nhớ; Mất khối lượng cơ.

Biến chứng của tăng huyết áp hoặc đái tháo đường tuýp 2;

Biến chứng của tăng huyết áp hoặc đái tháo đường tuýp 2;

Biến chứng nhiễm trùng, nhiễm nấm;

Biến chứng nhiễm trùng, nhiễm nấm;

Gãy xương, sập đốt sống;

Gãy xương, sập đốt sống;

Khó khăn về nhận thức như khó tập trung hoặc các vấn đề về trí nhớ;

Khó khăn về nhận thức như khó tập trung hoặc các vấn đề về trí nhớ;

Mất khối lượng cơ.

Mất khối lượng cơ.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn, đặc biệt nếu bạn đang dùng thuốc corticosteroid để điều trị một bệnh như hen suyễn, viêm khớp hoặc bệnh viêm ruột.

Nguyên nhân hội chứng cushing

Nguyên nhân dẫn đến hội chứng Cushing

Bạn có thể mắc hội chứng Cushing khi có quá nhiều cortisol trong cơ thể quá lâu.

Nguyên nhân phổ biến nhất liên quan đến các loại thuốc gọi là glucocorticoid,

còn thường được gọi là corticosteroid, steroid hoặc prednisone.

Các thuốc này được sử dụng cho các bệnh như hen suyễn, viêm khớp dạng thấp, lupus hoặc sau khi cấy ghép nội tạng. Chúng là thuốc chống viêm mạnh. Uống quá nhiều, quá lâu, có thể dẫn đến hội chứng Cushing.

Bạn cũng có thể mắc hội chứng Cushing do tiêm steroid, chẳng hạn như tiêm lặp lại các mũi tiêm ngừa đau khớp, viêm bao hoạt dịch và đau lưng .

Các loại kem bôi da chứa steroid, được sử dụng cho bệnh chàm và các vấn đề về da khác, ít có khả năng gây ra hội chứng Cushing, nhưng nó có thể xảy ra.

Một khối u trong tuyến yên của bạn, được tìm thấy ở đáy não hoặc một khối u ở tuyến thượng thận, cũng có thể khiến cơ thể bạn tạo ra quá nhiều cortisol, có thể dẫn đến bệnh Cushing.

ACTH là một loại hormone điều chỉnh cortisol. Trong một số trường hợp hiếm hoi, một khối u tiết ACTH gây ra hội chứng Cushing. Loại khối u này có thể hình thành trong một cơ quan không sản xuất ACTH một cách tự nhiên, nhưng do khối u, nó bắt đầu tạo ra rất nhiều. Những khối u này có thể là ung thư hoặc không phải ung thư. Chúng thường được tìm thấy trong phổi, tuyến tụy, tuyến giáp hoặc tuyến ức. Đó không phải là một tình trạng thường xảy ra trong các gia đình. Tuy nhiên, trong một số trường hợp hiếm hoi, mọi người mắc phải chứng bệnh này vì gen của họ có vấn đề khiến họ có nhiều khả năng bị khối u trên các tuyến của mình hơn.

Nguy cơ hội chứng cushing

Những ai có nguy cơ mắc phải (bị) hội chứng Cushing?

Hội chứng Cushing thường ảnh hưởng đến người lớn, từ 30 đến 50 tuổi. Hội chứng Cushing ảnh hưởng đến phụ nữ gấp ba lần nam giới.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc (bị) hội chứng Cushing

Ở những người mắc bệnh tiểu đường tuýp 2 và mức đường huyết luôn ở mức quá cao theo thời gian, cùng với huyết áp cao, hội chứng Cushing có thể là nguyên nhân.

Những người dùng các loại thuốc gọi là glucocorticoid, tương tự như cortisol, cũng có thể phát triển hội chứng Cushing.

Ở những người mắc bệnh tiểu đường tuýp 2 và mức đường huyết luôn ở mức quá cao theo thời gian, cùng với huyết áp cao, hội chứng Cushing có thể là nguyên nhân. Ở những người mắc bệnh tiểu đường tuýp 2 và mức đường huyết luôn ở mức quá cao theo thời gian, cùng với huyết áp cao, hội chứng Cushing có thể là nguyên nhân. Những người dùng các loại thuốc gọi là glucocorticoid, tương tự như cortisol, cũng có thể phát triển hội chứng Cushing.

Những người dùng các loại thuốc gọi là glucocorticoid, tương tự như cortisol, cũng có thể phát triển hội chứng Cushing.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hội chứng Cushing

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hội chứng Cushing

Dùng thuốc glucocorticoid là nguyên nhân phổ biến nhất của hội chứng Cushing.

Bác sĩ có thể xem xét tất cả các loại thuốc của bạn - thuốc viên, thuốc tiêm, kem và thuốc hít - để xác định xem bạn có đang dùng thuốc có thể gây ra rối loạn hay không. Nếu đúng như vậy, có thể bạn sẽ không cần các bài kiểm tra khác. Hội chứng Cushing do sản xuất cortisol nội sinh có thể khó chẩn đoán vì các bệnh lý khác có các dấu hiệu và triệu chứng tương tự. Chẩn đoán hội chứng Cushing có thể là một quá trình dài và rộng. Có thể bạn sẽ cần đến gặp bác sĩ chuyên về rối loạn nội tiết tố (bác sĩ nội tiết).

Bác sĩ sẽ tiến hành khám sức khỏe và tìm các dấu hiệu của hội chứng Cushing, chẳng hạn như mặt tròn, mô mỡ giữa vai và cổ, da mỏng có vết thâm và rạn da. Tiếp theo, bác sĩ có thể yêu cầu làm một số xét nghiệm cận lâm sàng, bao gồm: Xét nghiệm nước tiểu và máu trong 24 giờ: Các xét nghiệm này đo nồng độ hormone và cho biết liệu cơ thể bạn có đang sản xuất quá mức cortisol hay không. Đo cortisol nước bọt vào ban đêm. Các xét nghiệm hình ảnh: Chụp CT hoặc MRI có thể cung cấp hình ảnh về tuyến yên và tuyến thượng thận của bạn để phát hiện các bất thường, chẳng hạn như khối u. Thử nghiệm ức chế dexamethasone liều thấp (LDDST): Trong xét nghiệm này, bạn sẽ dùng liều thấp dexamethasone, một loại glucocorticoid, thường vào khoảng 11 giờ đêm và sau đó làm xét nghiệm máu vào buổi sáng để xem cơ thể vẫn tạo ra bao nhiêu cortisol. Xét nghiệm dexamethasone-CRH cho biết liệu cortisol dư thừa là do hội chứng Cushing hay do nguyên nhân nào khác.

Xét nghiệm nước tiểu và máu trong 24 giờ: Các xét nghiệm này đo nồng độ hormone và cho biết liệu cơ thể bạn có đang sản xuất quá mức cortisol hay không.

Xét nghiệm nước tiểu và máu trong 24 giờ: Các xét nghiệm này đo nồng độ hormone và cho biết liệu cơ thể bạn có đang sản xuất quá mức cortisol hay không.

Đo cortisol nước bọt vào ban đêm.

Đo cortisol nước bọt vào ban đêm.

Các xét nghiệm hình ảnh: Chụp CT hoặc MRI có thể cung cấp hình ảnh về tuyến yên và tuyến thượng thận của bạn để phát hiện các bất thường, chẳng hạn như khối u. Các xét nghiệm hình ảnh: Chụp CT hoặc MRI có thể cung cấp hình ảnh về tuyến yên và tuyến thượng thận của bạn để phát hiện các bất thường, chẳng hạn như khối u. Thử nghiệm ức chế dexamethasone liều thấp (LDDST): Trong xét nghiệm này, bạn sẽ dùng liều thấp dexamethasone, một loại glucocorticoid, thường vào khoảng 11 giờ đêm và sau đó làm xét nghiệm máu vào buổi sáng để xem cơ thể vẫn tạo ra bao nhiêu cortisol.

Thử nghiệm ức chế dexamethasone liều thấp (LDDST): Trong xét nghiệm này, bạn sẽ dùng liều thấp dexamethasone, một loại glucocorticoid, thường vào khoảng 11 giờ đêm và sau đó làm xét nghiệm máu vào buổi sáng để xem cơ thể vẫn tạo ra bao nhiêu cortisol.

Xét nghiệm dexamethasone-CRH cho biết liệu cortisol dư thừa là do hội chứng Cushing hay do nguyên nhân nào khác.

Xét nghiệm dexamethasone-CRH cho biết liệu cortisol dư thừa là do hội chứng Cushing hay do nguyên nhân nào khác.

Phương pháp điều trị hội chứng Cushing hiệu quả

Mục tiêu chung của việc điều trị hội chứng Cushing là làm giảm mức cortisol cao trong cơ thể bạn. Phương pháp điều trị tốt nhất cho bạn phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra hội chứng, bao gồm:

Giảm sử dụng corticosteroid

Bác sĩ có thể giảm liều lượng thuốc corticosteroid trong một khoảng thời gian nếu nguyên nhân của bệnh là do việc sử dụng thuốc corticosteroid trong thời gian dài, trong khi vẫn kiểm soát được tình trạng bệnh.

Bệnh nhân không được tự ý giảm liều thuốc corticosteroid hoặc tự ý ngừng dùng thuốc mà không có chỉ định của bác sĩ.

Phẫu thuật và xạ trị

Phương pháp điều trị phổ biến nhất đối với khối u là phẫu thuật. Sau khi phẫu thuật, cơ thể bạn sẽ không tạo đủ ACTH ban đầu, vì vậy bạn có thể sẽ được kê đơn thuốc cortisol trong nhiều tháng đến nhiều năm.

Bạn có thể phải xạ trị cùng với phẫu thuật nếu khối u không thể được loại bỏ hoàn toàn. Nó cũng có thể được sử dụng thay vì phẫu thuật trong một số trường hợp.

Thuốc

Bác sĩ có thể kê đơn thuốc để giúp kiểm soát mức độ cortisol. Thuốc cũng có thể được sử dụng trước khi phẫu thuật ở những người bị bệnh nặng với hội chứng Cushing để cải thiện các dấu hiệu và triệu chứng và giảm thiểu rủi ro phẫu thuật.

Trong một số trường hợp, khối u hoặc việc điều trị nó sẽ khiến tuyến yên hoặc tuyến thượng thận sản xuất không đủ các hormone khác và bác sĩ sẽ đề nghị các loại thuốc thay thế hormone.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hội chứng Cushing

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của hội chứng Cushing

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tắm nước nóng, mát-xa và các bài tập ít tác động, chẳng hạn như thể dục nhịp điệu dưới nước và thái cực quyền, có thể giúp giảm bớt một số cơn đau cơ và khớp kèm theo hồi phục hội chứng Cushing. Làm việc ở mức độ hợp lý của bài tập hoặc hoạt động mà bạn cảm thấy thoải mái mà không làm quá sức.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.

Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tắm nước nóng, mát-xa và các bài tập ít tác động, chẳng hạn như thể dục nhịp điệu dưới nước và thái cực quyền, có thể giúp giảm bớt một số cơn đau cơ và khớp kèm theo hồi phục hội chứng Cushing.

Tắm nước nóng, mát-xa và các bài tập ít tác động, chẳng hạn như thể dục nhịp điệu dưới nước và thái cực quyền, có thể giúp giảm bớt một số cơn đau cơ và khớp kèm theo hồi phục hội chứng Cushing.

Làm việc ở mức độ hợp lý của bài tập hoặc hoạt động mà bạn cảm thấy thoải mái mà không làm quá sức.

Làm việc ở mức độ hợp lý của bài tập hoặc hoạt động mà bạn cảm thấy thoải mái mà không làm quá sức.

Chế độ dinh dưỡng:

Cần cung cấp đủ canxi và vitamin D, chống lại sự mất mật độ xương thường xảy ra với hội chứng Cushing. Ăn uống đầy đủ là một phần quan trọng của cuộc sống đối với bệnh nhân mắc hội chứng Cushing. Một chế độ ăn uống lành mạnh có thể làm dịu một số triệu chứng và ngăn ngừa những bệnh khác. Hạn chế ăn nhiều natri và thức ăn béo.

Cần cung cấp đủ canxi và vitamin D, chống lại sự mất mật độ xương thường xảy ra với hội chứng Cushing.

Cần cung cấp đủ canxi và vitamin D, chống lại sự mất mật độ xương thường xảy ra với hội chứng Cushing.

Ăn uống đầy đủ là một phần quan trọng của cuộc sống đối với bệnh nhân mắc hội chứng Cushing. Một chế độ ăn uống lành mạnh có thể làm dịu một số triệu chứng và ngăn ngừa những bệnh khác. Hạn chế ăn nhiều natri và thức ăn béo.

Ăn uống đầy đủ là một phần quan trọng của cuộc sống đối với bệnh nhân mắc hội chứng Cushing. Một chế độ ăn uống lành mạnh có thể làm dịu một số triệu chứng và ngăn ngừa những bệnh khác. Hạn chế ăn nhiều natri và thức ăn béo.

Phương pháp phòng ngừa hội chứng Cushing hiệu quả

Không tự mua dùng các thuốc kháng viêm giảm đau không có toa, không rõ nguồn gốc. Tăng cường vận động, luyện tập thể dục thể thao. Sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sĩ, không tự ý dùng quá nhiều thuốc chứa steroid trong thời gian dài. Khám sức khỏe định kỳ để kiểm tra tình trạng huyết áp, đường huyết, mật độ xương.

Không tự mua dùng các thuốc kháng viêm giảm đau không có toa, không rõ nguồn gốc.

Không tự mua dùng các thuốc kháng viêm giảm đau không có toa, không rõ nguồn gốc.

Tăng cường vận động, luyện tập thể dục thể thao.

Tăng cường vận động, luyện tập thể dục thể thao.

Sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sĩ, không tự ý dùng quá nhiều thuốc chứa steroid trong thời gian dài.

Sử dụng thuốc theo chỉ định của bác sĩ, không tự ý dùng quá nhiều thuốc chứa steroid trong thời gian dài.

Khám sức khỏe định kỳ để kiểm tra tình trạng huyết áp, đường huyết, mật độ xương.

Khám sức khỏe định kỳ để kiểm tra tình trạng huyết áp, đường huyết, mật độ xương.

=====

Tìm hiểu chung hạ đường huyết

Hạ đường huyết là tình trạng đường huyết hạ thấp < 70mg/dL (< 8,9mmol/L), nhưng hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng kèm theo thường xảy ra khi đường huyết nằm trong khoảng 45 – 50mg/dL (2,75mmol/L). Đây là một cấp cứu gây tổn thương não không hồi phục.

Sinh lý bệnh

Dấu hiệu thần kinh trung ương: Đường là thành phần nuôi dưỡng tế bào não. Gan là nơi duy trì sự ổn định đường huyết nhờ vào sự tân tạo glycogen. Khi dự trữ đường cạn kiệt gây tổn thương tế bào não, những vùng dễ bị thương là vỏ não, dưới vỏ (nhân đuôi, dưới đồi, hành não).

Dấu hiệu thần kinh thực vật: Hạ đường huyết gây ngừng tiết insulin và làm tăng tiết các hormone điều hòa khác như glucagon, adrenalin, cortison, ACTH và GH.

Kích thích giải phóng noradrenalin, acetylcholin từ những thần kinh sau hạch giao cảm và cận giao cảm. Những triệu chứng thể hiện là do sự tăng tiết adrenalin.

Triệu chứng hạ đường huyết

Những dấu hiệu và triệu chứng của hạ đường huyết

Dấu hiệu chung: Một xuất hiện đột ngột không giải thích được, đau đầu chóng mặt, xỉu.

Dấu hiệu thần kinh thực vật: Vã mồ hôi, da xanh, hồi hộp, trống ngực, run tay, cảm giác lạnh, tăng tiết nước bọt. Dấu hiệu tim mạch: Nhịp nhanh trên thất, có thể gặp nhịp nhanh thất, tăng huyết áp tâm thu, đau ngực (ít gặp). Dấu hiệu tiêu hóa: Cảm giác đói, đau vùng thượng vị, buồn nôn, nôn, đi ngoài có thể gặp. Dấu hiệu thần kinh: Co giật, kiểu động kinh khu trú hoặc toàn thể, dấu hiệu thần kinh khu trú: Liệt ½ người, tổn thương thần kinh sọ, rối loạn cảm giác vận động, hội chứng tiểu não (có thể gặp), nhìn đôi. Dấu hiệu tâm thần là biểu hiện nặng của giảm đường huyết: Kích động, hung dữ, nói cười vô cớ, rối loạn nhân cách, ảo giác, ảo khứu.

Dấu hiệu thần kinh thực vật: Vã mồ hôi, da xanh, hồi hộp, trống ngực, run tay, cảm giác lạnh, tăng tiết nước bọt.

Dấu hiệu tim mạch: Nhịp nhanh trên thất, có thể gặp nhịp nhanh thất, tăng huyết áp tâm thu, đau ngực (ít gặp).

Dấu hiệu tiêu hóa: Cảm giác đói, đau vùng thượng vị, buồn nôn, nôn, đi ngoài có thể gặp.

Dấu hiệu thần kinh: Co giật, kiểu động kinh khu trú hoặc toàn thể, dấu hiệu

thần kinh khu trú: Liệt $\frac{1}{2}$ người, tổn thương thần kinh sọ, rối loạn cảm giác vận động, hội chứng tiểu não (có thể gặp), nhìn đôi.
Dấu hiệu tâm thần là biểu hiện nặng của giảm đường huyết: Kích động, hung dữ, nói cười vô cớ, rối loạn nhân cách, ảo giác, ảo khứu.
Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh hạ đường huyết
Hôn mê hạ đường huyết là giai đoạn cuối của hạ đường huyết, xuất hiện ngay lập tức, đôi khi không có tiền triệu hoặc nối tiếp các triệu chứng có trước.
Hôn mê yên lặng, hôn mê sâu có thể gặp hội chứng bó tháp một hoặc hai bên: Babinski (+), phản xạ gân xương nhanh nhạy, trong một số trường hợp có thể mất phản xạ gân xương.
Tăng trương lực cơ và co giật khu trú hoặc toàn thể có thể gặp.
Không có rối loạn nhịp thở.
Khi nào cần gặp bác sĩ?
Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân hạ đường huyết

Ở bệnh nhân đái tháo đường

Đái tháo đường phụ thuộc insulin:

Quá liều insulin.

Hấp thu insulin quá nhanh hoặc quá kéo dài: Loạn dưỡng mỡ dưới da do tiêm những vùng hoạt động nhiều, chườm nóng sau tiêm insulin.

Sai lầm chế độ ăn: Ăn quá muộn sau tiêm, ăn không đủ, bỏ bữa ăn, thiếu bữa ăn phụ.

Hoạt động thể lực không thường xuyên.

Không giảm liều insulin (sau khi tăng tạm thời) sau nhiễm trùng, phẫu thuật.

Suy thận, uống rượu.

Đái tháo đường không phụ thuộc insulin:

Nhầm liều thuốc Sulfonylurea, phối hợp thuốc gây hạ đường huyết.

Sai lầm chế độ ăn: Giảm thành phần glucid, hoạt động thể lực quá sức.

Suy gan, suy thận.

Thuốc gây hạ đường huyết (liều cao): Insulin, sulfonylurea, chống viêm non steroid (NSAID) liều cao, quinine, chloramphenicol, ketoconazole, disopyramide (Rythmodan), haloperidol.

Ở bệnh nhân không đái tháo đường

Có hai loại là hạ đường huyết thực thể và hạ đường huyết phản ứng.

Hạ đường huyết thực thể:

Insulinoma (u tiết insulin).

U ngoại tụy: Các khối u fibrosarcoma, neurofibroma ở ngực, bụng, sau phúc mạc.

Hiếm gặp hơn: Leucemie, ung thư buồng trứng, gan, thận, phổi.

Nguyên nhân tại gan: Tổn thương gan nặng: Viêm gan virus, xơ gan, ung thư gan, viêm gan do nhiễm trùng.

Nguyên nhân nội tiết: Suy thượng thận, suy thùy trước tuyến yên, suy giáp.

Nguyên nhân gặp trong hồi sức cấp cứu: Suy gan, suy thận, suy tim, nhiễm trùng nặng, sốc.

Hạ đường huyết phản ứng:

Hạ đường huyết do thần kinh thực vật.

Hạ đường huyết do ăn quá nhiều glucid (đường đơn) gây tăng insulin quá nhiều sau ăn.

Hạ đường huyết sau khi cắt dạ dày.

Nguy cơ hạ đường huyết

Những ai có nguy cơ mắc bệnh hạ đường huyết?

Các đối tượng sau đây có tỷ lệ mắc bệnh hạ đường huyết cao hơn những người bình thường:

Tiền sử mắc các rối loạn nội tiết như suy tuyến thượng thận, suy tuyến yên.

Người nghiện rượu, bia. Có khối u có nguồn gốc liên quan đến insulin ở tuyến tụy. Đang điều trị tiểu đường. Mắc các bệnh về viêm gan, thận.

Tiền sử mắc các rối loạn nội tiết như suy tuyến thượng thận, suy tuyến yên. Người nghiện rượu, bia.

Có khối u có nguồn gốc liên quan đến insulin ở tuyến tụy.

Đang điều trị tiểu đường.

Mắc các bệnh về viêm gan, thận.

Không nằm trong những nhóm người trên không đồng nghĩa với việc bạn sẽ không bị hạ đường huyết, có bất kì dấu hiệu bất thường nào xảy ra tốt nhất hãy tìm đến các bác sĩ để có cách giải quyết tốt nhất.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị hạ đường huyết

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán hạ đường huyết

Khi thấy các dấu hiệu trên, các bác sĩ sẽ tiến hành xét nghiệm máu, lượng đường trong máu ở mức $<70\text{mg/dL}$ ($<3.9\text{mmol/L}$) thì được xác định là hạ đường huyết.

Đây là một bệnh có các dấu hiệu, triệu chứng khá rõ ràng nên việc chẩn đoán rất dễ dàng.

Phương pháp điều trị hạ đường huyết hiệu quả

Phương pháp điều trị khá đơn giản, đối với từng đợt hạ đường huyết như vậy bạn nên bổ sung đường ngay lập tức, bằng nhiều cách:

Đơn giản nhất là ngậm kẹo.

Uống nước trái cây ngọt.

Uống viên glucose.

Nếu mắc bệnh tiểu đường cần nói ngay với bác sĩ để có giải pháp tốt nhất.

Tự kiểm tra nồng độ đường huyết đều đặn.

Thực hiện nghiêm túc các lịch hẹn kiểm tra đường huyết với bác sĩ.

Nên biết cách tiêm hoặc hướng dẫn cách tiêm glucagon khi có người hạ đường huyết bất tỉnh.

Nếu không thấy thuyên giảm sau khoảng 20 phút, bệnh nhân cần được bổ sung đường thêm lần nữa. Trường hợp hạ đường huyết dẫn đến động kinh thì cần tiêm ngay một mũi glucagon tức thì.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa hạ đường huyết

Mỗi người đều có thể phòng chống bệnh này bằng nhiều cách:

Có chế độ ăn uống dinh dưỡng và khoa học. Vận động thường xuyên để nâng cao sức khỏe nhưng nên có các bữa ăn nhẹ trước các buổi tập nếu thấy cần thiết. Tuyệt đối không phớt lờ các dấu hiệu bất thường xảy ra đối với cơ thể, vì có thể dẫn đến những nguy hiểm chẳng hạn như tổn thương não, hôn mê sâu. Cần thận khi lái xe vì hạ đường huyết có thể gây nguy hiểm đến cơ thể tức thì. Tuyệt đối không tự ý mua thuốc uống hoặc bỏ thuốc, không theo chỉ định của các bác sĩ.

Có chế độ ăn uống dinh dưỡng và khoa học.

Vận động thường xuyên để nâng cao sức khỏe nhưng nên có các bữa ăn nhẹ trước các buổi tập nếu thấy cần thiết.

Tuyệt đối không phớt lờ các dấu hiệu bất thường xảy ra đối với cơ thể, vì có thể dẫn đến những nguy hiểm chẳng hạn như tổn thương não, hôn mê sâu.

Cần thận khi lái xe vì hạ đường huyết có thể gây nguy hiểm đến cơ thể tức thì.

Tuyệt đối không tự ý mua thuốc uống hoặc bỏ thuốc, không theo chỉ định của các bác sĩ.

Ghi chú: Hạ đường huyết có thể gây biểu hiện rất nhanh và dễ dàng được điều trị bằng chất ngọt. Nhưng nếu không điều trị kịp thời, hạ đường huyết có thể dẫn đến choáng váng, ngất xỉu, hôn mê. Cần đặc biệt chú ý khi bản thân hoặc người thân bị hạ đường huyết khi ra ngoài.

=====

Tìm hiểu chung đái tháo nhạt

Đái tháo nhạt là một bệnh khác với bệnh đái tháo đường. Tên của chúng tương tự nhau, nhưng điểm chung duy nhất của chúng là khiến bạn khát nước và khiến bạn đi tiểu nhiều.

Nếu bạn bị đái tháo nhạt, các hormone giúp cơ thể bạn cân bằng chất lỏng sẽ không hoạt động. Cứ 25.000 người thì có một người mắc chứng này.

Đây là tình trạng bệnh lý do mất khả năng tái hấp thu nước ở ống thận, hậu quả của sự thiếu ADH tương đối hoặc tuyệt đối. Có khoảng 50% trường hợp đái tháo nhạt không rõ nguyên nhân.

Triệu chứng đái tháo nhạt

Những dấu hiệu và triệu chứng của đái tháo nhạt

Các dấu hiệu và triệu chứng của đái tháo nhạt xuất hiện đột ngột, tiến triển nhanh chóng bao gồm:

Tiểu nhiều: Đi tiểu hơn 3 lít mỗi ngày (triệu chứng đa niệu), có khi ít hơn nhưng đặc biệt nước tiểu loãng như nước lã. Bệnh nhân thường xuyên phải thức dậy để tiểu đêm hoặc có thể đi tiểu khi ngủ (đái dầm); Khát và uống nhiều: Bệnh nhân

cực kỳ khát và thích uống đồ lạnh; Mất nước; Yếu đuối; Đau cơ; Cáu kỉnh.
Tiểu nhiều: Đi tiểu hơn 3 lít mỗi ngày (triệu chứng đa niệu), có khi ít hơn nhưng đặc biệt nước tiểu loãng như nước lã. Bệnh nhân thường xuyên phải thức dậy để tiểu đêm hoặc có thể đi tiểu khi ngủ (đái dầm);
Khát và uống nhiều: Bệnh nhân cực kỳ khát và thích uống đồ lạnh;

Mất nước;

Yếu đuối;

Đau cơ;

Cáu kỉnh.

Khi bị mất nước, bạn có thể nhận thấy:

Khát quá mức;

Mệt mỏi;

Cảm thấy uể oải;

Chóng mặt ;

Lú lẫn;

Buồn nôn;

Mất ý thức.

Trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ mắc bệnh đái tháo nhạt có các triệu chứng sau:

Tã ướt, nặng;

Đái dầm;

Khó ngủ;

Sốt;

Nôn mửa;

Táo bón ;

Tăng trưởng chậm;

Giảm cân.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh đái tháo nhạt

Mất nước

Đái tháo nhạt có thể dẫn đến mất nước. Mất nước có thể gây ra:

Khô miệng;

Da mất độ đàn hồi;

Khát nước;

Mệt mỏi.

Mất cân bằng điện giải

Đuối sức;

Buồn nôn;

Nôn mửa;

Ăn mất ngon;

Chuột rút cơ bắp;

Lú lẫn.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân đái tháo nhạt

Các tình trạng gây ra sự thiếu hụt ADH hoặc ngăn chặn tác động của ADH dẫn đến sản xuất dư thừa nước tiểu. Nếu bạn bị bệnh đái tháo nhạt, cơ thể bạn không thể cân bằng lượng chất lỏng. Các nguyên nhân chính dẫn đến bệnh đái tháo nhạt, bao gồm:

Đái tháo nhạt trung ương (đái tháo nhạt thần kinh):

Tổn thương tuyến yên hoặc vùng dưới đồi do phẫu thuật, khối u, chấn thương đầu hoặc bệnh tật. Đái tháo nhạt do di truyền. Có khoảng 30 - 40% các bệnh nhân có kháng thể trực tiếp neuron vùng dưới đồi tiết ADH.

Tổn thương tuyến yên hoặc vùng dưới đồi do phẫu thuật, khối u, chấn thương đầu hoặc bệnh tật.

Đái tháo nhạt do di truyền.

Có khoảng 30 - 40% các bệnh nhân có kháng thể trực tiếp neuron vùng dưới đồi tiết ADH.

Đái tháo nhạt thận:

Bệnh đái tháo nhạt do thận xảy ra khi có một khiếm khuyết trong cấu trúc của thận khiến thận của bạn không thể đáp ứng đúng với ADH.

Một số loại thuốc, chẳng hạn như lithium hoặc thuốc kháng vi-rút như foscarnet (Foscavir), cũng có thể gây ra bệnh đái tháo nhạt do thận.

Đái tháo nhạt thai kỳ:

Trong thai kỳ, một aminopeptidase từ nhau thai làm tăng chuyển hoá AVP gây thiếu AVP dẫn đến tiểu nhiều.

Uống nhiều tiên phát (thói uống nhiều-potomanie):

Khi bạn uống nước nhiều làm giảm lượng vasopressin mà cơ thể bạn tạo ra, đồng thời khiến bạn đi tiểu nhiều hơn. Nguyên nhân bao gồm tổn thương vùng dưới đồi hoặc tuyến yên của bạn do:

Một khối u;

Chấn thương đầu;

Sự nhiễm trùng;

Viêm;

Ca phẫu thuật.

Nguy cơ đái tháo nhạt

Những ai có nguy cơ mắc phải (bị) đái tháo nhạt?

Bệnh đái tháo nhạt thường khởi phát tuổi thanh thiếu niên, tuổi trung bình là 21 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc (bị) đái tháo nhạt

Tiền căn gia đình có ba mẹ bị mắc bệnh đái tháo nhạt, có thể di truyền cho con cái của họ căn bệnh này.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị đái tháo nhạt

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán đái tháo nhạt

Để chẩn đoán bệnh đái tháo nhạt, cần phải có đủ các yếu tố sau:

Bệnh nhân tiểu nhiều trên 3 lít/24 giờ, thường từ 5 – 20 lít/ 24 giờ;

Kèm triệu chứng khát nhiều, uống nhiều;

ALTT máu > 300mosmol/kg;

ALTT niệu < 400mosmol/kg.

Nghiệm pháp hạn chế nước không đáp ứng.

Phương pháp điều trị đái tháo nhạt hiệu quả

Đái tháo nhạt thể trung ương

Nếu có nguyên nhân cần điều trị phối hợp, ví dụ u vùng dưới đồi – yên thì có thể phải phẫu thuật.

Khi chẩn đoán xác định đái tháo nhạt thể trung ương thì phải điều trị hormone thay thế.

Bù nước bằng uống nước lọc và/hoặc truyền dịch nhược trương nếu mất nước nhiều.

Vasopressin : Thuốc thường áp dụng cho các trường hợp nặng hoặc các trường hợp bị đái tháo nhạt có kèm theo các bệnh khác như: Hôn mê sau chấn thương sọ não, phẫu thuật.

Desmopressin: Dễ sử dụng, gây co mạch.

Lypresin.

Vasopressin dầu: Ống 5UI, dùng tiêm bắp sâu, ngày 1 lần, thời gian tác dụng 24 đến 72 giờ.

Đái tháo nhạt thể trung ương có thể điều trị với một số thuốc sau:

Chlorpropamide: Thuốc có tác dụng kích thích giải phóng vasopressin acetat (AVP) từ tuyến yên và làm tăng tác dụng của AVP tại ống thận. Liều điều trị từ 200 – 500mg/ngày.

Clofibrate: Thuốc có tác dụng kích thích giải phóng vasopressin acetat, viên 500mg, liều điều trị 500mg/ngày, có thể kết hợp fibrat với chlorpropamide sẽ làm tăng tác dụng và tăng hiệu quả điều trị.

Carbamazepine có tác dụng kích thích giải phóng vasopressin acetat, loại viên 200mg, liều điều trị 400 – 600mg/ngày.

Đái tháo nhạt do thận

Đái tháo nhạt do thận cho tới nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, loại thuốc thường dùng là các chế phẩm Thiazides và các loại thuốc lợi tiểu thải muối.

Hydrochlorothiazide: Viên 50mg, ngày 1 – 2 lần, kết hợp hạn chế muối có tác dụng làm giảm thể tích lòng mạch và tăng tái hấp thu dịch ở ống lượn gần.

Chlotholidon: Viên 50mg, 1 viên/ngày.

Có thể kết hợp Indomethacin 100mg/ngày + Hydrochlorothiazid hoặc Indomethacin + Demopressin.

Demopressin liều cao cũng có tác dụng tốt.

Ngừng các thuốc có thể làm giảm nhạy cảm ADH: Lithium, Demeclocyclin,...

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa đái tháo nhạt

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của đái tháo nhạt

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.
Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Chế độ dinh dưỡng:

Chưa có dữ liệu.

Phương pháp phòng ngừa đái tháo nhạt hiệu quả

Chưa có dữ liệu.

=====

Tìm hiểu chung cường cận giáp

Thông qua việc tiết ra hormone tuyến cận giáp (PTH), các tuyến cận giáp chịu trách nhiệm chính trong việc duy trì nồng độ canxi ngoại bào. Cường cận giáp là một bệnh đặc trưng bởi sự tiết quá nhiều hormone tuyến cận giáp, một loại hormone polypeptide 84-axit amin. Sự bài tiết hormone tuyến cận giáp được điều chỉnh trực tiếp bởi nồng độ canxi ion hóa trong huyết tương.

Có hai loại cường cận giáp là cường cận giáp nguyên phát và cường cận giáp thứ phát.

Trong cường cận giáp nguyên phát, sự mở rộng của một hoặc nhiều tuyến cận giáp gây sản xuất quá mức hormone. Điều này khiến lượng canxi trong máu tăng cao, có thể gây ra nhiều vấn đề sức khỏe. Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất cho bệnh cường cận giáp nguyên phát.

Cường cận giáp thứ phát xảy ra do một bệnh khác gây ra đầu tiên là mức canxi trong cơ thể thấp. Theo thời gian, mức độ hormone tuyến cận giáp tăng lên xảy ra.

Triệu chứng cường cận giáp

Những dấu hiệu và triệu chứng của cường cận giáp

Các triệu chứng có thể nhẹ và không đặc hiệu đến mức chúng dường như không liên quan đến chức năng tuyến cận giáp, hoặc chúng có thể nghiêm trọng. Các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm:

Loãng xương ; Sỏi thận; Đi tiểu nhiều; Đau bụng; Dễ mệt mỏi hoặc yếu đuối; Trầm cảm hoặc đáng trí; Đau xương khớp; Thường xuyên phàn nàn về bệnh tật mà không rõ nguyên nhân; Buồn nôn, nôn mửa hoặc chán ăn.

Loãng xương ;

Sỏi thận;

Đi tiểu nhiều;

Đau bụng;

Dễ mệt mỏi hoặc yếu đuối;

Trầm cảm hoặc đáng trí;

Đau xương khớp;

Thường xuyên phàn nàn về bệnh tật mà không rõ nguyên nhân;

Buồn nôn, nôn mửa hoặc chán ăn.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh cường cận giáp

Các biến chứng của cường cận giáp chủ yếu liên quan đến ảnh hưởng lâu dài của quá ít canxi trong xương và quá nhiều canxi trong máu. Các biến chứng thường gặp bao gồm:

Bệnh loãng xương: Việc mất canxi thường dẫn đến xương yếu, giòn, dễ gãy (loãng xương). Sỏi thận : Quá nhiều canxi trong máu có thể dẫn đến quá nhiều canxi trong nước tiểu có thể tạo ra sạn canxi nhỏ và cứng và các chất khác hình thành trong thận. Sỏi thận thường gây ra cơn đau lớn khi nó đi qua đường tiết niệu.

Bệnh tim mạch: Mặc dù mối liên hệ chính xác của nguyên nhân và kết quả là không rõ ràng, nhưng nồng độ canxi cao có liên quan đến các tình trạng tim mạch, chẳng hạn như huyết áp cao và một số loại bệnh tim. Suy tuyến cận giáp sơ sinh: Cường cận giáp nặng, không được điều trị ở phụ nữ mang thai có thể gây ra mức canxi thấp nguy hiểm ở trẻ sơ sinh.

Bệnh loãng xương: Việc mất canxi thường dẫn đến xương yếu, giòn, dễ gãy (loãng xương).

Sỏi thận : Quá nhiều canxi trong máu có thể dẫn đến quá nhiều canxi trong nước

tiểu có thể tạo ra cặn canxi nhỏ và cứng và các chất khác hình thành trong thận. Sỏi thận thường gây ra cơn đau lớn khi nó đi qua đường tiết niệu.

Bệnh tim mạch: Mặc dù mối liên hệ chính xác của nguyên nhân và kết quả là không rõ ràng, nhưng nồng độ canxi cao có liên quan đến các tình trạng tim mạch, chẳng hạn như huyết áp cao và một số loại bệnh tim.

Suy tuyến cận giáp sơ sinh: Cường cận giáp nặng, không được điều trị ở phụ nữ mang thai có thể gây ra mức canxi thấp nguy hiểm ở trẻ sơ sinh.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân cường cận giáp

Cường cận giáp là do các yếu tố làm tăng sản xuất hormone tuyến cận giáp.

Các tuyến cận giáp duy trì mức độ thích hợp của cả canxi và phốt pho trong cơ thể bằng cách tăng hoặc giảm bài tiết hormone tuyến cận giáp (PTH). Vitamin D cũng tham gia vào việc điều chỉnh lượng canxi trong máu.

Thông thường, hành động cân bằng này hoạt động tốt. Khi nồng độ canxi trong máu xuống quá thấp, các tuyến cận giáp sẽ tiết ra đủ PTH để khôi phục lại sự cân bằng. PTH làm tăng mức canxi bằng cách giải phóng canxi từ xương và tăng lượng canxi hấp thụ từ ruột non.

Khi nồng độ canxi trong máu quá cao, các tuyến cận giáp sản xuất ít PTH hơn.

Nhưng đôi khi một hoặc nhiều tuyến này sản xuất quá nhiều hormone. Điều này dẫn đến lượng canxi cao bất thường và lượng phốt pho thấp trong máu.

Canxi được biết đến nhiều nhất với vai trò giữ cho xương và xương khỏe mạnh.

Nhưng canxi cũng hỗ trợ việc truyền tín hiệu trong các tế bào thần kinh và nó tham gia vào quá trình cơ cơ. Phốt pho hoạt động cùng với canxi.

Cường cận giáp có thể xảy ra do vấn đề với tuyến cận giáp (cường cận giáp nguyên phát) hoặc do một bệnh khác ảnh hưởng đến chức năng của các tuyến (cường cận giáp thứ phát).

Cường cận giáp nguyên phát

Cường cận giáp nguyên phát xảy ra do một số vấn đề với một hoặc nhiều trong bốn tuyến cận giáp:

Sự phát triển không phải ung thư (u tuyến) trên một tuyến là nguyên nhân phổ biến nhất.

Sự tăng sản (phát triển quá mức) của hai hoặc nhiều tuyến cận giáp chiếm hầu hết các trường hợp khác.

U ung thư là một nguyên nhân rất hiếm của cường cận giáp nguyên phát.

Cường cận giáp nguyên phát thường xảy ra ngẫu nhiên, nhưng một số người thừa hưởng một gen đột biến.

Cường cận giáp thứ phát

Cường cận giáp thứ phát là kết quả của một tình trạng khác làm giảm nồng độ canxi. Điều này khiến tuyến cận giáp phải làm việc quá sức để bù đắp lượng canxi đã mất. Các yếu tố có thể góp phần gây ra cường cận giáp thứ phát bao gồm:

Thiếu canxi trầm trọng.

Thiếu vitamin D trầm trọng. Nếu không nhận đủ vitamin D, thì lượng canxi có thể giảm xuống.

Suy thận mãn tính: Thận chuyển đổi vitamin D thành một dạng mà cơ thể có thể sử dụng. Nếu thận hoạt động kém, vitamin D có thể sử dụng được có thể suy giảm và lượng canxi giảm xuống, làm cho mức hormone tuyến cận giáp tăng lên. Suy thận mãn tính là nguyên nhân phổ biến nhất của cường cận giáp thứ phát.

Nguy cơ cường cận giáp

Những ai có nguy cơ mắc phải cường cận giáp?

Người có rối loạn di truyền, hiếm gặp, chẳng hạn như đa u nội tiết, loại 1, thường ảnh hưởng đến nhiều tuyến, trong đó có tuyến cận giáp. Phụ nữ mãn kinh cũng có nguy cơ cao bị cường cận giáp.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải cường cận giáp

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc cường cận giáp, bao gồm:

Bị thiếu canxi hoặc vitamin D kéo dài, nghiêm trọng.

Đã từng điều trị bằng tia xạ cho bệnh ung thư khiến cổ tiếp xúc với tia phóng xạ.

Đã dùng lithium, một loại thuốc thường được sử dụng để điều trị rối loạn lưỡng cực.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị cường cận giáp

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán cường cận giáp

Cường cận giáp thường được chẩn đoán trước khi các dấu hiệu hoặc triệu chứng của rối loạn rõ ràng. Khi các triệu chứng xảy ra, chúng là kết quả của tổn thương hoặc rối loạn chức năng ở các cơ quan hoặc mô khác do nồng độ canxi cao trong máu và nước tiểu hoặc quá ít canxi trong xương.

Xét nghiệm máu

Có thể chẩn đoán cường tuyến cận giáp nếu xét nghiệm máu cho thấy nồng độ hormone tuyến cận giáp cao.

Kiểm tra chẩn đoán bổ sung

Sau khi chẩn đoán cường cận giáp, bác sĩ có thể sẽ yêu cầu thêm các xét nghiệm để loại trừ các nguyên nhân thứ phát có thể xảy ra, xác định các biến chứng có thể xảy ra và đánh giá mức độ nghiêm trọng của tình trạng này. Các bài kiểm tra này bao gồm:

Kiểm tra mật độ khoáng của xương. Xét nghiệm này được thực hiện để xem liệu có bị loãng xương hay không. Thử nghiệm phổ biến nhất để đo mật độ khoáng xương là phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA).

Thử nghiệm này sử dụng các thiết bị X-quang đặc biệt để đo có bao nhiêu gam canxi và các khoáng chất khác của xương được đóng gói trong một đoạn xương.

Xét nghiệm nước tiểu. Việc thu thập nước tiểu trong 24 giờ có thể cung cấp thông tin về mức độ hoạt động của thận và lượng canxi được bài tiết qua nước tiểu.

Xét nghiệm này có thể giúp đánh giá mức độ nghiêm trọng của cường cận giáp hoặc chẩn đoán rối loạn thận gây ra cường cận giáp. Nếu lượng canxi rất thấp được tìm thấy trong nước tiểu, điều này có nghĩa là đây là một tình trạng không cần điều trị.

Các xét nghiệm hình ảnh của thận để xác định xem có bị sỏi thận hay các bất thường về thận khác hay không.

Phương pháp điều trị cường cận giáp hiệu quả

Bác sĩ có thể đề nghị không điều trị và theo dõi thường xuyên nếu:

Mức canxi chỉ tăng nhẹ.

Thận đang hoạt động bình thường và không bị sỏi thận.

Mật độ xương bình thường hoặc chỉ dưới mức bình thường một chút.

Không có triệu chứng nào khác có thể cải thiện khi điều trị.

Phẫu thuật

Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất cho bệnh cường cận giáp nguyên phát và giúp chữa khỏi trong hầu hết các trường hợp. Bác sĩ phẫu thuật sẽ chỉ loại bỏ những tuyến bị phì đại hoặc có khối u.

Nếu cả bốn tuyến đều bị ảnh hưởng, bác sĩ phẫu thuật có thể sẽ chỉ loại bỏ ba tuyến và có lẽ một phần của tuyến thứ tư - để lại một số mô tuyến cận giáp đang hoạt động. Các biến chứng do phẫu thuật không phổ biến. Rủi ro bao gồm:

Tổn thương dây thần kinh kiểm soát dây thanh âm.

Mức canxi thấp trong thời gian dài cần sử dụng các chất bổ sung canxi và vitamin D.

Thuốc điều trị

Thuốc điều trị cường cận giáp bao gồm:

Calcimimetics: Calcimimetic là một loại thuốc bắt chước canxi lưu thông trong máu. Thuốc có thể đánh lừa các tuyến cận giáp tiết ra ít hormone tuyến cận giáp hơn. Thuốc này được bán dưới dạng cinacalcet. Một số bác sĩ có thể kê đơn cinacalcet để điều trị cường cận giáp nguyên phát, đặc biệt nếu phẫu thuật không chữa khỏi thành công. Các tác dụng phụ được báo cáo phổ biến nhất của cinacalcet là đau khớp và cơ, tiêu chảy, buồn nôn và nhiễm trùng đường hô hấp.

Liệu pháp thay thế hormone: Đối với phụ nữ đã qua thời kỳ mãn kinh và có dấu hiệu loãng xương, liệu pháp thay thế hormone có thể giúp xương giữ được canxi.

Phương pháp điều trị này không giải quyết được các vấn đề cơ bản với tuyến cận giáp. Sử dụng kéo dài liệu pháp thay thế hormone có thể làm tăng nguy cơ hình thành cục máu đông và ung thư vú. Một số tác dụng phụ thường gặp của liệu pháp thay thế hormone bao gồm đau và căng vú, chóng mặt và đau đầu.

Bisphosphonat: Bisphosphonates cũng ngăn ngừa sự mất canxi từ xương và có thể làm giảm chứng loãng xương do cường tuyến cận giáp. Một số tác dụng phụ liên quan đến bisphosphonates bao gồm huyết áp thấp, sốt và nôn mửa. Phương pháp điều trị này không giải quyết được các vấn đề cơ bản với tuyến cận giáp.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa cường cận giáp

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của cường cận giáp
Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.
Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để
bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu
hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện
với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi
thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Nói chuyện với bác sĩ về các hướng dẫn chế độ ăn uống phù hợp.

Phương pháp phòng ngừa cường cận giáp hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Theo dõi lượng canxi và vitamin D trong chế độ ăn uống của mình: Lượng canxi
khuyến nghị hàng ngày cho người lớn từ 19 đến 50 tuổi và nam giới từ 51 đến 70
là 1.000 miligam (mg) canxi mỗi ngày. Khuyến nghị canxi đó tăng lên 1.200mg mỗi
ngày cho phụ nữ từ 51 tuổi trở lên và nam giới từ 71 tuổi trở lên. Lượng vitamin
D được khuyến nghị hàng ngày là 600 đơn vị quốc tế (IU) vitamin D mỗi ngày cho
người từ 1 đến 70 tuổi và 800IU mỗi ngày cho người lớn từ 71 tuổi trở lên.

Uống nhiều nước: Uống đủ chất lỏng, chủ yếu là nước, để tạo ra nước tiểu gần như
trong nhằm giảm nguy cơ bị sỏi thận.

Tập luyện đều đặn: Tập thể dục thường xuyên, bao gồm cả rèn luyện sức mạnh, giúp
duy trì xương chắc khỏe.

Không nên hút thuốc: Hút thuốc có thể làm tăng mất xương cũng như tăng nguy cơ
mắc một số vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.

Tránh các loại thuốc tăng canxi: Một số loại thuốc, bao gồm một số thuốc lợi
tiểu và lithium, có thể làm tăng mức canxi.

=====

Tìm hiểu chung cường aldosterone

Tuyến thượng thận là một tuyến nằm sau thận có hình tam giác có kích cỡ bằng đầu
ngón tay cái, sản xuất ra hormone aldosterone giúp cơ thể cân bằng muối, kali
trong máu.

Tuyến thượng thận sản xuất quá nhiều aldosterone gây nên một dạng rối loạn được
gọi là cường aldosterone, khi đó nồng độ muối tăng lên trong khi nồng độ kali
giảm xuống làm cao huyết áp.

Triệu chứng cường aldosterone

Những dấu hiệu và triệu chứng của cường aldosteron

Triệu chứng chính của chứng cường aldosteron là huyết áp cao, có thể từ trung
bình đến nặng. Huyết áp cao thường không có các triệu chứng. Nhưng khi nó xảy
ra, chúng có thể bao gồm:

Đau đầu ; Chóng mặt; Vấn đề về thị lực; Đau ngực; Hụt hơi.

Đau đầu ;

Chóng mặt;

Vấn đề về thị lực;

Đau ngực;

Hụt hơi.

Một triệu chứng chính khác của chứng tăng aldosteron là hạ kali máu. Mặc dù
không phải lúc nào nó cũng gây ra các triệu chứng, nhưng có thể gây ra:

Mệt mỏi; Chuột rút cơ bắp; Khát nước liên tục; Tiểu nhiều; Yếu cơ; Đánh trống
ngực.

Mệt mỏi;

Chuột rút cơ bắp;

Khát nước liên tục;

Tiểu nhiều;

Yếu cơ;

Đánh trống ngực.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh cường aldosteron

Hàm lượng aldosterone cao có thể gây ra nhiều vấn đề sức khỏe. ResearchTrusted
Source cho thấy nó có thể gây tổn thương trực tiếp đến các mô tim, dẫn đến sẹo
và phình to bên trái tim. Ngoài việc làm tổn thương mạch máu và gây ra các biến

chứng khác liên quan đến huyết áp cao, chứng cường aldosteron không được điều trị có thể khiến có nhiều nguy cơ:

Đau tim; Suy tim ; Suy thận.

Đau tim;

Suy tim ;

Suy thận.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân cường aldosterone

Có hai loại cường aldosteron, được gọi là cường aldosteron nguyên phát và thứ phát. Mặc dù chúng có các triệu chứng giống nhau, nhưng nguyên nhân của chúng lại khác nhau.

Cường aldosteron nguyên phát

Cường aldosteron nguyên phát là do một hoặc cả hai tuyến thượng thận có vấn đề.

Nó đôi khi được gọi là hội chứng Conn .

Một số người được sinh ra với tuyến thượng thận hoạt động quá mức. Những người khác có thể do:

Một khối u lành tính trên một trong các tuyến thượng thận.

Ung thư vỏ thượng thận, là một khối u ung thư sản xuất aldosterone hiếm gặp.

Tăng glucocorticoid.

Các loại vấn đề có thể di truyền khác ảnh hưởng đến tuyến thượng thận.

Cường aldosteron thứ phát

Cường aldosteron thứ phát là do một cái gì đó bên ngoài tuyến thượng thận gây ra. Nó thường liên quan đến giảm lưu lượng máu đến thận.

Một số điều có thể gây ra điều này, bao gồm:

Tắc nghẽn hoặc thu hẹp động mạch thận;

Bệnh gan mãn tính;

Suy tim;

Thuốc lợi tiểu.

Nguy cơ cường aldosterone

Những ai có nguy cơ mắc phải cường aldosteron?

Những người có nguy cơ bị cường aldosteron cao nhất là những người bị tăng huyết áp (huyết áp cao) khó kiểm soát ngay cả khi người bệnh đang dùng nhiều loại thuốc cùng một lúc.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải cường aldosteron

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc cường aldosteron, bao gồm:

Tăng huyết áp và nồng độ kali thấp. Có một khối u trên tuyến thượng thận. Tăng huyết áp khi còn trẻ.

Tăng huyết áp và nồng độ kali thấp.

Có một khối u trên tuyến thượng thận.

Tăng huyết áp khi còn trẻ.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị cường aldosterone

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán cường aldosteron

Xét nghiệm máu và các thử nghiệm liên quan

Nếu có các triệu chứng của chứng cường aldosteron, bác sĩ có thể sẽ bắt đầu bằng cách xét nghiệm máu để kiểm tra nồng độ aldosterone và renin, một loại enzym do thận tiết ra, hoạt động với aldosterone để giúp cân bằng huyết áp. Những người bị cường aldosteron nói chung có mức renin thấp và mức aldosterone cao.

Tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm máu của bạn, bác sĩ có thể tiến hành một số xét nghiệm khác, bao gồm:

Thử nghiệm với captopril : Xét nghiệm máu này đo nồng độ aldosterone, renin và các mức độ khác của bạn sau khi uống một liều thuốc captopril, một chất ức chế enzym.

Thử nghiệm truyền nước muối: Xét nghiệm máu này đo nồng độ aldosterone, renin và các mức độ khác sau khi được tiêm tĩnh mạch natri và dung dịch muối.

Thử nghiệm tải muối: Phương pháp này đo nồng độ aldosterone và natri trong nước tiểu sau khi thực hiện chế độ ăn nhiều natri từ 3 đến 5 ngày.

Thử nghiệm ức chế Fludrocortisone: Điều này rất giống với thử nghiệm tải muối, nhưng nó bao gồm việc dùng fludrocortisone, một loại steroid đường uống bắt

chức aldosterone.

Chụp CT hoặc MRI vùng bụng

Các xét nghiệm hình ảnh này cho phép bác sĩ kiểm tra bất kỳ khối u nào trên hoặc xung quanh tuyến thượng thận.

Lấy mẫu tĩnh mạch thượng thận

Điều này liên quan đến việc lấy mẫu máu trực tiếp từ các tĩnh mạch của mỗi tuyến thượng thận và kiểm tra lượng aldosterone trong đó. Nếu máu từ một tuyến có nhiều aldosterone hơn đáng kể, có thể có một khối u lành tính trên một tuyến.

Nếu máu từ mỗi tuyến có mức aldosterone cao như nhau, cả hai tuyến có khả năng hoạt động quá mức.

Nếu đã dùng thuốc điều trị huyết áp cao, bác sĩ có thể yêu cầu ngừng dùng thuốc trong một thời gian ngắn trong khi họ làm các xét nghiệm này.

Xét nghiệm di truyền

Nếu dưới 20 tuổi và có tiền sử gia đình bị cường aldosteron, bác sĩ có thể yêu cầu xét nghiệm di truyền.

Phương pháp điều trị cường aldosteron hiệu quả

Điều trị cường aldosteron tập trung vào việc giảm mức aldosterone hoặc ngăn chặn tác động của aldosterone, huyết áp cao và kali trong máu thấp. Có một số cách để làm điều này, tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra chứng cường aldosteron.

Thuốc

Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid, chẳng hạn như spironolactone . Loại thuốc này ngăn chặn tác động của aldosterone lên cơ thể, chẳng hạn như huyết áp cao và kali trong máu thấp.

Phẫu thuật

Nếu có một khối u trên một trong các tuyến thượng thận, bác sĩ có thể cắt bỏ tuyến bị ảnh hưởng.

Thay đổi lối sống

Ngoài thuốc và phẫu thuật, bạn có thể thực hiện một số thay đổi lối sống để mang lại những lợi ích sức khỏe bổ sung và giúp chống lại tác động của quá nhiều aldosterone.

Bao gồm ăn uống lành mạnh, tập thể dục đều đặn, bỏ hút thuốc lá và hạn chế rượu bia.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa cường aldosteron

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của cường aldosteron

Chế độ sinh hoạt:

Tập thể dục: Tập thể dục đều đặn, thậm chí chỉ 30 phút đi bộ vài lần một tuần, có thể giúp giảm huyết áp.

Giảm lượng cồn và caffein: Caffeine và rượu đều có thể làm tăng huyết áp. Một số loại thuốc huyết áp cũng kém hiệu quả hơn khi dùng chung với rượu.

Bỏ hút thuốc: Hút thuốc lá làm co mạch máu, làm tăng nhịp tim và có thể tăng huyết áp. Hút thuốc cũng làm tăng nguy cơ đau tim và đột quỵ, ngay cả khi không bị cao huyết áp.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan: Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn một chế độ ăn uống lành mạnh: Tuân theo một chế độ ăn uống cân bằng giúp duy trì cân nặng hợp lý có thể làm giảm huyết áp. Bắt đầu bằng cách chọn thực phẩm tươi, chưa qua chế biến để giảm lượng muối nạp vào cơ thể. Hãy thử kết hợp các yếu tố của chế độ ăn kiêng DASH , được thiết kế cho những người bị huyết áp cao. Ngoài ra, nhiều loại thuốc huyết áp hoạt động tốt hơn khi kết hợp với một chế độ ăn uống lành mạnh. Chế độ ăn ít muối thường là chìa khóa của chứng cường aldosteron.

Phương pháp phòng ngừa cường aldosteron hiệu quả

Để tránh các biến chứng, hãy khám định kỳ để đưa ra kế hoạch điều trị lâu dài cho bệnh cao huyết áp. Hãy nhớ thường xuyên tái khám để kiểm tra bất kỳ thay đổi nào về nồng độ kali trong máu.

=====

Tìm hiểu chung cholesterol máu cao

Cholesterol là một loại lipid được sản xuất bởi gan, đóng vai trò quan trọng đối với sự hình thành màng tế bào, một số hormone và vitamin D.

Cholesterol không tan trong nước nên không thể tự di chuyển qua máu. Để giúp vận chuyển cholesterol, gan sản xuất lipoprotein. Lipoprotein là các phân tử được tạo ra từ chất béo và protein. Chúng mang cholesterol và triglyceride qua máu.

Hai dạng lipoprotein chính là lipoprotein trọng lượng phân tử thấp (LDL) và lipoprotein trọng lượng phân tử cao (HDL).

HDL cholesterol hoặc "cholesterol tốt"

HDL cholesterol đôi khi được gọi là "cholesterol tốt" vì nó vận chuyển LDL cholesterol cho gan để loại bỏ khỏi cơ thể. Điều này giúp ngăn ngừa mảng bám cholesterol tích tụ trong động mạch. Khi HDL cholesterol tăng cao, nó có thể giúp giảm nguy cơ đông máu, bệnh tim và đột quỵ.

LDL cholesterol hoặc "cholesterol xấu"

LDL cholesterol thường được gọi là "cholesterol xấu" vì vận chuyển cholesterol đến động mạch. Nếu mức LDL cholesterol quá cao, nó có thể tích tụ trên thành động mạch.

Sự tích tụ này còn được gọi là mảng bám cholesterol. Mảng bám này có thể thu hẹp động mạch, hạn chế lưu lượng máu và tăng nguy cơ hình thành cục máu đông. Nếu cục máu đông chặn động mạch trong tim hoặc não, nó có thể gây ra cơn đau tim hoặc đột quỵ.

Nếu máu chứa quá nhiều LDL cholesterol (>160mg/dL), có thể được chẩn đoán mắc cholesterol cao. Nếu không điều trị, cholesterol cao có thể dẫn đến nhiều vấn đề sức khỏe, bao gồm đau tim và đột quỵ.

Cholesterol cao hiếm khi gây ra các triệu chứng trong thời gian đầu. Vì vậy phải kiểm tra mức cholesterol thường xuyên.

Triệu chứng cholesterol máu cao

Những dấu hiệu và triệu chứng của cholesterol máu cao

Cholesterol thường tăng cao một cách thầm lặng và thường không gây ra bất kỳ triệu chứng nào. Nhiều người thậm chí không nhận ra rằng cholesterol cao cho đến khi có các biến chứng nghiêm trọng, chẳng hạn như đau tim hoặc đột quỵ.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh cholesterol máu cao

Nếu không điều trị, cholesterol cao có thể gây ra mảng bám tích tụ trong động mạch. Theo thời gian, mảng bám này có thể thu hẹp động mạch. Tình trạng này được gọi là xơ vữa động mạch. Xơ vữa động mạch là một tình trạng nghiêm trọng. Nó có thể hạn chế lưu lượng máu qua động mạch. Nó cũng làm tăng nguy cơ hình thành các cục máu đông nguy hiểm. Xơ vữa động mạch có thể dẫn đến nhiều biến chứng đe dọa tính mạng, chẳng hạn như:

Đột quỵ; Đau tim ; Đau thắt ngực hoặc đau ngực; Huyết áp cao ; Bệnh mạch máu ngoại vi; Bệnh thận mãn tính.

Đột quỵ;

Đau tim ;

Đau thắt ngực hoặc đau ngực;

Huyết áp cao ;

Bệnh mạch máu ngoại vi;

Bệnh thận mãn tính.

Cholesterol cao cũng có thể tạo ra sự mất cân bằng mật, làm tăng nguy cơ bị sỏi mật.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân cholesterol máu cao

Những nguyên nhân chính dẫn đến cao cholesterol là:

Chế độ ăn quá nhiều thực phẩm chứa nhiều cholesterol, chất béo bão hòa và chất béo chuyển hóa có thể làm tăng nguy cơ phát triển cholesterol cao; Béo phì ; Ít vận động; Hút thuốc; Di truyền; Các tình trạng sức khỏe khác, chẳng hạn như bệnh tiểu đường và suy giáp, cũng có thể làm tăng nguy cơ phát triển cholesterol cao và các biến chứng liên quan.

Chế độ ăn quá nhiều thực phẩm chứa nhiều cholesterol, chất béo bão hòa và chất

béo chuyển hóa có thể làm tăng nguy cơ phát triển cholesterol cao;

Béo phì ;

Ít vận động;

Hút thuốc;

Di truyền;

Các tình trạng sức khỏe khác, chẳng hạn như bệnh tiểu đường và suy giáp, cũng có thể làm tăng nguy cơ phát triển cholesterol cao và các biến chứng liên quan.

Nguy cơ cholesterol máu cao

Những ai có nguy cơ mắc phải cholesterol máu cao?

Mọi người ở mọi lứa tuổi, giới tính và sắc tộc đều có thể bị cholesterol cao.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải cholesterol máu cao

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải cholesterol máu cao, bao gồm:

Béo phì; Ít vận động; Hút thuốc; Lớn tuổi; Uống nhiều rượu bia; Di truyền.

Béo phì;

Ít vận động;

Hút thuốc;

Lớn tuổi;

Uống nhiều rượu bia;

Di truyền.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị cholesterol máu cao

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán cholesterol máu cao

Xét nghiệm máu để kiểm tra mức cholesterol.

Phương pháp điều trị cholesterol máu cao hiệu quả

Thay đổi chế độ ăn uống

Hạn chế ăn các loại thực phẩm có nhiều cholesterol, chất béo bão hòa và chất béo chuyển hóa. Thực phẩm có nhiều cholesterol, chất béo bão hòa hoặc chất béo chuyển hóa bao gồm: Thịt đỏ, thịt nội tạng, lòng đỏ trứng và các sản phẩm từ sữa giàu chất béo, thực phẩm chế biến từ bơ ca cao hoặc dầu cọ, thực phẩm chiên ngập dầu, chẳng hạn như khoai tây chiên, hành tây và gà rán, một số loại bánh nướng, chẳng hạn như một số bánh quy và bánh nướng xốp.

Chọn các nguồn protein nạc, chẳng hạn như thịt gà, cá và các loại đậu.

Ăn nhiều loại thực phẩm giàu chất xơ, chẳng hạn như trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt.

Chọn thực phẩm nướng, nướng, hấp, nướng và quay thay vì thực phẩm chiên.

Tránh thức ăn nhanh và các lựa chọn đóng gói sẵn, có đường nếu được.

Ăn cá và các loại thực phẩm khác có chứa axit béo omega-3 cũng có thể giúp giảm mức LDL. Ví dụ, cá hồi, cá thu và cá trích là những nguồn giàu omega-3. Quả óc chó, hạnh nhân, hạt lanh và bơ cũng chứa omega-3.

Thuốc giảm cholesterol

Statin là loại thuốc thường được kê toa cho bệnh mỡ máu cao. Chúng ngăn chặn gan sản xuất nhiều cholesterol hơn. Ví dụ về statin bao gồm: Atorvastatin, fluvastatin, rosuvastatin, simvastatin .

Một số thuốc khác như: Niacin; nhựa trung hòa axit mật (như colestevam, colestipol hoặc cholestyramine); chất ức chế hấp thụ cholesterol (như ezetimibe); thuốc ức chế PCSK9 (như alirocumab và evolocumab).

Một số sản phẩm có chứa sự kết hợp của các loại thuốc để giúp cơ thể giảm hấp thụ cholesterol từ thực phẩm và giảm sản xuất cholesterol của gan. Một ví dụ là sự kết hợp của ezetimibe và simvastatin. Tìm hiểu thêm về các loại thuốc được sử dụng để điều trị cholesterol cao.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa cholesterol máu cao

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của cholesterol máu cao

Chế độ sinh hoạt:

Tập thể dục thường xuyên. Không hút thuốc lá. Hạn chế uống quá nhiều rượu bia.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị.

Tập thể dục thường xuyên.

Không hút thuốc lá.

Hạn chế uống quá nhiều rượu bia.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Ăn một chế độ ăn giàu dinh dưỡng, ít cholesterol và mỡ động vật và nhiều chất xơ.

Phương pháp phòng ngừa cholesterol máu cao hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Ăn một chế độ ăn ít muối, chú trọng trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt. Hạn chế ăn nhiều mỡ động vật và sử dụng vừa phải chất béo tốt. Giảm thêm cân và duy trì cân nặng hợp lý. Từ bỏ hút thuốc. Tập thể dục vào hầu hết các ngày trong tuần ít nhất 30 phút. Uống rượu có chừng mực.

Ăn một chế độ ăn ít muối, chú trọng trái cây, rau và ngũ cốc nguyên hạt.

Hạn chế ăn nhiều mỡ động vật và sử dụng vừa phải chất béo tốt.

Giảm thêm cân và duy trì cân nặng hợp lý.

Từ bỏ hút thuốc.

Tập thể dục vào hầu hết các ngày trong tuần ít nhất 30 phút.

Uống rượu có chừng mực.

=====

Tìm hiểu chung basedow

Basedow (hay bệnh Parry, Graves, cường giáp tự miễn) là dạng bệnh nội tiết, cường giáp phổ biến hiện nay, đặc trưng bởi hội chứng cường giáp không ức chế được (triệu chứng lồi mắt) và biểu hiện bướu giáp lan tỏa.

Triệu chứng basedow

Những dấu hiệu và triệu chứng của Basedow

Bướu giáp: Thường xuất hiện bướu giáp lớn, lan tỏa, tương đối đều, có thể cứng hoặc mềm, di động khi nuốt. Bướu giáp to dần theo sự phát triển của bệnh, dẫn đến chèn ép lên các cơ quan lân cận, ảnh hưởng đến mạch máu và dây thần kinh. Diễn hình là biểu hiện rối loạn vùng mạch tại cổ do bệnh Basedow gây nóng cơ thể, tăng tiết mồ hôi.

Thần kinh cơ: Thần kinh cơ bị ảnh hưởng khiến bệnh nhân run tay, khó điều khiển hoạt động các chi. Ngoài ra, tính khí bệnh nhân cũng thường thay đổi thất thường, mất ngủ, dễ nóng giận, khó tập trung, cáu gắt hoặc bức tức.

Tim mạch: Bệnh Basedow khi ảnh hưởng đến tim mạch gây hồi hộp, nhịp tim nhanh, loạn nhịp tim cả khi nghỉ ngơi hay làm việc gắng sức. Trường hợp nặng hơn, bệnh nhân có thể bị phù phổi, phù hai chi dưới, suy tim, gan to,...

Triệu chứng tiêu hóa: Ăn nhiều nhưng vẫn gầy, hay bị rối loạn tiêu hóa, nôn mửa, tiêu chảy, vàng da,...

Triệu chứng tăng chuyển hóa: Tăng chuyển hóa do hormone tuyến giáp sản xuất nhiều hơn, thân nhiệt người bệnh thường bị tăng, luôn có cảm giác nóng bức, thích ứng thời tiết lạnh tốt hơn thời tiết nóng, uống nhiều nước, người gầy nhanh. Ở người già, có thể bị loãng xương nặng, gặp phải các biến chứng: Viêm quanh các khớp, như xẹp đốt sống,...

Triệu chứng rối loạn sinh lý: Rối loạn sinh lý, rối loạn kinh nguyệt ở nữ giới và giảm ham muốn ở nam giới.

Bệnh mắt nội tiết: Lồi mắt, mi mắt nhắm không kín, hoặc nhìn đôi do liệt cơ vận nhãn,...

Phù: Thường xảy ra ở mặt trước cẳng chân hoặc dưới đầu gối.

Kích thích lớn ở các đầu chi: Đầu ngón tay, ngón chân của bệnh nhân bị biến dạng hình dùi trống, tiêu móng tay,...

Triệu chứng khác: Tóc khô, dễ bị rụng tóc, rối loạn sắc tố da, hay bị ngứa da,...

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Basedow

Bệnh basedow rất nguy hiểm cho hệ tim mạch, nếu để tình trạng bệnh kéo dài mà không điều trị đúng cách sẽ khiến bệnh nhân đối mặt với biến chứng bão giáp khiến bệnh nhân tử vong trong tình trạng suy tim.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nhận thấy sự xuất hiện của bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng nào thì tốt nhất nên đến

ngay bệnh viện để được thăm khám, xét nghiệm và được các bác sĩ chuyên khoa hướng dẫn điều trị.

Tuyệt đối không được thờ ơ trước các bất thường của cơ thể, vì có thể khiến bệnh tiến triển đến mức trầm trọng, việc chữa trị vô cùng khó khăn và gặp không ít rủi ro, biến chứng.

Nguyên nhân basedow

Bệnh Basedow là bệnh tự miễn, nguyên nhân chủ yếu do di truyền.

Ngoài ra, bệnh Basedow còn do 1 số yếu tố tác động: Môi trường sống, giới tính, tuổi tác, thực phẩm ăn uống hàng ngày, cơ địa,... Tuyến giáp hoạt động quá mức ở người mắc bệnh Basedow, sản xuất lượng lớn hơn hormone vào máu và gây ra biểu hiện nhiễm độc giáp.

Nguy cơ basedow

Những ai có nguy cơ mắc phải bệnh Basedow

Bệnh Basedow là dạng bệnh nội tiết phổ biến, xảy ra ở phụ nữ nhiều hơn, thường ở độ tuổi từ 20 – 50 và bệnh nhân có tiền sử gia đình bệnh tuyến giáp .

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bệnh Basedow

Có rất nhiều yếu tố có thể khiến bạn tăng nguy cơ mắc bệnh này:

Hút thuốc lá; Ăn quá nhiều iod; Mang thai, đặc biệt là giai đoạn sau sinh; Điều trị Lithium có thể làm thay đổi đáp ứng miễn dịch; Ngừng điều trị corticoid; Nhiễm khuẩn hoặc virus; Các nguyên nhân gây stress; Một vài bệnh làm tăng nguy cơ phát triển bệnh Basedow: Viêm khớp dạng thấp , đái tháo đường, bệnh Crohn,...

Hút thuốc lá;

Ăn quá nhiều iod;

Mang thai, đặc biệt là giai đoạn sau sinh;

Điều trị Lithium có thể làm thay đổi đáp ứng miễn dịch;

Ngừng điều trị corticoid;

Nhiễm khuẩn hoặc virus;

Các nguyên nhân gây stress;

Một vài bệnh làm tăng nguy cơ phát triển bệnh Basedow: Viêm khớp dạng thấp , đái tháo đường, bệnh Crohn,...

Phương pháp chẩn đoán & điều trị basedow

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh Basedow

Ngoài thăm khám lâm sàng, bác sĩ chỉ định thực hiện một số phương pháp sau:

Siêu âm tuyến giáp : Thấy rõ được kích thước của tuyến giáp. Xét nghiệm TRAb:

Định lượng nồng độ TRAb trong máu để biết người bệnh có xuất hiện tự kháng thể

TRAb hay không, là cơ sở để chẩn đoán chính xác bệnh Basedow. Xét nghiệm TSI :

Nồng độ TSI thường thấp ở người khỏe mạnh và sẽ tăng cao ở những người mắc bệnh tuyến giáp. Ngoài ra, để chẩn đoán chính xác, bác sĩ chỉ định kết hợp các phương pháp: Siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm FT3, FT4, TSH hay chụp CT.

Siêu âm tuyến giáp : Thấy rõ được kích thước của tuyến giáp.

Xét nghiệm TRAb: Định lượng nồng độ TRAb trong máu để biết người bệnh có xuất hiện tự kháng thể TRAb hay không, là cơ sở để chẩn đoán chính xác bệnh Basedow.

Xét nghiệm TSI : Nồng độ TSI thường thấp ở người khỏe mạnh và sẽ tăng cao ở những người mắc bệnh tuyến giáp.

Ngoài ra, để chẩn đoán chính xác, bác sĩ chỉ định kết hợp các phương pháp: Siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm FT3, FT4, TSH hay chụp CT.

Phương pháp điều trị bệnh Basedow hiệu quả

Hiện nay, bệnh Basedow được điều trị chủ yếu bằng các phương pháp: Xạ trị, điều trị nội khoa và ngoại khoa (phẫu thuật cắt tuyến giáp).

Xạ trị:

Phóng xạ trị Iod 131 làm cho bướu tuyến giáp nhỏ lại và đưa chức năng tuyến giáp trở lại bình thường.

Chống chỉ định: Trẻ em và phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

Điều trị nội khoa:

Được chỉ định khi mới phát hiện bệnh, tuyến giáp to vừa, chưa có biến chứng.

Thuốc kháng giáp được sử dụng: Carbimazole, methimazole và PTU (được khuyến cáo không sử dụng điều trị ban đầu cho bệnh nhân Basedow).

Điều trị ngoại khoa:

Cắt bỏ tuyến giáp , để lại một phần nhỏ để duy trì chức năng tạo hormone bình thường.

Được chỉ định khi đã được điều trị bằng thuốc ít nhất 4 – 6 tháng mà khi ngưng

thuốc không duy trì được bình giáp, bướu giáp to hoặc có biến chứng khó thở. Biến chứng sau phẫu thuật: Khàn tiếng, hạ calci máu, nhiễm trùng vết mổ,...

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa basedow

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp hạn chế diễn tiến của bệnh Basedow
Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Uống thuốc đúng liều đúng giờ, việc quên uống hoặc uống không đúng liều sẽ khiến quá trình điều trị vô hiệu. Tuyệt đối không tự ý bỏ thuốc hoặc mua thuốc không có trong đơn thuốc của bác sĩ.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi có những bất thường xuất hiện trong quá trình điều trị.

Thăm khám định kỳ để được theo dõi diễn tiến của bệnh và tình trạng sức khỏe.

Tham khảo chế độ ăn uống dinh dưỡng, lành mạnh, phù hợp với tình trạng bệnh hiện tại.

Luyện tập thể dục thể thao, những bài tập được các bác sĩ khuyên hoặc cho phép tập.

Nói không với rượu, bia, các chất kích thích và thuốc lá.

Phương pháp phòng ngừa bệnh Basedow hiệu quả

Những người từng mắc bệnh cần thực hiện một số biện pháp khi hệ miễn dịch suy yếu hoặc gặp phải yếu tố thuận lợi phòng ngừa bệnh Basedow tái phát.

Những người chưa mắc bệnh cần chú ý thói quen ăn uống, sinh hoạt lành mạnh ngăn ngừa nguy cơ bệnh khởi phát.

Thường xuyên tập thể dục, ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng nâng cao thể trạng sức khỏe, tăng cường sức đề kháng và miễn dịch cơ thể.

Đeo kính để bảo vệ mắt khỏi bụi, vệ sinh mắt hàng ngày.

Không hút thuốc lá, tránh sử dụng chất kích thích hay hóa chất độc hại ảnh hưởng tới hệ hô hấp.

Hạn chế thực phẩm chứa nhiều iod, không sờ nắn tác động nhiều ở vùng tuyến giáp.

Người bệnh cần giữ tinh thần thoải mái và suy nghĩ tích cực, tránh căng thẳng mệt mỏi, buồn phiền.

Điều trị bệnh dứt điểm trước khi mang thai vì thai sản là yếu tố nguy cơ làm bệnh nặng thêm.

Tuân thủ điều trị và tái khám thường xuyên theo lịch hẹn.

=====

Tìm hiểu chung gút

Bệnh Gout (Gút) hay còn gọi là Thống Phong là một loại bệnh lý viêm khớp xảy ra khi cơ thể có quá nhiều axit uric trong máu và chúng kết tinh tạo thành các tinh thể sắc nhọn ở một hoặc nhiều khớp của bạn. Lúc đó sẽ xuất hiện tình trạng gọi là cơn gút cấp đi kèm với tình trạng sưng đau dữ dội đột ngột ở khớp. Cơn gút cấp thường kéo dài từ 3 đến 10 ngày nhưng 36 giờ đầu tiên thường là đau nhất. Sau đợt đầu tiên, một số người có thể sẽ không tái phát lại cơn gút trong ít nhất vài tháng hoặc có thể vài năm. Ngoài ra, giữa các đợt gút cấp thì bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng nào.

Khớp thường gặp nhất trong bệnh gout là ở ngón chân cái nhưng ở một số người thì tinh thể axit uric cũng có thể xuất hiện ở các khớp đầu gối, mắt cá chân, bàn chân, bàn tay, cổ tay hoặc khuỷu tay.

Triệu chứng gút

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Gout

Triệu chứng của bệnh Gout thường bao gồm:

Đau nhức đột ngột và nghiêm trọng: Đau thường xuất hiện mạnh mẽ ở các khớp, thường xuất hiện ban đêm, đặc biệt là ngón chân cái. Cơn đau có thể trầm trọng nhất trong vòng 4 đến 12 giờ đầu sau khi bắt đầu. Cảm giác khó chịu kéo dài: Sau khi cơn đau dữ dội nhất giảm bớt, một số khó chịu ở khớp có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tuần. Các cảm giác khó chịu sau này có thể kéo dài hơn và ảnh hưởng đến nhiều khớp hơn. Sưng tấy và đỏ: Các khớp bị ảnh hưởng có thể sưng lên và trở nên đỏ, cảm giác nóng rát khi chạm vào. Cứng khớp: Khớp có thể bị cứng, đặc biệt là vào buổi sáng hoặc sau khi ngồi lâu một chỗ. Giới hạn phạm vi hoạt động khớp: Khi bệnh gút tiến triển, bạn có thể không thể cử động khớp bình thường.

Đau nhức đột ngột và nghiêm trọng: Đau thường xuất hiện mạnh mẽ ở các khớp, thường xuất hiện ban đêm, đặc biệt là ngón chân cái. Cơn đau có thể trầm trọng nhất trong vòng 4 đến 12 giờ đầu sau khi bắt đầu.

Cảm giác khó chịu kéo dài: Sau khi cơn đau dữ dội nhất giảm bớt, một số khó chịu

ở khớp có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tuần. Các cảm giác khó chịu sau này có thể kéo dài hơn và ảnh hưởng đến nhiều khớp hơn.

Sưng tấy và đỏ: Các khớp bị ảnh hưởng có thể sưng lên và trở nên đỏ, cảm giác nóng rất khi chạm vào.

Cứng khớp: Khớp có thể bị cứng, đặc biệt là vào buổi sáng hoặc sau khi ngồi lâu một chỗ.

Giới hạn phạm vi hoạt động khớp: Khi bệnh gút tiến triển, bạn có thể không thể cử động khớp bình thường.

Những triệu chứng này có thể xảy ra tại nhiều khớp khác nhau, nhưng phổ biến nhất là ở ngón chân cái. Cũng có thể ảnh hưởng đến các khớp khác như đầu gối, cổ tay, bàn tay và mắt cá chân. Triệu chứng có thể xuất hiện nhanh chóng và đạt đến cường độ cao chỉ sau vài giờ, gây ra sự khó chịu lớn cho người bệnh.

Tác động của bệnh Gout đối với sức khỏe

Ngoài những triệu chứng ảnh hưởng đến hệ thống khớp trong cơ thể, axit uric dư thừa cũng có thể làm tổn thương thận, mạch máu và các cơ quan khác, làm tăng nguy cơ mắc một số bệnh lý như bệnh thận, bệnh tim mạch cũng như bệnh tiểu đường, trầm cảm và chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư tiền liệt tuyến, có nguy cơ gây rối loạn cương dương ở nam giới.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Gout

Bệnh Gout tái phát: Nếu không điều trị, gút sẽ tái phát lại sau vài tháng hoặc vài năm. Mỗi lần tái phát thì thời gian lặp lại 1 đợt gút cấp mới sẽ ngắn hơn đợt trước. Nếu không được điều trị, bệnh gút có thể gây xói mòn và phá hủy khớp.

Nốt tô-phi (tophi): Gout không được điều trị sẽ dẫn đến việc lắng đọng lâu dài các tinh thể uric dưới da tạo thành các nốt sần gọi là tophi. Tophi có thể xuất hiện ở một số vùng cơ thể chẳng hạn như ngón tay, bàn tay, bàn chân, khuỷu tay hoặc gân Achilles dọc theo mặt sau của mắt cá chân của bạn. Hạt tophi thường không gây đau đớn, nhưng chúng có thể sưng và đau trong các đợt gút cấp. Ngoài ra chúng sẽ góp phần làm huỷ hoại và biến dạng khớp nhiều hơn. Sỏi thận : Các tinh thể urat có thể tích tụ trong đường tiết niệu của những người bị bệnh gút, gây ra sỏi thận.

Bệnh Gout tái phát: Nếu không điều trị, gút sẽ tái phát lại sau vài tháng hoặc vài năm. Mỗi lần tái phát thì thời gian lặp lại 1 đợt gút cấp mới sẽ ngắn hơn đợt trước. Nếu không được điều trị, bệnh gút có thể gây xói mòn và phá hủy khớp.

Nốt tô-phi (tophi): Gout không được điều trị sẽ dẫn đến việc lắng đọng lâu dài các tinh thể uric dưới da tạo thành các nốt sần gọi là tophi. Tophi có thể xuất hiện ở một số vùng cơ thể chẳng hạn như ngón tay, bàn tay, bàn chân, khuỷu tay hoặc gân Achilles dọc theo mặt sau của mắt cá chân của bạn. Hạt tophi thường không gây đau đớn, nhưng chúng có thể sưng và đau trong các đợt gút cấp. Ngoài ra chúng sẽ góp phần làm huỷ hoại và biến dạng khớp nhiều hơn.

Sỏi thận : Các tinh thể urat có thể tích tụ trong đường tiết niệu của những người bị bệnh gút, gây ra sỏi thận.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, đau đột ngột và dữ dội ở khớp, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Bệnh Gout không được điều trị có thể dẫn đến đau nặng hơn và tổn thương khớp. Hãy tìm đến bác sĩ ngay lập tức nếu bạn bị sốt, khớp sưng nóng và đau, đó có thể là dấu hiệu của tình trạng viêm khớp.

Nguyên nhân gút

Bệnh Gout xảy ra khi các tinh thể urat tích tụ trong khớp của bạn, gây viêm và đau dữ dội khi bị bệnh Gout tấn công. Tinh thể urat có thể hình thành khi bạn có nồng độ axit uric trong máu cao. Cơ thể chúng ta tạo ra axit uric khi phân hủy purin - một chất được tìm thấy tự nhiên trong cơ thể và thường được hấp thu quá mức từ bên ngoài qua các bữa ăn. Purines được tìm thấy nhiều trong một số loại thực phẩm bao gồm thịt đỏ và thịt nội tạng, chẳng hạn như gan. Hải sản giàu purin bao gồm cá cơm, cá mòi, trai, sò điệp, cá hồi và cá ngừ. Đồ uống có cồn, đặc biệt là bia và đồ uống có đường trái cây (fructose) làm tăng nồng độ axit uric.

Thông thường, axit uric hòa tan trong máu và đi qua thận vào nước tiểu. Tuy nhiên khi cơ thể tạo ra quá nhiều axit uric hoặc khả năng bài tiết acid uric của thận bị suy giảm thì axit uric có thể tích tụ trong máu, tạo thành các tinh thể urat sắc nhọn và lắng đọng ở các khớp hoặc mô xung quanh gây đau, viêm và sưng. Nguyên nhân thường gặp bệnh gout có thể do yếu tố di truyền hoặc cơ địa. Bệnh phần lớn gặp ở nhóm nam giới độ tuổi trên 40, có thói quen sinh hoạt và ăn uống

không lành mạnh.

Chỉ số acid uric trong máu được duy trì ở mức cố định đối với nam giới: 210 - 420 $\mu\text{mol/L}$ và đối với nữ giới 150 - 350 $\mu\text{mol/L}$. Tăng acid uric máu có thể do ba nhóm nguyên nhân là tăng tổng hợp axit uric, giảm bài xuất qua thận hoặc cả hai nguyên nhân trên.

Nguy cơ gút

Những ai có nguy cơ mắc phải bệnh Gout?

Tỉ lệ nam mắc Gout cao gấp 3 lần phụ nữ và thường xảy ra ở nam giới trên 40 tuổi. Theo nghiên cứu, có đến hơn 80% người bệnh Gout là nam giới từ 40 tuổi trở lên, việc có chế độ sinh hoạt không lành mạnh, lạm dụng rượu bia, thuốc lá, các chất kích thích, tiêu thụ nhiều đạm động vật trong khẩu phần ăn làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Phụ nữ có nhiều khả năng mắc bệnh Gout hơn sau khi mãn kinh. Ở tuổi mãn kinh, phụ nữ phải đối mặt với nguy cơ bị rối loạn nội tiết tố, đặc biệt là rối loạn estrogen, đây là hormone chính giúp thận bài tiết axit uric ra ngoài. Tuy nhiên một lối sống không lành mạnh, sử dụng nhiều rượu bia sẽ khiến nhóm đối tượng này dễ mắc bệnh hơn.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải Gout

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc gút, bao gồm:

Tình trạng thừa cân, béo phì. Ăn nhiều loại thịt và hải sản có chứa nhiều purin.

Thịt nội tạng: Chúng bao gồm gan, lòng, lá lách, não và thận. Thịt thú săn: Các món đặc sản như ngỗng, thịt bê và thịt nai đều chứa hàm lượng purin cao. Một số hải sản: Cá trích, sò điệp, trai, cá tuyết, cá ngừ, cá hồi và cá tuyết chấm đen.

Thịt đỏ: Thịt bò, thịt cừu, thịt lợn và thịt xông khói. Uống rượu, bia thường xuyên: Mặc dù không phải tất cả đồ uống có cồn đều chứa nhiều purin, nhưng rượu sẽ ngăn thận loại bỏ axit uric, kéo nó trở lại cơ thể và tiếp tục tích tụ. Tiền sử gia đình có người bệnh gút. Sử dụng một số loại thuốc có thể là nguyên nhân làm tích tụ axit uric trong cơ thể như: Aspirin, thuốc lợi tiểu, thuốc hóa trị liệu, các loại thuốc có thể làm suy giảm hệ miễn dịch như cyclosporine. Từng mắc các bệnh như đái tháo đường, suy giảm chức năng thận, bệnh tim, xơ vữa động mạch, tắc nghẽn mạch máu, bệnh truyền nhiễm, tăng huyết áp.

Tình trạng thừa cân, béo phì.

Ăn nhiều loại thịt và hải sản có chứa nhiều purin. Thịt nội tạng: Chúng bao gồm gan, lòng, lá lách, não và thận. Thịt thú săn: Các món đặc sản như ngỗng, thịt bê và thịt nai đều chứa hàm lượng purin cao. Một số hải sản: Cá trích, sò điệp, trai, cá tuyết, cá ngừ, cá hồi và cá tuyết chấm đen. Thịt đỏ: Thịt bò, thịt cừu, thịt lợn và thịt xông khói.

Uống rượu, bia thường xuyên: Mặc dù không phải tất cả đồ uống có cồn đều chứa nhiều purin, nhưng rượu sẽ ngăn thận loại bỏ axit uric, kéo nó trở lại cơ thể và tiếp tục tích tụ.

Tiền sử gia đình có người bệnh gút.

Sử dụng một số loại thuốc có thể là nguyên nhân làm tích tụ axit uric trong cơ thể như: Aspirin, thuốc lợi tiểu, thuốc hóa trị liệu, các loại thuốc có thể làm suy giảm hệ miễn dịch như cyclosporine.

Từng mắc các bệnh như đái tháo đường, suy giảm chức năng thận, bệnh tim, xơ vữa động mạch, tắc nghẽn mạch máu, bệnh truyền nhiễm, tăng huyết áp.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị gút

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh Gout

Chẩn đoán có thể dựa vào triệu chứng của bệnh nhân và sự xuất hiện tình trạng sưng đau khớp biểu hiện bên ngoài. Một số xét nghiệm có thể giúp chẩn đoán bao gồm:

Chọc hút dịch khớp: Dùng kim để hút dịch viêm từ khớp bị ảnh hưởng và kiểm tra dưới kính hiển vi để quan sát các tinh thể urat. Xét nghiệm dịch khớp có thể xác định chẩn đoán bằng cách tìm ra tinh thể urat nằm tự do trong dịch khớp cũng như vi khuẩn và các yếu tố gây bệnh khác. Xét nghiệm máu: Đo nồng độ axit uric trong máu. Tuy nhiên, kết quả xét nghiệm máu có thể bị sai lệch. Một số người có nồng độ axit uric cao nhưng không bao giờ bị bệnh gút. Bên cạnh đó, một số người có các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh gút nhưng không có nồng độ axit uric bất thường trong máu của họ. Chụp X-quang: Loại trừ các bệnh lý khác gây sưng đau khớp. Siêu âm khớp: Có thể giúp phát hiện tinh thể urate trong khớp hoặc trong nốt tophi.

Chọc hút dịch khớp: Dùng kim để hút dịch viêm từ khớp bị ảnh hưởng và kiểm tra

dưới kính hiển vi để quan sát các tinh thể urat. Xét nghiệm dịch khớp có thể xác định chẩn đoán bằng cách tìm ra tinh thể urat nằm tự do trong dịch khớp cũng như vi khuẩn và các yếu tố gây bệnh khác.

Xét nghiệm máu: Đo nồng độ axit uric trong máu. Tuy nhiên, kết quả xét nghiệm máu có thể bị sai lệch. Một số người có nồng độ axit uric cao nhưng không bao giờ bị bệnh gút. Bên cạnh đó, một số người có các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh gút nhưng không có nồng độ axit uric bất thường trong máu của họ.

Chụp X-quang: Loại trừ các bệnh lý khác gây sưng đau khớp.

Siêu âm khớp: Có thể giúp phát hiện tinh thể urate trong khớp hoặc trong nốt tophi.

Phương pháp điều trị bệnh Gout hiệu quả

Điều trị dùng thuốc:

Có hai loại thuốc điều trị Gout và tập trung vào hai vấn đề khác nhau:

Loại đầu tiên giúp giảm viêm và đau do các cơn gout cấp bao gồm: Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAID), thuốc kháng viêm corticosteroid, colchicine.

Loại thứ hai giúp ngăn ngừa biến chứng bệnh gout bằng cách hạ thấp lượng axit uric trong máu và ngăn ngừa tái phát cơn gút cấp: Allopurinol, febuxostat, probenecid.

Loại đầu tiên giúp giảm viêm và đau do các cơn gout cấp bao gồm: Thuốc giảm đau kháng viêm không steroid (NSAID), thuốc kháng viêm corticosteroid, colchicine.

Loại thứ hai giúp ngăn ngừa biến chứng bệnh gout bằng cách hạ thấp lượng axit uric trong máu và ngăn ngừa tái phát cơn gút cấp: Allopurinol, febuxostat, probenecid.

Điều trị không dùng thuốc:

Bên cạnh việc dùng thuốc, bác sĩ có thể đề nghị bạn cần thay đổi lối sống để giúp kiểm soát các triệu chứng và giảm nguy cơ bị các cơn Gout trong tương lai.

Hạn chế uống bia rượu. Hạn chế các thực phẩm chứa hàm lượng purin cao, nên ăn các loại thực phẩm có hàm lượng purine dưới 100mg/100gram. Các loại đậu, bao gồm cả đậu lăng, đậu nành và đậu phụ, ngũ cốc nguyên hạt, trái cây và các loại rau củ, trà xanh và các loại trà khác,...

Hạn chế uống bia rượu.

Hạn chế các thực phẩm chứa hàm lượng purin cao, nên ăn các loại thực phẩm có hàm lượng purine dưới 100mg/100gram. Các loại đậu, bao gồm cả đậu lăng, đậu nành và đậu phụ, ngũ cốc nguyên hạt, trái cây và các loại rau củ, trà xanh và các loại trà khác,...

Bỏ thuốc lá nếu có hút thuốc. Uống nhiều nước, ít nhất 2 lít nước mỗi ngày. Tập thể dục thường xuyên để duy trì cân nặng hợp lý, tăng cường sức khỏe. Các sản phẩm từ sữa, nhất là sữa không đường và ít béo. Dầu gốc thực vật như dầu hạt cải, dầu dừa, dầu ô liu, dầu lạc...

Bỏ thuốc lá nếu có hút thuốc.

Uống nhiều nước, ít nhất 2 lít nước mỗi ngày.

Tập thể dục thường xuyên để duy trì cân nặng hợp lý, tăng cường sức khỏe.

Các sản phẩm từ sữa, nhất là sữa không đường và ít béo.

Dầu gốc thực vật như dầu hạt cải, dầu dừa, dầu ô liu, dầu lạc...

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa gút

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh Gout

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Phương pháp phòng ngừa Gout hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh gút hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Chọn các loại đồ uống lành mạnh, hạn chế đồ uống có cồn và nước trái cây có chứa fructose. Thay vào đó, hãy uống nhiều đồ uống không cồn, đặc biệt là nước tinh khiết. Tránh thức ăn có nhiều purin như thịt đỏ và các loại thịt nội tạng, chẳng hạn như gan, hải sản giàu purin bao gồm cá cơm, cá mòi, trai, sò điệp, cá hồi và cá ngừ. Các sản phẩm sữa ít béo có thể là nguồn cung cấp protein tốt hơn cho

những người bị bệnh gút. Tập thể dục thường xuyên và giảm cân. Giữ cơ thể ở mức cân nặng hợp lý giúp giảm nguy cơ mắc bệnh gút. Các môn thể thao đơn giản như đi bộ, đi xe đạp và bơi lội - những hoạt động giúp cải thiện chức năng các khớp của bạn.

Chọn các loại đồ uống lành mạnh, hạn chế đồ uống có cồn và nước trái cây có chứa fructose. Thay vào đó, hãy uống nhiều đồ uống không cồn, đặc biệt là nước tinh khiết.

Tránh thức ăn có nhiều purin như thịt đỏ và các loại thịt nội tạng, chẳng hạn như gan, hải sản giàu purin bao gồm cá cơm, cá mòi, trai, sò điệp, cá hồi và cá ngừ. Các sản phẩm sữa ít béo có thể là nguồn cung cấp protein tốt hơn cho những người bị bệnh gút.

Tập thể dục thường xuyên và giảm cân. Giữ cơ thể ở mức cân nặng hợp lý giúp giảm nguy cơ mắc bệnh gút. Các môn thể thao đơn giản như đi bộ, đi xe đạp và bơi lội - những hoạt động giúp cải thiện chức năng các khớp của bạn.

=====

Tìm hiểu chung béo phì

Béo phì có nghĩa là sự gia tăng tình trạng mỡ trong cơ thể. Mức độ béo phì có thể được tính toán dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index) tính bằng cách chia cân nặng của một người (tính theo đơn vị kilogram) cho bình phương chiều cao (đơn vị mét) người đó, vì vậy đơn vị của BMI là kg/m^2 .

Triệu chứng béo phì

Tác động của béo phì đối với sức khỏe

Béo phì hoặc sự gia tăng BMI là yếu tố nguy cơ chính cho rất nhiều các bệnh lý không lây nhiễm bao gồm: Bệnh lý tim mạch (đột quỵ và bệnh tim), đái tháo đường, bệnh lý cơ xương khớp (đặc biệt là thoái hóa khớp), một số bệnh lý ung thư (ung thư vú, ung thư buồng trứng, ung thư tinh hoàn, ung thư gan, ung thư túi mật, ung thư thận và ung thư đại tràng).

Béo phì ở trẻ em làm tăng nguy cơ béo phì khi trưởng thành, nguy cơ tử vong sớm và tàn tật tăng cao hơn. Bên cạnh việc gia tăng rủi ro trong tương lai, trẻ béo phì có thể gặp các tình trạng khác như khó thở, tăng nguy cơ gãy xương, tăng huyết áp, các biểu hiện sớm của bệnh tim mạch và đề kháng insulin, các vấn đề về tâm lý.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Đa số mọi người đều nhận thức được béo phì sẽ ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, nhưng hầu hết mọi người chỉ coi đây là một vấn đề của lối sống mà họ chọn. Béo phì là một bệnh lý có thể điều trị được, do đó nếu bạn thấy cân nặng tăng nhiều hoặc đơn giản là khi chỉ số BMI đã đạt mức béo phì, thì đây chính là thời điểm bạn cần đến khám bác sĩ hoặc các chuyên gia dinh dưỡng để được tư vấn và điều trị. Bên cạnh đó, nếu béo phì gây ra bất kỳ tình trạng sức khỏe xấu nào cho cơ thể như: Khó thở, mệt mỏi, tình trạng lo âu, trầm cảm... hãy đến khám bác sĩ ngay. Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh, giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân béo phì

Béo phì là một vấn đề sức khỏe phức tạp gây ra bởi sự kết hợp của nhiều nguyên nhân và các yếu tố hành vi cá nhân, di truyền.

Nguyên nhân cơ bản của béo phì/thừa cân là sự mất cân bằng giữa năng lượng hấp thu và năng lượng tiêu thụ hằng ngày. Việc ăn nhiều các loại thực phẩm giàu năng lượng, nhiều chất béo và đường, kết hợp với yếu tố hành vi cá nhân như lối sống kém vận động, không thường xuyên tập thể dục sẽ dẫn đến tình trạng tích tụ mỡ dưới da, dẫn đến béo phì.

Các yếu tố khác như: Mức độ giáo dục của cá nhân, sự tiếp nhận quảng cáo từ các loại thực phẩm, môi trường sống xung quanh và kể cả di truyền cũng góp phần dẫn đến béo phì. Một số trường hợp hiếm gặp béo phì có thể di truyền trong gia đình. Tuy nhiên, nhìn chung thì béo phì vẫn là bệnh lý đa yếu tố, là sự tương tác phức tạp giữa nhiều yếu tố gene, yếu tố môi trường, hành vi và lối sống của cá nhân.

Bên cạnh đó, một số bệnh có thể dẫn đến béo phì hoặc tăng cân như bệnh Cushing, hội chứng buồng trứng đa nang. Các loại thuốc như steroid và một số thuốc chống trầm cảm cũng có thể gây tăng cân.

Nguy cơ béo phì

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải béo phì

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh béo phì, bao gồm:

Lối sống kém vận động, thường xuyên ngồi xem tivi, máy tính, chơi trò chơi điện tử, không tập luyện thể dục thể thao. Hành vi ăn uống không lành mạnh: Ăn nhiều thực phẩm giàu chất béo, đường, ăn nhiều thực phẩm hoặc đồ ăn nhanh. Ngủ không đủ giấc. Nhiều yếu tố stress và căng thẳng trong cuộc sống.

Lối sống kém vận động, thường xuyên ngồi xem tivi, máy tính, chơi trò chơi điện tử, không tập luyện thể dục thể thao.

Hành vi ăn uống không lành mạnh: Ăn nhiều thực phẩm giàu chất béo, đường, ăn nhiều thực phẩm hoặc đồ ăn nhanh.

Ngủ không đủ giấc.

Nhiều yếu tố stress và căng thẳng trong cuộc sống.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị béo phì

Phương pháp chẩn đoán béo phì

Chỉ số khối cơ thể (BMI) vẫn được sử dụng rộng rãi như một cách đơn giản và đáng tin cậy để xác định một người có cân nặng phù hợp với chiều cao của họ hay không.

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) thì thừa cân là khi người đó có BMI lớn hơn hoặc bằng 25 và béo phì là khi BMI lớn hơn hoặc bằng 30. Tuy nhiên, đối với người châu Á thì thừa cân là khi người đó có BMI lớn hơn hoặc bằng 23 và béo phì là khi BMI lớn hơn hoặc bằng 25.

Phương pháp điều trị béo phì hiệu quả

Điều trị béo phì chỉ đơn giản là thực hiện giảm cân an toàn bằng việc xây dựng một chế độ ăn uống lành mạnh, cân bằng kết hợp với hoạt động thể chất thường xuyên.

Có thể bạn cần sự hướng dẫn của bác sĩ dinh dưỡng hoặc huấn luyện viên thể chất để đưa ra những lời khuyên, tư vấn cho chế độ tập luyện và dinh dưỡng.

Bên cạnh đó, nếu béo phì liên quan đến các bệnh lý khác chẳng hạn như hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), tăng huyết áp, bệnh tiểu đường hoặc hội chứng ngưng thở khi ngủ thì bác sĩ có thể cần phải điều trị các bệnh lý trên và thậm chí có thể cần đến các bác sĩ chuyên khoa sâu.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa béo phì

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của béo phì

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Bệnh nhân cần lạc quan. Tâm lý có ảnh hưởng rất lớn đến điều trị, hãy nói chuyện với những người đáng tin cậy, chia sẻ với những thành viên trong gia đình, nuôi thú cưng hay đơn giản là đọc sách, làm bất cứ thứ gì khiến bạn thấy thoải mái.

Chế độ dinh dưỡng:

Hạn chế nạp quá nhiều năng lượng từ các loại thực phẩm giàu chất béo và đường.

Tăng tiêu thụ trái cây và rau quả, cũng như các loại đậu, ngũ cốc nguyên hạt và các loại hạt.

Tham gia các hoạt động thể chất thường xuyên (60 phút mỗi ngày cho trẻ em và 150 phút trải dài trong tuần cho người lớn).

=====

Tìm hiểu chung men gan cao

Men gan cao, hay còn gọi là tăng men gan, xảy ra khi tế bào gan bị phá hủy hàng loạt do các tác nhân như virus, rượu, thuốc, hoặc các yếu tố khác. Khi mức độ men gan trong máu tăng cao, điều này cho thấy mức độ tổn thương gan đang diễn ra nghiêm trọng. Tình trạng này thường gặp ở những người bị viêm gan, sử dụng một số loại thuốc có ảnh hưởng đến gan, hoặc người lạm dụng rượu bia.

Chỉ số men gan được xác định như sau:

Mức độ tăng nhẹ : AST, ALT (GPT), GGT: từ 40 đến 80 UI/L. Mức độ tăng trung bình : AST, ALT (GPT), GGT: từ 80 đến 200 UI/L. Mức độ tăng cao : AST, ALT (GPT), GGT: trên 200 UI/L.

Mức độ tăng nhẹ : AST, ALT (GPT), GGT: từ 40 đến 80 UI/L.

Mức độ tăng trung bình : AST, ALT (GPT), GGT: từ 80 đến 200 UI/L.

Mức độ tăng cao : AST, ALT (GPT), GGT: trên 200 UI/L.

Trên thực tế, men gan cao không làm lây truyền, vì thế mọi người có thể yên tâm tiếp xúc với người bị bệnh mà không cần lo lắng về nguy cơ lây nhiễm.

Các loại men gan

Các loại men gan thường gặp gồm:

Aminotransferase: Phản ánh tổn thương tế bào gan. (AST: Aspartate aminotransferase hay SGOT: Glutamic-oxaloacetic transaminase ; ALT: Alanine aminotransferase hay SGPT: Glutamic-pyruvic transaminase). Phosphatase kiềm (ALP: Alkaline phosphatase): Phản ánh tình trạng ứ mật. Gammaglutamyl transpeptidase : GGT

Aminotransferase: Phản ánh tổn thương tế bào gan. (AST: Aspartate aminotransferase hay SGOT: Glutamic-oxaloacetic transaminase ; ALT: Alanine aminotransferase hay SGPT: Glutamic-pyruvic transaminase).

Phosphatase kiềm (ALP: Alkaline phosphatase): Phản ánh tình trạng ứ mật.

Gammaglutamyl transpeptidase : GGT

Tìm hiểu thêm: Mức bình thường chỉ số men gan là bao nhiêu? Chỉ số men gan cao là bao nhiêu?

Triệu chứng men gan cao

Các triệu chứng của tăng men gan

Triệu chứng của men gan cao thường khó nhận biết ở giai đoạn đầu và có thể không gây ra dấu hiệu rõ ràng. Khi tình trạng này tiến triển, các triệu chứng sau có thể xuất hiện:

Mệt mỏi và cảm giác sốt nhẹ. Rối loạn tiêu hóa , kèm theo chán ăn, nôn và buồn nôn. Vàng mắt và vàng da , là biểu hiện đặc trưng cho thấy tình trạng bệnh nghiêm trọng. Nước tiểu ít và vàng sẫm, phân nhạt màu, thường liên quan đến tắc mật. Ngứa da, xảy ra do chức năng gan suy giảm và tích tụ độc tố trong cơ thể. Giảm ý thức và khả năng tập trung, nếu tình trạng tăng men gan kéo dài.

Mệt mỏi và cảm giác sốt nhẹ.

Rối loạn tiêu hóa , kèm theo chán ăn, nôn và buồn nôn.

Vàng mắt và vàng da , là biểu hiện đặc trưng cho thấy tình trạng bệnh nghiêm trọng.

Nước tiểu ít và vàng sẫm, phân nhạt màu, thường liên quan đến tắc mật.

Ngứa da, xảy ra do chức năng gan suy giảm và tích tụ độc tố trong cơ thể.

Giảm ý thức và khả năng tập trung, nếu tình trạng tăng men gan kéo dài.

Vì các triệu chứng có thể không rõ nét khi tăng men gan nhẹ, xét nghiệm máu để chẩn đoán hiệu quả nhất để phát hiện tình trạng này.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh men gan cao

Men gan tăng cao, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm gan mạn tính, xơ gan, và ung thư gan. Tăng cao trong chỉ số AST và ALT thường liên quan đến giảm tuổi thọ và tăng nguy cơ tử vong. Cụ thể, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong có thể tăng từ 21% đến 78% tùy theo mức độ và thời gian kéo dài của tình trạng men gan cao.

Tìm hiểu thêm: Chỉ số men gan cao ảnh hưởng đến men gan như thế nào

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Xét nghiệm chức năng gan được yêu cầu khi bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng gợi ý tình trạng rối loạn chức năng gan hoặc túi mật (vàng da,...). Tiền sử gia đình có bệnh gan. Béo phì. Tăng lipid máu. Đái tháo đường . Có các yếu tố nguy cơ viêm gan virus như quan hệ tình dục không an toàn , tiêm chích ma túy hoặc truyền máu.

Xét nghiệm chức năng gan được yêu cầu khi bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng gợi ý tình trạng rối loạn chức năng gan hoặc túi mật (vàng da,...).

Tiền sử gia đình có bệnh gan.

Béo phì.

Tăng lipid máu.

Đái tháo đường .

Có các yếu tố nguy cơ viêm gan virus như quan hệ tình dục không an toàn , tiêm chích ma túy hoặc truyền máu.

Xét nghiệm men gan cũng có thể được chỉ định khi đánh giá tổng thể một bệnh nhân suy nhược, trong trường hợp sút cân đột ngột, khi theo dõi ung thư, xơ gan và khi đánh giá một bệnh nhân nghiện rượu.

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ

để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân men gan cao

Men gan cao có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Các nguyên nhân phổ biến bao gồm:

Tiêu thụ rượu bia: Uống nhiều rượu bia có thể gây ra tổn thương gan và tăng men gan. Viêm gan virus: Các loại virus viêm gan A, B, và C là nguyên nhân chính gây ra viêm gan và làm tăng men gan. Bệnh gan khác: Tổn thương gan do các nguyên nhân khác cũng có thể làm tăng men gan, ví dụ như dùng thuốc, béo phì, hoặc nhiễm độc.

Tiêu thụ rượu bia: Uống nhiều rượu bia có thể gây ra tổn thương gan và tăng men gan.

Viêm gan virus: Các loại virus viêm gan A, B, và C là nguyên nhân chính gây ra viêm gan và làm tăng men gan.

Bệnh gan khác: Tổn thương gan do các nguyên nhân khác cũng có thể làm tăng men gan, ví dụ như dùng thuốc, béo phì, hoặc nhiễm độc.

Tăng giá trị aminotransferase (AST, ALT):

AST > ALT:

Do gan: Tổn thương gan do rượu; thoái hóa mỡ gan/viêm gan thoái hóa mỡ; xơ gan.

Không do gan: Tán huyết; bệnh cơ; bệnh tuyến giáp; vận động mạnh, Macro-AST.

Do gan: Tổn thương gan do rượu; thoái hóa mỡ gan/viêm gan thoái hóa mỡ; xơ gan.

Không do gan: Tán huyết; bệnh cơ; bệnh tuyến giáp; vận động mạnh, Macro-AST.

AST < ALT:

Viêm gan B, C mạn là 2 loại viêm gan thường gặp nhất. Viêm gan virus cấp (A-E, EBV, CMV). Thoái hóa mỡ gan, NASH: Thường gặp ở bệnh nhân có thể trạng béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Ứ sắt gan (hemochromatosis). Thuốc, độc chất. Thiếu Alpha-antitrypsin: Bệnh nhi bị vàng da tắc mật kéo dài, tiền căn gia đình hoặc bản thân bị khí phế thũng ở người trẻ. Bệnh Wilson di truyền do ứ đọng chất đồng trong cơ thể, biểu hiện tổn thương ở gan (xơ gan), não (rối loạn kiểu ngoại tháp), thận, hồng cầu (tán huyết) và xuất hiện vòng Kayser-Fleischer ở mắt. Bệnh Celiac. Cường giáp.

Viêm gan B, C mạn là 2 loại viêm gan thường gặp nhất.

Viêm gan virus cấp (A-E, EBV, CMV).

Thoái hóa mỡ gan, NASH: Thường gặp ở bệnh nhân có thể trạng béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

Ứ sắt gan (hemochromatosis).

Thuốc, độc chất.

Thiếu Alpha-antitrypsin: Bệnh nhi bị vàng da tắc mật kéo dài, tiền căn gia đình hoặc bản thân bị khí phế thũng ở người trẻ.

Bệnh Wilson di truyền do ứ đọng chất đồng trong cơ thể, biểu hiện tổn thương ở gan (xơ gan), não (rối loạn kiểu ngoại tháp), thận, hồng cầu (tán huyết) và xuất hiện vòng Kayser-Fleischer ở mắt.

Bệnh Celiac.

Cường giáp.

Tăng phosphatase kiềm:

Trẻ em thời kỳ tăng trưởng. Sau ăn dầu mỡ, chất ngọt. Thuốc động kinh, tiểu đường, cao huyết áp.

Trẻ em thời kỳ tăng trưởng.

Sau ăn dầu mỡ, chất ngọt.

Thuốc động kinh, tiểu đường, cao huyết áp.

Tăng lactate dehydrogenase:

Hoại tử tế bào gan, sốc gan, ung thư, tán huyết. Viêm gan thiếu máu. Thâm nhiễm ác tính ở gan.

Hoại tử tế bào gan, sốc gan, ung thư, tán huyết.

Viêm gan thiếu máu.

Thâm nhiễm ác tính ở gan.

Tăng ammaglutamyl transpeptidase:

Suy tim sung huyết, nhồi máu cơ tim, suy thận, COPD, đái tháo đường, nghiện rượu. Tăng trong ứ mật nhụy và sớm: Bệnh gan do tắc mật, GGT tăng 12 lần.

Suy tim sung huyết, nhồi máu cơ tim, suy thận, COPD, đái tháo đường, nghiện rượu.

Tăng trong ứ mật nhụy và sớm: Bệnh gan do tắc mật, GGT tăng 12 lần.

Tìm hiểu thêm: Những nguyên nhân làm men gan tăng cao ít ai ngờ đến

Nguy cơ men gan cao

Những ai có nguy cơ mắc phải men gan cao?

Người có tiền căn viêm gan virus, đái tháo đường, béo phì. Có tiền sử tiếp xúc độc chất: Rượu, hóa chất, thuốc (thuốc giảm đau , kháng lao, đông y, thuốc điều trị rối loạn lipid máu , thuốc chống động kinh). Tiền căn gia đình có bệnh gan: Bệnh ứ sắt mô (Hemochromatosis), bệnh Wilson,...

Người có tiền căn viêm gan virus, đái tháo đường, béo phì.

Có tiền sử tiếp xúc độc chất: Rượu, hóa chất, thuốc (thuốc giảm đau , kháng lao, đông y, thuốc điều trị rối loạn lipid máu , thuốc chống động kinh).

Tiền căn gia đình có bệnh gan: Bệnh ứ sắt mô (Hemochromatosis), bệnh Wilson,...

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc men gan cao?

Người có sử dụng ma túy, xăm mình, tiêm chích, nhiều bạn tình và có tiền sử truyền máu.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị men gan cao

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán tăng men gan

Đứng trước tình trạng tăng men gan, chúng ta cần quan tâm đến mức độ tăng ít hay nhiều, tăng ưu thế thành phần AST hay ALT vì có thể giúp hướng đến một số nguyên nhân làm tăng men gan.

Tăng transaminase nhẹ (<5 lần giới hạn trên của mức bình thường)

Ngoài các bệnh lý từ gan, tăng transaminase còn gặp trong các nguyên nhân khác ngoài gan. Tùy theo tình trạng tăng ưu thế là thành phần nào có thể gợi ý đến một số nguyên nhân như sau:

Nếu AST > ALT, có thể gặp trong tình trạng macro-AST (kháng thể gắn AST), vận động thể lực nặng, các bệnh cơ, tán huyết, nhược giáp,.. Ngược lại, nếu ALT > AST, có thể gặp trong cường giáp, bệnh celiac,...

Nếu AST > ALT, có thể gặp trong tình trạng macro-AST (kháng thể gắn AST), vận động thể lực nặng, các bệnh cơ, tán huyết, nhược giáp,...

Ngược lại, nếu ALT > AST, có thể gặp trong cường giáp, bệnh celiac,...

Tăng transaminase nhiều (> 1.000 ui/l)

Đây thường là các trường hợp viêm gan bùng phát hoặc những bất thường xảy ra cấp tính. Trước bệnh nhân có xét nghiệm men gan bất thường:

Hỏi bệnh sử, tiền căn bản thân và gia đình. Thăm khám lâm sàng đầy đủ, toàn diện.

Hỏi bệnh sử, tiền căn bản thân và gia đình.

Thăm khám lâm sàng đầy đủ, toàn diện.

Khám toàn diện, đặc biệt chú ý đến các dấu hiệu suy gan mạn:

Sao mạch. Lòng bàn tay son. Giãn mao mạch vùng má. Nữ hóa tuyến vú ở nam giới.

Teo tinh hoàn . Gan to. Lách to. Báng bụng. Tuần hoàn bàng hệ .

Sao mạch.

Lòng bàn tay son.

Giãn mao mạch vùng má.

Nữ hóa tuyến vú ở nam giới.

Teo tinh hoàn .

Gan to.

Lách to.

Báng bụng.

Tuần hoàn bàng hệ .

Phân tích các biến đổi xét nghiệm. Nên bắt đầu tầm soát từ các xét nghiệm bao gồm:

Chức năng gan chuẩn. Xét nghiệm tầm soát tìm nguyên nhân. Các xét nghiệm miễn dịch, chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT, MRI). Sinh thiết gan.

Chức năng gan chuẩn.

Xét nghiệm tầm soát tìm nguyên nhân.

Các xét nghiệm miễn dịch, chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT, MRI).

Sinh thiết gan.

Thông tin chi tiết: Hướng dẫn cách đọc chỉ số xét nghiệm gan và ý nghĩa của nó

Phương pháp điều trị men gan cao hiệu quả

Khoảng 1/3 số người bị tăng men gan sẽ có mức men gan bình thường sau 2 - 4 tuần. Nếu men gan của bạn vẫn cao, bác sĩ có thể yêu cầu thêm xét nghiệm máu hoặc xét nghiệm hình ảnh như siêu âm, chụp CT hoặc MRI. Họ cũng có thể giới thiệu bạn đến bác sĩ chuyên khoa gan (bác sĩ gan mật). Việc điều trị sẽ phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra tình trạng tăng men gan. Do đó trước tiên cần điều

trị các nguyên nhân gây tăng men gan.

Tăng cường các loại thực phẩm giúp kiểm soát men gan tăng cao.

Lưu ý: Các loại thuốc khi dùng phải tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ.

Tìm hiểu thêm: Cách chọn thuốc hạ men gan hiệu quả, an toàn cho sức khỏe

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa men gan cao

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của men gan cao

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị. Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm. Tập luyện thể dục thể thao thường xuyên để duy trì cân nặng, bảo vệ sức khỏe cũng như tăng cường hoạt động của gan. Tránh uống rượu, hút thuốc và các độc tố khác từ môi trường.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị.

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tập luyện thể dục thể thao thường xuyên để duy trì cân nặng, bảo vệ sức khỏe cũng như tăng cường hoạt động của gan.

Tránh uống rượu, hút thuốc và các độc tố khác từ môi trường.

Chế độ dinh dưỡng:

Tăng cường thực phẩm nhiều chất xơ:

Giúp hạn chế cholesterol trong cơ thể và kiểm soát men gan. Thúc đẩy gan tiết nhiều mật và hạn chế chất béo gây hại.

Giúp hạn chế cholesterol trong cơ thể và kiểm soát men gan.

Thúc đẩy gan tiết nhiều mật và hạn chế chất béo gây hại.

Ăn nhiều rau xanh:

Cung cấp vitamin và các chất dinh dưỡng thiết yếu. Giúp kiểm soát lượng mỡ dự trữ trong gan. Các loại rau nên ăn: rau bina, bông cải xanh, bắp cải.

Cung cấp vitamin và các chất dinh dưỡng thiết yếu.

Giúp kiểm soát lượng mỡ dự trữ trong gan.

Các loại rau nên ăn: rau bina, bông cải xanh, bắp cải.

Uống đủ nước: Duy trì sự cân bằng chất lỏng và hỗ trợ các chức năng gan.

Thực phẩm nhiều chất chống oxy hóa:

Giúp giảm men gan và tăng cường hoạt động của gan. Các thực phẩm gợi ý: Bơ, củ cải đường, hạt dẻ.

Giúp giảm men gan và tăng cường hoạt động của gan.

Các thực phẩm gợi ý: Bơ, củ cải đường, hạt dẻ.

Chế độ giảm cân hợp lý:

Đặc biệt quan trọng cho người béo phì vì lượng chất béo dư thừa có thể hạn chế hoạt động của gan, dẫn đến tăng men gan.

Đặc biệt quan trọng cho người béo phì vì lượng chất béo dư thừa có thể hạn chế hoạt động của gan, dẫn đến tăng men gan.

Sử dụng sản phẩm hỗ trợ chức năng gan: Lựa chọn các sản phẩm được khuyên dùng để hỗ trợ chức năng gan. Xem thêm: Chế độ dinh dưỡng giúp điều trị men gan cao hiệu quả

Phương pháp phòng ngừa men gan cao hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Chế độ ăn uống hợp lý:

Kiêng rượu, bia và các đồ uống có cồn. Không hút thuốc lá, thuốc lào và các chất kích thích khác. Ưu tiên thực phẩm giúp hạ men gan và bảo vệ chức năng gan:

Vitamin A, B1, B2, B6 có nhiều trong sữa tươi, lòng đỏ trứng, gan, ngũ cốc, thịt nạc, rau xanh. Uống nước ép trái cây.

Kiêng rượu, bia và các đồ uống có cồn.

Không hút thuốc lá, thuốc lào và các chất kích thích khác.

Ưu tiên thực phẩm giúp hạ men gan và bảo vệ chức năng gan: Vitamin A, B1, B2, B6 có nhiều trong sữa tươi, lòng đỏ trứng, gan, ngũ cốc, thịt nạc, rau xanh. Uống nước ép trái cây.

Vitamin A, B1, B2, B6 có nhiều trong sữa tươi, lòng đỏ trứng, gan, ngũ cốc, thịt nạc, rau xanh. Uống nước ép trái cây.

Vitamin A, B1, B2, B6 có nhiều trong sữa tươi, lòng đỏ trứng, gan, ngũ cốc, thịt nạc, rau xanh.

Uống nước ép trái cây.

Chế độ nghỉ ngơi hợp lý:

Ngủ đủ giấc và ngủ sớm. Tránh thức khuya và làm việc căng thẳng.

Ngủ đủ giấc và ngủ sớm.

Tránh thức khuya và làm việc căng thẳng.

Uống đủ nước: Uống ít nhất 1,5 lít nước mỗi ngày để thúc đẩy tuần hoàn máu và tăng cường chức năng gan.

Các biện pháp phòng ngừa khác:

Những người mắc bệnh lý về gan nên kiểm tra định kỳ 6 tháng/lần. Không dùng chung kim tiêm hoặc các vật dụng bị dính máu. Tiêm vắc xin phòng ngừa viêm gan virus A và B. Kiểm soát đường huyết nếu mắc bệnh tiểu đường. Luôn theo dõi cân nặng.

Những người mắc bệnh lý về gan nên kiểm tra định kỳ 6 tháng/lần.

Không dùng chung kim tiêm hoặc các vật dụng bị dính máu.

Tiêm vắc xin phòng ngừa viêm gan virus A và B.

Kiểm soát đường huyết nếu mắc bệnh tiểu đường.

Luôn theo dõi cân nặng.

Tìm hiểu thêm: Bệnh men gan cao có lây không? Cách phòng tránh men gan cao hiệu quả

=====

Tìm hiểu chung bệnh pellagra

Bệnh Pellagra là bệnh toàn thân xảy ra do thiếu hụt vitamin B3 hoặc tryptophan, một loại acid amin trong cơ thể. Vitamin B3 có vai trò quan trọng đối với hoạt động của tế bào trong cơ thể do đó khi thiếu hụt nó sẽ biểu hiện triệu chứng trên khắp cơ thể gồm da, miệng, ruột và não.

Vitamin B3 được tìm thấy trong nhiều thực phẩm từ động vật đến trái cây, rau quả hoặc các acid amin thiết yếu như tryptophan và nếu bạn có một chế độ ăn cân bằng thì sẽ không bao giờ có tình trạng thiếu hụt chất này. Mặc dù hiện nay bệnh ít phổ biến hơn nhưng nó vẫn là một vấn đề nhức nhối ở các nước nghèo đói và hạn chế về lương thực.

Vitamin B3 khi đưa vào cơ thể sẽ được hấp thu tại ruột non rồi đưa đến các mô trong cơ thể và được chuyển đổi thành coenzym NAD giúp xúc tác các phản ứng hóa học. Coenzym NAD giúp chuyển hóa các hợp chất carbohydrate, protein và chất béo thành năng lượng để tế bào trong cơ thể sử dụng.

Triệu chứng bệnh pellagra

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Pellagra

Bệnh Pellagra được biểu hiện lâm sàng bằng viêm da nhạy cảm với ánh sáng, sa sút trí tuệ, tiêu chảy và thậm chí là tử vong. Các dấu hiệu này là do sự thiếu hụt vitamin B3, thường gặp nhất ở các cơ quan có tỷ lệ sừng hoá tế bào cao như da hoặc đường tiêu hóa.

Viêm da nhạy cảm với ánh sáng

Viêm da trong bệnh Pellagra thường biểu hiện bằng phát ban giống cháy nắng ở mặt, môi, bàn tay và bàn chân - là những nơi thường tiếp xúc với ánh sáng, ma sát. Da có màu đỏ và có các mụn nước, bong tróc giống cháy nắng nghiêm trọng.

Một số biểu hiện khác của viêm da:

Da đỏ và bong tróc. Da ngứa và rát. Các vùng da trên cơ thể bị đổi sang màu đỏ hoặc nâu. Da cứng dày, có vảy hoặc nứt nẻ, nếu viêm da tiến triển, sẽ trở nên cứng, thô ráp và nứt nẻ giống da ngỗng. Khi thiếu hụt trầm trọng da sẽ càng cứng, khô và xuất hiện vảy. Ở một số người bệnh viêm da có thể xuất hiện quanh cổ còn được gọi là dây chuyền Casal.

Da đỏ và bong tróc.

Da ngứa và rát.

Các vùng da trên cơ thể bị đổi sang màu đỏ hoặc nâu.

Da cứng dày, có vảy hoặc nứt nẻ, nếu viêm da tiến triển, sẽ trở nên cứng, thô ráp và nứt nẻ giống da ngỗng. Khi thiếu hụt trầm trọng da sẽ càng cứng, khô và xuất hiện vảy.

Ở một số người bệnh viêm da có thể xuất hiện quanh cổ còn được gọi là dây chuyền Casal.

Sa sút trí tuệ (Tổn thương não và thần kinh)

Pellagra là bệnh lý toàn thân, vì các tế bào lúc này sẽ bị thiếu năng lượng cần

thiết để thực hiện các chức năng của chúng gây ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể. Trong một số trường hợp, các dấu hiệu thần kinh của bệnh Pellagra có thể xuất hiện sớm nhưng thường khó nhận biết và mơ hồ. Khi bệnh tiến triển, các biểu hiện của sa sút trí tuệ gồm:

Đau đầu; Khó tập trung; Thờ ơ, trầm cảm, thay đổi tâm trạng; Lẫn, khó chịu hoặc thay đổi tính cách; Bồn chồn hoặc lo lắng; Mất phương hướng hoặc hoang tưởng; Mất trí nhớ vĩnh viễn; Rối loạn khả năng thăng bằng và phối hợp động tác; Co giật và run hoặc tê và châm chích ở tay và chân; Mệt mỏi, suy nhược, mất ngủ.

Đau đầu;

Khó tập trung;

Thờ ơ, trầm cảm, thay đổi tâm trạng;

Lẫn, khó chịu hoặc thay đổi tính cách;

Bồn chồn hoặc lo lắng;

Mất phương hướng hoặc hoang tưởng;

Mất trí nhớ vĩnh viễn;

Rối loạn khả năng thăng bằng và phối hợp động tác;

Co giật và run hoặc tê và châm chích ở tay và chân;

Mệt mỏi, suy nhược, mất ngủ.

Ba dấu hiệu chính của bệnh Pellagra do nghiện rượu làm tổn thương thần kinh gồm lẫn không liên tục, cứng cơ khó vận động và phản ứng giật mình bất thường.

Viêm niêm mạc đường tiêu hóa

Tiêu chảy xảy ra khi niêm mạc ruột của bạn bị tổn thương, lúc này ruột không thể tiêu hóa như bình thường và không thể bảo vệ khỏi các tác nhân bên trong và viêm nhiễm. Tình trạng viêm mạn tính sẽ ảnh hưởng đến toàn bộ đường tiêu hóa của bạn gây ra các triệu chứng như đau bụng, khó tiêu cũng như triệu chứng ở miệng như lở miệng và sưng lưỡi.

Các triệu chứng khác của đường tiêu hóa thường gặp:

Tiêu chảy mạn tính, đôi khi có máu; Đau bụng và khó tiêu; Chán ăn, buồn nôn và nôn; Miệng lở loét và sưng đỏ.

Tiêu chảy mạn tính, đôi khi có máu;

Đau bụng và khó tiêu;

Chán ăn, buồn nôn và nôn;

Miệng lở loét và sưng đỏ.

Tiêu chảy có thể dẫn đến tình trạng mất nước nguy hiểm và gây suy dinh dưỡng nếu bạn bị tiêu chảy kéo dài vì nó làm giảm quá trình hấp thu chất dinh dưỡng từ thức ăn của bạn.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Pellagra

Nếu không được điều trị, bệnh Pellagra có thể gây ra các biến chứng

Tổn thương thần kinh gây tử vong. Sự bong tróc của da do mụn nước và phỏng rộp có thể gây nhiễm trùng thứ phát. Sưng đỏ lưỡi nặng sẽ gây khó nuốt. Tổn thương đường tiêu hóa gây kém hấp thu. Trầm cảm, lo âu, ảo giác và hôn mê.

Tổn thương thần kinh gây tử vong.

Sự bong tróc của da do mụn nước và phỏng rộp có thể gây nhiễm trùng thứ phát.

Sưng đỏ lưỡi nặng sẽ gây khó nuốt.

Tổn thương đường tiêu hóa gây kém hấp thu.

Trầm cảm, lo âu, ảo giác và hôn mê.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Những triệu chứng của bệnh Pellagra không đặc hiệu cho bệnh do đó việc phát hiện bệnh thường trễ. Khi có bất kỳ triệu chứng bất thường, nhất là ở đường tiêu hóa, hãy nhanh chóng đến các cơ sở y tế gần nhất để được khám và chẩn đoán sớm. Bệnh đáp ứng tốt với điều trị và sẽ không gây biến chứng.

Nguyên nhân bệnh pellagra

Nguyên nhân chính gây bệnh Pellagra là chế độ ăn uống không đủ vitamin B3 hoặc tryptophan (hay Pellagra nguyên phát). Bạn có thể nhận vitamin B3 từ nhiều loại thực phẩm như gan, thịt gà tây, cá hồi, thịt bò, thịt heo,... nhưng những người không có đủ điều kiện để bổ sung các thực phẩm này sẽ dễ mắc bệnh hơn.

Bạn cũng có thể mắc Pellagra do các bệnh lý khác gây ra (hay Pellagra thứ phát). Các bệnh lý này khiến cơ thể bạn giảm hấp thu hoặc không thể sử dụng vitamin B3.

Bao gồm:

HIV: Làm hao hụt lượng vitamin B3 trong cơ thể. Chán ăn: Chán ăn ảnh hưởng đến

việc bổ sung các chất dinh dưỡng cần thiết của cơ thể, trong đó có vitamin B3.

Bệnh đường tiêu hóa: Gây giảm hấp thu như bệnh viêm ruột hoặc xơ gan, tiêu chảy kéo dài,... Rối loạn sử dụng rượu: Khi bạn sử dụng quá nhiều rượu trong thời gian

dài có thể gây ra bệnh Pellagra do rượu dễ gây tổn thương các cơ quan, gây kém hấp thu và suy dinh dưỡng. Phẫu thuật cắt dạ dày: Phẫu thuật cắt dạ dày để giảm béo có thể gây tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa dẫn đến thiếu hụt nhiều vi chất dinh dưỡng. Thiếu máu thiếu sắt : Sắt là một chất giúp chuyển hóa và sử dụng vitamin B3 trong cơ thể. Bệnh Hartnup: Là một rối loạn di truyền khiến cơ thể bạn không hấp thu được vitamin B3 cần thiết từ các thực phẩm bạn ăn vào. Khối u carcinoid: Các khối u carcinoid hoạt động sẽ khiến cơ thể giảm sử dụng vitamin B3. Một số loại thuốc: Làm gián đoạn quá trình trao đổi chất của vitamin B3, thường gặp nhất là thuốc chống co thắt và thuốc hóa trị, isoniazid,... HIV: Làm hao hụt lượng vitamin B3 trong cơ thể. Chán ăn: Chán ăn ảnh hưởng đến việc bổ sung các chất dinh dưỡng cần thiết của cơ thể, trong đó có vitamin B3. Bệnh đường tiêu hóa: Gây giảm hấp thu như bệnh viêm ruột hoặc xơ gan , tiêu chảy kéo dài,... Rối loạn sử dụng rượu: Khi bạn sử dụng quá nhiều rượu trong thời gian dài có thể gây ra bệnh Pellagra do rượu dễ gây tổn thương các cơ quan, gây kém hấp thu và suy dinh dưỡng. Phẫu thuật cắt dạ dày: Phẫu thuật cắt dạ dày để giảm béo có thể gây tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa dẫn đến thiếu hụt nhiều vi chất dinh dưỡng. Thiếu máu thiếu sắt : Sắt là một chất giúp chuyển hóa và sử dụng vitamin B3 trong cơ thể. Bệnh Hartnup: Là một rối loạn di truyền khiến cơ thể bạn không hấp thu được vitamin B3 cần thiết từ các thực phẩm bạn ăn vào. Khối u carcinoid: Các khối u carcinoid hoạt động sẽ khiến cơ thể giảm sử dụng vitamin B3. Một số loại thuốc: Làm gián đoạn quá trình trao đổi chất của vitamin B3, thường gặp nhất là thuốc chống co thắt và thuốc hóa trị, isoniazid,...

Nguy cơ bệnh pellagra

Những ai có nguy cơ mắc bệnh Pellagra

Bệnh thường gặp ở những nước nghèo còn đang phát triển như châu Phi cận Sahara, châu Á (Ấn Độ), miền Nam Hoa Kỳ. Ngoài ra bệnh còn gặp ở những người bổ sung thiếu protein hoặc những vùng mà ngô (bắp) là lương thực chính. Vì protein khi vào cơ thể sẽ được chuyển hóa thành vitamin B3 giúp cung cấp thêm cho cơ thể, còn vitamin B3 trong ngô thì cơ thể lại không hấp thu được dù cho bạn ăn nhiều bao nhiêu.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bệnh Pellagra

Dưới đây là một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh Pellagra:

Người nghiện rượu . Rối loạn ăn uống. Chạy thận nhân tạo . Một số loại thuốc như thuốc chống co thắt, thuốc ức chế miễn dịch. Suy dinh dưỡng do vô gia cư, chán ăn, HIV hoặc ung thư giai đoạn cuối. Pellagra thường xảy ra ở người lớn, hoặc ở thanh thiếu niên và trẻ nhỏ nếu có chế độ ăn không đầy đủ dinh dưỡng. Bệnh hiếm khi xảy ra ở trẻ sơ sinh.

Người nghiện rượu .

Rối loạn ăn uống.

Chạy thận nhân tạo .

Một số loại thuốc như thuốc chống co thắt, thuốc ức chế miễn dịch.

Suy dinh dưỡng do vô gia cư, chán ăn, HIV hoặc ung thư giai đoạn cuối.

Pellagra thường xảy ra ở người lớn, hoặc ở thanh thiếu niên và trẻ nhỏ nếu có chế độ ăn không đầy đủ dinh dưỡng. Bệnh hiếm khi xảy ra ở trẻ sơ sinh.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh pellagra

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán bệnh Pellagra

Bệnh Pellagra khó chẩn đoán chính xác vì chưa có xét nghiệm cụ thể nào giúp chẩn đoán tình trạng thiếu vitamin B3. Bác sĩ sẽ kiểm tra toàn diện các vấn đề về da, đường tiêu hóa và trạng thái tinh thần của bạn; hỏi về chế độ ăn và tiền sử các bệnh lý trước đây.

Khi nghi ngờ mắc bệnh Pellagra, bác sĩ có thể chỉ định xét nghiệm nước tiểu của bạn nhằm xác định xem cơ thể bạn có đủ vitamin B3 hay không. Hoặc điều trị cho bạn bằng các thuốc chứa vitamin B3 và xem đáp ứng của bạn với thuốc.

Các xét nghiệm máu gồm:

Công thức máu để phát hiện tình trạng thiếu máu. Protein máu đối với hạ protein của cơ thể. Chức năng gan: AST, ALT, GGT.

Công thức máu để phát hiện tình trạng thiếu máu.

Protein máu đối với hạ protein của cơ thể.

Chức năng gan: AST, ALT, GGT.

Phương pháp điều trị bệnh Pellagra

Bệnh Pellagra xảy ra do thiếu vitamin B3 nên việc điều trị chính của bệnh thay đổi chế độ ăn và bổ sung vitamin B3 hoặc nicotinamide (một dạng khác của vitamin B3). Bệnh thường đáp ứng tốt với điều trị, người bệnh có thể hồi phục hoàn toàn và cảm thấy khỏe hơn trong vài ngày sau khi điều trị. Biểu hiện trên da có thể cần vài tháng. Nếu không được điều trị bệnh có thể gây tử vong sau 4 hoặc 5 năm. Điều trị bệnh Pellagra thứ phát thường tập trung vào điều trị nguyên nhân gây ra bệnh. Một số trường hợp bệnh Pellagra thứ phát cũng đáp ứng với bổ sung vitamin B3 hoặc nicotinamide đường uống hoặc tĩnh mạch.

Trong thời gian hồi phục sau bệnh Pellagra, cần giữ ẩm những nơi có phát ban trên da và bôi kem chống nắng. Tác dụng phụ khi điều trị quá liều bao gồm đỏ da, ngứa và phát ban, đầy hơi và khó tiêu, đau đầu và chóng mặt.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh pellagra

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của bệnh Pellagra

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị bệnh. Nghỉ ngơi trên giường trong giai đoạn đầu của điều trị. Tránh tiếp xúc với ánh sáng mặt trời trong giai đoạn mắc bệnh. Mặc quần áo rộng rãi, thoải mái, tránh chà xát các tổn thương trên da.

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị bệnh.

Nghỉ ngơi trên giường trong giai đoạn đầu của điều trị.

Tránh tiếp xúc với ánh sáng mặt trời trong giai đoạn mắc bệnh.

Mặc quần áo rộng rãi, thoải mái, tránh chà xát các tổn thương trên da.

Chế độ dinh dưỡng:

Đảm bảo bổ sung đầy đủ các chất dinh dưỡng thiết yếu của cơ thể. Tăng cường bổ sung thực phẩm chứa vitamin B3 hoặc tryptophan như cá hồi, ức gà, gan, bơ, các loại hạt,... Ăn các thức ăn lỏng và mềm nếu lưỡi bạn bị sưng.

Đảm bảo bổ sung đầy đủ các chất dinh dưỡng thiết yếu của cơ thể.

Tăng cường bổ sung thực phẩm chứa vitamin B3 hoặc tryptophan như cá hồi, ức gà, gan, bơ, các loại hạt,...

Ăn các thức ăn lỏng và mềm nếu lưỡi bạn bị sưng.

Phương pháp phòng ngừa bệnh Pellagra hiệu quả

Để phòng bệnh Pellagra bạn cần có một chế độ ăn cân bằng, đảm bảo đủ dinh dưỡng.

Hãy ưu tiên những thực phẩm có chứa vitamin B3 như gan bò, củ cải, bánh mì và ngũ cốc, cá ngừ, đậu phộng, khoai tây, gia cầm,...

Nếu bạn đang mắc bệnh mạn tính, hãy thảo luận với bác sĩ của mình để có thể phòng ngừa lâu dài bệnh Pellagra bằng chế độ ăn, thực phẩm cần bổ sung và thuốc (nếu cần).

=====

Tìm hiểu chung bệnh beriberi

Beriberi là bệnh tê phù do thiếu vitamin B1, một hợp chất mà cơ thể không thể tổng hợp tự nhiên. Vitamin B1 đóng vai trò quan trọng trong quá trình chuyển hóa thức ăn, đảm bảo sự thuận lợi của quá trình trao đổi chất và cung cấp năng lượng cho tế bào bên trong cơ thể người. Hơn nữa, nó đóng góp vào hoạt động của hệ cơ và hệ thần kinh một cách hiệu quả.

Bệnh Beriberi có thể chia thành hai dạng, bao gồm tê phù ướt (Wet Beriberi) và tê phù khô (Dry Beriberi). Cần lưu ý rằng, tê phù ướt có thể gây hại đến hệ tim mạch và tuần hoàn máu, đặc biệt, ở mức độ nghiêm trọng có thể dẫn đến suy tim. Ngược lại, tê phù khô có thể làm tổn thương dây thần kinh và gây mất trương lực cơ cũng như liệt cơ.

Các chuyên gia y tế cảnh báo rằng, nếu không được điều trị kịp thời, bệnh Beriberi có thể đe dọa tính mạng của người bệnh. Điều trị sớm và hiệu quả là chìa khóa để ngăn chặn và kiểm soát tình trạng này.

Triệu chứng bệnh beriberi

Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh Beriberi

Triệu chứng của bệnh tê phù ướt bao gồm:

Khó thở khi vận động cơ thể hoặc thức dậy vào buổi sáng; Nhịp tim nhanh; Sưng ống khuỷu.

Khó thở khi vận động cơ thể hoặc thức dậy vào buổi sáng;

Nhịp tim nhanh ;

Sưng ống khuỷu.

Triệu chứng của bệnh tê phù khô bao gồm:

Suy giảm trương lực cơ, ngứa hay mất cảm giác ở bàn chân, bàn tay. Có thể xuất hiện đau, lú lẫn , nói khó khăn, buồn nôn, mất chuyển động tự chủ hoặc tê liệt.

Suy giảm trương lực cơ, ngứa hay mất cảm giác ở bàn chân, bàn tay.

Có thể xuất hiện đau, lú lẫn , nói khó khăn, buồn nôn, mất chuyển động tự chủ hoặc tê liệt.

Trong trường hợp nặng, bệnh nhân Beriberi có thể phát triển các tổn thương não bộ như bệnh não Wernicke và hội chứng Korsakoff, do sự thiếu hụt thiamin:

Bệnh não Wernicke : Làm tổn thương vùng dưới đồi, gây mất trí nhớ hay lú lẫn, mất phối hợp hoạt động cơ và các vấn đề thị giác như mất chuyển động nhanh và nhìn đôi.

Hội chứng Korsakoff : Là hậu quả do tổn thương vĩnh viễn ở một số vùng vỏ não có khả năng lưu trữ ký ức làm dẫn đến mất trí nhớ, không xây dựng được ký ức mới và hay xuất hiện ảo giác.

Bệnh não Wernicke : Làm tổn thương vùng dưới đồi, gây mất trí nhớ hay lú lẫn, mất phối hợp hoạt động cơ và các vấn đề thị giác như mất chuyển động nhanh và nhìn đôi.

Hội chứng Korsakoff : Là hậu quả do tổn thương vĩnh viễn ở một số vùng vỏ não có khả năng lưu trữ ký ức làm dẫn đến mất trí nhớ, không xây dựng được ký ức mới và hay xuất hiện ảo giác.

Lưu ý rằng, khi xuất hiện bất kỳ dấu hiệu nào đều nên thăm bác sĩ để đưa ra đánh giá chính xác và xác định có nghi ngờ về thiếu hụt vitamin B1 hay không.

Beriberi có thể được điều trị bằng cách bổ sung đầy đủ vitamin B1 trong chế độ ăn hàng ngày. Tuy nhiên, trong những trường hợp nặng, đòi hỏi sự can thiệp chuyên sâu của bác sĩ để đảm bảo điều trị hiệu quả.

Tác động của bệnh Beriberi đối với sức khỏe

Bệnh Beriberi do thiếu hụt vitamin B1 (thiamin) có thể tác động nặng nề đến sức khỏe của người mắc. Dưới đây là một số tác động thường gặp của bệnh lý này:

Hệ tim mạch: Tê phù ướt có thể gây sưng ống khuỷu và tăng nguy cơ suy tim.

Trong trường hợp nghiêm trọng, phát triển chứng suy tim, ảnh hưởng đến khả năng bơm máu của tim. Tê phù khô làm gây tổn thương tại các dây thần kinh, có thể dẫn đến mất trương lực cơ, liệt cơ và nếu không được điều trị kịp thời, có thể gây tổn thương dài hạn.

Hệ thần kinh: Bệnh não Wernicke và hội chứng Korsakoff trong trường hợp nặng, có thể gây tổn thương não bộ, dẫn đến các vấn đề về trí nhớ, phối hợp vận động cơ và thị giác.

Hoạt động cơ bản: Vitamin B1 đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo năng lượng từ thức ăn. Thiếu hụt vitamin này có thể dẫn đến suy giảm năng lượng, mệt mỏi và giảm hiệu suất hoạt động.

Hệ tiêu hóa: Có thể gây ra các vấn đề về chu kỳ sinh học, ảnh hưởng đến quá trình tiêu hóa và hấp thụ chất dinh dưỡng. Chậm phục hồi: Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh Beriberi có thể dẫn đến các vấn đề sức khỏe kéo dài và khó phục hồi.

Hệ tim mạch: Tê phù ướt có thể gây sưng ống khuỷu và tăng nguy cơ suy tim.

Trong trường hợp nghiêm trọng, phát triển chứng suy tim, ảnh hưởng đến khả năng bơm máu của tim. Tê phù khô làm gây tổn thương tại các dây thần kinh, có thể dẫn đến mất trương lực cơ, liệt cơ và nếu không được điều trị kịp thời, có thể gây tổn thương dài hạn.

Hệ thần kinh: Bệnh não Wernicke và hội chứng Korsakoff trong trường hợp nặng, có thể gây tổn thương não bộ, dẫn đến các vấn đề về trí nhớ, phối hợp vận động cơ và thị giác.

Hoạt động cơ bản: Vitamin B1 đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo năng lượng từ thức ăn. Thiếu hụt vitamin này có thể dẫn đến suy giảm năng lượng, mệt mỏi và giảm hiệu suất hoạt động.

Hệ tiêu hóa: Có thể gây ra các vấn đề về chu kỳ sinh học, ảnh hưởng đến quá trình tiêu hóa và hấp thụ chất dinh dưỡng.

Chậm phục hồi: Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh Beriberi có thể dẫn đến các vấn đề sức khỏe kéo dài và khó phục hồi.

Đối với bệnh nhân mắc Beriberi, việc chẩn đoán và điều trị kịp thời là rất quan trọng để ngăn chặn sự tiến triển của bệnh và giữ cho hệ thống cơ thể hoạt động một cách bình thường.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh Beriberi

Trong trường hợp nghiêm trọng, bệnh Beriberi thường đi kèm với hội chứng

Wernicke-Korsakoff, bao gồm bệnh não Wernicke và hội chứng Korsakoff. Đây là hai dạng tổn thương não bộ do thiếu hụt vitamin B.

Bệnh não Wernicke gây tổn thương tại một số vị trí trên não, đặc biệt là vùng

dưới đồi. Những người mắc bệnh thường trải qua các triệu chứng như lú lẫn, mất trí nhớ, mất phối hợp vận động cơ và vấn đề về thị giác như mắt chuyển động nhanh và thị giác kép. Hội chứng Korsakoff là kết quả của tổn thương vĩnh viễn ở một số vùng của não chịu trách nhiệm lưu giữ ký ức. Người mắc hội chứng này thường trải qua mất trí nhớ, không thể hình thành ký ức mới và thường xuyên có ảo giác.

Bệnh não Wernicke gây tổn thương tại một số vị trí trên não, đặc biệt là vùng dưới đồi. Những người mắc bệnh thường trải qua các triệu chứng như lú lẫn, mất trí nhớ, mất phối hợp vận động cơ và vấn đề về thị giác như mắt chuyển động nhanh và thị giác kép.

Hội chứng Korsakoff là kết quả của tổn thương vĩnh viễn ở một số vùng của não chịu trách nhiệm lưu giữ ký ức. Người mắc hội chứng này thường trải qua mất trí nhớ, không thể hình thành ký ức mới và thường xuyên có ảo giác.

Nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời, người mắc bệnh Beriberi có khả năng hồi phục hoàn toàn. Các tổn thương trên thần kinh và tim mạch do bệnh cũng có thể được cải thiện.

Tuy nhiên, nếu bệnh tiến triển đến giai đoạn hội chứng Wernicke-Korsakoff, triển vọng điều trị sẽ giảm đi. Mặc dù các triệu chứng của bệnh não Wernicke có thể được kiểm soát bằng cách điều trị, các tổn thương não hội chứng Korsakoff thường là vĩnh viễn.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào nêu trên xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ chuyên (thuộc lĩnh vực của bệnh Beriberi) để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe.

Nguyên nhân bệnh beriberi

Bệnh Beriberi xuất phát từ việc thiếu hụt vitamin B1 (dưới 0,4mg/1kg/24 giờ), một vitamin đóng vai trò quan trọng trong duy trì thăng bằng chất đạm trong cơ thể và quá trình chuyển hóa các chất thịt và mỡ. Khi quá trình chuyển hóa mỡ bị rối loạn do thiếu vitamin B1, có thể gây ra tê phù, phù nề và hoại tử tổ chức, tạo nên triệu chứng của chứng tê bì.

Nguyên nhân thiếu hụt vitamin B1 (thiamin) có thể bao gồm:

Cơ thể nghiện rượu khó hấp thu và dự trữ thiamin. Bệnh Beriberi do yếu tố gen (rất hiếm), khiến cơ thể không thể hấp thu thiamin từ thức ăn. Tiêu chảy kéo dài hoặc sử dụng thuốc lợi tiểu có thể làm mất lượng thiamin. Trẻ sơ sinh không được cung cấp đủ thiamin qua sữa mẹ. Thiếu nguồn dự trữ thiamin do chạy thận.

Cơ thể nghiện rượu khó hấp thu và dự trữ thiamin.

Bệnh Beriberi do yếu tố gen (rất hiếm), khiến cơ thể không thể hấp thu thiamin từ thức ăn.

Tiêu chảy kéo dài hoặc sử dụng thuốc lợi tiểu có thể làm mất lượng thiamin.

Trẻ sơ sinh không được cung cấp đủ thiamin qua sữa mẹ.

Thiếu nguồn dự trữ thiamin do chạy thận.

Do vậy, những nguyên nhân dẫn đến bệnh Beriberi thường liên quan chặt chẽ đến việc thiếu hụt vitamin B1 hay thiamin, một yếu tố quan trọng trong quá trình chuyển hóa chất đạm và lipid trong cơ thể. Khi cơ thể thiếu vitamin B1, quá trình chuyển hóa mỡ sẽ bị rối loạn, dẫn đến những biểu hiện như tê phù, phù nề và hoại tử tổ chức, đặc trưng cho chứng tê bì.

Nguy cơ bệnh beriberi

Những ai có nguy cơ mắc phải bệnh Beriberi?

Những đối tượng có nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi bao gồm:

Người có thói quen nghiện rượu; Trẻ sơ sinh được bú mẹ mà người mẹ thiếu vitamin B1; Người hoạt động vận động mạnh; Những người ăn nhiều carb tinh chế bao gồm đường và ngũ cốc tinh chế; Người mắc bệnh cường giáp; Người có hệ tiêu hóa không tốt; Người hay bị căng thẳng và lo lắng; Người thường xuyên sử dụng thuốc lọc máu hoặc thuốc lợi tiểu có nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi.

Người có thói quen nghiện rượu;

Trẻ sơ sinh được bú mẹ mà người mẹ thiếu vitamin B1;

Người hoạt động vận động mạnh;

Những người ăn nhiều carb tinh chế bao gồm đường và ngũ cốc tinh chế;

Người mắc bệnh cường giáp;

Người có hệ tiêu hóa không tốt;

Người hay bị căng thẳng và lo lắng;

Người thường xuyên sử dụng thuốc lọc máu hoặc thuốc lợi tiểu có nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi.

Những điều này làm tăng nguy cơ mắc bệnh Beriberi và do đó việc đảm bảo cung cấp đủ vitamin B1 và duy trì một lối sống lành mạnh là quan trọng để ngăn chặn và giảm thiểu rủi ro của bệnh lý này.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải bệnh Beriberi

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh Beriberi, bao gồm:

Thói quen tiêu thụ rượu: Người có thói quen uống nhiều rượu hoặc nghiện rượu đặt mình trong tình trạng nguy cơ cao do rượu có thể cản trở quá trình hấp thụ và lưu trữ vitamin B1. **Thiếu hụt vitamin B1 trong chế độ ăn:** Trẻ sơ sinh được bú mẹ mà người mẹ thiếu vitamin B1 hoặc người ăn ít thực phẩm giàu vitamin B1 có nguy cơ cao mắc bệnh. **Hoạt động vận động cường độ cao mà không bổ sung vitamin B1 đầy đủ:** Những người thường xuyên tham gia hoạt động vận động mạnh mà không đảm bảo cung cấp đủ vitamin B1 từ chế độ ăn hoặc bổ sung có thể tăng nguy cơ mắc bệnh. **Chế độ ăn nhiều carb tinh chế:** Người tiêu thụ nhiều carb tinh chế như đường và ngũ cốc tinh chế có thể thiếu vitamin B1, đặt họ trong nhóm nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi. **Bệnh cường giáp:** Người mắc bệnh cường giáp thường xuyên gặp vấn đề về hấp thụ vitamin B1, làm tăng khả năng mắc bệnh. **Vấn đề hệ tiêu hóa:** Hệ tiêu hóa không hiệu quả, đặc biệt là ở người già, có thể gây khó khăn trong quá trình hấp thụ chất dinh dưỡng và vitamin B1. **Tình trạng căng thẳng và lo lắng:** Người thường xuyên phải đối mặt với căng thẳng và lo lắng có thể có nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi. **Sử dụng thuốc lọc máu hoặc thuốc lợi tiểu:** Người thường xuyên sử dụng các loại thuốc này có thể tăng nguy cơ mắc bệnh do ảnh hưởng đến quá trình cân bằng vitamin B1 trong cơ thể.

Thói quen tiêu thụ rượu: Người có thói quen uống nhiều rượu hoặc nghiện rượu đặt mình trong tình trạng nguy cơ cao do rượu có thể cản trở quá trình hấp thụ và lưu trữ vitamin B1.

Thiếu hụt vitamin B1 trong chế độ ăn: Trẻ sơ sinh được bú mẹ mà người mẹ thiếu vitamin B1 hoặc người ăn ít thực phẩm giàu vitamin B1 có nguy cơ cao mắc bệnh.

Hoạt động vận động cường độ cao mà không bổ sung vitamin B1 đầy đủ: Những người thường xuyên tham gia hoạt động vận động mạnh mà không đảm bảo cung cấp đủ vitamin B1 từ chế độ ăn hoặc bổ sung có thể tăng nguy cơ mắc bệnh.

Chế độ ăn nhiều carb tinh chế: Người tiêu thụ nhiều carb tinh chế như đường và ngũ cốc tinh chế có thể thiếu vitamin B1, đặt họ trong nhóm nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi.

Bệnh cường giáp: Người mắc bệnh cường giáp thường xuyên gặp vấn đề về hấp thụ vitamin B1, làm tăng khả năng mắc bệnh.

Vấn đề hệ tiêu hóa: Hệ tiêu hóa không hiệu quả, đặc biệt là ở người già, có thể gây khó khăn trong quá trình hấp thụ chất dinh dưỡng và vitamin B1.

Tình trạng căng thẳng và lo lắng: Người thường xuyên phải đối mặt với căng thẳng và lo lắng có thể có nguy cơ cao mắc bệnh Beriberi.

Sử dụng thuốc lọc máu hoặc thuốc lợi tiểu: Người thường xuyên sử dụng các loại thuốc này có thể tăng nguy cơ mắc bệnh do ảnh hưởng đến quá trình cân bằng vitamin B1 trong cơ thể.

Vậy nên, để giảm nguy cơ mắc bệnh Beriberi, quan trọng nhất là duy trì một lối sống lành mạnh và chế độ ăn cân đối. Việc hạn chế tiêu thụ rượu, đảm bảo cung cấp đủ vitamin B1 từ thức ăn hoặc bổ sung và giữ cho hoạt động vận động hợp lý là những biện pháp quan trọng.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị bệnh beriberi

Phương pháp chẩn đoán và xét nghiệm bệnh Beriberi

Đối với các trường hợp điển hình, người bệnh thường trải qua các triệu chứng như sau:

Triệu chứng huyết quản: Mạch nhanh, tim có thể tăng kích thước hoặc suy tim.

Triệu chứng thần kinh: Tê bì, cơ bắp co rút và teo nhỏ (có thể nhận biết thông qua cách bắt tay không chặt được). **Triệu chứng phù:** Phù lan rộng khắp cơ thể đặc biệt là ở chân, da trở nên dày và cứng, bụng và chân có thể sưng to.

Triệu chứng huyết quản: Mạch nhanh, tim có thể tăng kích thước hoặc suy tim.

Triệu chứng thần kinh: Tê bì, cơ bắp co rút và teo nhỏ (có thể nhận biết thông qua cách bắt tay không chặt được).

Triệu chứng phù: Phù lan rộng khắp cơ thể đặc biệt là ở chân, da trở nên dày và cứng, bụng và chân có thể sưng to.

Trong trường hợp không điển hình và khó chẩn đoán, việc đưa ra đánh giá dựa trên những triệu chứng khác như:

Dân số nhiễm bệnh đồng đều: Nếu có nhiều người trong cùng một khu vực quần thể mắc phải triệu chứng tương tự, đó có thể là dấu hiệu của sự lây lan bệnh trong cộng đồng. Chế độ dinh dưỡng kém chất lượng: Nếu người bệnh có chế độ ăn thiếu chất lượng, thiếu vitamin B1 và ít rau xanh, điều này có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh Beriberi. Kết quả xét nghiệm: Xác định mức độ vitamin B1 và acid pyruvic trong cơ thể thông qua xét nghiệm có thể cung cấp thông tin quan trọng, nếu vitamin B1 giảm và acid pyruvic tăng cao, đây có thể là dấu hiệu của bệnh Beriberi.

Dân số nhiễm bệnh đồng đều: Nếu có nhiều người trong cùng một khu vực quần thể mắc phải triệu chứng tương tự, đó có thể là dấu hiệu của sự lây lan bệnh trong cộng đồng.

Chế độ dinh dưỡng kém chất lượng: Nếu người bệnh có chế độ ăn thiếu chất lượng, thiếu vitamin B1 và ít rau xanh, điều này có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh Beriberi.

Kết quả xét nghiệm: Xác định mức độ vitamin B1 và acid pyruvic trong cơ thể thông qua xét nghiệm có thể cung cấp thông tin quan trọng, nếu vitamin B1 giảm và acid pyruvic tăng cao, đây có thể là dấu hiệu của bệnh Beriberi.

Điều trị bệnh Beriberi

Nội khoa

Giai đoạn cấp tính:

Sử dụng thuốc tiêm vitamin B1 liều cao: Để bổ sung nhanh chóng lượng vitamin B1 cần thiết. Các thuốc giàu đạm cũng được sử dụng để hỗ trợ phục hồi. Nghỉ ngơi và quản lý hoạt động: Trong giai đoạn cấp tính, bệnh nhân thường cần nghỉ ngơi tuyệt đối để giảm áp lực trên tim mạch và hỗ trợ quá trình phục hồi. Quản lý hoạt động vận động theo dõi sát sao để tránh tăng cường cảm nhận bệnh.

Sử dụng thuốc tiêm vitamin B1 liều cao: Để bổ sung nhanh chóng lượng vitamin B1 cần thiết. Các thuốc giàu đạm cũng được sử dụng để hỗ trợ phục hồi.

Nghỉ ngơi và quản lý hoạt động: Trong giai đoạn cấp tính, bệnh nhân thường cần nghỉ ngơi tuyệt đối để giảm áp lực trên tim mạch và hỗ trợ quá trình phục hồi.

Quản lý hoạt động vận động theo dõi sát sao để tránh tăng cường cảm nhận bệnh.

Giai đoạn mạn tính: Sử dụng Strychnin theo liệu pháp tiêm bắp với liều ban đầu là 1 Mg x 3 ống mỗi ngày, sau đó tăng dần lên 1 ống mỗi ngày cho đến khi đạt 10 Mg/24 giờ, sau đó giảm dần xuống mỗi ngày 1 ống cho đến khi đạt 3 Mg/24 giờ, sau đó ngừng liệu trình. Stricnin có thể được kết hợp để hỗ trợ quá trình phục hồi.

Ngoại khoa

Giai đoạn cấp tính: Chế độ ăn giảm glucid, tăng đạm và các sinh tố: Cung cấp chế độ dinh dưỡng cân đối, đặc biệt là giảm lượng glucid và tăng cường đạm và các sinh tố như vitamin B1, B6 và B12.

Giai đoạn mạn tính: Tắm nước nóng và xoa bóp nhẹ nhàng: Các biện pháp này có thể giúp giảm đau nhức cơ bắp và tăng cường cảm giác thư giãn cho bệnh nhân.

Ngày nay, có nhiều phương pháp điều trị bệnh Beriberi được áp dụng. Tuy nhiên, trong từng trường hợp bệnh cụ thể, quyết định về liệu pháp cụ thể sẽ do bác sĩ đưa ra tùy thuộc vào đặc điểm và phản ứng của từng người bệnh.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa bệnh beriberi

Những thói quen sinh hoạt giúp hạn chế diễn biến của bệnh Beriberi

Chế độ sinh hoạt:

Tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ trong điều trị. Thực hiện hoạt động vận động như tập luyện đều đặn có thể cải thiện sức khỏe nói chung và giảm nguy cơ mắc các bệnh lý bao gồm Beriberi. Duy trì lối sống tích cực và hạn chế sự căng thẳng. Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Tuân thủ theo sự hướng dẫn của bác sĩ trong điều trị.

Thực hiện hoạt động vận động như tập luyện đều đặn có thể cải thiện sức khỏe nói chung và giảm nguy cơ mắc các bệnh lý bao gồm Beriberi.

Duy trì lối sống tích cực và hạn chế sự căng thẳng.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị. Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Chế độ dinh dưỡng:

Chế độ ăn cân đối: Bao gồm việc tiêu thụ đủ các nhóm thực phẩm, đặc biệt là thức

ăn giàu vitamin B1 như ngũ cốc, hạt và các loại thực phẩm chế biến từ ngũ cốc nguyên hạt. Giữ cân nặng ổn định: Tránh tình trạng thay đổi cân nặng đột ngột, vì việc giảm cân quá nhanh có thể làm tăng nguy cơ thiếu hụt vitamin B1. Hạn chế tiêu thụ rượu: Nếu có thói quen uống rượu, hạn chế lượng uống hoặc tìm cách để hoàn toàn từ bỏ, vì rượu có thể cản trở quá trình hấp thụ và lưu trữ vitamin B1.

Chế độ ăn cân đối: Bao gồm việc tiêu thụ đủ các nhóm thực phẩm, đặc biệt là thức ăn giàu vitamin B1 như ngũ cốc, hạt và các loại thực phẩm chế biến từ ngũ cốc nguyên hạt.

Giữ cân nặng ổn định: Tránh tình trạng thay đổi cân nặng đột ngột, vì việc giảm cân quá nhanh có thể làm tăng nguy cơ thiếu hụt vitamin B1.

Hạn chế tiêu thụ rượu: Nếu có thói quen uống rượu, hạn chế lượng uống hoặc tìm cách để hoàn toàn từ bỏ, vì rượu có thể cản trở quá trình hấp thụ và lưu trữ vitamin B1.

Phòng ngừa bệnh Beriberi

Do thiếu hụt dưỡng chất, việc xây dựng một chế độ dinh dưỡng lành mạnh và cân bằng được coi là biện pháp phòng ngừa hiệu quả nhất. Để bổ sung thiamin cho cơ thể, nên ưu tiên sử dụng các thực phẩm như rau xanh, cây họ đậu, thịt, cá, các loại hạt nguyên cám, loại quả hạch hoặc sản phẩm bơ sữa và ngũ cốc giàu thiamin. Đối với phụ nữ mang thai và đang cho con bú, quan trọng để thường xuyên kiểm tra tình trạng vitamin và bổ sung kịp thời để tránh các biến chứng có thể xảy ra.

Đối với trẻ sơ sinh, việc đảm bảo bổ sung đầy đủ nhu cầu vitamin B1 từ nguồn dinh dưỡng là rất quan trọng để hỗ trợ sự phát triển và phòng tránh tình trạng thiếu hụt.

Hạn chế tiêu thụ các đồ uống có cồn là một biện pháp khác, đặc biệt quan trọng đối với những người nghiện rượu, cần theo dõi định kỳ tình trạng vitamin B1 để đảm bảo sự cân bằng dinh dưỡng và tránh tình trạng thiếu hụt.

=====

Tìm hiểu chung tăng canxi máu

Tăng canxi máu là gì?

Tăng canxi máu là tình trạng nồng độ canxi trong máu cao hơn bình thường. Lượng canxi huyết thanh bình thường dao động từ 8,8 mg/dL - 10,4 mg/dL. Nồng độ canxi trong huyết thanh cao nhất ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, giảm trong thời thơ ấu và thanh thiếu niên và ổn định ở mức người lớn khi 17 tuổi.

Canxi cần cho nhiều chức năng của cơ thể. Nó giúp hình thành xương và răng, đồng thời giúp cơ bắp, dây thần kinh và não của bạn hoạt động chính xác. Hầu hết canxi trong cơ thể bạn nằm trong xương. Thông thường, máu của bạn chỉ chứa một lượng nhỏ. Khi bạn khỏe mạnh, cơ thể bạn sẽ kiểm soát lượng canxi trong máu. Hai loại hormone gọi là hormone tuyến cận giáp và calcitonin kiểm soát lượng canxi trong máu và xương của bạn. Vitamin D cũng đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì lượng canxi vì cơ thể bạn cần nó để hấp thụ canxi từ thực phẩm bạn ăn.

Tỷ lệ tăng canxi máu trong dân số nói chung là khoảng 1% đến 2%. Hầu hết các trường hợp (90%) tăng canxi máu là do cường tuyến cận giáp nguyên phát và tăng canxi máu liên quan đến bệnh lý ung thư.

Triệu chứng tăng canxi máu

Những dấu hiệu và triệu chứng của tăng canxi máu

Bạn có thể không có triệu chứng nếu tình trạng tăng canxi huyết ở mức độ nhẹ.

Những trường hợp nghiêm trọng hơn sẽ xuất hiện các triệu chứng, bao gồm:

Tiểu nhiều, khát nước. Buồn nôn, nôn. Táo bón. Đau cơ xương, yếu cơ. Rối loạn tri giác: Tăng canxi máu có thể cản trở hoạt động của não, dẫn đến lú lẫn và mệt mỏi. Nó cũng có thể gây trầm cảm. Rối loạn nhịp tim: Tăng canxi máu nghiêm trọng có thể cản trở chức năng tim của bạn, gây hồi hộp, đánh trống ngực, rối loạn nhịp tim và các vấn đề về tim khác.

Tiểu nhiều, khát nước.

Buồn nôn, nôn.

Táo bón.

Đau cơ xương, yếu cơ.

Rối loạn tri giác: Tăng canxi máu có thể cản trở hoạt động của não, dẫn đến lú lẫn và mệt mỏi. Nó cũng có thể gây trầm cảm.

Rối loạn nhịp tim: Tăng canxi máu nghiêm trọng có thể cản trở chức năng tim của bạn, gây hồi hộp, đánh trống ngực, rối loạn nhịp tim và các vấn đề về tim khác.

Tiền lượng đối với người tăng canxi máu

Việc ước tính mức độ ảnh hưởng lâu dài của bệnh tật đến sức khỏe của bạn được gọi là tiền lượng. Tiền lượng đối với người tăng canxi máu giống như điều trị, phụ thuộc vào nguyên nhân và mức độ nghiêm trọng của tăng canxi máu. Khi tăng canxi máu xảy ra do tình trạng lành tính, nó thường có tiên lượng tốt. Những người bị tăng canxi máu do ung thư thường gặp các triệu chứng nặng và phải nhập viện thường xuyên để điều trị.

Biến chứng có thể gặp khi mắc tăng canxi máu

Các biến chứng tăng canxi máu có thể bao gồm:

Loãng xương: Nếu xương của bạn tiếp tục giải phóng canxi vào máu, bạn có thể mắc bệnh loãng xương, dẫn đến gãy xương, cong vẹo cột sống. Sỏi thận: Nếu nước tiểu của bạn chứa quá nhiều canxi, theo thời gian, các tinh thể có thể kết hợp với nhau tạo thành sỏi thận. Suy thận: Tăng canxi máu nặng có thể làm suy thận, hạn chế khả năng làm sạch máu và loại bỏ chất độc hại trong cơ thể. Vấn đề về hệ thần kinh: Tăng canxi máu nặng có thể dẫn đến lú lẫn, mất trí nhớ, hôn mê hoặc có thể gây tử vong. Loạn nhịp tim: Tăng canxi máu có thể ảnh hưởng đến dẫn truyền trong cơ tim, khiến tim bạn đập không đều.

Loãng xương: Nếu xương của bạn tiếp tục giải phóng canxi vào máu, bạn có thể mắc bệnh loãng xương, dẫn đến gãy xương, cong vẹo cột sống.

Sỏi thận: Nếu nước tiểu của bạn chứa quá nhiều canxi, theo thời gian, các tinh thể có thể kết hợp với nhau tạo thành sỏi thận.

Suy thận: Tăng canxi máu nặng có thể làm suy thận, hạn chế khả năng làm sạch máu và loại bỏ chất độc hại trong cơ thể.

Vấn đề về hệ thần kinh: Tăng canxi máu nặng có thể dẫn đến lú lẫn, mất trí nhớ, hôn mê hoặc có thể gây tử vong.

Loạn nhịp tim: Tăng canxi máu có thể ảnh hưởng đến dẫn truyền trong cơ tim, khiến tim bạn đập không đều.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu bạn có tiền sử gia đình mắc bệnh tăng canxi máu và/hoặc cường cận giáp, hãy gặp bác sĩ để đánh giá nguy cơ mắc bệnh. Ngoài ra, hãy liên hệ với bác sĩ nếu bạn phát triển các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng tăng canxi máu, chẳng hạn như khát nước, đi tiểu thường xuyên và đau bụng.

Nguyên nhân tăng canxi máu

Nguyên nhân dẫn đến tăng canxi máu

Tăng canxi máu có thể do những nguyên nhân sau:

Cường cận giáp (tuyến cận giáp hoạt động quá mức): Nguyên nhân phổ biến nhất gây tăng canxi máu. Ung thư: Ung thư phổi và ung thư vú, ung thư máu có thể làm tăng nguy cơ gây tăng canxi máu. Sự lây lan của bệnh ung thư (di căn) đến xương cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Một số bệnh lý khác ít gặp hơn: Chẳng hạn như bệnh lao và bệnh sarcoidosis, có thể làm tăng nồng độ vitamin D trong máu, kích thích đường tiêu hóa hấp thụ nhiều canxi hơn. Các yếu tố di truyền: Tăng canxi máu mang tính chất gia đình là tình trạng di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường do đột biến bất hoạt ở gen thụ thể cảm nhận canxi. Bất động: Những người mắc bệnh nặng dẫn đến bất động kéo dài có thể bị tăng canxi máu. Vì bất động kéo dài, theo thời gian xương không chịu được trọng lượng sẽ giải phóng canxi vào máu. Mất nước nghiêm trọng: Nguyên nhân phổ biến gây tăng canxi máu nhẹ hoặc thoáng qua là mất nước. Cơ thể mất nước làm tăng nồng độ canxi. Thuốc: Một số loại thuốc chẳng hạn như lithium, dùng để điều trị rối loạn lưỡng cực có thể làm tăng giải phóng hormone tuyến cận giáp. Thực phẩm bổ sung: Dùng quá nhiều canxi hoặc vitamin D bổ sung theo thời gian có thể làm tăng lượng canxi trong máu của bạn lên trên mức bình thường.

Cường cận giáp (tuyến cận giáp hoạt động quá mức): Nguyên nhân phổ biến nhất gây tăng canxi máu.

Ung thư: Ung thư phổi và ung thư vú, ung thư máu có thể làm tăng nguy cơ gây tăng canxi máu. Sự lây lan của bệnh ung thư (di căn) đến xương cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Một số bệnh lý khác ít gặp hơn: Chẳng hạn như bệnh lao và bệnh sarcoidosis, có thể làm tăng nồng độ vitamin D trong máu, kích thích đường tiêu hóa hấp thụ nhiều canxi hơn.

Các yếu tố di truyền: Tăng canxi máu mang tính chất gia đình là tình trạng di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường do đột biến bất hoạt ở gen thụ thể cảm nhận canxi.

Bất động: Những người mắc bệnh nặng dẫn đến bất động kéo dài có thể bị tăng

canxi máu. Vì bất động kéo dài, theo thời gian xương không chịu được trọng lượng sẽ giải phóng canxi vào máu.

Mất nước nghiêm trọng: Nguyên nhân phổ biến gây tăng canxi máu nhẹ hoặc thoáng qua là mất nước. Cơ thể mất nước làm tăng nồng độ canxi.

Thuốc: Một số loại thuốc chẳng hạn như lithium, dùng để điều trị rối loạn lưỡng cực có thể làm tăng giải phóng hormone tuyến cận giáp.

Thực phẩm bổ sung: Dùng quá nhiều canxi hoặc vitamin D bổ sung theo thời gian có thể làm tăng lượng canxi trong máu của bạn lên trên mức bình thường.

Nguy cơ tăng canxi máu

Những ai có nguy cơ tăng canxi máu

Những đối tượng có nguy cơ tăng canxi máu, bao gồm:

Phụ nữ sau mãn kinh; Tuổi từ 50 - 60; Tiền sử gia đình mắc bệnh cường tuyến cận giáp, bệnh thận.

Phụ nữ sau mãn kinh;

Tuổi từ 50 - 60;

Tiền sử gia đình mắc bệnh cường tuyến cận giáp, bệnh thận.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc phải tăng canxi máu

Các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc tăng canxi máu bao gồm:

Phụ nữ sau mãn kinh; Người cao tuổi; Tiền sử gia đình mắc bệnh cường tuyến cận giáp;

Tiền sử mắc các hội chứng mang tính chất gia đình như đa u tuyến nội tiết loại 1, loại 2A hoặc loại 4, tăng canxi máu hạ canxi niệu gia đình; Tăng huyết áp; Sử dụng lithium hiện tại hoặc trước đây; Tiếp xúc với tia xạ ở đầu và cổ; Nhiễm toan ceton ; Thiếu máu; Tăng lipid máu.

Phụ nữ sau mãn kinh;

Người cao tuổi;

Tiền sử gia đình mắc bệnh cường tuyến cận giáp;

Tiền sử mắc các hội chứng mang tính chất gia đình như đa u tuyến nội tiết loại 1, loại 2A hoặc loại 4, tăng canxi máu hạ canxi niệu gia đình;

Tăng huyết áp;

Sử dụng lithium hiện tại hoặc trước đây;

Tiếp xúc với tia xạ ở đầu và cổ;

Nhiễm toan ceton ;

Thiếu máu;

Tăng lipid máu.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị tăng canxi máu

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán tăng canxi máu

Bởi vì tăng canxi máu có thể gây ra rất ít dấu hiệu hoặc triệu chứng, nếu có, bạn có thể không biết mình mắc chứng rối loạn này cho đến khi xét nghiệm máu định kỳ cho thấy lượng canxi trong máu cao.

Chẩn đoán mức độ của tăng canxi máu:

Tăng canxi máu nhẹ: 10,5 đến 11,9 mg/dL. Tăng canxi máu trung bình: 12,0 đến 13,9 mg/dL. Con tăng canxi cấp (cấp cứu y tế): 14,0 đến 16,0 mg/dL.

Tăng canxi máu nhẹ: 10,5 đến 11,9 mg/dL.

Tăng canxi máu trung bình: 12,0 đến 13,9 mg/dL.

Con tăng canxi cấp (cấp cứu y tế): 14,0 đến 16,0 mg/dL.

Những xét nghiệm sẽ được thực hiện để chẩn đoán tình trạng tăng canxi máu và nguyên nhân của nó, bao gồm:

Xét nghiệm canxi máu; Xét nghiệm hormone tuyến cận giáp (PTH); Xét nghiệm protein liên quan đến PTH (PTHrP); Xét nghiệm vitamin D huyết thanh; Xét nghiệm đo nồng độ canxi trong nước tiểu.

Xét nghiệm canxi máu;

Xét nghiệm hormone tuyến cận giáp (PTH);

Xét nghiệm protein liên quan đến PTH (PTHrP);

Xét nghiệm vitamin D huyết thanh;

Xét nghiệm đo nồng độ canxi trong nước tiểu.

Nếu bác sĩ nghi ngờ cường tuyến cận giáp nguyên phát đang gây tăng canxi máu, họ có thể sẽ đề nghị xét nghiệm hình ảnh học để xem có bất kỳ sự phát triển của u hoặc nang nào trên tuyến cận giáp hay không. Các xét nghiệm hình ảnh bao gồm:

Siêu âm; Chụp xạ hình tuyến cận giáp; Chụp CT (chụp cắt lớp vi tính).

Siêu âm;

Chụp xạ hình tuyến cận giáp;

Chụp CT (chụp cắt lớp vi tính).

Phương pháp điều trị tăng canxi máu

Điều trị tăng canxi máu phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra bệnh và mức độ nghiêm trọng của nó. Trong những trường hợp tăng canxi máu nhẹ, bác sĩ có thể yêu cầu bạn:

Uống nhiều nước hơn. Chuyển sang thuốc lợi tiểu hoặc thuốc điều trị huyết áp không chứa thiazide. Ngừng dùng hoặc giảm liều thuốc bổ sung canxi.

Uống nhiều nước hơn.

Chuyển sang thuốc lợi tiểu hoặc thuốc điều trị huyết áp không chứa thiazide.

Ngừng dùng hoặc giảm liều thuốc bổ sung canxi.

Nếu tình trạng tăng canxi máu là do tuyến cận giáp hoạt động quá mức, bác sĩ có thể sẽ đề nghị phẫu thuật để cắt bỏ phần mô tuyến cận giáp hoạt động quá mức.

Nếu tăng canxi máu là do ung thư, bác sĩ có thể đề xuất bất kỳ loại thuốc nào sau đây:

Bisphosphonates: Thuốc loãng xương tiêm tĩnh mạch, có thể nhanh chóng làm giảm nồng độ canxi, thường được sử dụng để điều trị tăng canxi máu do ung thư.

Denosumab : Một loại thuốc loãng xương, dành cho những người bị tăng canxi máu do ung thư không đáp ứng với bisphosphonates.

Bisphosphonates: Thuốc loãng xương tiêm tĩnh mạch, có thể nhanh chóng làm giảm nồng độ canxi, thường được sử dụng để điều trị tăng canxi máu do ung thư.

Denosumab : Một loại thuốc loãng xương, dành cho những người bị tăng canxi máu do ung thư không đáp ứng với bisphosphonates.

Nếu tình trạng tăng canxi máu nghiêm trọng và/hoặc gây ra các triệu chứng nghiêm trọng, bác sĩ có thể đề nghị nhập viện ngay lập tức để truyền thuốc qua đường tĩnh mạch và các phương pháp điều trị khác.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa tăng canxi máu

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của tăng canxi máu

Chế độ sinh hoạt:

Uống nhiều nước ít nhất 2 lít nước/ngày. Liên hệ ngay với bác sĩ khi các triệu chứng nặng hơn hoặc xuất hiện triệu chứng mới. Giảm căng thẳng, chẳng hạn như tập thể dục và dành thời gian với bạn bè. Hãy hỏi ý kiến của bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thực phẩm chức năng nào.

Uống nhiều nước ít nhất 2 lít nước/ngày.

Liên hệ ngay với bác sĩ khi các triệu chứng nặng hơn hoặc xuất hiện triệu chứng mới.

Giảm căng thẳng, chẳng hạn như tập thể dục và dành thời gian với bạn bè.

Hãy hỏi ý kiến của bác sĩ khi sử dụng thêm bất kỳ loại thuốc điều trị hoặc thực phẩm chức năng nào.

Chế độ dinh dưỡng:

Đối với người mắc phải tăng canxi máu, cần tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc chuyên gia dinh dưỡng để có chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh.

Phương pháp phòng ngừa tăng canxi máu hiệu quả

Không phải tất cả các trường hợp tăng canxi máu đều có thể ngăn ngừa được, nhưng tránh uống quá nhiều thuốc canxi có thể ngăn ngừa tăng canxi máu. Hãy gặp bác sĩ nếu bạn có tiền sử gia đình mắc tăng canxi, sỏi thận hoặc tình trạng cường tuyến cận giáp. Tránh dùng thuốc, thực phẩm bổ sung, vitamin hoặc khoáng chất mà không tham khảo ý kiến bác sĩ.

=====

Tìm hiểu chung mãn dục nam

Mãn dục nam là gì?

Ở đàn ông, testosterone là một loại hormone được sản xuất trong tinh hoàn. Nó không chỉ giúp thúc đẩy ham muốn tình dục mà còn thúc đẩy những thay đổi trong tuổi dậy thì, cung cấp năng lượng tinh thần và thể chất, duy trì khối lượng cơ bắp,...

Mãn dục là một quá trình lão hóa tự nhiên của cơ thể con người theo thời gian. Khi tuổi cao, các cơ quan trong cơ thể sẽ bị lão hóa trong đó có cơ quan sinh dục.

Mãn dục nam là tình trạng giảm khả năng tình dục ở nam giới sau 40 tuổi (tương tự như mãn kinh ở phụ nữ), xảy ra do sự thiếu hụt nồng độ testosterone trong máu. Nồng độ testosterone ở nam giới đạt mức cao nhất trong độ tuổi 20, sau 30 hoặc 40 tuổi. Nồng độ hormone này có xu hướng giảm khoảng 1% mỗi năm, đến khi 70 tuổi, nồng độ testosterone có thể chỉ khoảng 50% so với lúc ban đầu.

Mãn dục nam chiếm tỷ lệ 30% ở đàn ông 50 tuổi.

Triệu chứng mãn dục nam

Những dấu hiệu và triệu chứng của mãn dục nam

Triệu chứng mãn dục nam bao gồm cả trong đời sống tình dục và triệu chứng toàn thân. Nhưng cũng có những người giảm testosterone mà không có biểu hiện rõ ràng. Triệu chứng đời sống tình dục, bao gồm:

Giảm ham muốn tình dục;

Rối loạn cương dương ;

Giảm số lượng, chất lượng tinh trùng.

Triệu chứng toàn thân, bao gồm:

Béo phì, ngực vú xệ xuống, lượng mỡ trong cơ thể tăng;

Cơ thể mệt mỏi, cảm thấy buồn bã, tính tình thay đổi thất thường, dễ nổi cáu, dễ tức giận;

Giảm khối lượng cơ, cảm giác cơ thể bị suy nhược ;

Đau xương khớp, tăng nguy cơ gãy xương, tăng tình trạng loãng xương và thoái hóa xương;

Mất ngủ hoặc khó ngủ, thường dễ buồn ngủ vào buổi tối nhưng đêm lại mất ngủ, khó tập trung;

Tim mạch rối loạn, xuất hiện các bệnh lý mạch vành, cao huyết áp;

Tóc bạc, da nhăn nheo do mất tính đàn hồi;

Mất sự nhạy cảm các phần xạ;

Rối loạn tạo máu, xảy ra tình trạng thiếu máu , hồng cầu giảm, niêm mạc nhợt.

Biến chứng có thể gặp khi mắc bệnh mãn dục nam

Mãn dục nam không phải là một căn bệnh nguy hiểm, đe dọa tới tính mạng. Nhưng nó ảnh hưởng xấu tới chất lượng cuộc sống, hạnh phúc gia đình. Ngoài ra, nó có thể dẫn đến một số bệnh lý phức tạp như:

Suy giảm hoạt động của não bộ;

Bệnh lý tim mạch;

Cao huyết áp;

Mỡ máu cao;

Đái tháo đường type 2 ;

Loãng xương.

Khi nào cần gặp bác sĩ?

Nếu có bất kỳ triệu chứng nào xảy ra, bạn nên liên hệ ngay với bác sĩ để được kiểm tra và tư vấn. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ giảm nguy cơ tăng nặng của bệnh và giúp bạn mau chóng hồi phục sức khỏe. Cơ địa và tình trạng bệnh lý có thể khác nhau ở nhiều người. Hãy luôn thảo luận với bác sĩ để được chỉ định phương pháp chẩn đoán, điều trị và xử lý tốt nhất dành cho bạn.

Nguyên nhân mãn dục nam

Nguyên nhân dẫn đến mãn dục nam

Mãn dục xảy ra âm thầm một cách tự nhiên do lão hóa, di truyền. Nguyên nhân dẫn đến mãn dục nam là do sự suy giảm nội tiết tố testosterone trong máu.

Một số yếu tố làm suy giảm nồng độ testosterone trong máu:

Tuổi tác:

Testosterone giảm theo tuổi và diễn ra từ từ vì vậy tuổi càng cao, sự ham muốn tình dục ở nam giới càng giảm, tần suất giao hợp giảm, thời gian giao hợp giảm. Vì vậy biểu hiện mãn dục ở nam giới có thể nhận thấy từ tuổi 40 trở đi.

Di truyền:

Khi gia đình có người mãn dục sớm thì nguy cơ mắc bệnh sẽ cao hơn.

Tình hoàn:

Tình hoàn nam giới càng nhỏ khi tuổi càng lớn do sự tăng xơ hóa và thoái hóa ở tinh hoàn, giảm lưu lượng máu đến tinh hoàn gây ra tình trạng thiếu oxy ở các mô.

Giảm cân bằng tiết tố:

Khi còn trẻ, tần suất giao hợp quá nhiều, hoang phí tình dục, hưởng thụ tình dục gấp, thời gian giao hợp kéo dài kể cả thủ dâm làm nội tiết tố Testosterone suy giảm.

Mắc phải một số bệnh lý:

Một số bệnh lý liên quan đến mãn dục: Bệnh chuyển hóa, bệnh đái tháo đường, bệnh tim mạch, bệnh rối loạn cương, bệnh phì đại tiền liệt tuyến ,...

Lạm dụng thuốc:

Sử dụng một số thuốc sẽ có tác dụng phụ là làm giảm testosterone gây mãn dục nam. Các thuốc cần lưu ý là: Estrogen, corticoid, thuốc tim mạch, thuốc dạ dày,

thuốc ngủ...

Ngoài ra chấn thương bộ phận sinh dục, nếp sống sinh hoạt, dinh dưỡng, nhiễm độc, stress tinh thần, chấn thương,... cũng là nguyên nhân gây nên mãn dục nam.

Nguy cơ mãn dục nam

Những ai có nguy cơ mắc phải (bị) mãn dục nam?

Mãn dục nam chủ yếu xảy ra ở những người có tuổi cao, thường bắt đầu từ tuổi 40 và thể hiện rõ trong khoảng 50 đến 60 tuổi trở lên.

Yếu tố làm tăng nguy cơ mắc (bị) mãn dục nam

Các yếu tố làm tăng nguy cơ mãn dục nam:

Yếu tố di truyền: Một số trường hợp mãn dục sớm ở nam giới là do di truyền;

Tuổi tác: Những người có độ tuổi trên 40 thường dễ bị mãn dục nam hơn;

Lạm dụng chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá;

Chấn thương ở bộ phận sinh dục;

Người mắc kèm theo các bệnh đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa, suy giảm chức năng gan, suy giảm chức năng thận.

Phương pháp chẩn đoán & điều trị mãn dục nam

Phương pháp xét nghiệm và chẩn đoán mãn dục nam

Để chẩn đoán tình trạng mãn dục nam, bác sĩ sẽ hỏi han bạn về những triệu chứng đang gặp phải. Ngoài ra bác sĩ sẽ hỏi bạn tiền sử bệnh, lối sống, loại thuốc đã và đang sử dụng,... Để chẩn đoán chính xác, bác sĩ sẽ tiến hành xét nghiệm nội tiết tố hướng sinh dục nam, để xác định testosterone có giảm bất thường hay không (mức bình thường là từ 10 – 35nanomol/lít).

Ngoài ra, bác sĩ sẽ tiến hành một số xét nghiệm khác để loại trừ các thiếu hụt hormone khác và các bệnh lý ngoài mãn dục, bao gồm:

Xét nghiệm sinh hóa để đánh giá chức năng tạng phủ;

Xét nghiệm nồng độ prolactin huyết thanh giúp sàng lọc u tuyến;

Xét nghiệm độ bão hòa transferrin sàng lọc bệnh quá tải sắt;

Chụp X-quang, CT, MRI;

Siêu âm.

Điều này rất quan trọng để có thể tìm ra nguyên nhân gây bệnh để giúp bác sĩ điều trị càng sớm càng tốt.

Phương pháp điều trị mãn dục nam

Phương pháp điều trị mãn dục nam phổ biến nhất hiện nay là liệu pháp thay thế testosterone. Liệu pháp này giúp bù đắp lượng testosterone bị thiếu hụt trong cơ thể. Từ đó sẽ làm giảm các triệu chứng như là: Tăng ham muốn tình dục, tăng cơ, giảm mỡ, cải thiện chất lượng sống,...

Mặc dù có hiệu quả, nhưng phương pháp thay thế Testosterone cũng mang nhiều tác dụng phụ và tiềm ẩn những rủi ro không mong muốn. Chính vì thế, trước khi áp dụng phương pháp thay thế Testosterone, bạn nên hỏi rõ bác sĩ về tác dụng và những nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình chữa bệnh.

Testosterone còn chứa trong các chế phẩm khác nhau như: Viên nang, gel bôi, thuốc tiêm, miếng dán trên da. Bác sĩ sẽ xem xét mức độ bệnh, thời gian phát triển bệnh và lối sống hàng ngày trước khi xác định phương pháp điều trị tốt nhất cho bạn.

Một số dạng bổ sung testosterone là:

Viên nang: Uống 2 lần/ngày sau bữa ăn. Tuy nhiên không thích hợp cho người có chức năng gan kém, thừa canxi, mắc bệnh tim hoặc thận nặng;

Tiêm bắp: Testosterone cypionate, testosterone enanthate liều lượng 50mg/lần;

Gel bôi: 1% hoặc 1,62% với liều lượng 5g/ngày;

Miếng dán trên da;

Thuốc ngậm dưới lưỡi: Liều lượng 30mg/lần, 2 lần/ngày;

Xịt mũi: 5,5mg/lỗ mũi, 3 lần/ngày;

Cấy testosterone dưới da: 75 mg/viên, dùng từ 4 – 6 viên tác dụng kéo dài 3-6 tháng;

Dung dịch lăn nách: 60 mg x 1 lần/ngày.

Chế độ sinh hoạt & phòng ngừa mãn dục nam

Những thói quen sinh hoạt có thể giúp bạn hạn chế diễn tiến của mãn dục nam

Chế độ dinh dưỡng:

Uống nhiều nước;

Uống bổ sung các loại vitamin như: Canxi, vitamin D, vi khoáng và ăn nhẹ vào buổi tối;

Hạn chế các chất kích thích như rượu, caffein.

Chế độ sinh hoạt:

Tập thể dục thường xuyên;

Tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ trong việc điều trị;

Duy trì lối sống tích cực, hạn chế sự căng thẳng;

Liên hệ ngay với bác sĩ khi cơ thể có những bất thường trong quá trình điều trị;

Thăm khám định kỳ để được theo dõi tình trạng sức khỏe, diễn tiến của bệnh và để bác sĩ tìm hướng điều trị phù hợp trong thời gian tiếp theo nếu bệnh chưa có dấu hiệu thuyên giảm.

Phương pháp phòng ngừa mẫn dục nam hiệu quả

Để phòng ngừa bệnh hiệu quả, bạn có thể tham khảo một số gợi ý dưới đây:

Tập thể dục thường xuyên;

Luôn để tinh thần thoải mái, tránh để cơ thể bị stress ;

Hạn chế sử dụng những chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá;

Ăn nhiều rau xanh, trái cây bổ sung vitamin, khoáng chất;

Không nên quan hệ tình dục quá nhiều lần trong một tuần hoặc quan hệ quá sức;

Tránh để tổn thương bộ phận sinh dục.