

BSCKII. Lê Thị Đĩnh -

ĐỀ TÀI VÀ NỘI DUNG

Chẩn đoán nhiệm vụ cấp cứu người bệnh nhân lỵ n tu i so với bệnh nhân ruột thừa. Các triệu chứng xuất hiện thường ít hơn và không điển hình, các dấu hiệu thực thể gây nhầm lẫn và các xét nghiệm tủy sinh gặp khó khăn để phân biệt. Ngoài ra, vì bệnh nhân lỵ n tu i có triệu chứng có triệu chứng của các bệnh nghiêm trọng tiềm ẩn khác, nên rủi ro tủy sinh gặp có thể bị che lấp và bỏ qua; nguy cơ tác động gây nhầm lẫn của nó có thể gây bối rối cho các thầy thuốc. Điều quan trọng không kém phải nhận ra rằng nhiệm vụ cấp cứu là một chứng rối loạn có thể đi kèm với đau bụng, không phải là một sự kiện không đáng kể khi nghĩ về ta xem xét vô số các tình trạng bệnh lý khác nhau của bệnh nhân lỵ n tu i mà ít có thể làm được. Sau đó, điều quan trọng để với bác sĩ lâm sàng là nghĩ về nhiệm vụ cấp cứu ở nhóm tuổi này, mặc dù có rủi ro ít mạnh mẽ về lâm sàng, và để hiểu xét nghiệm chức năng tủy sinh gặp nào sẽ hữu ích nhất trong việc thiết lập chẩn đoán chính xác.

DẤU HIỆU LÂM SÀNG

Nhiệm vụ cấp cứu ở bệnh nhân lỵ n tu i có thể không được phát hiện bằng cách chụp siêu âm hoặc nội soi, suy nghĩ và thời gian chờ đợi. Thông thường hơn, nó biểu hiện với một kết quả triệu chứng nào bao gồm mất mủ, sốt nhẹ, không có dấu hiệu của nhiễm trùng, đánh trống ruột, suy nghĩ, mất ngủ, khó chịu, lú lẫn và kích động. Các dấu hiệu lâm sàng có thể gây nhầm lẫn bao gồm nhịp tim nhanh, lú lẫn, buồn nôn, các xét nghiệm tủy sinh có thể thay đổi, da niêm mạc, phản xạ gân sâu nhanh và run khi nghỉ ngơi. Loạn nhịp tim như một dấu hiệu phát hiện có thể là biểu hiện đầu tiên của xác định.

CHẨN ĐOÁN VÀ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Nhiệm vụ cấp cứu nội sinh có thể do rối loạn tăng sản xuất hormone tủy sinh gặp trong mô tủy sinh gặp chức năng, hoặc do rối loạn liên quan đến viêm tủy sinh gặp gây rò rỉ hormone tủy sinh gặp đã tạo ra. Sự khác biệt giữa các cách phân loại này giúp đưa ra chẩn đoán đúng đắn. Tăng sản xuất hormone tủy sinh gặp có thể được gây ra bởi sự kích thích từ môi trường của tủy sinh gặp,

Nhiễm độc giáp nặng ở bệnh nhân lớn tuổi

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 24 Tháng 8 2023 09:33 -

hormone do sự phát triển của các nút hormone khu trú hormone. Các chất ức chế đi kèm kiểm soát đường dẫn truyền để duy trì mức độ các hormone ác tính có thể gây ra viêm tuyến giáp tuyến miễn dịch liên quan đến nhiễm độc giáp thoáng qua. Bệnh nhân bệnh nhân đường dẫn truyền bệnh các chế phẩm hormone tuyến giáp, uống quá liều có thể dẫn đến nhiễm độc giáp nặng. Hiện khi nhiễm độc giáp xảy ra trong quá trình điều trị bệnh interferon alpha hoặc CAMPATH. Cùng với, chất ức chế tyrosine kinase cũng có thể gây cường giáp.

Bảng 1. Nguyên nhân nhiễm độc giáp ở bệnh nhân lớn tuổi

Tăng sản xuất hormone tuyến giáp

- Bệnh Graves
- Bệnh u giáp đa nhân
- U tuyến độc tuyến giáp
- Nhiễm độc giáp do amiodarone liều 1
- Ung thư tuyến giáp di căn

Viêm vỡ rò rỉ hormone tuyến giáp

- Viêm tuyến giáp bán cấp
- Viêm tuyến giáp thể miễn dịch (Hashimoto)
- Nhiễm độc giáp do amiodaroneтип 2

Ung hormone tuyến giáp ngoại sinh

- Nhiễm độc giáp do điều trị

U tuyến yên tiết TSH

CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN CHẨN THIỆT VÀ ĐIỀU TRỊ

Nhiệm vụ của bác sĩ nội tiết có thể được xác định khi các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm cho thấy mức TSH bất thường song song với mức T4 thấp do hormone toàn phần tăng cao. Tuy nhiên mức T3 cũng nên được kiểm tra, vì nó thường tăng không tương xứng trong trường hợp bệnh Graves không được điều trị. Bệnh nhân bệnh nhân không dùng amiodarone và gần đây không tiếp xúc với thuốc cản quang có iod, một nghiên cứu về sự hấp thu của tuyến giáp có thể phân biệt sự gia tăng sản xuất hormone tuyến giáp (được đánh dấu bằng sự hấp thu tăng lên), với tình trạng viêm kèm theo rò rỉ hormone tuyến giáp (được đánh dấu bằng sự giảm hấp thu). Hình ảnh quét tuyến giáp tĩnh mô phân biệt các sự hấp thu tăng lên có thể giúp phân biệt bệnh Graves với rối loạn nội tiết. Trong những trường hợp chẩn đoán mình sự hấp thu giảm, ESR hoặc CRP tăng cao có thể phản ánh viêm tuyến giáp bán cấp, trong khi nồng độ kháng thể kháng peroxidase hoặc kháng thyroglobulin tăng cao có thể phản ánh viêm tuyến giáp tự miễn. Sự vắng mặt của một trong hai dấu hiệu này có thể gây nghi ngờ về nhiệm vụ của bác sĩ nội tiết do điều trị.

Mức TSH bất thường cùng với mức T4 và T3 “bình thường” cho thấy cần phải kiểm tra lâm sàng. Với đơn này phải biết rằng bệnh nhân tiểu đường bị bệnh u tuyến giáp đa nhân hoặc nốt “nóng”. Cần phải kiểm tra lâm sàng kéo dài có liên quan đến rối loạn nội tiết, và vì lý do này, nên được xác định và kéo dài, thường được điều trị theo cách tương tự như các bệnh giáp quá mức.

XỬ TRÍ

Nhiệm vụ của bác sĩ nội tiết có thể gây ra hormone làm trầm trọng thêm rối loạn nội tiết, thời gian máu cục bộ, suy tim sung huyết hoặc đái tháo đường, bệnh về nội tiết cần chẩn đoán và điều trị không chậm trễ. Thời gian máu trùng hợp nên được công nhận. Nếu được dùng nội tiết và trong trường hợp không có suy tim mãn, thuốc chẹn beta có thể giúp cải thiện một số triệu chứng của bệnh nhân bệnh nhân nội tiết giáp. Vì việc sử dụng thuốc chẹn beta cho bệnh nhân bệnh nhân nội tiết giáp nội tiết khi gây triệu chứng nên ban đầu có thể giảm liều. Trong trường hợp bệnh giáp nội tiết do bệnh Graves, bệnh nhân đa nhân hoặc tuyến giáp, thuốc kháng giáp thường được sử dụng như phương pháp điều trị đầu tay. Methimazole là tác nhân thường được lựa chọn. Có thể cần liều điều trị cao (20-40 mg mỗi ngày) ngay từ đầu. Một khi đã đạt được sự kiểm soát đầy đủ với việc sử dụng thuốc giáp, có thể cân nhắc điều trị đợt tiếp theo bằng cách bắt đầu liều phóng xạ hoặc phẫu thuật tuyến giáp. Bệnh nhân bệnh nhân có biểu hiện đau khớp hoặc tác dụng phụ bất lợi khi dùng thuốc kháng giáp có thể cần phải tiến hành điều trị triệu chứng bằng phương pháp bắt đầu liều phóng xạ. Cần xem xét khả năng kích hoạt tăng nhiệm vụ của bác sĩ nội tiết do điều trị bằng liều phóng xạ có tác dụng phụ đối với bệnh tim mạch. Có thể xem xét điều trị triệu chứng bằng thuốc kháng giáp, liều pháp liều phóng xạ một phần liều liều phóng xạ hoặc sau điều trị bằng thuốc chẹn beta hoặc dùng dịch kali iodua bão hòa (ít nhất 10 mg mỗi ngày). Phẫu thuật tuyến giáp có thể được chọn trong trường hợp bệnh nhân đa nhân hoặc do dị ứng hoặc gây ra các triệu chứng chèn ép đáng kể, và trong trường hợp có bất kỳ gì ý nào về bệnh ác tính tuyến giáp. Điều trị tạm thời bằng NSAID

Nhiệm vụ cấp nòng bênh nhân lộn tu

Vị trí bệ Biên tậ viên

Th năm, 24 Tháng 8 2023 09:33 -

li u cao ho c prednisone có th giúp gi m b t s khó ch u liên quan đ n s kh i phát c a viêm tụy n giáp bán c p.

B ng 2. Đi u tr

Thu c ch n beta

- Propranolol: 10-30 mg m i 4-6 gi , ho c t ng li u 60-120 mg m i ngày.
- Atenolol: 25-100 mg m i ngày.
- Metoprolol: 25-50 mg m i 12 gi , ho c t ng li u 50-100 mg m i ngày.

Thu c kháng giáp

- Methimazol: 10-60 mg m i ngày.
- Propylthiouracil: 50-150 mg ngày 2 l n.

I t phóng x

Ph u thu t t tụy n giáp

I t

- Dung d ch kali iodua bão hòa: 1 gi t.

Thu c kháng viêm

- Ibuprofen 400-800 mg ngày 1 l n.
- Prednisone 10-40 mg m i ngày.

THEO DÕI

Kết quả của các xét nghiệm chức năng tuyến giáp bao gồm TSH, T4 tự do hoặc toàn phần và T3 toàn phần nên được theo dõi đều đặn trong khoảng thời gian 2-4 tuần khi điều trị và theo dõi rủi ro của nhiệm vụ cấp cứu. Trong trường hợp hợp cấp cứu điều trị, sự ức chế mức TSH có thể kéo dài trong vài tuần sau khi mức hormone tuyến giáp đã được kiểm soát. Điều trị suy giáp sau phẫu thuật hoặc sau phẫu thuật bằng levothyroxin nên được xem xét khi nồng độ T4 và T3 giảm xuống mức thấp bình thường hoặc dưới mức bình thường.

Nguồn: Severe Thyrotoxicosis in the Elderly, Endotext.Org, Updated: June 1, 2023