



# HỘI CHỨNG SAU CAI THUỐC CORTICOID

---

Bs Trương Đoàn Chí Trung  
Phòng khám Nội Thận và Đau  
Khu Dịch vụ ban ngày



## Tình huống lâm sàng (ID : 6733113 )

- Bệnh nhân nữ 66F, đến phòng khám thận nội do phòng khám chuyển vì eGFR giảm từ 55ml/phút còn 32ml ( trong vòng (#3 tuần ); tiểu được không lường số lượng.
- Mệt mỏi , buồn nôn , nôn khan , chán ăn , ăn uống kém . Da khô , da mỏng , bầm da.
- Tiền căn thường xuyên dùng thuốc giảm đau không rõ loại ?
- ĐTĐ 6-7 năm
- Không ghi nhận kiểu hình Cushing , da mỏng , bầm da .
- V/v cần làm rõ các nghi ngờ :
  - ✓ Tổn thương thận cấp(AKI) hay(và) bệnh thận mạn(CKD)?
  - ✓ Nguyên nhân AKI là gì? Thiếu nước , mất nước ?
  - ✓ Nguyên nhân rối loạn tiêu hóa ?
  - ✓ Hội chứng cai corticoid?
  - ✓ Kiểm tra tình trạng : mất bù chuyển hóa không?



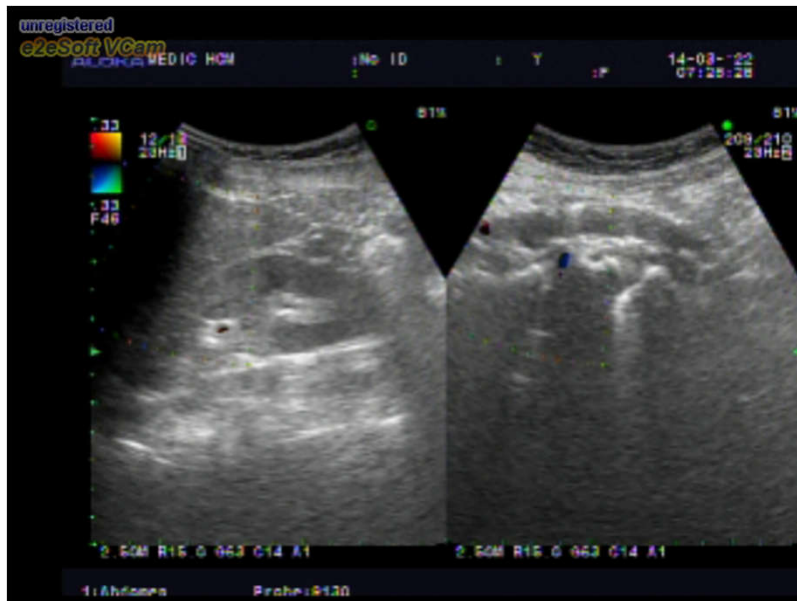


# Tổn thương thận cấp ( URE :CRE#40,3> 20)

URINARY ANALYSIS:	*		QTS2004
<b>1)Chemistry (Sinh Hóa) :</b>	*		
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(µmol/L)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.007	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(NEGATIVE)	
pH	6.0	(4.6-8.0)	
Protein	NEG	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(µmol/L)	
Nitrite	NEG	(NEGATIVE)	
Leucocytes	NEG	(NEGATIVE)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
<b>2)Urine Sediment (Cặn Lắng):</b>	-	(particles/L)	
Red Blood Cells	1	(0 - 15)	
Leucocytes	2	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)	
Uric acid	0	(0 - 6)	
Casts	2	(0 - 6)	
Epithelial Cells	0	(0 - 10)	
Bacteria	1	(0 - 130)	
BK(AFB)/Sputum I	Negative	(NEGATIVE)	
<b>III. SINH HOA - BIOCHEMISTRY</b>			
IONOGRAMME <sup>2</sup> :	*		QTS2007
Na	135.4	(130 - 145 mmol/L)	
K	4.71	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.34	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	106.4	(96 - 108 mmol/L)	
Glucose (FPG) <sup>1</sup>	4.70	(3.90 - 5.90 mmol/L)	QTS2001

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
GGT <sup>1</sup>	143.2 H	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTS2004
SGOT (AST) <sup>1</sup>	38.52 H	(< 35 U/L)	QTS2005
SGPT (ALT) <sup>1</sup>	120.2 H	(3 - 30 U/L)	QTS2003
Uric Acid/Serum <sup>1</sup>	8.12 H	(M : 3.4-7.0; F : 2.4-5.7mg/dL)	QTS2004
hs CRP	1.56	(≤ 3 mg/L)	QTS2028
Urea/ Serum <sup>1</sup>	67.05 H	(15 - 40 mg/dL)	QTS2002
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	1.66 H	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTS2027
eGFR (CKD-EPI)	32 L	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
LDL Cholesterol <sup>2</sup>	2.77	(< 3.00 mmol/L)	QTS2003
Triglycerides <sup>1</sup>	2.05	(0.5 - 2.30 mmol/L)	QTS2015
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
XN nhanh kháng nguyên SARS CoV-2	Âm tính	ÂM TÍNH	
( Dịch ty hầu )	-		
A.F.P <sup>1</sup>	1.87	(< 20 ng/ml)	QT#D006
C.E.A <sup>1</sup>	1.01	(< 5 ng/mL)	QT#D007
C.A 19-9 (Roche) <sup>1</sup>	7.33	(< 31 U/mL)	QT#D008.3
HBsAg (Định tính, qualitative) <sup>1</sup>	NEG S/CO 0.583	(Index < 1; S/Co < 1)	QT#D017
Anti HBs (Định lượng, quantitative) <sup>2</sup>	41.41 H	(≥ 10 mIU/mL)	QT#D123
Anti HCV (Định tính, qualitative) <sup>1</sup>	NEG S/CO 0.027	(S/Co < 1; Index < 1)	QT#D018
CA 72-4 (Cancer antigen 72-4)	<1.50	(<8.20 U/ml)	QT#D032
Troponin-T hs (Roche) <sup>1</sup>	36.00 H	(< 14 ng/L)	QT#D016.3
<b>V. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST</b>			
HP Test-IgG (Elisa)	POS 97.19 U/mL	(< 20 U/mL; GRAYZONE: 20 - 30)	
HP Test-IgM (Elisa)	NEG 13.83 U/mL	(< 30 U/mL; GRAYZONE: 30 - 40)	

# Siêu âm bụng :



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
(Trụ sở: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)  
254 Hòa Hảo, P.4, Q.3, TP. Hồ Chí Minh  
ĐT: 028.38278284 - 028.38272136, Mail: haohao254@medic.com.vn

Đăng ký khám trực tuyến :  
<http://medichh.zoho.com>  
Hoặc app: Medic Hoa Hao



Quy chế kết quả chẩn bệnh của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.



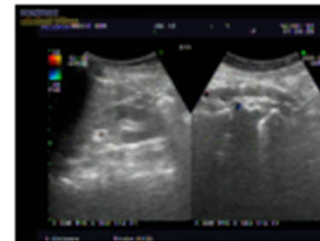
Khoa : SIÊU ÂM TỔNG QUÁT - Phòng 9  
Máy: ALOKA •ProSound α7  
**KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU**

QRCode kết quả

ID : 6733113 Ngày BK: 14/03/2022 07:17  
Họ và tên :  
Địa chỉ :  
Lâm sàng : KIỂM TRA TỔNG QUÁT : ĐAU THƯƠNG VỊ , ẪN ỒI - SỤT CÂN  
BS chỉ định : BS. CKI. LÝ VĂN PHẢI BV chỉ định : MEDIC

## VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, CẤU TRÚC ECHO HƠI DÀY , CÓ GIẢM ẨM VÙNG SÂU , không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TUY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không sỏi, vách mỏng.
- Vùng chậu không u.
- Động mạch chủ bụng không phình. CÓ VAI NỐT XO VỮA
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.- Không tràn dịch màng phổi.
- ĐẠ DÀY CÓ VỊ TRÍ THANH 4-5MM



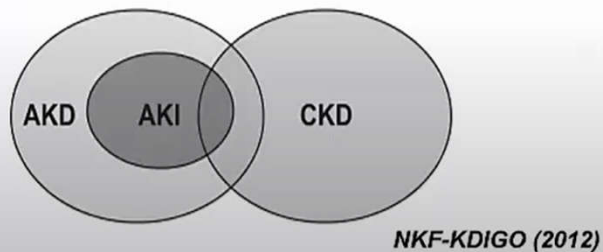
**KẾT LUẬN:** GAN NHIỄM MỜ NHE, VIÊM DẠ DÀY - XO VỮA ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 14/03/2022 07:37  
(Bác sĩ đã ký)  
/

# Bệnh thận cấp

- Tổn thương thận cấp  
**HOẶC**
- GFR <60 ml/ph/1,73m<sup>2</sup> da dưới 3 tháng  
**HOẶC**
- Giảm GFR ≥ 35% hoặc tăng SCr >50% dưới 3 tháng



- Độ lọc giảm 55ml/ph → 32 ml/ph  
→ giảm 41% ( > 35%)



# Tìm hiểu các nguyên nhân RLTH:

- Tại đường tiêu hóa ; cấp hay mạn; viêm dạ dày ,K dạ dày
- Bệnh lý ngoài tiêu hóa:
  - nhiễm trùng ( viêm màng não) ; hc tăng áp lực nội sọ; đau đầu migrain
  - rối loạn nội môi : suy thận Hc tăng ure huyết, tăng calci huyết
  - rối loạn nội tiết : cường giáp, ĐTĐ nhiễm ceton, suy tuyến thượng thận..
- Ngộ độc : thức ăn ,rượu ,thuốc
- Thai kỳ
- Tâm thần

# Nghi Cushing do thuốc : kiểm tra cortisol /máu sáng hôm sau



CÔNG TY TNHH Y TẾ BÒA HỘ  
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
KHOA XÉT NGHIỆM (MERC - LAB)  
(Số đăng ký: 0303.0034.9515 - 2006.6497)  
204 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM  
Tel: 028.357.0294 Đtc: 834 Fax: 028.357.0212  
Email: admin@medlab-hh.com  
www.medlab-hh.com www.medlab-hh.vn

PID: 6733113 S.T.T.: 133  
Ngày giờ đăng ký: 07:02:27 15/03/2022  
Ngày giờ lấy mẫu:  
Ngày giờ nhận mẫu: 07:09:00 15/03/2022  
**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(Bản in trên giấy A4 - Ngày áp dụng 01/05/2019 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên: I  
Ngày tháng năm sinh: 1956  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ: I  
Đơn vị: Meoac  
Nơi lấy mẫu:  
Loại mẫu: Máu

Phái: Nữ  
Quốc tịch:  
ĐT: I

BS yêu cầu: TRUONG.D.C.TRUNG (ANGIO/ GIẢM ĐAU)  
Tình trạng mẫu: Máu

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Cortisol/Blood/Morning <sup>2</sup>	<0.700 I	(8.20 - 19.40 µg/dL)	QTMD033

Ngày: 15/03/2022  
Khoa Xét nghiệm

ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

Chẩn đoán: hội chứng Cushing do thuốc , rối loạn tiểu hóa, theo đó tổn thương thận cấp / bệnh thận mạn ( eGFR=32ml/ph) viêm phổi .

THUỐC ĐIỀU TRỊ: (Gồm 4 loại thuốc)


1. Prednisone 5mg (*Prednisone*) 15 Viên  
Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (sáng ;sau ăn )
2. Sanaperol 20mg (*Raboprazole*) 30 Viên  
Ngày uống 02 lần, lần 01 viên (sáng ,chiều ;trước ăn 30 phút )
3. Kogimin (*Vitamin và khoáng chất*) 15 viên  
Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (sáng ;sau ăn )
4. Furagon (*Co-salt alpha-ketoanalogue ( tổng Nitrogen 36 mg; Ca 50mg)*) 30 viên  
Ngày uống 02 lần, lần 01 viên (sáng ,chiều ;sau ăn )

LỜI DẶN BS  
ăn rau xanh ,trái cây  
chế độ ăn nhiều đạm

Tp.HCM, ngày 15/03/2022 - 08:54  
Bác sĩ điều trị

# Theo dõi bệnh nhân

- sau 1/2 tháng
- khỏe, hết ói, ăn uống được

  
CÔNG TY TNHH Y TẾ BỎA HẢI  
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
KHOA XÉT NGHIỆM (MERC - LAB)  
Hotline: (04) 304 950 - 200 6807  
200 Hòa Mã - P.4 - Q. H. - TP. HCM  
Tel: (04) 304 950 - 200 6807  
Email: labmer@merc-hai.com  
www.merc-hai.com www.merc-hai.com.vn

PID: 6733113 S.T.T.: 72  
Ngày giờ đăng ký: 05:34:03 31/03/2022  
Ngày giờ lấy mẫu:  
Ngày giờ nhận mẫu: 05:38:00 31/03/2022

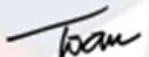
**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(BẢN TIẾP THEO 02.1 - Ngày áp dụng: 2015/2016 - Phiên bản: 1.3)

Phái: Nữ  
Quốc tịch:  
DT:

Ngày tháng năm sinh: 1956  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ: /  
Đơn vị: Mẹ đẻ  
Nơi lấy mẫu:  
Loại mẫu: Máu N. Tiêm

BS yêu cầu: TRƯƠNG Đ. C. TRUNG (ANGIO/ GIẢM ĐAU)  
Tình trạng mẫu: Đưa

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Na	135.8	(130 - 145 mmol/L)	
K	4.86	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.26	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	110.8 H	(96 - 108 mmol/L)	
Glucose (FPG) <sup>1</sup>	6.09 H	(3.90 - 5.90 mmol/L)	QTS1001
Urea/ Serum <sup>1</sup>	51.68 H	(15 - 49 mg/dL)	QTS1002
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	1.22 H	(0: 0.6 - 1.3; 1.0 - 5.1 mg/dL)	QTS1027
eGFR (CKD-EPI)	46	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
Cortisol/Blood/Morning <sup>2</sup>	0.981 L	(6.20 - 19.40 µg/dL)	QTM0013

Ngày: 31/03/2022  
Khoa Xét nghiệm  
  
ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn



# Theo dõi bệnh nhân

- Sau 01 tháng
- Khỏe ,ăn uống tốt

CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢI  
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
KHOA XÉT NGHIỆM (HỒN) - LÂM  
Số 10/10 Đường Nguyễn Huệ - Quận 1  
TP. HCM  
Số điện thoại: 090 31 31 31  
Email: info@hohai.com.vn  
www.hohai.com.vn

PID: 6733113 S.T.T.: 74  
Ngày giờ đăng ký: 05:43:20 06/04/2022  
Ngày giờ lấy máu:  
Ngày giờ nhận mẫu: 05:49:00 06/04/2022

**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(BỘ TỬ KHOA 01) Ngày in hình: 05/03/2022 - Phiên bản: 1.0

Họ tên:  
Ngày tháng năm sinh: 1956  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ:  
Đơn vị: **None**  
Nơi lấy mẫu:  
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu**

Phái: **Nữ**  
Quốc tịch:  
DT:

BS yêu cầu: **TRUONG.D.C.TRUNG (ANGIO) GIẢM ĐAU**  
Tình trạng mẫu: **ok**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Na	139.0	(130 - 145 mmol/L)	
K	4.33	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.36	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	108.0	(96 - 108 mmol/L)	
Glucose (FPG) <sup>1</sup>	4.64	(3.90 - 5.90 mmol/L)	Q751001
Urea/ Serum <sup>1</sup>	41.15	(15 - 49 mg/dL)	Q751002
DัẶc Lợc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	1.16 <b>H</b>	(0.6 - 1.3), (0.5 - 1.1 mg/dL)	Q751027
eGFR (CKD-EPI)	49	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
Cortisol/Blood/Morning <sup>2</sup>	4.67 <b>L</b>	(5.20 - 19.40 µg/dL)	Q751033

Ngày: 06/04/2022  
Khoa Xét nghiệm

*ban*  
ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn



22/04/2022 : cân nhắc giảm liều





■ Case Report

## A Case Report of Steroid Withdrawal Syndrome

Faziana Wahab, Razlina Abdul Rahman\*, Lili Husniati Yaacob, Norhayati Mohd Noor, Nani Draman

Klinik Rawatan Keluarga, Hospital Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian, Malaysia

Current literature supports the reinstatement of steroids as treatment of steroid withdrawal syndrome. To withdraw steroids in a patient who is chronically taking exogenous steroids, the steroids should be gradually reduced to physiological doses (usually 5–7.5 mg of prednisolone) and then reduced by 1 mg fortnightly to 1 mg, and then 1 mg every other day for 14 days.<sup>10</sup> If the patient develops steroid withdrawal symptoms with a suboptimal 9 AM serum cortisol level, a longer duration for reduction of steroids is needed, which is then stopped once the symptoms are resolved.<sup>10</sup> However, there are no clear guidelines on how to replace steroids in patients where the amount of exogenous steroid taken is unknown. In this case, we had difficulty in deciding the replacement dose since we were not privy to the amount taken before. The fact that the patient had stopped the maajun for 2 weeks prior to her presentation makes it more difficult to gauge the starting dose. Nevertheless, due to her age and other comorbidities, we decided to start her on a short course of low-dose prednisolone with plans to taper the dose.

<https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0181>

- Dừng lại liều sinh lý 5- 7,5 mg prednisone
- Giảm 1mg /2 tuần, cho đến còn 1mg /ngày
- 1mg cách ngày trong 14 ngày.
- Kéo dài thời gian giảm liều :
  - khi mức cortisol máu 9AM thấp
  - xuất hiện triệu chứng cai thuốc



## Theo dõi bệnh nhân

- Đang dùng liều sinh lý Prednison 5mg/ngày
- Lâm sàng ổn
- eGFR=49ml/ph
- cortisol máu/ sáng: 4,67ng/dl
- Được giảm liều corticoid 0,25 viên mỗi 2 tuần
- Theo dõi:
  - Lâm sàng :Hội chứng cai thuốc corticoid
  - Ước chế trực TY –TTT
  - Độ lọc cầu thận

# Theo dõi bệnh nhân



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO  
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)  
Hotline: (024) 3834 8982 - 1908 6497  
25- Hồ Tịch - P.4 - Q.Đống Đa - TP. Hà Nội  
Mã số thuế: 0310912240 - Mã số đăng ký kinh doanh: 0310912240  
Email: admin@medic-lab.com  
www.medic-lab.com/medic-lab.com.vn

PID: 6733113 S.T.T.: 89  
Ngày giờ đăng ký: 05:25:34 21/05/2022  
Ngày giờ lấy mẫu: 05:36:00 21/05/2022  
**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(BM.TTKXKX.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:  
Ngày tháng năm sinh: 1956  
Số CCCD/Hộ chiếu:  
Địa chỉ:  
Đơn vị: Medic  
Nơi lấy mẫu:  
Loại mẫu: Máu/N.Tiểu

T. TÂY NINH

Phái: Nữ  
Quốc tịch:  
ĐT

BS yêu cầu: TRƯƠNG.Đ.C.TRUNG (ANGIO/ GIẢM ĐAU)  
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Cl	107.3	(96 - 108 mmol/L)	
Urea/ Serum <sup>1</sup>	68.22 H	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	1.22 H	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	46	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
Cortisol/Blood/Morning <sup>2</sup>	0.192 L	(6.20 - 19.40 µg/dL)	QTMD033
Ferritin <sup>1</sup>	176.0	(M: 22-400; F: 4.6-291 ng/ml)	QTMD010

Ngày: 21/05/2022  
Khoa Xét nghiệm

ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

- Giảm liều 0,25 v/ 2 tuần
- Thời gian 04 tuần
- Lâm sàng : ổn




## Theo dõi bệnh nhân :

<b>2)Urine Sediment (Cặn Lắng):</b>	.	(particles/ $\mu$ L)	
Red Blood Cells	<b>2</b>	(0 - 15)	
Leucocytes	<b>2</b>	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	<b>0</b>	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	<b>0</b>	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	<b>0</b>	(0 - 6)	
Uric acid	<b>0</b>	(0 - 6)	
Casts	<b>0</b>	(0 - 6)	
Epithelial Cells	<b>12_H</b>	(0 - 10)	
Bacteria	<b>0</b>	(0 - 130)	
<b>III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY</b>			
Urea/ Serum <sup>1</sup>	<b>44.81</b>	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	<b>*</b>		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	<b>1.14_H</b>	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	<b>50</b>	( $\geq$ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
Cortisol/Blood/Morning <sup>2</sup>	<b>&lt;0.500_L</b>	(6.02 -18.4 $\mu$ g/dL)	QTMD033




- Sau 08 tuần giảm liều
  - Lâm sàng : khỏe ,ăn uống ngon miệng
  - eGFR=50ml/ph
  - Cortisol/máu=<0.5mcg/dl
- Quyết định cho ngưng thuốc
- Theo dõi :
    - Lâm sàng
    - Tình trạng ức chế TY -TTT( cortisol/máu)
    - Độ lọc cầu thận



# Theo dõi bệnh nhân

 CÔNG TY TNHH Y TẾ ĐOÀ HẢO  
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA  
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)  
Hotline: (024) 3814 9591 - 1900 6497  
25/ Hồ Trì - P.4 - Q.10 - TP.HCM  
Email: admin@medic-lab.com  
www.medic-lab.com/www.medic-lab.com.vn

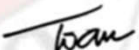
PID: 6733113 S.T.T.: 138  
Ngày giờ đăng ký: 05:15:04 19/08/2022  
Ngày giờ lấy mẫu:  
Ngày giờ nhận mẫu: 05:36:00 19/08/2022

**PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM**  
(Bản TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên: **Phái: Nữ**  
Ngày tháng năm sinh: **1956 Quốc tịch:**  
Số CCCD/Hộ chiếu: **ĐT:**  
Địa chỉ: **Đ. TÂY NINH**  
Đơn vị: **Medic**  
Nơi lấy mẫu: **BS yêu cầu: TRUONG.D.C.TRUNG (ANGIO/ GIẢM ĐAU)**  
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** **Tình trạng mẫu: Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Na	137.6	(130 - 145 mmol/L)	
K	4.77	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.36	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	107.1	(96 - 108 mmol/L)	
<b>Glucose (mmol/L) (FPG)<sup>1</sup></b>	<b>7.47 H</b>	(3.90 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	<b>134.5 H</b>	(70 - 106 mg/dL)	
<b>Urea/ Serum<sup>1</sup></b>	<b>23.49</b>	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum <sup>2</sup>	<b>1.16 H</b>	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	49	(≥ 90 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	
<b>IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY</b>			
Cortisol/Blood/Morning <sup>2</sup> (µg/dL)	<b>≤0.700 L</b>	(6.02 - 18.4 µg/dL)	QTM033
Cortisol (nmol/L)	<b>≤19.31 L</b>	(166.07 - 507.58 nmol/L)	

Ngày: 19/08/2022  
Khoa Xét nghiệm  
  
**ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn**

- Sau ngưng thuốc 02 tuần
- Lâm sàng : buồn nôn trở lại sau ngưng thuốc 1/2 tháng
- Tự dùng lại : prednisone 5mg /ngày



## Hiện tại chẩn đoán :Theo dõi suy tuyến thượng thận mạn do thuốc, bệnh thận mạn

- eGFR= 57ml/phút (20/09/2022)
- Cortisol /máu < 0.007 mcg/dl ( 19/08/2022)

→Xử trí : Prednisone 5mg - 0,5 viên uống /ngày

( Ghi chú : liều 3-5mg/ngày

- Đủ liều : BN khỏe, hết yếu mệt, tăng cân, không còn hạ huyết áp tư thế;
- Không dùng cortisol /máu để chỉnh liều.

**TS.Bs Trần Quang Khánh , " Nội tiết học lâm sàng" ,NXB y học 2021, trang 175)**





Một số bài học :

# Dấu hiệu gợi ý dùng corticoid

- Kiểu hình Cushing : tái phân bố mỡ không đồng đều xương đòn , cổ (buffalo hump) , mặt ( moon face) , mắt mỡ chi
- Mỏng da ,teo cơ ,yếu cơ , vết bầm da ( bruise) ; loãng xương
- Triệu chứng RLTH rầm rộ
- Bạch cầu tăng cao , không biểu hiện nhiễm trùng
- Huyết áp thấp , hạ huyết áp tư thế
- Hạ đường huyết
- Hạ natri máu

- Ví dụ minh họa :ID: 7019310, ói mệ ,PK tiêu hóa →cortisol <0,007ng/dl





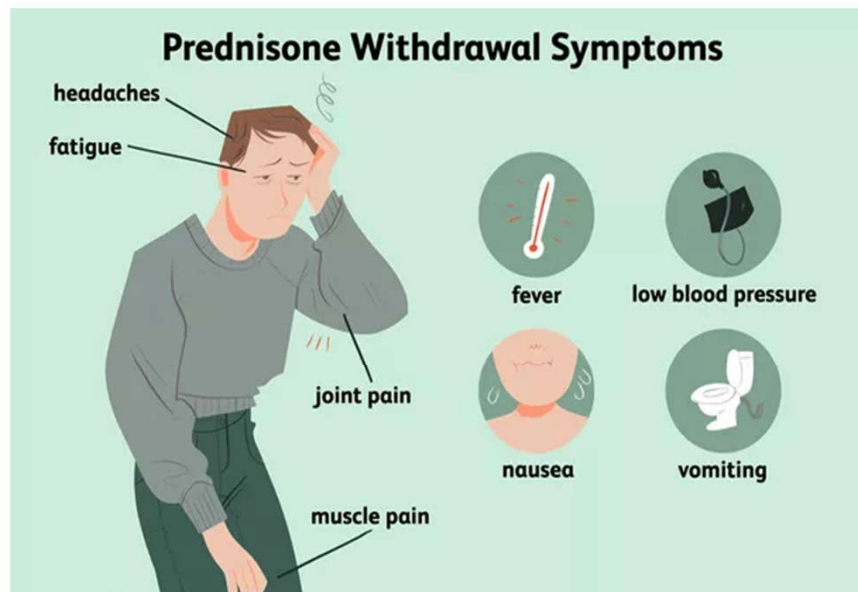
# Hội chứng sau cai thuốc prednisone

## What Are Prednisone Withdrawal Symptoms?

Prednisone withdrawal may cause symptoms like:

- Severe fatigue
- Joint pain
- Fever
- Stiff or tender muscles
- Body aches
- Lightheaded feeling
- No appetite
- Labored breathing
- Vomiting
- Weight loss
- Headaches
- Adrenal crisis, a rare, possibly fatal reaction to a lack of steroid hormone in your body

Withdrawal could also lead to serious psychological symptoms like depression, anxiety, mood swings, mania, or delirium.





Khi nào chẩn đoán suy tuyến thượng thận

## ADRENAL INSUFFICIENCY

### Etiologies

- **Primary** = adrenocortical disease = **Addison's disease**
  - autoimmune**: isolated or in assoc w/ PGA syndromes (see table on page 7-2)
  - infection**: TB, CMV, histoplasmosis
  - vascular**: hemorrhage (usually in setting of sepsis), thrombosis, and trauma
  - metastatic disease**: (90% of adrenals must be destroyed to cause insufficiency)
  - deposition diseases**: hemochromatosis, amyloidosis, sarcoidosis
  - drugs**: ketoconazole, etomidate (even after single dose), rifampin, anticonvulsants
- **Secondary** = pituitary failure of ACTH secretion (but aldosterone **intact** b/c RAA axis) any cause of primary or secondary hypopituitarism (see "Pituitary Disorders")
  - glucocorticoid therapy (can occur after  $\geq 2$  wks of "suppressive doses"; dose effect variable;  $< 10$  mg prednisone daily chronically can be suppressive)
  - megestrol (a progestin with some glucocorticoid activity)

### Clinical manifestations (NEJM 1996;335:1206)

- **Primary or secondary**: weakness and fatigability (99%), anorexia (99%), orthostatic hypotension (90%), nausea (86%), vomiting (75%), hyponatremia (88%)
- **Primary only** (extra s/s due to lack of aldosterone and  $\uparrow$  ACTH): marked orthostatic hypotension (because volume-depleted), hyperpigmentation (seen in creases, mucous membranes, pressure areas, nipples), hyperkalemia
- **Secondary only**:  $\pm$  other manifestations of hypopituitarism (see "Pituitary Disorders")

### Diagnostic studies

- Early a.m. serum cortisol:  $< 3$   $\mu\text{g/dL}$  virtually diagnostic;  $\geq 18$   $\mu\text{g/dL}$  rules it out (except in severe septic shock—see below)
- Standard (250  $\mu\text{g}$ ) **cosyntropin stimulation test** (testing ability of ACTH  $\rightarrow$   $\uparrow$  cortisol)
  - normal = 60-min post-ACTH cortisol  $\geq 18$   $\mu\text{g/dL}$
  - abnormal in *primary* b/c adrenal gland diseased and unable to give adequate output
  - abnormal in *chronic* secondary b/c adrenals atrophied and unable to respond (very rarely, may be normal in *acute* secondary b/c adrenals still able to respond; early a.m. cortisol can be used rather than post-stim value in these cases)
- Low-dose (1  $\mu\text{g}$ ) cort stim: ? more Se than high-dose test (controversial)
- Other tests to evaluate HPA axis (w/ guidance by endocrinologist): insulin-induced

2011 fourth edition

## ADRENAL INSUFFICIENCY

### Etiologies

- **Primary** = adrenocortical disease = **Addison's disease**
  - autoimmune**: isolated or in assoc w/ APS (see table on page 7-2)
  - infection**: TB, CMV, histoplasmosis, paracoccidioidomycosis
  - vascular**: hemorrhage (usually in setting of sepsis), adrenal vein thrombosis, HIT, trauma
  - metastatic disease**: (90% of adrenals must be destroyed to cause insufficiency)
  - deposition diseases**: hemochromatosis, amyloidosis, sarcoidosis
  - drugs**: azole antifungals, etomidate (even after single dose), rifampin, anticonvulsants
- **Secondary** = pituitary failure of ACTH secretion (but aldosterone **intact** b/c RAA axis) any cause of primary or secondary hypopituitarism (see "Pituitary Disorders")
  - glucocorticoid therapy (can occur after  $\leq 2$  wk of "suppressive doses"; dose effect variable; even  $< 10$  mg of prednisone daily chronically can be suppressive)
  - megestrol (a progestin with some glucocorticoid activity)

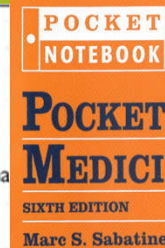
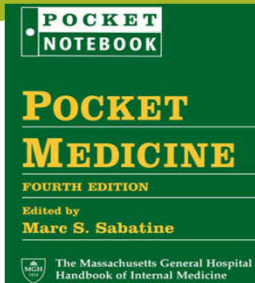
### Clinical manifestations (Lancet 2014;383:2152)

- **Primary or secondary**: weakness and fatigability (99%), anorexia (99%), orthostatic hypotension (90%), nausea (86%), vomiting (75%), hyponatremia (88%)
- **Primary only** (extra s/s due to lack of aldosterone and  $\uparrow$  ACTH): marked orthostatic hypotension (because volume-depleted), salt craving, hyperpigmentation (seen in creases, mucous membranes, pressure areas, nipples), hyperkalemia
- **Secondary only**:  $\pm$  other manifestations of hypopituitarism (see "Pituitary Disorders")

### Diagnostic studies (JCEM 2016;101:364)

- Early a.m. serum cortisol:  $< 5$   $\mu\text{g/dL}$  virtually diagnostic;  $\geq 18$   $\mu\text{g/dL}$  rules it out (except in severe septic shock—see below)
- Standard (250  $\mu\text{g}$ ) **cosyntropin stimulation test** (testing ability of ACTH  $\rightarrow$   $\uparrow$  cortisol)
  - normal = 60-min (or 30-min) post-ACTH cortisol  $\geq 18$   $\mu\text{g/dL}$
  - abnormal in *primary* b/c adrenal gland diseased and unable to give adequate output
  - abnormal in *chronic* secondary b/c adrenals atrophied and unable to respond (very rarely, may be normal in *acute* pituitary injury b/c adrenals still able to respond  $\rightarrow$  use early a.m. cortisol instead)
- Other tests (w/ guidance by endocrinologist): renin, aldosterone, insulin-induced hypoglycemia (measure serum cortisol response); metyrapone (blocks cortisol synthesis and therefore stimulates ACTH, measure plasma 11-deoxycortisol and urinary 17-hydroxycorticosteroid levels)
- Other lab abnormalities: hypoglycemia, eosinophilia, lymphocytosis,  $\pm$  neutropenia
- ACTH:  $\uparrow$  in 1 $^\circ$ ,  $\downarrow$  or low-normal in 2 $^\circ$
- Imaging studies to consider
  - pituitary MRI to detect anatomical abnormalities
  - adrenal CT: small, noncalcified adrenals in autoimmune, enlarged in metastatic disease, hemorrhage, infection or deposition (although they may be normal-appearing)

2017, sixth edition





Một số điều cần nhớ khi dùng corticoid



## Liều corticoid : tương đương prednisone

Liều sinh lý	5mg /ngày	Bổ sung thiếu hormon
Liều thấp (trên sinh lý)	$\leq 7,5$ mg/ ngày	Bổ sung thiếu hormon
Liều trung bình (trên sinh lý)	7,5 -30 mg/ngày	Kháng viêm
Liều cao (trên sinh lý)	30- 100 mg/ ngày	Ức chế miễn dịch ,chống tăng sinh
Liều rất cao ( trên sinh lý)	> 100mg/ ngày	Ức chế miễn dịch mạnh

Trần Viết Thắng MD, Lạm dụng thuốc corticoid và suy thượng thận do corticoid , Thời sự y học 09/2019 ,trang 38-41)



# Thời gian hồi phục TTT sau khi dùng thuốc corticoid

- Dùng liều duy nhất 8AM
- Nên dùng kiểu cách ngày giảm độ tính corticoid
- Dùng liều thấp ,lâu ngày(>2-3 tuần) vẫn phải giảm liều trước khi ngưng thuốc
- Nếu trực TY –TTT ức chế : có thể hồi phục (6 tháng – >1-2 năm )
- Khi bệnh gan dùng Prednisolone ( prednisone chuyển hóa gan thành prednisolone)





## Take home message

- Hội chứng cai corticoid thường gặp trên lâm sàng
- Dấu hiệu gợi ý : chán ăn ,ăn kém, buồn nôn ,nôn + kiểu hình Cushing +tiền căn lạm dụng thuốc corticoid
- Xét nghiệm: cortisol/máu sáng
- Chẩn đoán suy tuyến thượng thận cortisol < 5mcg/dl
- Liều bổ sung prednisone 3-5 mg /ngày
- Giảm liều chậm ( 1mg/ 2 tuần )
- Thời gian hồi phục tuyến thượng thận > 6 tháng.

- Cảm ơn sự chú ý lắng nghe của quý bác sỹ !