

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH VIÊM TUYẾN GIÁP MẠN TÍNH HASHIMOTO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thị Hồng Hạnh^{1,✉}, Vũ Bích Nga²

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu thực hiện trên 98 bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán là viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị ban đầu ở người bệnh viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả ghi nhận viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto gặp chủ yếu ở nữ với tỉ lệ nữ/nam là 7/1, tuổi trung bình là $40,8 \pm 15,1$, nhóm bệnh nhân từ 30 đến 40 tuổi chiếm đa số (36,63%). Một mỗi là dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất. 83,7% số bệnh nhân có kháng thể Anti TPO dương tính, 71,2% có kháng thể Anti Tg dương tính, 4,1% bệnh nhân âm tính với cả 2 kháng thể. 45,9% bệnh nhân viêm tuyến giáp Hashimoto có chức năng tuyến giáp bình thường, 33,7% suy DLS, 19,4% suy giáp, 1% cường giáp. 36 bệnh nhân suy giáp do viêm tuyến giáp Hashimoto được điều trị bằng Levothyroxine, theo dõi sau 8 tuần chỉ có 16/36 bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị.

Từ khóa: Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến giáp là một bệnh nội tiết rất thường gặp. Theo thống kê của Viện Nghiên cứu sức khỏe Hoa Kỳ, bệnh lý tuyến giáp đứng hàng thứ 2 trong các bệnh nội khoa.¹ Trong đó, viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là rối loạn tuyến giáp tự miễn hay gặp nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây suy giáp ở các khu vực đủ iod trên thế giới.² Tỷ lệ mắc bệnh được ước tính là 0,8/1000 người mỗi năm ở nam giới và 3,5/1000 người mỗi năm ở nữ giới.³ Sinh lý bệnh của viêm tuyến giáp Hashimoto liên quan đến việc hình thành các kháng thể kháng tế bào tuyến giáp, các kháng thể này tấn công vào mô tuyến giáp gây xơ hóa tiến triển, dẫn đến hậu quả là tuyến giáp dần dần bị tổn thương, khả năng sản xuất hormone tuyến giáp bị suy giảm dẫn đến suy giáp.⁴ Suy giáp nếu phát hiện muộn có thể gây ra các biến chứng như: rối loạn nhịp

tim, tràn dịch màng tim, hôn mê phù niêm... Đặc biệt, những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời suy giáp có thể dẫn đến vô sinh hiếm muộn. Trên lâm sàng, viêm tuyến giáp Hashimoto tiến triển từ từ và các triệu chứng của bệnh thường không đặc hiệu. Chẩn đoán bệnh ngoài dựa vào triệu chứng lâm sàng còn cần kết hợp với các xét nghiệm về hormone tuyến giáp, kháng thể kháng giáp, siêu âm tuyến giáp, một số trường hợp còn cần kết hợp với chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ. Về điều trị, ở những bệnh nhân viêm tuyến giáp Hashimoto có suy giáp thì phương pháp điều trị chính là liệu pháp hormone thay thế với thuốc được lựa chọn hàng đầu là Levothyroxine đường uống. Liệu thuốc ở các bệnh nhân rất thay đổi, phụ thuộc vào tuổi, cân nặng, chức năng tuyến giáp còn lại, các bệnh lý đi kèm... Ở Việt Nam, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm

Tác giả liên hệ: Lê Thị Hồng Hạnh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Lehonghanh23091994@gmail.com

Ngày nhận: 19/09/2024

Ngày được chấp nhận: 29/10/2024

sàng người bệnh viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và

(2) Nhận xét kết quả điều trị ban đầu bằng Levothyroxine ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto được chẩn đoán lần đầu tại phòng khám nội tiết và khoa nội tiết Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Mục tiêu 1

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto theo hướng dẫn của Hiệp hội tuyến giáp Nhật Bản năm 2010:⁵

- Lâm sàng:

+ Bệnh nhân có tuyến giáp to lan tỏa mà không do nguyên nhân nào khác như Basedow, có trường hợp tuyến giáp bị teo.

+ Hoặc bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng suy giáp.

- Cận lâm sàng:

+ Kháng thể kháng peroxidase (Anti – TPO) dương tính.

+ Kháng thể kháng thyroglobulin (Anti – Tg) dương tính.

+ Xét nghiệm tế bào học thấy thâm nhiễm tế bào lympho trong tuyến giáp.

→ Người bệnh được chẩn đoán là viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto nếu đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lâm sàng và bất kỳ một tiêu chuẩn xét nghiệm nào.

Mục tiêu 2

Những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu của mục tiêu 1, đồng thời có một trong các ý sau, được nhận vào điều trị với Levothyroxine⁶:

- Suy giáp rõ khi TSH tăng > 4 mU/l đồng thời FT4 giảm FT4 < 12 pmol/l.

- Suy giáp dưới lâm sàng với TSH ≥ 10 mU/l, FT4 bình thường.

- Suy giáp dưới lâm sàng với TSH < 10 mU/l chỉ định với những bệnh nhân < 70 tuổi, có các triệu chứng lâm sàng phù hợp suy giáp hoặc có bướu giáp và có tăng kháng thể kháng giáp.

- Suy giáp dưới lâm sàng với TSH > 4 mU/l kèm vô sinh, chuẩn bị sử dụng thuốc kích thích rụng trứng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Loại trừ khỏi nghiên cứu các bệnh nhân có bệnh lý tuyến yên, có tiền sử phẫu thuật cắt tuyến giáp hoặc có bệnh lý tuyến giáp khác: Basedow, các loại viêm tuyến giáp khác (viêm tuyến giáp bán cấp, viêm tuyến giáp sau sinh...), phụ nữ có thai, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu:

Mục tiêu 1: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Mục tiêu 2: nghiên cứu can thiệp.

Chọn mẫu và cỡ mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{0,05^2}$$

Trong đó:

+ n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu.

+ $Z_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị Z tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị này là 1,96.

+ p: tỉ lệ mắc viêm tuyến giáp Hashimoto tại cộng đồng.

Theo 1 phân tích tổng hợp từ 48 nghiên cứu của tác giả Xiaojie Hu và cộng sự: Tỷ lệ mắc viêm tuyến giáp Hashimoto của người châu Á là 5,8%.⁷

Áp dụng công thức trên, ta có $n = 87$.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới.
- Định lượng TSH, hormon tuyến giáp FT3, FT4 theo phương pháp điện hóa phát quang bằng máy Roche (Nhật Bản).

- Đánh giá chức năng tuyến giáp như sau:⁸

+ Bình giáp: TSH, FT3, FT4 trong giới hạn bình thường.

+ Suy giáp rõ khi: TSH tăng kết hợp với FT3, FT4 giảm.

+ Suy giáp dưới lâm sàng (suy giáp DLS) khi: TSH tăng, FT3, FT4 trong giới hạn bình thường.

+ Cường giáp rõ: TSH giảm, FT3, FT4 tăng.

+ Cường giáp DLS: TSH giảm, FT3, FT4 trong giới hạn bình thường.

(Khoảng tham chiếu bình thường của TSH, FT3, FT4 thay đổi tùy thuộc vào máy xét nghiệm và 1 số nghiên cứu chỉ ra rằng TSH thay đổi theo tuổi nên chúng tôi thống nhất sử dụng khoảng tham chiếu của các xét nghiệm như sau:

+ Nồng độ TSH tăng: $TSH > 4$ mU/l.

+ Nồng độ TSH giảm: $TSH < 0,1$ mU/l.

+ Nồng độ FT3, FT4 tăng: $FT3 > 6,5$ pmol/l, $FT4 > 22$ pmol/l.

+ Nồng độ FT3, FT4 giảm: $FT3 < 3,5$ pmol/l, $FT4 < 12$ pmol/l.

- Kháng thể Anti TPO dương tính khi ≥ 34 UI/ml, Anti Tg dương tính khi ≥ 115 UI/ml.

- Siêu âm tuyến giáp đánh giá hình ảnh tuyến giáp trên siêu âm: giảm âm không đồng nhất, các dải xơ, các ổ giảm âm... đo kích thước tuyến giáp đánh giá thể tích tuyến giáp (bình thường 7 - 20ml, phì đại > 20 ml, teo nhỏ < 7 ml).⁸

* Về điều trị nội khoa viêm tuyến giáp Hashimoto có suy giáp:

- Về chỉ định điều trị Levothyroxine theo hướng dẫn của Hiệp hội Tuyến giáp Châu Âu: bệnh nhân được nhận vào điều trị khi thỏa mãn những tiêu chuẩn chọn mẫu của mục tiêu 2.⁶

- Liều lượng Levothyroxine như sau:^{6,9}

+ Liều thay thế hoàn toàn hormon tuyến giáp là 1,6 - 1,8 μ g/kg/ngày.

+ Với những trường hợp suy giáp DLS, tuổi cao (> 70 tuổi), những người có bệnh lí tim mạch đi kèm thì nên khởi trị với liều thấp hơn 25 μ g/ngày hoặc 50 μ g/ngày.

- Các bệnh nhân có chỉ định điều trị được theo dõi trong 8 tuần.

- Theo dõi các triệu chứng quá liều thuốc: sụt cân, tiêu chảy, sợ nóng, đau ngực, nhịp tim nhanh...

- Xét nghiệm lại FT4, TSH sau 8 tuần điều trị.

- Mục tiêu TSH ở hầu hết các bệnh nhân là 0,4 - 4 mU/l, ở những bệnh nhân cao tuổi mục tiêu TSH có thể cao hơn (1 - 5 mU/l).

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

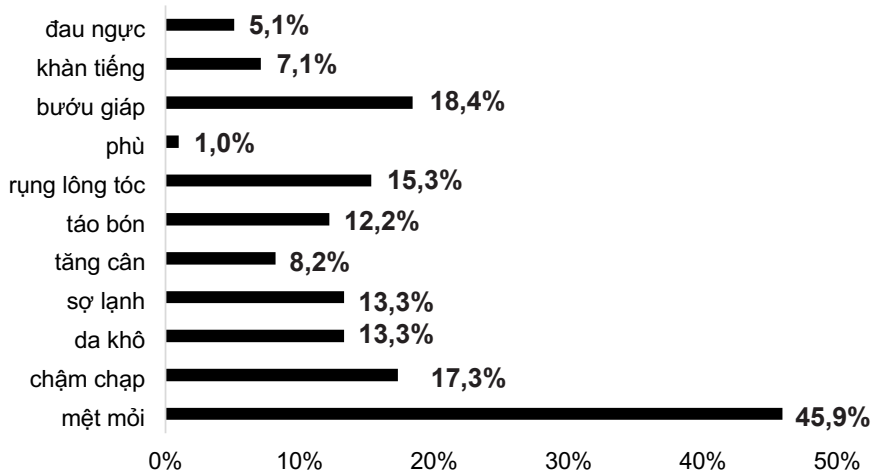
Nghiên cứu được tiến hành dưới sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, sau khi đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học thông qua, đồng ý cho triển khai. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu trước khi thực hiện. Thông tin của bệnh nhân tham gia nghiên cứu được mã hóa, mọi số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và không gây hại cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Trong 98 bệnh nhân nghiên cứu thì phần lớn là nữ giới chiếm tỉ lệ 87,8 % (86/98 bệnh nhân), có 12 bệnh nhân nam giới, chiếm tỉ lệ 12,2% ($p < 0,01$). Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh

nhân nghiên cứu là $40,8 \pm 15,1$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 18, cao nhất là 75. Số lượng bệnh nhân

trong độ tuổi 30 - 40 tuổi là nhiều nhất chiếm tỉ lệ 31,63%.



Biểu đồ 1. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp của đối tượng nghiên cứu

Mệt mỏi là dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất (45,9%), tiếp đến là bướu giáp (18,4%), chậm chạp (17,3%), rụng lông tóc (15,3%), da khô (13,3%), sợ lạnh (13,3%), chỉ có 1 bệnh nhân trong nghiên cứu có biểu hiện phù.

Trong 98 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, có 82 bệnh nhân có kháng thể Anti TPO dương tính (chiếm tỉ lệ 83,7%), có 16 bệnh nhân xét nghiệm kháng

thể Anti TPO âm tính (chiếm tỉ lệ 16,3%). Nồng độ Anti TPO trung bình là $323,8 \pm 228,15$ UI/ml. Nồng độ Anti Tg trung bình là $870,7 \pm 11269,9$ UI/ml. 71,2% bệnh nhân có xét nghiệm kháng thể Anti Tg dương tính, 28,8% xét nghiệm Anti Tg âm tính. 4/98 bệnh nhân âm tính với cả 2 kháng thể (chiếm tỉ lệ 4,1%) được chẩn đoán dựa vào kết quả chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm.

Bảng 2. Nồng độ FT3, FT4, TSH

Nồng độ	$\bar{X} \pm SD$	min	max
FT3 (pmol/l)	$4,35 \pm 1,16$	0,69	7,73
FT4 (pmol/l)	$13,96 \pm 3,71$	0,59	22,6
TSH (mU/l)	$8,85 \pm 17,05$	0,05	≥ 100

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan nghịch biến chặt chẽ giữa nồng độ FT4 và TSH theo

phương trình: Nồng độ TSH = $-3,457 \times$ Nồng độ FT4 + 57,102 (với $r = 0,744$ và $p = 0,000$).

Bảng 3. Đặc điểm chức năng tuyến giáp của đối tượng nghiên cứu

Chức năng tuyến giáp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bình giáp	45	45,9
Suy giáp dls	33	33,7

Chức năng tuyến giáp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Suy giáp rõ	19	19,4
Cường giáp	1	1
Tổng	98	100

Trong 98 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, chúng tôi gặp cả 4 trạng thái chức năng tuyến giáp, trong đó 45,9% số bệnh nhân có chức năng tuyến giáp bình thường, 33,7% số bệnh nhân suy giáp DLS, 19,4% số bệnh nhân suy giáp rõ, chỉ có 1 bệnh nhân cường giáp (chiếm tỉ lệ 1%). Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa chức năng tuyến giáp và nồng độ Anti TPO ($p = 0,157$).

Trên siêu âm, hình ảnh tuyến giáp giảm

âm lan tỏa, không đều, kích thước tuyến giáp bình thường là hay gặp nhất (80/98 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 81,6%), có 15/98 bệnh nhân có kích thước tuyến giáp phì đại (chiếm tỉ lệ 15,3%), 3 bệnh nhân có tuyến giáp teo nhỏ (chiếm tỉ lệ 3,1%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36 bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng Levothyroxine, trong đó có 19 bệnh nhân suy giáp rõ, 17 bệnh nhân suy giáp DLS.

Bảng 4. Liều Levothyroxine trung bình khởi đầu và sau 8 tuần điều trị

	Liều Levothyroxine ($\mu\text{g}/\text{ngày}$)	n	Khởi đầu	Sau 8 tuần
Theo mức độ suy giáp	Suy giáp DLS	16	32,14 \pm 18,04	46,09 \pm 18,65
	Suy giáp rõ	19	50,68 \pm 15,42	59,27 \pm 12,77
			$p = 0,003$	$p = 0,005$
Theo tuổi	< 70	28	47,82 \pm 18,59	52,23 \pm 19,22
	≥ 70	8	40,62 \pm 12,94	47,75 \pm 9,51
			$p = 0,315$	$p = 0,491$
Theo BMI	Cân nặng trung bình	29	44,54 \pm 16,18	49,33 \pm 17,22
	Thừa cân	4	52,78 \pm 19,54	58,33 \pm 17,67
	Béo phì	3	56,25 \pm 31,46	62,5 \pm 25
			$p = 0,433$	$p = 0,301$

Bảng 5. Nồng độ FT4, TSH trung bình trước và sau điều trị

	Trước điều trị	Sau 8 tuần	Thay đổi	p
FT4 (pmol/l)	12,04 \pm 4,58	16,98 \pm 4,41	4,94 \pm 6,13	< 0,01
TSH (mU/l)	20,58 \pm 25,67	6,82 \pm 16,36	13,76 \pm 19,78	< 0,01

Sau 8 tuần điều trị, chỉ có 16/36 bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị (chiếm tỉ lệ 44,4%), không có bệnh nhân nào có triệu chứng quá liều thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 98 bệnh nhân trong độ tuổi từ 18 đến 75 tuổi, tuổi trung bình là $40,8 \pm 15,1$ tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân từ 30 - 40 tuổi chiếm đa số (31,63%). Độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Eranga và cộng sự khi nghiên cứu về bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto ở người Sri Lanka (tuổi trung bình là 43,3, nhóm tuổi hay gặp từ 41 - 60 tuổi).¹⁰

Phân bố giới tính của viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto cho thấy nữ giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nữ/ nam là 7/1, tương tự như các nghiên cứu trước đây tần suất mắc bệnh ở nữ cao hơn nam giới từ 4 - 10 lần.²

Mệt mỏi là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất (45,9%) nhưng không phải là triệu chứng đặc hiệu và dễ bị bỏ qua. Tiếp đến là các triệu chứng bướu giáp to, chậm chạp, rụng lông tóc... Tuy nhiên, các triệu chứng này cũng gặp với tỷ lệ không cao (< 20%). Do bệnh thường được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám sức khỏe tổng quát.

Về xét nghiệm kháng thể kháng tuyến giáp, sự hiện diện của 2 kháng thể là anti TPO và anti Tg gợi ý viêm tuyến giáp Hashimoto, tuy nhiên có khoảng 10% bệnh nhân có thể âm tính với các kháng thể này. Trong giai đoạn đầu của bệnh thì kháng thể anti Tg tăng rõ, anti TPO tăng vừa, sau đó thì anti Tg giảm dần và có thể biến mất nhưng anti TPO vẫn còn tồn tại nhiều năm.¹¹ Anti TPO có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn anti Tg trong chẩn đoán bệnh tuyến giáp tự miễn nên nhiều bệnh viện và phòng khám lựa chọn xét nghiệm anti TPO để sàng lọc bệnh tuyến giáp tự miễn. Tuy nhiên trong nhiều y văn gần đây người ta đề nghị làm anti Tg khi anti TPO âm tính ở những bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp.^{12,13} Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83,7% bệnh nhân có kháng thể anti TPO dương

tính, 71,2% bệnh nhân có kháng thể anti Tg dương tính, 4 bệnh nhân âm tính với cả 2 kháng thể được chẩn đoán dựa trên kết quả chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ.

Chức năng tuyến giáp trong bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto có thể gặp các trạng thái từ bình giáp đến suy giáp, thậm chí có cả cường giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp cả 4 trạng thái chức năng tuyến giáp với tỉ lệ: bình giáp 45,9%, cường giáp 1%, suy giáp DLS 33,7%, suy giáp rõ 19,4%. Trong đó, bình giáp là hay gặp nhất bởi đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều phát hiện bệnh tình cờ khi đi kiểm tra sức khỏe. Theo nghiên cứu của Whichkham, tỉ lệ chuyển thành suy giáp rõ là 4,3%/năm nếu bệnh nhân có tăng cả nồng độ anti TPO và TSH, 2,1% nếu chỉ tăng anti TPO.¹⁴ Do đó, những bệnh nhân có tăng anti TPO mà chưa có suy giáp thì cần theo dõi và xét nghiệm hormon tuyến giáp định kỳ hàng năm để phát hiện sớm và điều trị kịp thời suy giáp. Với những bệnh nhân bị cường giáp do viêm tuyến giáp Hashimoto thường chỉ cần theo dõi và dùng thuốc chẹn beta giao cảm, các triệu chứng cường giáp sẽ hết trong vòng từ 3 - 24 tháng.

Siêu âm tuyến giáp là một công cụ hữu ích hỗ trợ cho chẩn đoán bệnh. Ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, hình ảnh siêu âm cho thấy là hình ảnh tuyến giáp nhu mô giảm âm lan tỏa, không đều và thường không tăng sinh mạch trên Doppler.¹⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có kích thước tuyến giáp bình thường, nhu mô giảm âm lan tỏa không đều (81,6%), 1 số trường hợp có kích thước tuyến giáp phì đại (15,3%), ít trường hợp tuyến giáp teo nhỏ (3,1%).

Với những bệnh nhân suy giáp viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto việc điều trị bằng hormon thay thế là cần thiết, chỉ định điều trị

khi TSH ≥ 10 mU/l, với những bệnh nhân TSH < 10 mU/l chỉ định điều trị ở những bệnh nhân < 70 tuổi khi có các triệu chứng phù hợp với suy giáp, bướu giáp hoặc có tăng các kháng thể kháng tuyến giáp.^{9,6} Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36/52 bệnh nhân suy giáp có chỉ định điều trị bằng Levothyroxine. Liều Levothyroxine ở nhóm bệnh nhân suy giáp DLS thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm suy giáp rõ với $p < 0,01$. Ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi, liều Levothyroxine thấp hơn nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi và liều Levothyroxine tăng lên khi cân nặng tăng. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa đề cập đến một số yếu tố như các bệnh lý đi kèm của bệnh nhân, thời điểm uống thuốc, 1 số thuốc ảnh hưởng đến hấp thu Levothyroxine... Đây là điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi. Sau 8 tuần điều trị, chỉ có 16/36 bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị, 20 bệnh nhân vẫn còn suy giáp, không có bệnh nhân nào có triệu chứng quá liều thuốc.

V. KẾT LUẬN

Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto hay gặp ở nữ giới, nhóm tuổi hay gặp là 30 - 40 tuổi, triệu chứng lâm sàng của bệnh không đặc hiệu. Trong viêm tuyến giáp Hashimoto, có thể gặp cả 4 trạng thái chức năng tuyến giáp bao gồm: bình giáp, suy giáp DLS, suy giáp rõ, cường giáp. Với những bệnh nhân có chức năng tuyến giáp bình thường nên được theo dõi và xét nghiệm hormon tuyến giáp định kỳ hàng năm để phát hiện và điều trị sớm suy giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NMH. Epidemiology and Estimated Population Burden of Selected Autoimmune Diseases in the United States. *Clin Immunol Immunopathol.* 1997; 84(3): 223-243. doi:10.1006/clin.1997.4412.
- Ragusa F, Fallahi P, Elia G, et al. Hashimoto's thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2019; 33(6): 101367. doi:10.1016/j.beem.2019.101367.
- Mincer DL, Jialal I. Hashimauoto Thyroiditis. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2023. Accessed June 22, 2023.
- Hashimoto thyroiditis: an evidence-based guide to etiology, diagnosis and treatment. doi:10.20452/pamw.16222
- Guidelines | Japan Thyroid Association. Accessed October 7, 2024. <https://www.japanthyroid.jp/en/guidelines>.
- Pearce SHS, Brabant G, Duntas LH, et al. 2013 ETA Guideline: Management of Subclinical Hypothyroidism. Published online December 1, 2013. doi:10.1159/000356507.
- Hu X, Chen Y, Shen Y, Tian R, Sheng Y, Que H. Global prevalence and epidemiological trends of Hashimoto's thyroiditis in adults: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2022; 10. doi:10.3389/fpubh.2022.1020709.
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol.* 2012; 18(6): 988-1028. doi:10.4158/EP12280.GL.
- Sieu am tong quat (Pham Minh Thong) (BV Bach Mai).pdf. Google Docs. Accessed September 17, 2024.
- Siriweera EH, Ratnatunga NVI. Profile of Hashimoto's Thyroiditis in Sri Lankans: Is There an Increased Risk of Ancillary Pathologies in Hashimoto's Thyroiditis? *J Thyroid Res.* 2010; 2010:124264. doi:10.4061/2010/124264.
- Sarı E, Karaoglu A, Yeşilkaya E, Sarı E, Karaoglu A, Yeşilkaya E. Hashimoto's

Thyroiditis in Children and Adolescents. In: *Autoimmune Disorders - Current Concepts and Advances from Bedside to Mechanistic Insights*. IntechOpen; 2011. doi:10.5772/24755.

12. Đánh giá vai trò của các kháng thể kháng giáp ở bệnh nhân bướu giáp tự miễn trẻ em. Hội Nội Tiết - Đái Tháo Đường Miền Trung Việt Nam. Accessed August 15, 2024.

13. Swain M, Swain T, Mohanty BK. Autoimmune thyroid disorders-An update. *Indian J Clin Biochem*. 2005; 20(1): 9-17.

doi:10.1007/BF02893034.

14. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG, French JM, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1995; 43(1): 55-68. doi:10.1111/j.1365-2265.1995.tb01894.

15. Wu G, Zou D, Cai H, Liu Y. Ultrasonography in the diagnosis of Hashimoto's thyroiditis. *Front Biosci-Landmark*. 2016; 21(5): 1006-1012. doi:10.2741/4437.

Summary

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOME OF PATIENTS WITH HASHIMOTO 'THYROIDITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The study was conducted on 98 patients newly diagnosed with Hashimoto's thyroiditis, aiming to describe the clinical, subclinical characteristics and evaluate treatment outcomes for the aforementioned patients at Hanoi Medical University Hospital. The results indicated that Hashimoto's thyroiditis primarily affects females, with a female-to-male ratio of 7:1 and a mean age of 40.8 ± 15.1 years. The majority were aged between 30 and 40 years old (36.63%). Fatigue was the most commonly reported clinical symptom. 83.7% tested positive for Anti TPO antibodies, 71.2% for Anti Tg antibodies, and 4.1% were negative for both antibodies. Additionally, 45.9% of patients with Hashimoto's thyroiditis had normal thyroid function, 33.7% had subclinical hypothyroidism, 19.4% had hypothyroidism, and 1% had hyperthyroidism. Thirty-six patients with hypothyroidism due to Hashimoto's thyroiditis were treated with Levothyroxine. After 8 weeks of follow-up, only 16 out of 36 patients reached the treatment goals.

Keywords: Hashimoto 'Thyroiditis.