

# NGUYÊN NHÂN NHIỄM ĐỘC GIÁP VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHIỄM ĐỘC GIÁP ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Vũ Bích Nga<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quang Bảy<sup>1</sup>, Nguyễn Thành Lâm<sup>1</sup>  
Đặng Vũ Ngọc An<sup>1</sup> và Nguyễn Thị Thanh Hương<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Với mục tiêu xác định nguyên nhân nhiễm độc giáp và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm độc giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 370 người bệnh nhiễm độc giáp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 đến tháng 12/2023. Basedow là nguyên nhân gây nhiễm độc giáp thường gặp nhất, chiếm 82,4% trong nghiên cứu của chúng tôi. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn là viêm tuyến giáp bán cấp (1,6%), bướu đơn nhân độc (1,1%), bướu đa nhân độc (0,8%), do thai (3%), do sử dụng các thuốc chứa iod (1,1%), do quá liều hormon tuyến giáp (0,8%). Còn có 31 bệnh nhân (8,3%) chưa rõ nguyên nhân. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là  $42,32 \pm 14,19$  (tuổi). Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 31 - 40 tuổi, chiếm (28,9%).

Từ khóa: Nguyên nhân nhiễm độc giáp, cường giáp.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm độc giáp là bệnh nội tiết thường gặp, tỷ lệ mắc cường giáp trên thế giới dao động từ 0,2 đến 1,4% tùy từng khu vực.<sup>1,2</sup> Ở Mỹ, tỷ lệ nhiễm độc giáp gặp ở khoảng 1,2% dân số (0,5% cường giáp dưới lâm sàng và 0,7% cường giáp rõ).<sup>3</sup> Tại Việt Nam, theo thống kê tại Khoa Nội tiết Đái tháo đường Bệnh viện Bạch Mai thì nhiễm độc giáp đứng hàng thứ 2 trong số các bệnh nội tiết thường gặp, chỉ sau bệnh đái tháo đường.

Bệnh nhiễm độc giáp không được điều trị có thể gây rối loạn nhịp tim, suy tim, loãng xương, ở phụ nữ mang thai có thể gây sảy thai, thai lưu, dị tật bẩm sinh và kết quả thai kỳ bất lợi... Ngoài ra, có thể liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong

ở người nhiễm độc giáp nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.<sup>4,5</sup>

Nhiễm độc giáp do nhiều nguyên nhân gây ra. Nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh nhiễm độc giáp là bệnh Basedow, chiếm từ 60 - 80% các nguyên nhân nhiễm độc giáp. Các nguyên nhân khác gây cường giáp và nhiễm độc giáp bao gồm các nhân độc tuyến giáp, viêm tuyến giáp bán cấp, viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto... Các nguyên nhân nhiễm độc giáp khác nhau sẽ có phương hướng điều trị khác nhau. Xác định nguyên nhân để có thái độ điều trị đúng là rất quan trọng nhằm tránh được các biến chứng của bệnh.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về các nguyên nhân gây nhiễm độc giáp. Tại Việt Nam, trước đây ít chú ý đến tìm nguyên nhân nhiễm độc giáp, tuy nhiên ngày nay với sự hiểu biết sâu rộng hơn và với nhiều phương tiện chẩn đoán đầy đủ hơn, chúng ta có thể xác định

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Hương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: [nguong111@yahoo.com](mailto:nguong111@yahoo.com)

Ngày nhận: 20/09/2024

Ngày được chấp nhận: 29/10/2024

được nguyên nhân của từng loại nhiễm độc giáp, trên cơ sở đó sẽ điều trị theo nguyên nhân giúp người bệnh mau chóng khỏi bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

- Mô tả tỉ lệ các nguyên nhân nhiễm độc giáp thường gặp ở người bệnh nhiễm độc giáp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của một số nguyên nhân nhiễm độc giáp thường gặp của đối tượng trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Trong thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 12 năm 2023 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã thu nhận được 370 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm độc giáp theo tiêu chuẩn của ATA 2016 (FT4 tăng, TSH giảm).<sup>3</sup>

#### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân không đủ các thông tin nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang, tiền cứu.

#### **Các biến số nghiên cứu:**

- Tuổi, giới.
- Tiền sử dùng thuốc: hormone tuyến giáp, thuốc chứa iod...
- Biểu hiện lâm sàng nhiễm độc giáp: mạch nhanh, gầy sút cân, da nóng ẩm.
- Tuyến giáp to, có nhân, đau tại tuyến giáp.
- Lòi mắt, bệnh lý mắt.
- Các xét nghiệm bắt buộc: FT4, TSH.
- Các xét nghiệm đánh giá nguyên nhân: siêu âm tuyến giáp, TRab, anti TPO, công thức máu, máu lắng (nếu nghi ngờ viêm tuyến giáp bán cấp), xạ hình tuyến giáp nếu nghi ngờ nhân nóng giáp trạng, beta HCG nếu bệnh nhân nữ trong lứa tuổi sinh nở và có chậm kinh.

- Chẩn đoán nguyên nhân nhiễm độc giáp theo ATA 2016:<sup>3</sup>

+ Basedow: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng, có thể có lòi mắt, bướu giáp to là bướu mạch, xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, TRab tăng, siêu âm tuyến giáp giảm âm, tăng sinh mạch.

+ Bướu đơn nhân độc giáp trạng: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, TRab không tăng, anti TPO không tăng, siêu âm tuyến giáp có nhân đặc giảm âm, xạ hình tuyến giáp có hình ảnh một nhân nóng.

+ Bướu đa nhân độc: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, TRab không tăng, anti TPO không tăng, siêu âm tuyến giáp có nhiều nhân đặc giảm âm, xạ hình tuyến giáp có hình ảnh ít nhất hai nhân nóng.

+ Viêm tuyến giáp bán cấp: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, máu lắng tăng, bạch cầu đa nhân trung tính không tăng, tuyến giáp đau, có thể sốt, siêu âm tuyến giáp có vùng giảm âm, ranh giới không rõ, ấn đầu dò siêu âm vùng đó người bệnh đau.

+ Cường giáp do thai: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, có thai xét nghiệm beta HCG tăng, TRab bình thường, anti TPO bình thường, siêu âm tuyến giáp không tăng sinh mạch, không sử dụng thuốc gây nhiễm độc giáp như hormone tuyến giáp, thuốc có chứa iod.

+ Viêm tuyến giáp Hashimoto: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, anti TPO tăng, TRab bình thường.

+ Sử dụng các thuốc chứa iod: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, có tiền sử dùng các thuốc chứa iod (amiodarone, chất cản quang) trong vòng 12 tháng trước đó, siêu âm tuyến giáp không nhân, không tăng sinh mạch, beta HCG bình thường.

+ Nhóm nguyên nhân khác: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và xét nghiệm FT4 tăng, TSH giảm, anti TPO bình thường, TRab bình thường, không sử dụng các thuốc chứa iod trong vòng 12 tháng, hiện không có thai, siêu âm tuyến giáp không có nhân.

- Chẩn đoán mức độ nặng của nhiễm độc giáp: dựa vào nồng độ FT4 (theo phân loại của Iglesias P và cộng sự năm 2010).<sup>5</sup>

+ Nhiễm độc giáp mức độ nhẹ: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và FT4  $\leq 50$  nmol/l.

+ Nhiễm độc giáp mức độ trung bình: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và FT4 từ 51 - 100 nmol/l.

+ Nhiễm độc giáp mức độ nặng: Hội chứng nhiễm độc giáp lâm sàng và FT4  $> 100$  nmol/l.

- Lòai mắt: độ lòai mắt được đo bằng thước Hertel. Người Châu Á khi đo  $\geq 18$ mm được chẩn đoán là lòai mắt.

- Trab: được định lượng trên máy Cobass 8000 của hãng Roche bằng phương pháp điện hóa phát quang tại khoa Sinh hóa Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Giá trị ngưỡng là 1,75 UI/L. TRAb máu  $> 1,75$  UI/L là tăng.

### Xử lý số liệu

Theo thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.0.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, tham gia trên tinh thần tự nguyện. Các thông tin cá nhân được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật. Các xét nghiệm trong nghiên cứu là cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 8 đến tháng 12/2023, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã có 370 người bệnh chẩn đoán nhiễm độc giáp theo tiêu chuẩn của ATA 2016 được thăm khám và điều trị. Trong số 370 bệnh nhân nhiễm độc giáp, có 305 bệnh nhân Basedow, 6 bệnh nhân viêm tuyến giáp bán cấp, 4 bệnh nhân bướu đơn nhân độc, 3 bệnh nhân bướu đa nhân độc, 3 bệnh nhân viêm tuyến giáp Hashimoto, 11 bệnh nhân cường giáp do thai, 3 bệnh nhân cường giáp do quá liều hormon tuyến giáp, 4 bệnh nhân cường giáp do sử dụng các thuốc chứa iod, 31 bệnh nhân cường giáp do các nguyên nhân khác (cường giáp chưa rõ nguyên nhân).

**Bảng 1. Nguyên nhân nhiễm độc tuyến giáp (n = 370)**

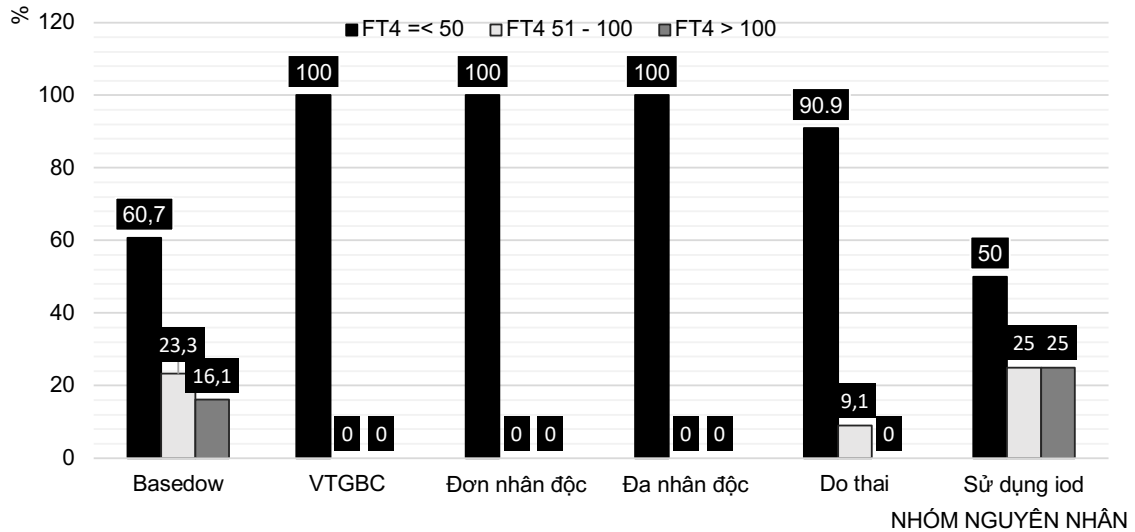
Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Basedow	305	82,4
Viêm tuyến giáp bán cấp	6	1,6
Bướu đơn nhân độc	4	1,1
Bướu đa nhân độc	3	0,8
Viêm tuyến giáp Hashimoto	3	0,8
Cường giáp do thai	11	3,0
Quá liều hormon tuyến giáp	3	0,8
Sử dụng các thuốc chứa iod	4	1,1
Nguyên nhân khác	31	8,4
Tổng	370	100,0

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là:  $42,32 \pm 14,19$  (tuổi). Tuổi trung bình ở nhóm bướu đơn nhân độc và bướu đa nhân độc cao hơn so với tuổi trung bình ở các nhóm nguyên nhân còn lại, với tuổi trung bình

ở hai nhóm lần lượt là  $62,25 \pm 4,5$  (tuổi) và  $58 \pm 29,13$  (tuổi). Tuổi trung bình ở nhóm cường giáp do thai là thấp nhất, với tuổi trung bình là  $35,09 \pm 9,58$  (tuổi).

**Bảng 2. Đặc điểm về tuổi và giới của các nhóm nguyên nhân nhiễm độc giáp**

Nguyên nhân	Giới tính		Tuổi trung bình	Tổng
	Nam	Nữ		
Basedow	76	229	$41,18 \pm 13,76$	305
	24,9%	75,1%		100,0%
Viêm tuyến giáp bán cấp	0	6	$45,16 \pm 7,35$	6
	0,0%	100,0%		100,0%
Bướu đơn nhân độc	1	3	$62,25 \pm 4,5$	4
	25,0%	75,0%		100,0%
Bướu đa nhân độc	1	2	$58 \pm 29,13$	3
	33,3%	66,7%		100,0%
Viêm tuyến giáp Hashimoto	0	3	$39,33 \pm 28,18$	3
	0,0%	100,0%		100,0%
Cường giáp do thai	0	11	$35,09 \pm 9,58$	11
	0,0%	100,0%		100,0%
Quá liều hormon tuyến giáp	1	2	$39,00 \pm 16,09$	3
	33,3%	66,7%		100,0%
Sử dụng các thuốc chứa Iod	2	2	$50,75 \pm 15,39$	4
	50,0%	50,0%		100,0%
Nguyên nhân khác + chưa rõ NN	7	24	$51,00 \pm 12,92$	31
	22,6%	77,4%		100,0%
Tổng	88	282	$42,32 \pm 14,19$	370
	23,8%	76,2%		100,0%

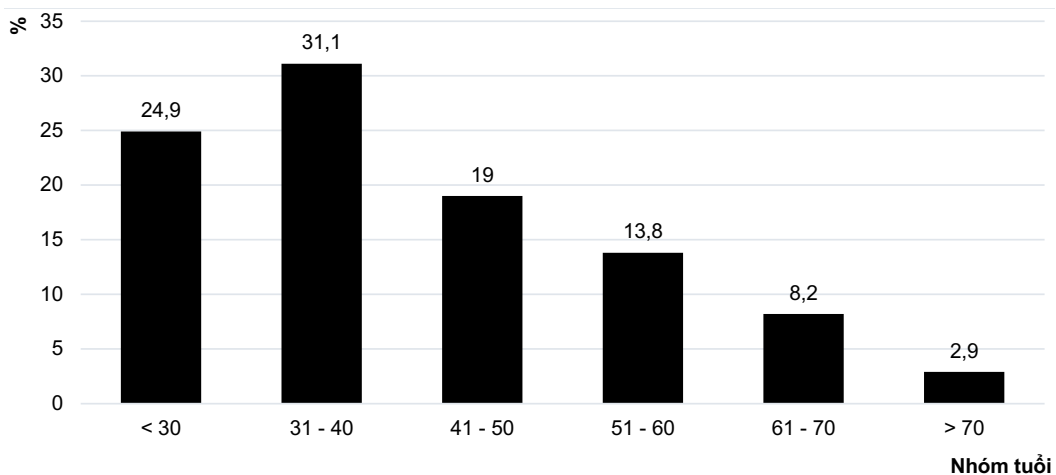


**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân nhiễm độc giáp theo nhóm nguyên nhân và theo mức độ nặng**

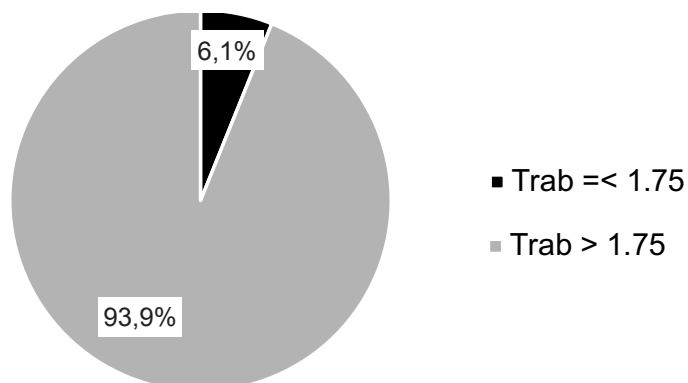
Đa số bệnh nhân nhiễm độc giáp trong nghiên cứu có tình trạng nhiễm độc giáp nhẹ, với  $FT4 \leq 50$  nmol/l gặp ở 64,1% bệnh nhân, chỉ có 52 bệnh nhân có tình trạng nhiễm độc giáp nặng, chiếm tỷ lệ 14,1%. Tình trạng nhiễm độc giáp nặng chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân Basedow và nhóm bệnh nhân có sử dụng các thuốc chứa iod (amiodarone, các chất cản quang...) với tỷ lệ lần lượt là 16,1% và 25%. 100% bệnh nhân bướu giáp đơn nhân độc, đa nhân độc và viêm tuyến giáp bán cấp có tình

trạng nhiễm độc giáp nhẹ. Chỉ có 1 bệnh nhân cường giáp do thai có nhiễm độc giáp ở mức trung bình.

Basedow là nguyên nhân gây nhiễm độc giáp thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 82,4%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân Basedow là  $41,08 \pm 13,68$ , với tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 87. Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 75,1%, bệnh nhân nam là 24,9%. Tỷ lệ nữ/ nam là 3:1. Nhóm tuổi bị ảnh hưởng nhiều nhất là từ 31 - 40 tuổi (31,1%).



**Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân Basedow theo nhóm tuổi**



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ bệnh nhân có Trab > 1,75 trong nhóm bệnh nhân Basedow (n = 261)**

Trong 305 bệnh nhân nhiễm độc giáp do Basedow, có 261 bệnh nhân được làm xét nghiệm Trab. Kết quả cho thấy đa số bệnh

nhân Basedow (số bệnh nhân được làm Trab) có kết quả Trab dương tính (> 1,75) 93,9%. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ có Trab < 1,75 chiếm 6,1%.

**Bảng 3. Tỷ lệ lòi mắt ở nhóm bệnh nhân có Trab > 1,75**

		Lòi mắt		Tổng	p
		Có	Không		
Trab ≤ 1,75	Số (n)	0	16	16	> 0,05
	Tỷ lệ (%)	0,0%	100,0%	100,0%	
Trab > 1,75	Số (n)	12	233	245	
	Tỷ lệ (%)	4,9%	95,1%	100,0%	
Tổng số	Số (n)	12	249	261	
	Tỷ lệ (%)	4,6%	95,4%	100,0%	

Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lòi mắt ở nhóm Trab > 1,75 và nhóm Trab ≤ 1,75.

#### IV. BÀN LUẬN

Nhiễm độc giáp là bệnh nội tiết thường gặp, đứng hàng thứ 2 trong số các bệnh nội tiết, chỉ sau bệnh đái tháo đường. Nhiễm độc giáp do nhiều nguyên nhân gây ra. Nguyên nhân phổ biến nhất của nhiễm độc giáp là bệnh Basedow, chiếm 60 - 80% các nguyên nhân nhiễm độc giáp. Các nguyên nhân khác gây cường giáp và nhiễm độc giáp bao gồm các nhân độc tuyến giáp, viêm tuyến giáp bán cấp, viêm tuyến giáp

tự miễn Hashimoto... Các nguyên nhân nhiễm độc giáp khác nhau sẽ có phương pháp điều trị khác nhau. Xác định nguyên nhân để có thái độ điều trị đúng là rất quan trọng nhằm tránh được các biến chứng của bệnh.<sup>1-3</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Basedow là nguyên nhân gây nhiễm độc giáp thường gặp nhất, chiếm 82,4%. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn là viêm tuyến giáp bán cấp (1,6%), bướu đơn nhân độc (1,1%), bướu đa nhân độc (0,8%), do thai (3%), do sử dụng các thuốc chứa iod (1,1%), do quá liều hormon tuyến giáp (0,8%). Đáng chú ý còn có 31 bệnh nhân (8,3%) là chưa rõ nguyên nhân. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Abraham-Nordling M và cộng sự trong một nghiên cứu về tỷ lệ cường giáp ở S Stockholm, Thụy Điển từ 2003 - 2005, với nguyên nhân cường giáp thường gặp nhất là Basedow, chiếm 75%.<sup>6</sup> Tương tự, trong một nghiên cứu về các nguyên nhân nhiễm độc giáp của Baldé MN và cộng sự, Basedow cũng là nguyên nhân nhiễm độc giáp thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 64%.<sup>7</sup> Trong nghiên cứu của M Abraham-Nordling, nghiên cứu của Baldé MN thì sau Basedow, hai nguyên nhân thường gặp khác gây nhiễm độc giáp là bướu đa nhân độc và bướu đơn nhân độc. Bướu đơn nhân độc và bướu đa nhân độc là nguyên nhân cường giáp hay gặp trong các nghiên cứu trên thế giới, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp chưa nhiều, có thể do hạn chế của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện chưa có khoa Y học hạt nhân, do đó các chẩn đoán liên quan đến iod phóng xạ thường sẽ phải gửi đến cơ sở y tế khác, khiến cho việc chỉ định bị hạn chế. Cũng có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít, nên chưa thấy sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm độc giáp do bướu đa nhân độc và bướu đơn nhân độc với các nguyên nhân khác. Viêm tuyến giáp bán cấp gây cường giáp thoáng qua do tăng giải phóng các hormon tuyến giáp do quá trình viêm, phá hủy các tế bào nang giáp. Đây cũng là nguyên nhân cường giáp thường gặp, nhưng dễ bị bỏ qua do mức độ nhiễm độc giáp thường nhẹ, chủ yếu là các triệu chứng đau vùng cổ, sốt, dễ nhầm lẫn với viêm họng, với các bệnh nhiễm trùng. Cường giáp do thai thường gặp trong 3 tháng đầu của thai kỳ, các dấu hiệu cường giáp thường lẫn với các triệu chứng nghén, mức độ nhiễm độc giáp thường nhẹ và thường tự hết mà không cần điều trị đặc hiệu. Do đó số lượng bệnh nhân của các nhóm nguyên nhân cường giáp này thường ít.

Nguyên nhân của cường giáp có liên quan

tới tuổi và giới. Theo y văn, bệnh Basedow thường gặp ở nữ giới. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất ở lứa tuổi trẻ từ 20 - 40 tuổi, trong khi đó bướu đơn nhân độc và đa nhân độc thường gặp ở lứa tuổi cao hơn.<sup>1,4</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét trên. Tuổi trung bình của các bệnh nhân Basedow là  $42,32 \pm 14,19$  (tuổi), với hơn 50% bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi dưới 40. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu, cả ở nhóm Basedow và các nhóm nguyên nhân, đều là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1. Tuổi trung bình ở nhóm bướu đơn nhân độc và bướu đa nhân độc cao hơn so với tuổi trung bình ở các nhóm nguyên nhân còn lại, với tuổi trung bình ở hai nhóm lần lượt là  $62,25 \pm 4,5$  (tuổi) và  $58 \pm 29,13$  (tuổi). Tuổi trung bình ở nhóm cường giáp do thai là thấp nhất, với tuổi trung bình là  $35,09 \pm 9,58$  (tuổi). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu A Carle' và cộng sự.<sup>8</sup>

Bướu nhân độc tuyến giáp là tình trạng cường giáp do u tuyến giáp tăng hoạt động sản xuất hormon. Đây là nguyên nhân nhiễm độc giáp thường gặp, chỉ sau bệnh Basedow. Bệnh thường gặp nhiều ở phụ nữ, độ tuổi trên 40 tuổi. Bệnh cảnh lâm sàng của bướu nhân độc tuyến giáp thường diễn biến từ từ, vì vậy mức độ cường giáp thường không nặng.<sup>9,10</sup> Vì vậy, khi đánh giá về mức độ nhiễm độc giáp theo nguyên nhân cường giáp, chúng tôi nhận thấy 100% bệnh nhân bướu giáp đơn nhân độc, đa nhân độc và viêm tuyến giáp bán cấp có tình trạng nhiễm độc giáp nhẹ. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Abdallah Talib Al-Jabri.<sup>11</sup>

Cường giáp do thai là nguyên nhân phổ biến nhất gây cường giáp khi mang thai và có thể xảy ra ở 1 - 3% tổng số ca mang thai. Được coi là cường giáp do thai khi cường giáp thoáng qua, ổn định trong nửa đầu của thai kỳ và được đặc trưng bởi tăng FT4 hoặc T4 với TSH giảm, không có tự kháng thể của

tuyến giáp hoặc các đặc điểm lâm sàng gợi ý bệnh Basedow. Cường giáp do thai thường là hậu quả của việc tăng nồng độ HCG.<sup>12</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi có 90,9% bệnh nhân cường giáp do thai cũng có tình trạng nhiễm độc giáp nhẹ. Chỉ có 1 bệnh nhân cường giáp do thai có mức độ cường giáp trung bình. Tình trạng nhiễm độc giáp nặng chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân Basedow và nhóm bệnh nhân có sử dụng các thuốc chứa iod (amiodarone, các chất cản quang...).

Trab bản chất là tự kháng thể gắn với các thụ thể của TSH trên bề mặt tế bào tuyến giáp và gây rối loạn hoạt động của TSH. Trab tăng ở 80 - 90% bệnh nhân bị bệnh Basedow. Xét nghiệm này có độ nhạy 97%, độ đặc hiệu 99%.<sup>3,4</sup> Chính vì vậy, Trab thường được chỉ định trong chẩn đoán cường giáp do Basedow. Tuy nhiên, Trab có thể âm tính trong trường hợp cường giáp nhẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 261 bệnh nhân Basedow được làm xét nghiệm Trab. Kết quả cho thấy có 93,9% bệnh nhân có kết quả Trab dương tính (> 1,75). Chỉ có một tỷ lệ nhỏ có Trab < 1,75 chiếm 6,1%.

Lỗi mắt là biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh Basedow, đồng thời cũng là biểu hiện đặc hiệu cho cơ chế tự miễn của bệnh. Yếu tố quan trọng nhất trong cơ chế bệnh sinh của bệnh mắt Basedow là kháng thể kháng thụ thể TSH gọi là TRAb, đây cũng là kháng thể chủ yếu gây cường chức năng tuyến giáp trong bệnh Basedow. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ giữa sự tăng nồng độ TRAb với tiến triển của bệnh mắt Basedow. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lỗi mắt ở nhóm Trab > 1,75 và nhóm Trab ≤ 1,75. Có thể do số lượng bệnh nhân có bệnh mắt Basedow trong nghiên cứu của chúng tôi còn chưa nhiều, nên chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 370 bệnh nhân nhiễm độc giáp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2023 đến tháng 12 năm 2023, chúng tôi thấy Basedow là nguyên nhân gây nhiễm độc giáp thường gặp nhất. Tuổi trung bình ở nhóm bướu đơn nhân độc và bướu đa nhân độc cao hơn so với tuổi trung bình ở các nhóm nguyên nhân còn lại. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ. 100% bệnh nhân bướu giáp đơn nhân độc, đa nhân độc và viêm tuyến giáp bán cấp có tình trạng nhiễm độc giáp nhẹ. Tình trạng nhiễm độc giáp nặng chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân Basedow và nhóm bệnh nhân có sử dụng các thuốc chứa iod (amiodarone, các chất cản quang...).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaker L, Cooper DS, Walsh JP, Peeters RP. Hyperthyroidism. *Lancet*. 2024; 403(10428): 768-780. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02016-0.
2. Lee SY, Pearce EN. Hyperthyroidism A Review. *JAMA*. 2023; 330(15): 1472-1483. doi:10.1001/jama.2023.19052.
3. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, Rivkees SA, Samuels M, Sosa JA, Stan MN, Walter MA. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016; 26(10):1343-1421. doi: 10.1089/thy.2016.0229.
4. Vũ Bích Nga (2022). Bệnh lý rối loạn chức năng tuyến giáp: Cường giáp và suy giáp, *Bệnh lý tuyến giáp trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản y học, chương III: 140 – 231.
5. Iglesias P, Dévora O, García J, Tajada P, García-Arévalo C, Díez JJ. Severe hyperthyroidism: aetiology, clinical features and treatment outcome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2009; 72: 551–557. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03682.x.



6. Abraham-Nordling M, Törring O, Lantz M, Hallengren B, Ohrling H, Lundell G, Calissendorff J, Jörneskog G, Wallin G. Incidence of hyperthyroidism in Stockholm, Sweden, 2003-2005. *Eur J Endocrinol.* 2008; 158(6): 823-7. doi: 10.1530/EJE-07-0877.
7. Baldé N, Kaké A, Sylla D, Diallo A, Diallo M, Diallo M, Diango A, Kourouma L, Bah E, Diallo M, Dieng K and Barry M. Graves' Disease in 100 Cases in Conakry: Epidemiological, Clinical, Therapeutic, and Evolutionary Aspects. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases.* 2022; 12: 75-81. doi: 10.4236/ojemd.2022.122005.
8. Carlé A, Pedersen IB, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Rasmussen LB, Laurberg P. Epidemiology of subtypes of hyperthyroidism in Denmark: a population-based study. *Eur J Endocrinol.* 2011; 164(5): 801-9. doi: 10.1530/EJE-10-1155.
9. Massimo Tonacchera and Dagmar Führer (2018). Toxic Adenoma and Multinodular Toxic, *Thyroid Disease*, Springer International Publishing AG, 17: 515 – 534. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-45013-1\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-319-45013-1_18).
10. Hurley, D.L. and Gharib, H. Evaluation and Management of Multinodular Goiter. *Otolaryngologic Clinics of North America.* 1996; 29: 527-540.
11. Al-Jabri, Abdallah Talib et al. AACE2021-A-1020: Toxic Multinodular Goiter: Epidemiological, Clinical, Biochemical and Radiological Features. *Endocrine Practice.* 2021; Volume 27, Issue 12, S33. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2021.11.050>.
12. Petca A, Dimcea DA, Dumitrașcu MC, Șandru F, Mehedințu C, Petca RC. Management of Hyperthyroidism during Pregnancy: A Systematic Literature Review. *J Clin Med.* 2023; 12(5): 1811. doi: 10.3390/jcm12051811.

## Summary

### ETIOLOGIES OF THYROTOXICOSIS AND SOME CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH THYROTOXICOSIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Thyrotoxicosis is a common thyroid disorder with multiple etiologies. With the aim of determining the cause of thyrotoxicosis and describing some clinical and subclinical characteristics of patients with thyrotoxicosis at Hanoi Medical University Hospital, we conducted a cross-sectional study on 370 patients treated at Hanoi Medical University Hospital from August 2023 to December 2023. Graves' disease was the most common cause of thyrotoxicosis, accounting for 82.4%. Other less common causes were subacute thyroiditis (1.6%), solitary toxic adenoma (1.1%), multinodular toxic goiter (0.8%), gestational thyrotoxicosis (3%), and iodine-induced hyperthyroidism (1.1%), due to excess exogenous thyroid hormone (0.8%). Notably, 31 patients (8.3%) were of unknown causes. The average age of patients was  $42.32 \pm 14.19$  years old. The majority of the patients were female, the female/male ratio was 3.2/1. The largest age group was adults aged from 31 to 40 years old, accounting for 28.9%.

**Keywords:** Thyrotoxicosis, Graves' disease.