

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY GIÁP

ThS BS Lê Bạch Lan
BS CK1 Nguyễn Thanh Hải
Khoa Nội tiết- Tổng hợp

1. ĐẠI CƯƠNG

- Suy giáp là hội chứng đặc trưng bằng tình trạng suy giảm chức năng tuyến giáp, sản xuất hormon tuyến giáp không đầy đủ so với nhu cầu của cơ thể, gây nên tổn thương ở các mô, cơ quan, các rối loạn chuyển hóa trên lâm sàng và xét nghiệm.
- Bệnh thường gặp ở phụ nữ, chiếm 2%; trong khi ở nam giới chỉ có 0,1%.
- Suy giáp cận lâm sàng gặp ở 7,5% phụ nữ và 3% nam, tăng dần theo tuổi.
- Suy giáp bẩm sinh gặp ở 1/5000 trẻ sơ sinh.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Sự thường có của các triệu chứng trong suy giáp được tóm tắt ở bảng sau:

Triệu chứng	Tỷ lệ %	Triệu chứng	Tỷ lệ %
<i>Triệu chứng giảm chuyển hóa</i>		Xanh tái	67
Mệt mỏi	99	Rụng tóc	57
Sợ rét	89	Phù ngoại vi	55
Tăng cân	59	Giọng khàn	52
<i>Triệu chứng tim mạch</i>		Điếc	32
Nhịp tim chậm	95	<i>Triệu chứng tiêu hóa</i>	
Hồi hộp	31	Táo bón dai dẳng	23
Đau vùng trước tim	25	<i>Triệu chứng cơ bắp</i>	
<i>Triệu chứng da-niêm mạc</i>		Chuột rút (võp bẻ)	70
Da khô	97	<i>Triệu chứng thần kinh</i>	
Giảm tiết mồ hôi	89	Lừ đừ	91
Lưỡi lớn và dày	82	Nói chậm	91
Rụng lông	76	Hay quên	66
		Rối loạn tâm thần	35

3. XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG**3.1. Xét nghiệm đặc hiệu**

- FT3, FT4: giảm
- TSH: tăng hoặc có thể bình thường

3.2. Xét nghiệm không đặc hiệu

- Công thức máu: thường có thiếu máu, hồng cầu bình thường hoặc to
- Sinh hóa máu: cholesterol, triglyceride tăng. Glucose và natri máu giảm. Men CK, CKMB tăng
- Siêu âm tuyến giáp: tuyến giáp teo nhỏ hoặc không quan sát được nhu mô tuyến giáp trên siêu âm (trong trường hợp suy giáp sau phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp), đậm độ nhu mô tuyến giáp âm, có thể nhiều xơ hóa (do viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto)
- Siêu âm tim: có thể phát hiện tràn dịch màng ngoài tim

- X quang tim phổi: bóng tim to do thâm nhiễm cơ tim, có thể có tràn dịch màng tim
- Điện tim đồ: nhịp chậm xoang, QRS điện thế thấp ở tất cả các chuyển đạo

4. NGUYÊN NHÂN

4.1. Suy giáp tiên phát: hay gặp nhất, chiếm 95% trường hợp

4.1.1. Nguyên nhân tại tuyến giáp: TSH tăng (chẩn đoán chắc chắn khi TSH > 10 $\mu\text{mol/L}$), FT4 giảm

- Viêm giáp mạn tính tự miễn Hashimoto giai đoạn cuối: chủ yếu gặp ở phụ nữ, tăng lên theo tuổi. Xét nghiệm anti-TPO hoặc anti-TG thường tăng cao. Hình ảnh giải phẫu bệnh điển hình của viêm giáp tự miễn mạn tính Hashimoto: nhu mô tuyến giáp bị phá hủy, thay vào đó là các tổ chức lympho bào
- Tuyến giáp teo ở phụ nữ mãn kinh
- Viêm tuyến giáp bán cấp tái phát nhiều lần
- Một số nguyên nhân hiếm gặp: khiếm khuyết bẩm sinh trong quá trình tổng hợp và bài tiết hormon giáp trạng
- Rối loạn chuyển hóa Iod: thiếu hoặc thừa Iod
- Rối loạn gen tại tuyến giáp

4.1.2. Nguyên nhân do điều trị

- Sau phẫu thuật tuyến giáp (cắt quá nhiều hoặc toàn bộ tuyến giáp)
- Sau điều trị Basedow bằng iod
- Điều trị Basedow bằng thuốc kháng giáp tổng hợp quá liều

4.2. Nguyên nhân của suy giáp thứ phát

- Khối u lành hoặc ác tính của tuyến yên
- Sau phẫu thuật tuyến yên hoặc chấn thương tuyến yên
- Hoại tử tuyến do mất máu sau sanh (hội chứng Sheehan)
- Chiếu tia xạ vào vùng tuyến yên
- Rối loạn chức năng vùng dưới đồi

Lâm sàng: ngoài TCLS của suy giáp, bệnh nhân có thể có triệu chứng của suy tuyến thượng thận và/hoặc suy sinh dục

Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm:

- o FT4 giảm
- o TSH bình thường hoặc giảm
- o Định lượng hormon tuyến thượng thận & tuyến sinh dục có thể giảm
- o Chụp MRI sọ não để phát hiện khối u tuyến yên

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. Theo thể lâm sàng

- Khi có triệu chứng gợi ý suy giáp dù không đầy đủ như: hội chứng trầm cảm, phụ nữ 50 tuổi có các triệu chứng mãn kinh nặng hoặc bệnh Alzheimer, nên định lượng hormon giáp để chẩn đoán.
- Những người thiếu máu, hoặc dinh dưỡng kém.
- Những người béo phì.

5.2. Hội chứng T3 giảm: có thể gặp trong các bệnh cấp và mạn tính như nhiễm khuẩn nặng, ung thư di căn, suy tim giai đoạn cuối, điều trị hồi sức tích cực lâu ngày, suy dinh dưỡng. Khi không có tăng TSH có thể loại trừ suy giáp

6. ĐIỀU TRỊ

- Mọi trường hợp suy giáp phải điều trị, trừ trường hợp nhẹ mới có biến đổi về xét nghiệm ở những bệnh nhân có nguy cơ mạch vành
- Điều trị bằng hormon thay thế đường uống vĩnh viễn
Thuốc L-thyroxin (LT4) là lựa chọn đầu tiên để điều trị suy giáp; hấp thu 60-80%, thời gian bán hủy dài, khoảng 7 ngày. Đóng dạng viên nén, hàm lượng 50 và 100 µg. Uống 1 lần mỗi ngày, vào trước bữa ăn sáng 30 phút. Không được uống LT4 cùng lúc với calci carbonat, viên sắt.
- Cần tiên lượng trước tai biến bệnh mạch vành ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ.
- Cần loại trừ hoặc điều trị suy thượng thận trước khi điều trị thay thế hormon tuyến giáp.

6.1. Bệnh nhân không có bệnh lý mạch vành

- Có thể điều trị ngoại trú. Mục đích là đạt được nồng độ TSH bình thường
- Liều tấn công ban đầu tương đối cao: L-thyroxin 1-2 µg/kg/ngày (trung bình 1,6 µg /kg/ngày). Tăng liều từ từ khoảng 25-50 µg mỗi 2-3 tuần, cho tới liều thích hợp (TSH về bình thường), liều thường dùng 75-150 µg /ngày. Rồi duy trì liều ổn định.
- Theo dõi: cần định lượng TSH 3-6 tuần sau lần chỉnh thuốc cuối cùng
- Được gọi là điều trị có hiệu quả khi:
 - o Lâm sàng hết các triệu chứng cơ năng như mệt mỏi, sợ lạnh, táo bón...các triệu chứng thâm nhiễm da, niêm mạc mất đi chậm hơn.
 - o Xét nghiệm TSH về bình thường

6.2. Bệnh nhân lớn tuổi và/hoặc có nghi ngờ bệnh mạch vành

- Nên điều trị tại bệnh viện
- Trước khi điều trị hormon thay thế cần kiểm tra và điều trị thiếu máu (nếu có), tăng liều thuốc điều trị đau thắt ngực đang dùng; nếu không có chống chỉ định thì dùng thuốc chẹn β giao cảm chọn lọc, chỉnh liều cho phù hợp với chức năng tim.
- Điều trị suy giáp: nên bắt đầu L-thyroxin với liều tối thiểu (12,5 µg/ngày), tăng liều từ từ 12,5 µg /mỗi 2-3 tuần, thậm chí còn thấp hơn.
- Theo dõi:
 - o Về tim mạch: triệu chứng đau thắt ngực, ECG hàng ngày, enzym tim 2 lần/tuần.
 - o Công thức máu: nếu có thiếu máu.
 - o Nếu xuất hiện ĐTN khi tăng liều hormon thay thế cần làm ECG, định lượng enzym tim, tăng liều thuốc chống ĐTN và ngừng tăng liều hormon giáp.
- Mục tiêu điều trị: TSH ở giới hạn cao của bình thường. Nên duy trì liều L-thyroxin dưới liều điều trị để tránh cơn ĐTN.

6.3. Suy giáp nhẹ (dưới lâm sàng)

- Bệnh nhân suy giáp nhẹ nên được điều trị L-thyroxin nếu có một trong các biểu hiện sau:
 - o Triệu chứng phù hợp với suy giáp.
 - o Có bướu giáp.
 - o Tăng cholesterol máu cần điều trị.
 - o Mang thai.
 - o Nồng độ TSH > 10 μ U/ml.
- Các bệnh nhân không điều trị nên được theo dõi hàng năm, và nên bắt đầu sử dụng L-thyroxin nếu các triệu chứng tiến triển hoặc nồng độ TSH tăng lên > 10 μ U/ml.

6.4. Điều trị phụ nữ suy giáp có thai

- Ở phụ nữ suy giáp tiên phát, nên định lượng TSH ngay khi được chẩn đoán có thai và định kỳ hàng tháng sau đó cho đến hết 6 tháng đầu của thai kỳ.
- Khi có thai liều thuốc phải tăng 25-50% so với trước khi có thai. Đặc biệt phải lưu ý ở quý đầu của thai kỳ. Sau khi sinh sẽ quay về liều như trước khi có thai.

6.5. Điều trị suy giáp thứ phát

- Mục tiêu duy trì TSH ở giới hạn cao của chỉ số bình thường
- Nguyên tắc điều trị như ở trên
- Phải điều trị thay thế hormon tuyến thượng thận trước khi điều trị hormon tuyến giáp

PHÒNG BỆNH

- Những bệnh nhân có anti-TPO tăng mà chưa có suy giáp lâm sàng thì phải theo dõi và xét nghiệm định kỳ hàng năm để phát hiện sớm và điều trị kịp thời suy giáp
- Phụ nữ có tiền sử sanh mất nhiều máu phải được khám và phát hiện sớm hội chứng Sheehan.

TIÊN LƯỢNG

- Đa phần bệnh nhân có tiên lượng tốt khi chấp hành đúng và đủ liều điều trị
- Cần theo dõi chặt chẽ các bệnh nhân suy giáp cao tuổi có bệnh lý mạch vành trong suốt quá trình điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quang Khánh (2006) “*Nội tiết học*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 9- 14
2. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê (2007) “*Nội tiết học đại cương*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 163- 184
3. Nhà xuất bản Y học (2011) “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*”, tr. 338-441
4. Lippincott Williams & Wilkins (2009) “The Washington Manual, Endocrinology Subspecialty Consult.”, 2: pp. 58-64
5. Roberts CG, Ladenson PW (2004) “Hypothyroidism”, *Lancet*, 363: pp. 793-803.