**SUY GIÁP**

***ThS. Trương Quang Hoành***

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Suy giáp là tình trạng tuyến giáp giảm sản xuất hormon dưới mức bình thường. dẫn tới giảm nồng độ hormon giáp trong máu và hậu quả là những rối loạn chuyển hoá, những tổn thương ở hầu hết các mô. Những biểu hiện bệnh lý này được gọi là triệu chứng giảm chuyển hoá.

Tần suất chung của suy giáp là 1,5% - 2% nữ và 0,2% nam và tăng theo tuổi.

**2. BỆNH NGUYÊN:**

2.1. Suy giáp nguyên phát (do bệnh tại tuyến giáp) chiếm >90% trường hợp suy giáp.

- Tự miễn: viêm giáp mãn tính Hashimoto, viêm giáp thể teo.

- Thiếu iode ở nhiều vùng địa lý trên thế giới.

- Do điều trị: sau điều trị cường giáp với thuốc kháng giáp tổng hợp, 131I hoặc phẫu thuật; các xạ trị ung thư vùng cổ.

- Do thuốc: quá tải iode (amiodarone, thuốc cản quang), Lithium, Interferon.

- Bẩm sinh: do đột biến, TG không có hoặc lạc chỗ, không tổng hợp hormone.

- Các bệnh hệ thống gây thâm nhiễm: amyloidosis, sarcoidosis, xơ cứng bì,…

- Suy giáp thoáng qua do viêm giáp sau sinh và viêm giáp bán cấp (thường theo sau một giai đoạn cường giáp); do ngừng dùng thyroxine ở những người tuyến giáp bình thường; hoặc sau điều trị Basedow với 131I hoặc phẫu thuật cắt tuyến gần toàn phần.

2.2. Suy giáp thứ phát: hiếm gặp, do thiếu TSH bởi các nguyên nhân ở não.

- Suy tuyến yên do các nguyên nhân phẫu thuật hoặc xạ trị, khối u hoặc chấn thương, hội chứng Sheehan, các bệnh hệ thống,…

- Rối loạn chức năng vùng dưới đồi

**3. CƠ CHẾ BỆNH SINH:**

**+** Sinh lý bệnh học của suy giáp có thể chia theo hai nhóm nguyên nhân:

*- Suy giáp tiên phát (Phù niêm Myxoedema):* do tổn thương hoặc rối loạn chức năng tại tuyến giáp. Nồng độ T3, T4 lưu hành giảm thấp gây mất sự kiểm soát ngược của đối với tuyến yên nên TSH gia tăng.

- *Suy giáp thứ phát:* do tổn thương ở tuyến yên, hoặc hiếm hơn, ở hypothalamus nên hậu quả là giảm tiết TSH gây giảm tổng hợp hormone tại tuyến giáp.

Trường hợp hay gặp nhất là hội chứng Sheehan xảy ra ở những sản phụ sinh khó phải can thiệp sản khoa, băng huyết v.v… Khi đó, tuyến yên bị thiếu máu tại chỗ, rồi hoại tử vô trùng dẫn tới suy tuyến yên.

**+** Đa số suy giáp thường không có bướu giáp, nhưng trong một số trường hợp sau có thể kèm theo bướu giáp:

- Viêm giáp Hashimoto ở BN trẻ tuổi. Ơ người lớn tuổi thì tuyến giáp bị hủy hoàn toàn trong quá trình bệnh tự miễn nên không có bướu giáp .

- Rối loạn thừa hoặc thiếu iode.

**4. LÂM SÀNG**

**4.1.** **Suy giáp nguyên phát (Bệnh phù niêm - Myxedema)**

Bệnh nhân thường là phụ nữ ở lứa tuổi 50 hoặc hơn. Các triệu chứng xuất hiện từ từ, không rầm rộ, dễ lầm với các triệu chứng của mãn kinh nên thường được chẩn đoán muộn.

***4.1.1 Triệu chứng giảm chuyển hoá***

- Sợ lạnh, tay chân lạnh và khô, thân nhiệt giảm. Giảm tiết mồ hôi.

- Rối loạn điều tiết nước: uống ít, tiểu ít và bài tiết nước chậm sau khi uống.

- Tăng cân nhẹ nhưng không gây béo phì rõ rệt.

- Táo bón dai dẳng, có thể đi kèm với giảm nhu động ruột .

***4.1.2 Hệ thần kinh:***

- Mệt mỏi, buồn ngủ , trí nhớ giảm; trạng thái thờ ơ, trầm cảm hoặc vô cảm.

- Suy giảm các hoạt động thể lực, hoạt động trí óc, hoạt động tình dục.

***4.1.3 Hệ tim mạch:***

- Có đau vùng trước tim hoặc đau thắt ngực thực sự, khó thở khi gắng sức.

- Nhịp tim chậm < 60 /phút, huyết áp tâm thu thường thấp.

- Các tiếng tim mờ, chậm, đều hoặc không đều .

***4.1.4 Hệ da niêm và cơ:***

- Phù niêm cứng, không ấn lõm. Da thương khô và thô, bong vảy (chứng da cá).

- Mặt : tròn như mặt trăng, ít biểu lộ tình cảm. Trán nhiều nếp nhăn, trông “già trước tuổi”. Mi mắt phù, nhất là mi dưới, tăng dần và trông như mọng nước. Gò má hơi tím và nhiều dãn mao mạch. Môi dầy và tím tái.

- Niêm mạc lưỡi bị xâm nhiễm làm lưỡi to ra, nói khàn. Ngủ ngáy. ù tai, nghe kém,

- Tay chân : bàn tay, bàn chân đầy; các ngón tay to và dày, khó gấp. Da tay, chân lạnh, đôi khi tím tái. Lòng bàn chân, bàn tay có màu vàng (Xanthoderma) .

- Yếu cơ, teo cơ, chuột rút, đau cơ: thường gặp.

- Di cảm ở bàn tay và bàn chân do hội chứng ống cổ tay-cổ chân.

- Tóc khô, dễ rụng, phía ngoài chân mày thưa hoặc rụng hết (dấu hiệu “đuôi chân mày”), lông nách, lông mu rụng. Móng tay, móng chân có vạch, mủn, dễ gãy.

***4.1.5 Hệ nội tiết*** :

- Rong kinh, kinh nguyệt ít hoặc mất kinh kèm chảy sữa hoặc chảy sữa đơn thuần

- Giảm hoặc mất ham muốn tình dục; rối loạn cương.

**Bướu giáp** thường là không có; chỉ có trong một số nguyên nhân nêu trên .

**4.2. Suy giáp thứ phát:**

Lâm sàng ít khi chỉ có biểu hiện đơn độc của suy giáp. Thường kèm theo các triệu chứng suy tuyến thượng thận, tuyến sinh dục. Các triệu chứng giảm chuyển hoá thể hiện ở những mức độ khác nhau. Thường không có tràn dịch màng tim. Không có phù niêm, trái lại da thường xanh tái, khô và mịn. Mất sắc tố da.

Trong hội chứng Sheehan, hay gặp các triệu chứng: mất sữa sau khi sinh, vô kinh thứ phát, teo tuyến vú, hạ đường huyết, huyết áp thấp.

**5. CẬN LÂM SÀNG:**

**5.1. Các xét nghiệm chức năng tuyến giáp**

5.1.1. Định lượng TSH: là xét nghiệm tốt nhất cho chẩn đoán ban đầu:

- TSH tăng rõ (> 20μU/ml): xác định suy giáp nguyên phát.

- TSH tăng vừa phải (>6 và < 20μU/ml) : xem xét nồng độ FT4

+ FT4 thấp : xác định suy giáp lâm sàng

+ FT4 bình thường : suy giáp dưới lâm sàng,

- TSH bình thường hoặc thấp: loại trừ suy giáp nguyên phát, và hướng tới các nguyên nhân thứ phát nếu triệu chứng lâm sàng gợi ý.

5.1.2. Định lượng hormone giáp huyết thanh: chỉ nên dùng XN FT4 để chẩn đoán vì có khoảng 25% trường hợp SG có FT3 bình thường. Do đó, không dùng XN T3.

**5.2. Các XN chẩn đoán bệnh nguyên:**

5.2.1. XN kháng thể kháng TPO (antiTPO-Ab) dương tính trong 90-95% trường hợp viêm giáp tự miễn.

5.2.2. Sinh thiết tuyến giáp FNA để chẩn đoán viêm giáp tự miễn.

5.2.3. Đo độ tập trung Iode phóng xạ và xạ hình tuyến giáp: không cần thiết.

5.2.4. MRI và CT tuyến yên nếu nghi ngờ SG thứ phát.

5.2.5 Đo nồng độ những hormon khác của tuyến yên hoặc các tuyến nội tiết khác.

**5.3 Các XN khác:** thường là biểu hiện của tình trạng suy giáp:

- Tăng creatine phosphokinase (CPK).

- Tăng cholesterol và triglycerid.

- Hạ natri máu.

- Tình trạng thiếu máu hồng cầu lớn hoặc bình thường.

- ECG: nhịp chậm, điện thế thấp, đoạn ST có khi chênh xuống, sóng T dẹt hoặc đảo ngược. ECG trở lại bình thường sau khi điều trị bằng hormon giáp.

- X quang: Bóng tim thường lớn. Có thể có tràn dịch màng ngoài tim.

**6. CHẨN ĐOÁN**

**6.1. Chẩn đoán xác định** tình trạng suy giáp khôngkhó đối với thể điển hình,dựa vào:

- Tiền sử có điều trị các bệnh tuyến giáp, K vùng cổ, thai kỳ và các biến chứng,…

- Lâm sàng có triệu chứng và dấu chứng rất đặc biệt của suy giáp.

- CLS dựa vào định lượng TSH và hormone giáp FT4.

**6.2. Chẩn đoán phân biệt:**

6.2.1. Bướu giáp không đối xứng trong viêm giáp mãn tính Hashimoto có thể nhầm với bướu giáp đa nhân hoặc carcinoma giáp. Phân biệt dựa vào siêu âm và sinh thiết tuyến giáp FNA.

6.2.2 Hội chứng bình giáp do bệnh (Sick euthyroid syndrome, Non thyroidal illness): có thể gặp ở bất kỳ bệnh nhân có bệnh cấp tính, bệnh nặng, hậu phẫu, chấn thương, đói.. mà không có bệnh lý tại tuyến giáp. TSH và FT4 bình thường, giảm T3 và FT3.

**6.3. Chẩn đoán nguyên nhân** **:** Hỏi tiền sử và khám vùng cổ rất có giá trị để chẩn đoán nguyên nhân. Có thể dựa vào các CLS nêu trên.

**7. TIẾN TRIỂN , BIẾN CHỨNG**

Nếu được điều trị kịp thời và đúng cách : diễn tiến bệnh thường ổn định, nếu không điều trị hoặc điều trị không đúng, muộn sẽ có các biến chứng :

7.1. Hôn mê suy giáp **:** biến chứng hiếm nhưng nặng, tử vong cao. Hôn mê tiến triển dần dần , xảy ra trên BN không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ; có các yếu tố thuận lợi như: nhiễm lạnh, bệnh đi kèm, nhiễm trùng, chấn thương và dùng các thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương. Kèm theo các đặc điểm là :

- Co giật, mất phản xạ.

- Thân nhiệt giảm nặng, chỉ còn 24 - 32oC, (lưu ý loại nhiệt kế).

- Thở chậm khò khè, rối loạn hô hấp. Truỵ tim mạch .

- Giảm natri máu nặng.

7.2. Hạ natri máu: thường gặp.

7.3. Bệnh tim thiếu máu cục bộ có thể nặng hơn với điều trị thyroxine.

**8. HƯỚNG ĐIỀU TRỊ**

+ Điều trị thay thế bằng L-Thyroxin lâu dài là trị liệu chủ yếu.

+ Ngoài T4 , còn dùng Liothyronine sodium (T3), tinh chất tuyến giáp.

+ Tránh các thuốc an thần. Sươi ấm nếu có hạ thân nhiệt.

***Tài liệu tham khảo chính***

1. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th ed.,2008, McGraw-Hill.
2. N.Lavin, Manual of Endocrinology & Metabolism, 3rded. 2002, Lippincott Williams
3. Asit A, A practical manual of Thyroid and Parathyroid glands,1sted,2010, Blackwell.
4. Fredric E., Clinical Management of Thyroid Disease, 2009, Saunder..
5. Mai Thế Trạch,Nguyễn Thy Khuê–Nội Tiết hoc Đại Cương, lần 3, 2007, Y Học.