

# SUY GIÁP

PHẠM NHƯ HẢO  
TRẦN QUANG KHÁNH

## Mục tiêu học tập:

1. Trình bày được các triệu chứng của hội chứng suy giáp
2. Phân tích các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán suy giáp
3. Trình bày nguyên nhân gây ra hội chứng suy giáp
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị suy giáp

**Từ khóa:** suy giáp, viêm giáp Hashimoto

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Suy giáp là tình trạng bệnh lý gây ra do bất thường về cấu trúc và/hoặc chức năng có thể dẫn đến sự tổng hợp không đủ hormon giáp.

Trong các nghiên cứu cộng đồng, tần suất suy giáp dao động từ 0,1 đến 2%. Tần suất suy giáp dưới lâm sàng cao hơn, từ 4 đến 10% ở người lớn. Tỷ lệ suy giáp ở phụ nữ cao gấp 5 đến 8 lần so với nam giới. Trong nghiên cứu NHANES III trên 13344 người không có tiền căn gia đình hay bệnh lý tuyến giáp trước đó cho thấy: tỷ lệ suy giáp là 4.6% (0,3% suy giáp và 4,3% suy giáp dưới lâm sàng), tỷ lệ cường giáp là 1,3% (0,5% cường giáp và 0,7% cường giáp dưới lâm sàng), tỷ lệ AntiTPO cao chiếm 11%.

## 2. NGUYÊN NHÂN

2.1 SUY GIÁP NGUYÊN PHÁT: do bệnh lý tại tuyến giáp, chiếm 95% trường hợp suy giáp

- Viêm giáp tự miễn mạn tính (Viêm giáp Hashimoto)
- Do điều trị: Phẫu thuật cắt tuyến giáp, xạ trị iod phóng xạ, xạ trị vùng cổ
- Thừa hoặc thiếu iod
- Thuốc: thionamides, lithium, amiodarone, interferon alfa, interleukin-2, tyrosine kinase inhibitors
- Các bệnh lý thâm nhiễm: viêm giáp xơ hóa, nhiễm sắc tố sắt, sarcoidosis
- Suy giáp thoáng qua: viêm giáp không đau, viêm giáp sau sinh...
- Bất sản, thiếu sản tuyến giáp bẩm sinh hoặc thiếu men tổng hợp hormon giáp bẩm sinh

2.2 SUY GIÁP THỨ PHÁT (SUY GIÁP TRUNG ƯƠNG)

- Thiếu TSH: suy tuyến yên do u tuyến yên, sau phẫu thuật tuyến yên, sau xạ trị tuyến yên hay do tuyến yên bị phá hủy (hội chứng Sheehan)
- Thiếu TRH: rối loạn chức năng vùng hạ đồi: thiếu TRH đơn độc, đột biến bất hoạt tại gen thụ thể TRH (An inactivating mutation in the TRH receptor gene)

2.3 GIẢM NHẠY CẢM VỚI HORMON GIÁP: bất cứ quá trình nào ảnh hưởng đến hiệu quả của hormon giáp bao gồm khiếm khuyết trong hoạt động, vận chuyển và chuyển hóa của hormon giáp

- Khiếm khuyết vận chuyển hormon giáp qua màng tế bào
- Khiếm khuyết chuyển hóa hormon giáp
- Khiếm khuyết hoạt động hormon giáp: đề kháng hormon giáp: các hội chứng di truyền đặc trưng bởi giảm đáp ứng với mô đích của hormon giáp.

### 3. LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng của suy giáp rất đa dạng, phụ thuộc vào tuổi khởi phát, thời gian và mức độ trầm trọng thiếu hormon giáp. Triệu chứng thường không điển hình ở giai đoạn sớm. Biểu hiện lâm sàng của suy giáp phản ánh một trong hai tình trạng sau:

- Giảm quá trình chuyển hóa. Điều này có thể dẫn đến mệt mỏi, nói chậm, vận động chậm, sợ lạnh, táo bón, tăng cân, giảm phản xạ gân xương và nhịp tim chậm.
- Ứ đọng glycosaminoglycans ở mô kẽ. Điều này có thể dẫn đến da và tóc khô, phù mắt, lưỡi to, khàn giọng.

#### 3.1 TRIỆU CHỨNG DA NIÊM

- Mặt tròn, ít biểu lộ tình cảm. Trán có nhiều nếp nhăn trông già trước tuổi.
- Phù mi mắt, nhất là mi dưới.
- Môi dày, niêm mạc cũng bị thâm nhiễm dạng nhầy làm lưỡi to ra, có dấu ấn răng. Dây thanh âm cũng bị thâm nhiễm làm tiếng nói khàn. Ngủ ngáy to.
- Niêm mạc vòm Eustache bị thâm nhiễm gây ù tai, giảm thính lực.
- Bàn tay, bàn chân dày, các ngón to, thô. Đôi khi gang bàn tay, bàn chân có màu vàng.
- Da lạnh, khô, thô nhám, bong vảy do giảm tiết mồ hôi.
- Lông tóc khô, dễ rụng, móng tay, móng chân dễ gãy.

#### 3.2 TRIỆU CHỨNG GIẢM CHUYỂN HÓA

- Sợ lạnh, thân nhiệt giảm, mặc áo ấm ngay cả mùa hè.
- Uống ít, tiểu ít, chậm bài niệu
- Tăng cân mặc dù ăn uống ít.
- Táo bón kéo dài
- Giảm tiết mồ hôi

#### 3.3. TRIỆU CHỨNG TIM MẠCH

- Nhịp chậm, huyết áp tâm thu thấp. Tăng huyết áp tâm trương do tăng kháng lực mạch ngoại biên.
- Mỏm tim đập yếu, tiếng tim mờ. Có thể tràn dịch màng ngoài tim.
- Giảm chuyển hóa do suy giáp dẫn đến giảm cung lượng tim qua trung gian giảm nhịp tim và co bóp cơ tim. Giảm cung lượng tim có thể góp phần giảm khả năng gắng sức và gây khó thở khi gắng sức. Tuy nhiên, triệu chứng suy tim sung huyết thường vắng mặt nếu bệnh nhân không có bệnh tim khác. Ngược lại, suy tim hay cơn đau thắt ngực có thể nặng hơn nếu suy giáp tiến triển ở bệnh nhân có bệnh tim mạch.

#### 3.4 TRIỆU CHỨNG THẦN KINH CƠ

- Teo cơ do rối loạn chuyển hóa protein, tuy nhiên do hiện tượng thâm nhiễm dạng nhầy ở cơ nên có hiện tượng giả phì đại cơ.
- Giảm phản xạ gân xương. Hay bị vọt bẻ.

#### 3.5 TRIỆU CHỨNG TÂM THẦN

- Thường thờ ơ, chậm chạp, vô cảm.
- Suy giảm các hoạt động cơ thể: hoạt động trí óc, hoạt động tình dục.

#### 3.6 TRIỆU CHỨNG NỘI TIẾT

- Bướu giáp có thể to hay không.
- Rối loạn kinh nguyệt: thiếu kinh hay vô kinh.
- Tình trạng tăng creatinin có thể hồi phục sau khi điều trị hormon giáp.

### 4. CẬN LÂM SÀNG

#### 4.1 XÉT NGHIỆM CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP: TSH, FT4

- Trong suy giáp thường FT4 giảm.
- TSH là xét nghiệm nhạy nhất để tầm soát các rối loạn chức năng tuyến giáp nguyên phát.
- TSH tăng. Đây là dấu hiệu chứng tỏ tổn thương tiên phát tại tuyến giáp
- TSH có thể bình thường hay thấp suy giáp thứ phát.

#### 4.2 ẢNH HƯỞNG CỦA THIẾU HỤT HORMON GIÁP NGOẠI VI

- Công thức máu: thiếu máu đẳng sắc hay nhược sắc, hồng cầu bình thường hay lớn.
- Tăng cholesterol máu do giảm chuyển hóa cholesterol. Lipid máu toàn phần tăng, triglyceride cũng tăng.
- Giảm natri máu do giảm thải nước tự do. Suy giáp phải được loại trừ ở bệnh nhân hạ natri máu trước khi chẩn đoán tăng tiết Natri máu không thích hợp (SIADH)
- CPK tăng.

#### 4.3 CÁC XÉT NGHIỆM GIÚP CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- ##### 4.3.1 Kháng thể kháng giáp
- Kháng thể kháng microsome (Anti TPO) tăng cao trong 90% trường hợp viêm giáp Hashimoto.

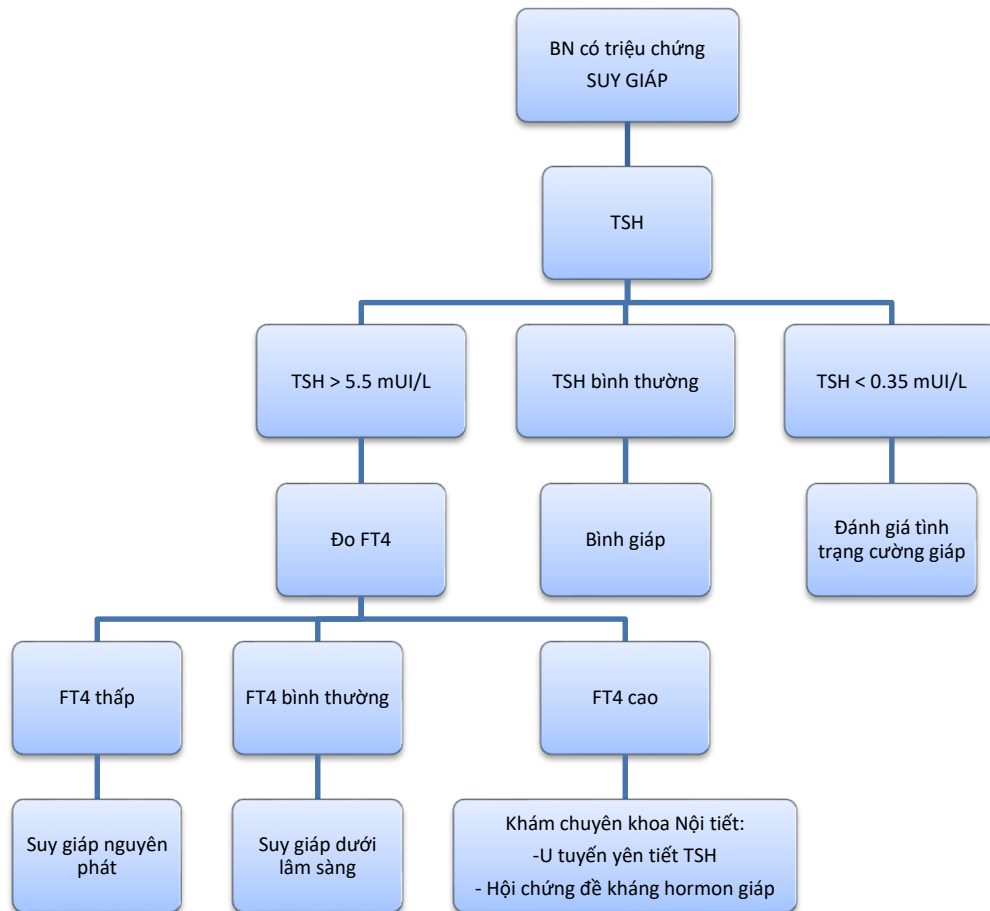
##### 4.3.2 Siêu âm tuyến giáp

- Giúp đánh giá về kích thước và các bất thường về giải phẫu tuyến giáp như trong trường hợp viêm teo tuyến giáp, thiếu sản/ bất sản tuyến giáp, tuyến giáp lạc chỗ...

##### 4.3.3 Xạ hình tuyến giáp và đo độ tập trung iod phóng xạ

- Đo độ tập trung iod phóng xạ tại tuyến giáp giúp phân loại các rối loạn sinh tổng hợp hormon giáp.
- Chỉ định khi tuyến giáp lạc chỗ, nghi ngờ rối loạn sinh tổng hợp hormon giáp

### 5. CHẨN ĐOÁN



Sơ đồ tiếp cận bệnh nhân suy giáp nguyên phát theo Hiệp hội bác sĩ gia đình Hoa Kỳ AFP 2012

### 5.1 CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng. Bởi các biểu hiện lâm sàng điển hình của suy giáp có độ đặc hiệu thấp nên chẩn đoán suy giáp chủ yếu dựa trên xét nghiệm.

### 5.2 CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

- Dựa vào bệnh sử và khám tuyến giáp

#### 5.2.1 Nếu suy giáp không có bướu giáp

- Do điều trị: Phẫu thuật cắt tuyến giáp, xạ trị iod phóng xạ, xạ trị vùng cổ
- Tuyến giáp lạc chỗ: cần làm xạ hình
- Teo tuyến giáp có thể do viêm giáp tự miễn không có triệu chứng, diễn tiến từ từ

#### 5.2.2. Nếu suy giáp có bướu giáp

- Rối loạn sinh tổng hợp hormon giáp bẩm sinh
- Viêm giáp đặc biệt là giai đoạn đầu của viêm giáp Hashimoto
- Rối loạn chức năng tuyến giáp do dùng thuốc hay có chất kháng giáp trong thức ăn
- Do rối loạn chuyển hóa: thừa hay thiếu iod.

### 5.3 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Trong một số trường hợp trên lâm sàng cần chẩn đoán phân biệt với:
  - Hội chứng Down: do bất thường về nhiễm sắc thể (trisomi 21) rất giống với vẻ mặt suy giáp, đặc biệt là trẻ em

- Đái tháo đường có suy thận giai đoạn cuối: bệnh nhân cũng chậm chạp, suy nhược, ăn uống kém, phù nề, da niêm nhạt
- Hội chứng thận hư: bệnh nhân cũng phù, da niêm nhạt
- Tình trạng thiếu máu, dinh dưỡng kém

#### 5.4 BIẾN CHỨNG

- Biến chứng nguy hiểm và tiên lượng xấu là hôn mê suy giáp

### 6. ĐIỀU TRỊ

- Một số ít trường hợp suy giáp do dùng thuốc kháng giáp thì suy giáp có thể tự hồi phục khi ngưng thuốc. Đa số các trường hợp khác đều phải điều trị bằng hormon giáp. Điều trị suy giáp là điều trị thay thế và suốt đời.
- Trên lâm sàng LT<sub>4</sub> (levothyroxin) là thuốc ưu tiên được lựa chọn để điều trị suy giáp vì:
  - Thời gian bán hủy dài (7 ngày) nên chỉ dùng duy nhất 1 lần vào buổi sáng
  - Yếu hơn LT<sub>3</sub> nên ít gây các tai biến tim mạch trong điều trị nhất là bệnh nhân > 60 tuổi hay có bệnh mạch vành

#### 6.1 LIỀU LƯỢNG

- Trên người lớn: nên bắt đầu bằng liều nhỏ tăng dần: 25 µg/ngày LT<sub>4</sub> tăng dần mỗi 2-3 tuần từ 25-50µg cho đến khi tình trạng chuyển hóa trở về bình thường. Liều duy trì thường từ 100-200 µg/ngày.
- Tuy nhiên, nếu bệnh nhân trẻ, không có bệnh lý tim mạch kèm theo có thể bắt đầu ngay với liều 100 µg/ngày
- Bệnh nhân > 60 tuổi, nghi ngờ có bệnh lý mạch vành cần theo dõi triệu chứng thiếu máu cơ tim trên lâm sàng và ECG. Nếu có biểu hiện cơn đau thắt ngực hay ECG có dấu hiệu thiếu máu cục bộ thì chỉ nên khởi đầu liều thấp 12,5 - 25µg/ngày. Trong trường hợp nặng, có khi phải ngưng thuốc.
- Trên phụ nữ mang thai, nên khởi trị sớm ngay khi biết có thai. Liều khởi đầu tùy theo nồng độ TSH

TSH ban đầu	Liều khởi trị LT <sub>4</sub>
2.5-5 mUI/L	50 µg/ngày
5-8 mUI/L	75 µg/ngày
>8 mUI/L	1,6 µg/kg/ngày

- Điều chỉnh liều LT<sub>4</sub> ở phụ nữ đã biết suy giáp có thai: tăng liều thêm 2 ngày/tuần so với liều hiện tại hay tăng liều hàng ngày lên 25-30% liều hiện tại.

#### 6.2 THEO DÕI

Trên lâm sàng và cận lâm sàng cần theo dõi:

- Cân nặng
- Nhịp tim
- Tình trạng táo bón
- Đáp ứng linh hoạt
- Tình trạng mỡ máu
- TSH, FT<sub>4</sub>

Biểu hiện quá liều: nhịp tim nhanh, sụt cân nhanh, tiêu chảy, da nóng ẩm. Khi có triệu chứng này, nên giảm bớt liều dùng.

### 7. KẾT LUẬN

Suy giáp là một hội chứng khó chẩn đoán vì triệu chứng diễn tiến từ từ và kín đáo nên phải đặt ngay hướng chẩn đoán khi có triệu chứng lâm sàng gợi ý để có thể nhận biết bệnh và điều trị sớm tránh các biến chứng. Điều trị suy giáp là điều trị suốt đời. Cần phải giải thích rõ cho bệnh nhân biết để bảo đảm khả năng tuân trị cao nhất.

**Tài liệu tham khảo:**

- Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê. Nội Tiết học đại cương. Nhà xuất bản Y học 2007
- Clinical manifestations of hypothyroidism. Martin Surks. Douglas S Ross. Jean E Mulder
- Disorders of the thyroid gland. Harrison's Endocrinology. Mc Graw Hill. 3<sup>rd</sup> edition. 2013
- DAVID Y. GAITONDE, MD; KEVIN D. ROWLEY, DO; and LORI B. SWEENEY, MD, Dwight D. *Am Fam Physician*. 2012 Aug 1;86(3):244-251.