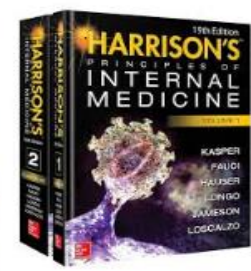




TẬP BÀI GIẢNG BỆNH LÝ HỌC PTH 350



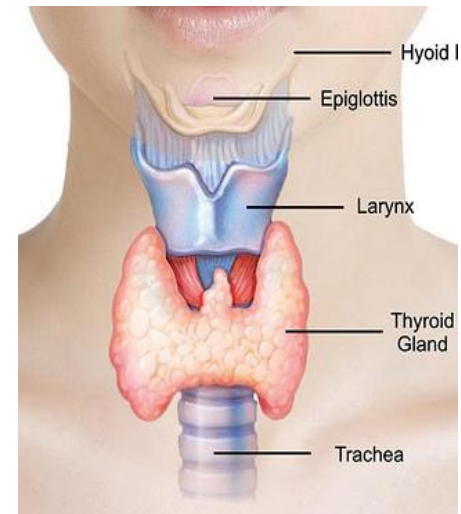
BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được nguyên nhân của cường giáp, suy giáp và bướu giáp đơn thuần.
2. Trình bày được triệu chứng của cường giáp, suy giáp.
3. Trình bày được đặc điểm bệnh sinh và lâm sàng của bệnh Basedow.
4. Nêu được phương pháp điều trị các bệnh lý tuyến giáp.

Nội dung

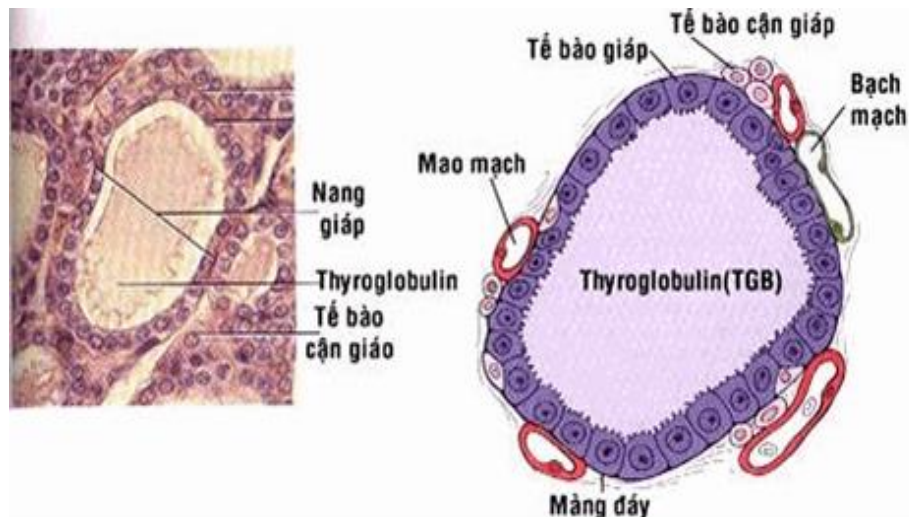
1. Giải phẫu sinh lý tuyến giáp
 - 1.1 Giải phẫu
 - 1.2 Sinh tổng hợp hormone tuyến giáp
 - 1.3 Điều hòa bài tiết theo các cơ chế
 - 1.4 Tác dụng của hormone tuyến giáp
2. Cường giáp
3. Suy giáp
4. Bướu giáp đơn thuần



1. Nhắc lại giải phẫu sinh lý tuyến giáp

1.1 Giải phẫu

- Tuyến giáp nằm trước khí quản, dưới sụn giáp, nặng 20-25g, gồm 2 thùy, có eo ở giữa, cao 6cm, rộng 3cm, dày 2cm.
- Cấu trúc gồm nhiều nang giáp, trong chứa đầy dịch keo, xen lẫn hệ thống mạch máu rất phong phú (1% lưu lượng tim), ở đây tổng hợp và dự trữ hormon T3, T4.

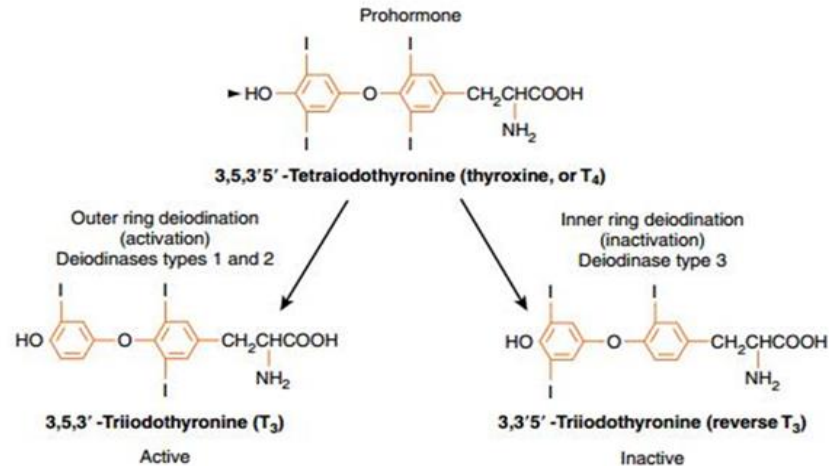


1.2 Sinh tổng hợp hormone tuyến giáp

- Iod là chất chủ yếu cho sự tổng hợp hormon giáp gồm 4 giai đoạn :

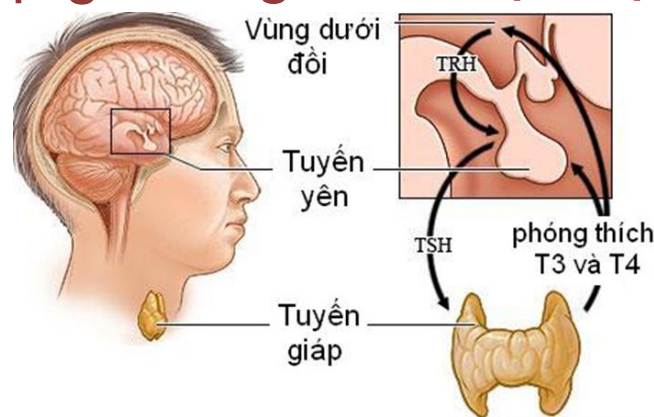
- + Bắt iod
- + Tổng hợp và dự trữ
- + Oxy hoá iod
- + Sự gắn iod vào tyrosin

- Sự di chuyển của hormon giáp: Quá trình này diễn ra ngược lại với sự thu nhận iod
- Sự bài tiết hormon giáp: Độ 93% hormon được phóng thích từ tuyến giáp là thyroxine (100nmol/24giờ) và chỉ hơn 7% là T3 (10 nmol/24giờ)



1.3 Điều hòa bài tiết theo các cơ chế sau

- Tuyến giáp được kiểm soát bởi TSH tiền yên, sự bài tiết TSH tăng dưới tác dụng của TRH và lạnh, giảm khi bị stress, nóng...T4,T3 tự do ức chế ngược sự bài tiết TSH, TSH bị điều khiển bởi TRH.
- Trong điều kiện sinh lý, chỉ cần 55 mcg iod/ngày vào tuyến giáp, nếu sự cung cấp gia tăng xuất hiện sự giảm thu nhận iod hữu cơ, cũng như ức chế giải phóng hormon.
(Basedow thường gặp ở phụ nữ độ tuổi từ 30 - > 50 tuổi), sử dụng quá nhiều iod (>500microgam/ ngày)trong khẩu phần ăn.



1.4 Tác dụng của hormone tuyến giáp

- Tác dụng lên chuyển hóa tế bào

T4, T3 làm tăng tiêu thụ O₂ ở hầu hết các mô trong cơ thể nên làm tăng chuyển hóa cơ sở (CHCS), ngoại trừ não, tinh hoàn, tử cung, lách, bạch huyết, tiền yên. CHCS có thể tăng từ 60-100% trên mức bình thường khi một lượng lớn hormon được bài tiết.

- Tác dụng trên sự tăng trưởng

Thể hiện rõ ở thời kỳ đang lớn của đứa trẻ, cùng với GH làm cơ thể phát triển. Đặc biệt có tác dụng phát triển bộ não thai nhi và những năm đầu sau sinh.

- Tác dụng trên chuyển hóa

Glucid: hormon giáp gây tăng glucose máu nhưng chỉ tăng nhẹ.

Lipid: tăng thoái hóa lipid ở mô mỡ dự trữ...

Protid: ở liều sinh lý, T3,T4 làm tăng tổng hợp protein giúp cho sự phát triển và tăng trưởng cơ thể, nhưng ở liều cao, tác dụng dị hóa nổi bật, gây mất protein ở mô, vì vậy người bệnh cường giáp thường gầy.

- Tác dụng trên chuyển hóa vitamin

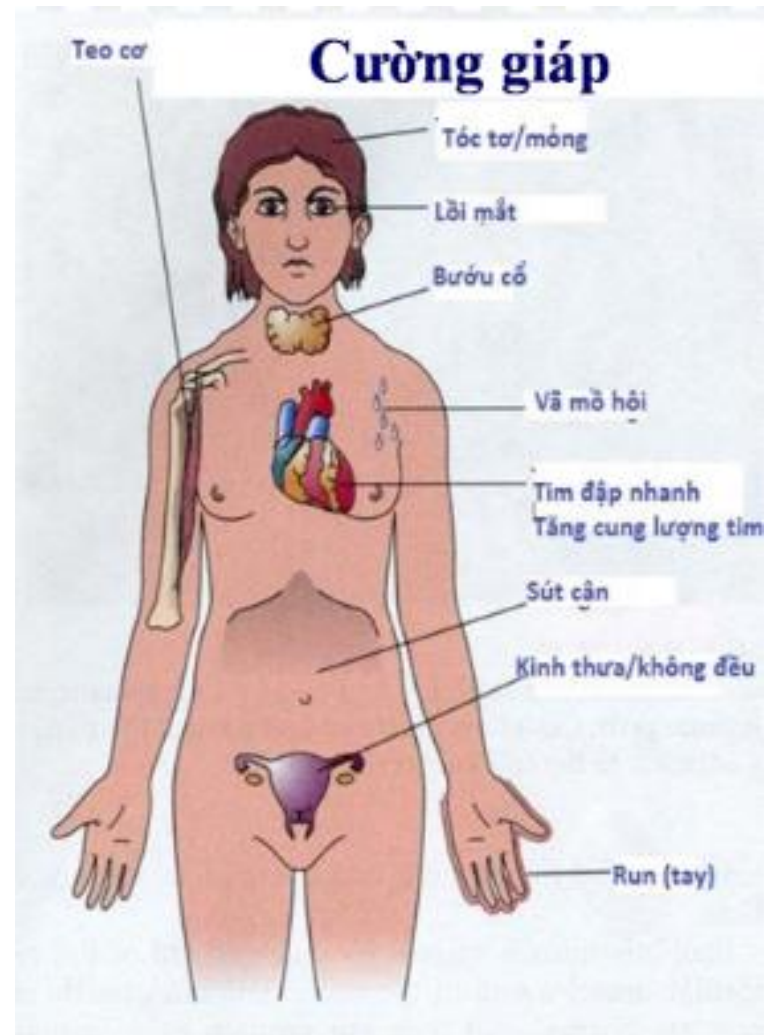
T3,T4 cần cho sự hấp thu vitamin B12 ở ruột và chuyển caroten thành vitamin A.

- Tác dụng trên hệ thần kinh cơ

Hormon giáp thúc đẩy phát triển trí tuệ, liều cao gây hoạt bát, bồn chồn, kích thích; nhược năng ở trẻ gây chậm phát triển về trí tuệ.

- Tác dụng lên tim mạch

Trên tim làm tăng số lượng (-receptor ở tim, do đó tim nhạy cảm với catecholamin nhiều hơn, làm nhịp tim nhanh.



Trên mạch máu: tăng chuyển hóa và tăng các sản phẩm chuyển hóa ở mô gây dẫn mạch, làm tăng lưu lượng tim.

- Tác dụng lên cơ quan sinh dục

Ở nam giới, thiếu hormon giáp gây mất dục tính nhưng bài tiết nhiều có thể gây bất lực.

Ở nữ giới, thiếu hormon giáp gây rong kinh, đa kinh nhưng thừa hormon gây ít kinh, vô kinh hoặc giảm dục tính.

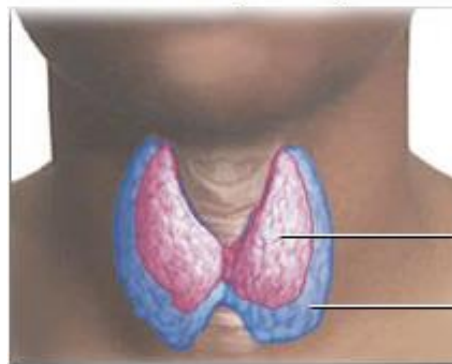
2. Cường giáp

2.1 Định nghĩa

- Cường giáp là một tình trạng mà trong đó tuyến giáp tạo ra quá nhiều hoóc môn thyroxine.
- Cường giáp có thể tăng tốc đáng kể sự trao đổi chất của cơ thể, dẫn đến cân nặng giảm nhanh hoặc ra mồ hôi hoặc khó chịu.



Lồi mắt (mắt lồi)



Cả tuyến giáp cùng lớn

Bệnh Graves là một nguyên nhân phổ biến của cường giáp, sản xuất nhiều hơn hormone tuyến giáp, gây phì đại tuyến giáp và các triệu chứng khác như lồi mắt, không dung nạp nhiệt và lo lắng

Tuyến giáp bình thường

Tuyến giáp mở rộng

2.2 Các nguyên nhân gây cường giáp

- Tuyến giáp tạo ra hai hormone chính, thyroxine (T-4) và triiodothyronine (T-3), có ảnh hưởng đến mọi tế bào trong cơ thể.
- Nó duy trì tốc độ cơ thể sử dụng các chất béo và carbohydrate, giúp kiểm soát nhiệt độ cơ thể, ảnh hưởng đến nhịp tim và giúp điều chỉnh việc sản xuất các protein.
- Tuyến giáp cũng sản xuất calcitonin, một hormon giúp điều chỉnh lượng canxi trong máu.
- Hoạt động của tuyến giáp
 - + Tốc độ T-4 và T-3 phát hành được kiểm soát bởi tuyến yên và vùng dưới đồi.

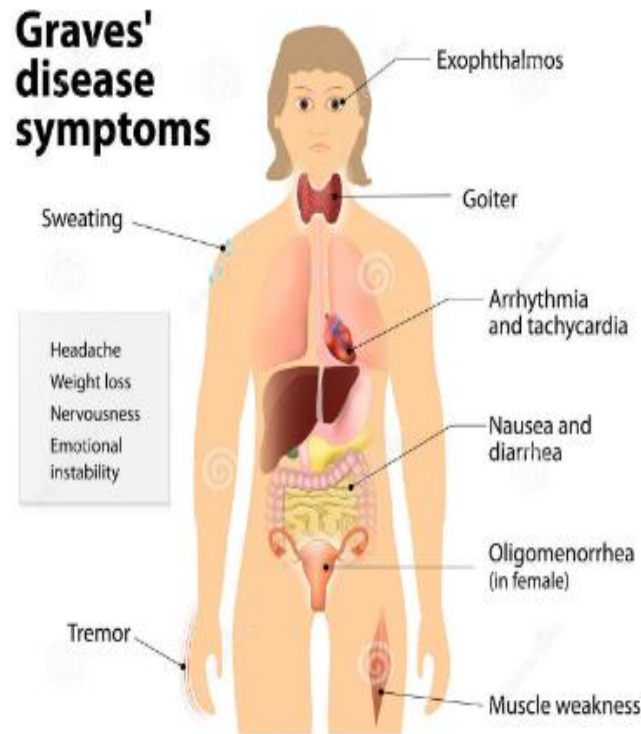
- + Các tín hiệu vùng dưới đồi tuyến yên chỉ huy hormone tuyến giáp được gọi là hormone kích thích (TSH).
- + Tuyến yên phát hành TSH~tùy thuộc vào T-4 và T-3 có trong máu.
- + Nếu không có đủ T-4 và T-3 trong máu, TSH sẽ tăng lên, nếu có quá nhiều, mức TSH sẽ giảm. Cuối cùng, tuyến giáp sản xuất số lượng các hormone dựa trên số lượng TSH nó nhận được- Lý do quá nhiều thyroxine (T-4)

Bình thường, tuyến giáp phát hành đúng lượng kích thích tố, nhưng đôi khi nó tạo ra quá nhiều T-4. Bao gồm:

+ Graves.

Graves là một rối loạn tự miễn dịch trong đó các kháng thể được sản xuất bởi hệ miễn dịch kích thích tuyến giáp để tạo ra quá nhiều T-4, là nguyên nhân phổ biến nhất của cường giáp.

Trong Graves, kháng thể tấn công nhằm tuyến giáp và đôi khi mô đằng sau mắt (Graves' ophthalmopathy) và da, thường ở chân - mào xương chày cẳng chân (Graves' dermopathy).



+ Tăng năng bướu tuyến giáp (u tuyến độc, bướu cổ đa nhân độc hại, bệnh Plummer).

Cường giáp xảy ra khi một hoặc nhiều u tuyến của tuyến giáp sản xuất quá nhiều T-4.

Không phải tất cả u tuyến sản xuất T-4 dư thừa, và các bác sĩ không chắc chắn những gì gây ra sản xuất quá nhiều hormone.

+ Viêm tuyến giáp.

Đôi khi tuyến giáp có thể bị viêm vì lý do không rõ.

Viêm nhiễm có thể gây ra dư thừa hormone tuyến giáp được lưu trữ trong tuyến rò rỉ vào máu.

Các loại khác không gây đau đớn và đôi khi có thể xảy ra sau khi mang thai (viêm tuyến giáp sau sinh).

2.3 Cơ chế bệnh sinh

2.3.1 Basedow (bệnh Graves)

Basedow là một bệnh tự miễn có liên quan tới sự rối loạn của lympho T ức chế (T...)

- Có sự hiện diện của tự kháng thể kháng thyroglobulin, tự kháng thể kháng TSH và yếu tố kích thích liên tục tuyến giáp...
- Có sự thâm nhiễm các tế bào lympho vào mô tuyến giáp, cơ vận nhãn và vùng trước xương chày.
- Có thể kèm các bệnh tự miễn khác như lupus ban đỏ...
- Bệnh có yếu tố di truyền: gia đình cùng bị, HLA B8, HLA DR3.
- Hay gặp ở nữ.

2.3.2 Bướu giáp độc đơn nhân hoặc đa nhân (Toxic solitary or multinodula goiter):

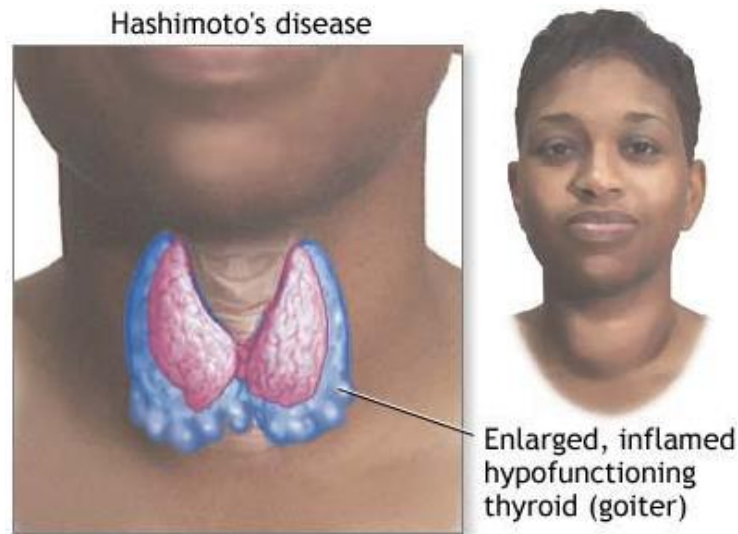
Tuyến giáp xuất hiện một nhân và vài nhân nằm ở một thùy, nhân này là nang giáp tăng cường tổng hợp các hormon tuyến giáp và ức chế các mô lành xung quanh cũng như ức chế tuyến yên giảm tiết TSH.



2.3.3 Viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto

Tuyến giáp viêm mạn tính có thâm nhiễm tế bào lympho. Hormon tuyến giáp tăng cao và xuất hiện các triệu chứng cường giáp, nhất là ở giai đoạn đầu. Triệu chứng cường giáp thường tự hết.

Bệnh không bao giờ tái phát



2.3.4 Cường giáp do iod (bệnh Iod-Basedow)

Quá tải iod có thể gây cường giáp trên bệnh nhân thường có biểu hiện bệnh lý tuyến giáp trước đó.

Iod không phải là nguyên nhân gây bệnh nhưng nó thúc đẩy việc xuất hiện triệu chứng cường giáp trên lâm sàng ở những tuyến giáp không chịu ảnh hưởng của hiệu ứng Wolff – Chaikoff.

Quá tải iod có thể do dùng thuốc điều trị có iod (amiodaon) thuốc cản quang hoặc do bổ xung quá nhiều trong vùng dịch tể thiếu iod

2.4 Triệu chứng của cường giáp (nhiễm độc giáp)

2.4.1 Lâm sàng

Cường giáp có thể bắt chước các vấn đề sức khỏe khác, có thể gây khó cho bác sĩ chẩn đoán. Nó cũng có thể gây ra một loạt các dấu hiệu và triệu chứng, bao gồm:

- Giảm cân đột ngột, ngay cả khi sự ngon miệng và chế độ ăn uống vẫn bình thường hoặc thậm chí tăng.
- Nhịp tim nhanh - thường hơn 100 nhịp một phút - loạn nhịp tim hoặc đánh trống ngực.
- Tăng sự thèm ăn.
- Căng thẳng, lo lắng và khó chịu.

- Run - thường là run tay và các ngón tay.
- Ra mồ hôi.
- Thay đổi kinh nguyệt.
- Tăng nhạy cảm với nhiệt.
- Đi cầu thường xuyên hơn.
- Phì đại tuyến giáp (bướu cổ).
- Mệt mỏi, yếu cơ.
- Khó ngủ.
- Người lớn tuổi có nhiều khả năng có hoặc không có triệu chứng hoặc có mức độ nhẹ...
- Thuốc beta blocker, được sử dụng để điều trị huyết áp cao và các vấn đề khác, có thể giúp trong những dấu hiệu của cường giáp.

2.4.2 Cận lâm sàng

- Xét nghiệm miễn dịch

Hiện diện trong máu bệnh nhân một số kháng thể chống lại tuyến giáp như:

- + Kháng thể kích thích thụ thể TSH (đặc hiệu của bệnh Basedow).
- + Kháng thể kháng enzym peroxydase giáp (TPO).
- + Kháng thể kháng thyroglobulin (Tg), không đặc hiệu vì có thể gặp trong bệnh Hashimoto.
- + Kháng thể kháng vi tiểu thể (MIC).

- Xét nghiệm đánh giá chức năng cường giáp:

Gia tăng nồng độ hormon giáp trong huyết tương:

- + T3: (95-190 ng/dl): tăng.
- + FT3 : (0,2- 0,52 ng/dl): tăng.
- + T4 : (5 – 12 g/dl): tăng.
- + FT4 : (0,9 - 2 ng/dl): tăng.
- + Tỷ T3 (ng %) /T4 (microgam %): trên 20 (đánh giá bệnh tiến triển)
- + TSH siêu nhạy (0,5 - 4,5 (U/ ml): giảm.
- + Độ tập trung I131 tại tuyến giáp sau 24 giờ tăng cao hơn bình thường.

- Xét nghiệm hình thái và cấu trúc tuyến giáp
 - + Siêu âm tuyến giáp: Tuyến giáp phì đại, eo tuyến dày, cấu trúc không đồng nhất, giảm âm
 - + Chụp nhấp nháy tuyến giáp: giúp xác định phần nào hình thái và chức năng tuyến giáp với I123 hoặc Tc 99m.
 - + Chụp cắt lớp (CT Scanner) và MRI ít được sử dụng.
 - + Hình ảnh giải phẫu bệnh: Tuyến giáp lớn đều cả hai thùy, lan tỏa, mềm và tân sinh nhiều mạch máu...
 - + Thăm dò thương tổn mắt
 - + Đo độ lồi nhãn cầu bằng thước HERTEL ...

2.4.3 Tiến triển và biến chứng

- Tim mạch: gồm nhịp tim nhanh, rung nhĩ và suy tim sung huyết .
- Giòn xương: Quá nhiều hormon tuyến giáp cản trở khả năng kết hợp canxi vào xương của cơ thể.
- Vấn đề mắt: mắt phồng lên, mắt đỏ hoặc sưng, nhạy cảm với ánh sáng và mờ hoặc nhìn đôi.
- Đỏ, sưng da: gây mẩn đỏ và sưng, thường trên mào xương chày và bàn chân.
- Cơn cường giáp cấp: sốt cao, nhịp tim nhanh và thậm chí mê sảng...

2.5 Điều trị

2.5.1 Điều trị nội khoa

Thuốc kháng giáp - làm giảm dần các triệu chứng của cường giáp bằng cách ngăn chặn tuyến giáp sản xuất thừa kích thích tố, gồm:

Propylthiouracil và **Methimazole** (Tapazole).

Các triệu chứng thường bắt đầu cải thiện trong sáu đến 12 tuần, nhưng điều trị bằng thuốc kháng giáp trạng thường tiếp tục ít nhất một năm.

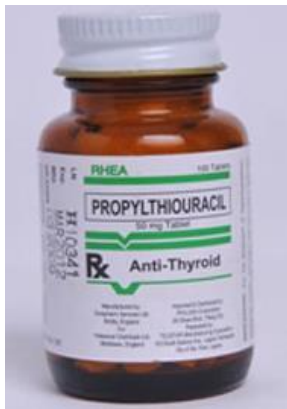
Đối với một số người có thể bị tái phát.

Cả hai loại thuốc có thể gây tổn thương gan nghiêm trọng, đôi khi dẫn đến tử vong. Bởi vì propylthiouracil gây rất nhiều thiệt hại cho gan, nó thường được sử dụng chỉ khi không thể chịu đựng được methimazole.

Beta blockers.

Các thuốc này thường được sử dụng để điều trị tăng huyết áp.

Nó không làm giảm mức tuyến giáp, nhưng nó có thể làm giảm nhịp tim nhanh chóng và giúp ngăn ngừa đánh trống ngực. Vì lý do đó, bác sĩ có thể kê toa cho đến khi mức tuyến giáp tiến gần hơn với bình thường.



Propylthiouracil



Methimazole (Tapazole).



Beta blockers.

2.5.2 Điều trị ngoại khoa

Nếu không thể chịu được thuốc kháng giáp và không muốn dùng iốt phóng xạ trị liệu, có thể phẫu thuật tuyến giáp, mặc dù đây là một tùy chọn chỉ trong một vài trường hợp.

Rủi ro của phẫu thuật bao gồm thiệt hại dây thanh âm và tuyến cận giáp. Ngoài ra, cần phải điều trị suốt đời với levothyroxine (Levoxyl, Synthroid...) để cung cấp cho cơ thể với số lượng hormone tuyến giáp bình thường.

Nếu tuyến cận giáp cũng được loại bỏ, cần uống thuốc để giữ mức canxi huyết bình thường.

2.5.3 Điều trị bằng đồng vị phóng xạ I131

I-ốt phóng xạ. Uống iốt phóng xạ được hấp thu bởi tuyến giáp, nó thu nhỏ tuyến và các triệu chứng giảm dần, thường là trong vòng 3 - 6 tháng.

Bởi vì điều trị nguyên nhân cường giáp chậm đáng kể, cuối cùng có thể cần phải uống thuốc mỗi ngày để thay thế thyroxine.



Sản phẩm đồng vị phóng xạ I-131 đã được chuyển giao cho bệnh viện Việt Pháp

2.5.4 Điều trị biến chứng

- Vấn đề về tim.

Một số trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của cường giáp liên quan đến tim. Chúng bao gồm nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp tim được gọi là rung nhĩ và suy tim sung huyết. Các biến chứng này thường giảm với điều trị thích hợp.

- Giòn xương.

Nếu không điều trị cường giáp cũng có thể dẫn đến xương yếu, dễ gãy (loãng xương). Quá nhiều hormon tuyến giáp cản trở khả năng kết hợp canxi vào xương của cơ thể.

- Vấn đề mắt.

Những người có vấn đề cường giáp phát triển các vấn đề về mắt, trong đó mắt phồng lên, mắt đỏ hoặc sưng, nhạy cảm với ánh sáng và mờ hoặc nhìn đôi.

- Đỏ, sưng da.

Trong trường hợp hiếm, những người Graves phát triển vấn đề về da, có ảnh hưởng đến da, gây mẩn đỏ và sưng, thường trên móng xương chày và bàn chân.

- Cơ cường giáp cấp.

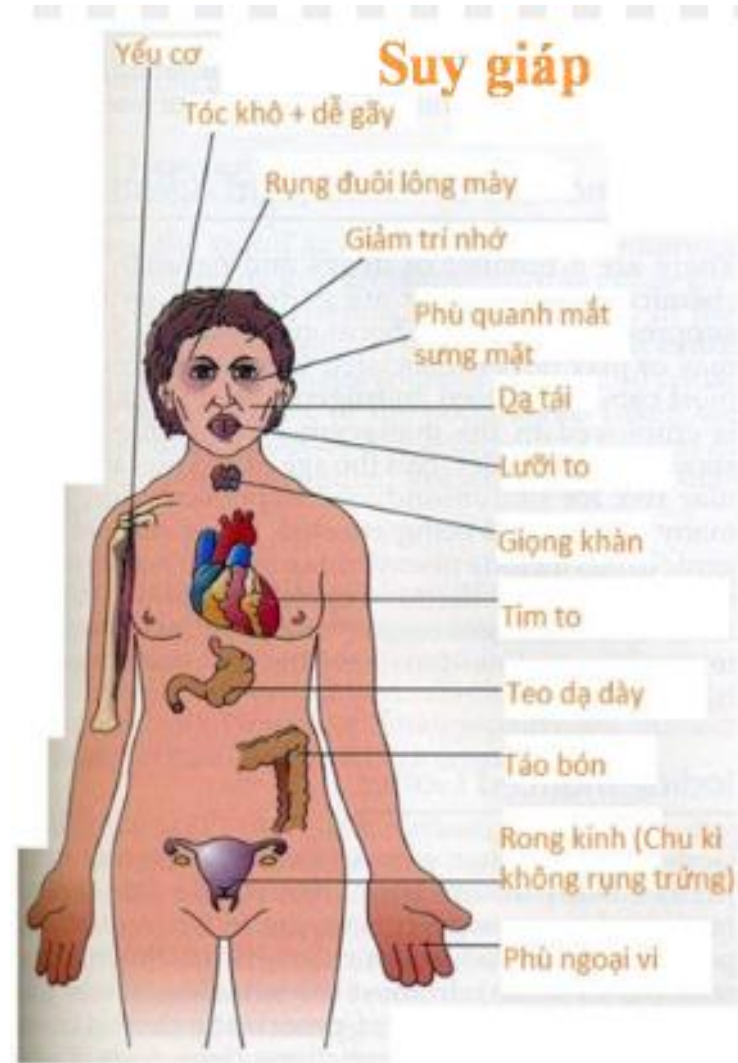
Cường giáp cũng có nguy cơ cơ cường giáp cấp, là sự tăng đột ngột các triệu chứng, dẫn đến một cơn sốt, nhịp tim nhanh và thậm chí mê sảng.

3. Suy Giáp

3.1 Định nghĩa

Suy giáp (SG) là một bệnh cảnh xuất hiện do sự thiếu hụt hormone giáp, gây nên những tổn thương ở mô, và những rối loạn chuyển hóa.

Những thay đổi bệnh lý này được gọi là triệu chứng giảm chuyển hóa (hypometabolism).



3.2 Nguyên nhân

- Suy giáp tiên phát

- + Bệnh xảy ra do tổn thương tại chính tuyến giáp, chiếm hơn 90% các trường hợp suy giáp.

- + Viêm tuyến giáp Hashimoto: Đây là nguyên nhân hay gặp nhất. Tuyến giáp có thể lớn hoặc teo, có khi đi kèm với Addison và các rối loạn nội tiết khác.

- + Tai biến do điều trị: Nhất là với iode phóng xạ, phẫu thuật tuyến giáp, riêng với thuốc kháng giáp tổng hợp, ít gặp hơn.

- + Cung cấp iode không hợp lý (thừa iode, thiếu iode): Suy giáp do thiếu iode đang còn là vấn đề ở Việt Nam.

+ Viêm tuyến giáp bán cấp, viêm giáp sau sinh: thường xảy ra sau giai đoạn nhiễm độc giáp trước đó, suy giáp ở đây chỉ tạm thời.

+ Các nguyên nhân khác: Lithium: điều trị bệnh tâm thần....

- Suy giáp thứ phát

+ Suy tuyến yên do u lành (adenoma) tuyến yên, do phẫu thuật tuyến yên, hoặc do tuyến yên bị hoại tử trong bệnh Sheehan.

+ Suy giáp độ tam cấp. Do rối loạn chức năng hướng yên giáp tại vùng dưới đồi, bệnh cảnh hiếm.

+ Suy giáp do đề kháng hormone giáp ở ngoại biên. Bệnh ít gặp.

3.3 Triệu chứng

3.3.1 Lâm sàng suy giáp tiên phát

Suy giáp tiên phát - Bệnh phù niêm (myxedema). Hay gặp ở nữ, xung quanh lứa tuổi 50. Bệnh thường xuất hiện từ từ dễ lẫn với các triệu chứng của mãn kinh.

Các triệu chứng thường có trong suy giáp (Theo Perlemuter và Hazard):

- + Triệu chứng giảm chuyển hóa: Mệt mỏi:99%. Sợ rét:89%. Tăng cân:59%.
- + Triệu chứng tim mạch: Nhịp tim chậm:95%. Hồi hộp:31%. Đau vùng trước tim:25%.
- + Triệu chứng da niêm mạc: Da khô:97%. Giảm tiết mồ hôi:89%. Lưỡi lớn và dày:82%.

- + Rụng lông: 76%. Xanh tái: 67%. Rụng tóc: 57%. Phù ngoại vi: 55%. Giọng khàn: 52%. Điếc: 32%.
- + Triệu chứng tiêu hóa: Táo bón dai dẳng: 23%.
- + Triệu chứng cơ bắp: Chuột rút (vọp bẻ) > 70%
- + Triệu chứng thần kinh: Lờ đờ (Léthargie): 91%. Nói chậm: 91%. Giảm trí nhớ: 66%. Rối loạn tâm thần: 35%.
- + Hôn mê suy giáp: Là một biến chứng nặng của suy giáp, hiếm, thường chỉ gặp ở xứ lạnh, xảy ra trên bệnh nhân suy giáp điều trị không đầy đủ hoặc không được điều trị, với các yếu tố thuận lợi như: nhiễm trùng, phẫu thuật, chấn thương, nhiễm độc... hoặc ngưng điều trị thyroxine đột ngột.

+ Tiên lượng thường nặng, tỷ lệ tử vong hơn 50%.
Lâm sàng là một tình trạng hôn mê im lặng kèm các dấu hiệu sau:

Thân nhiệt hạ, đây là dấu hiệu hằng định, nhiệt độ khoảng 32-35°C có khi thấp hơn.

Rối loạn hô hấp, luôn luôn có, với những đợt ngưng thở, giảm thông khí phế nang.

Các biểu hiện tim mạch như nhịp tim chậm, hạ huyết áp, cung lượng tim giảm, tim lớn.

Xét nghiệm hormone khẳng định bệnh cảnh suy giáp

Trong đợt hôn mê suy giáp ~điện giải đồ máu và nước tiểu: Luôn luôn có giảm natri máu, kèm giảm clor, giảm protid máu, gây ứ nước nội bào dễ dẫn đến phù não, glucose máu có thể giảm, ADH tăng.

3.3.2 Cận lâm sàng

- Ảnh hưởng thiếu hormone giáp lên chuyển hóa và tổ chức ngoại vi: Chuyển hóa cơ bản giảm dưới 10% so với bình thường...

- Định lượng hormone giáp lưu hành:

Iode toàn phần (iode trong hormone) $< 4(\text{g/100ml})$. $\text{T4} < 3\mu\text{g/dl}$.

FT4I giảm.

$\text{T3} < 80\text{ng/dl}$ ($< 1,2 \text{ nmol/l}$).

Nếu chỉ T3 giảm đơn độc thì chưa đủ vì T3 có thể giảm do những nguyên nhân không phải do tuyến giáp.

$\text{FT4} < 0,8(\text{ng/dl})$ (T4 tự do).

- Định lượng TSH:

Nếu suy giáp tiên phát TSH luôn luôn tăng trên 10 (UI/ml (TSH > 20 (UI/ml khẳng định chẩn đoán): chứng tỏ tổn thương tuyến giáp tiên phát. Nếu suy giáp do nguyên nhân ở cao TSH không tăng.

- Đo độ tập trung iode phóng xạ tại tuyến giáp:

Độ tập trung iode phóng xạ đạt dưới 5%, 10% và 20% vào các thời điểm 2h, 6h và 24h, có khi thấp hơn nữa (bình thường: 20%, 30%, 40% vào các thời điểm trên).

Xạ hình tuyến giáp thấy hình ảnh iode tập trung rời rạc, không đồng chất...

3.4 Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định

- + Với những trường hợp điển hình. Cần nghĩ đến suy giáp trước tất cả những trường hợp có biểu hiện nghi ngờ như tuyến giáp lớn hoặc có điều trị iode phóng xạ hoặc phẫu thuật giáp.
- + Nếu nghi ngờ suy giáp tiên phát: TSH là xét nghiệm tốt nhất giúp chẩn đoán xác định...
- + Nếu nghi ngờ suy giáp thứ phát: Do gợi ý thương tổn tuyến yên, TSH thường giảm nhưng có khi bình thường do đó cần định lượng FT4, không nên chỉ dựa vào định lượng TSH để chẩn đoán suy giáp thứ phát.

- Chẩn đoán phân biệt

- + Tuổi già: Do suy thoái cơ thể, biểu hiện chậm chạp về tinh thần và thể chất... Các biểu hiện trên cũng có thể có một phần do giảm hoạt giáp.
- + Suy thận mạn: urê, créatinin máu tăng...
- + Hội chứng thận hư: Phù, thiếu máu, cholesterol máu tăng...
- + Bệnh Langdon Down: Trí tuệ, tay chân kém phát triển...
- + Thiếu máu, suy dinh dưỡng: Da tái, phù nhẹ, tóc lông có thể rụng
- + Béo phì: Tăng cân, nặng nề trong vận động...

3.5 Điều trị - Nguyên tắc điều trị suy giáp

Tất cả trường hợp suy giáp đều cần được điều trị

- Thuốc Hormone giáp: Tinh chất tuyến giáp (extrait thyroïdien) Thuốc được chế từ tuyến giáp gia súc.

Biệt dược: Amour Thyroid. Thyroteric, Extrait thyroïdien choay.

- Hormone giáp tổng hợp:

- + Levothyroxine, LT4: Biệt dược: Synthroid-levothroid, L Thyroxine - Roche, Levothyrox...

- + Liothyronine, LT3: Biệt dược: Cynomel.

- + LT4 phối hợp với LT3: Tên chung ở Mỹ là Liothrix. Euthyral

Trong điều trị còn có dạng D. Thyroxine. (Dextro - Thyroxine) nhưng dạng L Thyroxine được ưa chuộng vì tác dụng mạnh hơn.



Điều trị triệu chứng

- Hỗ trợ hô hấp; oxy liệu pháp, đặt nội khí quản, giúp thở
- Đồng thời điều trị tình trạng trụy mạch một cách tích cực.
- Nhanh chóng xác định chẩn đoán bằng định lượng TSH, FT4 trước khi cho thyroxine.
- Sưởi ấm từ từ ở nhiệt độ phòng là 22°C. Sưởi ấm nhanh quá có thể làm nặng tình trạng trụy mạch và rung thất.
- Bù nước điện giải, glucose.

-Thyroxine:

50-100 μ g TM mỗi 6-8 giờ trong 24 giờ, sau đó 75-100 μ g/ngày TM cho đến khi uống được.

Điều trị hormone thay thế được tiếp tục sau đó như thường quy khi mà suy giáp được chẩn đoán xác định.

Cần theo dõi kỹ về tim mạch để nhanh chóng phát hiện tác dụng không mong muốn trên tim do thyroxine.

- Hydrocortisone: 100mg tĩnh mạch sau đó tiêm bắp 50mg mỗi 8h trong đợt cấp, tiếp đó tùy tiến triển có thể giảm bớt liều lượng

4. Bướu giáp đơn thuần

4.1 Định nghĩa

- Bướu cổ dịch tể còn gọi là bướu giáp địa phương hay bướu giáp lưu hành: Khi thiếu iode trầm trọng gây ra bướu cổ dịch tể hay đàn độn dịch tể, giảm thông minh và tăng tử suất chu sinh và sơ sinh. Được nhóm lại thành một tên chung là rối loạn do thiếu iode. Từ đó người ta định nghĩa bướu cổ dịch tể như là sự phì đại của tuyến giáp khu trú hay toàn thể trong hơn 10% quần chúng.
- Định nghĩa bướu cổ lẻ tẻ rải rác: là sự phì đại tổ chức tuyến giáp có tính chất lành tính toàn bộ hay từng phần không có triệu chứng suy hay cường giáp, không do viêm, không có tính chất địa phương (tức vùng không có dịch tể).

4.2 Nguyên nhân

- Thiếu iode

Gặp trong vùng địa dư đặc biệt như vùng núi và một số vùng đã nêu đã trên.

Rối loạn kích thích tố nữ: xảy ra ở phụ nữ dậy thì, có thai, tiền mãn kinh.

- Do chất kháng giáp

Bắp cải trắng hay thuốc kháng giáp tổng hợp hoặc chất ngăn cản sự tải iode như Thiocyanate, Perchlorate.

Sắn cũng gây bướu cổ dịch tễ, vì sắn có chứa Glucoside cyanogénique, Linamarin, chất này khi bị thủy phân giải phóng cyanure, trong cơ thể cyanure bị khử độc thành thiocyanate

mà thiocyanate ức chế bơm iode tuyến giáp và gia tăng sự thanh thải iode ở thận, hậu quả là thiếu iode cơ thể.

- Do bất thường tổng hợp KTT tuyến giáp

Do thiếu enzyme ảnh hưởng đến sự sinh tổng hợp KTT tuyến giáp.

Do sự sai lệch bẩm sinh trong sự tổng hợp thyroxin sản xuất ra iodoprotein bất thường.

Dùng iode liều cao gây ức chế tổng hợp hormon giáp do hiệu quả Wolff Chaikoff (tác dụng thoáng qua).

- Mất iode

Tiêu chảy kéo dài, hội chứng thận hư (giảm protein tải iode), thai nghén (tăng thải iode nước tiểu).

4.3 Bệnh sinh

Trong bướu cổ, giảm thyroxin sẽ kích thích tuyến yên tăng tiết TSH gây bướu giáp và tăng sản xuất hormon giáp, đây chỉ là hiện tượng bù trừ, phản ứng để cung cấp cho cơ thể đủ thyroxin, do đó tuyến giáp không bị suy hay giảm chức năng.

Nồng độ iode trong máu và trong tuyến giáp giảm, làm tuyến giáp phì đại để bù trừ cũng qua cơ chế trên.

Vấn đề bướu nhân chưa được giải thích rõ rệt lắm, người ta cho rằng bắt đầu to toàn bộ tuyến giáp và sau đó thu lại còn một hay nhiều nhân.

Có ý kiến khác cho rằng TSH tác dụng lên một số nang tuyến giáp, và bướu dạng keo là hậu quả của bướu hay phì đại tế bào.

4.4 Triệu chứng

4.4.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:

Đối với bướu giáp đơn thuần:

bệnh nhân thường có tình trạng bình giáp.

Đối với bướu cổ dịch thể

thì ảnh hưởng đến sự phát triển cơ thể nhất là ở trẻ em, giảm thông minh, đàn dòn.



- Triệu chứng thực thể:

Đối với bướu giáp đơn đều:

chỉ tình cờ thấy bướu lớn, hoặc do người khác phát hiện có một khối u ở giữa cổ, sờ có ranh giới rõ, không dính vào da, không đau, mềm hay chắc, di động theo nhịp nuốt lên xuống, khi bướu to có thể gây chèn; không có tiếng thổi tại đỉnh bướu.

Đối với bướu giáp nhiều nhân:

gồm nhiều khối tròn đường kính từ 0,5 - vài cm.

4.4.2 Cận lâm sàng

- Định lượng FT3, FT4 bình thường (Bình thường FT4 = 0,8 - 2,4ng/dl, hoặc 8 - 18pg/ml, hoặc 10 - 30nmol/L).
- FT3 = 0,4ng/dl, hoặc 3 - 4pg/ml
- Yếu tố tăng protein tải hay tăng T4 toàn phần: oestrogen, thai nghén, viêm gan nhiễm trùng, u tủy, collagenose.
- Yếu tố làm giảm T4: suy dưỡng, giảm protid máu, xơ gan, thuốc androgene, corticoide liều cao.
- Yếu tố ngăn cản sự kết hợp với protein tải: hydantoin, clofibrate, héparine, phenylbutazone.
- TSH cực nhạy (TSH us) bình thường (TSH = 0,3 - 4mUI/L).

- Độ tập trung I131 bình thường, trừ trường hợp bướu đơn hạo iode.
- Chụp nhấp nháy xạ hình giáp (Sintigraphie): cho biết hình thái tuyến giáp, chức năng tuyến giáp...
- Định lượng T3, T4 tự do bình thường.
- Sinh thiết: có khi cần thiết, cho thấy các biến đổi lành tính như trong phần giải phẫu bệnh.
- Đối với bướu cổ dịch tế hay bướu cổ địa phương, cần đo iode niệu/ngày, hoặc tỉ lệ iode niệu/créatinine niệu để đánh giá sự trầm trọng của thiếu hụt iode.
- Thể tích tối đa tuyến giáp (giới hạn trên) ở người trưởng thành 18 ml.

4.4.3 Tiến triển và biến chứng

- Xuất huyết trong bướu: bướu to nhanh, đau và nóng, dấu chèn ép cấp.
- Cường giáp: Thường xảy ra ở bướu nhiều nhân, bướu lâu năm, Basedow hóa phần tuyến bình thường xen kẽ giữa các nhân, thường do cung cấp iode quá nhiều (iode- Basedow).
- Ung thư hóa.
- Riêng đối với bướu cổ do thiếu iode ở người mẹ mang thai: có thể ảnh hưởng đến sự chậm phát triển về tinh thần và thể chất của thai nhi.
- Ung thư giáp: Biểu hiện tuyến giáp to, xuất hiện một nhân hoặc nhiều nhân cứng, bờ gồ ghề di động theo nhịp nuốt, nếu khối u to có thể chèn ép gây khàn tiếng, khó thở, khó nuốt.

4.5 Điều trị và dự phòng

- Nguyên tắc điều trị - Nhằm bình thường hóa nồng độ hormone tuyến giáp, mà không đòi hỏi tuyến giáp phải tăng hoạt và phì đại, do đó nếu bệnh nguyên:

- + Thiếu iode thì cung cấp iode, không do thiếu iode, cung cấp thêm hormone giáp tổng hợp.

- + Trong bướu giáp đơn do thiếu iode, điều trị bằng iode hay hormone giáp làm tuyến giáp nhỏ lại nhiều hay ít thay đổi tùy thuộc nhiều yếu tố, như thời gian xuất hiện bướu, kích thước bướu, độ xơ hoá của bướu.

- + Trong những nguyên nhân khác gây bướu giáp đơn lan toả không độc, Levothyroxine có thể được dùng với mục đích nhằm giảm kích thước tuyến giáp

Điều trị cụ thể với bướu giáp đơn lan toả (không độc):

- Điều trị ngoại khoa: Hạn chế tối đa phẫu thuật vì bướu giáp trong trường hợp này lớn là do hoạt động bù, nếu cắt bỏ dễ bị suy giáp, nhất là hiếm khi chỉ định đối với các bướu lớn lan toả. Tuy nhiên can thiệp phẫu thuật có thể đặt ra trong những trường hợp sau:
 - + Bướu giáp quá lớn gây chèn ép (khó nuốt, khó thở, nói khàn).
 - + Bướu giáp lâu năm dễ bị ung thư hoá hoặc nghi ngờ ung thư hoá.
 - + Bướu nhiều nhân.
 - + Vì lý do thẩm mỹ..

- Điều trị nội khoa:
 - + Đối với bướu giáp do thiếu iode hay bướu giáp địa phương: Tốt nhất là đưa iode vào điều trị và dự phòng
 - + Để làm giảm thể tích tuyến giáp. L. Thyroxine viên được chỉ định khi:
 - + Lâm sàng và siêu âm xác định bướu giáp lớn...
 - + Thyroxin (Levothyroxine, L-Thyroxine, Levothyrox) (T4), viên 50µg, 75µg, 100µg, liều 0.5- 2 viên/ng
 - + Triiodothyronine (Liothyronine) (T3) viên 25 µg, 1- 2 viên/ng
 - + Xạ trị liệu ngày càng được chỉ định vì làm kích thích tuyến nhỏ lại, và có thể cắt bỏ chọn lọc các nhân tự trị.



Phòng bệnh

Đối với vùng thiếu iode, có nhiều cách bổ sung iode, nhưng iode hóa muối là phương pháp được ưa chuộng nhất trong việc bổ sung iode ở quần thể thiếu hụt iode

- Muối iode hóa (iodat bền vững hơn iodure):

Nồng độ iode trộn vào muối được đề nghị là 1 phần iode cho 10.000-100.000 phần muối, bằng cách dựa trên sự tiêu thụ khoảng 5g-10g muối/ngày, cung cấp chừng 50- 500 μ g iode/ng.

Sự cung cấp được đánh giá tốt khi nồng độ iode trong nước tiểu trung bình từ 100-200 μ g iode/l

O3 cho vào nước uống đạt nhu cầu 150 μ g /ngày.

- Dầu iode: Lipiodol

Đường uống: 1ml chứa 480mg iode, liều duy nhất bằng 1ml, dự phòng 1-2 năm.

Tiêm bắp:

Trẻ em <1tuổi: liều 0.5ml, TB ở mông.

Trẻ em >1tuổi và người lớn TB ở tay, liều 1ml.

- Nước pha iode:

Iode loại dung dịch đậm đặc I₂, IK hay KIO₃ cho vào nước uống đạt nhu cầu 150µg /ngày.

- Lugol:

5g I₂ + 10g IK trong 100ml (hoặc 6mg iode chứa trong 1 giọt Lugol). Thời gian tác dụng ngắn hơn so với loại dầu iode, nên cho nhiều lần trong ngày.

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Giáo trình Bệnh học Nội khoa, (2008). Bộ Môn Nội - Trường Đại học Y Dược Huế, NXB Y học
6. Bài Giảng Bệnh học Nội khoa, (2003). Các Bộ môn Nội- Trường Đại học Y Hà nội, NXB Y học
7. Tài liệu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa” ban hành kèm theo Quyết định 3879 /QĐ-BYT, Hà Nội, ngày 30 tháng 09 năm 2014.
8. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu đúng nhất ~ Tác dụng của hormone tuyến giáp gồm:
 - A. Thúc đẩy phát triển cơ thể và hệ sinh dục
 - B. Tăng chuyển hóa tế bào và các chất sinh học
 - C. Tác dụng lên hệ tim mạch và hệ thần kinh-cơ
 - D. Tất cả các câu đều đúng

2. Chọn câu đúng ~ triệu chứng lâm sàng của cường giáp (nhiễm độc giáp), gồm có:
 - A. Nhóm triệu chứng chuyển hóa: mệt mỏi, gầy sút, uống nhiều, da nóng, tay ẩm, có bướu giáp và tiếng thổi trong tuyến giáp
 - B. Nhóm triệu chứng tim mạch: Nhịp tim nhanh $>100\text{l/p}$, trống ngực khi xúc động, huyết áp cao, rung nhĩ, suy tim
 - C. Nhóm triệu chứng tâm thần kinh: hay kích thích, lo lắng, mất ngủ, run đầu ngón tay, mặt đỏ bừng từng lúc, rối loạn tâm thần...
 - D. Với Basedow: Bướu giáp lan tỏa, sờ có rung mưu, nghe có tiếng thổi, mắt lồi, mắt hờ và sáng long lanh

3. Chọn câu đúng nhất ~ Cường giáp được xác định khi:

- A. Các hormone giáp rất cao
- B. TSH của tuyến yên cao
- C. TSH của tuyến yên thấp
- D. Tất cả các câu đều đúng

4. Chọn câu đúng nhất ~ Cường giáp tại giáp (bệnh Basedow, Grave) được xác định khi

- A. T3, T4 cao TSH thấp
- B. T3, T4 cao TSH bình thường
- C. T3, T4 cao TSH cao
- D. Tất cả các câu đều đúng

5. Chọn câu đúng nhất ~ Đa số cường giáp nguyên phát, tại giáp là

- A. Viêm tuyến giáp
- B. Bệnh Basedow
- C. U giáp lành tính
- D. Chế độ ăn

https://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/6_software_testing_chapter_endocrine_diseases.rar