

đau kém...chiếm 46% trong nhóm nguyên nhân do yếu tố xã hội.

KẾT LUẬN

Nhóm nguyên nhân MLT con so chủ yếu do phần phụ của thai với 335 trường hợp (36,7%) trong đó thường gặp nhất là ối vỡ sớm (72%), ngoài ra còn hay gặp thai to chiếm 43% và thai suy chiếm 41% trong nhóm nguyên nhân do thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller D.A, Chollet J.A, Goodwin T.M (1997). Clinical risk factor of previa placenta accrete. *Am J Obstet and Gynecol- July*. 177(1)(210).

2. Vũ Thị Thu Hiền (2014). So sánh hiệu quả của liều lượng Bupivacain tính theo biểu đồ Harten và liều thường qui trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. *Tạp chí Phụ sản*. 12(4), 64 - 67

3. Nguyễn Thị Lan Hương (2014). Nhận xét về các chỉ định mổ lấy thai đối với sản phụ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014. *Tạp chí Phụ sản*. 13(1), 39 - 42.

4. Vũ Mạnh Cường (2016). Nghiên cứu về chỉ định và biến chứng mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. *Luận văn Chuyên khoa 2, Đại học Y Hà Nội*.

5. Nguyễn Thị Minh Anh (2014). Nghiên cứu chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại khoa Phụ - Sản Bệnh viện Bạch Mai năm 2013. *Khóa luận Tốt nghiệp, Đại học Y Hà Nội*.

6. Martin JA (2005). "Preliminary births for 2004: infant and maternal health", Health E-stats. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. *Released November*. 15(2005).

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHÁT HIỆN TÌNH CỜ

TRẦN THỊ HẬU¹,
NGUYỄN QUANG BẦY^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Nội Tiết - Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ ngày càng gặp nhiều do làm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ung thư tuyến giáp ở nhóm bệnh nhân này khá cao.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của các bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ và các bệnh nhân ung thư tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang 208 bệnh nhân với 389 bướu nhân tuyến giáp phát hiện tình cờ trên siêu âm, tất cả đều được làm hormon tuyến giáp. Có 272 bướu nhân tuyến giáp được chọc hút tế bào kim nhỏ,

những bệnh nhân ung thư tuyến giáp được đánh giá mô bệnh học sau mổ

Kết quả: Tuổi trung bình là 47,22 ± 12,02. Tỷ lệ nữ/ nam là 6,7/1. 100% bệnh nhân không có tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ hay sống trong vùng dịch tễ có bướu cổ lưu hành. 96,2% bệnh nhân có nồng độ TSH trong giới hạn bình thường, 2,4% TSH giảm và 1,4% TSH tăng. 100% ung thư tuyến giáp có TSH trong giới hạn bình thường. Đặc điểm trên siêu âm: Đa số bướu nhân tuyến giáp có đường kính nhân giáp < 1,5 cm (85,8%), đa nhân (52,9%). Nhân ung thư lớn nhất là 2,35cm, 22,2% bệnh nhân ung thư có số nhân ≥ 3. Tỷ lệ ác tính của TIRADS 5 là 70,6%. Trong 272 bướu nhân tuyến giáp được chọc tế bào nhân giáp: kết quả đa số thuộc Bethesda II (74,2%), tỷ lệ nghi ung thư (nhóm V, VI) là 17,4%. Có 36 bệnh nhân chiếm 17,3% với 42 bướu nhân tuyến giáp đồng ý phẫu thuật, kết quả mô bệnh học sau mổ 100% là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú phù hợp với kết quả tế bào học.

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Hậu
Email: tranthihau.2311@gmail.com
Ngày nhận: 14/9/2020
Ngày phản biện: 12/10/2020
Ngày duyệt bài: 21/10/2020

Kết luận: Bướu nhân tuyến giáp gặp chủ yếu ở tuổi 31 - 60, nữ giới, với chức năng tuyến giáp bình thường. Đa số là các nhân kích thước < 1,5 cm. Có 17,3% bệnh nhân là ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: Tình cờ, bướu nhân tuyến giáp, ACR TIRADS, FNA, Bethesda.

SUMMARY

ASSESS CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INCIDENTAL THYROID NODULES

Background: *Incidental thyroid nodules has become more prevalent in recent years due to applying diagnostic imaging tests. Many studies show that the rate of thyroid cancer in this group of patients is relatively high.*

Objective: *To assess patients with incidentally detected thyroid nodules, including those who were diagnosed with thyroid cancer.*

Materials and methods: *The study was designed as a cross-sectional study, which involved 208 patients with 389 thyroid nodules detected by thyroid ultrasound. All of patients have thyroid function tests. 272 nodules were performed fine-needle aspiration. Patients with thyroid cancer were assessed histopathology after removal.*

Results: *The participants' mean age was 47.22 ± 12.02. The female / male ratio is 6.7/1. All of patients had no past history of head and neck irradiation or living in epidemiological areas with high prevalence of goiter. TSH concentrations: 96.2% normal, 2.4% low and 1.4% high. In thyroid cancer group: 100% of patients had TSH concentrations within normal range. Nodule characteristics on ultrasound: Majority of thyroid nodules had diameters under 1.5 cm (85.6%), multinodularity (52.9%). The largest cancer nodule was 2.35 cm, 22.2% of patients with thyroid cancer had ≥ 3 nodules. The malignancy rate of TIRADS 5 was 70,6%. FNA results of 272 thyroid nodules: the majority were Bethesda II (74.2%); the incidence of cancer (Bethesda V, VI) is 17.4%. 36 patients account for 17.3%, with 42 nodules were performed surgery, the results of histopathology were 100% of papillary thyroid cancer which was consistent with cytological results.*

Conclusion: *Thyroid nodules are common in women and patients at the age of 31-60 and normal thyroid function. Most of them are <1.5 cm in size. There are 17.3% of patients with thyroid cancer.*

Keywords: *Accidental, thyroid nodules, ACR TIRADS, Bethesda, FNA.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Do sự phổ biến và gia tăng các thăm dò chẩn đoán hình ảnh nên số bệnh nhân (BN) tình cờ được phát hiện bướu nhân tuyến giáp (BNTG) ngày càng tăng. Ở Mỹ, tỷ lệ BNTG chiếm khoảng 4% đến 7% dân số người trưởng thành [1]. BNTG được phát hiện tình cờ 20 – 67% trên siêu âm, 25% trên cắt lớp vi tính cổ, ngực có tiêm thuốc cản quang, 16 – 18% trên MRI, 1 – 2,3% trên PET – CT [2]. Vì BNTG không sờ thấy được có thể xảy ra 30 – 50% người Mỹ do vậy một số nhà nội tiết học đã gọi BNTG phát hiện hình cờ là một “đại dịch hiện đại”[3]. Siêu âm là một phương tiện đáng tin cậy trong chẩn đoán BNTG và giúp phát hiện BNTG mà lâm sàng bỏ sót và phát hiện sự thay đổi cấu trúc tuyến giáp từ rất sớm, được đề xuất để sàng lọc BNTG [3]. Khi BNTG được phát hiện tình cờ, nhiều bệnh nhân có tâm lý lo lắng, sợ hãi, một số bệnh nhân có chỉ định điều trị quá mức, gây ảnh hưởng cuộc sống cũng như sức khỏe của người bệnh với các biến chứng không mong muốn, tăng chi phí y tế. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ và các bệnh nhân ung thư trong nhóm này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 11/2019 đến tháng 08/2020 tại Phòng khám Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi gặp 208 bệnh nhân với 272 nhân tuyến giáp đến chọc hút tế bào nhân giáp trên tổng số 389 BNTG phát hiện tình cờ, tất cả bệnh nhân có đầy đủ các xét nghiệm hormon tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp.

Tiêu chuẩn BNTG phát hiện tình cờ là các nhân tuyến giáp không sờ thấy khi khám lâm sàng, khác biệt về mặt hình ảnh giải phẫu với mô xung quanh, được phát hiện qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh vì lý do không phải đánh giá bệnh lý tuyến giáp theo kế hoạch [4].

Tiêu chuẩn phân loại trên siêu âm theo ACR TIRADS 2017 [5].

Kết quả tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm theo phân loại Bethesda 2018 [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã biết có một bệnh tuyến giáp hoặc có triệu chứng lâm sàng của bướu giáp như nuốt vướng, nuốt nghẹn, chèn ép, khàn tiếng, đau cổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của 208 bệnh nhân

1.1. Hoàn cảnh phát hiện bướu nhân tuyến giáp



Biểu đồ 1. Hoàn cảnh phát hiện bướu nhân tuyến giáp

Nhận xét: 51,9% bệnh nhân phát hiện BNTG do khám sức khỏe tổng quát. 48,1% vì một bệnh lý khác không liên quan triệu chứng tuyến giáp.

1.2. Yếu tố nguy cơ

100% bệnh nhân không có tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ hay sống trong vùng dịch tễ có bướu cổ lưu hành. Tiền sử gia đình có bệnh lý tuyến giáp lành tính, ác tính là 10,1% và 0,96%.

1.3. Đặc điểm về tuổi, giới

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi nhóm bướu nhân tuyến giáp

Độ tuổi	≤ 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	≥ 61
Tổng	15	41	67	56	29
Tỷ lệ %	7,2	19,7	32,2	26,9	13,9
Trung bình	47,22 ± 12,02				

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở độ tuổi 31- 60 (78,8%) (nhỏ nhất là 13, cao nhất là 81 tuổi). Tuổi trung bình là 47,22 ± 12,02 năm.

Bảng 2. Đặc điểm về giới

Giới		BN ung thư	Tổng số BN	Tỷ lệ %
Nam	Số BN	4	27	
	Tỷ lệ %	11,1	13,0	14,8
Nữ	Số BN	32	181	
	Tỷ lệ %	88,9	87,0	17,7
Tổng		36	208	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam ở nhóm BNTG và nhóm UTTG là 6,7/1 và 8/1. Tỷ lệ ung thư tuyến giáp ở nam là 14,8%, nữ là 17,7%.

2. Đặc điểm hormon tuyến giáp

Đa số nồng độ TSH ở mức bình thường với chiếm 96,2%. 2,4% bệnh nhân có nồng độ TSH giảm, TSH tăng là 1,4%. Nồng độ TSH trung bình: 1,694 ± 1,0 μU/ml. 91,3% bệnh nhân có nồng độ FT4 trong giới hạn bình thường. 1,9% bệnh nhân có FT4 giảm, có FT4 tăng là 2,4%. Có 9/208 bệnh nhân không được làm xét nghiệm. Nồng độ FT4 trung bình là 12,82 ± 2,66 pmol/l

Ở nhóm UTTG: 100% bệnh nhân có TSH bình thường.

3. Đặc điểm siêu âm

Bảng 3. Đặc điểm số lượng và kích thước nhân giáp

Đặc điểm		Nhóm BNTG		Nhóm UTTG	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Số lượng nhân	Đa nhân	110	52,9	20	55,6
	Đơn nhân	98	47,1	16	44,4
	Tổng số BN	208	100	36	100
Kích thước nhân giáp	[0 - 0,5)	70	18	9	21,4
	[0,5 - 1)	169	43,4	22	52,4
	[1 - 1,5)	95	24,4	4	9,5
	[1,5-2)	45	11,6	6	14,3
	[2-2,5)	10	2,6	1	2,4
Tổng số BNTG		389	100	42	100
Kích thước trung bình (cm)		0,95 ± 0,61		0,93 ± 0,49	

Nhận xét:

- Nhóm BNTG: Kích thước trung bình là $0,95 \pm 0,61$ cm, số nhân đường kính $< 1,5$ cm chiếm 85,8%.

- Nhóm UTTG: 55,6% là bướu đa nhân, 8/36 bệnh nhân (22,2% bệnh nhân có số nhân ≥ 3), kích thước lớn nhất là 2,35 cm.

Bảng 4. Đặc điểm phân loại ACR TIRADS

Phân loại ACR TIRADS	Nhóm BNTG		Nhóm UTTG		Tỉ lệ chẩn đoán ác tính (%)
	n	%	n	%	
Âm tính	8	2,1	0	0	0
Lành tính	67	17,2	0	0	0
Khả năng lành tính	193	49,6	9	21,4	4,7
Nghi ngờ ác tính	104	26,7	21	50	20,2
Rất nghi ngờ ác tính	17	4,4	12	28,6	70,6

Nhận xét: Tỉ lệ chẩn đoán ung thư của TIRADS 1→ 5 là 0%; 0%; 4,7%; 20,2%; 70,6%.

4. Đặc điểm tế bào học

Bảng 5. Kết quả tế bào học theo Bethesda 2018

Bethesda	Số BNTG	Tỉ lệ %
Nhóm I	19	7,0
Nhóm II	202	74,3
Nhóm III	0	0
Nhóm IV	4	1,5
Nhóm V	11	4,0
Nhóm VI	36	13,2
Tổng	272	100

Nhận xét: Trong 272/389 nhân giáp chỉ định chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, kết quả đa số thuộc Bethesda II 202/272 chiếm 74,2%. Tỉ lệ theo dõi ác tính (Bethesda nhóm V, VI) là 17,2%.

5. Đối chiếu kết quả tế bào học với kết quả mô bệnh học sau mổ

Bảng 6. Đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học

Tế bào học	Số BNTG	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	Mô bệnh học			
					Số BNTG	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Bethesda V	11	23,4	10	25,6	9	21,4	9	25
Bethesda VI	36	76,6	29	74,4	33	78,6	27	75
Tổng	47	100	39	100	42	100%	36	100%

Nhận xét: 39 bệnh nhân với 47 BNTG được chẩn đoán UTTG thể nhú qua chọc hút kim nhỏ. Có 36 bệnh nhân với 42 nhân ung thư đồng ý phẫu thuật. 100% mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và hormon tuyến giáp

Hoàn cảnh phát hiện BNTG: Trong số 208 bệnh nhân nghiên cứu, 51,9% BN đi khám sức khỏe tổng quát, 48,1% BN đi khám vì một lý do sức khỏe khác không phải triệu chứng về tuyến

giáp và được chỉ định siêu âm tuyến giáp hoặc siêu âm vùng cổ.

Tuổi và giới: Tỷ lệ BNTG chủ yếu ở độ tuổi 31- 60 (78,8%), tuổi trung bình $47,22 \pm 12,02$. Tỉ lệ nữ/ nam: 6,7/1. Tỉ lệ ác tính ở nam giới (14,8%), nữ giới (17,7%). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Vũ Bích Nga [7]. Tuy BNTG ở nam giới chiếm tỉ lệ ít hơn nữ giới nhưng tỉ lệ UTTG vẫn khá cao. Theo Batawil, nam giới làm tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp gấp 2,3 lần nữ giới [8].

Các yếu tố nguy cơ gây BNTG và chức năng tuyến giáp: Tiếp xúc tia xạ vùng đầu cổ và suy giảm chức năng tuyến giáp đều tăng nguy cơ mắc BNTG [4]. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào có tiền sử tiếp xúc phóng xạ vùng đầu mặt cổ hay sống trong vùng dịch tễ có bướu cổ địa phương lưu hành. Có 21/208 bệnh nhân có tiền sử gia đình bệnh lý tuyến giáp lành tính và 2/208 bệnh nhân có tiền sử gia đình UTTG. Tuy nhiên, chúng tôi không có điều kiện xét nghiệm gen tìm đột biến gen trong gia đình những bệnh nhân này. Hormon tuyến giáp: 1,4% bệnh nhân có TSH tăng. 1,9% bệnh nhân có FT4 giảm. 100% bệnh nhân ung thư tuyến giáp có TSH bình thường.

2. Đặc điểm siêu âm

Tỉ lệ bướu đơn nhân là 47,1%, đa nhân là 52,9% bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về BNTG thường có tỉ lệ bướu đơn nhân cao hơn. Đây có thể là đặc điểm của BNTG phát hiện tình cờ nhưng cần thêm các nghiên cứu để khẳng định.

Đường kính trung bình BNTG tình cờ là $0,95 \pm 0,61$ cm, của nhóm UTTG là $0,93 \pm 0,49$ cm nhỏ hơn các nghiên cứu về BNTG tình cờ hay UTTG khác do nghiên cứu này 100% bướu nhân phát hiện trên siêu âm tuyến giáp, phát hiện được các BNTG kích thước nhỏ, có độ chính xác cao hơn khi phát hiện tình cờ trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như CT scan, MRI, PET-CT. Theo Davies và Welch, UTTG thể nhú kích thước < 1cm chiếm 49% và tỉ lệ ngày càng tăng [9]. Nghiên cứu của chúng tôi có 26,2% nhân UTTG có đường kính ≥ 1 cm, lớn nhất 2,35cm, 22,2% bệnh nhân có số nhân ≥ 3 một tỉ lệ không nhỏ khó phát hiện trên lâm sàng. Do đó, khám sức khỏe tổng quát nên đưa siêu âm tuyến giáp vào sàng lọc UTTG.

Trong nhóm UTTG: không có nhân nào TIRADS 1;2. Có 21,4% nhân TIRADS 3, có 50% nhân TIRADS 4 và 28,6% nhân TIRADS 5. Giá trị chẩn đoán ung thư của nhân xếp loại TIRADS 1 \rightarrow 5 lần lượt là 0%; 0%; 4,7%; 20,2%; 70,6%. Theo ACR – TIRADS 2017 nguy cơ ung thư không quá 2% đối với nhân TIRADS 1 và TIRADS 2; 5% đối với nhân TIRADS 3; 5% đến 20% đối với nhân TIRADS 4, và ít nhất 20% đối với nhân TIRADS 5 [5].

3. Đặc điểm tế bào học và mô bệnh học sau mổ

Trong số 272/389 BNTG có chỉ định chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, theo phân loại Bethesda 2018, kết quả đa số thuộc Bethesda II chiếm 74,2%, có 7,0% Bethesda I, không có

BNTG thuộc Bethesda III, có 1,5% BNTG thuộc Bethesda IV, 4% BNTG thuộc nhóm V và 13,2% BNTG thuộc nhóm VI. Tỉ lệ theo dõi ác tính theo tế bào học là 17,2% là tỷ lệ khá cao so với quần thể bệnh nhân BNTG nói chung.

39 bệnh nhân với 47 nhân được chẩn đoán UTTG thể nhú qua chọc hút tế bào kim nhỏ, có 36 bệnh nhân với 42 nhân ung thư đồng ý phẫu thuật. 100% mô bệnh học sau mổ là UTTG thể nhú phù hợp với kết quả tế bào học. Giá trị chẩn đoán ác tính của Bethesda nhóm V là 9/10 (90%) cao hơn theo Cibas và Ali (50 – 75%); của nhóm VI là 93,1% phù hợp với Cibas và Ali (97-99%) [5].

Như vậy, chọc hút kim nhỏ là kỹ thuật đơn giản nhưng rất giá trị để chẩn đoán UTTG.

KẾT LUẬN

BNTG gặp chủ yếu ở tuổi 31-60 tuổi, nữ giới, với chức năng tuyến giáp bình thường. Đa số là các nhân kích thước < 1,5 cm, bướu đa nhân. Trong nhóm UTTG, phân loại trên siêu âm 50% là TIRADS 4, TIRADS 5 chỉ chiếm 28,6%. Tỉ lệ UTTG là 17,3%, tất cả kết quả mô bệnh học đều phù hợp với kết quả tế bào học. BNTG tình cờ được phát hiện không hề thấp và tỷ lệ UTTG ở những bệnh nhân này khá cao, có những nhân to và nhiều nhân mà không phát hiện trên lâm sàng. Do đó, chúng tôi kiến nghị nên làm sàng lọc bướu nhân tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Welker M.J, Orlov D** (2003) "Thyroid nodules, Am Fam physician". 67(3): p. 559-66.
2. **Hoang JK, Langer JE, Middleton WD, et al** (2015). Managing incidental thyroid nodules detected on imaging: white paper of the ACR Incidental Thyroid Findings Committee. *J Am Coll Radiol*.12:143-150.
3. **Ross DS. Editorial** (2002): Nonpalpable thyroid nodules-managing an epidemic. *J Clin Endocrinol Metab*;87(5):1938-40.
4. **Bryan R. Haugen, Erik K. Alexander, Keith C.Bible et al** (2016). "2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer", *Thyroid*, vol 26, 1: 411.
5. **Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, et al** (2017). ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *J Am Coll Radiol*;14(5):587-595.

6. **Cibas E.S. và Ali S.Z.** (2018). The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Am J Clin Pathol*, 132(5), 658–665.

7. **Vũ Bích Nga** (2013). Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, in *Tạp chí Y học thực hành*.

8. **Batawil N, Alkordy T** (2014). Ultrasonographic features associated with malignancy in cytologically indeterminate thyroid nodules. *Eur J Surg Oncol*, 40(2):182-186.

9. **Davies L, Welch HG** (2006). Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973–2002. *JAMA* 295:2164–7.

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG TRÊN CÁC BỆNH NHÂN SỬ DỤNG GLUCOCORTICOIDS TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN ĐỨC TOÀN¹,
NGUYỄN THỊ THANH HƯƠNG¹, NGUYỄN QUANG BẦY^{1,2}
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Glucocorticoids hiện nay được sử dụng rất phổ biến trong điều trị nhiều bệnh lý tự miễn như viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống. Tuy nhiên, việc lạm dụng các thuốc chứa glucocorticoids, bao gồm cả các thuốc đồng y đang trở nên lan tràn tại Việt Nam, gây ra nhiều hậu quả nặng nề, trong đó có loãng xương.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân sử dụng glucocorticoids và xác định tỷ lệ loãng xương và mối liên quan giữa loãng xương với sử dụng glucocorticoids.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu này được thiết kế mô tả cắt ngang, tiến cứu với 86 bệnh nhân được xác định sử dụng các thuốc có chứa glucocorticoids tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai, độ tuổi từ 31 - 87 tuổi, thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 9/2020. Tất cả các bệnh nhân được đo mật độ xương bằng phương pháp đo độ hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) bằng máy Hologic Discovery Wi tại Trung tâm Ung Bướu và Y học Hạt nhân, Bệnh viện Bạch Mai và làm các xét nghiệm liên quan.

Kết quả và bàn luận: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $63,30 \pm 9,79$; 46,5% có thừa cân và béo phì; 100% chưa phát hiện loãng xương trước đây. Tỷ lệ có triệu chứng loãng xương trên lâm sàng: 26,7%. Các bệnh lý đi kèm: 75,6% mắc đái tháo đường, 51,2% tăng huyết áp, 76,7% suy thận do thuốc, 72,1% Cushing do thuốc. Cortisol trung bình: $140,51 \pm 149,67$. Các lý do thường gặp khiến bệnh nhân sử dụng glucocorticoids: Thoái hóa khớp: 44,2%, Gút: 22,1%, viêm khớp dạng thấp: 7,0%. 48,84% bệnh nhân sử dụng các thuốc nam, bắc. Tỷ lệ loãng xương chung: 46,5% trong đó tỷ lệ loãng xương của nữ cao gấp 3,5 lần nam giới. Nhóm loãng xương có thời gian sử dụng glucocorticoids dài hơn nhóm không loãng xương nhưng không có sự khác biệt về liều dùng hằng ngày giữa 2 nhóm.

Kết luận: Loãng xương do sử dụng glucocorticoids có tỷ lệ khá cao, diễn biến thầm lặng và chưa được đánh giá đúng mức.

Từ khóa: Loãng xương (LX), glucocorticoids (GC), mật độ xương (MĐX).

SUMMARY

ASSESSMENT OF BONE MINERAL DENSITY BY DUAL X-RAY ABSORPTIOMETRY (DEXA) IN PATIENTS TREATED BY GLUCOCORTICOIDS AT THE ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL

Introduction: Glucocorticoids have been commonly used to treat various autoimmune diseases such as rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus (SLE). However, misuse of

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Toàn
Email: ductoannguyen.hmu@gmail.com
Ngày nhận: 15/9/2020
Ngày phản biện: 12/10/2020
Ngày duyệt bài: 21/10/2020