

Ở bệnh nhân BTMT, nồng độ CRP có tương quan nghịch và chặt với nồng độ albumin, prealbumin điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện rằng nồng độ CRP có tương quan nghịch và chặt với nồng độ albumin ($r = -0,311$; $p = 0,038$), prealbumin HT ($r = -0,637$; $p < 0,001$).

KẾT LUẬN

- Nồng độ prealbumin ở nhóm bệnh ($25,88 \pm 8,10$ mg/dL) thấp hơn so với nhóm chứng ($30,52 \pm 6,28$ mg/dL) với $p < 0,05$.

- Nồng độ CRP của nhóm bệnh là [trung vị (25th; 75th): 6,78 (2,1; 12,59) mg/L] cao hơn so với nhóm chứng [trung vị (25th; 75th): 1,5 (0,75; 2,88) mg/L] sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Chỉ số CRP có xu hướng tăng theo tuổi (tương quan thuận khá chặt, $p < 0,05$); ngược lại chỉ số prealbumin có xu hướng giảm theo sự tăng của tuổi (tương quan nghịch, $p < 0,05$); không có sự liên quan giữa giới tính với chỉ số CRP và prealbumin ở nhóm bệnh nhân.

Chỉ số prealbumin có tương quan thuận với chỉ số creatinin ($r = 0,397$; $p = 0,007$); Không có sự liên quan giữa chỉ số ure, creatinin với chỉ số CRP trong nhóm bệnh ($p > 0,05$) ở nhóm bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Vũ** (2015). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Thành phố Hồ Chí Minh.

2. **Rezeq H., Khdair L., Hamdan Z.** et al. (2018). "Prevalence of malnutrition in hemodialysis patients: A single-center study in Palestine. Saudi J Kidney Dis Transpl", 29(2): 332 - 340.

3. **Arbab K., Majid H., Jafri L., et al.** (2019). "Assessing Nutritional Status Of Critically Ill Patients Using Serum Prealbumin Levels". J Ayub Med Coll Abbottabad. 31(2):178-181.

4. **Yasui S., Shirai Y., Tanimura M.** et al. (2016). "Prevalence of protein-energy wasting (PEW) and evaluation of diagnostic criteria in Japanese maintenance hemodialysis patients", Asia Pac J Clin Nutr, 25(2): 292 - 299.

5. **Nguyễn Văn Tuấn** (2015). "Nghiên cứu nồng độ TGF-beta1 và hs-CRP huyết thanh ở bệnh nhân bị bệnh thận mạn", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Huế.

6. **Võ Thanh Hùng** (2020). "Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng và nồng độ leptin huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kỳ và lọc màng bụng liên tục ngoại trú", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Huế.

7. **Chertow G.M, Ackert K., Lew N.L.** et al. (2000). "Prealbumin is as important as albumin in the nutritional assessment of hemodialysis patients", Kidney Int, 58(6): 2512 - 2517.

8. **Ngô Thị Khánh Trang** (2017). Nghiên cứu đặc điểm và giá trị tiên lượng của hội chứng suy dinh dưỡng-viêm-xơ vữa ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.

9. **Goldwasser P, Michel MA** et al (1993). "Prealbumin and lipoprotein(a) in hemodialysis: Relationships with patient and vascular access survival", Am J Kidney Dis, 22, pp. 215 - 225.

10. **Fellah H, Omar S** et al (2008). "Is serum transthyretin a reliable marker of nutritional status in patients with end-stage renal disease?", Clin Biochem, 41(7-8), pp. 493 - 497.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở CÁC BỆNH NHÂN NHIỄM ĐỘC GIÁP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN THỊ NHƯ QUỲNH, NGUYỄN KHOA DIỆU VÂN
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm độc giáp là rối loạn nội tiết thường gặp. Hậu quả làm gia tăng nồng độ hormon lưu hành trong máu, gây ra những tổn hại về mô và chuyển hóa. Tuy nhiên ở Việt Nam chủ yếu nghiên cứu về Basedow - một trong

những nguyên nhân của nhiễm độc giáp mà chưa có nghiên cứu đề cập đến các bệnh nhân nhiễm độc giáp.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân nhiễm độc giáp tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng nghiên cứu: 136 bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán nhiễm độc giáp tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2020 đến tháng 8/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: Độ tuổi trung bình các BN là $42,35 \pm 14,41$. Tỷ lệ nữ/nam = 1,6/1 ($p < 0,01$). Các triệu

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Như Quỳnh

Email: quynhnguyen1319@gmail.com

Ngày nhận: 12/8/2021

Ngày phân biệt: 10/9/2021

Ngày duyệt bài: 17/9/2021

chúng lâm sàng thường gặp là mệt mỏi, sút cân, nhịp tim nhanh, run tay, bướu giáp, không có sự khác biệt giữa nhóm BN ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi ($p > 0,05$). Giữa nồng độ FT4 và TSH có sự tương quan tuyến tính nghịch biến chặt chẽ với $r = -0,392$ và $p = 0,000 < 0,01$. Nồng độ FT4 và K⁺ không có mối tương quan với nhau ($p > 0,05$).

Từ khóa: Nhiễm độc giáp, cường giáp, lần đầu.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH THYROTOXICOSIS AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Thyrotoxicosis is a common endocrine disorder. The consequences increase the circulating hormone levels in the blood, causing tissue and metabolic damage. However, in Vietnam, mainly research on Graves'disease - one of the causes of thyrotoxicosis has not been researched on patients with thyrotoxicosis.

Objectives: Describe clinical and subclinical characteristics of patients with thyrotoxicosis at Bach Mai hospital.

Research subjects: 136 patients were first diagnosed with thyrotoxicosis at Bach Mai hospital from October 2020 to August 2021.

Method: cross-sectional description.

Results: The mean age of the patients was 42.35 ± 14.41 . Female/male ratio = 1.6/1 ($p < 0.01$). Common clinical symptoms are fatigue, weight loss, tachycardia, tremor, goiter, there is no difference between the group of patients ≤ 60 years old and > 60 years old ($p > 0.05$). There is a strong negative linear correlation between FT4 and TSH concentrations with $r = -0.392$ and $p = 0.000$. There is no correlation between FT4 and K⁺ concentrations ($p > 0.05$).

Keywords: Thyrotoxicosis, hyperthyroidism, first time

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm độc giáp (thyrotoxicosis) là rối loạn nội tiết thường gặp. Thuật ngữ này dùng chỉ những biểu hiện lâm sàng và sinh hóa của tình trạng tăng hormone tuyến giáp. Nhiễm độc giáp có thể kèm theo hoặc không kèm theo tình trạng cường giáp (hyperthyroidism - tình trạng tuyến giáp hoạt động quá mức dẫn đến sản xuất hormone giáp nhiều hơn bình thường). Tỷ lệ cường giáp gặp ở châu Âu là 0,8%^[1], ở Mỹ là 1,3% dân số^[2], trong đó tỷ lệ cường giáp lâm sàng ở châu Âu là 0,5- 0,8%^[1] ở Mỹ là 0,5%^[2]. Hậu quả là làm gia tăng nồng độ hormon lưu hành trong máu, gây ra những tổn hại về mô và chuyển hóa. Các triệu chứng có thể gặp là gầy sút cân, nhịp tim nhanh, cơn nóng bừng, vã mồ hôi, run đầu chi, yếu cơ gốc chi, bướu giáp, lồi mắt. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp

thời thì bệnh có thể gây những biến chứng như giảm cân, loãng xương, xương dễ gãy, rung nhĩ, tắc mạch, rối loạn chức năng tim mạch. Các nghiên cứu trong nước chủ yếu đề cập và tìm hiểu về bệnh Basedow- nguyên nhân chính của nhiễm độc giáp mà chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu đầy đủ về các nguyên nhân cũng như các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhiễm độc giáp. Do vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân nhiễm độc giáp tại Bệnh viện Bạch Mai.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 136 bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán nhiễm độc giáp tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2020 đến tháng 08/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm độc giáp theo tiêu chuẩn Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ 2016^[3]

+ Nồng độ TSH giảm (thường < 0,1mUI/mL)

+ Nồng độ FT4 > 22,0 pmol/L hoặc FT3 > 6,5 pmol/L (hoặc FT4: 12,0-22,0 pmol/L trong trường hợp cường giáp dưới lâm sàng)

+ Bệnh nhân có thể có hoặc không có triệu chứng của nhiễm độc giáp trên lâm sàng.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Phụ nữ có thai (trừ trường hợp cường giáp do thai nghén)

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

3. Xử lý số liệu

Theo chương trình SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhiễm độc giáp

Bảng 1. Đặc điểm phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
< 20	4	2,9
20 - 40	63	46,3
41 - 60	49	36,0
>60	20	14,7

Độ tuổi trung bình là $42,35 \pm 14,41$. Tuổi cao nhất là 88, thấp nhất là 15. Độ tuổi hay gặp nhất 20 – 40 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm phân bố theo giới

Giới	n	Tỷ lệ %
Nữ	85	62,5
Nam	51	37,5

Tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn. Tỷ lệ nữ/nam = 1,6/1 với $p < 0,01$.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng thường gặp và mối liên quan với tuổi

Triệu chứng lâm sàng		Chung n = 136	≤ 60 tuổi (n = 116)	> 60 tuổi (n = 20)	p
Triệu chứng không đặc hiệu	Sút cân	103 (75,7%)	90 (77,6%)	13 (65%)	0,261
	Mệt mỏi	101 (74,3%)	85 (73,3%)	16 (80%)	0,525
Triệu chứng tim mạch	Nhịp tim nhanh > 90 chu kì/phút	109 (80,1%)	93 (80,2%)	16 (80%)	1,000
	Hồi hộp đánh trống ngực	73 (53,7%)	62 (53,4%)	11 (55%)	0,898
	Rung nhĩ	7 (5,15%)	5 (4,3%)	2 (10%)	0,274
Triệu chứng thần kinh - cơ	Run đầu chi	85 (62,5%)	74 (63,8%)	11 (55%)	0,453
	Mất ngủ	46 (33,8%)	37 (31,9%)	9 (45%)	0,53
	Yếu cơ	46 (33,8%)	42 (36,2%)	4 (20%)	0,157
	Lo lắng	24 (17,6%)	22 (19%)	2 (10%)	0,526
Triệu chứng vận mạch	Ra nhiều mồ hôi	75 (55,1%)	65 (56%)	10 (50%)	0,616
Triệu chứng tiêu hóa	Ăn nhiều	32 (23,5%)	29 (25%)	3 (15%)	0,450
	Đi ngoài phân nát, nhiều lần	15 (11,0%)	11 (9,5%)	4 (20%)	0,237
Tuyến giáp	Bướu giáp	95 (69,9%)	85 (73,3%)	10 (50%)	0,036

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là mệt mỏi, sút cân, nhịp tim nhanh, run tay, bướu giáp. Các triệu chứng không có sự khác biệt giữa nhóm BN ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi với p > 0,05. Ngoại trừ triệu chứng bướu giáp.

Bảng 4 Đặc điểm cận lâm sàng – tương quan giữa FT4 và TSH

Thông số nghiên cứu	Giá trị	r	p
FT4	46,34 ± 22,89	- 0.392	0,000
TSH	0,01 ± 0,02		

Nhận xét:

-Nồng độ FT4 cao nhất là 100.00 pmol/L, thấp nhất là 10,79 pmol/L

-Nồng độ TSH cao nhất là 0.1 mUI/ml, thấp nhất là 0.00 mUI/ml

-Giữa nồng độ FT4 và TSH có sự tương quan tuyến tính nghịch biến chặt chẽ với r = - 0.392 và p = 0,000 < 0,01.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng liên quan

	[K ⁺] < 3,5 mmol/L (n = 30)	[K ⁺] ≥ 3,5 mmol/L (n = 87)	p
Tuổi	36,07 ± 11,87	43,85 ± 14,73	0,011
Giới (nam : nữ)	19:11	28: 59	0,003
FT4	43,72 ± 19,57	48,82 ± 24,22	0,43
[K ⁺]	2,42 ± 0,65	3,91 ± 0,30	0,00

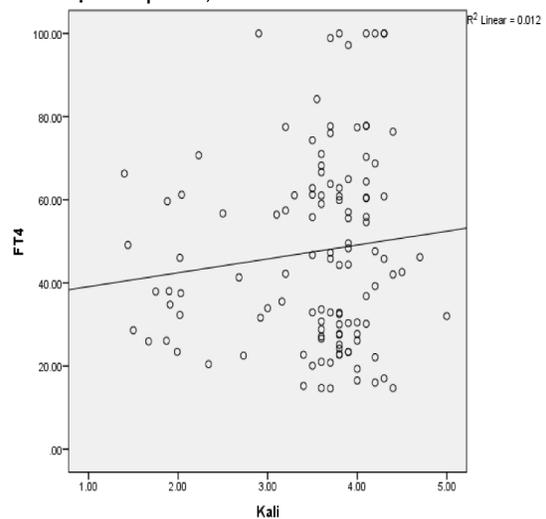
Nhận xét: 117 BN được làm xét nghiệm điện giải đồ.

-Nồng độ K⁺ trung bình 3,53 ± 0,77. Nồng độ K⁺ cao nhất là 5.00 mmol/L, thấp nhất là 1,40 mmol/L.

- Nhóm BN có [K⁺] < 3,5 có độ tuổi trẻ hơn so với nhóm có [K⁺] bình thường với p = 0,011. Ở những BN hạ kali máu nam/nữ = 1.73/1, có

sự khác biệt so với nhóm không hạ kali với p = 0,003

- Nồng độ FT4 của 2 nhóm trên không có sự khác biệt với p = 0,43



Biểu đồ 1: Tương quan giữa nồng độ FT4 và nồng độ

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa nồng độ FT4 và K⁺.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

- Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới: Tuổi trung bình 42,35 ± 14,41 (thấp nhất là 15 tuổi, cao nhất là 88 tuổi). 62,5% là nữ. B. Goichot^[4] và cộng sự nghiên cứu trên 1572 bệnh nhân nhiễm độc giáp đưa ra nhận xét tuổi trung bình là 48 ± 17, nữ chiếm 78,9%.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có một số triệu chứng lâm sàng thường gặp: mệt mỏi (74,3%), sút cân (75,7%), nhịp tim nhanh (80,1%), run tay (62,5%), bướu giáp (69,9%), hồi hộp (53,7%). Năm 2010 K. Boelaert^[5] và cộng sự nghiên cứu trên 3029 BN nhiễm độc giáp thấy rằng tỉ lệ sút cân (60,7%), run tay (53,9%), hồi hộp (50,8%).

- Các triệu chứng không có sự khác biệt giữa nhóm BN ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi với $p > 0,05$ Ngoại trừ triệu chứng bướu giáp. Trong nghiên cứu của K. Boelaert^[5] năm 2010 so sánh nhóm BN trên và dưới 60 tuổi và B. Goichot^[4] năm 2016 so sánh nhóm trên và dưới 65 tuổi thì đều thấy rằng có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng đặc biệt là các triệu chứng về tim mạch. Năm 1996 Christophe Trivalle^[6] và cộng sự so sánh đặc đặc lâm sàng giữa 34 BN ≥ 70 tuổi (trung bình 80,2 tuổi) và 50 BN < 50 tuổi cũng cho kết quả tương tự 2 nghiên cứu trên. Sự khác biệt về lâm sàng giữa nhóm tuổi già và nhóm tuổi trẻ hơn chưa có cơ chế rõ ràng. Có thể do sự giảm catecholamin theo tuổi hoặc giảm đáp ứng của các cơ quan với catecholamin^[7]. Theo chúng tôi, có sự khác biệt trong kết quả của nghiên cứu này là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ và độ tuổi trung bình của các BN là nhỏ hơn ($65,5 \pm 6,22$).

2. Đặc điểm cận lâm sàng và các yếu tố liên quan

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ FT4 trung bình là $46,34 \pm 22,89$ (pmol/L) - Kết quả tương tự với nghiên cứu của K. Boelaert^[5] là $48,65 \pm 0,45$ (pmol/L).

- Nhóm BN có hạ kali máu có độ tuổi trung bình $36,07 \pm 11,87$, trẻ hơn và gặp ở gặp ở nam giới nhiều hơn so với nhóm có kali máu bình thường ($p < 0,05$). Hạ kali máu hay gặp trong nhiễm độc giáp và nam giới nhiều hơn do hormon giáp và testosterone làm tăng hoạt động của bơm Na/K/ATPase.

- Nồng độ FT4 giữa 2 nhóm BN có $[K^+] \geq 3,5$ mmol/L và $[K^+] < 3,5$ mmol/L không có sự khác biệt ($p > 0,05$) và nồng độ FT4 và $[K^+]$ không có mối tương quan với nhau. Nghiên cứu của Vishesh Verma^[8] và cộng sự trên 244 BN nhiễm độc giáp tại Ấn Độ cho kết quả tương tự.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

- Nhiễm độc giáp chủ yếu gặp ở nữ giới với tỉ lệ nữ/nam = 1.6/1. Độ tuổi hay gặp nhất là 20 - 40.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của nhiễm độc giáp là mệt mỏi, gầy sút cân, run tay, bướu giáp. Các triệu chứng này không có sự khác biệt giữa nhóm BN ≤ 60 tuổi với nhóm > 60 tuổi.

- Có sự tương quan chặt chẽ giữa nồng độ TSH và FT4, $r = -0.392$, $p = 0,000 < 0,01$.

- Bệnh nhân nhiễm độc giáp có hạ kali máu chiếm 25,64%, có độ tuổi trẻ hơn và gặp ở nam giới nhiều hơn so với nhóm BN không hạ kali máu.

- Không có mối tương quan giữa nồng độ FT4 và K^+ .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garmendia Madariaga A, Santos Palacios S, Guillén-Grima F, Galofré JC.** The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(3):923-931. doi:10.1210/jc.2013-2409

2. **Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, et al.** Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87(2):489-499. doi:10.1210/jcem.87.2.8182

3. **Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al.** 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid.* 2016;26(10):1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229.

4. **Goichot B, Caron Ph, Landron F, Bouée S.** Clinical presentation of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France: relationships with age, aetiology and hormonal parameters. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2016;84(3):445-451. doi:10.1111/cen.12816.

5. **Boelaert K, Torlinska B, Holder RL, Franklyn JA.** Older Subjects with Hyperthyroidism Present with a Paucity of Symptoms and Signs: A Large Cross-Sectional Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(6):2715-2726. doi:10.1210/jc.2009-2495.

6. **Trivalle C, Doucet J, Chassagne P, et al.** Differences in the Signs and Symptoms of Hyperthyroidism in Older and Younger Patients. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44(1):50-53. doi:10.1111/j.1532-5415.1996.tb05637.x.

7. **McMorrow ME.** The Elderly and Thyrotoxicosis. *AACN Adv Crit Care.* 1992;3(1):114-119. doi:10.4037/15597768-1992-1014.

8. **Verma V, Kumar Y, Kotwal N, et al.** Thyrotoxic periodic paralysis: A retrospective, observational study from India. *Indian J Med Res.* 2020;151(1):42-46. doi:10.4103/ijmr.IJMR_335_18.