ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TUYẾN GIÁP MẠN TÍNH HASHIMOTO TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

NGUYỄN THU THANH HẰNG, PHẠM KIM LIÊN

Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang 41 bệnh nhân bị viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của Takashi Akamizu từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2021.

Kết quả: Tỷ lệ nữ/nam = 12,67/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 42,32 ± 18,15 với 48,8% bệnh nhân từ 40 - 60 tuổi. 85,4% bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi; 51,2% với biểu hiện da khô, xạm da; 41,5% với bướu giáp, 29,3% với chậm chạp, sợ lạnh. Nồng độ anti-TPO trung bình 699,40 ± 438,83 UI/ml, anti-TPO (+) là 95,1%. Hầu hết bệnh nhân có chức năng tuyến giáp là suy giáp lâm sàng, chiếm 73,2%; 9,7 bệnh nhân với suy giáp cận lâm sàng và 17,1% với bình giáp.

Kết luận: Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là một bệnh tự miễn thường gặp ở bệnh nhân nữ, tuổi trung niên. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là mệt mỏi, da khô, xạm da. Hầu hết bệnh nhân có nồng độ anti-TPO (+) và có chức năng tuyến giáp là suy giáp lâm sàng.

***Từ khóa**: Viêm tuyến giáp (VTG) Hashimoto, VTG lympho bào mạn tính, VTG tự miễn mạn tính.*

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF HASHIMOTO'S CHRONIC THYROIDITIS PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Aim: Describe some clinical and subclinical characteristics in Hashimoto's chronic thyroiditis patients at Thai Nguyen National Hospital.

Subjects and methods: Cross-sectional description of 41 patients with Hashimoto's chronic thyroiditis at Thai Nguyen National Hospital, diagnosed based on the diagnostic criteria of Takashi Akamizu from January 2019 to August 2021.

Results: Female/male ratio = 12.67/1. The mean age of the patients was 42.32 ± 18.15 with 48.8% of the patients from 40 to 60 years old. 85.4% of patients showed signs of fatigue; 51.2% with dry, dull skin; 41.5% with goiter, 29.3% with sluggishness, fear of cold. The average anti-TPO concentration was 699.40 ± 438.83 UI/ml, anti-TPO (+) was 95.1%. Most patients with thyroid function are clinically hypothyroidism, account for 73.2%; 9.7 patients with subclinical hypothyroidism and 17.1% with euthyroid.

Conclusion: Hashimoto's chronic thyroiditis is an autoimmune disease commonly seen in middle-aged female patients. The most common clinical symptoms are fatigue, dry skin, and darkening of the skin. Most patients with anti-TPO (+) and thyroid function are clinically hypothyroidism.

***Keywords**: Hashimoto thyroiditis, chronic lymphocytic thyroiditis, chronic autoimmune thyroiditis.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến giáp (VTG) mạn tính Hashimoto (VTG lympho bào mạn tính hay VTG tự miễn mạn tính) là một bệnh tự miễn dịch có sự hiện diện của các kháng thể kháng giáp trong máu, thường xảy ra ở nữ giới tuổi trung niên [8]. VTG mạn tính Hashimoto có thể phối hợp với một số bệnh tự miễn khác như Addison, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, đái tháo đường typ 1, thiếu máu ác tính [7]. VTG mạn tính Hashimoto thường dẫn tới suy giáp tại tuyến, gây ra rối loạn chuyển hóa ở mọi cơ quan và tổ chức trong cơ thể với đặc điểm xuất hiện các triệu chứng lâm sàng từ từ so với biến đổi nồng độ hormon tuyến giáp trong máu. Suy giáp nếu phát hiện muộn có thể gây ra các biến chứng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thu Thanh Hằng
Email: nguyenthuthanhhang93@gmail.com
Ngày nhận: 25/7/2021
Ngày phản biện: 25/8/2021
Ngày duyệt bài: 11/9/2021

nặng như hôn mê, phù niêm đe dọa đến tính mạng người bệnh.

Khoa Nội - Nội tiết, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã điều trị một lượng lớn bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân đến viện với triệu chứng suy giáp rõ được y tế cơ sở phát hiện muộn, do vậy những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto là điểm giúp cho nhân viên y tế chẩn đoán sớm bệnh chưa được tìm hiểu rõ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên" với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Kết quả nghiên cứu của đề tài sẽ góp phần chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng cho đồng nghiệp giúp chẩn đoán sớm cũng như theo dõi bệnh lý.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

41 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VTG mạn tính Hashimoto theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Takashi Akamizu [3].

Bệnh án đủ dữ liệu nghiên cứu.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu:

+ Tiến cứu: 29 bệnh nhân từ 6/2020 đến tháng 8/2021.

+ Hồi cứu: 12 bệnh nhân từ 1/2019 đến tháng 5/2020.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích.

Địa điểm: Khoa Nội - Nội tiết và Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (BVTWTN).

2.2. Nội dung nghiên cứu

- Chỉ tiêu và biến số nghiên cứu

- Đặc điểm tuổi, giới

+ Tuổi: Tính theo năm, được chia thành ba nhóm là < 40 tuổi, từ 40 - 60 tuổi và > 60 tuổi.

+ Giới: Nam và nữ.

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Lâm sàng: Mệt mỏi, chậm chạp, sợ lạnh, tăng cân, khàn tiếng, táo bón, đau ngực, đau cơ, chuột rút, da khô, xạm da, phù, bướu giáp, lông tóc móng dễ gãy rụng.

+ Cận lâm sàng: Định lượng anti-TPO, sinh hóa máu (T3, FT4, TSH, cholesterol, triglycerid, LDL-C); siêu âm tuyến giáp.

- Quy trình thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhân được lấy đủ dữ liệu bệnh sử, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

+ Bệnh nhân được lấy máu xét nghiệm: Sinh hóa máu tại Khoa Sinh hóa - Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

+ Bệnh nhân được siêu âm tuyến giáp tại Khoa Thăm dò Chức năng.

Bệnh nhân có kết quả siêu âm tuyến giáp hướng tới bệnh tuyến giáp tự miễn, chức năng giáp suy giáp hoặc bình giáp, anti-TPO không tăng được chọc hút tế bào tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa Khám bệnh và đọc kết quả tại Khoa Giải phẫu bệnh.

3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được thu nhập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 (tính tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn).

4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Y đức của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	3	7,3
	Nữ	38	92,7
Tuổi	< 40	15	36,6
	40 - 60	20	48,8
	> 60	6	14,6
	$\bar{X}$±SD	42,32 ± 18,15 (9/78)	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam = 12,67/1 với 92,7% bệnh nhân nữ bị VTG mạn tính Hashimoto. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 42,32 ± 18,15 với 48,8% bệnh nhân có độ tuổi 40 - 60.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	N	%
Mệt mỏi	35	85,4
Da khô, xạm da	21	51,2
Bướu giáp	17	41,5
Chậm chạp	12	29,3
Sợ lạnh	12	29,3
Tăng cân	5	12,2
Đau ngực	3	7,3
Táo bón	1	2,4
Khàn tiếng	1	2,4
Lông tóc móng khô, dễ gãy	1	2,4
Phù	0	0
Đau cơ, chuột rút	0	0

Nhận xét: 85,4% bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi. 51,2% bệnh nhân có da khô, xạm da. 41,5% bệnh nhân có bướu giáp. 29,3% có chậm chạp. 29,3% có sợ lạnh. Không có bệnh nhân nào có triệu chứng phù, đau cơ, chuột rút.

Bảng 3. Đặc điểm nồng độ anti-TPO của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	n	%	$\bar{X}$±SD
Anti-TPO (+) (> 34 UI/ml)	39	95,1	699,40 ± 433,83 (UI/ml)
Anti-TPO (-) (≤ 34 UI/ml)	2	4,9	

Nhận xét: Bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có nồng độ anti-TPO tăng rất cao, nồng độ anti-TPO trung bình là 699,40 ± 433,83 UI/ml. 95,1% bệnh nhân có anti-TPO (+) hay >34 UI/ml, 4,9% bệnh nhân có anti-TPO (-) hay ≤34 UI/ml.

Bảng 4. Đặc điểm nồng độ T3, FT4 và TSH của đối tượng nghiên cứu

Nồng độ	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{X}$±SD
T3 (ng/dl)	40	143,1	69,05 ± 24,93
FT4 (ng/dl)	0,3	1,52	0,78 ± 0,27
TSH (µIU/ml)	1,0	150	35,90 ± 34,21

Nhận xét: Nồng độ hormon T3 trung bình trong nhóm nghiên cứu là 69,05 ± 24,93 ng/dl. Trong đó nồng độ T3 thấp nhất là 40 ng/dl; cao nhất là 143,10 ng/dl.

Nồng độ hormon FT4 trung bình trong nhóm nghiên cứu là 0,78 ± 0,27 ng/dl. Trong đó nồng độ FT4 thấp nhất là 0,3 ng/dl; cao nhất là 1,52 ng/dl.

Nồng độ TSH trung bình trong nhóm nghiên cứu là 35,90 ± 34,21 µIU/ml. Trong đó nồng độ TSH cao nhất là 150,00 µIU/ml; thấp nhất là 1,00 µIU/ml.

Bảng 5. Đặc điểm chức năng tuyến giáp (CNTG) ở nhóm bệnh nhân có anti-TPO (-) và nhóm bệnh nhân có anti-TPO (+)

Nhóm / CNTG	Nhóm anti-TPO (-) (≤ 34 UI/ml)		Nhóm anti-TPO (+) (> 34 UI/ml)	
	n	%	N	%
Bình giáp	0	0	7	17,1
Suy giáp cận lâm sàng	0	0	4	9,7
Suy giáp lâm sàng	2	4,9	28	68,3

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto với anti-TPO (+) có 68,3% bệnh nhân suy giáp lâm sàng, 17,1% bệnh nhân bình giáp và 9,7% bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng. Nhóm bệnh nhân với anti-TPO (-) có 4,9% bệnh nhân suy giáp lâm sàng, không có bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng và bình giáp.

Bảng 6. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thành phần lipid	N	%
Tăng Cholesterol	23	56,1
Tăng Triglycerid	15	36,6
Tăng LDL-C	21	51,2

Nhận xét: 56,1% bệnh nhân có tăng cholesterol. 51,2% bệnh nhân có tăng LDL-C và 36,6% có tăng triglycerid.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto chúng tôi thấy: tuổi trung bình của các bệnh nhân là 42,32 ± 18,15 với 48,8% bệnh nhân có độ tuổi 40 - 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự như kết quả của tác giả Trần Thị Bích Liên (2012) khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 72 bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Bạch Mai: tuổi trung bình của bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto là 49,32 ± 14,85 tuổi[2]. Tỷ lệ bệnh nhân nữ/nam = 12,67/1 với 92,7% bệnh nhân nữ bị VTG Hashimoto. Trong nhiều nghiên cứu về VTG Hashimoto, điển hình nghiên cứu của tác giả Jabrocka-Hybel A và cộng sự (2018) cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ VTG Hashimoto cao hơn (89,8%) [6]. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ mắc bệnh thường gặp ở tuổi trung niên có thể do triệu chứng bệnh không điển hình, bệnh tiến triển từ từ đến tuổi trung niên khi mà các yếu tố bảo vệ cơ thể suy giảm mới có biểu hiện. Đặc biệt, bệnh ưu thế ở nữ có thể do bệnh tuyến giáp có liên quan đến giới tính và chu kỳ kinh nguyệt.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng mệt mỏi gặp với tỷ lệ 85,4%, da khô, xạm da với 51,2%, bướu giáp với 41,5%, chậm chạp với 29,3%, sợ lạnh với 29,3% và không có bệnh nhân nào có triệu chứng phù, đau cơ chuột rút. Kết quả gần tương tự như nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên (2012) triệu chứng mệt mỏi chiếm 84,7%, biểu hiện da với 77,8%, chậm chạp với 62,5%, sợ lạnh với 50%, bướu giáp với 33,3%[2]. Tỷ lệ bệnh nhân bướu giáp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên có thể là do nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám ở giai đoạn sớm hơn.

Kết quả về nồng độ anti-TPO của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 95,1% bệnh nhân có anti-TPO (+). Tỷ lệ anti-

TPO (+) gần tương tự so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bích Liên (2012) là 98,6% [2]. Mặc dù vậy, tỷ lệ anti-TPO (+) rất khó so sánh với các nhóm nghiên cứu khác nhau bởi vì điểm mốc để phân định xem có tăng nồng độ anti-TPO là rất khác nhau. Theo tác giả Bjoro T (2000) điểm mốc này là 200 UI/ml, còn Trần Thị Bích Liên điểm mốc này là 34 UI/ml, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng lấy điểm mốc là 34 UI/ml do đó có thể đem so sánh với nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên. Ngoài ra nồng độ anti-TPO trung bình của đối tượng nghiên cứu là 699,40 ± 433,83 UI/ml, kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự như tác giả Değirmencioğlu S (2018) nồng độ anti-TPO trung bình là 625,4 ± 370,4 UI/ml [5]. Nồng độ này cao hơn trong nghiên cứu của một số tác giả khác. Cụ thể, theo tác giả Trần Thị Bích Liên (2012) nồng độ anti-TPO trung bình là 357,3 ± 343,36 UI/ml [2], nồng độ anti-TPO trung bình ở nhóm suy giáp tại tuyến do VTG mạn tính Hashimoto theo tác giả Hoàng Tiến Hưng (2009) là 357,08 UI/ml [1], theo tác giả Głowinska-Olszewska B và cộng sự (2020) thì nồng độ này là 209 ± 255 UI/ml.

Khi tìm hiểu về nồng độ hormon TSH của đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nồng độ hormon TSH trung bình là 35,90 ± 34,21 µIU/ml; còn theo tác giả Trần Thị Bích Liên (2012) nồng độ TSH trung bình là 73,66 ± 36,67 µIU/ml [2], nồng độ này theo tác giả Hoàng Tiến Hưng (2009) là 75,53 ± 33,98 µIU/ml [1]. Có sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về số lượng mẫu của chúng tôi với hai nghiên cứu và một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có chức năng tuyến giáp là bình giáp hoặc suy giáp cận lâm sàng với mức TSH không quá cao.

Khi tìm hiểu về chức năng tuyến giáp của đối tượng nghiên cứu chúng tôi gặp cả bệnh nhân suy giáp lâm sàng, suy giáp cận lâm sàng và bệnh nhân bình giáp, kết quả này tương tự như của Trần Thị Bích Liên (2012) [2] và Anca Staii (2010) [4]. Tuy nhiên, khi xét riêng tỷ lệ từng nhóm có sự khác biệt giữa kết quả của chúng tôi và các tác giả khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân suy giáp lâm sàng chiếm tỷ lệ 73,2%, 9,7% bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng và 17,1% bệnh nhân với bình giáp. Trong khi đó tỷ lệ này trong nghiên cứu của Anca Staii (2010) [4] là 45,1% bệnh nhân với suy giáp lâm sàng, 8,8% bệnh nhân với suy giáp cận lâm sàng và 46,1% bệnh nhân với bình giáp. Có sự khác biệt này có thể do các vùng địa lý khác nhau, sự quan tâm của người dân về bệnh khác nhau dẫn đến khám bệnh ở các giai đoạn khác nhau. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng anti-TPO (+) gặp ở cả nhóm bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có chức năng tuyến giáp bình giáp, suy giáp cận lâm sàng và suy giáp lâm sàng, còn anti-TPO (-) chỉ gặp ở những bệnh nhân suy giáp lâm sàng, kết quả này tương tự như kết quả của Trần Thị Bích Liên (2012) [2]. Chúng ta có thể thấy rằng bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto gặp ở cả nhóm anti-TPO (-) và anti-TPO (+), điều đó có nghĩa là không phải tất cả bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto đều có tăng anti-TPO. Do vậy, với những bệnh nhân nghi ngờ suy giáp do nguyên nhân tại tuyến, anti-TPO (-) cũng không thể loại trừ bệnh nhân không bị VTG mạn tính Hashimoto, trường hợp này chúng ta cần làm thêm xét nghiệm tế bào học tuyến giáp để khẳng định chẩn đoán.

Kết quả về rối loạn chuyển hóa lipid máu của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 56,1% bệnh nhân có tăng cholesterol, với 51,2% bệnh nhân có tăng LDL-C và 36,6% bệnh nhân có tăng triglycerid. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto thường kèm theo có rối loạn chuyển hóa lipid máu. Cụ thể, theo Trần Thị Bích Liên (2012) tăng cholesterol chiếm 68,1%, tăng LDL-C chiếm 59,7% và tăng triglycerid chiếm 47,2% [2], tác giả Hoàng Tiến Hưng (2009) thấy tỷ lệ bệnh nhân có tăng cholesterol là 52,5%, tăng triglycerid là 37,5% [1], có thể là do bệnh nhân suy giáp tại tuyến trong nghiên cứu của tác giả chủ yếu là VTG mạn tính Hashimoto. Nguyên nhân bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có rối loạn chuyển hóa lipid máu là do sự giảm nồng độ hormon tuyến giáp dẫn đến giảm số lượng các thụ thể LDL trong gan, giảm tiết cholesterol qua mật cũng như đảo ngược quá trình vận chuyển cholesterol và dị hóa triglycerid dẫn đến tăng cholesterol và LDL-C trong huyết thanh.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 41 bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto, chúng tôi thấy:

Tỷ lệ nữ/nam = 12,67/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto là 42,32 ± 18,15 tuổi, trong đó lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 - 60 tuổi.

85,4% bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi. 51,2% bệnh nhân có da khô, xạm da. 41,5% bệnh nhân có bướu giáp. 29,3% có chậm chạp. 29,3% có sợ lạnh. Không có bệnh nhân nào có triệu chứng phù, đau cơ, chuột rút.

Nồng độ anti - TPO trung bình là 699,40 ± 438,83 UI/ml. Tỷ lệ nồng độ anti–TPO (+) hay

>34 UI/ml và anti-TPO (-) hay ≤34 UI/ml lần lượt là 95,1% và 4,9%.

Nồng độ T3 trung bình là 69,05 ± 24,93 ng/dl.

Nồng độ FT4 trung bình là 0,78 ± 0,27 ng/dl.

Nồng độ TSH trung bình là 35,90 ± 34,21 µIU/ml.

Tỷ lệ suy giáp lâm sàng ở bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto là 73,2%. Trong đó suy giáp lâm sàng ở bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có anti-TPO (+) là 68,3%, ở nhóm anti-TPO (-) là 4,9%.

Bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto có tăng cả cholesterol, triglycerid và LDL-C trong đó tăng chủ yếu là cholesterol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Tiến Hưng** (2009). "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số nguyên nhân hay gặp ở bệnh nhân suy giáp tại tuyến", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Trần Thị Bích Liên** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto", Luận Văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Akamizu T, Amino N** (2017), "Hashimoto's thyroiditis", https://www.thyroidmanager.org.

4. **Anca Staii, Mirocha S, Todorova-Koteva K, et al** (2010). "Hashimoto thyroiditis is more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state". Thyroid Res, 3 (1), 11.

5. **Değirmencioğlu S, Vural P, Özderya A, et al** (2018). "VCAM1 (T-1591C and T-833C) and E-selectin S128R polymorphisms are not risk factors for Hashimoto's thyroiditis.". Arch Clin Exp Med, 3 (3), 138 - 142.

6. **Jabrocka-Hybel A, Skalniak A, Piątkowski J, et al** (2018). "How much of the predisposition to Hashimoto's thyroiditis can be explained based on previously reported associations?". J Endocrinol Invest, 41 (12), 1409 - 1416.

7. **Ruggeri R M, Trimarchi F, Giuffrida G, et al** (2017). "Autoimmune comorbidities in Hashimoto's thyroiditis: different patterns of association in adulthood and childhood/adolescence". Eur J Endocrinol, 176 (2), 133 - 141.

8. **Siriweera E H, Ratnatunga N V** (2010). "Profile of Hashimoto's Thyroiditis in Sri Lankans: Is There an Increased Risk of Ancillary Pathologies in Hashimoto's Thyroiditis?". J Thyroid Res, 124264.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CALCI, PHOTPHO, PTH DO SUY THẬN MẠN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI KHOA THẬN TIẾT NIỆU – LỌC MÁU, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

TRẦN THỊ TUYẾT

Bệnh viện Hữu nghị

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) không chỉ tổn thương thận mà có nhiều các biến chứng khác kèm theo, trong đó biến chứng rối loạn calci – phospho và cường tuyến cận giáp thứ phát (CCGTP) gây tăng parathyroid hormone (PTH) là một trong những biến chứng muộn và gây nhiều hậu quả nghiêm trọng.

Mục tiêu: 1. Đánh giá tình trạng rối loạn calci, photpho, PTH ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận tiết niệu – Lọc máu Bệnh viện Hữu Nghị.

2. Mô tả mối liên quan giữa tình trạng rối loạn calci, photpho, PTH với các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân (BN): 66 BN suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC), lọc máu chu kỳ 3 lần/ tuần, đang dùng màng lọc Low - Flux 6 lần.

- Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, cắt ngang

- Xử lý số liệu thống kê: Dựa theo các thuật học thống kê y học phần mềm SPSS 20.0

Kết quả: Nghiên cứu 66 bệnh nhân lọc máu chu kỳ 3 buổi/ tuần bằng màng lọc Lowflux chế độ lọc máu HD chúng tôi thấy: Nồng độ calci máu toàn phần hiệu chỉnh TB, phospho máu TB, tích Ca x P trung bình, PTH máu trung bình và

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Tuyết

Email: tuyettran.bs@gmail.com

Ngày nhận: 12/7/2021

Ngày phản biện: 20/8/2021

Ngày duyệt bài: 09/9/2021