

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIÊN DU

NGUYỄN THỊ TRANG

**NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SUY GIÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIÊN DU NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Chủ tịch hội đồng



Đàm Thận Hiền

Bắc Ninh – 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIÊN DU

**NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SUY GIÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIÊN DU NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Thị Trang

Bắc Ninh - 2026

Mục lục

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU.....	3
CHƯƠNG 1.TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	5
1.1. Giải phẫu của tuyến giáp.....	5
1.2. Tác dụng của hormon tuyến giáp.....	5
1.3. Định nghĩa suy giáp nguyên phát.....	8
1.4. Nguyên nhân suy giáp nguyên phát.....	8
1.5. Triệu chứng lâm sàng của suy giáp nguyên phát.....	10
1.6. Cận lâm sàng.....	11
1.7. Chẩn đoán xác định suy giáp nguyên phát.....	12
1.8. Điều trị.....	13
1.9. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước.....	14
1.10. Khung lý thuyết.....	19
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	21
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	21
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	22
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	22
2.4. Cỡ mẫu.....	22
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	22
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	23
2.7. Các biến số nghiên cứu.....	25
2.8. Các khái niệm, thước đo và tiêu chuẩn đánh giá.....	31
2.9. Phương pháp phân tích số liệu.....	33
2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu.....	33

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số	33
DỰ KIẾN KẾT QUẢ.....	35
3.1. Đặc điểm chung.....	35
Bảng 3.1: Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	35
Bảng 3.2: Sự phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	35
Bảng 3.3: Sự phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	36
Bảng 3.4: Sự phân bố bệnh nhân theo chỉ số BMI	36
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	36
Bảng 3.5. Tiền sử bệnh đồng mắc.....	36
Bảng 3.6: Sự phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân suy giáp	37
Bảng 3.7: Triệu chứng lâm sàng	37
Bảng 3.8: Thời gian phát hiện bệnh	38
Bảng 3.9: Liều thuốc levothyroxin	38
Bảng 3.10: Nồng độ TSH.....	38
Bảng 3.11: Nồng độ FT4.....	38
Bảng 3.12: Đặc điểm thiếu máu.....	39
Bảng 3.13. Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu	39
Bảng 3.14. Đặc điểm siêu âm tuyến giáp.....	40
Bảng 3.15. Đặc điểm điện tim.....	40
3.3. Kết quả điều trị.....	41
Bảng 3.16: Kết quả điều trị	41
DỰ KIẾN BÀN LUẬN.....	42
DỰ KIẾN KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ	43
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	44

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BMI	Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)
EDTA	Ethylenediaminetetraacetic acid
FT3	Free Triiodothyronine (T3 tự do)
FT4	Free Thyroxin (T4 tự do)
Hb	Hemoglobin (Huyết sắc tố)
HDL-C	High-Density Lipoprotein Cholesterol Lipoprotein tỷ trọng cao
KGTTG	Kháng giáp trạng tổng hợp
LDL-C	Low-Density Lipoprotein Cholesterol Lipoprotein tỷ trọng thấp
MCHC	Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration Nồng độ hemoglobin trung bình hồng cầu
MCV	Mean Corpuscular Volume Thể tích hồng cầu trung bình
T3	Triiodothyronine
T4	Thyroxin
TBG	Thyroxine-Binding Globulin Globulin gắn thyroxin
Tg Ab	Thyroglobulin antibody Kháng thể thyroglobulin
THA	Tăng huyết áp

TSH	Thyroid Stimulating Hormone Hormon kích thích tuyến giáp
TRH	Thyrotropin-Releasing Hormone Hormon giải phóng thyrotropin
TPO	Thyroid Peroxidase
TPO Ab	Thyroid Peroxidase Antibody Kháng thể kháng enzym thyroid peroxidase

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1: Các biến số về đặc điểm chung	22
Bảng 2.2: Các biến số về đặc điểm lâm sàng.....	23
Bảng 2.3. Các biến số về đặc điểm cận lâm sàng	25
Bảng 2.4: Phân loại BMI.....	28
Bảng 2.5. Phân độ tuyến giáp to	28
Bảng 2.6. Đánh giá rối loạn các thành phần lipid máu	29
Bảng 3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	34
Bảng 3.2. Sự phân bố bệnh nhân theo giới tính	34
Bảng 3.3. Sự phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	35
Bảng 3.4. Sự phân bố bệnh nhân theo chỉ số BMI	35
Bảng 3.5. Tiền sử bệnh đồng mắc.....	35
Bảng 3.6. Sự phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân suy giáp	36
Bảng 3.7: Triệu chứng lâm sàng	36
Bảng 3.8: Thời gian phát hiện bệnh.....	37
Bảng 3.9. Liều thuốc levothyroxin.....	37
Bảng 3.10: Nồng độ TSH.....	37
Bảng 3.11: Nồng độ FT4.....	37
Bảng 3.12: Đặc điểm thiếu máu	38
Bảng 3.13: Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu.....	38
Bảng 3.14: Đặc điểm siêu âm tuyến giáp.....	39
Bảng 3.15: Đặc điểm điện tim	39
Bảng 3.16: Kết quả điều trị	40

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến giáp là một trong những bệnh nội tiết hay gặp, đặc biệt là những rối loạn chức năng tuyến giáp như cường giáp, suy giáp. Suy giáp là tình trạng giảm chức năng tuyến giáp dẫn đến sự thiếu hụt tổng hợp và giải phóng hormone tuyến giáp. Nguyên nhân có thể do tuyến giáp sản xuất không đủ hormone tuyến giáp hoặc do sự kích thích không đầy đủ từ vùng dưới đồi hay tuyến yên [20].

Theo nghiên cứu của Akash preet năm 2025 tỷ lệ mắc suy giáp trong cộng đồng là 9.3% [15], tỷ lệ mắc cao hơn ở phụ nữ gấp 7 lần so với nam giới [20]. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Vũ Thị Ánh năm 2023 tỷ lệ suy giáp ở người cao tuổi là 17.07%, trong đó suy giáp dưới lâm sàng là 12.44%, 4.63% là suy giáp lâm sàng [13]. Suy giáp được chia thành suy giáp nguyên phát (suy giáp tại tuyến) và suy giáp thứ phát (suy giáp trung ương) [3]. Suy giáp nguyên phát xảy ra bởi sự bất thường về cấu trúc và chức năng tuyến giáp như viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, tuyến giáp lạc chỗ, xơ hóa tuyến giáp (viêm tuyến giáp Riedel), sau điều trị iod phóng xạ, sau phẫu thuật tuyến giáp, biến chứng do các hội chứng gây mất iod, tác dụng phụ của thuốc kháng giáp trạng, thuốc điều trị loạn nhịp tim như Cordarone (Amiodarone), dùng các thuốc độc tế bào... Suy giáp thứ phát do giảm bài tiết TSH từ tuyến yên, TRH từ vùng dưới đồi, gặp trong các bệnh lý như suy tuyến yên, u sọ hầu, ... [3]

Suy giáp gây nên các rối loạn chuyển hoá phức tạp ở mọi cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là hôn mê. Các dấu hiệu và triệu chứng gợi ý rối loạn chức năng tuyến giáp thường nhẹ và không đặc hiệu đặc biệt ở giai đoạn sớm của bệnh [20]. Những triệu chứng thường gặp bao gồm sợ lạnh, mệt mỏi, tăng cân, da khô, táo bón và khàn tiếng [21]. Chẩn đoán dựa trên xét nghiệm máu cho thấy FT4 giảm, kèm theo nồng độ TSH tăng trong các nguyên nhân nguyên phát (nguồn gốc

tuyến giáp); mức TSH có thể bình thường hoặc thấp trong các nguyên nhân thứ phát (nguồn gốc tuyến yên hoặc vùng dưới đồi) [20].

Trong thực tế tại tuyến y tế cơ sở, việc phát hiện và quản lý bệnh nhân suy giáp vẫn còn nhiều khó khăn. Biểu hiện lâm sàng dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác việc tiếp cận xét nghiệm hormon tuyến giáp và TSH còn hạn chế khiến bệnh nhân thường được chẩn đoán muộn. Bệnh viện đa khoa Tiên Du là cơ sở khám chữa bệnh ban đầu với số lượng bệnh nhân rối loạn tuyến giáp tương đối lớn. Theo thống kê tại khoa khám bệnh, đến tháng 12 năm 2025 đang quản lý 605 bệnh nhân bệnh lý tuyến giáp, trong đó có 401 bệnh nhân suy giáp nguyên phát [1]. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân suy giáp điều trị ngoại trú tại bệnh viện. Việc thiếu dữ liệu đặc thù tại tuyến cơ sở khiến cho quá trình chẩn đoán sớm, theo dõi và tối ưu hóa liệu điều trị còn gặp nhiều hạn chế.

Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân suy giáp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du năm 2026” nhằm góp phần làm rõ đặc điểm bệnh nhân tại tuyến cơ sở, đánh giá hiệu quả điều trị trong thực tế lâm sàng, từ đó hỗ trợ bác sĩ trong việc chẩn đoán sớm, theo dõi và điều chỉnh điều trị phù hợp, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng khoa học phục vụ công tác quản lý bệnh lý tuyến giáp tại địa phương.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy giáp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du năm 2026.
2. Nhận xét kết quả điều trị ở đối tượng nghiên cứu.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu của tuyến giáp

Tuyến giáp nằm ngay dưới thanh quản và ở trước khí quản, gồm hai thùy trái và phải. Ở người trưởng thành tuyến giáp nặng 20-50g. Tuyến giáp gồm những đơn vị cấu tạo được gọi là nang giáp, có đường kính khoảng 100-300 micromet. Những nang này chứa đầy các chất bài tiết được gọi là chất keo trong lòng nang và được lót bằng một lớp tế bào hình khối là những tế bào bài tiết hormon vào lòng nang. Các tế bào của nang giáp bài tiết hai hormon là triiodothyronin (T3) và tetraiodothyronin (T4). Những hormon này có nhiều chức năng quan trọng đặc biệt là chức năng chuyển hóa. 93% hormon tuyến giáp ở trạng dạng T4, chỉ có 7% là T3 [11].

1.2. Tác dụng của hormon tuyến giáp

1.2.1. Tác dụng lên sự phát triển cơ thể

-Làm tăng tốc độ phát triển: ở những đứa trẻ bị nhược năng tuyến giáp, mức phát triển sẽ chậm lại, nếu không được phát hiện và điều trị sớm đứa trẻ sẽ bị lùn [11].

-Thúc đẩy sự trưởng thành và phát triển não trong thời kỳ bào thai và trong vài năm đầu sau khi sinh [11].

1.2.2. Tác dụng lên chuyển hóa tế bào

-Hormon tuyến giáp làm tăng hoạt động chuyển hóa của hầu hết các mô trong cơ thể. Mức chuyển hóa cơ sở có thể tăng từ 60-100% trên mức bình thường nếu hormon tuyến giáp được bài tiết nhiều [11].

-Tăng tốc độ các phản ứng hóa học, tăng tiêu thụ và thoái hóa thức ăn để cung cấp năng lượng, tăng tổng hợp adenosin triphosphat (ATP) để cung cấp năng lượng cho các hoạt động chức năng của cơ thể. Khi nồng độ hormon tuyến giáp quá cao một lượng lớn năng lượng sẽ thải ra dưới dạng nhiệt chứ không được tổng hợp dưới dạng ATP [11].

1.2.3. Tác dụng lên chuyển hóa carbohydrat

Hormon tuyến giáp tác dụng lên hầu như tất cả các giai đoạn của quá trình chuyển hóa carbohydrat bao gồm:

- Tăng nhanh thoái hóa glucose ở các tế bào.
- Tăng phân giải glycogen.
- Tăng tạo đường mới.
- Tăng hấp thu glucose ở ruột.
- Tăng bài tiết insulin.

Do những tác dụng trên nên hormon tuyến giáp làm tăng nồng độ glucose trong máu nhưng chỉ tăng nhẹ [11].

1.2.4. Tác dụng lên chuyển hóa lipid

- Tăng thoái hóa lipid ở các mô mỡ dự trữ do đó làm tăng nồng độ acid béo tự do trong máu.
- Tăng oxy hóa acid béo tự do ở mô.
- Giảm lượng cholesterol, phospholipid, triglycerid ở huyết tương, do vậy ở người bị nhược năng tuyến giáp kéo dài có thể có tình trạng xơ vữa động mạch [11].

1.2.5. Tác dụng lên chuyển hóa protein

Hormon tuyến giáp vừa làm tăng tổng hợp protein vừa làm tăng thoái hóa protein. Trong thời kỳ đang phát triển, tác dụng tăng tổng hợp protein mạnh hơn nên làm tăng tốc độ phát triển. Ngược lại khi hormon tuyến giáp được bài tiết quá nhiều, các kho protein dự trữ bị huy động và giải phóng acid amin vào máu [11].

1.2.6. Tác dụng lên chuyển hóa vitamin

Do hormon tuyến giáp làm tăng nồng độ và hoạt động của nhiều enzym, mà vitamin lại là thành phần cơ bản để cấu tạo enzym hoặc coenzym nên khi nồng độ hormon giáp tăng sẽ làm tăng nhu cầu tiêu thụ vitamin [11].

1.2.7. Tác dụng lên hệ thống tim mạch

- Tác dụng lên mạch máu

Hormon giáp làm tăng chuyển hóa của hầu hết tế bào do đó làm tăng mức tiêu thụ oxy đồng thời tăng giải phóng các sản phẩm chuyển hóa cuối cùng. Chính những chất này có tác dụng giãn mạch ở hầu hết các mô trong cơ thể, do vậy làm tăng lượng máu đặc biệt lượng máu đến da bởi vì cơ thể có nhu cầu tăng thải nhiệt.

Khi lượng máu đến mô tăng thì lưu lượng tim cũng tăng, đôi khi có thể tăng 60% trên mức bình thường nếu hormon tuyến giáp được bài tiết quá nhiều.

- Tác dụng lên nhịp tim.

Hormon tuyến giáp có tác dụng tăng nhịp tim rõ hơn là tăng lưu lượng tim. Tác dụng này có lẽ do hormon tuyến giáp kích thích trực tiếp lên tim do vậy, không chỉ làm tim đập nhanh mà còn làm tim đập mạnh hơn [11].

- Tác dụng lên huyết áp.

Dưới tác dụng của hormon tuyến giáp thì huyết áp trung bình không thay đổi. Tuy nhiên, do tim đập nhanh và mạnh nên huyết áp tâm thu có thể tăng từ 10-15 mmHg, ngược lại huyết áp tâm trương lại giảm do giãn mạch ở cơ thể những người bị ưu năng tuyến giáp [11].

1.2.8. Tác dụng lên hệ thống thần kinh cơ

- Tác dụng lên hệ thần kinh trung ương.

Hormon tuyến giáp kích thích sự phát triển cả về kích thước và về chức năng của não.

Nhược năng tuyến giáp gây tình trạng chậm chạp trong suy nghĩ, ngủ nhiều. Ưu năng tuyến giáp lại gây trạng thái căng thẳng và khuynh hướng rối loạn tâm thần như lo lắng quá mức, hoang tưởng, mệt mỏi, khó ngủ.

- Tác dụng lên chức năng cơ

Tăng nhẹ hormon tuyến giáp thường làm cơ tăng phản ứng nhưng nếu lượng hormon được bài tiết quá nhiều thì cơ trở nên yếu vì tăng thoái hóa protein của

cơ. Mặt khác nếu thiếu hormon tuyến giáp, cơ trở nên chậm chạp nhất là giãn ra chậm sau khi co [11].

1.2.9. Tác dụng lên cơ quan sinh dục

Hormon tuyến giáp cần cho sự phát triển và hoạt động bình thường của cơ quan sinh dục. Ở nam giới thiếu hormon tuyến giáp có thể mất dục tính hoàn toàn nhưng nếu bài tiết quá nhiều lại gây bất lực. Ở nữ giới thiếu hormon tuyến giáp thường gây băng kinh, đa kinh nhưng thừa hormon tuyến giáp lại gây ít kinh hoặc vô kinh và giảm dục tính [11]

1.3. Định nghĩa suy giáp nguyên phát

Suy giáp (nhược năng tuyến giáp) là tình trạng giảm chức năng tuyến giáp dẫn đến sự thiếu hụt tổng hợp và giải phóng hormon tuyến giáp.

Suy giáp nguyên phát là suy giáp do bệnh lý tại tuyến giáp, giảm tiết T3 và T4 dẫn đến giảm nồng độ hai hormon này trong máu, kết quả là tăng tiết TSH. [2]

1.4. Nguyên nhân suy giáp nguyên phát

-Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp: Vì T3 và T4 có thời gian bán thải là 7 ngày nên suy giáp thường xảy ra 2 - 4 tuần sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Thời gian diễn tiến sau khi cắt bán phần tuyến giáp ở bệnh nhân Basedow thì thay đổi. Sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp ít nhất 8 tuần tỷ lệ cường giáp, bình giáp, suy giáp lần lượt là 1.5%, 69.35%, 29.15% [8].

-Điều trị Iod phóng xạ: Iod phóng xạ điều trị Basedow có thể gây suy giáp sau vài tuần, vài tháng, vài năm sau đó. Tỷ lệ suy giáp ở bệnh nhân Basedow điều trị Iod phóng xạ cao 53.3%, thường xuất hiện trong khoảng 2-3 tháng sau điều trị [3].

-Xạ trị ngoài vùng cổ [2]: Xạ trị ngoài vùng cổ (liều 25 Gy hoặc hơn) cũng gây suy giáp. Ảnh hưởng phụ thuộc liều, khởi phát từ từ, nhiều bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng trong nhiều năm trước khi suy giáp thật sự.

-Thuốc KGTTG (Methimazole, PTU) dùng trong trường hợp cường giáp có thể gây suy giáp nếu dùng quá liều [2]: Ethionamide- một thuốc kháng sinh được

dùng như là lựa chọn hàng 2 để điều trị lao, có cấu trúc giống với Methimazole có thể gây suy giáp. Thuốc dùng để điều trị bệnh lý ngoài tuyến giáp có thể gây suy giáp, bao gồm: Lithium Carbonate, Amiodarone (thuốc chứa Iod), Interferon anpha, chất ức chế tyrosine kinase, và thuốc ức chế miễn dịch (ví dụ, Ipilimumab, Pembrolizumab, Nivolumab) [4].

-Viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto: là một bệnh miễn dịch và là nguyên nhân phổ biến gây suy giáp ở vùng đủ Iod trên thế giới. Bệnh xảy ra ở nữ nhiều hơn (90%), bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp từ 30-60 tuổi, có yếu tố gia đình, có thể xảy ra cùng lúc với một số bệnh tự miễn khác. Diễn tiến đến suy giáp xảy ra gần như hầu hết viêm giáp Hashimoto, đây là giai đoạn cuối của bệnh. Xét nghiệm miễn dịch học giúp chẩn đoán xác định: TPO Ab và Tg Ab dương tính trong hầu hết các trường hợp Hashimoto [2].

-Cả thiếu Iod và quá liều Iod đều có thể gây suy giáp. Thiếu Iod là nguyên nhân phổ biến nhất gây suy giáp (và bướu giáp) trên toàn thế giới. Quá liều Iod cũng có thể gây suy giáp bởi ức chế tổ chức Iod và tổng hợp T3, T4. các loại thuốc chứa iốt (như amiodarone) có thể làm giảm sản xuất hormone tuyến giáp và ngay lập tức ngừng sản xuất thyroxine, còn được gọi là hiệu ứng Wolff-Chaikoff [17].

-Ngoài ra, bệnh nhân đạt bình giáp khi điều trị bằng Levothyroxine có thể trở nên suy giáp nếu dùng các thuốc làm giảm hấp thu T4 (như Cholestyramine, sắt), thuốc tăng độ thanh thải T4 (như Phenytoin và Carbamazepine), hoặc thuốc giảm chuyển T4 thành T3 (Amiodarone). Vì vậy, nếu điều trị những thuốc này thường xuyên và không thể dừng thuốc, liều Levothyroxine cần được tăng lên.

Bệnh lý thâm nhiễm như viêm tuyến giáp bán cấp, thừa sắt, xơ cứng bì, leukemia, ... là những nguyên nhân hiếm gặp gây suy giáp. Thâm nhiễm sarcoid có thể gây bướu giáp [4].

1.5. Triệu chứng lâm sàng của suy giáp nguyên phát

Các biểu hiện lâm sàng của suy giáp thường tiến triển từ từ, đa dạng và không đặc hiệu, liên quan đến tình trạng giảm chuyển hóa toàn thân do thiếu hụt hormon tuyến giáp [20]

- Triệu chứng toàn thân và chuyển hóa: các biểu hiện phản ánh tình trạng giảm chuyển hóa cơ bản của cơ thể bao gồm mệt mỏi 78.4%, tăng cân 71%, sợ lạnh 44.2% [19].

-Tổn thương da, niêm mạc: Do giảm hoạt động tuyến mồ hôi và tích tụ mucopolysaccharid dưới da và gây ra các biểu hiện như da khô, phù mắt, rụng tóc, khàn tiếng... Các dấu hiệu này thường xuất hiện muộn và có giá trị gợi ý chẩn đoán. [20] Trong các nghiên cứu lâm sàng, da khô được ghi nhận là dấu hiệu phổ biến chiếm 62.4% bệnh nhân tiếp theo là rụng tóc (42.8%), phù mắt (41.6%), khàn tiếng (23.4%) [19].

-Táo bón là một trong những triệu chứng tiêu hoá thường gặp ở bệnh nhân suy giáp, xuất hiện do tình trạng giảm chuyển hóa cơ bản và giảm nhu động ruột khi thiếu hụt hormon tuyến giáp [20]. Trong nghiên cứu tại bệnh viện tuyến quận ở Jammu & Kashmir, táo bón được ghi nhận là một trong những biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân suy giáp (51.2%) cùng với mệt mỏi và da khô [19].

-Chuột rút và đau cơ là triệu chứng cơ xương khớp khá phổ biến trong suy giáp. Thiếu hormon tuyến giáp làm giảm hoạt động của enzym ty thể, giảm sinh ATP và làm tăng tính dễ kích thích của sợi cơ, dẫn đến cơ cơ đau hoặc chuột rút [20]. Chuột rút thường gặp ở khoảng 53.7% bệnh nhân suy giáp [10].

-Triệu chứng tim mạch: Suy giáp ảnh hưởng đến hệ tim mạch thông qua giảm hoạt tính giao cảm và giảm cung lượng tim [20]. Các triệu chứng tim mạch bao gồm tràn dịch màng tim có thể gặp ở 36,2% [5], T âm đảo chiều xuất hiện ở 15,8% [10]. tăng huyết áp 12,5% và nhịp tim chậm 3,8% [5].

-Biến đổi tại các tuyến nội tiết: Tuyến giáp có thể to hoặc bình thường tùy theo nguyên nhân gây suy giáp. Khám tuyến giáp có thể thấy tuyến giáp lớn ở giữa cổ, ranh giới rõ, không dính vào da, tuyến lớn lan tỏa hoặc dạng nốt, di động theo nhịp nuốt, không đau. Ở người bệnh nữ có thể rong kinh, rối loạn kinh nguyệt kèm chảy sữa, giảm hoặc mất khả năng sinh dục. Có thể có biểu hiện suy chức năng tuyến thượng thận [2].

1.6. Cận lâm sàng

1.6.1. Xét nghiệm hormon: T3, T4, FT3, FT4 và TSH:

Xét nghiệm định lượng hormon tuyến giáp và TSH có giá trị rất lớn để chẩn đoán xác định bệnh suy giáp

-Xét nghiệm TSH là nhạy nhất và quan trọng nhất trong chẩn đoán suy giáp. Trong suy giáp nguyên phát nồng độ TSH huyết thanh tăng cao.

-Nồng độ hormon tuyến giáp bao gồm hormon tự do (FT3, FT4) và hormon toàn phần (T3, T4) giảm thấp gặp hầu hết các trường hợp. Trong máu hormon tuyến giáp T4 được vận chuyển chủ yếu (70% - 75%) bởi TBG (thyroxin binding globulin) và 15% - 20% bởi TBPA (thyroxin binding prealbumin). Phần nhỏ kết hợp với albumin. Bình thường trong máu T4 chiếm 90%, T3 chiếm 10%, còn khoảng 0,03% thyroxin ở dạng tự do (FT4) và dạng này có hoạt tính sinh học [12].

Những thay đổi về nồng độ TBG, mang thai, thuốc tránh thai đường uống có thể gây ra những thay đổi tương ứng trong tổng lượng T4 trong khi nồng độ thyroxine tự do không liên kết vẫn tương đối không đổi [16]

Do đó, việc đo FT4 thường tương quan chặt chẽ hơn với tình trạng tuyến giáp thực tế của bệnh nhân so với đo tổng lượng T4 [16]

1.6.2. Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp: Thấp hơn so với giá trị bình thường [2]

1.6.3. Định lượng các tự kháng thể: Nồng độ TPOAb huyết thanh tăng gặp ở người bệnh suy giáp do viêm tuyến giáp miễn dịch [2]

1.6.4. Rối loạn lipid: Có thể thấy tăng cholesterol, triglycerid, LDL-C, HDL-C [2]

Ở bệnh nhân suy giáp, chủ yếu tăng Cholesterol đơn thuần: 52.5%, 37.5% tăng triglycerid, có sự liên quan chặt chẽ giữa tăng LDL-C và mức tăng TSH [5]

1.6.5. Thiếu máu: Thiếu máu đẳng sắc hoặc nhược sắc [2]

1.6.6. Siêu âm tuyến giáp

Siêu âm tuyến giáp là thăm dò hữu ích trong đánh giá tuyến giáp, giúp đánh giá hình thái và độ lớn tuyến giáp, kết quả siêu âm tùy nguyên nhân gây suy giáp.

-Kích thước bình thường của mỗi thùy tuyến giáp ở người trưởng thành là 2x1,5x4,7 cm [4].

Thể tích tuyến giáp bình thường ở người trưởng thành là 25-30 cm^3 . Siêu âm cho biết thể tích tuyến giáp to hay teo nhỏ hay bình thường.

Viêm tuyến giáp mạn tính có thể thấy hình ảnh tuyến giáp nhu mô không đều.

Viêm tuyến giáp bán cấp có thể thấy nhu mô tuyến giáp không đều có hình ảnh giảm âm. Có thể không quan sát thấy tuyến giáp hoặc quan sát thấy một phần tuyến giáp ở bệnh nhân đã phẫu thuật [4]

1.6.7. Điện tâm đồ: Nhịp tim chậm < 60 chu kỳ/ phút, điện thế thấp, ST chênh xuống, sóng T dẹt hoặc âm tính [2]

1.6.8. Siêu âm tim: có thể có tràn dịch màng tim [2]

1.7. Chẩn đoán xác định suy giáp nguyên phát

Chẩn đoán suy giáp không khó đối với các trường hợp điển hình, chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng đặc trưng kết hợp với xét nghiệm có tăng TSH, giảm FT4

Khi chưa có triệu chứng trên lâm sàng, xét nghiệm nồng độ TSH tăng, FT4 bình thường thì chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng [2]

1.8. Điều trị

1.8.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

-Mục tiêu điều trị là đưa người bệnh về tình trạng bình giáp [2]

-Nguyên tắc điều trị

+Điều trị nguyên nhân gây suy giáp.

+Bồi phụ hormon tuyến giáp.

+Liều lượng và loại hormon bồi phụ tùy thuộc vào mức độ suy giáp và đặc điểm của người bệnh (tuổi, bệnh kèm theo...).

+Hormon tuyến giáp thay thế thường bắt đầu với liều nhỏ sau đó tăng dần tới liều tối đa.

1.8.2. Biện pháp điều trị

-Chỉ một số ít trường hợp suy giáp do tai biến dùng thuốc kháng giáp tổng hợp hoặc suy giáp thoáng qua do viêm tuyến giáp có thể tự hồi phục, còn lại đa số các trường hợp suy giáp phải điều trị thay thế bằng hormon giáp.

-Levothyroxin là hormon tuyến giáp được ưa dùng nhất để điều trị suy giáp tiên phát.

– Dạng thuốc thường dùng là viên nén, viên nén có hàm lượng: 25 - 50 - 75 - 100 - 300 µg;

– Levothyroxin có thời gian bán thải dài (7 ngày) cho nên chỉ cần uống một lần trong ngày.

– Liều khởi đầu trung bình 1.6 – 1.8 µg/kg/ngày.

– Sau khi dùng levothyroxin từ 5-6 tuần, nồng độ T4 huyết thanh sẽ tăng lên. Nếu có teo tuyến giáp gặp ở người bệnh Hashimoto hoặc người bệnh Basedow sau điều trị bằng phóng xạ có thể bắt đầu với liều tăng thêm 25-50 µg/ngày.

– Khi đạt được bình giáp (TSH và hormon tuyến giáp về bình thường) thì giảm liều, sử dụng liều duy trì trung bình 25-50-100 µg/ngày tùy theo từng người bệnh.

- Thường bắt đầu bằng liều nhỏ trong một tuần sau đó tăng dần tới liều tối đa. Nếu người bệnh trẻ không có bệnh tim mạch kèm theo, có thể bắt đầu ngay với liều cao (100 µg Levothyroxin /ngày).
- Người bệnh cao tuổi nên bắt đầu bằng liều thấp (1 µg/kg/ngày). Trong quá trình điều trị cần theo dõi các biểu hiện tim mạch, điện tâm đồ. Nếu có cơn đau thắt ngực hoặc thiếu máu cơ tim cục bộ thì cần giảm liều.
- Theo dõi khi dùng thuốc: cân nặng, tần số tim, táo bón, cholesterol máu, T4, FT4 và TSH xét nghiệm lại cứ mỗi 6-8 tuần/lần [2]

1.9. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

1.9.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Trong nghiên cứu cộng đồng của Akashpreet và cộng sự tại Ấn Độ năm 2025 được thực hiện trên 800 người trưởng thành tại khu vực đô thị Amritsar nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố dịch tễ học liên quan đến suy giáp, tuy nhiên, nghiên cứu chưa đánh giá sâu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị. Theo nghiên cứu tỷ lệ mắc suy giáp là 9.3%. Phần lớn các trường hợp suy giáp (88%) nằm trong nhóm tuổi từ 31 đến 60 tuổi. Tuổi trung bình của các bệnh nhân suy giáp là 48.83 tuổi, nữ giới chiếm ưu thế với 88%, 89.3% bệnh nhân có BMI bình thường. Các bệnh đồng mắc, đặc biệt là đái tháo đường typ 2, được ghi nhận ở 17.3% bệnh nhân suy giáp, THA 13.3%. Phân bố tỷ lệ theo thời gian mắc bệnh suy giáp: đa số bệnh nhân suy giáp có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, tiếp theo là 29,3% có thời gian mắc từ 6–10 năm [15].

Nghiên cứu của Govinder Kumar và cộng sự năm 2026 là một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 500 bệnh nhân suy giáp tại một bệnh viện tuyến huyện ở Jammu và Kashmir nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. Tuy nhiên nghiên cứu chưa đánh giá lipid máu, điện tim, không phân tích nguyên nhân suy giáp và kết quả điều trị. Nghiên cứu cho thấy giới nữ chiếm ưu thế: 74%, tỷ lệ nữ/nam \approx 2,8:1. Tuổi trung bình $38,9 \pm 11,6$; nhóm tuổi 30–49 chiếm đa số. Kết quả xét nghiệm sinh hóa của cả 500 bệnh

nhân cho thấy nồng độ TSH huyết thanh trung bình là 12.86 ± 7.42 mIU/L, với giá trị dao động từ 5.1 đến 45.6 mIU/L. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là mệt mỏi, xuất hiện ở 392 bệnh nhân (78.4%), tiếp theo là tăng cân ở 355 bệnh nhân (71%) và da khô ở 312 bệnh nhân (62.4%). Táo bón là triệu chứng phổ biến tiếp theo, được thấy ở 51.2% trường hợp, tiếp theo là không chịu được lạnh ở 44.2%, rụng tóc 42.8%, khàn tiếng 23.4%. Tổng cộng có 137 bệnh nhân (27.4%) bị thiếu máu, 202 bệnh nhân (40.4%) được phân loại là thừa cân và 111 bệnh nhân (22,2%) bị béo phì [19].

Nghiên cứu của Vaibhav Yadav và cộng sự bao gồm 100 bệnh nhân mắc bệnh suy giáp điều trị tại một trường đại học y khoa ở miền Trung Ấn Độ nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy giáp theo thang điểm Zulewski và mối liên quan giữa hormon tuyến giáp với rối loạn lipid máu. Kết quả cho thấy tỷ lệ nam: nữ = 1:1.94, với tuổi trung bình là 40.9 ± 12.1 năm. Tăng cân là triệu chứng phổ biến nhất (nam: 91.2%; nữ: 87.9%). Chậm chạp và da khô cũng hay gặp với tỷ lệ ở nam giới 67.6% và nữ giới 68.2%. Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $26,2 \pm 4,8$ kg/m², trong đó đa số (40%) thuộc nhóm béo phì độ 1. Rối loạn lipid máu được quan sát thấy ở 86% bệnh nhân. Mức cholesterol toàn phần cao ở 29%, mức LDL cao ở 36%, mức HDL thấp ở 58% và mức triglyceride cao ở 52% số người tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên nghiên cứu cũng chưa đánh giá đầy đủ đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng toàn diện cũng như kết quả điều trị trong thực hành lâm sàng [22]

1.9.2. Tình hình nghiên cứu trong nước

Tại Việt Nam có một số công trình nghiên cứu về suy giáp.

Nghiên cứu của Đinh Như Quỳnh mô tả cắt ngang 201 bệnh nhân suy giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2020 kết quả thì có tới 198 trong tổng số 201 bệnh nhân là suy giáp nguyên phát, chiếm tỷ lệ 98.5%. Ở các bệnh nhân suy

giáp đang điều trị, tuổi trung bình là 47.55 ± 11.72 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 25 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 75 tuổi. Bệnh nhân trong độ tuổi từ 50 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (31,1%), nữ chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ là 1/10.1. BMI trung bình là 21.4 ± 2.3 (kg/m²). Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có BMI bình thường chiếm 67.2%, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì là 23.8%. Mệt mỏi là triệu chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 53.16%, sợ lạnh 30.38%, tăng cân 26.58%, táo bón 12.66%, rụng tóc 34.18%, khàn tiếng 13.92%, nhịp chậm 6.33%. Nồng độ TSH trung bình là 8.81 mU/L, nồng độ FT4 trung bình là 9.23 pmol/L. Tỷ lệ rối loạn lipid máu cao 86.9%, tăng triglycerid máu là rối loạn thường gặp nhất chiếm 68.9%, Hình ảnh siêu âm tuyến giáp chủ yếu là tuyến giáp đã cắt toàn bộ, chiếm 35.8%, tuyến giáp đã cắt bán phần (12.9%), hoặc tuyến giáp teo nhỏ (16.9%), có 29.4% bệnh nhân có kích thước tuyến giáp bình thường. Liều điều trị suy giáp tại tuyến với bệnh nhân cần thay thế hormon hoàn toàn là 1.66 $\mu\text{g/kg/ngày}$, với bệnh nhân suy giáp trung ương là 1.96 $\mu\text{g/kg/ngày}$, khoảng liều rất rộng, thay đổi từ 0.38 $\mu\text{g/kg/ngày}$ đến 2.83 $\mu\text{g/kg/ngày}$. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt mục tiêu là 51.64%. Tỷ lệ điều trị không đạt mục tiêu là 48.36% [4]

Theo nghiên cứu của Hoàng Tiến Hưng năm 2011, trong số 80 bệnh nhân suy giáp tại khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ nữ cao gấp 7 lần nam giới, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 50.46 ± 15.17 tuổi. Bệnh nhân tuổi ít nhất là 21 tuổi và bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 83 tuổi. Số bệnh nhân trong độ tuổi từ 50 đến 59 hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 31.2%. BMI của các bệnh nhân tập trung chủ yếu trong khoảng từ 18.5 – 22.9 kg/m², chiếm tỷ lệ 95%, tỷ lệ thừa cân và béo phì chiếm 5%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp của suy giáp nguyên phát là mệt mỏi (85%), biểu hiện da (71.2%), chậm chạp (63.8%), sợ lạnh (61.3%), rụng lông tóc (46.2%), giọng khàn (46.2%). 100% bệnh nhân có FT4 thấp và TSH tăng cao: nồng độ FT4 trung bình là 5.85 ± 5.33 pmol/l, nồng độ TSH trung bình là 60.98 ± 36.84 $\mu\text{U/ml}$. Tỷ lệ ở 2 nhóm nguyên nhân: viêm tuyến

giáp Hashimoto là nguyên nhân gây SGTT hay gặp nhất (51.25%); nhóm nguyên nhân do các thầy thuốc gây ra (sau điều trị Basedow bằng iod phóng xạ, sau phẫu thuật cắt tuyến giáp...) chiếm tỷ lệ 48.75%. 3.8% bệnh nhân có nhịp tim chậm. Các bệnh nhân suy giáp đều có tình trạng tăng các thành phần mỡ máu với tỷ lệ cao: 52.5% tăng cholesterol, 37.5% tăng triglycerid. 41.25% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu ở các mức độ khác nhau [5].

Nghiên cứu của Phạm Thị Hằng và Nguyễn Quang Bảy thực hiện trên 82 bệnh nhân suy giáp nguyên phát, tại bệnh viện Hữu Nghị từ 8/2020 đến 8/2021 cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ giới giữa hai giới, nữ giới suy giáp tiên phát cao hơn nam giới gấp 5.3 lần, thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm chiếm đa số (40.2%), gần nửa số bệnh nhân có trên 2 bệnh đồng mắc (40 trong tổng số 82 bệnh nhân). Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân suy giáp đã được điều trị vì vậy các triệu chứng không hoàn toàn đầy đủ. Theo kết quả phân tích, các triệu chứng lâm sàng mà người bệnh hay gặp nhất là: chuột rút (53.7%), rụng tóc (39.0), mệt mỏi (28.1%), tăng cân (24.4%), táo bón (21.9%), da khô (20.7%), sợ lạnh (17.1%), giảm tiết mồ hôi (13.4%), hồi hộp (17.1%), gầy sút cân (11.0%, 3.6% có bướu cổ to. Giá trị nồng độ TSH trung bình là 3.4 ± 3.3 mU/L, nồng độ hormon FT4 trung bình là 12.22 ± 2.0 pmol/L. Tỷ lệ bệnh nhân tăng cholesterol máu chiếm tỷ lệ 41.5%, tăng triglyceride máu chiếm 47.6%, tăng LDL-C chiếm tỷ lệ 23.2%, có giảm HDL-C ở 8.5% bệnh nhân. Tỷ lệ bất thường điện tim trên nhóm nghiên cứu không nhiều: 6.1% người bệnh có nhịp tim chậm, T âm đảo chiều chiếm 15.8%. Đánh giá kết quả điều trị có 78.1% đạt mục tiêu điều trị (bình giáp), 21.9% chưa đạt mục tiêu [10].

Nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hạnh, Vũ Bích Nga năm 2024 tại Bệnh viện đại học y Hà Nội, trong 98 bệnh nhân nghiên cứu thì phần lớn là nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 87.8 % và nam giới chỉ chiếm 12.2%. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 40.8 ± 15.1 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 18, cao nhất là 75. Số lượng bệnh nhân trong độ tuổi 30 - 40 tuổi là nhiều nhất chiếm tỷ lệ 31,63%

Mệt mỏi là dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất (45.9%), tiếp đến là brouu cổ (18.4%), chậm chạp (17.3%), rụng lông tóc (15.3%), da khô (13.3%), sợ lạnh (13.3%), trong số các bệnh nhân suy giáp do viêm tuyến giáp được điều trị bằng Levothyroxine, theo dõi sau 8 tuần chỉ có 44.4% bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị.

Các nghiên cứu trong nước đã cung cấp những dữ liệu quan trọng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị suy giáp ở nhóm bệnh nhân điều trị tại tuyến trung ương, tuy nhiên chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm và kết quả điều trị bệnh nhân tại tuyến cơ sở.

1.9.3 Tình hình tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du

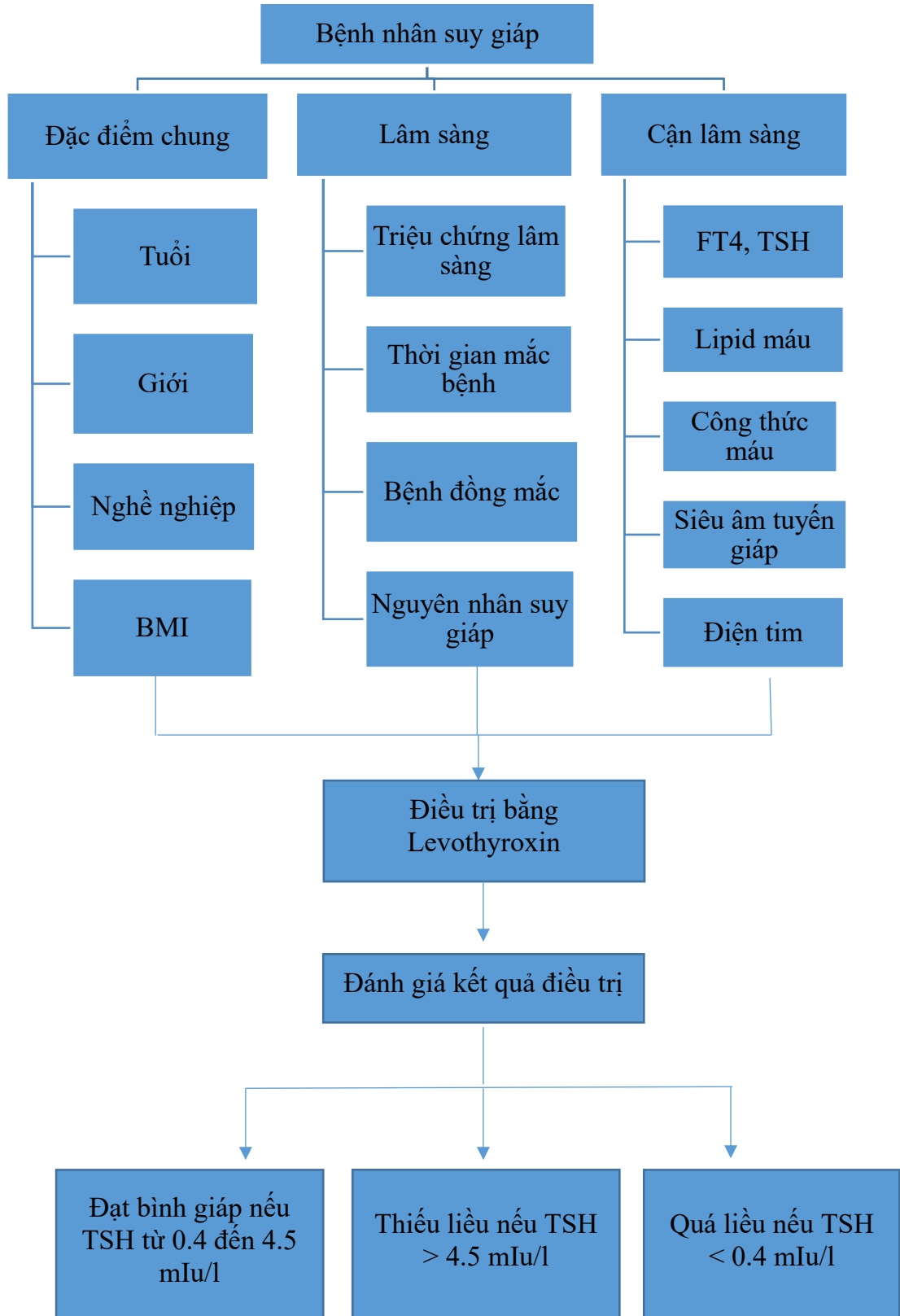
Bệnh viện đa khoa Tiên Du là bệnh viện hạng 2 nằm trên địa bàn xã Liên Bảo, tỉnh Bắc Ninh. Bệnh viện có nhiệm vụ khám chữa bệnh cho nhân dân trong khu vực xã Liên Bảo, Tiên Du, Tân Chi, Phật Tích và các khu vực lân cận. Hiện tại điều kiện cơ sở vật chất bệnh viện còn chưa có đầy đủ các cận lâm sàng chẩn đoán các bệnh lý nội tiết chuyên sâu như bệnh lý tuyến yên, vùng dưới đồi, TRAb, anti TPO... Chính vì vậy bệnh viện còn hạn chế trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý nội tiết trong đó có suy giáp. Tuy nhiên với các xét nghiệm cơ bản trong bệnh lý tuyến giáp như TSH, FT4, lipid máu, siêu âm tuyến giáp, siêu âm doppler, chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ, bệnh viện hiện tại đang quản lý, khám, tư vấn, điều trị khoảng 605 bệnh nhân bệnh tuyến giáp, trong số đó có hơn 401 bệnh nhân là bệnh suy giáp. Với số lượng bệnh nhân tương đối lớn, nhưng cho đến hiện tại chưa có nghiên cứu nào tiến hành tại bệnh viện mô tả về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của các bệnh nhân suy giáp.

1.10. Khung lý thuyết

Dựa trên các kiến thức đã biết, nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du tập trung vào việc mô tả đặc điểm bệnh nhân và đánh giá kết quả điều trị trong thực hành lâm sàng tuyến cơ sở. Phạm vi nghiên cứu được xác định như sau:

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI.
 - Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng suy giáp, tiền sử bệnh, nguyên nhân gây suy giáp.
 - Đặc điểm cận lâm sàng: TSH, FT4, lipid máu, huyết sắc tố, siêu âm tuyến giáp, điện tim.
 - Kết quả điều trị dựa trên mục tiêu đạt bình giáp theo nồng độ TSH.
- So với các nghiên cứu trước đây, đề tài này không đi sâu vào:
- Cơ chế miễn dịch học hoặc xét nghiệm kháng thể tuyến giáp chuyên sâu.
 - Mức độ tuân thủ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị
 - Thiết kế can thiệp hay thử nghiệm lâm sàng đánh giá hiệu quả thuốc.

Việc giới hạn phạm vi giúp nghiên cứu phù hợp với điều kiện thực tế tại tuyến cơ sở.



Sơ đồ 1.1. Sơ đồ khung lý thuyết

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đã được chẩn đoán suy giáp nguyên phát và đang điều trị ngoại trú bằng Levothyroxine tối thiểu 6 tuần

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đã được chẩn đoán suy giáp nguyên phát

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giáp theo hướng dẫn của Bộ y tế năm 2015 dựa trên triệu chứng lâm sàng của suy giáp kết hợp với xét nghiệm TSH tăng cao và FT4 giảm thấp [2]

+Triệu chứng lâm sàng: mệt mỏi, tăng cân, khàn tiếng, da khô, rụng tóc, táo bón, chuột rút, đau ngực...

+Xét nghiệm TSH tăng và FT4 giảm: Khoảng tham chiếu bình thường của TSH và FT4 thay đổi tùy thuộc vào phòng xét nghiệm. Chúng tôi thống nhất sử dụng khoảng tham chiếu của các giá trị xét nghiệm như sau:

TSH tăng: $TSH > 4.5$ mIU/L [20]

FT4 giảm: $FT4 < 12$ pmol/L

-Đang điều trị bằng levothyrox tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du tối thiểu 6 tuần

-Tuổi từ 18 trở lên

-Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Các bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu nếu có 1 trong các yếu tố sau:

- Bệnh nhân có bệnh cấp tính đang nằm viện nội trú, do những thay đổi thoáng qua ở trục dưới đồi-tuyến yên-tuyến giáp ở bệnh nhân nhập viện (Hội chứng Euthyroid sick syndrome) [14]

- Bệnh nhân có thai, do có những thay đổi hormon TSH và hormon tuyến giáp trong thai kỳ [18]

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 3 năm 2026 đến tháng 8 năm 2026.

Địa điểm: Khoa khám bệnh-Bệnh viện đa khoa Tiên Du- xã Liên Bảo- tỉnh Bắc Ninh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thiết kế nghiên cứu tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu

-Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Giá trị Z tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị này là 1,96.

p: chọn $p=0.5$ để đảm bảo cỡ mẫu là lớn nhất

d: sai số ước tính là 0.05

Áp dụng công thức trên chúng tôi tính được $n=385$, do vậy cần lấy mẫu ít nhất 385 bệnh nhân trong tổng số 401 bệnh nhân suy giáp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Theo công thức tính cỡ mẫu cần lấy mẫu ít nhất 385 bệnh nhân. Trong năm 2025 có tổng số 401 bệnh nhân suy giáp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du, do vậy chúng tôi thực hiện chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân suy giáp để đảm bảo đủ cỡ mẫu tối thiểu

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Tất cả bệnh nhân suy giáp quản lý tại Bệnh viện Tiên Du được khám bệnh và khai thác đầy đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chọn và thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu theo mã số nghiên cứu.

2.6.1. Thu thập thông tin lâm sàng:

Các thông tin lâm sàng được ghi nhận thông qua hỏi bệnh và khám bệnh bao gồm:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI.
- Tiền sử bệnh đồng mắc và nguyên nhân suy giáp.
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của suy giáp như: mệt mỏi, tăng cân, khàn tiếng, da khô, rụng tóc, táo bón, chuột rút, đau ngực, bướu giáp.
- Liều levothyroxin đang sử dụng và thời gian phát hiện bệnh.

2.6.2. Thu thập các chỉ số cận lâm sàng

Các chỉ số cận lâm sàng được thực hiện tại khoa Xét nghiệm và khoa Chẩn đoán hình ảnh -Bệnh viện đa khoa Tiên Du

-Công thức máu: Lấy 2ml máu tĩnh mạch vào ống có chất chống đông EDTA Công thức máu được làm trên máy ERBA Elite 580 tại khoa xét nghiệm - Bệnh viện đa khoa Tiên Du.

-Xét nghiệm cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol thực hiện trên máy xét nghiệm sinh hoá XL1000 của hãng ERBA Mannheim.

Lấy 2 mL máu tĩnh mạch vào ống có chất chống đông heparin, bảo quản ở 2-8⁰C trong vòng 7 ngày, ở - 20⁰C được 3 tháng.

-Xét nghiệm TSH và FT4 thực hiện trên trên máy phân tích xét nghiệm miễn dịch tự động Tosoh AIA System Analyzer.

Lấy máu: Lấy 2 mL máu tĩnh mạch vào ống nhựa nắp đen không có chất chống đông, bảo quản ở 2-8°C trong vòng 7 ngày, ở - 20°C được 3 tháng.

TSH được định lượng bằng phương pháp miễn dịch sandwich (bắt cặp) sử dụng công nghệ điện hóa phát quang.

Khoảng giá trị bình thường là 0.4-4.5 mIU/L, TSH tăng: TSH > 4.5 mIU/L [20]

FT4 được định lượng bằng phương pháp xét nghiệm miễn dịch enzyme cạnh tranh

Khoảng giá trị bình thường là 12-22 pmol/L

FT4 giảm: FT4 < 12 pmol/L

FT4 tăng: FT4 > 22 pmol/L

-Siêu âm tuyến giáp thực hiện trên máy siêu âm Samsung H6 tại khoa Chẩn đoán hình ảnh-Bệnh viên đa khoa Tiên Du

-Điện tim thực hiện trên máy điện tim Nihon Kohden Cardiofax S tại khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viên đa khoa Tiên Du

2.7. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1: Các biến số về đặc điểm chung

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Tuổi	Tuổi tính theo dương lịch	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
Giới tính	Nam Nữ	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án
Nghề nghiệp	Công nhân Nông dân Hưu trí Khác	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án
BMI	Tính theo công thức $\frac{\text{Cân nặng (Kg)}}{\text{Chiều cao}^2 (\text{m}^2)}$	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án

Bảng 2.2: Các biến số về đặc điểm lâm sàng

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Tiền sử bệnh đồng mắc	Tiền sử đã được chẩn đoán mắc 1 trong các bệnh lý sau đây: Đái tháo đường hoặc tăng huyết áp hoặc bệnh tim mạch (cơn đau thắt ngực hoặc thiếu máu cơ tim hoặc bệnh mạch vành)	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án
Nguyên nhân suy giáp	Phẫu thuật cắt 1 phần tuyến giáp Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp Viêm tuyến giáp Điều trị I 131 Điều trị thuốc KGTTH Không rõ nguyên nhân	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Triệu chứng lâm sàng	Mệt mỏi: Có/Không Khàn tiếng: Có/ Không Chuột rút: Có/ Không Đau ngực: Có/ Không Da khô: Có/Không Táo bón: Có/Không Tuyên cấp to độ 1, độ 2 Không có triệu chứng nào	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án
Thời gian phát hiện bệnh	Tính bằng năm	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
Liều thuốc levothyrox	Tính theo đơn vị mcg/ ngày	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án

Bảng 2.3: Các biến số về đặc điểm cận lâm sàng

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Hb	Nồng độ huyết sắc tố trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân tính bằng g/l	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
MCV	Thể tích hồng cầu trung bình tính bằng fL	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
MCHC	Nồng độ hemoglobin trung bình hồng cầu tính bằng g/l	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
TSH	Chỉ số TSH trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân tính bằng mIU/L	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
FT4	Chỉ số FT4 trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân tính bằng pmol/L	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Cholesterol toàn phần	Chỉ số Cholesterol trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân, tính bằng mmol/l	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
Triglycerid	Chỉ số Triglycerid trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân, tính bằng mmol/l	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
LDL-C	Chỉ số LDL-C trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân, tính bằng mmol/l	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án
HDL-C	Chỉ số HDL-C trong máu tĩnh mạch của bệnh nhân, tính bằng mmol/l	Biến định lượng	Hồ sơ bệnh án

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại biến số	Phương pháp thu thập
Siêu âm tuyến giáp	Bình thường: Có/ Không Kích thước teo nhỏ: Có/ Không Kích thước to: Có/ Không Nhu mô không đều: Có/ Không Nhân: Có/ Không Cắt 1 phần tuyến giáp: Có/ Không Cắt toàn bộ tuyến giáp: Có/ Không	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án
Điện tim	Nhịp chậm tim: Có/ Không ST chênh xuống: Có/ Không Sóng T dẹt hoặc T âm: Có/ Không Không có dấu hiệu nào: Có/ Không	Biến định tính	Hồ sơ bệnh án

2.8. Các khái niệm, thước đo và tiêu chuẩn đánh giá

2.8.1. Phân loại BMI

Thang phân loại BMI của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDI) và Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO) phát triển cho người châu Á [9]

Bảng 2.4: Phân loại BMI

Phân loại	BMI (kg/m ²)
Gầy	< 18.5
Bình thường	18.5 – 22.9
Tiền béo phì (Thừa cân)	23 – 24.9
Béo phì độ 1	25 – 29.9
Béo phì độ 2	≥30

2.8.2. Phân độ tuyến giáp to

Bảng 2.5. Phân độ tuyến giáp to theo WHO [2]

Độ	Đặc điểm
0	Tuyến giáp không lớn (khi nhìn cũng như khi sờ)
1	Sờ thấy bướu giáp lớn, nhưng không nhìn thấy với tư thế cổ bình thường. Khối di động theo nhịp nuốt khi sờ.
2	Nhìn thấy bướu giáp lớn với tư thế cổ bình thường. Hình ảnh bướu giáp lớn phù hợp với khám khi sờ cổ (bướu giáp nhìn thấy và sờ thấy).

2.8.3. Đánh giá thiếu máu

-Chẩn đoán thiếu máu dựa vào giá trị hemoglobin dưới ngưỡng sau [7]:

+Nam: Hb < 130 g/L.

+Nữ: Hb < 120 g/L.

-Phân loại đặc điểm thiếu máu theo thể tích hồng cầu trung bình (MCV) và nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC) [7]

+Thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường: MCV bình thường từ 80-100 fL và MCHC bình thường từ 320 g/l trở lên.

+Thiếu máu bình sắc hồng cầu to: MCV to hơn bình thường > 100 fL và MCHC bình thường từ 320 g/l trở lên.

+Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ: MCV nhỏ hơn bình thường < 80 fL và MCHC thấp < 320 g/l

2.8.4. Đánh giá các chỉ số lipid máu

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa của Bộ y tế năm 2015 [2], đánh giá rối loạn lipid máu như sau:

Bảng 2.6. Đánh giá rối loạn các thành phần lipid máu

	Bình thường	Có rối loạn
Cholesterol	≤5.2 mmol/l	> 5,2 mmol/L
Triglycerid	≤1.7 mmol/l	> 1,7 mmol/L
LDL-cholesterol	≤2.58 mmol/l	> 2,58mmol/L
HDL-cholesterol	≥1.03 mmol/l	< 1,03mmol/L

2.8.5. Đánh giá kết quả điều trị

Mục tiêu điều trị suy giáp là đạt trạng thái bình giáp [byt]. Sau khi đã điều trị bằng levothyroxin tối thiểu 6 tuần, các bệnh nhân suy giáp nguyên phát được đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên chỉ số TSH [20]

-TSH trong giới hạn bình thường: 0.4-4.5 mIU/L → Đạt bình giáp

-TSH < 0.4 mIU/L → Cường giáp → Thừa liều levothyroxin

-TSH > 4.5 mIU/L → Suy giáp → Thiếu liều levothyroxin

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

Tất cả các thông tin thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Sử dụng các thuật toán thống kê tính n, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, min, max.

So sánh 2 giá trị trung bình bằng t-test, Mann-Whitney test.

So sánh nhiều trung bình bằng Anova.

So sánh 2 tỷ lệ, kiểm định test χ^2 , Fisher Exact test.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa Tiên Du và Hội đồng khoa học của Sở y tế Bắc Ninh phê duyệt, trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu và được sự chấp nhận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các thông tin của người tham gia nghiên cứu được bảo đảm bảo mật tuyệt đối, các thông tin được xử lý và công bố dưới hình thức số liệu, không nêu danh cá nhân. Số liệu sau khi được thu thập được mã hóa, xử lý bằng các phần mềm nghiên cứu khoa học chuyên dụng nên đảm bảo độ tin cậy, chính xác và trung thực. Tuy vậy, bệnh nhân có quyền chọn lựa tham gia hoặc từ chối tham gia nghiên cứu này mà không có sự ép buộc nào.

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.11.1. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang trên nhóm bệnh nhân suy giáp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tiên Du, vì vậy còn tồn tại một số hạn chế sau:

-Thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ phản ánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tại một thời điểm nhất định, do đó chưa đánh giá được mối liên quan nhân quả hoặc diễn biến lâu dài của bệnh theo thời gian.

-Nghiên cứu tiến hành tại một cơ sở y tế tuyến huyện nên tính đại diện cho quần thể bệnh nhân suy giáp rộng hơn còn hạn chế.

-Điều kiện cận lâm sàng tại bệnh viện còn hạn chế, chưa thực hiện thường quy các xét nghiệm chuyên sâu như kháng thể tuyến giáp hoặc các thăm dò nội tiết nâng cao, vì vậy chưa đánh giá toàn diện cơ chế bệnh sinh của suy giáp.

-Nghiên cứu chưa phân tích các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

2.11.2. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

-Sai số do kỹ thuật máy móc: các chỉ số xét nghiệm như TSH, FT4, lipid máu phụ thuộc vào điều kiện máy móc có thể gây biến thiên ảnh hưởng đến kết quả.

Biện pháp khắc phục: Các xét nghiệm được thực hiện tại cùng một khoa xét nghiệm của bệnh viện với quy trình chuẩn và máy móc cố định. Các kết quả xét nghiệm được kiểm tra, đối chiếu cẩn thận; trong trường hợp nghi ngờ sai lệch sẽ được chỉ định làm lại để đảm bảo độ chính xác.

-Sai số trong quá trình nhập và xử lý số liệu khi nhập dữ liệu vào máy tính.

Biện pháp khắc phục: Sau khi nhập số liệu tiến hành đối chiếu lại với bệnh án nghiên cứu ít nhất một lần trước khi phân tích thống kê

- Sai số do thu thập thông tin: Việc thu thập số liệu dựa vào hồ sơ bệnh án và khai thác bệnh sử có thể gặp sai số do:

+Ghi chép chưa đầy đủ các triệu chứng lâm sàng.

+Khác biệt trong cách khám và ghi nhận thông tin giữa các bác sĩ.

Biện pháp khắc phục: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, giúp chuẩn hóa các biến số và hạn chế sai số thông tin.

CHƯƠNG 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1: Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
<40 tuổi		
40-49 tuổi		
50-59 tuổi		
≥ 60 tuổi		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.2: Sự phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Nam		
Nữ		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.3: Sự phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Công nhân		
Nông dân		
Hưu trí		
Khác		

Nhận xét:

Bảng 3.4: Sự phân bố bệnh nhân theo chỉ số BMI

BMI	Số BN(n)	Tỷ lệ (%)
Gầy		
Bình thường		
Thừa cân/Béo phì		

Nhận xét:

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.5. Tiền sử bệnh đồng mắc

Bệnh đồng mắc	Số BN(n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường		
Tăng huyết áp		
Bệnh tim mạch		
Không		

Nhận xét:

Bảng 3.6: Sự phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân suy giáp

Nguyên nhân	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật cắt 1 phần tuyến giáp		
Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp		
Viêm tuyến giáp		
Điều trị I 131		
Điều trị thuốc KGTTH		
Không rõ nguyên nhân		

Nhận xét:

Bảng 3.7: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi		
Đau ngực		
Khàn tiếng		
Da khô		
Chuột rút		
Táo bón		
Tuyến giáp to độ 1		
Tuyến giáp to độ 2		
Không có triệu chứng		

Nhận xét:

Bảng 3.8: Thời gian phát hiện bệnh

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
Thời gian phát hiện bệnh	

Nhận xét:

Bảng 3.9: Liều thuốc levothyroxin

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
Liều thuốc levothyroxin (mcg/ngày)	

Nhận xét:

Bảng 3.10: Nồng độ TSH

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
TSH (mIU/L)	

Nhận xét:

Bảng 3.11: Nồng độ FT4

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
FT4 (pmol/L)	

Nhận xét:

Bảng 3.12: Đặc điểm thiếu máu

Phân loại	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu bình sắc hồng cầu to		
Thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường		
Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ		
Không có thiếu máu		

Nhận xét:

Bảng 3.13. Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu

Rối loạn lipid máu	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng cholesterol		
Tăng LDL-C		
Tăng triglycerid		
Giảm HDL-C		

Nhận xét:

Bảng 3.14. Đặc điểm siêu âm tuyến giáp

Siêu âm tuyến giáp	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường		
Kích thước teo nhỏ		
Kích thước to		
Nhu mô không đều		
Nhân		
Cắt 1 phần tuyến giáp		
Cắt toàn bộ tuyến giáp		

Nhận xét:

Bảng 3.15. Đặc điểm điện tim

Điện tim	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Nhịp chậm tim		
ST chênh xuống		
Sóng T dẹt hoặc T âm		
Không có đặc điểm nào		

Nhận xét:

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.16: Kết quả điều trị

Kết quả	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt bình giáp		
Thiếu liều		
Thừa liều		

Nhận xét:

CHƯƠNG 4

DỰ KIẾN BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Phân tích tuổi, giới, BMI và các bệnh lý kèm theo của bệnh nhân suy giáp.
- So sánh với đặc điểm dịch tễ đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trong và ngoài nước.
- Nhận định sự khác biệt giữa bệnh nhân tuyến cơ sở và các nghiên cứu tại tuyến trung ương.

2. Đặc điểm lâm sàng

- Nhận xét các triệu chứng thường gặp như mệt mỏi, tăng cân, da khô, táo bón, chuột rút...
- Phân tích ý nghĩa của các triệu chứng trong cơ chế bệnh sinh của suy giáp.
- So sánh tỷ lệ triệu chứng với các nghiên cứu trước đây và đánh giá tính không đặc hiệu của biểu hiện lâm sàng.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

- Phân tích các chỉ số hormon tuyến giáp (TSH, FT4) và mối liên quan với mức độ bệnh.
- Nhận xét tình trạng rối loạn lipid máu, thiếu máu và các bất thường điện tim và siêu âm tuyến giáp
- So sánh với các kết quả đã công bố trong y văn để làm rõ đặc điểm bệnh nhân tại địa phương.

4. Kết quả điều trị

- Đánh giá tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị
- Nhận xét hiệu quả sử dụng Levothyroxin trong quản lý bệnh nhân ngoại trú.
- So sánh với các nghiên cứu trước để xác định điểm tương đồng và khác biệt.

DỰ KIẾN KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Theo kết quả và bàn luận của nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Bệnh viện đa khoa Tiên Du (2025), Báo cáo khám bệnh tháng 12 năm 2025
2. Bộ y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết- chuyên hóa, Số 3879/QĐ-BYT
3. Đỗ Hoa Quỳnh, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Lê Quang Toàn, Lê Thị Việt Hà (2020), “Tỷ lệ suy giáp ở bệnh nhân basedow sau điều trị I-131 tại bệnh viện nội tiết trung ương”, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 496 (1), tr. 287-290.
4. Đinh Như Quỳnh (2020), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội.
5. Hoàng Tiến Hưng (2011), *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 sỹ y học, Trường đại học y Hà Nội.
6. Lê Thị Hồng Hạnh, Vũ Bích Nga (2024), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị người bệnh viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, *Tạp Chí nghiên cứu y học*, 185 (12), tr. 94-101.
7. Ngô Quý Châu (2020), *Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội
8. Nguyễn Quang Huy, Vũ Bích Nga (2023), “Khảo sát chức năng tuyến giáp sau phẫu thuật cắt bán phần tuyến giáp”, *Tạp chí y học Việt Nam*, 522(1), tr. 356-360.
9. Nguyễn Thanh Danh (2021), *Theo dõi tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI*, truy cập ngày 17-11-2021, tại trang web <https://viendinhduongtphcm.org/vi/dinh-duong-co-ban/theo-doi-tinh-trang-dinh-duong-bang-chi-so-bmi.html>.

10. Phạm Thị Hằng, Nguyễn Quang Bảy (2021), “Đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc Levothyroxine ở bệnh nhân suy giáp tiên phát cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị”, *Tạp chí y học Việt Nam*, 508 (2), tr. 96-99.
11. Phạm Thị Minh Đức (2019), *Sinh lý học*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội
12. Tạ Thành Văn, Đặng Thị Ngọc Dung (2020), *Hóa sinh*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
13. Vũ Thị Ánh, Vũ Bích Nga, Nguyễn Văn Toàn (2023), “Thực trạng suy giáp ở người bệnh đái tháo đường typ 2 cao tuổi”, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530(1B), tr. 199-202.
14. Vũ Thị Lê Thủy (2022), *Euthyroid sick syndrome*, truy cập ngày 24-5-2022, tại trang web <https://www.bvdkquangnam.vn/index.php/ao-to-nckh/tp-san-y-hc/4086-euthyroid-sick-syndrome>

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

15. Akashpreet Kaur, Manpreet Kaur, Gurinder Mohan (2025), “Prevalence of hypothyroidism and its epidemiological parameters among the adults in selected urban areas of Amritsar”, *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 12(12), pg. 5657-5665
16. American Thyroid Association (2019), *Thyroid Function Tests*
17. David Sarne (2016), *Effects of the Environment, Chemicals and Drugs on Thyroid Function*, accessed date 27-9-2016, in website <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285560/>
18. Erik K Alexander et al (2004), “Timing and magnitude of increases in levothyroxine requirements during pregnancy in women with hypothyroidism”, *The New England Journal of Medicine*, 351(3), pg.241-249.

19. Govinder Kumar¹, Sudhair Singh, Isha (2026), “Clinical profile and biochemical patterns of hypothyroidism in patients attending a district hospital in Jammu and Kashmir”, *European Journal of Cardiovascular Medicine*, 16 (1), pg.10-14.
20. Stephen A. Wilson, Leah A. Stem, Richard D. Bruehlman (2019), “Hypothyroidism: Diagnosis and Treatment”, *American Family Physician*, 103 (10), pg. 606-613.
21. Udit M. Zamwar, Komal N. Muneshwar (2023), “Epidemiology, Types, Causes, Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment of Hypothyroidism”, *Cureus*, 15 (29) , pg. 1-9.
22. Yadav V, Jha R, Pawar A et al, (2025), “Clinical Assessment of Hypothyroid Patients Using the Zulewski Score and the Correlation Between Thyroid and Lipid Parameters: A Tertiary Care Centre-Based Study From Central India”, *Cureus*, 17(7): e88288. DOI 10.7759/cureus.88288

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã số bệnh án:.....

I. Hành chính và đặc điểm chung

1. Họ và tên:

2. Tuổi:

3. Giới: Nam / Nữ

4. Nghề nghiệp:

8. BMI:

II. Lâm sàng:

1. Tiền sử bệnh đồng mắc

Đái tháo đường: Có/ Không

Tăng huyết áp: Có/ Không

Bệnh tim mạch (Con đau thắt ngực hoặc thiếu máu cơ tim hoặc bệnh mạch vành): Có/ Không

2. Nguyên nhân suy giáp

- Phẫu thuật tuyến giáp: Có / Không

- Viêm tuyến giáp Hashimoto: Có / Không

- Điều trị I-131: Có / Không

- Điều trị bằng KCTH: Có / Không

-Suy giáp thứ phát: Có/ Không

-Không rõ nguyên nhân: Có/ Không

2. Triệu chứng lâm sàng:

2.1. Mệt mỏi: Có / Không

2.2. Đau ngực: Có / Không

2.3. Khàn tiếng: Có / Không

2.4. Da khô: Có / Không

2.5. Táo bón: Có / Không

2.6. Chuột rút: Có / Không

2.7. Tuyến giáp to: Độ 0 / Độ 1/ Độ 2

2.8. Không có triệu chứng nào: Có/ Không

3. Thời gian phát hiện bệnh:**4. Liều thuốc levothyroxin: mcg/ngày****III. Cận lâm sàng:****1. Công thức máu:**

Hb: g/l

MCV: fl MCHC: g/l

→ Thiếu máu: Có/ Không

Thiếu máu bình sắc hồng cầu to: Có/ Không

Thiếu máu bình sắc hồng cầu bình thường: Có/ Không

Thiếu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ: Có/ Không

2. Sinh hoá máu:FT4: pmol/l TSH: μ IU/l

Cholesterol: mmol/l Triglycerid: mmol/l

HDL-C: mmol/l LDL-C: mmol/l

→ Rối loạn lipid máu: Có/ Không

Tăng cholesterol: Có/ Không

Tăng LDL-C: Có/ Không

Tăng triglycerid: Có/ Không

Giảm HDL-C: Có/ Không

3. Siêu âm tuyến giáp:

Bình thường: Có/ Không

Kích thước bình thường: Có/ Không

Kích thước teo nhỏ: Có/ Không

Kích thước to: Có/ Không

Nhu mô không đều: Có/ Không

Nhân: Có/ Không

Cắt 1 phần tuyến giáp: Có/ Không

Cắt toàn bộ tuyến giáp: Có/ Không

4. Điện tim:

Nhịp chậm tim: Có/ Không

ST chênh xuống: Có/ Không

Sóng T dẹt hoặc T âm: Có/ Không

Không có dấu hiệu nào: Có/ Không

Ngày tháng.....năm.....

Người thu thập số liệu

PHỤ LỤC 3
DỰ TRÙ KINH PHÍ NGHIÊN CỨU

Số thứ tự	Nội dung	Diễn giải	Thành tiền (đồng)
1	In ấn	1.000đ/trang x (50 tr đề cương + 80 tr báo cáo) x 05 lần chỉnh sửa	650.000
2	Văn phòng phẩm		200.000
	Tổng		850.000