

Bs Phan Đình Minh Quân -

I. DỊCH TỄ HỌC

Trong các nghiên cứu dựa trên dân số, tỷ lệ mắc bệnh suy giáp do thiếu iodo dao động từ 4 đến 15 phần trăm. Trong Khảo sát Sức khỏe và Kiểm tra Quốc gia Hoa Kỳ lần thứ ba (NHANES III), lưu ý rằng nồng độ iodo trong máu của bệnh nhân suy giáp đã biệt, 4,3 phần trăm trong số 16.533 người mắc bệnh suy giáp do thiếu iodo. Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi, cao hơn ở phụ nữ so với nam giới và thấp hơn ở người da đen so với người da trắng. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh được xác định bởi nồng độ iodo trên cơ sở mức bình thường của iodo và TSH huyết thanh. Nồng độ iodo trên cơ sở bình thường tăng theo tuổi, nhưng trong hợp này, thì tỷ lệ mắc bệnh có thể không cao như trước đây người ta vẫn nghĩ. Trong một nghiên cứu về nồng độ iodo trên 70 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh được chẩn đoán mắc bệnh suy giáp do thiếu iodo đã giảm từ 29,6 xuống 3 phần trăm nếu sử dụng phôi vị tham chiếu bình thường theo độ tuổi thay vì thông thường.

Ở Châu Âu, nồng độ iodo ít hợp thay đổi, tình trạng suy giáp do thiếu iodo phổ biến hơn ở những khu vực có độ iodo. Trong một nghiên cứu, tỷ lệ suy giáp do thiếu iodo dao động từ 4,2 phần trăm ở những khu vực có thioure iodo đến 23,9 phần trăm ở khu vực có nồng độ iodo thấp, mặc dù tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ kháng thể anti-TPO (anti-TPO) trong huyết thanh cao cũng tăng lên.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây ra chứng suy giáp do thiếu iodo cũng giống như nguyên nhân gây ra chứng suy giáp rõ ràng.

Hầu hết bệnh nhân đều có **viêm tuyến giáp thể miễn dịch (bệnh Hashimoto)** với nồng độ kháng thể peroxidase kháng giáp (anti-TPO, trong đó đây gọi là kháng thể microsomal kháng giáp) trong huyết thanh cao. Các nguyên nhân chính khác bao gồm **liều pháp thu hẹp cắt bỏ hoặc kháng giáp trước đó** và **chứng cường giáp do bệnh Graves** gây ra; **cắt bỏ một phần tuyến giáp trước đó**; **xạ trị ngoài** ở những bệnh nhân mắc u lympho Hodgkin, **bệnh bạch cầu hoặc khối u não**; **liều pháp thay thế T4 (Levothyroxine) không đủ**

Suy giáp cận lâm sàng ở người lớn

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ năm, 26 Tháng 6 2025 14:28 -

đi và vì chỉ số suy giáp rõ ràng; và thuốc làm suy giảm chức năng tuyến giáp.

III. PHÁT HIỆN LÂM SÀNG

Hầu hết bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng có nồng độ TSH huyết thanh <10 mU/L và không có triệu chứng. Tuy nhiên, một số bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng có thể có các triệu chứng nhẹ, không đặc hiệu gợi ý suy giáp, chẳng hạn như mệt mỏi và táo bón, nhưng các nỗ lực xác định bệnh nhân trên lâm sàng đều không thành công. Đối với bệnh nhân lớn tuổi bị suy giáp cận lâm sàng đáng ngờ nhưng không có triệu chứng, mặc dù nhu cầu điều trị bệnh nhân bình giáp cũng có các triệu chứng có thể đặc hiệu là liên quan đến suy giáp, bao gồm da khô, táo bón và nặng nề khớp.

IV. CHỌN ĐOÁN

Chọn đoán suy giáp cận lâm sàng đặc biệt cần nghi ngờ dựa trên xét nghiệm sinh hóa (TSH tăng cao với T4 tự do bình thường). Nó có thể xảy ra khi có hormone không có các triệu chứng nhẹ của suy giáp.

Trong hầu hết các trường hợp, xét nghiệm sàng lọc ban đầu cho bệnh tuyến giáp là TSH huyết thanh. Nếu nồng độ TSH huyết thanh tăng cao, cần lập lịch phép đo TSH cùng với T4 tự do huyết thanh trước khi chọn đoán suy giáp cận lâm sàng.

Vì nồng độ TSH huyết thanh có thể tăng tạm thời, nên đo lại TSH huyết thanh sau một đến ba tháng để xác nhận chẩn đoán. Tuy nhiên, một ngoại lệ là phụ nữ mang thai hoặc phụ nữ đang được đánh giá hormone điểu trị vô sinh, trong đó cần lập lịch TSH và T4 tự do ngay lập tức và bắt đầu điểu trị T4 (levothyroxine) nếu TSH tăng đặc biệt xác nhận.

V. CHỌN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Có một số nguyên nhân gây ra nồng độ TSH huyết thanh cao không phù hợp với chẩn đoán

ngiã v suy giáp đĩ i lâm sàng. Bao gồm các triệu ng h p sau:

Trong thời gian ph c h i sau b nh không ph i do tuyền giáp, khi đó nồng đ TSH huyết thanh tăng t m th i đ c quan sát th y sau m t th i gian c ch TSH.

Sau giai đ n c ng giáp c a viêm tuyền giáp bán c p, không đau ho c sau sinh, trong đó tình tr ng suy giáp nh th ng ch thoáng qua nh ng không ph i lúc nào cũng v y.

S thay đ i c a phép th .

S hi n đĩ n c a kháng th đ tính có th gây nhi u các phép đo TSH trong các xét nghi m mi n đ ch. Các globulin gamma kháng chu t c a ng i này có th b c c u hai kháng th đĩ n dòng c a chu t (kháng th pha r n và kháng th tín hi u) và gây ra các ch s TSH tăng cao gi t o [21]. Trong m t s tr ng h p hi m g p, kháng th đ tính ngăn ch n s liên k t c a m t trong các kháng th đĩ n dòng c a chu t v i TSH và đĩ n đĩ n các ch s TSH th p gi t o. S không tuyền tính c a n ng đ TSH trong huyết thanh khi pha loãng huyết thanh c a b nh nhân cho th y có s can thi p. Vì c b sung các globulin mi n đ ch chu t đĩ n đĩ n không mi n đ ch đã làm gi m lo i can thi p xét nghi m này. Các xét nghi m th ng m i hi n có đ phát hi n các kháng th kháng chu t c a ng i (HAMA).

Các y u t đĩ n th p có th gây ra s can thi p t ng t trong các xét nghi m mi n đ ch.

Các kháng th t mi n đĩ i v i TSH cũng đã đĩ c mô t là t o ra ph c h p immunoglobulin G (IgG) TSH-anti-TSH, còn đĩ c g i là "TSH vĩ mô", không có ho t đĩ n sinh h c nh ng có th ph n ng mi n đ ch và gây ra các giá tr TSH cao b t th ng (th ng >100 mU/L) nh ng ng i bình giáp (m c T4 t do và triiodothyronine [T3] bình th ng). Trong m t nghi n c u, 1,6 ph n trăm b nh nhân đĩ c ch n đoán m c ch ng suy giáp đĩ i lâm sàng th c s có TSH vĩ mô. Các kháng th t mi n đĩ i v i TSH có th đĩ c phát hi n b ng cách lo i b các ph c h p IgG-TSH b ng polyethylene glycol ho c protein A ho c G r i l p i xét nghi m trên huyết thanh đã tr mi n đ ch.

Suy giáp cận lâm sàng ở người lớn

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 26 Tháng 6 2025 14:28 -

□ Suy tuyến giáp thường không được đi kèm.

□ Ở tuyến yên tiết TSH, trong đó TSH tăng cao có liên quan đến nồng độ T4 thấp do trong huyết thanh và/hoặc T3 tăng cao. Bệnh nhân bệnh suy giáp cận lâm sàng có nồng độ T4 thấp do bình thường.

□ Kháng với hormone tuyến giáp và đột biến hiếm gặp của thụ thể TSH. Ở bệnh nhân kháng với hormone tuyến giáp, TSH tăng cao có liên quan đến nồng độ T4 thấp do trong huyết thanh và/hoặc T3 tăng cao. Ngược lại, bệnh nhân bệnh suy giáp cận lâm sàng có nồng độ T4 thấp do bình thường.

Bệnh nhân có tình trạng kháng TSH thường phát do nồng độ thay đổi thụ thể TSH có nồng độ TSH huyết thanh cao và nồng độ T4 và T3 thấp do trong huyết thanh bình thường hoặc thấp.

□ Suy giáp trung bình, trong đó có tới 25 phần trăm bệnh nhân có nồng độ TSH huyết thanh tăng nhẹ (lên tới khoảng 10 mU/L) và nồng độ T4 thấp do thấp hoặc thấp-bình thường.

□ Béo phì loại II hoặc III, trong đó TSH cao được trung gian hóa bởi leptin và TSH giảm khi giảm cân (ví dụ, sau phẫu thuật cắt dạ dày).

VI. SỰ QUẢN LÝ

Liều pháp thay thế hormone tuyến giáp cần được áp dụng cho bệnh nhân bệnh nhân có xét nghiệm chức năng tuyến giáp bất thường. Mục đích bắt đầu điều trị vẫn còn gây tranh cãi. Không nên kê đơn hormone tuyến giáp cho bệnh nhân bệnh nhân có triệu chứng suy giáp nhẹ chức năng tuyến giáp bình thường.

Điều trị thay thế T4 — Mục đích đầu tiên của các chuyên gia điều trị khuyến nghị điều trị cho bệnh nhân có nồng độ TSH huyết thanh >10 mU/L, bệnh nhân việc điều trị thường quy cho bệnh nhân không có triệu chứng với giá trị TSH từ 4,5 đến 10 mU/L vẫn còn gây tranh cãi.

Phong pháp tiếp cận của chúng tôi dựa trên dữ liệu của bệnh nhân, mức độ tăng TSH và sự có hoặc không có triệu chứng:

□ TSH ≥ 10 mU/L – Theo dõi liên tục giữa suy giáp cận lâm sàng với xấp xỉ đáng kể và nồng độ hormone tim và nguy cơ tiến triển thành suy giáp rõ ràng tăng lên, chúng tôi đề xuất điều trị cho bệnh nhân bệnh suy giáp cận lâm sàng và mức TSH ≥ 10 mU/L.

Khuyến cáo này phù hợp với khuyến cáo của nhóm chuyên gia lâm sàng bao gồm các diễn viên Hiệp hội chuyên gia Hoa Kỳ (ATA) và Hiệp hội nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ (AACE) và với các khuyến cáo của Hiệp hội chuyên gia Châu Âu.

□ TSH 7,0 đến 9,9 mU/L – Theo báo cáo về tỷ lệ tử vong do tim mạch tăng ở bệnh nhân nữ từ tuổi có TSH trong phạm vi này, chúng tôi điều trị hầu hết bệnh nhân dưới 65 đến 70 tuổi bằng TSH 7,0 trở lên. Tuy nhiên, do không có lợi ích khi điều trị cho bệnh nhân lớn tuổi và lo ngại rằng bệnh nhân lớn tuổi có thể gặp biến chứng do điều trị quá mức ngoài ý muốn, chúng tôi chỉ xem xét điều trị cho bệnh nhân lớn tuổi (tức là bệnh nhân nữ từ 65 đến 70 tuổi) có các triệu chứng gợi ý rõ ràng về bệnh suy giáp.

□ TSH $\leq 6,9$ mU/L và cao hơn giới hạn trên của phạm vi tham chiếu – Chúng tôi điều trị cho bệnh nhân <65 đến 70 tuổi có các triệu chứng gợi ý rõ ràng về suy giáp và có giá trị TSH huyết thanh cao hơn giới hạn trên của phạm vi tham chiếu là 6,9 mU/L. Bệnh nhân có nồng độ kháng thể anti-TPO cao, có thể nhanh chóng tiến triển thành suy giáp rõ ràng và bệnh nhân bệnh bạch cầu cũng có thể được chẩn đoán nếu mức độ điều trị sớm.

Chúng tôi đề xuất không điều trị cho bệnh nhân lớn tuổi (>65 đến 70 tuổi) bệnh suy giáp cận lâm sàng và TSH vượt quá giới hạn trên của phạm vi tham chiếu là 6,9 mU/L, vì các giá trị TSH trong phạm vi này phù hợp với dữ liệu và chúng tôi muốn tránh điều trị cho bệnh nhân trên 80 tuổi. Giới hạn trên của phạm vi tham chiếu có thể cao từ 6 đến 8 mU/L ở bệnh nhân khỏe mạnh ngoài tám mươi tuổi.

□ Vô sinh hoặc đang cố gắng mang thai – Chúng tôi đề xuất bắt đầu thay thế T4 ở bệnh nhân phụ nữ bệnh suy giáp cận lâm sàng (giá trị TSH cao hơn phạm vi tham chiếu bình thường để chắc chắn

Suy giáp cận lâm sàng ở người lớn

Viết bởi Biên tập viên

Thứ năm, 26 Tháng 6 2025 14:28 -

cho tam cá nguyệt đầu tiên với T4 tự do bình thường) đang có nguy cơ thai và bệnh lý nội tiết khác.
trên cơ sở sinh.

Luôn luôn cho việc điều trị — Việc điều trị sẽ ngăn ngừa sự tiến triển thành suy giáp rõ ràng, đặc biệt ở những người có nồng độ TSH huyết thanh lớn hơn 10 đến 15 mU/L và nồng độ kháng thể anti-TPO huyết thanh cao.

Có ít dữ liệu cho thấy lợi ích hoặc tác hại của việc điều trị T4 ở những bệnh nhân có giá trị TSH từ 4,5 đến 10 mU/L. Việc điều trị ở những bệnh nhân có nồng độ TSH huyết thanh tăng nhẹ hơn có thể cải thiện các triệu chứng không đặc hiệu của bệnh suy giáp, chẳng hạn như mệt mỏi, táo bón hoặc trầm cảm, và có thể làm giảm kích thích tuyến giáp, nếu có.

Một số chuyên gia cho rằng sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch (CVD) là lý do để bắt đầu điều trị. Điều trị có thể cải thiện khả năng co bóp của tim và nồng độ lipid huyết thanh ở một số bệnh nhân, việc điều trị cũng như nồng độ lipid huyết thanh bất thường có thể báo hiệu tim và có một ít liên quan đến việc thay đổi T4 được theo dõi.

Các luôn luôn phải điều trị — Các luôn luôn phải điều trị T4 bao gồm chi phí của nó (cho các hormone và việc theo dõi hiệu quả của nó), cam kết dùng thuốc hàng ngày suốt đời ở những bệnh nhân không có triệu chứng, nguy cơ tiềm ẩn của việc điều trị quá mức và gây ra các triệu chứng do thừa hormone tuyến giáp, và khả năng gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các cơn đau thắt ngực hoặc loạn nhịp tim ở những bệnh nhân đã bị tổn thương, đặc biệt là khi xem xét dữ liệu từ một cuộc khảo sát ngẫu nhiên cho thấy 41 phần trăm bệnh nhân trên 65 tuổi dùng liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp có TSH huyết thanh duy trì mức bình thường.

Mặc dù những lo ngại này thường không đòi hỏi cân bằng với những lợi ích tiềm tàng của liệu pháp ở những bệnh nhân trẻ tuổi, chúng tôi vẫn khuyến nghị nồng độ TSH cao hơn khi điều trị cho những bệnh nhân lớn tuổi, đặc biệt là vì giới hạn trên của mức bình thường đối với TSH huyết thanh có thể cao hơn ở nhóm tuổi này.

Nếu bệnh nhân không được điều trị, cần phải theo dõi thường xuyên.

Liều lượng và theo dõi — Có hai cách tiếp cận để bắt đầu liều pháp T4:

Một lựa chọn là bắt đầu với liều thấp nhất của thuốc bình thường hóa nồng độ TSH huyết thanh, thường là 25 đến 50 mcg mỗi ngày. Cách tiếp cận này sẽ tránh được quá mức và phù hợp nhất ở người lớn tuổi hoặc những người bệnh nhân có bệnh tim mạch tiềm ẩn.

Một cách tiếp cận thay thế cho những người bệnh nhân trẻ tuổi bị viêm tuyến giáp Hashimoto không có khả năng tái phát (ví dụ, thiếu sự suy giảm chức năng tuyến giáp Graves được điều trị bằng iốt phóng xạ) và có phần hạ âm tính bình thường là bắt đầu điều trị với liều thấp hơn một chút so với liều thay thế đầy đủ (1,6 mcg/kg/ngày). Cách tiếp cận này loại bỏ nhu cầu tăng liều dần dần, nếu tuyến giáp hạ hoạt động tiến triển. Ngoài ra, những người bệnh nhân trẻ tuổi có thể được bắt đầu điều trị bằng liều pháp liều thấp, như được khuyến cáo cho những người bệnh nhân lớn tuổi.

Mức tiêu chuẩn liều pháp là giảm nồng độ TSH huyết thanh của bệnh nhân xuống mức tham chiếu bình thường. Vì TSH huyết thanh trung bình của dân số nói chung là khoảng 1,4 mU/L, với 90 phần trăm có mức TSH huyết thanh <3,0 mU/L, nhiều chuyên gia khuyến nghị mức tiêu chuẩn TSH điều trị là 0,5 đến 2,5 mU/L ở bệnh nhân trẻ và trung niên.

Những người bệnh nhân từ ≥65 đến 70 tuổi được điều trị (cho dù nồng độ TSH huyết thanh ban đầu >10 mU/L hay từ 7 đến 9,9 mU/L), mức tiêu chuẩn TSH huyết thanh từ 3 đến 6 mU/L, phù hợp với mức tăng TSH huyết thanh bình thường liên quan đến tuổi, là phù hợp.

TSH huyết thanh nên được đánh giá sáu tuần sau khi bắt đầu điều trị và nếu TSH mức tiêu chuẩn đạt được, liều T4 nên được tăng thêm 12,5 đến 25 mcg mỗi ngày. Nếu TSH huyết thanh quá thấp, liều T4 nên được giảm cùng một lượng. Sau bắt đầu điều trị cho bệnh nhân với liều T4, TSH huyết thanh nên được kiểm tra lại sáu tuần. Khi đã đạt được liều chính xác, nồng độ TSH huyết thanh có thể được đánh giá hàng năm.

Theo dõi bệnh nhân không được điều trị — Đối với bệnh nhân bị suy giáp do bệnh lý tuyến giáp không được thay thế hormone tuyến giáp, chúng tôi sẽ lập kế hoạch xét nghiệm mức độ suy giáp (TSH, T4 tự do) ban đầu sau sáu tháng và nếu cần thì sẽ xét nghiệm hàng năm sau đó.

Suy giáp cn lm sàng  ng i ln

Vit bi Bin tp vin

Th năm, 26 Thng 6 2025 14:28 -

Nguồn: Uptodate