**SUY GIÁP**

**1. Đại Cương**

**1.1. Định Nghĩa**

Suy giáp là hội chứng đặc trưng bởi tình trạng giảm chức năng tuyến giáp gây hậu quả là giảm lượng hormon tuyến giáp.

Nữ thường gặp hơn nam giới. Tần xuất lưu hành khoảng 2% ở nữ và 0,1 % ở nam. Tần xuất lưu hành của suy giáp dưới lâm sàng ở nữ khoảng 7,5% và nam khoảng 3%, tăng dần theo tuổi. Suy giáp bẩm sinh là khiếm khiếm di truyền thường gặp nhất (khoảng 1/5000 trẻ sinh)

**1.2. Nguyên Nhân**

**1.2.1. Suy Giáp Nguyên Phát (Do Bệnh Lý Tại Tuyến Giáp) Chiếm 95% Trường Hợp.**

- Viêm giáp lympho bào mạn tính (viêm giáp Hashimoto

- Sau phẫu thuật tuyến giáp hoặc điều trị bằng 131I.

- Suy giáp thoáng qua trong viêm giáp bán cấp và viêm giáp thể không đau (hoặc sau sanh đẻ).

- Thuốc gây suy giáp: kháng giáp tổng hợp trị Basedow quá liều, amiodarone, lithium, interferon-a, interferon-p.

**1.2.2. Suy Giáp Thứ Phát**

- Bệnh lý, phẫu thuật, chấn thương, xạ trị vùng tuyến yên

- Vùng dưới đồi.

**2. Lâm Sàng**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cơ Năng** | **Thực Thể** |
| Sợ lạnh Mệt, buồn ngủ Tăng cân Da khô, rụng tóc Táo bón Đau cơ, khớp Khó tập trung Khàn giọng Rối loạn kinh nguyệt Trí nhớ kém, sa sút trí tuệ | Giảm phản xạ gân xương Phù mặt và quanh mắt Nhịp tim chậm Phù niêm (không ấn lõm) Hội chứng ống cổ tay Tràn dịch màng tim hay màng phổi Giảm thính lực Giảm thông khí hô hấp Giảm thân nhiệt Có hoặc không có bướu giáp |

**3. Cận Lâm Sàng**

+ Xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp : FT4 và TSH huyết tương

+ Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân: kháng thể kháng TPO và kháng thể kháng thyroglobulin trong huyết tương (xét nghiệm đối với suy giáp nguyên phát không do phẫu thuật hay 131I).

+ Xét nghiệm khác

- Huyết đồ: có thể thiếu máu.

- Sinh hoá máu: ion đồ có hạ natri, Cholesterol tăng, Triglyceride tăng, tăng creatine kinase (CK)

- Siêu âm tuyến giáp: có thể thấy hình ảnh tuyến giáp teo nhỏ hoặc không thấy mô giáp hoặc đậm độ mô giáp giảm âm.

- Điện tim: nhịp chậm xoang, điện thế thấp, thay đổi sóng T.

- Siêu âm tim: hình ảnh tràn dịch màng ngoài tim, màng phổi.

+ Một số trường hợp gợi ý có thể sàng lọc suy giáp bằng xét nghiệm TSH huyết tương:

- Khám có bướu giáp.

- Xạ trị vùng cổ do bệnh tuyến giáp (131I) hoặc xạ trị ngoài điều trị ung thư vùng đầu cổ.

- Tiền sử phẫu thuật tuyến giáp.

- Bệnh nhân đang dùng amiodarone hoặc lithium.

- Mắc bệnh tự miễn (ví dụ: như đái tháo đường típ 1).

- Gia đình có người họ hàng trực hệ bị bệnh tuyến giáp tự miễn.

- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần.

- Thiếu máu ác tính (perniciuos anemia).

**4. Chẩn Đoán**

Chẩn đoán phân biệt: cần đặt ra đối với

• Thiếu máu dinh dưỡng kém

• Đái tháo đường lâu ngày có nhiều biến chứng

• Béo phì

Chẩn đoán xác định hội chứng suy giáp :

• Suy giáp nguyên phát: TSH tăng, FT4 giảm

• Suy giáp nguyên phát nhẹ (dưới lâm sàng): TSH tăng nhẹ (thường dưới 20 pU/L) và FT4 trong khoảng tham chiếu.

• Suy giáp thứ phát: FT4 thấp, TSH thường trong khoảng tham chiếu. Cần đánh giá thêm các hormon khác của tuyến yên và làm MRI tuyến yên.

**5. Điều Trị**

Thyroxin (Levothyrox hay Berlthyrox) dạng uống là thuốc chọn lựa. Nên dùng thuốc trước ăn sáng 30 - 60 phút. Không dùng cùng lúc với thực phẩm (chất xơ, sữa đậu nành) hoặc các thuốc (calcium carbonat, ferrous sulfate, cholestyramin, sucralfate và nhôm hydroxit).

Điều trị thay thế hormon giáp cần dùng vĩnh viễn nếu nguyên nhân suy giáp không hồi phục.

**5. 1. Bệnh Nhân Không Có Bệnh Lý Mạch Vành**

Đối với người trẻ hoặc trung niên khỏe mạnh bị suy giáp nguyên phát, bắt đầu liều 50 - 100 mcg/ngày. Đối với người lớn tuổi nên bắt đầu liều 50 mcg/ngày.

Tăng liều từ 25 đến 50 mcg trong khoảng thời gian mỗi 4 tới 8 tuần cho đến khi TSH về bình thường. Liều thường dùng từ 75 tới 150 mcg/ngày. Liều trung bình hàng ngày là 1,6 mcg/ngày.

Theo dõi: xét nghiệm TSH mỗi 4 - 8 tuần.

Đáp ứng điều trị khi hầu hết các triệu chứng cơ năng như mệt mỏi, táo bón, chậm chạp.. .mất đi và xét nghiệm TSH huyết tương về bình thường.

**5.2. Bệnh Nhân Lớn Tuổi Hoặc Bệnh Nhân Có Bệnh Mạch Vành:**

Cần điều trị tối ưu bệnh mạch vành trước khi dùng thyroxin.

Nên bắt đầu liều liều hormon giáp khoảng 12,5 - 25 mcg/ngày. Tăng liều từ từ (khoảng 12,5 - 25 mcg/ngày mỗi 4 tới 8 tuần).

Theo dõi: triệu chứng đau thắt ngực, nhịp tim, triệu chứng tim mạch nặng thêm trong khi điều trị.

**5.3 Phụ Nữ Có Thai Bị Suy Giáp**

Khi có thai thì liều thuốc hormon giáp phải tăng từ 25 - 50% và duy trì suốt thai kỳ. Nếu suy giáp nguyên phát, nên đo TSH huyết tương ngay khi biết có thai, sau đó đo TSH hàng tháng trong thai kỳ. Sau khi sanh, trở lại liều như trước có thai.

**5.4 Suy Giáp Thứ Phát**

Mục tiêu duy trì FT4 trong nửa trên khoảng giá trị bình thường.

Nguyên tắc điều trị như trên. Nên tăng liều hormon giáp thay thế trong khoảng thời gian từ 6 đến 8 tuần tới khi đạt mục tiêu FT4.

Theo dõi: thử xét nghiệm FT4 mỗi 6 - 8 tuần (không dùng TSH để chỉnh liều thyroxin)

Nếu có suy thượng thận kèm theo thì phải điều trị thay thế hormon thượng thận trước khi khởi trị hormon tuyến giáp.

**5.5 Suy Giáp Nhẹ (Hay Dưới Lâm Sàng)**

Xem xét chỉ định điều trị liều thấp levothyroxin 25-75pg/ngày khi suy giáp dưới lâm sàng có kèm theo:

- Triệu chứng phù hợp suy giáp

- Bướu giáp

- Tăng cholesterol cần điều trị.

- Có thai.

- TSH >10 µU/mL

Nếu trường hợp không điều trị cần theo dõi TSH định kỳ.

**6. Tiên Lượng**

Nếu điều trị đúng suy giáp có tiên lượng tốt. Suy giáp không được điều trị diễn tiến từ từ có thể biến chứng hôn mê suy giáp và tử vong.

