**VIÊM TUYẾN GIÁP**

Viêm tuyến giáp (VTG) hay viêm giáp bao gồm một nhóm các bệnh lý tuyến giáp có đặc trưng bởi tình trạng viêm tuyến giáp. Có thể được phân loại viêm tuyến giáp theo nhiều cách: theo nguyên nhân, theo bệnh sinh hoặc theo đặc điểm lâm sàng của bệnh. Trong thực hành lâm sàng thường phân loại thành viêm tuyến giáp có đau và viêm tuyến giáp không đau.

**CÁC LOẠI VIÊM TUYẾN GIÁP**

**Viêm Tuyến Giáp Có Đau**

- Viêm tuyến giáp bán cấp

- Viêm tuyến giáp do vi trùng sinh mủ

**Viêm Tuyến Giáp Không Đau**

- Viêm giáp Hashimoto

- Viêm giáp không đau sau sinh

- Viêm giáp lympho bào bán cấp

- Viêm giáp sơ hóa xâm lấn (Viêm giáp Riedel)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **VIÊM TUYẾN GIÁP BÁN CẤP** | **VIÊM GIÁP DO VI TRÙNG SINH MỦ** |
| **Đại**  **Cương** | Là thể viêm tuyến giáp có đau hay gặp nhất. Còn gọi viêm giáp De Quervain. Chưa xác định rõ nhưng nghĩ nhiều do virus. Bệnh thường xảy ra sau khi nhiễm siêu vi vài tuần lễ, tuy nhiên không tìm thấy thể vùi của virus trong mô tuyến giáp và cấy cũng hiếm khi cho kết quả dương tính. | - Là viêm tuyến giáp nhiễm khuẩn rất hiếm gặp, có nguyên nhân được xác định rõ.  - Vi trùng thường xâm nhập trực tiếp từ các vùng lân cận (viêm hầu họng, nhiễm trùng đầu cổ), hiếm gặp qua đường máu.  - Do vi khuẩn (đặc biệt là Staphylococcus aureus, Streptococcus pyrogenes, hoặc Streptococcus pneumoniae), nấm hoặc ký sinh trùng. |
| **Lâm**  **Sàng** | - Khởi phát: từ từ hoặc đột ngột với đau vùng cổ, đau có thể khu trú tại tuyến giáp hoặc đau lan lên cổ trên, hàm, họng, tai. Kèm theo có thể sốt, mệt mỏi, đau nhức cơ, chán ăn.  - Có thể biểu hiện viêm hô hấp trên trước khi đau cổ.  - Khám tuyến giáp: tuyến giáp lan tỏa to nhẹ hay vừa. Hầu như luôn có đau tuyến giáp  - Hội chứng nhiễm độc giáp thường nhẹ và thoáng qua, giảm dần sau 1- 3 tháng, ngay cả khi không điều trị. Sau đó 1 một giai đoạn suy giáp thoáng qua kéo dài từ 2-8 tuần hoặc lâu hơn, thường phục hồi hoàn toàn. | - Sưng tấy, đỏ cấp tính một bên vùng da tuyến giáp. Thường hay khó nuốt, khó nói, khan tiếng.  - Sốt cao, có thể rét run, tình trạng nhiễm khuẩn rõ. |
| **Cận**  **Lâm**  **Sàng** | - Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng  - Máu lắng tăng cao.  - Protein C phản ứng (CRP) tăng.  - Chức năng giáp : Thường gặp FT4, FT3 tăng, TSH giảm thấp.  - Kháng thể kháng tuyến giáp: không tăng.  - Thyroglobulin máu tăng  - Xạ hình bằng 131I hoặc 99mTc: tuyến giáp bắt xạ rất ít. Độ tập trung 131I thấp.  - Siêu âm: tuyến giáp giảm âm, ít mạch máu, lan tỏa hoặc khu trú. | - Công thức máu: bạch cầu tăng cao, chuyển trái. Tốc độ máu lắng tăng cao, CRP tăng cao.  - Chức năng tuyến giáp: FT4, TSH bình thường (có thể gặp cường giáp hoặc suy giáp).  - Chọc FNA tổn thương: thấy dịch mủ, nhuộm gram hoặc cấy vi trùng thường, lao, nấm.  - Xạ hình tuyến giáp 131I: thấy nhân lạnh.  - Siêu âm tuyến giáp, CT scan vùng cổ có thể thấy mức độ lan tỏa của tổn thương tuyến giáp.  - Khám, nội soi tai mũi họng có thể thấy đường dò trong áp xe do dò xoang lê. |
| **Chẩn**  **Đoán** | - Đau vùng tuyến giáp, tuyến giáp lan tỏa.  - TSH thường giảm <0.1 mU/L, FT4 tăng, T3 tăng.  - Tốc độ lắng máu tăng cao, CPR tăng  - Xạ hình bắt xạ bằng 131I hoặc 99mTc thấp. | - Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như trên. |
| **Chẩn**  **Đoán**  **Phân**  **Biệt** | - Các trường hợp đau vùng cổ: viêm tuyến giáp do vi khuẩn sinh mủ (viêm tuyến giáp cấp), xuất huyết trong nang tuyến giáp: đau khu trú, một bên.  - Cần chuẩn đoán phân biệt tình trạng nhiễm độc giáp trong viêm tuyến giáp bán cấp với bệnh Basedow: tuyến giáp to có tiếng thổi, ấn không đau. Có thể có triệu chứng mắt hoặc phù niêm trước xương chày. Độ tập trung 131I tăng cao.  - Cường giáp do quá tải iod: có cường giáp, xạ hình 131I tuyến giáp không b ắt xạ, độ tập trung 131I thấp, iod niệu tăng cao. | - Viêm tuyến giáp bán cấp: nhiễm trùng không rầm rộ, thường có biểu hiện cường giáp.  - Các áp xe, dò vùng cổ: dò xoang lê. Siêu âm giáp, chụp CT scan vùng cổ thấy hình ảnh tuyến giáp bình thường. Chụp vùng cổ với uống thuốc cản quang có thể phát hiện đường dò. |
| **Điều**  **Trị** | Chủ yếu là điều trị giảm đau và giảm triệu chứng nhiễm độc giáp.  - Giảm đau:  Có thể chọn aspirin hay kháng viêm không steroid khác.  Nếu triệu chứng đau không bớt sau 2-3 ngày nên ngưng kháng viêm không steroid và dùng prednison 20-40mg mỗi ngày. Khi đã bớt đau, giảm liều dần 5-10 mg/tuần tới liều thấp nhất có thể kiểm soát đau. Thường cần dùng prednisone từ 2 -8 tuần.  - Giảm triệu chứng nhiễm độc giáp: Nếu các triệu chứng nhiễm độc giáp nhẹ không cần dùng thuốc Nếu các triệu chứng nhiễm độc giáp rõ: dùng chẹn beta giao cảm như propranolol 40mg/ngày hoặc atenolol 25-50mg/ngày... tới khi xét nghiệm FT4 trở về bình thường. Cần lưu ý các chống chỉ định của thuốc như hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim nặng...  - Giai đoạn suy giáp: thường thoáng qua không cần điều trị. Nếu suy giáp kéo dài có thể điều trị thay thế hormon giáp bằng L-thyroxin 50-100pg/ngày trong vài tuần hoặc vài tháng. | - Nội khoa: kháng sinh thích hợp đường tĩnh mạch.  - Khi ổ áp xe hóa mủ: rạch tháo mủ.  - Phẫu thuật loại bỏ đường dò trong trường hợp dò xoang lê vào tuyến giáp gây viêm giáp cấp. |
| **Theo Dõi Và Tiên Lượng** | Khám lâm sàng theo dõi triệu chứng đau, triệu chứng nhiễm độc giáp (hồi hộp, run tay,...)  Kiểm tra TSH, FT4 mỗi 2-8 tuần 1 lần để xác định tiến triển của viêm giáp bán cấp: nhiễm độc giáp đã giảm và thời gian chức năng giáp về bình thường hay suy giáp thoáng qua. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **VIÊM TUYẾN GIÁP HASHIMOTO** | **VIÊM GIÁP KHÔNG ĐAU SAU SINH** |
| **Đại**  **Cương** | Là bệnh có tính chất tự miễn, mang tính gia đình, còn gọi là viêm tuyến giáp tự miễn, viêm tuyến giáp lympho bào mạn tính. Là nguyên nhân chính dẫn đến suy giáp. | Viêm giáp sau sinh xảy ra ở khoảng 5-7% phụ nữ sau sinh, có thể liên hệ với hiện tượng tự miễn. |
| **Lâm**  **Sàng** | - Thường xảy ra ở phụ nữ trong 95% trường hợp, độ tuổi 30-50.  - Phát hiện tình cờ, không có triệu chứng rõ rệt. Đôi khi chỉ có cảm giác bị nghẹn ở cổ, khó nuốt hoặc khan tiếng.  - Bướu tuyến giáp: thường to, chắc , đối xứng, có thể cứng, gồ ghề, nhiều thùy, không đau. Một số ít trường hợp có thể gặp tuyến giáp teo nhỏ.  - Suy giáp: là triệu chứng thường gặp với các biểu hiện từ nhẹ đến nặng. | - Bướu giáp nhỏ, không đau, chắc  - Triệu chứng lâm sàng: tùy theo tiến triển của viêm giáp sau sanh có một số bệnh cảnh + 20-30% bệnh nhân có biểu hiện cường giáp, sau đó là giai đoạn suy giáp và hồi phục + 20-40% chỉ có cường giáp + 40-50% chỉ suy giáp. |
| **Cận**    **Lâm**    **Sàng** | - Chức năng giáp: có thể FT4, TSH bình thường hoặc suy giáp rõ (FT4 giảm, TSH tăng) hoặc suy giáp dưới lâm sàng (với FT4 bình thường, TSH tăng)  - Kháng thể kháng giáp: anti thyroid peroxidase (anti-TPO) hiện diện trong 90% trường hợp và kháng thể kháng thyroglobulin (anti Tg) tăng cao hiện diện ở 20-50% bệnh nhân.  - Độ thu nạp I 131 thay đổi từ thấp đến cao và không giúp gì cho chẩn đoán bệnh  - Siêu âm: tuyến giáp giảm âm không đồng đều, hình thái thay đổi tùy theo giai đoạn tiến triển của bệnh. | - Chức năng tuyến giáp (TSH, FT4) tùy theo diễn tiến của bệnh, có thể thấy kết quả TSH giảm, FT4 tăng (khi cường giáp). TSH tăng, FT4 giảm (khi suy giáp)  - Kháng thể kháng TPO tăng trong 80% bệnh nhân. Kháng thể kháng thụ thể TSH (TRAb) không tăng.  - Tốc độ lắng máu bình thường  - Xạ hình giáp và độ tập trung 131I không được chỉ định nếu bệnh nhân cho con bú. |
| Chẩn  **Đoán** | Chủ yếu dựa vào kháng thể kháng TPO tăng cao | Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng như trên |
| **Chẩn**  **Đoán**  **Phân**  **Biệt** | - Bướu đa nhân tuyến giáp: Siêu âm tuyến giáp có thể thấy hình ảnh đa nhân tuyến giáp.  - Bướu giáp đơn nhân: siêu âm và chọc tế bào nhân giáp (FNA) giúp chẩn đoán loại trừ ung thư giáp. | - Pha cường giáp: phân biệt với basedow có TRAb tăng, siêu âm giáp có tăng sinh mạch máu tại tuyến giáp (viêm giáp sau sanh không có)  - Pha suy giáp : phân biệt với viêm tuyến yên lympho bào xảy ra sau sinh : sẽ có giảm TSH và kèm giảm một số hormon khác của tuyến yên |
| Điều  **Trị** | - Chỉ định điều trị bằng levothyroxin khi: bướu giáp hoặc suy giáp lâm sàng.  - Nếu TSH tăng ở phụ nữ có thai hay muốn có thai cũng cần điều trị bằng levothyroxin. | Pha cường giáp : giảm triệu chứng bằng propranolol 40 mg tới 120mg/ngày cho tới khi FT4 bình thường. Theo dõi FT4 hàng tháng. Pha suy giáp : thay thế levothyroxin trong một thời gian nếu cần. |

**VIÊM GIÁP LYMPHO BÀO BÁN VIÊM GIÁP SƠ HÓA XÂM LẤN CẤP (VIÊM GIÁP RIEDEL, VIÊM GIÁP CỨNG NHƯ GỖ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **VIÊM GIÁP LYMPHO BÀO BÁN CẤP** | **VIÊM GIÁP SƠ HÓA XÂM LẤN (VIÊM GIÁP RIEDEL, VIÊM GIÁP CỨNG NHƯ GỖ)** |
| **Đại**  **Cương** | - Còn có tên là viêm giáp thể im lặng không đau, không liên quan đến sinh đẻ.  - Nữ thường gặp hơn nam giới. | Là viêm giáp hiếm gặp nhất, chủ yếu ở phụ nữ 30 - 60 tuổi |
| **Lâm**  **Sàng** | - Tuyến giáp lớn nhẹ, mật độ chắc, không đau. Có thể không thấy bướu giáp.  - Hội chứng nhiễm độc giáp: mệt mỏi, sụt cân, run tay... Giai đoạn này kéo dài dưới 3 tháng, kế đến chuyển sang giai đoạn suy giáp cần điều trị. Sau đó chức năng tuyến giáp hồi phục bình thường. | - Bướu giáp lớn, không đau trong nhiều năm.  - Triệu chứng chèn ép làm khó nuốt, khó thở.  - Sờ tuyến giáp không đau, cứng như gỗ, lớn 1 thùy hoặc lớn toàn thể, xâm lấn, dính vào vùng lân cận và có thể kết hợp với hội chứng sơ hóa ở chỗ khác như sơ hóa sau màng bụng, sơ hóa vùng trung thất, quanh nhãn cầu, sau nhãn cầu, đường mật. |
| **Cận**  **Lâm**  **Sàng** | - Công thức máu: bạch cầu bình thường. Tốc độ lắng máu tăng nhưng không cao (khoảng 50mm trong giờ đầu).  - Giai đoạn cường giáp: FT4 tăng, TSH giảm. Giai đoạn suy giáp  - Xạ hình giáp, độ thu nạp 131I giảm.  - Kháng thể kháng TPO bình thường hoặc tăng. | - Thường gặp FT4, TSH trong giới hạn bình thường.  - Sinh thiết mở: mô tuyến giáp bị thay thế bởi mô xơ dày đặc. |
| **Chẩn Đoán** | Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng như trên | Dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng như trên |
| **Chẩn Đoán Phân Biệt** | trong pha cường giáp chủ yếu phân biệt với bệnh Basedow. Trong Basedow bướu giáp có tiếng thổi và các biểu hiện ở mắt, TRAb thường tăng cao, xạ hình giáp và độ tập trung 131I cao, Siêu âm Doppler tăng sinh mạch trong tuyến giáp. | phân biệt với Carcinom tuyến giáp dựa vào sinh thiết mở. Chọc hút bằng kim nhỏ thường không cho kết quả đầy đủ vì tuyến giáp rất cứng. |
| **Điều**  **Trị** | giống với viêm giáp sau sinh | - Phẫu thuật: giải phóng chèn ép. Thường cắt bỏ eo tuyến giáp để khí quản không bị chèn ép. Cắt rộng sẽ nguy hiểm vì mô sơ xâm lấn vào các cơ quan lân cận.  - Nội khoa: dùng hormon thay thế khi có suy giáp. |