

# CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY GIÁP

*TS. Nguyễn Huy Thông*

*Bộ môn Khớp và Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y*

## MỤC TIÊU:

1. Trình bày được chẩn đoán, sàng lọc, nguyên nhân suy giáp ở người lớn không mang thai.
2. Trình bày được mục tiêu, phương pháp điều trị thay thế chuẩn suy giáp ở người lớn không mang thai.
3. Kể được đơn điều trị thay thế chuẩn suy giáp ở người lớn không mang thai.
4. Tư vấn được cho bệnh nhân suy giáp không mang thai cách theo dõi và tái khám trong quá trình điều trị thay thế chuẩn.

## 1. ĐẠI CƯƠNG

### 1.1. Giới thiệu

- Suy giáp là hội chứng lâm sàng do thiếu hụt hormone tuyến giáp.
- Danh pháp tương tự: Thiếu năng tuyến giáp, nhược năng tuyến giáp, nhược giáp.
- Chẩn đoán suy giáp dựa chủ yếu vào các xét nghiệm do thiếu các biểu hiện lâm sàng đặc hiệu.
- Suy giáp tiên phát đặc trưng bởi nồng độ TSH huyết thanh cao và nồng độ T4 thấp, trong khi suy giáp dưới lâm sàng (suy giáp về mặt sinh hóa) được định nghĩa là nồng độ FT4 bình thường trong khi nồng độ TSH tăng.
- Suy giáp thứ phát (trung ương) được đặc trưng bởi nồng độ T4 huyết thanh thấp và nồng độ TSH không tăng tương xứng.
- Bài viết này đề cập đến suy giáp ở người lớn không có thai.

### 1.2. Dịch tễ học

- Trong các điều tra cộng đồng đồng, tỷ lệ mắc suy giáp rõ dao động từ 0,1 đến 2 %. Tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng cao hơn, từ 4,0 đến 10 % ở người trưởng thành, với tần suất mắc bệnh cao hơn ở những phụ nữ cao tuổi.
- Có sự dịch chuyển liên quan đến tuổi về phía nồng độ TSH cao hơn ở người cao tuổi, cho nên, nếu dải nồng độ TSH được điều chỉnh theo tuổi được sử dụng thì tỷ lệ mắc suy giáp có thể không tăng cùng với tuổi già.
- Suy giáp ở phụ nữ nhiều hơn từ 5 đến 8 lần ở đàn ông, và nhiều hơn ở phụ nữ có kích thước cơ thể nhỏ lúc sinh và thời thơ ấu.

### 1.3. Nguyên nhân

#### - Suy giáp tiên phát:

- + Viêm tuyến giáp Hashimoto
- + Suy giáp sau điều trị: suy giáp do iodine phóng xạ, suy giáp sau phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp.
- + Suy giáp thoáng qua (trong giai đoạn hồi phục sau viêm tuyến giáp bán cấp hoặc viêm tuyến giáp sau đờ).
- + Suy giáp do thuốc (amiodarone, thionamides).
- + Suy giáp do di truyền: rối loạn gen trong tổng hợp hormone tuyến giáp.

#### - Suy giáp thứ phát (trung ương)

Các bệnh lý vùng tuyến yên hoặc dưới đồi.

- **Nguyên nhân khác:** do các khối u trình diện deiodinase.

## 2. LÂM SÀNG

- Các biểu hiện lâm sàng của suy giáp thay đổi nhiều phụ thuộc vào tuổi khởi phát, thời gian mắc bệnh và mức độ thiếu hụt hormone tuyến giáp.
- Các triệu chứng cơ năng phổ biến của thiếu hormone tuyến giáp bao gồm mệt mỏi, chịu lạnh kém, tăng cân, táo bón, da khô, đau cơ, và các rối loạn kinh nguyệt.
- Các triệu chứng thực thể có thể bao gồm bướu giáp (đặc biệt là ở bệnh nhân thiếu iod hoặc viêm tuyến giáp tự miễn mạn tính có bướu giáp [viêm tuyến giáp Hashimoto]), nhịp chậm, tăng huyết áp tâm trương và trì hoãn pha giãn của phản xạ gân xương.
- Phần lớn bệnh nhân bị viêm tuyến giáp tự miễn mạn tính có tăng kháng thể TPO. Nhiều rối loạn chuyển hóa có thể xuất hiện như tăng cholestrol máu, thiếu máu hồng cầu to, tăng CK, và hạ natri máu.
- Nồng độ TSH huyết thanh:
  - + Tăng TSH huyết thanh: nồng độ TSH trên giới hạn cao của dải tham chiếu bình thường, điển hình là 4 đến 5 mU/L trong hầu hết các phòng xét nghiệm.
  - + Hiện nay có tranh cãi đáng kể về giới hạn cao phù hợp cho TSH huyết thanh. Một số chuyên gia cho rằng giới hạn cao thực sự của TSH là 2,5 hoặc 3 mU/L ở các cá nhân khỏe mạnh không mắc bệnh tuyến giáp, trong khi các chuyên gia khác tranh luận rằng sự thay đổi phân bố TSH về giá trị cao hơn theo độ tuổi, độc lập với sự xuất hiện của các kháng thể kháng tuyến giáp, hoặc ở người béo phì. Trong các trường hợp này

giới hạn cao bình thường có thể cao tới 6 đến 8 mU/L ở những người 80 tuổi khỏe mạnh, hoặc cao tới 7,5 mU/L ở người béo bệnh.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Chẩn đoán suy giáp**

- Bởi vì thiếu độ đặc hiệu của các biểu hiện lâm sàng điển hình, chẩn đoán suy giáp chủ yếu dựa vào các xét nghiệm.

- Suy giáp tiên phát chiếm hơn 95% các trường hợp suy giáp. Trong hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng hoặc dấu hiệu gợi ý suy giáp, TSH huyết thanh nên là xét nghiệm đầu tiên, nếu TSH tăng thì nồng độ TSH nên được làm lại cùng với FT4 để chẩn đoán suy giáp.

##### **- Chẩn đoán:**

+ Suy giáp tiên phát: nồng độ TSH huyết thanh tăng cao rõ rệt ( $\geq 20$  mU/mL) và nồng độ FT4 huyết thanh thấp.

+ Suy giáp tiên phát dưới lâm sàng: TSH tăng nhẹ ( $< 20$  mU/mL) và FT4 bình thường. Tuy nhiên, trong một số bệnh lý ngoài tuyến giáp cũng có biến đổi về sinh hóa tương tự suy giáp dưới lâm sàng. Nếu suy giáp nhẹ, bệnh nhân có thể có các triệu chứng không đặc hiệu và tăng nồng độ cholesterol, LDL-C máu.

+ Suy giáp thứ phát: FT4 thấp và TSH thường trong giới hạn bình thường, hoặc nồng độ TSH tăng không tương xứng với giảm nồng độ FT4. Do vậy, để chẩn đoán không thể chỉ dựa vào nồng độ TSH, nên khảo sát sự thiếu hụt các hormone khác của tuyến yên và chụp cộng hưởng từ để đánh giá bệnh lý tuyến yên, và phân biệt giữa các bệnh ở tuyến yên và vùng dưới đồi.

#### **3.2. Chẩn đoán phân biệt**

- Chẩn đoán phân biệt một trường hợp có tăng TSH huyết thanh bao gồm:

+ Kháng hormone TSH hoặc hormone tuyến giáp,

+ Hồi phục sau bệnh lý không thuộc tuyến giáp,

+ U tuyến yên tiết TSH.

- Nồng độ TSH huyết thanh cao có thể xuất hiện trong suy tuyến thượng thận nguyên phát và tăng giả tạo ở các bệnh nhân hiếm có kháng thể kháng globulin miễn dịch chuột được dùng trong xét nghiệm, hoặc các phức hợp TSH gắn với IgG.

- Kháng hormone TSH hoặc hormone tuyến giáp: là trường hợp có tăng nồng độ TSH có thể do kháng TSH thứ phát do thay đổi thụ thể TSH, tế bào thất bại trình diện

thụ thể trên bề mặt tế bào, hoặc do các cơ chế không phụ thuộc thụ thể. Nhiều bệnh nhân trong nhóm này là bình giáp, trong khi số khác là suy giáp. Nồng độ FT4 và T3 huyết thanh điển hình là bình thường hoặc thấp. Tuyến giáp không to. Phân biệt giữa suy giáp dưới lâm sàng với kháng TSH có thể khó khăn. Có các thành viên khác trong gia đình biểu hiện cùng kiểu hình và tối quan trọng là khiếm khuyết ở thụ thể TSH khẳng định chẩn đoán kháng TSH.

- Các bệnh nhân có các đột biến ở thụ thể T3 có TSH bình thường hoặc tăng, nhưng FT4 và T3 huyết thanh cũng tăng. Một vài bệnh nhân có biểu hiện suy giáp; tuy nhiên hầu hết các bệnh nhân là bình giáp.

- Bệnh không thuộc tuyến giáp – Các bệnh nhân bình giáp có bệnh không thuộc tuyến giáp có thể có tăng TSH huyết thanh thoáng qua (lên đến 20 mU/L) trong giai đoạn phục hồi của bệnh không thuộc tuyến giáp. Ở các bệnh nhân mới bị ốm, TSH và FT4 nên được xét nghiệm lại 4 đến 6 tuần sau hồi phục. Số ít các bệnh nhân này được chứng minh là có suy giáp khi được đánh giá lại sau khi hồi phục bệnh.

- Các u tuyến yên kích thích tuyến giáp – các u tuyến yên tiết TSH là một nguyên nhân hiếm của cường giáp. Các u tuyến yên tiết TSH có hoạt động sinh học ít nhiều theo kiểu tự hoạt động. Các bất thường sinh hóa đặc trưng ở bệnh nhân cường giáp gây ra bởi u tuyến yên tiết TSH là nồng độ TSH huyết thanh bình thường hoặc cao và nồng độ T3 và T4 toàn phần lần lượt do cao.

### **3.3 Chẩn đoán nguyên nhân**

- Lâm sàng

- + Đánh giá lâm sàng một bệnh nhân có bằng chứng sinh hóa suy giáp tiên phát giúp khẳng định sự xuất hiện và xác định nguyên nhân của thiếu hụt hormone.

- + Ví dụ: tiền sử sau phẫu thuật tuyến giáp gợi ý, tiền sử điều trị iodine phóng xạ hoặc chiếu xạ vùng cổ gợi ý chẩn đoán suy giáp tiên phát.

- Xét nghiệm tự kháng thể

- + Kháng thể peroxidase tuyến giáp (Thyroid Peroxidase Antibodies - TPOAb) dương tính 90% bệnh nhân suy giáp tự miễn dịch mạn tính (viêm tuyến giáp Hashimoto-viêm tuyến giáp thâm nhiễm lympho mạn tính).

- + Định lượng kháng thể TPO huyết thanh ở các bệnh nhân có biểu hiện sau:

- \* Bướu giáp, đặc biệt là không có suy giáp, để xác định bướu giáp tự miễn qua trung gian miễn dịch.

\* Suy giáp dưới lâm sàng, viêm tuyến giáp không đau hoặc viêm tuyến giáp sau sinh để dự báo khả năng tiến triển đến suy giáp vĩnh viễn.

## 6. SÀNG LỌC

- Sàng lọc nghĩa là tiến hành các xét nghiệm chức năng tuyến giáp ở những bệnh nhân không có triệu chứng bệnh tuyến giáp nhưng có nguy cơ bị bệnh tuyến giáp.

- Lợi ích chủ yếu của việc sàng lọc suy giáp là phát hiện suy giáp trước khi xuất hiện các triệu chứng.

- Rối loạn chức năng tuyến giáp dưới lâm sàng thì phổ biến ở người trưởng thành. Tuy nhiên, không có bằng chứng cho thấy phát hiện sớm và điều trị bằng T4 cải thiện được các kết quả lâm sàng quan trọng ở những cá nhân bị suy giáp được phát hiện qua sàng lọc. Mặc dù liệu pháp thay thế T4 có ít tác dụng phụ khi dùng đúng liều, tuy nhiên điều trị quá nhiều bằng hormone tuyến giáp có thể liên quan đến các ảnh hưởng có hại với xương và tim mạch, đặc biệt là ở các bệnh nhân cao tuổi.

- Có hai chiến lược cho việc sàng lọc những cá nhân không triệu chứng: sàng lọc tất cả các cá nhân qua một độ tuổi nhất định (khi nguy cơ suy giáp tăng), hoặc chỉ tầm soát những cá nhân có các yếu tố nguy cơ trên lâm sàng bị suy giáp. Khi thiếu các thông tin ủng hộ bất kỳ chiến lược sàng lọc nào ở trên, sàng lọc những bệnh nhân nguy cơ suy giáp cao, không chỉ giới hạn đối với các bệnh nhân có bướu giáp mà còn các trường hợp có tiền sử bệnh tự miễn, sử dụng liệu pháp iodine phóng xạ trước đó và/hoặc có chiếu xạ vùng đầu và cổ, tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp và sử dụng các thuốc làm suy giảm chức năng tuyến giáp.

- Định lượng nồng độ TSH huyết thanh là xét nghiệm sàng lọc suy giáp.

- ***Các đối tượng cần sàng lọc:***

+ Tất cả các bệnh nhân có triệu chứng suy giáp lâm sàng nên được đánh giá để phát hiện bệnh.

+ Những cá nhân không có triệu chứng suy giáp lâm sàng nên sàng lọc bao gồm:

\* Tăng lipid máu dưới lâm sàng

\* Hạ natri máu, thường do sử dụng không đúng hormone chống lợi niệu, là một biểu hiện trên xét nghiệm khác của suy giáp.

\* Nồng độ các men cơ cao.

\* Thiếu máu hồng cầu to.

\* Tràn dịch màng phổi hoặc màng tim.

\* Có tổn thương tuyến giáp trước đó (điều trị iodine phóng xạ, phẫu thuật tuyến giáp hoặc vùng cổ, chiếu xạ ngoài).

\* Các bệnh tuyến yên hoặc vùng dưới đồi.

\* Tiền sử mắc bệnh tự miễn.

\* Phụ nữ mang thai nếu họ đến từ những vùng thiếu iodine từ mức độ vừa đến mức độ nghiêm trọng, mà có các triệu chứng suy giáp, tiền sử gia đình hoặc bản thân bị bệnh tuyến giáp, hoặc tiền sử bản thân phát hiện các kháng thể TPO, đái tháo đường típ 1, xạ trị vùng đầu – cổ, sảy thai tái diễn, bệnh phì, hoặc vô sinh.

- Xét nghiệm sàng lọc

+ TSH huyết thanh là xét nghiệm hàng đầu

+ TSH huyết thanh không phải là một công cụ hữu ích cho sàng lọc suy giáp trong các trường hợp:

\* Bệnh tuyến yên hoặc vùng dưới đồi đã được biết hoặc nghi ngờ

\* Bệnh nhân điều trị nội trú, vì có nhiều yếu tố khác ở các bệnh nhân bình giáp bị bệnh cấp tính hoặc mạn tính mà ảnh hưởng đến việc tiết TSH.

\* Ở những bệnh nhân dùng thuốc hoặc có bệnh nền ảnh hưởng đến tiết TSH. Các thuốc có thể giảm tiết TSH bao gồm dopamine, corticoid liều cao, và somatostatin analog (như octreotide). Các thuốc làm tăng tiết TSH bao gồm đối vận dopamine (metoclopramide hoặc doperidone), amiodarone, và các chất cản quang chụp đường mật (như natri ipodate).

Trong các trường hợp trên định lượng TSH và FT4 huyết thanh.

## **7. ĐIỀU TRỊ**

Ở phần lớn bệnh nhân, suy giáp là một tình trạng bệnh lý dai dẳng bắt buộc phải điều trị kéo dài suốt đời. Điều trị bao gồm thay thế hormone tuyến giáp, trừ khi suy chức năng tuyến giáp là thoáng qua (ví dụ viêm tuyến giáp không đau hoặc viêm tuyến giáp bán cấp), hoặc tự hồi phục (suy giáp do thuốc).

### **7.1. Mục tiêu của điều trị**

- Phục hồi chức năng bình thường của tuyến giáp bằng sử dụng hormone tuyến giáp tổng hợp đường uống (T4, levothyroxin).

- Cải thiện các triệu chứng lâm sàng của suy giáp một cách phù hợp.

- Bình thường hóa nồng độ hormone.

+ Suy giáp tiên phát: bình thường hóa nồng độ TSH huyết thanh (kiểm soát nồng độ TSH trong giới hạn bình thường, xấp xỉ 0,5 đến 5,0 mU/L).

+ Suy giáp thứ phát: duy trì nồng độ FT4 gần điểm giữa của khoảng tham chiếu bình thường.

- Giảm kích thích bướu giáp (nếu có).

- Tránh điều trị quá mức (dẫn đến cường giáp do thuốc – giả cường giáp).

## **7.2. Tiếp cận điều trị**

- Tất cả bệnh nhân suy giáp tiên phát hoặc trung ương điển hình bắt buộc phải điều trị (không phụ thuộc vào triệu chứng), trừ trường hợp suy giáp thoáng qua (suy giáp sau viêm tuyến giáp không đau hoặc viêm tuyến giáp bán cấp) hoặc suy giáp tự hồi phục (suy giáp do thuốc mà đã dừng thuốc gây suy giáp).

- Không nên chỉ định hormone tuyến giáp cho những cá thể có chức năng tuyến giáp bình thường về mặt sinh hóa và không có các triệu chứng lâm sàng (ví dụ, như mệt mỏi, tăng cân, trầm cảm).

## **7.3. Điều trị thay thế chuẩn**

- Phương pháp điều trị được lựa chọn để điều trị suy chức năng tuyến giáp là thyroxin tổng hợp (T4, levothyroxin).

- T4 là prohormone với hoạt tính sinh lý rất ít, nó được khử iodine (deiodinated) tạo thành T3 ở các mô ngoại vi, sau đó T3 là hormone có hoạt tính sinh lý. Quá trình khử iodine chiếm tới xấp xỉ 80% tổng lượng T3 được sản xuất hằng ngày ở các cá thể bình thường. 70 đến 80% liều lượng T4 được hấp thu và do thời gian bán thải trừ của T4 kéo dài (khoảng 7 ngày), do vậy liều uống một lần hằng ngày dẫn đến nồng độ T4 và T3 huyết thanh gần như không thay đổi khi đạt tới trạng thái ổn định.

## **7.4. Liều điều trị và theo dõi**

### **- Liều khởi đầu**

+ Liều thay thế đầy đủ trung bình của T4 ở người lớn xấp xỉ 1,6 mcg/kg trọng lượng cơ thể mỗi ngày (112 mcg/ngày ở người lớn 70 tuổi), tuy nhiên liều điều trị bắt buộc dao động lớn từ 50 đến  $\geq 200$  mcg/ngày. Liều bắt buộc của T4 tương quan với trọng lượng nặng hơn là tổng trọng lượng cơ thể.

+ Ở người trẻ, khỏe mạnh liều khởi đầu có thể bắt đầu từ 1,6 mcg/kg/ngày. Bệnh nhân lớn tuổi hoặc những người mắc bệnh mạch vành, đặc biệt không xác định rõ thời gian bị suy chức năng tuyến giáp, nên bắt đầu với liều thấp hơn (25 đến 50 mcg/ngày).

Nếu thời gian bị suy giáp ngắn, ví dụ nhỏ hơn hai tháng, liều bắt đầu điều trị ở người lớn tuổi có thể bằng 2/3 hoặc 3/4 liều thay thế đầy đủ để đạt tình trạng bình giáp.

#### **- Thời điểm uống thuốc**

+ T4 (viên nén, viên nang mềm, dung dịch) nên uống vào lúc đói với một ít nước, lý tưởng là 30 đến 60 phút trước bữa sáng.

+ T4 (viên nén, viên nang mềm, dung dịch) không nên uống cùng các thuốc khác ảnh hưởng tới hấp thu T4, ví dụ như acid mật, calcium carbonate, ferrous sulfate).

+ Một vài bệnh nhân uống T4 vào thời điểm trước khi đi ngủ (ít nhất hai giờ sau bữa ăn cuối cùng), tuy nhiên, với khoảng thời gian giữa bữa ăn cuối cùng và lúc uống thuốc dài hơn hai giờ có thể tối ưu.

#### **- Theo dõi bước đầu và chỉnh liều**

+ Thời gian bán thải trừ của T4 là 7 ngày, và mất ít nhất 6 tuần (6 lần T1/2) để nồng độ T4 huyết thanh đạt trạng thái ổn định sau khi bắt đầu điều trị hoặc thay đổi liều điều trị, tuy nhiên triệu chứng bắt đầu cải thiện sau hai đến ba tuần điều trị.

+ Suy giáp tiên phát: mục tiêu điều trị là duy trì nồng độ TSH trong giới hạn bình thường. Do vậy, nên định lượng nồng độ TSH sau liều khởi đầu từ 6 đến 8 tuần. Thay đổi liều T4 ở mức 12 đến 25 mcg mỗi 6 đến 8 tuần cho tới khi nồng độ TSH đạt mục tiêu điều trị. Sau đó, định lượng nồng độ TSH mỗi năm một lần để theo dõi đáp ứng điều trị.

+ Suy giáp thứ phát, không sử dụng nồng độ TSH là công cụ để thay đổi liều điều trị. Điều chỉnh liều T4 mỗi 6 đến 8 tuần một lần để duy trì nồng độ FT4 huyết thanh đạt mục tiêu. Sau đó, định lượng lại nồng độ FT4 mỗi năm một lần để theo dõi đáp ứng điều trị.

#### **- Thay đổi liều duy trì ở bệnh nhân suy giáp tiên phát**

+ Sau khi xác định được liều duy trì chính xác, bệnh nhân nên tái khám và định lượng lại nồng độ TSH một năm một lần hoặc dày hơn nếu có kết quả bất thường hoặc có sự thay đổi trạng thái sinh lý, bệnh lý của bệnh nhân.

+ Thay đổi liều hơn nữa thường không bắt buộc, tuy nhiên cũng có những tình huống bắt buộc thay đổi liều, ví dụ khi có thuốc ảnh hưởng tới hấp thu của T4 bắt đầu sử dụng, nồng độ T4 nên kiểm tra lại trong bốn đến sáu tuần sau đó để khẳng định rằng liều T4 đang dùng có còn phù hợp.

+ Nên tăng liều T4 nếu TSH tăng; ngoài ra, tăng liều T4 bắt buộc trong các trường hợp sau đây:

- \* Có thai, nếu được tăng, sau khi sinh nên giảm về liều duy trì trước khi có thai.
- \* Tăng cân hơn 10% trọng lượng cơ thể.
- \* Hấp thu hormone giảm (bệnh nhân giảm tiết acid dịch vị hoặc các bệnh lý dạ dày ruột khác (bệnh celiac (nhạy cảm với gluten) chưa ổn định).
- \* Tăng bài tiết hormone tuyến giáp (hội chứng thận hư).
- \* Tăng tốc độ chuyển hóa hormone tuyến giáp ([rifampin](#), [carbamazepine](#), [phenytoin](#), hoặc [phenobarbital](#)).

+ Giảm liều có thể bắt buộc trong các trường hợp sau:

- \* Lão hóa bình thường (normal aging)
- \* Sút cân khoảng 10% trọng lượng cơ thể.
- \* Bắt đầu điều trị bằng androgen.

Nếu TSH giảm nhẹ dưới ngưỡng bình thường (ví dụ, từ 0,05 đến 0,3 mU/L), liều điều trị nên giảm 12 đến 25 mcg/ngày là phù hợp. Nồng độ TSH thấp hơn bắt buộc phải giảm liều nhiều hơn. Nồng độ TSH huyết thanh nên đánh giá lại sau sáu đến tám tuần. Với TSH nhỏ hơn 0,05 mU/L (0,1 mU/L với kỹ thuật xét nghiệm thế hệ thứ hai), định lượng nồng độ FT4 là cần thiết để đánh giá mức độ quá liều điều trị và phần trăm liều điều trị cần giảm. Khi nồng độ TSH giảm thấp dưới 0,05 mU/L, đôi khi phải mất hơn tám tuần để hồi phục trạng thái ổn định của nồng độ TSH. Ở bệnh nhân trẻ tuổi bị điều trị quá liều kéo dài quá trình giảm liều cần ba đến bốn tháng để dung nạp tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. (2015). *Suy giáp ở người lớn*. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 87-95.
2. Clutter W. E. (2008). *Hypothyroidism*. Endocrinology Subspecialty Consult second edition. p. 58-64.
3. Jameson J. L., et al. (2015). *Disorders of thyroid gland*. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19 edition, McGraw-Hill Education, 2284-2308.

## CÂU HỎI ÔN TẬP VÀ KIỂM TRA

Hãy chọn và khoanh tròn vào chữ cái đứng đầu một ý đúng nhất cho các câu dưới đây:

- 1) Các nguyên nhân của suy giáp tiên phát
  - A. Viêm tuyến giáp Hashimoto, suy giáp do iodine phóng xạ
  - B. Viêm tuyến giáp Hashimoto, các bệnh lý vùng tuyến yên, dưới đồi
  - C. Suy giáp thoáng qua (trong giai đoạn hồi phục sau viêm tuyến giáp bán cấp hoặc viêm tuyến giáp sau đờ).
  - D. Suy giáp do thuốc (amiodarone, thionamides).
  - E. Các ý A, C, D
- 2) Chẩn đoán xác định suy giáp dựa vào
  - A. Các triệu chứng lâm sàng và độ tập trung iodine phóng xạ
  - B. Các triệu chứng lâm sàng và xạ hình tuyến giáp
  - C. Nồng độ TSH, FT4 máu
  - D. Các triệu chứng lâm sàng và siêu âm tuyến giáp
  - E. Tất cả các ý trên
- 3) Chẩn đoán suy giáp tiên phát khi nồng độ
  - A. TSH > 20 mU/L, FT4 thấp, T3 thấp
  - B. TSH cao, FT4 bình thường, T3 thấp
  - C. TSH > 20 mU/L, FT4 thấp
  - D. TSH > 5 mU/L, FT4 bình thường
  - E. Tất cả các ý trên
- 4) Chẩn đoán phân biệt suy giáp với
  - A. Kháng hormone TSH hoặc hormone tuyến giáp
  - B. Hồi phục sau bệnh lý không thuộc tuyến giáp
  - C. U tuyến yên tiết TSH
  - D. Tăng nồng độ TSH sinh lý ở phụ nữ mang thai
  - E. Các ý A, B, C
- 5) Những bệnh nhân cần sàng lọc suy giáp
  - A. Tăng lipid máu dưới lâm sàng
  - B. Hạ natri máu
  - C. Nồng độ các men cơ cao

- D. Thiếu máu hồng cầu to
  - E. Tất cả các ý trên
- 6) Xét nghiệm sàng lọc suy giáp
- A. Nồng độ TSH và T3 máu
  - B. Nồng độ TSH và T4 máu
  - C. Nồng độ TSH và siêu âm tuyến giáp
  - D. Nồng độ TSH và FT4
  - E. Nồng độ TSH, FT3 và FT4 máu
- 7) Mục tiêu điều trị suy giáp
- A. Phục hồi chức năng bình thường của tuyến giáp
  - B. Cải thiện tích cực triệu chứng lâm sàng suy giáp
  - C. Cải thiện triệu chứng lâm sàng suy giáp một cách phù hợp
  - D. A và B
  - E. A và C
- 8) Bình thường hóa nồng độ hormone trong điều trị suy giáp tiên phát là
- A. Duy trì nồng độ TSH máu trong giới hạn bình thường
  - B. Duy trì nồng độ TSH, FT4 máu trong giới hạn bình thường
  - C. Duy trì nồng độ TSH, FT4, T3 máu trong giới hạn bình thường
  - D. Duy trì nồng độ TSH, T3, T4 máu trong giới hạn bình thường
  - E. Duy trì nồng độ TSH, FT4, FT3 máu trong giới hạn bình thường
- 9) Thời gian cần thiết để nồng độ T4 máu đạt trạng thái ổn định sau bắt đầu điều trị bằng thyroxin là
- A. 2 đến 3 tuần
  - B. 3 đến 4 tuần
  - C. 4 đến 5 tuần
  - D. Ít nhất 6 tuần
  - E. Ít nhất 7 tuần
- 10) Liều levothyroxin khởi đầu điều trị suy giáp ở bệnh nhân cao tuổi và/hoặc bệnh nhân có bệnh mạch vành là
- A. 75 đến 100 micro gam/ngày
  - B. 25 đến 50 micro gam/ngày
  - C. 50 đến 75 micro gam/ngày

- D. 75 đến 100 micro gam/ngày
- E. 12 đến 25 micro gam/ngày