

KHẢO SÁT VIỆC SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG GIÁP TỔNG HỢP TRÊN BỆNH NHÂN CƯỜNG GIÁP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phan Hữu Hên², Hà Nguyễn Trâm Anh¹,
Lâm Văn Hoàng², Nguyễn Tri Thức³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cường giáp là thuật ngữ để chỉ tình trạng tuyến giáp tăng tổng hợp và giải phóng hormone. Cường giáp nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, có thể dẫn đến một số biến chứng nguy hiểm như rung nhĩ, suy tim, đột quỵ, một số trường hợp bão giáp dẫn đến tử vong. Thuốc kháng giáp tổng hợp (TKGTH) được sử dụng để điều trị cường giáp trong hơn bảy mươi năm qua, chúng rất hiệu quả trong việc kiểm soát tình trạng bệnh. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát việc sử dụng TKGTH trên bệnh nhân cường giáp tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Mục tiêu: Nghiên cứu này xác định tỷ lệ chọn lựa các loại thuốc điều trị cường giáp và hiệu quả điều trị do thuốc kháng giáp tổng hợp đem lại.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dọc 2 điểm cắt, có 110 bệnh nhân (trên 18 tuổi) mắc cường giáp tham gia nghiên cứu từ tháng 12/2020 – 04/2021 tại khoa khám bệnh bệnh viện Chợ Rẫy

Kết quả: Nhóm nghiên cứu gồm 110 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 42 ±

12 tuổi, 86 bệnh nhân là nữ (78,2%). Trong số tất cả 110 bệnh nhân, 102 bệnh nhân điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp, 7 bệnh nhân dùng i-ốt phóng xạ, 1 bệnh nhân chỉ định phẫu thuật. Tỷ lệ dùng methimazol và propylthiouracil lần lượt là 97,06% và 2,94%. Sau 4 tháng theo dõi, các triệu chứng cơ năng được cải thiện, nồng độ FT3, FT4 giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), tỷ lệ BN đạt nồng độ FT3, FT4 về mức bình thường 74,51%. Các yếu tố được báo cáo là có liên quan đến kết quả điều trị FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường là thời gian điều trị và thói quen hút thuốc.

Kết luận: Bệnh nhân cường giáp điều trị với thuốc kháng giáp tổng hợp sẽ cải thiện được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Từ khóa: Cường giáp, thuốc kháng giáp tổng hợp.

SUMMARY

STUDY ON THE USE OF ANTITHYROID DRUGS IN PATIENTS WITH HYPERTHYROIDISM AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Hyperthyroidism is the term used to describe an increase in the synthesis and release of hormones by the thyroid gland. Hyperthyroidism, if not diagnosed and treated early, can lead to a number of dangerous complications such as atrial fibrillation, heart failure, stroke, and in some cases, death by thyroid storm. Antithyroid drugs have been used to treat hyperthyroidism for more than seventy years, and they are very effective in controlling the

¹ Học viên cao học tại Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Nội tiết, Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Hên

SĐT: 0972176679

Email: phanhuuhen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8/2/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/2/2023

Ngày duyệt bài: 1/6/2023

condition. This study was conducted to investigate the use of antithyroid drugs in patients with hyperthyroidism at Cho Ray hospital.

Objectives: This study determines the rate of selection of drugs to treat hyperthyroidism and the effectiveness of treatment by antithyroid drugs.

Materials and methods: The longitudinal study with 2 time points, 110 patients (over 18 years old) with hyperthyroidism participated in the study from December 2020 to April 2021 at the Examination department of Cho Ray hospital.

Results: A total of 110 patients with GD were included in this study, the mean age was 42 ± 12 years, and 86 patients (78,2%) were female. Among all 110 patients, 102 patients were treated with antithyroid drugs, 7 patients received radioactive iodine, 1 patient indicated surgery. The rate of using methimazol and propylthiouracil was respectively 97,06% and 2,94%. After 4 months of follow-up, the functional symptoms improved, the concentration of FT3, FT4 decrease statistically significant ($p < 0,001$), 74,51% of patients reached the normal level of FT3, FT4. The factors related to the outcomes of FT3, FT4 treatment were treatment duration and smoking habits.

Conclusions: Patients with hyperthyroidism treated with antithyroid drugs will improve their clinical and subclinical symptoms.

Keywords: Hyperthyroidism, antithyroid drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị cường giáp có 3 phương pháp cơ bản: nội khoa, i-ốt phóng xạ - I^{131} và phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp điều trị nào là dựa vào đặc điểm lâm sàng, tuổi của bệnh nhân (BN), khả năng và sự tự nguyện tuân

thủ chế độ điều trị. TKGTH là phương pháp được chọn lựa nhiều nhất, thường được chỉ định cho các BN cường giáp mới được chẩn đoán, bướu cổ không quá to. Nhóm thuốc này có vài trò ức chế quá trình sinh tổng hợp của hormon tuyến giáp, rất hiệu quả trong việc kiểm soát tình trạng bệnh. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh và cs (2007) cho thấy được hiệu quả của propylthiouracil (PTU) trong điều trị Basedow, sau 3 tháng nồng độ triiodothyronine (T3), thyroxin (FT4), thyroid stimulating hormone (TSH) trở về bình thường, 15,1% và 20% số BN có nồng độ TSH receptor anti bodies (TRAb), anti thyroglobulin antibodies (TgAb) trở về bình thường⁽¹⁾. Ngoài nước, nghiên cứu của Azizi F (2017) cho thấy khi dùng methimazol (MMI) sau 24 tháng có tỷ lệ thuyên giảm 57%, tỷ lệ thuyên giảm hàng năm cho mỗi năm điều trị là 16%⁽²⁾. Việc sử dụng loại TKGTH nào, liều dùng thế nào là dựa vào các hướng dẫn điều trị, kinh nghiệm của bác sĩ và tùy vào bệnh cảnh lâm sàng của BN. Từ đó, vấn đề được đặt ra là tỷ lệ chọn lựa các loại thuốc điều trị cường giáp và hiệu quả điều trị do TKGTH đem lại. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát việc sử dụng thuốc kháng giáp tổng hợp trên BN cường giáp tại bệnh viện Chợ Rẫy, cung cấp các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của BN cường giáp trong điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

BN mắc bệnh cường giáp, BN ≥ 18 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ mang thai, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, không thu thập được số liệu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu dọc 2 điểm cắt

Điểm cắt 1: Thu thập các BN đến khám từ 12/2020 đến 2/2021.

Điểm cắt 2: Thu thập lại các BN ở điểm cắt 1 đến tái khám từ 3/2021 đến 4/2021.

Hai lần thu thập lần lượt thuộc hai điểm cắt:

Lần thu thập 1 (LTT1) thuộc điểm cắt 1: thu thập các số liệu về BN: thông tin cá nhân, thông tin chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thông tin về điều trị.

Lần thu thập 2 (LTT2) thuộc điểm cắt 2: thu thập lại các số liệu về BN LTT1 đến tái khám: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thông tin về điều trị.

Mẫu nghiên cứu cuối chỉ gồm những BN đủ dữ liệu trong cả 2 điểm cắt.

Cỡ mẫu

Toàn bộ mẫu thỏa tiêu chí chọn/loại trừ từ 12/2020 đến 04/2021.

Các tiêu chí khảo sát

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi, giới, tình hình điều trị, nguyên nhân cường giáp, hút thuốc lá, thời gian dùng thuốc.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân cường giáp dùng thuốc kháng giáp tổng hợp lần thu thập 1

Đặc điểm lâm sàng: khảo sát trên 3 nhóm BN mới mắc cường giáp, điều trị < 2 tháng và điều trị ≥ 2 tháng

Đặc điểm lâm sàng trên BN mới mắc cường giáp: hồi hộp, tần số tim nhanh, run tay, mệt mỏi, da nóng ẩm, rối loạn giấc ngủ, biểu hiện về mắt, sụt cân.

Đặc điểm lâm sàng trên BN đang điều trị bằng TKGTH < 2 tháng, BN đang điều trị bằng TKGTH ≥ 2 tháng: hồi hộp, tần số tim nhanh, run tay, mệt mỏi, da nóng ẩm, rối loạn giấc ngủ, biểu hiện về mắt, tăng cân.

Đặc điểm cận lâm sàng: khảo sát trên 2 nhóm BN mới mắc cường giáp và đang điều trị (bao gồm điều trị < 2 tháng, điều trị ≥ 2 tháng), các thông số khảo sát gồm FT3, FT4.

Đặc điểm điều trị và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sau lần thu thập 2

So sánh LTT1-LTT2: thu thập thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại điểm cắt 2 (từ 3/2021 đến 4/2021) và so sánh với thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại điểm cắt 1 (từ 12/2020 đến 2/2021).

Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường qua phân tích hồi quy logistic đa biến trong đó biến phụ thuộc là kết quả điều trị FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường (nhận 2 giá nồng độ FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường và nồng độ FT3 và/hoặc FT4 không nằm trong khoảng bình thường), biến độc lập gồm tuổi, giới tính, thời gian dùng thuốc, hút thuốc lá.

Trình bày số liệu, xử lý thống kê

Dùng phần mềm Excel 2010 và SPSS 26 để thống kê và phân tích số liệu. Sử dụng phép kiểm Paired-Samples T Test hoặc Wilcoxon để so sánh 2 số trung bình, phép kiểm McNemar để so sánh 2 tỷ lệ, hồi quy logistic đa biến để tìm mối liên quan giữa các yếu tố, $P < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận 110 BN mắc cường giáp trong đó 102 BN điều trị bằng TKGTH, 7 BN dùng i-ốt phóng xạ, 1 BN chỉ định phẫu thuật.

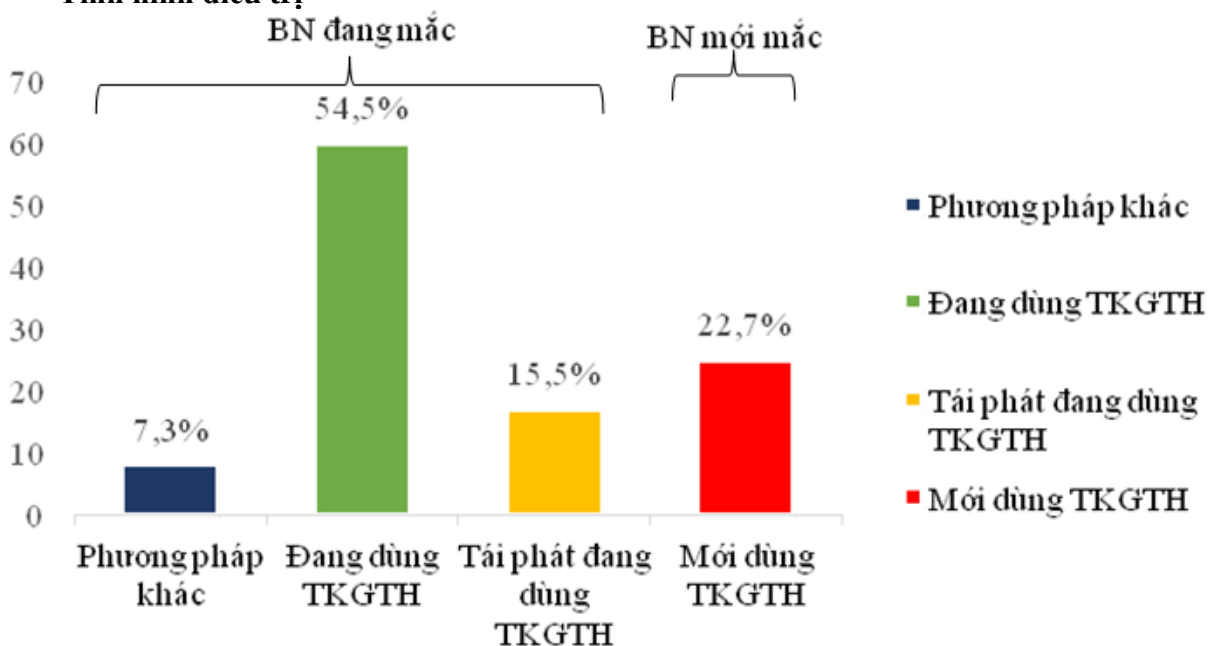
Đặc điểm tuổi và giới tính

Mẫu nghiên cứu là 110 BN trong đó đa số là nữ với tỷ lệ 78,2% và nam 21,8%. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nữ/nam là 3,6/1. Tuổi trung bình là 42 ± 12 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân (n=110)		Giá trị
Tuổi (TB $\pm$ SD) (năm)		42 $\pm$ 12
Giới tính	Nam	24 (21,8%)
	Nữ	86 (78,2%)
Nguyên nhân cường giáp	Basedow	78 (70,9%)
	Bướu giáp nhân độc	5 (4,5%)
	Cường giáp do viêm	3 (2,7%)
	Không thông tin	24 (21,9%)
Hút thuốc lá	Có	13,7%
	Không	86,3%
Thời gian dùng thuốc (tháng)		7(3 – 12)

Tình hình điều trị



Hình 1: Tình hình điều trị

25 BN mới mắc cường giáp tỷ lệ 22,7% và tất cả các BN này được dùng TKGTH. Phần lớn BN đang mắc cường giáp với tỷ lệ là 77,3%, trong đó 54,5% BN đang điều trị đúng liệu trình dùng TKGTH, và 15,5% BN cường giáp tái phát đang sử dụng TKGTH, chỉ có 7,3% BN điều trị bằng phương pháp khác như phẫu thuật hoặc dùng i-ốt phóng xạ.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân cường giáp dùng thuốc kháng giáp tổng hợp lần thu thập 1

Đặc điểm lâm sàng lần thu thập 1

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng lần thu thập 1

Đặc điểm lâm sàng	BN mới mắc (n = 25) (n%)	BN điều trị < 2 tháng (n = 27) (n%)	BN điều trị ≥ 2 tháng (n = 50) (n%)	Giá trị p
Hồi hộp	22 (88,0)	12 (44,4)	16 (32,0)	< 0,001
Tần số tim nhanh	21 (84,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Run tay	18 (72,0)	13 (48,1)	9 (18,0)	< 0,001
Mệt mỏi	23 (92,0)	9 (33,3)	12 (24,0)	< 0,001
Da nóng ẩm	18 (72,0)	16 (59,3)	15 (30,0)	0,011
Rối loạn giấc ngủ	13 (52,0)	11 (40,7)	14 (28,0)	0,157
Biểu hiện về mắt	5 (20,0)	10 (37,0)	12 (24,0)	0,386
Tăng cân	-	4 (14,8)	12 (24,0)	-
Sụt cân	16 (64,0)	-	-	

Hầu hết các BN cường giáp đều có các triệu chứng hồi hộp, run tay, mệt mỏi, da nóng ẩm, rối loạn giấc ngủ. Tỷ lệ BN có các triệu chứng hồi hộp, run tay, mệt mỏi da nóng ẩm khác nhau giữa 3 nhóm BN có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nhóm BN mới mắc, tần số tim nhanh là 1 đặc điểm

chiếm tỷ cao với 84%, BN có sụt cân khi chưa được điều trị (64%). Những đặc điểm này không gặp trên BN đã được điều trị với TKGTH nhưng một số BN có tăng cân (14,8% đến 24%).

Đặc điểm cận lâm sàng lần thu thập 1

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng lần thu thập 1

Nhóm BN		FT3 (pg/mL)	FT4 (pg/mL)
BN mới mắc (n = 25)	Trung vị (Q1 – Q3)	11,52 (8,39 – 20,00)	38,40 (30,27 – 62,63)
BN đang điều trị (n = 77)	Trung vị (Q1 – Q3)	3,44 (3,06 – 4,26)	12,42 (10,89 – 16,12)

Đặc điểm điều trị và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sau lần thu thập 2

Sự thay đổi về đặc điểm lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng trên nhóm BN mới mắc qua 2 lần thu thập

Đặc điểm lâm sàng	LTT1		LTT2		Giá trị p
	Tần số (n = 25)	Tỷ lệ %	Tần số (n = 25)	Tỷ lệ %	
Hồi hộp	22	88	10	40	< 0,001
Tần số tim nhanh	21	84	0	0	-
Run tay	18	72	11	44	0,016
Mệt mỏi	23	92	13	52	0,002
Da nóng ẩm	18	72	8	32	0,002
Rối loạn giấc ngủ	13	52	6	24	0,016
Biểu hiện về mắt	5	20	15	20	-
Sụt cân	16	64	-		-
Tăng cân	-	-	5	20	

Các đặc điểm lâm sàng như hồi hộp, run tay, mệt mỏi, da nóng ẩm, rối loạn giấc ngủ qua LTT2 so với LTT1 khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điểm nổi bật trong LTT2 là 100% BN không còn tần số tim nhanh.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng trên BN đang điều trị < 2 tháng qua 2 lần thu thập

Đặc điểm lâm sàng	LTT1		LTT2		Giá trị p
	Tần số (n = 27)	Tỷ lệ %	Tần số (n = 27)	Tỷ lệ %	
Hồi hộp	12	44,4	5	18,5	0,016
Tần số tim nhanh	0	0	0	0	-
Run tay	13	48,1	7	25,9	0,031
Mệt mỏi	9	33,3	4	14,8	0,063
Da nóng ẩm	16	59,3	9	33,3	0,016
Rối loạn giấc ngủ	11	40,7	6	22,2	0,125
Biểu hiện về mắt	10	37	10	37	-
Tăng cân	4	14,8	16	59,3	0,008

Các đặc điểm lâm sàng hồi hộp, run tay, da nóng ẩm, tăng cân của BN đang điều trị < 2 tháng qua các lần thu thập khác biệt có ý nghĩa thống kê; các đặc điểm lâm sàng mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ qua các lần thu thập khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,063$; $p = 0,125$).

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng trên nhóm BN đang điều trị ≥ 2 tháng qua 2 lần thu thập

Đặc điểm lâm sàng	Lần TT1		Lần TT2		Giá trị p
	Tần số (n = 50)	Tỷ lệ %	Tần số (n = 50)	Tỷ lệ %	
Hồi hộp	16	32	6	12	0,002
Tần số tim nhanh	0	0	0	0	-
Run tay	9	18	4	8	0,063
Mệt mỏi	12	24	5	10	0,016
Da nóng ẩm	15	30	6	12	0,004
Rối loạn giấc ngủ	14	28	3	6	0,001
Biểu hiện về mắt	12	24	12	24	-
Tăng cân	12	24	35	70	< 0,001

Các đặc điểm lâm sàng hồi hộp, run tay, mệt mỏi, da nóng ẩm, tăng cân, rối loạn giấc ngủ của BN đang điều trị ≥ 2 tháng qua 2 lần thu thập khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sự thay đổi về đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 7: Nồng độ FT3, FT4 của BN mới mắc qua 2 lần thu thập

BN mới mắc (n = 25)		LTT1	LTT2	Giá trị p
FT3 (pg/mL)	Trung vị (Q1 – Q3)	11,52 (8,93 – 20,00)	3,66 (3,29 – 4,60)	< 0,001
FT4 (pg/mL)	GTTB	-	16,49 $\pm$ 3,20	< 0,001
	Trung vị (Q1 – Q3)	38,40 (30,27 – 62,63)	-	

Trên BN mới mắc cường giáp, nồng độ FT4, FT3 trước và sau khi dùng TKGTH khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Qua LTT2, không ghi nhận trường hợp nào có FT3 > 20 pg/mL.

Bảng 8: Nồng độ FT3, FT4 của BN đang điều trị qua 2 lần thu thập

BN đang điều trị (n = 77)		LTT1	LTT2	Giá trị p
FT3 (pg/mL)	Trung vị (Q1 – Q3)	3,44 (3,06 – 4,26)	2,78 (2,28 – 3,43)	< 0,001
FT4 (pg/mL)	GTTB	-	11,49 ± 2,90	< 0,001
	Trung vị (Q1 – Q3)	12,42 (10,89 – 16,12)	-	

Tỷ lệ BN đạt nồng độ FT3, FT4 về mức bình thường qua 2 lần thu thập

Bảng 9: Tỷ lệ BN đạt nồng độ FT3, FT4 về mức bình thường

Nhóm BN	LTT1	LTT2	Giá trị p
BN mới mắc (n = 25) (n%)	-	15 (60,0)	-
BN đang điều trị (n = 77) (n%)	50 (64,9)	61 (79,2)	< 0,001

Yếu tố liên quan đến kết quả điều trị FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường sau lần thu thập 2

Bảng 10: Kết quả phân tích đơn biến

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	Giá trị p
Tuổi (năm)	0,98	0,944 – 1,019	0,326
Giới tính - Nam: 1 - Nữ: 0	0,36	0,136 – 0,963	0,042
Thời gian dùng thuốc (tháng)	1,40	1,173 – 1,677	< 0,001
Hút thuốc lá	0,13	0,039 – 0,448	0,001

Bảng 11. Kết quả phân tích đa biến

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	Giá trị p
Giới tính	0,40	0,098 – 1,621	0,199
Thời gian dùng thuốc (tháng)	1,46	1,185 – 1,787	< 0,001
Hút thuốc lá	0,18	0,033 – 0,919	0,039

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN nữ (78,2%) cao hơn nam (21,8%), tỷ lệ mắc bệnh giữa nữ/nam là 3,6/1, kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Việt Nam của Lê Đức Hạnh, Bùi Ngọc Huệ (2013) cũng đưa ra nữ mắc bệnh nhiều hơn nam, nữ chiếm 84%, tỷ lệ nữ/nam là 5,26(3). Tuổi trung bình là 42 ± 12 tuổi, tương tự với nghiên cứu của Kim M J và cộng sự (2021) đưa ra tuổi

trung bình là 42 ± 13 tuổi⁽⁴⁾.

Trong nhóm BN điều trị chúng tôi ghi nhận được BN dùng TKGTH chiếm tỷ lệ cao nhất 92,7%, dùng phương pháp khác chiếm 7,3%. Trong nhóm BN dùng TKGTH có 22,7% là mới điều trị ban đầu, 54,5% đang điều trị, 15,5% tái phát. Trong nhóm BN dùng TKGTH có 97,06% BN chỉ định dùng MMI, những BN dùng PTU (2,94%) đều vì gặp tác dụng phụ trên da khi dùng MMI.

MMI là TKGTH được ưu tiên chọn lựa do hiệu quả vượt trội, thêm vào đó thời gian bán thải và thời gian tác dụng dài hơn cho phép sử dụng 1 lần 1 ngày điều này làm tăng sự tuân thủ cho BN, tác dụng phụ của MMI ít nghiêm trọng hơn so với PTU. Vì các báo cáo về tổn thương gan ở những BN đã dùng PTU đã thúc đẩy Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ và Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ đánh giá lại vai trò của PTU trong việc quản lý cường giáp và đưa ra khuyến cáo không nên dùng PTU là chọn lựa ưu tiên.

Đặc điểm lâm sàng của nhóm BN mới mắc cường giáp, trong số các cơ quan bị ảnh hưởng, rõ nét nhất gồm hệ thần kinh, tim mạch, tuyến giáp, mắt, da, cơ một số tuyến nội tiết và rối loạn chuyển hóa, điều hòa thân nhiệt. Theo kết quả khảo sát cho thấy 84% BN có nhịp tim nhanh, 88% BN có dấu hiệu hồi hộp, 64% BN sụt cân, 72% BN có biểu hiện da nóng ẩm. Đặc điểm lâm sàng của nhóm BN đang điều trị (< 2 tháng và ≥ 2 tháng), các triệu chứng của bệnh cường giáp còn xuất hiện, tuy nhiên 100% không còn tần số tim nhanh, cân nặng đã cải thiện với tỷ lệ tăng cân lần lượt ở 2 nhóm là 14,8% và 24%. Nghiên cứu của Goichot B và cộng sự (2016) cũng ghi nhận được các triệu chứng trên BN cường giáp hồi hộp, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, sụt cân, tần số tim nhanh⁽⁵⁾.

Về nồng độ hormon giáp, kết quả nghiên cứu cho thấy BN mới chẩn đoán mắc cường giáp, nồng độ FT3, FT4 100% cao hơn GTBT và cao hơn so với nhóm BN đang điều trị. Tỷ lệ BN đang điều trị đạt được nồng độ FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường trong lần thu thập 1 là 64,9%.

Trong LTT2, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên BN dùng TKGTH đều giảm so với LTT1. Đặc điểm lâm sàng trong LTT2, không ghi nhận trường hợp nào có nhịp tim nhanh trên cả 3 nhóm BN, tỷ lệ tăng cân của nhóm BN mới điều trị, BN đang điều trị < 2 tháng, BN đang điều trị ≥ 2 tháng, lần lượt là 20%, 59,3%, 70%.

Cận lâm sàng trong LTT2, nồng độ FT3, FT4 đều giảm so với lần LTT1, tỷ lệ BN đạt được nồng độ FT3, FT4 về mức bình thường 74,51%. Nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh và cộng sự (2007) cũng cho thấy sau 3 tháng điều trị Basedow bằng PTU, nồng độ T3, FT4, TSH đã trở về bình thường. Nghiên cứu của Nakamura H và cộng sự (2007) đã chọn ngẫu nhiên các BN mắc bệnh Basedow dùng 30mg MMI một lần mỗi ngày hoặc 300mg PTU mỗi ngày chia làm nhiều lần cho thấy rằng vào cuối 12 tuần điều trị, FT4 được bình thường hóa ở 96,5% dùng MMI và 78,3% dùng PTU, FT3 được bình thường hóa ở 90% và 62,9% những người sử dụng MMI và PTU⁽⁶⁾.

Trong 4 yếu tố mà chúng tôi thực hiện khảo sát, có 2 yếu tố liên quan đến kết quả điều trị là thời gian dùng thuốc và hút thuốc lá. Nghiên cứu của Azizi F (2017) cũng cho thấy hút thuốc lá có liên quan đến tỷ lệ thuyên giảm bệnh⁽⁷⁾ và Bandai (2019) tỷ lệ thuyên giảm tăng qua các năm⁽⁸⁾. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận việc điều trị dài hạn có liên quan đến tỷ lệ thuyên giảm cao hơn đáng kể so với điều trị ngắn hạn. Có một mối quan hệ tích cực giữa thời gian dùng thuốc và tỷ lệ thuyên giảm bệnh.

V. KẾT LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu này BN được điều trị bằng TKGTH 92,73%, dùng MMI chiếm 97,06% và PTU 2,94%. BN cường giáp điều trị với TKGTH cải thiện được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Các yếu tố được báo cáo là có liên quan đến kết quả điều trị FT3, FT4 nằm trong khoảng bình thường là thời gian điều trị và thói quen hút thuốc do đó kiến nghị BN xem xét việc dừng hút thuốc lá và kéo dài thời gian dùng thuốc để tình trạng bệnh tiến triển tốt hơn.

Y đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo quyết định số 743/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22/10/2020

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Trung Vinh, Trần Xuân Trường, Ngô Thị Phụng** (2007), "Nghiên cứu thực trạng nồng độ T3, FT4, TSH, TRAb, TPOAb, TgAb, thể tích tuyến giáp và độ tổn thương mắt sau 3 tháng điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp ở bệnh nhân basedow", Tạp chí Y học thực hành, 8 tr. 17-20.
2. **Azizi F, Malboosbaf R** (2017), "Long-Term Antithyroid Drug Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Thyroid*, 27 (10), pp. 1223-1231.
3. **Lê Đức Hạnh, Bùi Ngọc Huệ** (2013), "Nghiên cứu đánh giá một số đặc điểm dịch tễ bệnh Basedow và bệnh mắt Basedow", Tạp chí Y học thực hành.
4. **Kim M J, Kim Y A** (2021), "Secular Trends in Ablation Therapy for Graves' Disease: An Analysis of a 15-Year Experience at a Tertiary Hospital in South Korea", 10 (8).
5. **Goichot B, Caron P, Landron F, Bouée S** (2016), "Clinical presentation of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France: relationships with age, aetiology and hormonal parameters", *Clin Endocrinol (Oxf)*, 84 (3), pp. 445-451.
6. **Nakamura H, Noh J Y, Itoh K, Fukata S, et al** (2007), "Comparison of Methimazole and Propylthiouracil in Patients with Hyperthyroidism Caused by Graves' Disease", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92 (6), pp. 2157-2162.
7. **Azizi F, Malboosbaf R** (2017), "Long-Term Antithyroid Drug Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Thyroid*, 27 (10), pp. 1223-1231.
8. **Bandai S, Okamura K, Fujikawa M, Sato K, et al** (2019), "The long-term follow-up of patients with thionamide-treated Graves' hyperthyroidism", *Endocr J*, 66 (6), pp. 535-545.