

**CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ SUY GIÁP NGƯỜI LỚN
(ATA – AACE 2012)****Lê Văn Chi***Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế*

Vào năm 2012, Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ ATA (*American Thyroid Association*) và Hiệp hội các nhà nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ AACE (*American Association of Clinical Endocrinologists*) đã đưa ra 52 khuyến cáo và tiểu khuyến cáo (subrecommendation) cho điều trị suy giáp người lớn.

Mỗi khuyến cáo được đánh giá dựa trên giá trị khoa học (scientific level) và mức độ khuyến cáo (recommendation grade).

Giá trị khoa học: Chia làm 4 mức độ dựa vào y học bằng chứng:

Mức độ 1: Các thử nghiệm tiền cứu lớn, ngẫu nhiên có đối chứng.

Mức độ 2: Các thử nghiệm tiền cứu có đối chứng, ngẫu nhiên hoặc không; số liệu không nhiều.

Mức độ 3: Số liệu và kết quả từ các nghiên cứu thực nghiệm và không thực nghiệm khác.

Mức độ 4: Ý kiến chuyên gia.

Mức độ khuyến cáo:

Mức độ bằng chứng tốt nhất	Ảnh hưởng của yếu tố chủ quan	2/3 đồng thuận	Điều chỉnh	Mức độ khuyến cáo
1	Không	Có	Trực tiếp	A
2	Tích cực	Có	Lên	A
2	Không	Có	Trực tiếp	B
1	Tiêu cực	Có	Xuống	B
3	Tích cực	Có	Lên	B
3	Không	Có	Trực tiếp	C
2	Tiêu cực	Có	Xuống	C
4	Tích cực	Có	Lên	C
4	Không	Có	Trực tiếp	D
3	Tiêu cực	Có	Xuống	D
1, 2, 3, 4	Không áp dụng	Không	Xuống	D

Khi nào cần định lượng các tự kháng thể kháng giáp?

Khuyến cáo 1: Định lượng TPO-Ab ở bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng.

B 1

Hạ xuống mức độ khuyến cáo B vì bằng chứng tốt nhất chỉ có giá trị tiên lượng. Nếu tự kháng thể kháng giáp (+), tỉ lệ suy giáp mới 4,3%/năm so với 2,6%/năm nếu tự kháng thể kháng giáp (-). Vì vậy, sự hiện diện của TPOAb (+) có thể ảnh hưởng hoặc không ảnh hưởng đến quyết định điều trị.

Khuyến cáo 2: TPOAb giúp phát hiện viêm giáp tự miễn khi nghi ngờ bệnh lý nhân giáp do bệnh lý tự miễn giáp.

D 4

Khuyến cáo 3: Định lượng TPOAb ở bệnh nhân sắp thai tái phát kèm vô sinh hay không.

A 2

Khuyến cáo 4: Định lượng TSHRABs ở phụ nữ có thai bị suy giáp với tiền sử Basedow được điều trị bằng phẫu thuật hay iode phóng xạ trước khi có thai. Thực hiện vào tuần thai 20-26 hoặc trong 3 tháng đầu và nếu TSHRAB tăng trở lại vào tuần thai 20-26.

A 2

- Địa chỉ liên hệ: Lê Văn Chi, email: levanchi65@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.2.16

- Ngày nhận bài: 27/3/2014 * Ngày đồng ý đăng: 10/4/2014 * Ngày xuất bản: 6/5/2014

Nâng lên mức A vì có mối liên quan chặt chẽ giữa hiệu giá TSHRAb cao với bệnh Basedow ở thai hay trẻ sơ sinh

Vai trò của Thang điểm lâm sàng trong chẩn đoán suy giáp?

Khuyến cáo 5: Không nên sử dụng Thang điểm lâm sàng để chẩn đoán suy giáp. A 1

Vai trò của các thăm dò khác ngoài xét nghiệm hormon giáp, TSH trong đánh giá bệnh nhân suy giáp?

Khuyến cáo 6: Không nên sử dụng Thời gian giãn của phản xạ gân gót, cholesterol, và men cơ để chẩn đoán suy giáp. B 2

Ngoài TSH, những xét nghiệm hormon giáp nào được lựa chọn ở bệnh nhân suy giáp?

Khuyến cáo 7: Khi không có thai, nên làm FT4 thay cho T4 toàn phần. Đánh giá T4 tự do huyết thanh bao gồm: chỉ số T4 tự do hoặc ước tính T4 tự do và định lượng T4 tự do bằng XN miễn dịch trực tiếp (sử dụng kháng thể kháng T4). A 1

Chỉ số T4 tự do (FTI: Free Thyroxine Index) $FTI = T4 \text{ toàn phần} \times T \text{ uptake}$. FTI tin cậy hơn khi có bất thường trong việc kết hợp với các protein huyết tương. Giá trị bình thường: nam 1,3 – 4,2; nữ: 1,8 – 5,0.

Khuyến cáo 8: FT4 và TSH được dùng để theo dõi điều trị bằng L-thyroxine. B 1

Hạ xuống mức độ B do được sử dụng chọn lọc.

Khuyến cáo 9: Khi có thai, cần xét nghiệm T4 toàn phần hoặc chỉ số T4 tự do và TSH. Do các xét nghiệm T4 tự do có độ biến động lớn nên xét nghiệm T4 tự do bằng phương pháp miễn dịch trực tiếp chỉ được sử dụng khi có giá trị tham chiếu đặc hiệu cho phương pháp xét nghiệm và cho thai kỳ (mỗi tam cá nguyệt). B 2

Khuyến cáo 10: Không sử dụng T3 toàn phần và T3 tự do để chẩn đoán suy giáp. B 2

Khuyến cáo 11: Chỉ thực hiện xét nghiệm TSH ở bệnh nhân nội trú nếu nghi ngờ có rối loạn chức năng tuyến giáp. A 2

Nâng lên mức A do giá thành và nguy cơ điều trị sai.

Khuyến cáo 12: Bệnh nhân suy giáp trung ương, xét nghiệm T4 tự do hoặc chỉ số T4 tự do để chẩn đoán và theo dõi điều trị suy giáp; không sử dụng TSH. A 1

Ở bệnh nhân suy giáp đang điều trị, khi nào cần xét nghiệm TSH?

Khuyến cáo 13: Ở bệnh nhân đang điều trị suy giáp rõ, cần xét nghiệm TSH sau khi bắt đầu điều trị 4-8 tuần hoặc sau khi thay đổi liều. Khi đã xác định được liều thay thế, kiểm tra TSH sau 6 tháng rồi mỗi 12 tháng; hoặc nhiều hơn tùy vào lâm sàng. B 2

Cần lưu ý điều gì đối với giới hạn bình thường trên của TSH

Khuyến cáo 14.1: Mỗi phòng xét nghiệm có một giá trị tham chiếu cho TSH (xét nghiệm thể hệ thứ 3). Giá trị tham chiếu của TSH thay đổi theo tuổi. Nếu không có giá trị tham chiếu của TSH theo tuổi ở những vùng đủ iode thì lấy giới hạn bình thường trên của TSH là 4,12. $TSH < 4,12 \mu\text{UI/mL}$. B 1

Khuyến cáo 14.2: Khi có thai, sử dụng giá trị bình thường trên cho mỗi tam cá nguyệt (tùy thuộc mỗi phòng xét nghiệm).

Nếu không có giá trị tham chiếu này, giá trị bình thường trên của TSH:

- 3 tháng đầu: 2,5 $\mu\text{UI/mL}$

- 3 tháng giữa: 3,0 $\mu\text{UI/mL}$

- 3 tháng cuối: 3,5 $\mu\text{UI/mL}$

B 2

Khi nào cần điều trị L-thyroxine ở bệnh nhân có TSH cao hơn giá trị tham chiếu của phòng xét nghiệm?

Khuyến cáo 15: $TSH > 10 \mu\text{UI/mL}$ làm tăng nguy cơ suy tim và tử vong do tim mạch, do đó cần điều trị. B 1

Hạ xuống mức độ B do không mang tính khái quát và do các phân tích gộp không bao gồm các nghiên cứu can thiệp, tiến cứu.

Khuyến cáo 16: Nếu TSH cao hơn giá trị tham chiếu và $< 10 \mu\text{UI/mL}$, xem xét điều trị dựa trên các đặc điểm cá nhân nếu có triệu chứng gợi ý suy giáp, TPOAb (+) hoặc có bằng chứng của bệnh lý tim mạch do vữa xơ, suy tim hay có các yếu tố nguy cơ phối hợp của các bệnh lý này. B 1

Hạ xuống mức độ B do không mang tính khái quát và không có các nghiên cứu can thiệp, tiến cứu.

Khi điều trị suy giáp cần đạt TSH mục tiêu bao nhiêu?

Khuyến cáo 17: Ở bệnh nhân suy giáp và không có thai, cần đạt TSH trong giới hạn bình thường của xét nghiệm TSH thể hệ thứ 3. Nếu không có giá trị này, cần đạt $0,45 \mu\text{UI/mL} < \text{TSH} < 4,12 \mu\text{UI/mL}$ ở những vùng đủ iode. B 2

Phụ nữ có thai và đang điều trị suy giáp cần đạt TSH mục tiêu bao nhiêu?

Khuyến cáo 18: Mục tiêu TSH dựa vào giá trị đặc hiệu cho mỗi tam cá nguyệt.

Nếu không có giá trị đặc hiệu, giá trị bình thường trên của TSH:

- 3 tháng đầu: $2,5 \mu\text{UI/mL}$

- 3 tháng giữa: $3,0 \mu\text{UI/mL}$

- 3 tháng cuối: $3,5 \mu\text{UI/mL}$

C 2

Hạ xuống mức C do thiếu nghiên cứu tiến cứu

Bệnh nhân nào với TSH bình thường cần điều trị L-thyroxine?

Khuyến cáo 19.1: Xem xét điều trị bằng L-thyroxine ở:

- Phụ nữ có thai 3 tháng đầu hoặc dự định có thai ngay kể cả hỗ trợ sinh sản với $2,5 \mu\text{UI/mL} < \text{TSH} < \text{giá trị bình thường trên của phòng xét nghiệm}$.

- Phụ nữ có thai 3 tháng giữa với $3,0 \mu\text{UI/mL} < \text{TSH} < \text{giá trị bình thường trên của phòng xét nghiệm}$.

- Phụ nữ có thai 3 tháng cuối với $3,5 \mu\text{UI/mL} < \text{TSH} < \text{giá trị bình thường trên của phòng xét nghiệm}$. B 2

Khuyến cáo 19.2: Nên xem xét điều trị bằng L-thyroxine ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có TSH bình thường khi đang có thai hoặc dự định có thai, bao gồm những người sắp được hỗ trợ sinh sản nếu TPOAb (+) hoặc đã từng (+); nhất là khi có tiền sử sảy thai hoặc bị suy giáp trước đây. B 2

Khuyến cáo 19.3: Nên điều trị L-thyroxine ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đang có thai hoặc dự định có thai, bao gồm những người sắp được hỗ trợ sinh sản nếu TPOAb (+) hoặc đã từng (+) và $\text{TSH} > 2,5 \mu\text{UI/mL}$. B 2

Khuyến cáo 19.4: Phụ nữ có TPOAb (+) hoặc $\text{TSH} > 2,5 \mu\text{UI/mL}$ và hiện không được điều trị bằng L-thyroxine cần được theo dõi mỗi 4 tuần trong 20 tuần đầu của thai kỳ để phát hiện suy giáp. B 2

Cần tầm soát suy giáp ở những đối tượng nào trong số những phụ nữ có thai, hoặc dự định có thai, hoặc có các đặc điểm khác?

Khuyến cáo 20.1.1.: Sàng lọc hàng loạt KHÔNG ĐƯỢC KHUYẾN CÁO cho tất cả phụ nữ đang có thai hoặc dự định có thai, kể cả người đang được hỗ trợ sinh sản. B 1

Khuyến cáo 20.1.2.: Nên “phát hiện suy giáp có chủ đích” (aggressive case finding) hơn là sàng lọc hàng loạt cho những phụ nữ dự định có thai. C 2

Hạ xuống mức C do ngay cả khi suy giáp đã được chẩn đoán, ảnh hưởng của kết cục vẫn chưa được chứng minh.

Khuyến cáo 20.2.: Tầm soát suy giáp ở những bệnh nhân > 60 tuổi. B 1

Hạ xuống mức độ B vì có bằng chứng mạnh cho thấy suy giáp thường gặp ở lứa tuổi này nhưng lại thiếu bằng chứng về ích lợi hay kinh tế.

Khuyến cáo 21: Nên “phát hiện suy giáp có chủ đích” ở những đối tượng có nguy cơ cao bị suy giáp. B 2

Điều trị và theo dõi suy giáp như thế nào?

Khuyến cáo 22.1: Suy giáp cần được điều trị đơn độc bằng L-thyroxine. A 1

Khuyến cáo 22.2: Bằng chứng không ủng hộ điều trị suy giáp bằng phối hợp L-thyroxine và L-triiodothyronine. B 1

Hạ xuống mức độ B do vẫn còn những vấn đề chưa được giải quyết như một số bệnh nhân thích phối hợp này hơn hoặc có một số nhóm bệnh nhân có lợi từ phối hợp này.

Khuyến cáo 22.3: Không phối hợp L-thyroxine và L-triiodothyronine ở phụ nữ đang có thai hay dự định có thai. B 3

Nâng lên mức độ B do nguy cơ gây hại.

Khuyến cáo 22.4: Không có bằng chứng cho thấy tinh chất giáp khô tốt hơn L-thyroxine, vì vậy không nên sử dụng tinh chất giáp khô trong điều trị suy giáp. D 4

Ý kiến của 1 chuyên gia

Khuyến cáo 22.5: Không nên sử dụng 3,5,3'-triiodothyroacetic acid (TRIAC; tiratricol) trong điều trị suy giáp tiên phát và trung ương do những tác dụng có hại được đề cập qua y văn. C 3

Khuyến cáo 22.6: Bệnh nhân điều trị lại bằng L-thyroxine sau khi ngừng (< 6 tuần) và không có bệnh lý tim mạch kèm hay không kèm sụt cân rõ thì có thể dùng lại liều thay thế đầy đủ trước đây. D4

Ý kiến của 1 chuyên gia

Khuyến cáo 22.7.1: Bắt đầu điều trị suy giáp rõ ở người trẻ, khỏe bằng liều thay thế đủ (full replacement dose). B 2

Khuyến cáo 22.7.2: Bắt đầu điều trị suy giáp rõ ở người > 50-60 tuổi và không có bệnh lý tim - mạch vành bằng 50 µg L-thyroxine. D 4

Ý kiến của 1 chuyên gia

Khuyến cáo 22.8: Ở bệnh nhân suy giáp cận lâm sàng, liều L-thyroxine khởi đầu thường thấp hơn so với suy giáp rõ. Liều hàng ngày 25-75 µg, tùy vào mức tăng TSH. Điều chỉnh liều theo đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng (bao gồm TSH). B 2

Khuyến cáo 22.9: Điều trị glucocorticoid trước L-thyroxine ở bệnh nhân bị suy thượng thận kèm suy giáp. B 2

Khuyến cáo 23: Uống đều đặn L-thyroxine với nước 30-60 phút trước ăn sáng hoặc 4h sau ăn tối. Cần bảo quản thuốc đúng cách và không dùng kèm với các chất hoặc thuốc ảnh hưởng hấp thu L-thyroxine. B 2

Khuyến cáo 24: Ở bệnh nhân suy giáp trung ương, sử dụng FT4 để theo dõi điều trị, mục tiêu đạt FT4 trên giới hạn giữa bình thường. B 3

Nâng lên mức độ B do > 50% bệnh nhân suy giáp trung ương được điều trị đầy đủ bằng L-thyroxine có FT4 ở giới hạn này.

Khuyến cáo 25.1: Bệnh nhân suy giáp đang điều trị L-thyroxine mà có thai, cần định lượng TSH ngay khi có thai và điều chỉnh liều L-thyroxine để TSH < 2,5 µUI/ml trong 3 tháng đầu. B 2

Khuyến cáo 25.2: Bệnh nhân suy giáp đang điều trị L-thyroxine mà có thai, mục tiêu TSH trong 3 tháng giữa < 3,0 µUI/ml và trong 3 tháng cuối < 3,5 µUI/ml. C 2

Hạ xuống mức độ C do thiếu các nghiên cứu tiến cứu xác định lợi ích của điều trị.

Khuyến cáo 25.3: Theo dõi TSH (và T4 toàn phần) ở mẹ mỗi 4 tuần trong nửa đầu của thai kỳ và ít nhất một lần từ tuần 26 – 32, điều chỉnh L-thyroxine tương ứng. B 2

Khuyến cáo 26: Bệnh nhân suy giáp đang điều trị L-thyroxine, cần định lượng TSH 4 – 8 tuần sau khi bắt đầu điều trị bằng các thuốc làm giảm khả dụng sinh học hoặc làm thay đổi sự phân bố của L-thyroxine. A 1

Khuyến cáo 27: Ngoài các bệnh nhân có thai được điều trị suy giáp bằng L-thyroxine, bằng chứng hiện tại không ủng hộ các giá trị TSH đặc hiệu nằm trong giới hạn tham chiếu bình thường. B 2

Khi nào cần có sự tham gia của bác sĩ nội tiết trong điều trị bệnh nhân suy giáp?

Khuyến cáo 28: Bác sĩ không chuyên về nội tiết có thể điều trị suy giáp tiên phát nếu biết cách chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên nếu bệnh nhân thuộc các nhóm sau thì nên tham vấn bác sĩ Nội tiết:

- 1) Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ
- 2) Bệnh nhân khó đạt và duy trì bình giáp
- 3) Có thai
- 4) Dự định có thai
- 5) Có bệnh tim
- 6) Có bướu giáp, nhân giáp hoặc thay đổi cấu trúc khác tại tuyến giáp
- 7) Có bệnh lý nội tiết khác kèm như bệnh lý thượng thận, tuyến yên
- 8) Kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp không điển hình
- 9) Suy giáp do nguyên nhân ít gặp: do thuốc ảnh hưởng hấp thụ L-thyroxine, tổng hợp và tiết

hormon giáp, ảnh hưởng trực dưới đồi-yên-giáp (trực tiếp hay gián tiếp); tăng thanh thải hoặc chuyển hóa hormon ở ngoại biên. C 3

Bệnh nhân nào không cần điều trị hormon giáp?

Khuyến cáo 29: Không dùng hormon giáp để điều trị các triệu chứng nghi ngờ suy giáp mà không có xét nghiệm để xác định chẩn đoán. B 2

Khuyến cáo 30: Không dùng hormon giáp để điều trị béo phì ở người bình giáp. A2

Nâng lên mức độ A do nguy cơ gây hại.

Khuyến cáo 31: Không có đủ bằng chứng ủng hộ việc sử dụng hormon giáp để điều trị trầm cảm ở bệnh nhân bình giáp. B 2

Vai trò của chất bổ sung iode, chế phẩm bổ sung vào chế độ ăn, thực phẩm dinh dưỡng (nutraceuticals) trong điều trị suy giáp?

Khuyến cáo 32.1: Không nên sử dụng chất bổ sung iode, bao gồm rong biển hay các thực phẩm chức năng có iode, trong điều trị suy giáp ở những vùng đủ iode. C 3

Khuyến cáo 32.2: Không sử dụng chất bổ sung iode dưới dạng rong biển hay các sản phẩm nguồn gốc từ rong biển để điều trị thiếu iode ở phụ nữ có thai. D 4

Ý kiến của 1 chuyên gia

Khuyến cáo 33: Không dùng selenium để dự phòng hay điều trị suy giáp. B 2

Khuyến cáo 34: Nên thông báo cho bệnh nhân đang sử dụng các chế phẩm bổ sung vào chế độ ăn và thực phẩm dinh dưỡng về việc các sản phẩm này không có tác dụng điều trị suy giáp, cũng như nguy cơ có hại nhất là các loại có chứa iode hay amin tương tự giao cảm hoặc thuốc ghi nhãn “hỗ trợ tuyến giáp” vì có thể trộn với L-thyroxine hay L-triiodothyronine. D 4

Ý kiến 1 chuyên gia

Lược dịch từ *Clinical Practice Guidelines for Hypothyroidism in Adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association.*

Jeffrey R. Garber, Rhoda H. Cobin, Hossein Gharib et al (2012)
Thyroid, 22(12), pp. 1200-1224.