

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ XẠ HÌNH BỆNH NHÂN NHIỄM ĐỘC GIÁP

Study on clinical features, ultrasound imaging and scintigraphy of thyrotoxicosis patients

Lê Thị Mỹ Hiền*, Hoàng Minh Lợi*,
Đào Thị Dừa*, Nguyễn Thu Thủy*

SUMMARY

The cross section study on 36 patients at the Endocrinology - Neurology - Respiratory Department of Hue Central Hospital, from May 2010 to September 2011. The main clinical symptoms: palpitation, heart rate >90bpm, finger and hands tremors, weight loss, thyroid gland enlargement, systolic murmur at thyroid gland. Thyroid Scintigraphy: The major signs are irregular margins, thyroid gland enlargement, and high iodine-131thyroid imaging. Thyroid Ultrasonography: Most patients have enlargement thyroid volume, hypoechogenicity, irregular margins and hypervascularity. An increased mean peak systolic velocity of the thyroid artery is significantly characteristic. There was tied correlation between thyroid weight on Scintigraphy and thyroid volume on Ultrasonography, between peak diastolic velocity and T3 level, between peak systolic velocity and TSH level ($p < 0,05$).

*Bệnh viện Trung Ương Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm độc giáp có kèm tăng hoạt giáp (hay cường giáp- Hyperthyroidism) là nguyên nhân thường gặp nhất ở nước ta, điển hình là bệnh Basedow. Nhiễm độc giáp gây tăng tiết liên tục hormone giáp, dẫn đến biểu hiện lâm sàng ở hầu hết các cơ quan và gây nên các biến đổi về chuyển hóa protid, lipid, carbon hydrat... Chẩn đoán cường giáp cần kết hợp giữa lâm sàng với kết quả cận lâm sàng. Trong đó, siêu âm tuyến giáp (TG) là một trong những phương pháp thăm dò hình thái, cấu trúc và kích thước của TG khách quan, an toàn, chính xác, rẻ tiền, dễ thực hiện và không xâm nhập. Định lượng hormone TG (T3, T4, FT3, FT4) và kích giáp tố TSH là một xét nghiệm sinh học cơ bản và không thể thiếu được trong chẩn đoán hội chứng nhiễm độc giáp. Ngoài ra, xạ hình TG cũng là một trong những xét nghiệm rất cần thiết trong việc chẩn đoán hội chứng nhiễm độc giáp.

Đề tài nhằm các mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh siêu âm và xạ hình ở bệnh nhân (BN) nhiễm độc giáp. Tìm mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm và xạ hình với lâm sàng và cận lâm trong chẩn đoán nhiễm độc giáp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

36 BN đã được chẩn đoán là có hội chứng nhiễm độc giáp lần đầu chưa điều trị gì tại Phòng khám ngoại trú khoa Nội tiết - Thần kinh - Hô hấp - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2010 – 8/2011.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, cắt ngang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh siêu âm và xạ hình ở BN nhiễm độc giáp

1.1. Một số đặc điểm lâm sàng thường gặp

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng của nhiễm độc giáp

Biểu hiện tim mạch	N	% (n=36)
Hồi hộp	33	91,7
Khó thở	21	58,3
Nhịp tim nhanh (≥ 90 /p)	31	86,1

Biểu hiện tim mạch	N	% (n=36)
Run tay	33	91,7
Sút cân	30	83,3
Vã mồ hôi	30	83,3
Lồi mắt	3	8,3
Cơ cơ mi	4	11,1

Bảng 2. Biểu hiện tại TG qua thăm khám lâm sàng

Biểu hiện tại TG		N	%
Di động khi nuốt		36	100
Độ lớn bướu giáp	O	1	2,8
	IA	10	27,8
	IB	15	41,7
	II	8	22,2
	III	2	5,6
Mật độ bướu giáp	Mềm	27	75,0
	Chắc	9	25,0
Tính chất bướu giáp	Lan tỏa	34	94,4
	Đơn nhân	1	2,8
	Đa nhân	0	0
	Không có BG	1	2,8
Có tiếng thổi tại bướu giáp		22	61,1

Bảng 3. Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán xác định	N	%
Basedow	35	97,2
U tuyến độc TG	1	2,8

1.2. Nồng độ hormone giáp

Bảng 4. Nồng độ trung bình hormone giáp

Hormone giáp	Nồng độ trung bình
T3 (ng/ml)	4,74 ± 1,56
FT4 (pmol/l)	58,51 ± 32,22
TSH (μ UI/ml)	0,075 ± 0.077

1.3. Xạ hình TG

Bảng 5. Trọng lượng trung bình TG trên xạ hình

Trọng lượng trung bình (g)	Biên độ (g)
23,52 ± 4,11	17,36 – 31,5

Bảng 6. Hình ảnh xạ hình TG

Đặc điểm	Hình ảnh TG trên xạ hình	N	Tỉ lệ %
VỊ TRÍ	Nằm đúng vị trí	36	100
	Nằm thấp hơn vị trí bình thường	0	0
BỜ TUYẾN	Bờ đều	5	13,9
	Bờ không đều	31	86,1
KÍCH THƯỚC	Không phì đại	9	25
	Phì đại lan tỏa	27	75
EO TUYẾN	Eo tuyến bình thường	2	5,6
	Eo tuyến nở	34	94,4
MẬT ĐỘ PHÓNG XẠ	Mật độ HTPX đều, lan tỏa toàn tuyến	2	5,6
	Mật độ HTPX không đều	2	5,6
	Tăng HTPX đồng đều toàn tuyến	26	72,2
	Giảm HTPX đồng đều toàn tuyến	1	2,8
	Tăng HTPX hỗn hợp lan tỏa cả hai bên	4	11,1
	Tăng HTPX lan tỏa bên thùy phải, thùy trái không có	1	2,8

1.4. Siêu âm TG

Bảng 7. Kích thước và thể tích TG qua siêu âm

Thùy phải			Thùy trái			Thể tích (ml)		
Rộng (cm)	Dày (cm)	Dài (cm)	Rộng (cm)	Dày (cm)	Dài (cm)	V phải	V trái	V chung
2,71 ±0,33	2,35 ±0,21	5,42 ±0,6	2,37 ±0,24	2,22 ±0,16	5,28 ±0,56	16,78 ±4,29	14,06 ±3,06	30,84 ±7,12

Bảng 8. Đặc điểm hình ảnh của nhóm siêu âm

Mô tả		N	%
Vị trí	Vị trí giải phẫu bình thường	36	100
Bờ	Bờ đều	3	8,3
	Bờ không đều	33	91,7
	Tổng số	36	100
Độ hồi âm	Hồi âm đều	4	11,1
	Hồi âm không đều	31	86,1
	Hồi âm dạng nhân	1	2,8
	Tổng số	36	100

Mô tả		N		%			
Tăng sinh mạch	Có	31		86,1			
	Không	5		13,9			
	Tổng số	36		100			
Hình ảnh tổn thương	Các dạng tổn thương		Thùy phải		Thùy trái		
			N	%	N	%	
	Đồng âm đều		2	5,6	2	5,6	
	Tăng âm đều		1	2,8	1	2,8	
	Giảm âm đều		23	63,9	23	63,9	
	Âm hỗn hợp	Giảm âm + dải xơ xen kẽ		2	5,6	1	2,8
		Giảm âm + nốt vôi hóa		1	2,8	1	2,8
		Giảm âm + nốt vôi hóa + dải xơ		1	2,0	1	2,8
		Giảm âm + nốt giảm âm nhỏ rải rác + dải xơ		4	11,2	3	9,4
		Giảm âm + nốt giảm âm nhỏ rải rác + dải xơ + nốt vôi		1	2,8	2	5,6
Hỗn hợp âm + nốt giảm âm rải rác + nốt vôi		1	2,8	2	5,6		
Tổng số		10	27,8	10	27,8		
Tổng số		36	100	36	100		

Bảng 9. Giá trị trung bình chỉ số huyết động bằng siêu âm Doppler

Chỉ số huyết động	Giá trị trung bình	Biên độ
PSV (cm/s)	100,12 ± 9,09	87,2 – 117,2
PDV (cm/s)	55,7 ± 5,66	43,4 – 65,5
RI	0,46 ± 0,02	0,43 – 0,56

2. Mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm và xạ hình với lâm sàng, cận lâm trong chẩn đoán nhiễm độc giáp

2.1. Độ phù hợp giữa bứu giáp mạch qua thăm khám lâm sàng và siêu âm Doppler TG

Bảng 10. Độ phù hợp giữa khám lâm sàng bứu giáp có tiếng thổi và siêu âm Doppler TG có tăng sinh mạch máu

Dấu tăng sinh mạch máu/SA \ Dấu bứu mạch/LS	Không	Có	Tổng
Không	5	9	14
Có	0	22	22
Tổng	5	31	36
Hệ số Kappa	K = 0,404, p<0,05		

2.2. Mối liên quan giữa trọng lượng TG trên xạ hình và thể tích TG trên siêu âm với độ lớn TG trên lâm sàng

Bảng 11. Mối tương quan giữa trọng lượng TG trên xạ hình và thể tích TG trên siêu âm

R	P
0,58	0,0002

2.3. Độ phù hợp giữa hình ảnh siêu âm với xạ hình TG của BN nhiễm độc giáp

Bảng 12. Độ phù hợp của bờ TG giữa siêu âm và xạ hình TG của BN nhiễm độc giáp

Bờ tuyến/XH \ Bờ tuyến/SA	Không đều	Đều	Tổng
Không đều	30	3	33
Đều	1	2	3
Tổng	31	5	36
Hệ số Kappa	K = 0,442; p<0,05		

Bảng 13. Độ phù hợp giữa độ hồi âm TG trên siêu âm và mật độ phóng xạ TG trên xạ hình của BN nhiễm độc giáp

Mật độ phóng xạ/ XH \ Độ hồi âm/ SA	Đồng âm đều	Tăng âm đều	Giảm âm đều	Hỗn hợp âm	Tổng
HTPX đều BT	0	0	1	1	2
Giảm HTPX	0	0	0	1	1
Tăng HTPX	2	1	20	3	26
HTPX không đều	0	0	2	5	7
Tổng	2	1	23	10	36
Hệ số Kappa	K = 0,28; p<0,05				

2.4. Mối tương quan giữa các chỉ số huyết động với trọng lượng TG qua xạ hình và nồng độ hormone TG

Bảng 14. Mối tương quan giữa các chỉ số huyết động với trọng lượng TG và nồng độ hormone

Chỉ số huyết động	Trọng lượng TG (gr)		T3 (ng/dl)		FT4 (ng/dl)		TSH (μUI/ml)	
	R	P	R	P	R	P	R	P
PSV (cm/s)	- 0,13	0,43	0,53	0,0008	0,39	0,018	-0,42	0,0101
PDV (cm/s)	- 0,1	0,55	0,49	0,002	0,32	0,057	-0,54	0,0006
RI	-0,35	0,84	-0,08	0,64	0,35	0,84	0,45	0,0061

IV. BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm thường gặp

Lâm sàng

Hai triệu chứng cơ năng tim mạch thường gặp nhất trong cường giáp là hồi hộp (97,1%) và nhịp tim nhanh (86,1%). Run tay chiếm tỉ lệ rất cao là 91,7%, là dấu chứng rất thường gặp và hầu như bao giờ cũng có, cũng là một trong những triệu chứng khiến BN đến khám. Các triệu chứng sút cân, vã mồ hôi đều chiếm tỉ lệ là 83,3%.

Bệnh lý mắt chiếm tỉ lệ 19,4%, trong đó, co cơ mi chiếm 11,1%; lồi mắt thực sự (nhấn cầu bị đẩy ra phía trước rõ rệt, viêm loét giác mạc, phù nề mi mắt và viêm kết mạc) chiếm 8,3%. Biểu hiện ở mắt chiếm tỉ lệ thấp nhưng đây là triệu chứng đặc hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh.

Nghiên cứu của Đỗ Trung Quân và cs (2000): qua 1975 BN nhiễm độc giáp, nhịp tim nhanh chiếm 89%, run tay chiếm 98%, gầy sút chiếm 99,6% lồi mắt thực sự chiếm 7,3%; co cơ mi 11,7%. Theo Đào Thị Dừa (2010) nghiên cứu qua 174 BN Basedow điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung Ương Huế, hồi hộp chiếm tỉ lệ cao nhất 100%, run tay 97,7%, yếu cơ 51,15%, sút cân 89,6%, lồi mắt 45%. Qua đó thấy rằng kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với các tác giả trên. Biểu hiện tại TG qua thăm khám lâm sàng bướu giáp di động khi nuốt chiếm tỉ lệ 100%. Sở dĩ như vậy vì TG có một vỏ bao được tạo ra từ lớp cân sâu gắn vào sụn giáp nên TG di động theo thanh quản. Mật độ, tính chất của bướu giáp là mềm - đàn hồi chiếm 75%; chắc chiếm 25%. Bướu giáp lan tỏa chiếm tỉ lệ cao nhất 94,4%; đơn nhân chiếm 2,8% và không có bướu giáp cũng chiếm 2,8%. Sở dĩ bướu giáp lan tỏa là chủ yếu vì trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh Basedow chiếm tỉ lệ rất cao (97,2%), tỉ lệ bướu u tuyệt độc TG rất thấp (2,7%). Hơn nữa, trong Basedow bướu giáp lan tỏa là chính còn tỉ lệ không có bướu giáp rất thấp.

Xạ hình

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi qua 36 BN nhiễm độc giáp thu được trọng lượng trung bình TG là $23,52 \pm 4,11$ g, thấp nhất là 16,4g, cao nhất là 31,5g.

Quan sát trên hình ảnh xạ hình ở những BN nhiễm độc giáp chủ yếu là hình ảnh phì đại lan tỏa về diện tích cả hai thùy (75%), eo tuyến nữ (94,4%), bờ tuyến không đều (85,1%). Về kết quả của mật độ

phóng xạ, đại đa số là tăng HTPX đồng đều (72,2%), tăng HTPX hỗn hợp, lan tỏa hai bên chiếm 11,1%. Một số BN mật độ HTPX không đồng đều khi có những tổn thương kết hợp xen kẽ như nốt vôi, dải xơ chiếm tỉ lệ thấp 5,6%. Ngoài ra tác giả Lương Linh Hà còn thống kê một số trường hợp hiếm gặp như giảm HTPX hỗn hợp bên phải, tăng HTPX bên trái và tăng HTPX lan tỏa bên thùy trái, thùy phải không có mà trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy. Có lẽ do chọn mẫu và cỡ mẫu nhỏ.

Siêu âm

Thể tích trung bình TG của BN nhiễm độc giáp V = $31,31 \pm 7,81$ cm³. Như vậy, thể tích TG ở BN nhiễm độc giáp của chúng tôi gấp khoảng 1,7 - 2 lần ở người bình thường.

Về đặc điểm hồi âm, TG của BN nhiễm độc giáp chủ yếu là hình ảnh giảm âm đồng đều toàn tuyến (tỉ lệ 63,9%), có một mẫu hồi âm dạng nhân tương ứng với chẩn đoán lâm sàng bướu giáp độc đơn nhân chiếm 2,8%. Trong 35 BN Basedow chúng tôi thấy 33 mẫu giảm âm (chiếm 94,3%), phù hợp với nhận định của nhiều tác giả trong và ngoài nước do trong Basedow, TG có giảm chất keo, tăng sinh mạch máu và thâm nhiễm Lympho bào, chúng tôi thấy 86,1% BN có tăng sinh mạch máu. Đây cũng là hình ảnh đáng lưu ý trong chẩn đoán siêu âm bệnh lý Basedow. Ngoài ra, bờ không đồng đều (chiếm tỉ lệ 91,7%) thường kết hợp nhiều tổn thương trên cả hai thùy lan tỏa giảm âm, không đều, dải xơ và những nốt vôi (hình ảnh tăng âm có bóng cản âm rõ) xen kẽ trong mô tuyến. Những tuyến có kết hợp nhiều tổn thương có trên BN mà khám lâm sàng và bướu giáp lớn, chắc hoặc sờ thấy lổn nhổn và trên một BN có thời gian mắc bệnh lâu năm [8]. Giá trị trung bình vận tốc đỉnh tâm thu, tâm trương ở nhóm nhiễm độc giáp của chúng tôi luôn cao hơn giá trị trung bình ở nhóm người khỏe mạnh, PSV tăng gấp 2,75 - 4,4 lần và PDV tăng gấp 3,66 - 5,84 lần. Chỉ số trở kháng ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi thì giảm 0,76 - 0,85 lần. Sự biến đổi của các chỉ số trên tạo ra do một số nguyên nhân xuất hiện ở một số BN nhiễm độc giáp, đó là tình trạng tim tăng động, tăng mạch máu tân tạo trên TG. Như vậy, chỉ số PSV vận tốc đỉnh tâm thu (PSV) luôn luôn tăng rất cao (> 70cm/s) cũng là một trong những chỉ số đáng chú ý trong chẩn đoán siêu âm nhiễm độc giáp.

2. Mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm và xạ hình với lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán nhiễm độc giáp

Độ phù hợp giữa bướu giáp mạch qua thăm khám lâm sàng và hình ảnh tăng sinh mạch máu qua siêu âm màu TG

Giữa hai kết quả khám lâm sàng và siêu âm Doppler TG có sự phù hợp ở mức độ trung bình, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bướu mạch là triệu chứng có giá trị chẩn đoán bệnh vì nó phản ánh tình trạng rối loạn huyết động tại TG. Mức độ tăng sinh mạch máu trong siêu âm Doppler TG tùy thuộc vào bệnh sử và mức độ nhiễm độc giáp trên lâm sàng. Kết quả của hai phương pháp được coi là phù hợp nhiều nếu hệ số Kappa $\geq 70\%$. Như vậy, siêu âm và lâm sàng chưa đạt được sự phù hợp.

Mối liên quan giữa trọng lượng TG trên xạ hình và thể tích TG trên siêu âm với độ lớn TG trên lâm sàng

Chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa trọng lượng trung bình, thể tích trung bình TG với độ lớn bướu giáp và giữa các độ lớn của bướu giáp trên lâm sàng, có mối tương quan mức độ chặt ($R = 0,58$) có ý nghĩa ($p < 0,001$) giữa trọng lượng trên xạ hình và thể tích TG trên siêu âm. Theo Nakamura O. (1999) trọng lượng TG tính theo công thức Okubo T chênh lệch so với trên CT Scanner là 2,6%. Còn theo Gimondo P., Mirk P. và cs (1993) nhận thấy xác định thể tích TG bằng siêu âm tương đối chính xác, độ sai lệch 8%. Có thể nhận định việc sử dụng siêu âm để đo thể tích có thể đảm bảo độ tin cậy cần thiết. Theo chúng tôi chỉ nên tiến hành làm xạ hình cho BN nhiễm độc giáp khi cần đánh giá hình ảnh chức năng TG của BN hơn là chỉ để tính trọng lượng TG.

Độ phù hợp giữa hình ảnh siêu âm với xạ hình TG của BN nhiễm độc giáp

Có sự phù hợp mức độ trung bình giữa bờ TG, hình ảnh phì đại TG trên siêu âm và xạ hình, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự phù hợp giữa độ hồi âm TG trên siêu âm và mật độ phóng xạ TG trên xạ hình của BN nhiễm độc giáp ở mức độ ít ($p < 0,05$). Đáng lưu ý siêu âm ghi nhận 10 BN (chiếm 27,8%) có hình ảnh hỗn hợp âm bao gồm giảm âm kèm nốt giảm âm nhỏ rải rác hay kèm nốt vôi hóa hay dải xơ thì trên xạ hình chỉ ghi nhận HTPX không đều bao gồm tăng hay giảm HTPX hỗn

hợp 7 BN (19,4%). Như vậy, phát hiện các tổn thương và miêu tả cấu trúc tổn thương là ưu thế của siêu âm. Nhưng để đánh giá chức năng hoạt động của tuyến lại là ưu điểm của xạ hình.

Mối tương quan giữa các tỉ số huyết động với trọng lượng TG và nồng độ hormone

Các chỉ số huyết động trên TG biến đổi tùy thuộc vào mức độ hoạt động của bệnh. Nhiều tác giả cũng đều nhận thấy có sự biến đổi của các chỉ số huyết động mạch máu TG ở BN cường giáp trước và sau điều trị. Tương tự, khi quan sát mối liên quan giữa các chỉ số huyết động trên TG với trọng lượng TG, nồng độ hormone T3, FT4, TSH, nhiều tác giả đã nhận thấy có sự liên quan chặt chẽ. Theo kết quả của chúng tôi có mối tương quan thuận mức độ chặt có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa PSV và PDV với nồng độ T3 ($R = 0,53$ và $R = 0,49$), giữa PDV với nồng độ TSH ($R = -0,54$). Có mối tương quan mức độ vừa có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa PSV và RI với nồng độ TSH ($R = -0,42$ và $R = 0,45$). Giữa PSV và nồng độ FT4 trong máu có mối tương quan yếu ($R = 0,39$) có ý nghĩa ($p < 0,05$). Tuy nhiên, do số lượng nghiên cứu còn ít chúng tôi chưa xác định được mối tương quan có ý nghĩa giữa chỉ số RI với nồng độ hormone giáp T3, FT4 và trọng lượng TG ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Nhiễm độc giáp rất hay gặp trong bệnh lý nội tiết trong đó nguyên nhân do Basedow thường gặp nhất. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là gầy sút, run tay, bướu giáp, mạch nhanh, bệnh lý mắt. Xét nghiệm T3, FT4 tăng và TSH giảm. Trọng lượng trung bình TG qua xạ hình tăng, hình ảnh xạ hình TG của nhiễm độc giáp chủ yếu là bờ không đều, phì đại lan tỏa, eo tuyến nở và tăng hoạt tính phóng xạ đồng đều toàn tuyến. Thể tích TG trung bình qua siêu âm tăng, hình ảnh siêu âm TG của nhiễm độc giáp là bờ, mật độ không đều, giảm âm đồng đều và có tăng sinh mạch máu. Vận tốc đỉnh tâm thu luôn luôn tăng là dấu hiệu đáng chú ý, có thể có vận tốc đỉnh tâm trương tăng và chỉ số trở kháng giảm.

Có mối tương quan mức độ chặt giữa thể tích TG trên siêu âm, trọng lượng TG trên xạ hình và mối tương quan mức độ yếu giữa vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc đỉnh tâm trương trên siêu âm Doppler với trọng lượng TG trên xạ hình ($p < 0,05$). Có sự phù hợp mức độ trung

bình giữa bờ tuyến, hình ảnh phì đại TG trên siêu âm với xạ hình và sự phù hợp mức độ ít giữa độ hồi âm TG trên siêu âm với mật độ phóng xạ TG trên xạ hình ($p < 0,05$).

Có sự phù hợp mức độ trung bình giữa bước giáp mạch qua lâm sàng và siêu âm Doppler TG ($p < 0,05$).

Có mối tương quan mức độ chặt giữa vận tốc đỉnh

tâm trương - nồng độ TSH và vận tốc đỉnh tâm thu trên siêu âm Doppler - nồng độ T3. Có mối tương quan mức độ vừa giữa vận tốc đỉnh tâm thu - nồng độ FT4, TSH, giữa vận tốc đỉnh tâm trương - nồng độ T3, giữa chỉ số trở kháng - nồng độ TSH. Có mối tương quan mức độ yếu giữa thể tích TG trên siêu âm với nồng độ T3, FT4, TSH ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trung Hưng, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm cận lâm sàng ở BN cường giáp", Luận văn thạc sĩ Y học, 2005 tr. 1-69.

2. Nguyễn Thu Hương, Nguyễn Kim Lương, Hoàng Minh Tâm, Trần Nguyễn Giang, Hoàng Trung Vinh, "Đánh giá các chỉ số huyết động TG bằng siêu âm Doppler ở BN Basedow và bước TG lan tỏa lạnh tính", Tạp chí y học Thực hành, Kỹ yếu toàn văn, các đề tài khoa học, 2008 tr. 394-399.

3. Nguyễn Xuân Nguyễn Phách, "Chẩn đoán chức năng TG bằng phương pháp y học hạt nhân", Tạp chí Y học Việt Nam, 2003 tr. 64.

4. Thái Hồng Quang, "Bệnh TG", Bệnh nội tiết, Nhà xuất bản Y học, 2003 tr. 106-143.

5. Nguyễn Hải Thủy, Chẩn đoán và điều trị bệnh TG, Nhà xuất bản Y học, 2000 tr. 27-30, 61-104, 146-300.

6. Ito Yasuhiro, Amino Nobuyuki, Miyauchi Akira, "Thyroid Ultrasonography", World Journal of Surgery, Springer, 2009 pp. 1171-1180.

7. Kharchenko Vladimir P., Kotlyarov Peter M., Mogutov Mikhail S., Alexandrov Yury K., Sencha Alexander N., Patruncov Yury N., Belyaev Denis V., "Diffuse changes of the thyroid gland", Ultrasound diagnostics of thyroid diseases, Springer, 2010 pp. 57-71.

8. Ralls Philip W., Mayekawa Donald S., Lee Kelvin P., Coletti Patrick M., Radin D. Randall, Boswell William D., Halls James M. "Color-Flow Doppler Sonography in Graves disease: Thyroid inferno", 2009 pp. 781-784.

9. Uchida Toyoyoshi, Takeno Kageumi, Goto Masahiro, Kanno Rei, Kubo Sayaka, Takahashi Satomi, Azuma Kousuke, Sakai Ken, Fujitani Yoshio, Hirose Takahisa, Kawamori Ryuzo, and Watada Hirota, "Superior thyroid artery mean peak systolic velocity for the diagnosis of thyrotoxicosis in Japanese patients", Endocrine Journal, 57 (5), 2010 pp. 439-443.

TÓM TẮT

Nhóm nghiên cứu có 36 BN nhiễm độc giáp đến khám và điều trị tại khoa Nội tiết - Thần kinh - Hô hấp, Bệnh viện Trung Ương Huế, từ tháng 5/2010 đến 9/2011. Kết quả cho thấy: các triệu chứng lâm sàng chủ yếu vẫn là các triệu chứng kinh điển như hồi hộp, nhịp tim nhanh >90 lần/phút, run tay, sút cân, bước giáp lan tỏa, tiếng thổi tâm thu tại khối u. Hình ảnh xạ hình của nhiễm độc giáp chủ yếu là bờ không đều, phì đại lan tỏa và tăng hoạt tính phóng xạ đồng đều toàn tuyến. Siêu âm nhiễm độc giáp chủ yếu là tuyến giáp (TG) lớn, bờ không đều, giảm âm đồng đều và có tăng sinh mạch máu. Vận tốc đỉnh tâm thu luôn luôn tăng là dấu hiệu đáng chú ý. Có mối tương quan mức độ chặt giữa trọng lượng trên xạ hình và thể tích trên siêu âm; giữa vận tốc đỉnh tâm trương với nồng độ T3 và giữa vận tốc đỉnh tâm thu với nồng độ TSH có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

NGƯỜI THĂM ĐỊNH: PGS. Vũ Long