

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TUYẾN GIÁP MẠN TÍNH HASHIMOTO

Trần Thị Bích Liên¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu trên tổng 72 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto theo Leslie J De Groot¹ khám và điều trị tại khoa Nội tiết- Đái tháo đường, khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai từ 1/2008 đến 9/2012 sau khi loại trừ bệnh nhân có: Tiền sử phẫu thuật tuyến giáp, phụ nữ có thai, các loại viêm tuyến giáp khác. **Tiêu chuẩn đánh giá:** thể tích tuyến giáp², nồng độ anti-TPO ≥ 34 UI/ml được cho là anti-TPO (+) và ngược lại, chức năng tuyến giáp³. **Kết quả:** viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto gặp ở nữ nhiều hơn nam (87,5% và 12,5%), chủ yếu gặp ở độ tuổi 40-60 (50%); triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là mệt mỏi (84,7%); nồng độ anti-TPO trung bình là $357,3 \pm 243,36$ UI/ml, nồng độ FT4 trung bình là $4,62 \pm 4,32$ pmol/l, nồng độ TSH trung bình là $73,66 \pm 36,67$ μ U/ml. Trong nhóm bệnh nhân có anti-TPO (+), gặp chủ yếu là bệnh nhân suy giáp lâm sàng (87,5%). Có mối tương quan nghịch biến giữa TSH với FT4 và thể tích tuyến giáp; tương quan đồng biến giữa thể tích tuyến giáp và FT4. **Kết luận:** Triệu chứng mệt mỏi gặp nhiều nhất, suy giáp lâm sàng ở bệnh nhân có nồng độ anti-TPO dương tính chiếm chủ yếu; có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ giữa TSH và FT4. **Từ khóa:** Hashimoto

SUMMARY

REVIEW OF CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC THYROIDITIS HASHIMOTO

Objective: Review of clinical and para-clinical characteristics of patients with chronic Hashimoto's thyroiditis. **Research subjects and methods:** cross-sectional, retrospective study on a total of 72 patients diagnosed with chronic Hashimoto's thyroiditis according to Leslie J De Groot¹ examination and treatment at the Department of Endocrinology - Diabetes, On-Demand Examination Department of Bach Mai Hospital from January 2008 to September 2012 after excluding patients with: History of thyroid surgery, pregnant women, other types of thyroiditis. **Evaluation criteria:** thyroid volume², anti-TPO concentration ≥ 34 UI/ml is considered anti-TPO (+) and vice versa, thyroid function³. **Results:** Hashimoto's chronic thyroiditis is more common in

women than in men (87.5% and 12.5%), mainly in the age group of 40-60 (50%); The most common clinical symptom is fatigue (84.7%); The average anti-TPO concentration is 357.3 ± 243.36 UI/ml, the average FT4 concentration is 4.62 ± 4.32 pmol/l, the average TSH concentration is 73.66 ± 36.67 μ U/ml. In the group of patients with anti-TPO (+), mainly patients with clinical hypothyroidism (87.5%). There is a negative correlation between TSH, FT4 and thyroid volume; Positive correlation between thyroid volume and FT4. **Conclusion:** The most common symptom of fatigue is clinical hypothyroidism in patients with positive anti-TPO levels; There is a strong negative correlation between TSH and FT4.

Keywords: Hashimoto

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến giáp là một trong những bệnh lý hay gặp. Trong các bệnh lý tuyến giáp, viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto (viêm tuyến giáp lympho bào mạn tính) là một bệnh tự miễn dịch, có sự hiện diện của các kháng thể kháng giáp trong máu. Theo một số nghiên cứu trên thế giới viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto xảy ra ưu thế ở nữ giới, nữ/nam = 9-10/1 và tuổi thường gặp ở lứa tuổi trung niên⁴. Bệnh tuyến giáp tự miễn có thể phối hợp với một số bệnh tự miễn khác như: bệnh Addison, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp⁵. Khi bị viêm tuyến giáp mạn tính thường dẫn đến hậu quả là tuyến giáp sẽ bị tổn thương dần dần, khả năng sản xuất hormone tuyến giáp bị giảm gây suy giáp. Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là nguyên nhân gây suy giáp tại tuyến chiếm tỷ lệ khá cao 35%⁶. Ở Việt Nam nghiên cứu về bệnh lý tuyến giáp như Basedow, suy giáp đã được quan tâm nhiều, tuy nhiên viêm tuyến giáp đặc biệt là viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto ít được quan tâm và chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto được điều trị tại khoa Nội tiết-ĐTĐ Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2011.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Liên

Email: drlien0498@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

- Tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường, khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai (từ tháng 1/2012 đến tháng 9/2012) được chẩn đoán xác định viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto (HT)

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto của Leslie J De Groot¹: Bệnh nhân có bướu giáp lan tỏa và anti-TPO (+); Hoặc bệnh nhân có triệu chứng suy giáp lâm sàng và anti-TPO (+); Hoặc bệnh nhân có kết quả tế bào học tuyến giáp là viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto; Trường hợp đặc biệt: bệnh nhân có anti-TPO (+), không có rối loạn chức năng tuyến giáp, cũng không có bướu giáp đều được chẩn đoán là viêm tuyến giáp Hashimoto.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.

Các bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu khi có một trong các yếu tố sau: Tiền sử phẫu thuật tuyến giáp, Phụ nữ có thai, Viêm tuyến giáp sau sinh, Các loại viêm tuyến giáp khác, Không đồng ý/ hoặc không làm được xét nghiệm chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ, dưới hướng dẫn của siêu âm khi có chỉ định

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn đánh giá: thể tích tuyến giáp², nồng độ anti-TPO ≥ 34 UI/ml được cho là anti-TPO (+) và ngược lại, chức năng tuyến giáp³

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích trên máy tính có cài đặt chương trình phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

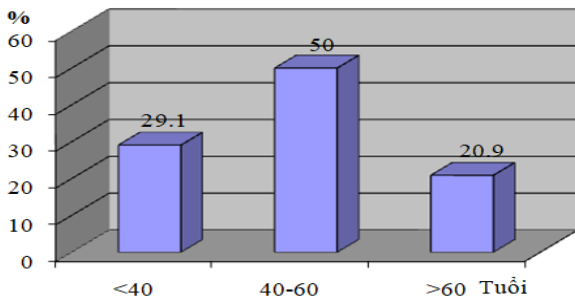
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 72 bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường và khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto

3.1.1 Đặc điểm chung

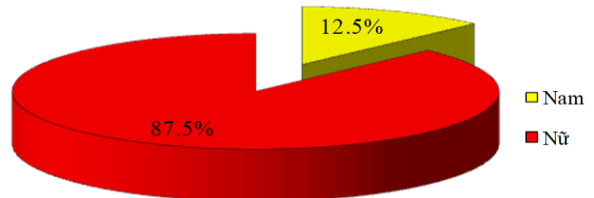
a. Tuổi



Biểu đồ 3.1: Phân bố tuổi của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là: $49,32 \pm 14,85$ tuổi. Tuổi ít nhất là 21 tuổi, cao nhất là 83 tuổi. Số bệnh nhân trong độ tuổi 40 đến 60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất: 50%.

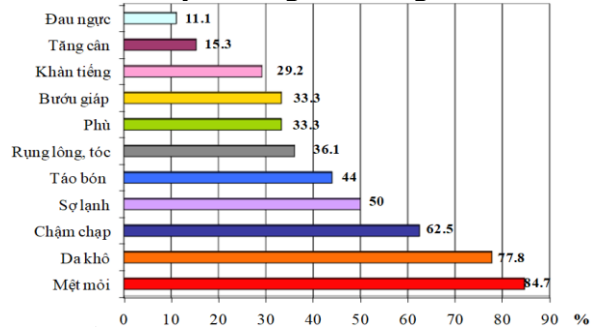
b. Giới



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ phân bố bệnh theo giới

Nhận xét: Chúng tôi gặp cả hai giới trong nhóm bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân nữ bị viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto cao hơn nhiều so với bệnh nhân nam, có đến 63 bệnh nhân nữ trong tổng số 72 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 87,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 3.3: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Nhận xét: Mệt mỏi là triệu chứng thường gặp nhất 61/72 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 84,7%; tiếp đến là các biểu hiện da 56/72 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 77,8%; chậm chạp 45/72 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 62,5% và sợ lạnh 36/72 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 50%; các triệu chứng ít gặp hơn là khàn tiếng 21/72 bệnh nhân (29,2%), tăng cân 11/72 bệnh nhân (15,3%), đau ngực 8/72 bệnh nhân (11,1%).

3.1.3. Viêm tuyến giáp Hashimoto phối hợp với các bệnh tự miễn khác

Bảng 3.1: Tỷ lệ các bệnh tự miễn phối hợp

Các bệnh tự miễn phối hợp	n	%
Bệnh Addison	1	1,39
Bệnh lupus ban đỏ hệ thống	1	1,39

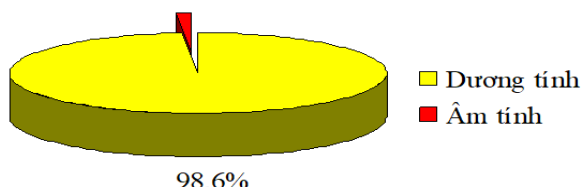
Nhận xét: Trong số 72 bệnh nhân VTG mạn tính Hashimoto chúng tôi chỉ gặp 1 bệnh nhân Addison và 1 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, đều chiếm tỷ lệ 1,39%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm nồng độ anti-TPO

*Nồng độ anti-TPO trung bình: 357,3 ± 243,36 UI/ml, nồng độ anti-TPO thấp nhất là 33,74 UI/ml (1 bệnh nhân); cao nhất là ≥ 600 UI/ml (27 bệnh nhân).

* Tỷ lệ nhóm có anti-TPO (+) và anti-TPO (-) ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto



Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ nhóm có anti-TPO (+) và anti-TPO (-) ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto

Nhận xét: Trong tổng số 72 bệnh nhân viêm tuyến giáp Hashimoto, số bệnh nhân có anti-TPO (+) chiếm tỷ lệ rất cao 98,6% (71/72 bệnh nhân), chỉ có 1 bệnh nhân anti-TPO (-), chiếm tỷ lệ 1,4%.

3.2.2. Đặc điểm FT3, FT4, TSH

Bảng 3.2: Nồng độ FT3, FT4, TSH

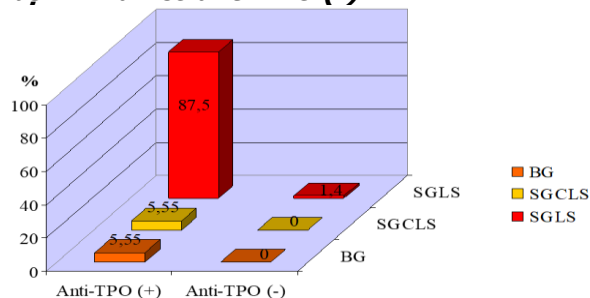
Nồng độ	X ± SD
FT3 (pmol/l)	1,65 ± 1,29
FT4 (pmol/l)	4,62 ± 4,32
TSH (μU/ml)	73,66 ± 36,67

Nhận xét: - Nồng độ hormone FT3 trung bình trong nhóm nghiên cứu là: 1,65 ± 1,29 pmol/l. Trong đó nồng độ FT3 thấp nhất là 0,25 pmol/l (1 bệnh nhân); cao nhất là 4,0 pmol/l.

- Nồng độ hormon FT4 trung bình trong nhóm nghiên cứu là 4,62 ± 4,32 pmol/l. Trong đó nồng độ FT4 thấp nhất là 0,25 pmol/l; cao nhất là 18,68 pmol/l.

- Nồng độ TSH trung bình là 73,66 ± 36,67 μU/ml. Trong đó nồng độ TSH thấp nhất là 1,3 μU/ml, cao nhất là ≥ 100 μU/ml (32 bệnh nhân).

3.2.3. Đặc điểm chức năng tuyến giáp ở nhóm bệnh nhân có anti-TPO (+) và nhóm bệnh nhân có anti-TPO (-)



Biểu đồ 3.5: Đặc điểm chức năng tuyến giáp ở nhóm bệnh nhân có anti-TPO (+) và

nhóm bệnh nhân có anti-TPO (-)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có anti-TPO (+), chúng tôi gặp cả bệnh nhân có chức năng tuyến giáp bình giáp, suy giáp cận lâm sàng, suy giáp lâm sàng nhưng chủ yếu là bệnh nhân có suy giáp lâm sàng (63/72 bệnh nhân), chiếm tỷ lệ 87,5%. Trong nhóm bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có anti-TPO (-), chỉ có duy nhất 1 bệnh nhân suy giáp lâm sàng, chiếm tỷ lệ 1,4%.

3.2.4. Thể tích tuyến giáp

Bảng 3.3: Thể tích tuyến giáp trên siêu âm

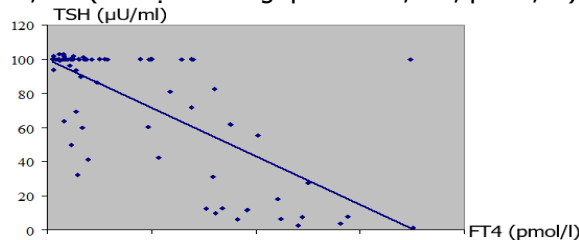
Thể tích tuyến giáp	n	%
Tuyến giáp teo	18	25
Tuyến giáp bình thường	45	62,5
Tuyến giáp phì đại	9	12,5

Nhận xét: Khi đánh giá thể tích tuyến giáp dựa vào các kích thước của tuyến giáp trên siêu âm chúng tôi nhận thấy: có 62,5% (45/72) bệnh nhân có thể tích tuyến giáp bình thường; 12,5% bệnh nhân có tuyến giáp phì đại; đặc biệt có 25% (18/72) bệnh nhân có kích thước teo nhỏ.

3.2.5. Môi tương quan giữa một số xét nghiệm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

a. Môi tương quan giữa nồng độ FT4 và nồng độ TSH

* Nồng độ TSH = (- 5,591) x nồng độ FT4 + 99,472 (với hệ số tương quan r = 0,735; p < 0,01)

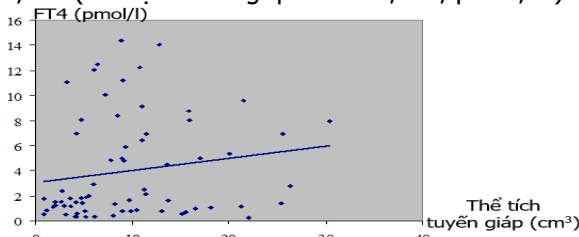


Biểu đồ 3.6: Tương quan giữa FT4 và TSH

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ giữa nồng độ TSH với nồng độ FT4, tức là khi nồng độ FT4 giảm nồng độ TSH tăng.

b. Tương quan giữa thể tích tuyến giáp và FT4, TSH.

*Nồng độ FT4 = 0,164 x Thể tích tuyến giáp + 2,956 (với hệ số tương quan r = 0,242; p = 0,04)

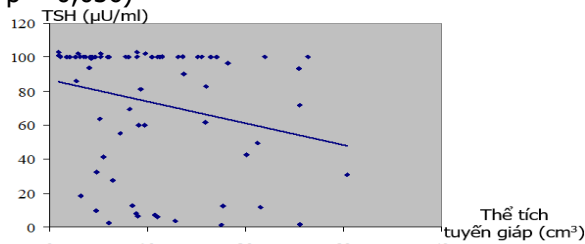


Biểu đồ 3.7: Tương quan giữa thể tích

tuyến giáp và nồng độ hormone FT4

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy giữa nồng độ FT4 và thể tích tuyến giáp ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có mối tương quan đồng biến, tức là khi thể tích tuyến giáp tăng thì nồng độ FT4 tăng, thể tích tuyến giáp giảm thì nồng độ FT4 giảm, với hệ số tương quan $r = 0,242$; $p = 0,04$.

*Nồng độ TSH = $(- 1,274) \times$ Thể tích tuyến giáp + 86,552 (với hệ số tương quan $r = 0,247$; $p = 0,036$)



Biểu đồ 3.8: Tương quan giữa thể tích tuyến giáp và nồng độ hormone TSH

Nhận xét: Ở nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có mối tương quan nghịch biến giữa nồng độ TSH và thể tích tuyến giáp, có nghĩa là thể tích tuyến giáp càng nhỏ thì nồng độ TSH càng tăng, và ngược lại, với hệ số tương quan $r = 0,247$; $p = 0,036$.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto**

4.1.1. Tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các bệnh nhân là $49,32 \pm 14,85$ tuổi. Bệnh nhân tuổi ít nhất là 21 tuổi, tuổi cao nhất là 83 tuổi. Số bệnh nhân trong độ tuổi 40-60 hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 50%. Theo nghiên cứu của tác giả Kristien và cộng sự tuổi trung bình của bệnh nhân khi được phát hiện viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là 42,5 tuổi⁵. Như vậy, tuổi trung bình của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có sự khác biệt này có thể do số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ít hơn. Theo Eranga và cộng sự⁷ thì lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 60, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

4.1.2. Giới. Trong 72 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto gặp ở nữ nhiều hơn nam: 87,5% và 12,5%, với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài^{5,7}. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ/nam = 7/1, kết quả này cũng gần giống với một số tác giả khác: theo Kristien và cộng sự nữ/nam = 6,28/1⁵, còn theo Eranga

và cộng sự thì tỷ lệ này là 10,3/1⁷.

4.1.3. Triệu chứng lâm sàng. Trong các triệu chứng lâm sàng thì mệt mỏi là triệu chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 84,7%, tiếp theo là các triệu chứng: da khô, chậm chạp, sợ lạnh... Thứ tự thường gặp các triệu chứng về cơ bản cũng gần tương tự tác giả Hoàng Tiến Hưng². Điều này có thể là do bệnh nhân gây suy giáp tại tuyến trong nghiên cứu của Hoàng Tiến Hưng chủ yếu là bệnh nhân bị viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto. Mệt mỏi là triệu chứng hay gặp nhất, song lại không phải là triệu chứng đặc hiệu của bệnh nên trên thực tế lâm sàng bệnh nhân thường chủ quan hoặc cho rằng có tuổi thì mệt nên không đi khám bệnh. Vì vậy, các bệnh nhân thường đi khám ở giai đoạn đã muộn khi có biểu hiện lâm sàng của suy giáp rõ rệt.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.2.1. Hormon tuyến giáp FT3, FT4. Ngày nay nhờ sự tiến bộ về mặt kỹ thuật, các kỹ thuật cao cho phép định lượng chính xác nhiều loại hormon, trong đó có hormones tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ FT3 trung bình là $1,65 \pm 1,29$ pmol/l; nồng độ FT4 trung bình là $4,62 \pm 4,32$ pmol/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự kết quả của tác giả Hoàng Tiến Hưng⁶. Có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ giữa nồng độ FT4 và nồng độ TSH.

4.2.2. Hormon kích thích tuyến giáp của tuyến yên TSH. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ hormon TSH trung bình là $73,66 \pm 36,67$ µU/ml; còn theo tác giả Hoàng Tiến Hưng nồng độ TSH trung bình là $75,53 \pm 33,98$ µU/ml⁶. Nồng độ TSH trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn và không phải tất cả các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều bị suy giáp.

4.2.3. Nồng độ anti-TPO. Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto do rối loạn miễn dịch, trong đó các tế bào lympho nhạy cảm với các kháng nguyên của tuyến giáp và xuất hiện các tự kháng thể phản ứng với các kháng nguyên này. Tuy nhiên, không phải tất cả bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto đều tăng nồng độ anti-TPO (khoảng 90% bệnh nhân)⁴. Ở trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có tăng nồng độ anti-TPO chiếm tỷ lệ 98,6%. Nồng độ anti-TPO trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 357,3 UI/ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Tiến Hưng: nồng độ anti-TPO trung bình ở nhóm suy

giáp tại tuyến do viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là 357,08⁶. Theo nghiên cứu Whichkham tỷ lệ chuyển thành suy giáp lâm sàng là 4,3%/năm nếu có tăng cả nồng độ anti-TPO và TSH; 2,1% nếu chỉ có tăng nồng độ anti-TPO; sau 20 năm, 55% phụ nữ sẽ chuyển sang giai đoạn suy giáp nếu cả nồng độ anti-TPO và TSH tăng cao và 27% nếu chỉ có tăng nồng độ anti-TPO. Do đó những bệnh nhân có nồng độ anti-TPO tăng mà chưa có suy giáp thì cần theo dõi và xét nghiệm hormon tuyến giáp định kỳ hàng năm để phát hiện sớm suy giáp và điều trị kịp thời.

4.2.4. Chức năng tuyến giáp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Chức năng tuyến giáp của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto trong nghiên cứu của chúng tôi gặp cả suy giáp lâm sàng, suy giáp cận lâm sàng và bình giáp như của tác giả Anca Staii⁸. Tuy nhiên, xét riêng tỷ lệ từng nhóm thì có sự khác nhau giữa kết quả của chúng tôi và tác giả này (bình giáp tương ứng chiếm tỷ lệ 5,55% và 46,1%; suy giáp cận lâm sàng chiếm tỷ lệ 5,55% và 8,8%; suy giáp lâm sàng chiếm tỷ lệ 88,9% và 45,1%)⁸. Có sự khác biệt này có thể là do các vùng địa lý khác nhau, sự quan tâm của người dân về bệnh là khác nhau nên đến khám bệnh ở các giai đoạn khác nhau và cũng có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi bé hơn. Cũng theo Anca Staii⁸: anti-TPO (+), anti-TPO (-) gặp ở cả nhóm bình giáp, suy giáp cận lâm sàng, suy giáp lâm sàng; còn trong nghiên cứu của chúng tôi anti-TPO (+) cũng gặp ở cả nhóm bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có chức năng tuyến giáp bình giáp, suy giáp cận lâm sàng, suy giáp lâm sàng, còn anti-TPO (-) chỉ gặp trong suy giáp lâm sàng. Có thể, điểm mốc để phân biệt anti-TPO (+) và anti-TPO (-) khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả này. Tuy nhiên, chúng ta có thể nhận thấy rằng: cả nghiên cứu của chúng tôi và của Anca Staii đều gặp bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto ở nhóm anti-TPO (-), điều đó có nghĩa là không phải tất cả bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto đều có tăng anti-TPO. Do vậy, bệnh nhân nghi ngờ suy giáp là do nguyên nhân tại tuyến, anti-TPO không tăng cũng không thể loại trừ bệnh nhân không bị viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto. Trong trường hợp này, chúng ta cần làm thêm xét nghiệm chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm để khẳng định chẩn đoán.

4.2.5. Thể tích tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,5% bệnh nhân có thể tích tuyến giáp bình thường; 12,5% bệnh nhân

có thể tích tuyến giáp phì đại; 25% bệnh nhân có thể tích tuyến giáp teo nhỏ. Theo tác giả Elizabeth N. Pearce⁴ teo tuyến giáp chiếm tỷ lệ khoảng 10 % bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân có thể tích tuyến giáp teo nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả này. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đến khám bệnh ở giai đoạn muộn – khi tuyến giáp đã teo nhỏ. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Choang trong 3 năm (từ 1993 đến 1995) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương thấy có sự tương quan đồng biến giữa thể tích tuyến giáp và nồng độ FT₄; tương quan nghịch biến giữa thể tích tuyến giáp và nồng độ TSH⁹. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả này.

4.3. Các bệnh tự miễn phối hợp. Viêm tuyến giáp Hashimoto là một bệnh tự miễn có thể phối hợp với một số bệnh tự miễn khác như: bệnh Addison; lupus ban đỏ hệ thống; viêm khớp dạng thấp⁵. Kristien Boelaert và cộng sự¹⁰: tiến hành nghiên cứu 3286 bệnh nhân trong đó Anh, trong thời gian 6 năm, thu được kết quả: tỷ lệ bệnh Addison, lupus ban đỏ hệ thống lần lượt là 1,41%; 0,61%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto phối hợp với bệnh Addison và lupus ban đỏ hệ thống đều chiếm tỷ lệ 1,39% (1/72 bệnh nhân). Như vậy tỷ lệ bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có phối hợp với bệnh Addison trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, còn tỷ lệ bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có phối hợp với bệnh lupus ban đỏ hệ thống cao hơn kết quả của tác giả Kristien Boelaert. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn, thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn của tác giả này.

V. KẾT LUẬN

Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam = 7/1. Lứa tuổi hay gặp nhất từ 40-60 tuổi. Triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là mệt mỏi (84,7%). Giá trị nồng độ anti-TPO trung bình là 357,3 ± 243,36 UI/ml. Có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ giữa TSH và FT₄.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akamizu, Amino N. Y., and De Groot (2007) "Hashimoto's Thyroiditis", [Http://www.Thyroidmanager.Org](http://www.Thyroidmanager.Org).
2. Phạm Minh Thông, Đào Danh Vĩnh (2011), "Siêu Âm Tuyến Giáp", Siêu Âm Tổng Quát, Nhà Xuất Bản Đại Học Huế, Tr.454-458,485-487.

3. **Colin M. Dayan, M.D., Ph.D., and Gilbert H. Daniels, M.D** (1996), "Chronic Autoimmune Thyroid", The NEJM, Volume 335 Number 2.
4. **Elizabeth N. Pearce** (2003), "Thyroiditis", NEJM, 384:2646-55.
5. **Kristien Boelaert** (2010), "Prevalence and Relative Risk of Other Autoimmune Diseases in Subjects with Autoimmune Thyroid Disease", The American Journal of Medicine, 123:183.E1-183.E9.
6. **Hoàng Tiên Hưng, Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2009), "Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Một Số Nguyên Nhân Hay Gặp ở Bệnh Nhân Suy Giáp Tại Tuyển", Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Eranga Himalee Siriweera** (2010), "Profile of Hashimoto's Thyroiditis in Sri Lankans: Is There an Increased Risk of Ancillary Pathologies in Hashimoto's Thyroiditis?", Journal of Thyroid Research.
8. **Anca Staii** (2010), "Hashimoto Thyroiditis Is More Frequency than Expected When Diagnosed by Cytology Which Uncovers a Pre-Clinical State", Thyroid Research.
9. **Phạm Văn Choang** (2000), "Kết quả siêu âm tuyến giáp trong ba năm 1993-1995 tại Bệnh viện Nội tiết", Kỷ yếu toàn văn công trình nghiên cứu khoa học Nội tiết và chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, tr. 23-26.
10. **Livolsi VA** (1994), "The Pathology of Autoimmune Thyroid Disease: A Review", Thyroid, 4:333-9.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH CHI PHÍ BỊ TỪ CHỐI THANH TOÁN TRONG KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA MEDIC BÌNH DƯƠNG NĂM 2023 - 2024

Nguyễn Thị Hồng Loan¹, Phạm Văn Linh²
Huỳnh Minh Chín³, Lê Nguyễn Đăng Khoa³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, thanh toán theo dịch vụ vẫn là phương thức thanh toán chủ yếu được áp dụng chung đối với dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. Việc từ chối thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngày càng tăng, gây khó khăn cho các cơ sở khám chữa bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỷ lệ chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương năm 2022-2023. 2. Xác định một số nguyên nhân của chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. 3. Đánh giá kết quả can thiệp chi phí bị từ chối thanh toán trong khám và điều trị bảo hiểm y tế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu kết hợp can thiệp không nhóm chứng trên tất cả hồ sơ giám định chi phí khám và điều trị của người bệnh. **Kết quả:** Trong giai đoạn từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023, trong 140472 hồ sơ được đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế, có 6654 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 4,5%) bị từ chối thanh toán. Các lý do hồ sơ bị từ chối thanh toán phổ biến như: chi phí hành chính, chi phí thủ thuật - phẫu thuật. Sau can thiệp, trong giai đoạn từ tháng 7/2023 đến tháng 12/2023, trong 86947 hồ sơ được đề nghị thanh toán bảo hiểm y tế, có 1546 hồ sơ (chiếm tỷ lệ 1,8%) bị từ chối thanh toán. Tỷ lệ hồ sơ từ chối thanh toán giảm có ý nghĩa thống kê sau can thiệp với CSHQ của hình thức

điều trị nội trú là 40,9%, ngoại trú là 62,5%, chung là 60,7% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Cần thường xuyên tổ chức tập huấn, đào tạo liên tục về các quy định và hướng dẫn của bảo hiểm y tế để giảm thiểu các lỗi có thể dẫn đến từ chối thanh toán bảo hiểm xã hội.

Từ khóa: bảo hiểm y tế, từ chối thanh toán, nguyên nhân, hiệu quả

SUMMARY

STUDY ON THE SITUATION OF REFUSED PAYMENT COSTS IN HEALTH INSURANCE EXAMINATION AND TREATMENT AND INTERVENTION RESULTS AT MEDIC BINH DUONG GENERAL HOSPITAL 2023 - 2024

Background: In Vietnam, service-based payment remains the primary method used for health insurance examination and treatment services. The increasing refusal of payment for health insurance medical expenses poses challenges for healthcare facilities. **Objectives:** 1) To determine the rate of refused payment costs in health insurance examination and treatment at Medic Binh Duong General Hospital in 2022-2023. 2) To identify some reasons for the refusal of payment costs in health insurance examination and treatment. 3) To evaluate the intervention results regarding refused payment costs in health insurance examination and treatment. **Materials and methods:** The study uses a descriptive retrospective method combined with a non-controlled intervention on all cost verification records of patients' examinations and treatments. **Results:** During the period from April 2022 to March 2023, cost verification for health insurance examination and treatment was conducted on 140,472 records submitted for payment, with 6,654 records (accounting for 4.5%) being refused payment. Common reasons for refusal included: administrative

¹Bệnh viện Đa khoa Medic Bình Dương

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chín

Email: bschinkhnv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024