

thuốc nền tảng kết hợp giữa các nhóm tuổi là khác nhau và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo đó, tỷ lệ phối hợp 3 nhóm thuốc điều trị ở người bệnh có độ tuổi từ 50 tuổi trở lên thì thấp hơn nhóm tuổi dưới 50 tuổi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chưa thấy có sự liên quan giữa nhóm tuổi đến việc lựa chọn thuốc các nhóm thuốc nền tảng. Về yếu tố mức độ suy tim và EF trong nghiên cứu được ghi nhận là chưa có liên quan đến việc có sử dụng, phối hợp các thuốc và chỉ định sử dụng các nhóm thuốc trụ cột để điều trị cho người bệnh. Điều này có thể do số lượng mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn.

V. KẾT LUẬN

Đa phần người bệnh được chỉ định sử dụng ít nhất một nhóm thuốc nền tảng và thường dùng phác đồ phối hợp 2 nhóm thuốc. Độ tuổi người bệnh có liên quan đến việc lựa chọn các thuốc các nhóm thuốc và phối hợp các thuốc nền tảng. Phần trăm EF và phân độ suy tim theo NYHA thì không có liên quan việc lựa chọn và phối hợp các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn, Ban hành kèm theo quyết định số 1587/QĐ-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2022, Hà Nội.
2. **Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam**, Khuyến cáo của hội tim mạch quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn - 2022. 2022, tr 12 - 39.
3. **Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Nguyễn Đình Quốc Anh, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa**, Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của hội tim mạch châu Âu 2016. 2020, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 25 (2), 35 - 41.
4. **Phan Đình Phong, Phạm Thị Mai Hương và cộng sự** (2024), Thực trạng sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim mạn tính có phân suất tống máu giảm tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai. 2024, Tạp chí Y học Việt Nam, 535(1B).
5. **Trần Đại Cường, Phạm Dương Lành và Hoàng Văn Sỹ**. Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tống máu khác nhau. 2024, Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1B).
6. **Pooja D, Pardeep S, et al.** Heart failure with reduced ejection fraction: comparison of patient characteristics and clinical outcomes within Asia and between Asia, Europe and the Americas. 2019, European Journal of Heart Failure, 21, 577-587.
7. **Shah KS, Xu H, Matsouaka RA, et al.** Heart Failure With Preserved, Borderline, and Reduced Ejection Fraction: 5-Year Outcomes. 2017, Journal Am Coll Cardiol, 70 (20), pp. 2476-2486.
8. **Teng THK, Tromp J, Tay WT, Anand I, et al.** Prescribing patterns of evidence-based heart failure pharmacotherapy and outcomes in the ASIAN-HF registry: a cohort study. 2018, The Lancet Global Health, 6(9), e1008-e1018.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ TRAB VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG BỆNH GRAVE'S Ở TRẺ EM

Cần Thị Bích Ngọc¹, Nguyễn Ngọc Khánh¹

TÓM TẮT

Bệnh Grave's là một trong những bệnh cường chức năng tuyến giáp tiên phát thường gặp nhất trong số bệnh nhân nhiễm độc giáp. Xét nghiệm TRAb cùng với các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng góp phần vào tiên lượng bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả mối liên quan giữa tự kháng thể TRAb với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong bệnh Grave's ở trẻ em. **Đối tượng:** 58 trẻ chẩn đoán bệnh Grave's tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 11 năm 2024. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 41/17 (2,4:1) với tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$ tuổi. Chỉ số TRAb tại các thời điểm chẩn đoán, kết thúc điều trị tấn công và giai đoạn duy trì lần lượt là: $22,4 \pm 11,3$; $15,6 \pm 11,4$ và $8,8 \pm 8,1$

U/L. Không có sự khác biệt về chỉ số TRAb ở hai nhóm trẻ dưới 10 tuổi và nhóm 10-18 tuổi. Chỉ số TRAb ở nhóm trẻ có bướu giáp độ 2 và độ 3 cao hơn hẳn nhóm trẻ có bướu giáp độ 1 tại các thời điểm chẩn đoán, kết thúc điều trị tấn công và giai đoạn duy trì ($p < 0,05$). Có mối tương quan nghịch giữa chỉ số TRAb và TSH tại giai đoạn điều trị duy trì với hệ số tương quan là 0,47. **Kết luận:** Nồng độ TRAb cao hơn ở nhóm trẻ có bướu giáp độ 2 và độ 3 so với nhóm trẻ có bướu giáp độ 1, nồng độ TRAb tương quan nghịch với chỉ số TSH ở giai đoạn duy trì. **Khuyến nghị:** Các bác sỹ lâm sàng cần đánh giá toàn diện mức độ bướu giáp, theo dõi các chỉ số xét nghiệm gồm có FT4, T3, TSH và TRAb trong quá trình theo dõi bệnh để đưa ra quyết định lâm sàng chính xác và điều trị hiệu quả người bệnh bằng phương pháp nội khoa. **Từ khóa:** Bệnh Grave's, TRAb, bướu giáp, TSH, trẻ em.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SERUM TRAB AND SOME CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES OF GRAVE'S DISEASE IN CHILDREN

Grave's disease is one of the most common

¹Bệnh viện Nhi Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Cần Thị Bích Ngọc
Email: ngocctb@nch.gov.vn
Ngày nhận bài: 5.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025
Ngày duyệt bài: 13.5.2025

primary hyperthyroidism among patients with thyrotoxicosis. Serum TRAb level, along with clinical and biochemical indicators, contributes to the prognosis of the disease. **Objective:** Describe the relationship between serum TRAb level and some clinical and biochemical characteristics of Grave's disease in children. **Subjects:** 58 children diagnosed with Grave's disease at Vietnam National Children's Hospital from January 2021 to November 2024. **Methods:** Cross-sectional, retrospective, prospective. **Results:** The female: male ratio was 41/17 (2.4:1) with a mean age of 9.6 ± 3.1 years. TRAb level at the time of diagnosis, end of induction treatment and maintenance phase were: 22.4 ± 11.3 , 15.6 ± 11.4 , and 8.8 ± 8.1 U/L, respectively. There was no difference in TRAb level between two groups: under 10 years old and 10-18 years old. TRAb level of the group with grade 2-3 goiter was significantly higher than that in the group with grade 1 goiter at the time of diagnosis, end of induction treatment and maintenance phase ($p < 0.05$). There was an inverse correlation between TRAb index and TSH index in the maintenance phase with a correlation coefficient of 0.47. **Conclusion:** TRAb level was higher in the group with grade 2-3 goiter compared to the group with grade 1 goiter, TRAb level was inversely correlated with serum TSH level in the maintenance phase. **Recommendation:** Clinicians need to comprehensively assess the level of goiter, monitor biochemistry including serum FT4, T3, TSH and TRAb levels during the monitoring process to make accurate clinical decisions and effectively treat children with medicine. **Keywords:** Grave's disease, TRAb, goiter, TSH, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Grave's là một trong những bệnh cường chức năng tuyến giáp tiên phát thường gặp nhất trong số bệnh nhân nhiễm độc giáp [1]. Đây là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ em và đặc biệt là ở giai đoạn đầu thời thơ ấu, nhưng nghiêm trọng hơn, thể hiện qua nồng độ tự kháng thể thyrotropin receptor antibody (TRAb) tăng cao ở trẻ dưới 5 tuổi [2]. Tỷ lệ mắc tăng theo tuổi, từ 0,1/100.000 ở trẻ em đến 3/100.000 ở thanh thiếu niên [3].

Bệnh Grave's là một trong những bệnh lý tự miễn liên quan đến tự kháng thể TRAb. TRAb đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh và là xét nghiệm tiêu chuẩn để chẩn đoán phân biệt cường giáp do bệnh Grave's với các nguyên nhân khác [4]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tự kháng thể TRAb có giá trị quan trọng trong điều trị và tiên lượng ổn định bệnh [4, 5].

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trong thực hành chẩn đoán và điều trị cho nhiều trẻ mắc bệnh Grave's, việc theo dõi các biểu hiện bệnh, các chỉ số xét nghiệm góp phần vào tiên lượng bệnh – yếu tố có vai trò quyết định tới hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu

với mục tiêu: "Mô tả mối liên quan giữa tự kháng thể TRAb với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong bệnh Grave's ở trẻ em", nhằm giúp các nhà lâm sàng nhi khoa hiểu rõ hơn về tương quan của các chỉ số này giúp tiên lượng bệnh tốt hơn, có cơ sở để tư vấn người bệnh tăng cường tuân thủ điều trị dài hạn, giúp tăng hiệu quả điều trị bệnh Grave's ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 58 trẻ được chẩn đoán bệnh Grave's tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 11 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Trẻ từ 2-18 tuổi được chẩn đoán xác định bệnh Grave's theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế [1]:
 - + Bướu tuyến giáp to lan tỏa (hoặc hỗn hợp).
 - + Nhịp tim nhanh thường xuyên.
 - + Lồi mắt.
 - + Mệt mỏi, nóng bức, ra nhiều mồ hôi, ăn nhiều, uống nhiều, sút cân.
 - + Thay đổi tính tình, dễ cáu gắt, rối loạn giấc ngủ, yếu hoặc liệt cơ chu kỳ, run tay đầu ngón.
 - + TSH giảm $< 0,1 \mu\text{UI/mL}$, free thyroxine (FT4) tăng $> 25 \text{ pmol/L}$ và/hoặc triiodothyronine (T3) tăng $> 3 \text{ nmol/L}$, TRAb tăng $> 1,58 \text{ U/L}$.
- Trẻ được điều trị theo phác đồ và theo dõi định kỳ

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh Grave's nặng: có biến chứng tim, cơn nhiễm độc giáp, phải điều trị ngoại khoa hoặc tia xạ vì mắc bệnh khác.
- Nhiễm độc giáp không phải do bệnh Grave's: bướu đơn nhân độc, bướu đa nhân độc, viêm tuyến giáp bán cấp giai đoạn nhiễm độc giáp, viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto giai đoạn nhiễm độc giáp, nhiễm độc giáp do sử dụng L-Thyroxine.
- Trẻ mắc bệnh Grave's có bệnh lý kết hợp như: suy gan, suy thận, suy tim, bệnh hệ thống hoặc kèm bệnh mạn tính khác như đái tháo đường, bệnh tự miễn khác.
- Cha mẹ trẻ hoặc người giám hộ không đồng ý tham gia.
- Hồ sơ bệnh án hồi cứu không đầy đủ thông tin.

Thu thập các chỉ số lâm sàng: tuổi, giới, các dấu hiệu lâm sàng của bệnh Grave's.

Thu thập các chỉ số xét nghiệm: FT4, T3, TSH, TRAb tại các thời điểm: chẩn đoán, kết thúc giai đoạn tấn công, giai đoạn điều trị duy trì (thời điểm đánh giá cuối cùng).

Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm Epi Info 7, SPSS và Epical 2000 với các phương pháp: Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh bằng kiểm định Student T test. Đồ thị mối tương quan giữa các đặc điểm.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Các xét nghiệm trẻ được làm là cần thiết để chẩn đoán bệnh, điều trị và theo dõi.
- Các thủ thuật thu nhận bệnh phẩm được tiến hành theo quy trình để đảm bảo an toàn cho trẻ.
- Nghiên cứu chỉ quan sát mô tả, không can thiệp vào quá trình điều trị.
- Các thông tin của trẻ được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N	%
Tuổi	< 9 tuổi	21	36,2
	9-13 tuổi	26	44,8
	14-18 tuổi	11	19
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	9,6 $\pm$ 3,1	
Giới tính	Nam	17	29,3
	Nữ	41	70,7
Tổng		58	100

Nhận xét: Nhóm trẻ 9-13 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ trẻ nữ mắc bệnh Grave's chiếm đa số.

Bảng 3.2. Diễn biến xét nghiệm trong quá trình điều trị

Chỉ số	Thời điểm chẩn đoán ($\bar{X} \pm SD$)	Kết thúc giai đoạn tấn công ($\bar{X} \pm SD$)	Giai đoạn duy trì – thời điểm đánh giá cuối cùng ($\bar{X} \pm SD$)	p
FT4 (pmol/L)	80,9 $\pm$ 48,8	19,5 $\pm$ 16,7	19,9 $\pm$ 14,4	<0,05
T3 (nmol/L)	7,9 $\pm$ 4,1	4,6 $\pm$ 1,2	4,6 $\pm$ 1,2	<0,05
TSH (mU/L)	0,006 $\pm$ 0,0053	7,6 $\pm$ 14,6	3,8 $\pm$ 4,1	<0,05
TRAb (U/L)	22,4 $\pm$ 11,3	15,6 $\pm$ 11,4	8,8 $\pm$ 8,1	<0,05

Nhận xét: Các chỉ số FT4, T3, TSH cải thiện rõ rệt ngay từ khi kết thúc giai đoạn tấn công với giá trị xét nghiệm nằm trong khoảng hoặc gần khoảng tham chiếu. Chỉ số TRAb có cải thiện rõ rệt qua các giai đoạn.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa nồng độ TRAb với nhóm tuổi

Nồng độ TRAb	Nhóm <10 tuổi (n=32)	Nhóm 10-18 tuổi (n=26)	p
--------------	----------------------	------------------------	---

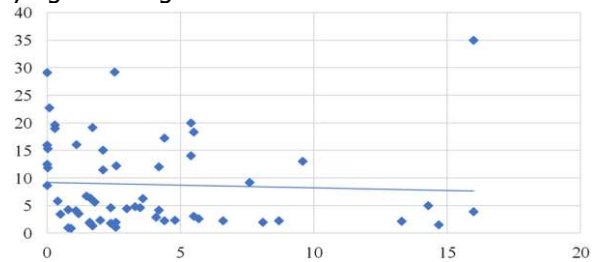
Thời điểm chẩn đoán ($\bar{X} \pm SD$)	23,5 $\pm$ 10,6	21,1 $\pm$ 12,0	> 0,05
Kết thúc giai đoạn tấn công ($\bar{X} \pm SD$)	16,2 $\pm$ 11,3	14,5 $\pm$ 11,5	> 0,05
Giai đoạn duy trì – thời điểm đánh giá cuối cùng ($\bar{X} \pm SD$)	9,4 $\pm$ 8,7	8,0 $\pm$ 7,1	> 0,05

Nhận xét: Nồng độ TRAb tại các thời điểm không có sự biệt giữa nhóm trẻ dưới 10 tuổi và 10-18 tuổi.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nồng độ TRAb với phân độ bướu giáp

Nồng độ TRAb	Bướu giáp độ 1	Bướu giáp độ 2, 3	p
Thời điểm chẩn đoán ($\bar{X} \pm SD$)	16,5 $\pm$ 9,9	25,3 $\pm$ 10,8	<0,01
Kết thúc giai đoạn tấn công ($\bar{X} \pm SD$)	10,4 $\pm$ 9,7	17,4 $\pm$ 11,7	<0,05
Giai đoạn duy trì – thời điểm đánh giá cuối cùng ($\bar{X} \pm SD$)	5,7 $\pm$ 5,3	10,3 $\pm$ 8,7	<0,05

Nhận xét: Nồng độ TRAb ở nhóm trẻ có bướu giáp độ 2, 3 cao hơn so với nhóm trẻ có bướu giáp độ 1 ở cùng thời điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa nồng độ TRAb và TSH giai đoạn duy trì-thời điểm đánh giá cuối cùng

Nhận xét: Có mối liên quan nghịch giữa nồng độ TRAb và nồng độ TSH ở thời điểm đánh giá cuối cùng (thuộc giai đoạn duy trì), với chỉ số tương quan $r=0,47$ ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 58 trẻ mắc bệnh Grave's trong thời gian 4 năm, với tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$ tuổi, trong đó có 4 trẻ dưới 5 tuổi, chiếm 6,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự như báo cáo của tác giả Boiro và cộng sự (2017) với tuổi trung bình là 10,8 tuổi (0,6-15) và tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi là 12,5%; tỷ lệ các nhóm tuổi khác lần lượt là 33% từ 6-11 tuổi, 54,4% từ 12-15 tuổi [6]. Có sự khác biệt trong cách phân chia nhóm tuổi giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của tác giả, tuy nhiên có thể nhận thấy đa số tập trung ở lứa tuổi tiền dậy thì và dậy thì. Tuy nhiên, kết quả của chúng

tôi cho thấy sự khác biệt lớn với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hùng và cộng sự (2015). Tác giả đã báo cáo tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $16,3 \pm 4,1$, tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi và dưới 9 tuổi mắc bệnh Grave's chỉ có 0,6% và 11,3%. Điều này có thể cho thấy rằng bệnh Grave's ngày càng được chẩn đoán ở nhóm tuổi nhỏ hơn [5].

Bảng 3.1 cho thấy có 70,7% trẻ mắc bệnh Grave's là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 2,4/1. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu của Boiro [6] và Nguyễn Minh Hùng [5]. Nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn đáng kể so với nam giới, với tỷ lệ nữ/nam từ 3:1 đến 5:1 ở trẻ em và tăng lên 7:1 đến 9:1 ở người lớn do ảnh hưởng của hormone giới tính và yếu tố di truyền [7].

Ở người bệnh mắc bệnh Grave's, TSH luôn giảm dưới ngưỡng phát hiện ($<0,3$ mU/l), trong khi FT4 và T3 thường rất cao. Nồng độ hormone tuyến giáp có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá mức độ cường giáp. Trong cường giáp rõ rệt, cả FT4 và T3 đều tăng cao, trong khi TSH giảm xuống mức không đo được. Tuy nhiên, trong cường giáp nhẹ, T4 và FT4 có thể bình thường, chỉ có T3 tăng cao và TSH $<0,01$ mU/L, tình trạng này gọi là T3-toxicosis. T3 toxicosis có thể xảy ra trong giai đoạn đầu hoặc tái phát của bệnh, hoặc khi tuyến giáp sản xuất chủ yếu T3 thay vì T4. Nếu không đo T3, có thể bỏ sót tình trạng cường giáp này, dẫn đến điều trị không hiệu quả. Nồng độ TRAb có tương quan với mức độ FT4, và trẻ nhỏ dưới 5 tuổi thường có TRAb cao hơn trẻ lớn. Trong điều trị, FT4 thường trở về bình thường sau 1 tháng, nhưng TSH có thể mất 2-4 tháng để phục hồi. Nếu TSH vẫn thấp kéo dài, cần đo T3 để phát hiện tình trạng T3 toxicosis. Sự thay đổi của các hormone này giúp đánh giá mức độ bệnh, theo dõi hiệu quả điều trị và dự đoán nguy cơ tái phát [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ khi nhập viện có nồng độ TSH giảm. Sau khi điều trị, nồng độ TSH trung bình tăng lên, còn nồng độ FT4 và T3 đều giảm đáng kể so với thời điểm chẩn đoán ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm chung về điều trị bệnh Grave's.

TRAb đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh Grave's và là xét nghiệm tiêu chuẩn để chẩn đoán phân biệt cường giáp do bệnh Grave's với các nguyên nhân khác. Mức TRAb ban đầu có xu hướng liên quan đến khả năng thuyên giảm bệnh, trẻ có mức TRAb cao cần thời gian điều trị dài hơn để đạt thuyên giảm so với trẻ có mức TRAb thấp. Điều này cho thấy nồng độ TRAb cao có thể làm kéo dài thời gian điều trị và tăng nguy cơ tái phát. Tuy nhiên, TRAb không phải là yếu tố tiên lượng độc lập về

khả năng thuyên giảm bệnh, giá trị tiên lượng của nó cần được xem xét kết hợp với các yếu tố lâm sàng khác [4]. Sự thay đổi nồng độ TRAb trước và sau điều trị liên quan chặt chẽ đến cơ chế tác động của thuốc kháng giáp trạng tổng hợp. Thông qua ức chế enzym thyroid peroxidase, thuốc kháng giáp trạng tổng hợp làm giảm hoạt động chức năng của tế bào tuyến giáp, đồng thời hạn chế sự bộc lộ tự kháng nguyên HLA nhóm II trên bề mặt tế bào tuyến giáp, từ đó giảm sản xuất tự kháng thể TRAb. Ngoài ra, thuốc kháng giáp trạng tổng hợp còn tác động trực tiếp lên hệ miễn dịch, ức chế hoạt động của tế bào Th đặc hiệu, đồng thời tăng số lượng và chức năng của tế bào Ts đặc hiệu tại tuyến giáp, góp phần làm giảm nồng độ TRAb. Nhờ những cơ chế này, nồng độ TRAb thường giảm đáng kể vào thời điểm kết thúc điều trị [5]. Kết quả của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với xu hướng này khi nồng độ TRAb giai đoạn duy trì – tại thời điểm đánh giá cuối cùng thấp hơn rõ rệt so với thời điểm chẩn đoán.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ TRAb trung bình của nhóm trẻ dưới 10 tuổi và nhóm từ 10 đến 18 tuổi tại các thời điểm chẩn đoán, kết thúc điều trị tấn công và giai đoạn duy trì không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (bảng 3.3).

Kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng nồng độ TRAb trung bình ở nhóm trẻ có bướu giáp độ 2 và 3 cao hơn đáng kể so với nhóm trẻ có bướu giáp độ 1 ở cùng thời điểm trong quá trình điều trị (bảng 3.4). TRAb kích thích tế bào tuyến giáp làm tế bào tuyến tăng sinh làm thể tích tuyến giáp tăng. Thể tích tuyến giáp càng to càng chứng tỏ nồng độ TRAb càng cao và tăng nguy cơ tái phát bệnh [8].

Biểu đồ 3.1. chỉ ra sự tương quan nghịch giữa nồng độ TRAb và TSH tại giai đoạn duy trì. Điều đó có nghĩa rằng nếu chỉ số TRAb càng cao thì tiên lượng thời gian điều trị càng cần kéo dài hơn.

Như vậy, việc đánh giá mức độ bướu giáp và các chỉ số xét nghiệm bao gồm cả FT4, T3, TSH và TRAb giúp các bác sỹ lâm sàng đưa ra được tiên lượng chính xác hơn về diễn biến bệnh cũng như đưa ra các quyết định về thời gian điều trị, thời điểm dừng thuốc để đạt được hiệu quả điều trị tốt. Đồng thời có thêm bằng chứng để tư vấn, thuyết phục người bệnh tuân thủ điều trị nội khoa bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp hay lựa chọn các phương án điều trị triệt để khác để tránh nguy cơ tái phát bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nồng độ TRAb cao hơn ở nhóm trẻ có bướu

giáp độ 2 và độ 3 so với nhóm trẻ có bướu giáp độ 1, nồng độ TRAb tương quan nghịch với chỉ số TSH ở giai đoạn duy trì. Cần đánh giá toàn diện mức độ bướu giáp, theo dõi các chỉ số xét nghiệm gồm có FT₄, T₃, TSH và TRAb trong quá trình theo dõi bệnh Grave's để đưa ra quyết định lâm sàng chính xác và điều trị hiệu quả người bệnh bằng phương pháp nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015). "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết – Chuyển hoá," kcb.vn. Accessed: Apr. 13, 2025. [Online]. Available: <https://kcb.vn/thu-vien-tai-lieu/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-benh-noi-tiet-chuyen-hoa.html>
2. **F. Kaguelidou, et al** (2008). Predictors of autoimmune hyperthyroidism relapse in children after discontinuation of antithyroid drug treatment. *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 93, no. 10, pp. 3817–3826, doi: 10.1210/jc.2008-0842.
3. **J. Léger, I. Oliver, D. Rodrigue, A.-S. Lambert, and R. Coutant** (2018). Graves' disease in children. *Ann Endocrinol (Paris)*, vol. 79, no. 6, pp. 647–655, doi: 10.1016/j.ando.2018.08.001.
4. **M. Q. Meena** (2022). Sensitivity and specificity of clinical diagnosis of Graves' disease and non-Graves' disorders compared to serum TSH receptor antibodies. *Zanco Journal of Medical Sciences (Zanco J Med Sci)*, vol. 26, no. 1, pp. 13–21, doi: 10.15218/zjms.2022.002.
5. **Hùng N. M** (2015). Nghiên cứu mối liên quan giữa tự kháng thể TRAb và một số thông số sinh học đến kết quả điều trị bệnh Bệnh Grave's bằng Methimazole ở trẻ em. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **D. Boiro, et al** (2017). Hyperthyroidism in children at the University Hospital in Dakar (Senegal). *Pan Afr Med J*, vol. 28, p. 10, doi: 10.11604/pamj.2017.28.10.13396.
7. **C. F. Mooij, et al** (2022). 2022 European Thyroid Association Guideline for the management of pediatric Graves' disease. *Eur Thyroid J*, vol. 11, no. 1, p. e210073, doi: 10.1530/ETJ-21-0073.
8. **R. S. Bahn Chair, et al** (2011). Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists. *Thyroid*, vol. 21, no. 6, pp. 593–646, doi: 10.1089/thy.2010.0417.

TỶ LỆ THAI TO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TIỀN GIANG NĂM 2024 – 2025

Lâm Đức Tâm¹, Trần Việt Toàn²,
Đoàn Thanh Điền¹, Phạm Đức Lộc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thai to và khảo sát một số yếu tố liên quan đến thai to ở sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 04/2024 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** Có 1077 thai phụ tham gia nghiên cứu, có 44 trường hợp thai to $\geq 4000g$ chiếm tỷ lệ 4,09%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thai to là: tuổi ≥ 35 tuổi (OR= 1,92; [1,43-2,58]; p= 0,000), tuổi thai từ 40 tuần (OR= 1,53; [1,13-2,07]; p= 0,007), bề cao tử cung (BCTC) $\geq 35cm$ (OR= 6,01; [4,84-7,46]; p= 0,000), vòng bụng (VB) $\geq 100cm$ (OR= 8,08; [5,43-12,03]; p= 0,000), siêu âm có kết quả FL $\geq 70mm$ (OR= 2,74; [1,85-4,04]; p= 0,000). **Kết luận:** Thai to đang có xu hướng tăng. Khi lâm sàng có BCTC $\geq 35cm$ và VB $\geq 100cm$ nên nghi ngờ thai to để có hướng xử trí phù hợp. **Từ khóa:** thai to

SUMMARY

PREVALENCE OF FETAL MACROSOMIA AND

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Lộc

Email: phamducloc1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

INVESTIGATE ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN GIVING BIRTH AT TIEN GIANG HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2024 – 2025

Objective: To determine the prevalence of fetal macrosomia and investigate associated factors among pregnant women giving birth at Tien Giang Maternity Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from April 2024 to February 2025. **Results:** A total of 1,077 pregnant women participated in the study, with 44 cases of fetal macrosomia ($\geq 4000g$), accounting for 4.09%. The factors significantly associated with fetal macrosomia were: Maternal age ≥ 35 years (OR = 1.92; [1.43-2.58]; p = 0.000); Gestational age ≥ 40 weeks (OR = 1.53; [1.13-2.07]; p = 0.007); Fundal height (FH) ≥ 35 cm (OR = 6.01; [4.84-7.46]; p = 0.000); Abdominal circumference (AC) ≥ 100 cm (OR = 8.08; [5.43-12.03]; p = 0.000); Ultrasound finding of femur length (FL) ≥ 70 mm (OR = 2.74; [1.85-4.04]; p = 0.000). **Conclusion:** The prevalence of fetal macrosomia is increasing. Clinically, when fundal height (FH) is ≥ 35 cm and abdominal circumference (AC) is ≥ 100 cm, fetal macrosomia should be suspected, and appropriate management strategies should be implemented. **Keywords:** fetal macrosomia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai to là một vấn đề quan trọng trong sản