

giảm đáng kể mức trầm cảm sau phá thai [3]. Căng thẳng công việc (thường xuyên/thỉnh thoảng) làm tăng nguy cơ 3,69 lần ($p=0,027$), đồng hướng với nhận định của Zhang Quixiang rằng gánh nặng stress trong đời sống liên quan mạnh với trầm cảm sau phá thai ($p<0,001$) [9]. Đáng chú ý, ngủ không đủ giấc cũng là yếu tố nguy cơ nổi bật, làm tăng khả năng trầm cảm khoảng 3,59 lần; thiếu ngủ có thể khuếch đại thiên lệch cảm xúc tiêu cực và suy giảm năng lực đối phó, đặc biệt khi đi kèm áp lực công việc và trải nghiệm chấm dứt thai kỳ. Tổng hòa các phát hiện này củng cố vai trò trung tâm của môi trường gia đình, mạng lưới hỗ trợ xã hội, quản lý stress nghề nghiệp và vệ sinh giấc ngủ như các đích ưu tiên cho sàng lọc, tư vấn và can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm sau phá thai tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ năm 2024 là 30,7%, cho thấy gánh nặng đáng kể. Các yếu tố liên quan độc lập gồm mâu thuẫn gia đình, thiếu hỗ trợ xã hội, căng thẳng công việc và ngủ không đủ giấc—đa số có thể điều chỉnh. Cần tích hợp sàng lọc trầm cảm thường quy (PHQ-9) và triển khai tư vấn—hỗ trợ xã hội, quản lý stress, cải thiện vệ sinh giấc ngủ, cùng phối hợp liên ngành để giảm hệ lụy tâm thần sau phá thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Huyền, Đỗ Minh Sinh (2021)**, Thực trạng trầm cảm, lo âu, stress và các biện pháp ứng phó của phụ nữ đến phá thai ngoài 3 tháng đầu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2021, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, tập 4, số 4, trang 6-15.
2. **Alexander KA, Willie TC, McDonald-Mosley**

R. Campbell JC, Miller E, Decker MR (2021). Associations Between Reproductive Coercion, Partner Violence, and Mental Health Symptoms Among Young Black Women in Baltimore, Maryland. *J Interpers Violence*. 36(17-18): NP9839-NP9863. doi: 10.1177/0886260519860900.

3. **Akdağ Topal C, Terzioğlu F (2019)**. Assessment of depression, anxiety, and social support in the context of therapeutic abortion. *Perspect Psychiatr Care*, 55(4):618-623. doi: 10.1111/ppc.12380.
4. **American Psychological Association (2008)**, Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC.
5. **Gebevehu, N.A., Tegeane, K.D., Abebe, K. et al (2023)**. Global prevalence of post-abortion depression: systematic review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry* 23, 786, doi.org/10.1186/s12888-023-05278-7.
6. **Kolav, K.N., Saba, J., Billah, M.A. et al (2023)**. Depressive symptoms and anxiety among women with a history of abortion living in urban slums of Bangladesh. *BMC Psychol* 11, 197, doi.org/10.1186/s40359-023-01224-0.
7. **Ridaura I, Penelo E, Raich RM (2017)**. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 29(1): 43-48. doi: 10.7334/psicothema2016.151.
8. **van Ditzhuijzen J, Brauer M, Boeije H, van Nijmegen CHCJ (2019)**. Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PLoS ONE* 14(2): e0212611. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212611.
9. **Zhang, O., Wang, N., Hu, Y. et al (2022)**. Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. *Reprod Health* 19, 64, doi.org/10.1186/s12978-022-01366-1.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM TUYẾN GIÁP BÁN CẤP

Trần Thuỳ Linh^{1,3}, Nguyễn Khoa Diệu Vân^{1,3}, Lê Quang Toàn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain là bệnh lý có các triệu chứng lâm sàng không điển hình, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý nhiễm trùng vùng hầu họng, dẫn đến chẩn đoán muộn và

điều trị chưa phù hợp. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm tuyến giáp bán cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp dựa trên sưng đau vùng tuyến giáp, tăng CRP và máu lắng, hormon TSH huyết tương giảm, FT4 huyết tương tăng và giảm âm tuyến giáp trên siêu âm. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân viêm tuyến giáp bán cấp, tuổi trung bình $44,6 \pm 9,2$, nữ chiếm đa số (79,7%, tỷ lệ nữ/nam = 3,9/1). 44% bệnh nhân được khám trước viện, trong đó phần lớn bị chẩn đoán nhầm là viêm nhiễm hầu họng. Đau vùng tuyến giáp là triệu chứng thường gặp nhất (100%), chủ yếu một bên (82%), đau tăng khi nuốt (82%) và có thể lan (56%); khoảng 34% có tiền sử nhiễm virus. 78%

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thuỳ Linh

Email: hoahaudau97@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

bệnh nhân có cường giáp (44% rõ, 34% dưới lâm sàng), CRP tăng 86%, tốc độ máu lắng tăng 100%. Siêu âm tuyến giáp cho thấy giảm âm không đều ở tất cả các trường hợp, chủ yếu khu trú một thùy. **Kết luận:** Đau vùng tuyến giáp, tốc độ máu lắng và giảm âm tuyến giáp trên siêu âm gặp ở tất cả bệnh nhân, gần 3/4 bệnh nhân ở giai đoạn nhiễm độc giáp; tăng CRP huyết tương gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

Từ khóa: Viêm tuyến giáp bán cấp, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL FINDINGS OF PATIENTS WITH SUBACUTE THYROIDITIS

Background: Subacute thyroiditis (De Quervain) is a condition with atypical clinical manifestations that are easily mistaken for pharyngeal infections, often leading to delayed diagnosis and inappropriate treatment. **Objectives:** To describe the clinical and laboratory characteristics of subacute thyroiditis. **Objects and methods:** A cross-sectional study of patients diagnosed with sub-acute thyroiditis based on presence of painful swelling of the thyroid gland, increased plasma CRP and blood sedimentation rate, decreased plasma TSH and increased plasma FT4 levels, decreased thyroid ultrasound echo density. **Results:** Among 50 patients with subacute thyroiditis, the mean age was 44.6 ± 9.2 years, with a predominance of females (79.7%, female-to-male ratio = 3.9:1). Forty-four percent had been examined prior to admission, most of whom were misdiagnosed with pharyngeal infections. Neck pain localized to the thyroid was the most common symptom (100%), mainly unilateral (82%), aggravated by swallowing (82%), and radiating in some cases (56%); approximately 34% reported a history of preceding viral illness. Regarding laboratory findings, 78% of patients presented with thyrotoxicosis (44% overt, 34% subclinical). C-reactive protein was elevated in 86%, and erythrocyte sedimentation rate was increased in 100% of cases. Thyroid ultrasound revealed heterogeneous hypoechogenicity in all patients, predominantly involving a single lobe. **Conclusions:** Thyroid pain, accelerated erythrocyte sedimentation rate and reduced thyroid ultrasound echo density was present in all the patients with subacute thyroiditis. Nearly three quarters of the patients were in thyrotoxicosis phase. Elevated serum CRP was present in almost all the patients.

Keywords: Subacute thyroiditis, Clinical features, paraclinical findings

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến giáp bán cấp (De Quervain) là một bệnh lý viêm tuyến giáp ít gặp, thường có liên quan đến các yếu tố nhiễm virus đường hô hấp trên nhưng chưa có bằng chứng rõ ràng. Các triệu chứng điển hình của bệnh lý này bao gồm đau vùng tuyến giáp, sốt, kèm theo các biểu hiện nhiễm độc giáp mức độ nhẹ. Bệnh thường gặp ở nữ giới độ tuổi trung niên, với tỷ lệ

mắc cao gấp 3–5 lần so với nam giới [3], [5].

Xét nghiệm cận lâm sàng có các đặc điểm gợi ý gồm: tăng tốc độ máu lắng, tăng CRP huyết thanh, tăng FT4 và giảm thấp TSH trong giai đoạn nhiễm độc giáp. Hình ảnh siêu âm thường ghi nhận tuyến giáp giảm âm không đều, mật độ chắc. Xạ hình tuyến giáp và đo độ tập trung i-ốt phóng xạ cũng giúp khẳng định chẩn đoán khi thấy giảm hoặc mất khả năng bắt xạ của tuyến giáp.

Mặc dù là bệnh lý lành tính và thường tự hồi phục sau vài tháng, nhưng viêm tuyến giáp bán cấp gây đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống người bệnh. Đồng thời bệnh cảnh lâm sàng và các xét nghiệm thường quy thông thường của viêm tuyến giáp bán cấp không đặc hiệu, không điển hình. Nhiều trường hợp dễ nhầm lẫn với nhiễm trùng hầu họng hoặc viêm tuyến giáp cấp, dẫn đến điều trị không hiệu quả. Việc chẩn đoán chính xác có ý nghĩa quan trọng để tránh sử dụng kháng sinh không cần thiết và lựa chọn phác đồ điều trị thích hợp làm giảm nhanh triệu chứng đau cũng như thoái lui bệnh. [1], [4], [6].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về viêm tuyến giáp bán cấp còn hạn chế, chủ yếu là các báo cáo đơn lẻ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của bệnh nhằm góp phần nâng cao nhận thức, chẩn đoán sớm và điều trị hợp lý bệnh lý này là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

– Bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp theo Hướng dẫn chẩn đoán của Hội tuyến giáp Nhật Bản năm 2010 [10]:

- Lâm sàng: sưng và đau ở tuyến giáp.

- Xét nghiệm:

- Tăng nồng độ CRP và hoặc tăng tốc độ máu lắng

- Tăng FT4 và giảm TSH $< 0,1$ mIU/L (theo giá trị tham chiếu từng máy và phương pháp xét nghiệm)

- Siêu âm tuyến giáp có giảm mật độ âm của vùng tuyến giáp đau.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân viêm tuyến giáp bán cấp tái phát.

- Bệnh nhân có hội chứng nhiễm độc giáp do các nguyên nhân khác: Basedow, bướu nhân độc tuyến giáp, nhiễm độc giáp do sử dụng hormon giáp.

- Bệnh lý viêm tuyến giáp khác: viêm tuyến

giáp mạn tính, viêm tuyến giáp cấp tính.

– Ung thư biểu mô tuyến giáp.
– Bệnh nhân là phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú hoặc có các bệnh cấp tính.

– Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

– Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025

– Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Nội tiết trung ương

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu thuận tiện: 50 bệnh nhân

Các giá trị xét nghiệm sinh hóa theo tiêu chuẩn ISO 2012 15189, xét nghiệm miễn dịch, huyết học tiêu chuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai hoặc Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Siêu âm tuyến giáp: do bác sĩ chuyên khoa Nội tiết thực hiện và đọc kết quả trên máy siêu âm 2D, 3D-4D tại bệnh viện Bạch Mai hoặc bệnh viện Nội tiết trung ương.

Xét nghiệm tế bào tuyến giáp đánh giá thâm nhiễm lympho bào và sự có mặt của tế bào khổng lồ đa nhân. Sử dụng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Thiết kế và nhập số liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

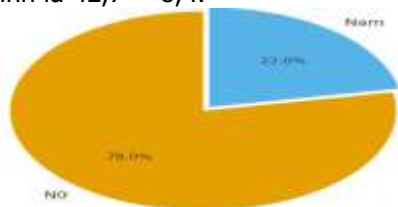
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
<30	4	8
30 – 39	14	28
40 – 49	19	38
50 – 59	11	22
≥ 60	2	4
Tổng	50	100,0

Tuổi thấp nhất là 22, cao nhất là 69, tuổi trung bình là $42,7 \pm 8,4$.



Biểu đồ 1. Phân bố về giới

Trong nghiên cứu, có 22% là nam và 78% là nữ, tỷ lệ nữ/nam là 3.54/1.

Nghề nghiệp: 62% là lao động chân tay, 38% là lao động trí óc.

3.2. Đặc điểm bệnh sử và lâm sàng

Bảng 2. Khám chẩn đoán và điều trị

trước đến viện

Chẩn đoán	Kháng sinh	Corticoid	NSAID	Cộng
Nhiễm trùng hầu họng	17	0	0	17
Viêm tuyến giáp	1	4	0	5
Cộng	20	2	0	22

22/50 (44%) bệnh nhân đã được khám và điều trị trước vào viện. Trong số đó 17/22 (77,3%) trường hợp được chẩn đoán và điều trị viêm nhiễm vùng hầu họng. 5/22 (22,7%) trường hợp đã được chẩn đoán viêm tuyến giáp, trong đó có 4 trường hợp được chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp và điều trị corticoid từ trước.

56% bệnh nhân không đi khám và chưa từng được chẩn đoán trước khi đến viện.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Giá trị
Tiền sử triệu chứng nhiễm virus trước khi đau vùng tuyến giáp	17 (34%)
Thời gian từ khi có triệu chứng nhiễm virus đến khi đau vùng tuyến giáp	24,7 (3 – 67 ngày)
Đau vùng tuyến giáp	50 (100%)
1 bên	41 (82%)
2 bên	3 (6%)
1 bên lan sang bên còn lại	6 (12%)
VAS	$4,1 \pm 1,7$
Sưng vùng tuyến giáp	26 (52%)
Đau tăng khi nuốt	41 (82%)
Đau lan	28 (56%)
Đỏ da vùng cổ	7 (14%)
Hạch cổ kèm theo	12 (24%)
Sốt	19 (38%)
Triệu chứng nhiễm độc giáp	17 (34%)
Run tay	9 (18%)
Hồi hộp trống ngực	11 (22%)
Lo lắng, kích thích	15 (30%)
Gầy sút cân	11 (22%)

17 bệnh nhân phát hiện có tiền sử triệu chứng nhiễm virus xuất hiện trước khi đau vùng tuyến giáp, chiếm tỷ lệ 34%. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện nhiễm virus đến khi đau vùng tuyến giáp là 24,7 ngày (ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 67 ngày).

Đau vùng tuyến giáp là triệu chứng hay gặp nhất, xuất hiện ở 100% bệnh nhân và là lý do bệnh nhân đến khám, hầu hết khởi phát ở một bên cổ, đa số đau có lan và tăng khi nuốt.

Triệu chứng nhiễm độc giáp gặp ở 34%, trong đó gặp nhiều nhất là lo lắng, kích thích.

Bảng 4. Đặc điểm tuyến giáp khi thăm khám

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Phân độ bướu cổ		

Độ 0	3	6
Độ 1A	10	20
Độ 1B	26	52
Độ 2	11	22
Vị trí tăng kích thước tuyến giáp		
Tăng 1 thùy	35	70
Tăng 2 thùy	12	24
Không tăng	3	6
Vị trí đau vùng tuyến giáp		
Đau 1 thùy	36	72
Đau 2 thùy	14	28
Mật độ tuyến giáp		
Mềm	18	36
Chắc	32	64

Tỷ lệ bệnh nhân có bướu cổ to độ 1A, 1B và 2 lần lượt là 20%, 52%, 22%, chỉ có 6% bệnh nhân không có bướu giáp trên lâm sàng. 36% bướu giáp có mật độ mềm, 64% có mật độ chắc.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 5. Chức năng tuyến giáp

Chức năng tuyến giáp	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình giáp	11	22
Cường giáp	39	78
Cường giáp rõ	22	44
Cường giáp dưới lâm sàng	17	34
Suy giáp	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân có cường giáp là 78%, trong đó nhiễm độc giáp rõ và nhiễm độc giáp dưới lâm sàng lần lượt là 44% và 34%.

Bảng 6. CRP huyết tương và tốc độ máu lắng

Chỉ số	n	Trung bình $\pm$ SD	Tỉ lệ tăng (%)
CRP (mg/L)	50	21,5 $\pm$ 10,3	43 (86)
Máu lắng 1h (mm)	45	41,6 $\pm$ 13,9	45 (100)
Máu lắng 2h (mm)	45	53,1 $\pm$ 15,2	45 (100)

Nồng độ CRP huyết tương trung bình là 21,5 $\pm$ 10,3 mg/L, tỷ lệ tăng là 86%. Máu lắng 1h trung bình là 41,6 $\pm$ 13,9mm, tỷ lệ tăng là 100%. Máu lắng 2h trung bình $\pm$ SD là 53,1 $\pm$ 15,2mm, tỷ lệ tăng là 100%.

Bảng 7. Hình ảnh vị trí giảm âm tuyến giáp trên siêu âm

Vị trí giảm âm tuyến giáp	Số lượng	%
Giảm âm thùy phải	21	42
Giảm âm thùy trái	15	30
Giảm âm 2 thùy	14	28
Không giảm âm	0	0
Tổng	50	100

Tất cả các bệnh nhân đều có hình ảnh tuyến giáp giảm âm không đều trên siêu âm, trong đó giảm âm ở cả 2 thùy, chỉ ở thùy phải và chỉ ở thùy trái lần lượt gặp ở 28%, 42% và 30% bệnh nhân. Thể tích tuyến giáp trung bình là 20,4 $\pm$ 8,7 cm³.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình mắc viêm tuyến giáp bán cấp là 42,7 $\pm$ 8,4, chủ yếu gặp ở lứa tuổi trung niên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của C.A. Benbassat và cộng sự với tuổi trung bình 48,6 $\pm$ 12 tuổi [3], cũng như nghiên cứu của Nishihara và cộng sự, đa số bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi 40–50.

Về giới, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm 78%, với tỷ lệ nữ/nam = 3,54/1, cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới, kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, nghiên cứu của Benbassat cho thấy nữ chiếm 70% số ca là nữ [3]; Nishihara và cộng sự báo cáo tỷ lệ nữ chiếm khoảng 75% [14]; trong khi nghiên cứu của Lê Huy Liệu tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ nữ thậm chí còn cao hơn (82,6%) [5]. Nghiên cứu của Thewjitcharoen tại Thái Lan cũng cho kết quả tương tự với nữ chiếm đa số. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới được giải thích có thể do cơ chế miễn dịch khác biệt giữa nam và nữ, trong đó nữ giới có tỷ lệ mắc các bệnh lý tuyến giáp và bệnh tự miễn cao hơn nam giới. Các yếu tố nội tiết, đặc biệt là hormon sinh dục nữ, được cho là có vai trò trong cơ chế bệnh sinh của viêm tuyến giáp bán cấp.

4.2. Đặc điểm bệnh sử và lâm sàng.

Trong nhóm nghiên cứu, 22/50 (44%) bệnh nhân đã được khám và điều trị trước khi vào viện; đa số được chẩn đoán là nhiễm trùng hầu họng và điều trị kháng sinh 77,3%, chỉ 22,7% được chẩn đoán viêm tuyến giáp, trong đó 4 ca nghĩ đến viêm tuyến giáp bán cấp và dùng corticoid (liều không rõ). Điều này phù hợp với bệnh cảnh dễ nhầm lẫn với các bệnh lý hầu họng/amidan, vốn thường được xử trí bằng kháng sinh, và phù hợp với nhận định trong y văn rằng viêm tuyến giáp bán cấp thường chẩn đoán muộn do biểu hiện không đặc hiệu trong thời kỳ đầu. Điểm đáng chú ý là không có ca nào dùng NSAID trước đó mặc dù đây là lựa chọn đầu tay trong điều trị viêm tuyến giáp bán cấp nhẹ-vừa.

Có 17/50 (34%) bệnh nhân có tiền sử triệu chứng nhiễm virus trước đau tuyến giáp, thời gian trung bình 24,7 ngày (ngắn nhất 3 ngày – dài nhất 67 ngày). Tỷ lệ này gần với các báo cáo ~30–40% theo Thewjitcharoen [13]. Điều này ủng hộ giả thuyết căn nguyên virus đường hô hấp trên trong khởi phát viêm tuyến giáp bán cấp.

Đau vùng tuyến giáp xuất hiện ở 100% bệnh nhân và là lý do đến khám chính. Tỷ lệ này

tương đồng với nghiên cứu của Fatourech, khẳng định đau là triệu chứng điển hình và cũng là lý do nhập viện chính. Chúng tôi ghi nhận 82% đau một bên và 12% đau lan sang bên còn lại và 6% khởi phát hai bên ngay từ đầu trong khi nghiên cứu của Fatourech tỷ lệ đau lan cao hơn ($\approx 70\%$). Điều này có thể liên quan đến thời điểm ghi nhận triệu chứng (đau lan thường xuất hiện muộn hơn). Đau tăng khi nuốt gặp 82% và đau lan (thường lên mang tai/góc hàm) 56%. Thang điểm đau VAS $4,1 \pm 1,7$ cho thấy đau mức độ trung bình, nhưng tính chất đau khu trú, ấn đau tuyến giáp và tăng khi nuốt giúp phân biệt với viêm họng/amidan nơi đau thường không khu trú ở tuyến giáp.

Các triệu chứng khác gặp với tỉ lệ thấp hơn: sốt 38%, đỏ da vùng cổ 14%, hạch cổ 24%. Tuy nhiên, tỷ lệ có biểu hiện nhiễm độc giáp trên lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 34%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nishihara (60%) và Thewjitcharoen (67%). Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn hơn, khi triệu chứng nhiễm độc đã giảm hoặc một số trường hợp đã được điều trị trước viện bằng corticoid hoặc kháng sinh, làm che lấp biểu hiện lâm sàng.

Trên lâm sàng, 94% bệnh nhân có bướu giáp (độ 1B: 52%, độ 2: 22%, độ 1A: 20%), chỉ 6% độ 0. Tăng kích thước 1 thùy chiếm 70%, phù hợp với mẫu hình đơn thùy của viêm tuyến giáp bán cấp; tăng 2 thùy 24%; không tăng 6%. Mật độ chắc 64% phản ánh viêm hạt-mô kẽ đặc trưng. Các đặc điểm này phù hợp với kết quả của Lê Huy Liệu trong quần thể Việt Nam và các nghiên cứu quốc tế của Benbassat và Fatourech — đều nhấn mạnh tuyến giáp sưng vừa, mật độ chắc, ấn đau là dấu hiệu định hướng mạnh cho viêm tuyến giáp bán cấp.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 78% bệnh nhân có biểu hiện cường giáp, trong đó cường giáp rõ 44% và cường giáp dưới lâm sàng 34%, 22% bệnh nhân bình giáp và không có bệnh nhân nào ở suy giáp. Kết quả này phù hợp với đặc điểm giai đoạn đầu của viêm tuyến giáp bán cấp khi hormon tuyến giáp được phóng thích ồ ạt do tế bào tuyến bị phá hủy. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nishihara (60%), Lê Huy Liệu (70%) [5]. Sự khác biệt có thể do thời điểm bệnh nhân đến viện, một số trường hợp đã chuyển sang pha bình giáp hoặc suy giáp tạm thời.

Các chỉ số viêm trong nghiên cứu tăng cao rõ rệt: CRP trung bình $21,5 \pm 10,3$ mg/L (tăng 86%), máu lắng 1h trung bình 41,6 mm và 2h 53,1 mm, tăng 100%. Đây là dấu hiệu kinh điển

giúp phân biệt viêm tuyến giáp bán cấp với các bệnh lý tuyến giáp không viêm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fatourech và Mizukoshi, đều ghi nhận máu lắng tăng trong 100% ca và CRP tăng $>80\%$. Như vậy, ESR và CRP là các chỉ số có độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán bệnh, thường tăng ngay từ giai đoạn sớm. Đồng thời, máu lắng tăng hằng định và có độ nhạy cao hơn trong chẩn đoán viêm tuyến giáp bán cấp.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu có hình ảnh tuyến giáp giảm âm không đều trên siêu âm, trong đó giảm âm khu trú 1 thùy phải 42%, thùy trái 30% và 2 thùy 28%. Thể tích tuyến giáp trung bình là $20,4 \pm 8,7$ cm³.

100% bệnh nhân có hình ảnh tuyến giáp giảm âm không đều, trong đó giảm âm một thùy chiếm tỷ lệ cao (72%), giảm âm cả hai thùy chỉ gặp ở 28%. Thể tích tuyến giáp trung bình là $20,4 \pm 8,7$ cm³. Kết quả này có điểm khác biệt so với nhiều nghiên cứu trước. Nishihara và Benbassat [3] ghi nhận giảm âm hai thùy chiếm ưu thế, trong khi nghiên cứu của Lê Huy Liệu [5] tại Việt Nam cũng báo cáo tỷ lệ tổn thương cả hai thùy cao hơn so với tổn thương khu trú. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám sớm, khi tổn thương còn khu trú ở một thùy. Ở giai đoạn muộn hơn, bệnh thường tiến triển sang cả hai thùy và một số bệnh nhân đã được dùng corticoid có thể làm thay đổi hình ảnh siêu âm. Tuy nhiên, điểm tương đồng với các nghiên cứu khác là hình ảnh giảm âm không đều luôn xuất hiện ở tất cả bệnh nhân, khẳng định đây là dấu hiệu siêu âm đặc trưng và có giá trị chẩn đoán cao trong viêm tuyến giáp bán cấp.

V. KẾT LUẬN

- Biểu hiện lâm sàng đau vùng tuyến giáp gặp ở tất cả các bệnh nhân, đa số đau một bên. Kèm theo gần 3/4 bệnh nhân đến khám ở giai đoạn nhiễm độc giáp, tuy nhiên triệu chứng nhiễm độc giáp trên lâm sàng chỉ gặp khoảng 1/3 bệnh nhân.

- CRP và tốc độ máu lắng tăng cao, vùng giảm âm khu trú không đều, thường ở một thùy tuyến giáp trên siêu âm tuyến giáp gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bindra, A. and G.D. Braunstein** (2006). American family physician, 73(10): p. 1769-76.
2. **Nguyễn Hải Thủy** (2017). Viêm tuyến giáp, Bệnh học nội khoa tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Benbassat, C.A., et al.** (2005). Subacute thyroiditis: clinical characteristics and treatment

- outcome in fifty-six consecutive patients diagnosed between 1999 and... J Endocrinol Invest, 2007. 30(8): p. 631-5.
4. **Erdem, N., et al.** (2007). Demographic and clinical features of patients with subacute thyroiditis: results of 169 patients from a single university center in Turkey. J Endocrinol Invest. 30(7): p. 546-50.
 5. **Lê Huy Liệu** (1991). Bệnh viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain 23 trường hợp, Nội khoa, số 4 chuyên đề Nội tiết, Hội Nội khoa Việt Nam. Tr. 5-9.
 6. **Bệnh viện Bạch Mai** (2013). Nội tiết cơ bản (Giáo trình đào tạo sau đại học).
 7. **Phạm Minh Đức** (2007). "Sinh lý nội tiết", Bài giảng Sinh lý học. NXB Y học.
 8. **Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê** (2007). Nội tiết học đại cương.
 9. **Cunha, B.A. and N. Berbari** (2013). Subacute thyroiditis (de Quervain's) due to influenza A: presenting as fever of unknown origin (FUO). Heart Lung. 42(1): p. 77-8.
 10. **Association, J.T.** (2010). Guidelines for the Diagnosis of Subacute Thyroiditis.

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Phạm Thị Ngân Hà¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Bùi Hải Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát. 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 103 bệnh nhân chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát tại phòng khám Nội khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 08/2024 đến tháng 05/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng là $0,948 \pm 0,181 \text{ g/cm}^2$, số bệnh nhân có loãng xương chiếm 25,2%. Các yếu tố nguy cơ làm giảm mật độ xương bao gồm: tuổi cao, nữ giới, thời gian mãn kinh dài. Các yếu tố nguy cơ làm tăng mật độ xương cột sống thắt lưng bao gồm: mức độ gai xương cột sống thắt lưng, BMI. **Kết luận:** Các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, mức độ gai xương cột sống thắt lưng có ảnh hưởng đến mật độ xương cột sống thắt lưng, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng là nhỏ. **Từ khóa:** mật độ xương, loãng xương, thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát

SUMMARY

SURVEY OF BONE MINERAL DENSITY AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH PRIMARY LUMBAR DEGENERATION AT AGRICULTURAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: 1. To investigate the bone mineral density in patients with primary lumbar spondylosis. 2. To study some related factors to bone mineral density in the study group. **Subjects and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 103 patients with primary lumbar spondylosis at the

Internal Medicine Clinic - Agricultural General Hospital from August 2024 to May 2025. **Results:** The average bone mineral density in the lumbar spine was $0.948 \pm 0.181 \text{ g/cm}^2$, the patients with osteoporosis accounted for 25.2%. Risk factors for decreased lumbar spine bone mineral density include: older age, female gender, and a prolonged postmenopausal period. Risk factors for increased lumbar spine bone mineral density include: the degree of lumbar spine osteophytes and BMI. **Conclusion:** Factors such as age, gender, BMI, and the degree of lumbar spine spurs affected bone mineral density in the lumbar spine, but the degree of influence was small.

Keywords: bone mineral density, osteoporosis, primary lumbar spondylosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương và thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là hai rối loạn xương khớp phổ biến liên quan đến tuổi tác, gây ra các gánh nặng y tế lớn ở người cao tuổi. Trên thế giới ước tính có 266 triệu người (3,63%) mắc thoái hóa cột sống thắt lưng. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm loãng xương gây ra khoảng 1,5 triệu ca gãy xương¹. Thoái hóa CSTL không chỉ gây hạn chế hoạt động, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, mà còn tạo ra gánh nặng kinh tế đối với gia đình và xã hội. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy, có mối liên quan giữa thoái hóa cột sống thắt lưng với loãng xương. Theo Margulies JY và cộng sự (1996) thấy rằng sự hình thành gai xương càng lớn, xơ xương dưới sụn càng nhiều, khe khớp càng hẹp thì mật độ xương (MDX) cột sống thắt lưng càng cao. Ở Việt Nam đã có nghiên cứu đánh giá MDX ở bệnh nhân thoái hóa khớp nhưng chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu về mật độ xương ở bệnh nhân (BN) THCSTL, việc đánh giá các yếu tố liên quan rất quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng đánh giá đúng chẩn đoán, phát hiện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025