

VIÊM TUYẾN GIÁP

BSNT. Lê Thị Vân Anh

Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu, BV Bạch Mai

Viêm tuyến giáp có nhiều loại, phân loại dựa vào các biểu hiện và diễn biến bệnh, sau đây là một số viêm tuyến giáp (VTG)

1. Viêm tuyến giáp cấp

- Do nhiễm khuẩn: tụ cầu, liên cầu, vi khuẩn đường ruột
- Do nhiễm nấm: aspergillus, candida, coccidioide, histoplasma và pneumocytis
- VTG sau điều trị iốt phóng xạ
- VTG do dùng amiodaron

2. Viêm tuyến giáp bán cấp

- VTG do virus
- VTG thâm lặng
- VTG do lao

3. Viêm tuyến giáp mạn tính

- VTG: viêm tuyến giáp ô, VTG Hashimoto, VTD dạng teo tuyến giáp
- VTG Riedel
- VTG do KST: echinococcosis, stroglyloidiasis, cysticercosis
- VTG sau chấn thương.

A. Viêm tuyến giáp cấp tính

VTG cấp tính hiếm gặp, thường do nhiễm khuẩn vùng lân cận tuyến giáp. Ở trẻ em và người lớn, nguyên nhân phổ biến là nhiễm khuẩn từ khoang piriform (phần còn lại của túi mang các thứ 4 trong quá trình phát triển phôi thai nối vùng hầu họng và tuyến giáp)

Triệu chứng: thường cấp tính, bệnh nhân đau vùng tuyến giáp, có thể đau họng và vùng tai. Khám tuyến giáp cứng, nhỏ, có thể không đối xứng. Ngoài ra, còn gặp các triệu chứng: sốt, khó nuốt, đỏ vùng tuyến giáp, hạch cổ. Cần phân biệt đau tuyến giáp do các nguyên nhân khác như: VTG bán cấp, VTG mạn tính (hiếm gặp hơn), chảy máu trong nang, u lympho hay VTG sau uống amiodaron. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng đột ngột của VTG cấp tính hiếm khi bị nhầm lẫn.

Xét nghiệm thấy tăng tốc độ máu lắng, bạch cầu máu tăng, chức năng tuyến giáp bình thường.

Xét nghiệm tế bào học tuyến giáp có nhiều bạch cầu đa nhân đồng thời lấy bệnh phẩm nuôi cấy tìm tác nhân gây bệnh.

Điều trị nội khoa là chủ yếu. Lựa chọn kháng sinh điều trị tốt nhất dựa vào xác định loại vi khuẩn sau khi nuôi cấy. Phẫu thuật chỉ định trong trường hợp dẫn lưu ổ áp xe.

Một số biến chứng hiếm gặp: tắc nghẽn khí quản, nhiễm khuẩn huyết, áp xe thực quản, áp xe trung thất.

B. Viêm tuyến giáp bán cấp

VTG bán cấp hay còn gọi là VTG De Quervains, là tổn thương viêm cấp tính của tuyến giáp sau nhiễm virus: virus sởi, coxaki virus, adenovirus.

Triệu chứng: Sốt, mệt mỏi, đau vùng cổ có thể lan tới góc hàm, mang tai 1 bên hoặc cả 2 bên. Lúc đầu, bệnh nhân có thể có biểu hiện cường giáp: hồi hộp, lo lắng, vã mồ hôi, không có biểu hiện mắt, khám tuyến giáp hơi cứng, không nóng đỏ, nhịp tim nhanh, run tay.

Xét nghiệm hormon rất khác nhau tùy giai đoạn của bệnh. Giai đoạn đầu, T3 và T4 tăng, TSH và độ tập trung iốt phóng xạ giảm, tốc độ máu lắng tăng, đôi khi có thể tới 100mm trong giờ đầu, không thấy có tự kháng thể tuyến giáp. Khi bệnh tiến triển, T3 và T4 giảm, TSH và độ tập trung iốt phóng xạ tăng và xuất hiện các triệu chứng suy giáp. Ở giai đoạn hồi phục, chức năng tuyến giáp trở về bình thường.

Xét nghiệm xác định virus qua lấy bệnh phẩm để làm tế bào học tuyến giáp và xét nghiệm máu tìm kháng thể.

Xét nghiệm tế bào học tuyến giáp có hình ảnh phá hủy nhu mô tuyến, nhiều đại thực bào trong đó có cả tế bào khổng lồ.

VTG bán cấp cần được phân biệt với Basedow ở giai đoạn đầu, trong bệnh Basedow có tự kháng thể tuyến giáp còn trong VTG bán cấp thì không có tự kháng thể.

Điều trị: Hầu hết các trường hợp, điều trị triệu chứng là chủ yếu, có thể dùng Acetaminophen 0,5g x 4lần/ngày. Nếu bệnh nhân đau nhiều, sốt, mệt mỏi, có thể dùng thuốc giảm đau, chống viêm không steroid tác dụng ngắn hoặc glucocorticoid như prednisolon 20mg/ ngày trong 7 – 10 ngày. Khi bệnh nhân bị suy giáp, dùng levothyroxin 0,1 – 0,15mg/ngày. Khoảng 10% bệnh nhân bị suy giáp vĩnh viễn và phải điều trị levothyroxin suốt đời..

Tiên lượng: VTG bán cấp thường khỏi sau vài tuần đến vài tháng. Một số trường hợp có dấu hiệu lui bệnh sau đó tái phát do bị tổn thương ở 1 thùy tuyến giáp lan sang thùy bên.

C. Viêm tuyến giáp thâm lặng

VTG thâm lặng hay còn gọi VTG không đau, xuất hiện ở các bệnh nhân trên nền có bệnh lý tuyến giáp tự miễn. Bệnh xuất hiện ở 5% phụ nữ từ sau khi mang thai 3 – 6 tháng, do vậy còn gọi là VTG sau đẻ.

Biểu hiện điển hình: nhiễm độc giáp kéo dài 2 – 4 tuần, sau đó suy giáp từ 4 – 12 tuần, tiếp theo là giai đoạn hồi phục. Khám tuyến giáp thấy bướu giáp to, không đau, không cứng. Xét nghiệm có liên quan tới kháng thể TPO.

Điều trị: Trường hợp biểu hiện nhiễm độc giáp có thể dùng propranolol 20 – 40mg x 3 hoặc 4 lần/ngày. Trường hợp suy giáp dùng thyroxin, liều tùy thuộc từng bệnh nhân.

D. Viêm tuyến giáp mạn tính

VTG mạn tính (hay còn gọi là VTG Hashimoto, VTG nhiều lympho bào) là một bệnh bướu giáp có suy giáp thường gặp, bệnh cũng phổ biến ở tuổi thanh thiếu niên. VTG Riedel được coi là một dạng của VTG mạn tính với tổn thương xơ xâm nhập cả bên ngoài tuyến giáp, cơ và tổ chức phần mềm xung quanh.

VTG Hashimoto là bệnh do rối loạn miễn dịch trong đó các tế bào lympho nhạy cảm với kháng nguyên tuyến giáp và xuất hiện tự kháng thể phản ứng với các kháng nguyên này. Hầu hết các trường hợp là do phối hợp của các yếu tố gen và yếu tố môi trường. Nhóm bệnh nhân HLA – DR có suy giáp tự miễn thường gặp ở những người HLA – DR3; HLA – DR4; HLA – DR5. Sự hoạt động của tế bào TCD4+, TCD8+ và tế bào lympho B làm phá hủy các tế bào tuyến giáp theo cơ chế gây độc. Tế bào TC8+ kích thích các yếu tố hoại tử tế bào làm phá hủy tế bào tuyến giáp, tế bào lympho T sản xuất các cytokine, yếu tố hoại tử u (TNF), IL – 1, IL – γ phá hủy tế bào tuyến giáp, trong đó, IL – γ trực tiếp làm suy giảm chức năng tuyến giáp, ngoài ra, các cytokine còn làm biểu hiện của các phân tử tiền viêm khác: các phân tử kết dính, CD 40 và nitric oxyt cũng gây phá hủy tế bào.

Trong VTG Hashimoto, có ba tự kháng thể tuyến giáp quan trọng nhất: TgAb, anti TPO, TSH – RAb. Giai đoạn đầu của bệnh, TgAb, anti TPO tăng, sau đó TgAb có thể mất đi nhưng anti TPO còn tồn tại nhiều năm. Tế bào học có hình ảnh nhiều lympho bào phá hủy cấu trúc bình thường của tuyến giáp, nhiều nang lympho và trung tâm mầm được hình thành. Tế bào biểu mô nang thường phì đại, trong bào tương có tế bào ưa base (tế bào Hurthle). Sự phá hủy cấu trúc tế bào tuyến giáp làm giảm T3 và T4, TSH tăng theo cơ chế feedback. Giai đoạn đầu, TSH có thể duy trì để tổng hợp đầy đủ lượng hormon tuyến giáp, sau đó là suy giáp.

Bệnh nhân VTG Hashimoto có bướu giáp bình giáp hoặc suy giáp. Tỷ lệ thường gặp 1 nam: 4 nữ. Bệnh nhân không đau vùng cổ, có thể không phát hiện có bướu giáp cho tới khi nó phì đại. Bệnh nhân lớn tuổi, có suy giáp điển hình hơn, bướu giáp không to nhiều mà chỉ là sự phì đại cứng của tuyến giáp. Khi suy giáp xuất hiện các triệu chứng bao gồm: mệt mỏi, nói khàn, giảm trí nhớ, nghe kém, sợ lạnh, táo bón, da khô, rụng tóc, phù mắt, nhịp chậm..., bướu giáp không đau.

Xét nghiệm phát hiện các tự kháng thể có nồng độ cao, TgAb và anti TPO dương tính ở hầu hết các trường hợp. Xét nghiệm tế bào học có hình ảnh nhiều lympho bào. Đây cũng là các xét nghiệm để phân biệt VTG Hashimoto với bướu giáp do các nguyên nhân khác.

Biến chứng hay gặp của VTG Hashimoto là suy giáp. Khoảng 10% - 15% có suy giáp vĩnh viễn, tỷ lệ suy giáp tăng cao ở người già phải điều trị hormon thay thế. Hiếm khi bệnh trở thành u lympho. Khi có suy giáp, phải điều trị hormon thay thế để ức chế TSH và giảm tiến triển của bướu giáp, phẫu thuật rất hiếm khi được chỉ định.

VTG Hashimoto là một phần trong các bệnh lý tự miễn. Do vậy, bệnh nhân nên được theo dõi xem có các bệnh lý tự miễn khác kèm theo hay không như: Basedow, thiếu máu ác tính, HC Schmitt: suy võ thượng thận, suy cận giáp, đái tháo đường, suy chức năng buồng trứng và một bệnh nhiễm nấm hiếm gặp.

