

INVESTIGATION OF THYROID FUNCTION CHANGES IN PATIENTS WITH STAGE III-V CHRONIC KIDNEY DISEASE NOT YET UNDERGOING RENAL REPLACEMENT THERAPY AT BACH MAI HOSPITAL

Tran Thi Thuy Quynh^{1*}, Nghiem Trung Dung², Vu Bich Nga¹

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/10/2025

Revised: 26/10/2025; Accepted: 20/11/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate thyroid function and investigate the relationship between thyroid dysfunction and certain clinical as well as laboratory characteristics in patients with stage III-V chronic kidney disease who have not yet undergone renal replacement therapy at Bach Mai Hospital.

Subject and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 chronic kidney disease patients with an estimated glomerular filtration rate < 60 ml/min who had not received renal replacement therapy, from September 2024 to September 2025 at Bach Mai Hospital. Thyroid function was assessed by measuring serum FT4 and TSH levels.

Results: Among 200 patients, the prevalence of subclinical hypothyroidism was 19%, clinical hypothyroidism 2.5%, and subclinical hyperthyroidism 2%. The prevalence of hypothyroidism increased with advancing chronic kidney disease stage, occurring in 8.5% of stage III, 26.5% of stage IV, and 30% of stage V patients ($p < 0.01$). Patients with hypothyroidism were more likely to be female ($p = 0.049$), older ($p = 0.031$), and had lower estimated glomerular filtration rate, hemoglobin ($p = 0.000$), and albumin levels ($p = 0.032$). Multivariate analysis revealed significant associations between hypothyroidism and age (OR = 1.045, $p = 0.008$), estimated glomerular filtration rate (OR = 0.966, $p = 0.049$), and hemoglobin (OR = 0.975, $p = 0.010$).

Conclusion: The prevalence of thyroid dysfunction was 21.5%, predominantly subclinical hypothyroidism (19%). The prevalence of hypothyroidism increased with the severity of renal impairment. Age, estimated glomerular filtration rate, and hemoglobin were identified as independent risk factors associated with hypothyroidism.

Keywords: Thyroid function, chronic kidney disease, FT4, TSH.

*Corresponding author

Email: thuyquynh98ht@gmail.com Phone: (+84) 965481701 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD22.3885>

KHẢO SÁT THAY ĐỔI CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP Ở NGƯỜI BỆNH BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN III-V CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Thúy Quỳnh^{1*}, Nghiêm Trung Dũng², Vũ Bích Nga¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 14/10/2025

Ngày sửa: 26/10/2025; Ngày đăng: 20/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chức năng tuyến giáp đồng thời tìm hiểu mối liên quan giữa thay đổi chức năng tuyến giáp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thể thận ở Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 người bệnh bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2024-9/2025. Chức năng tuyến giáp được đánh giá qua xét nghiệm nồng độ FT4, TSH.

Kết quả: Trong số 200 bệnh nhân, tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng là 19%, suy giáp lâm sàng là 2,5%, cường giáp dưới lâm sàng là 2%. Tỷ lệ suy giáp tăng lên theo giai đoạn bệnh thận mạn, xảy ra ở 8,5% giai đoạn III, 26,5% giai đoạn IV, 30% giai đoạn V ($p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân suy giáp có tỷ lệ nữ cao hơn ($p = 0,049$), tuổi cao hơn ($p = 0,031$), mức lọc cầu thận, hemoglobin thấp hơn ($p = 0,000$), albumin thấp hơn ($p = 0,032$). Phân tích đa biến chỉ ra các mối liên hệ có ý nghĩa giữa suy giáp với tuổi ($OR = 1,045$, $p = 0,008$), mức lọc cầu thận ($OR = 0,966$, $p = 0,049$), hemoglobin ($OR = 0,975$, $p = 0,010$).

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp là 21,5%, trong đó chủ yếu là suy giáp dưới lâm sàng (19%). Tỷ lệ suy giáp tăng dần theo mức độ nặng của suy thận. Tuổi, mức lọc cầu thận, hemoglobin là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến suy giáp.

Từ khóa: Chức năng tuyến giáp, bệnh thận mạn, FT4, TSH.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn đang là vấn đề phổ biến và nổi bật lên là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Chức năng thận suy giảm không hồi phục trong thời gian dài dẫn đến rất nhiều rối loạn như rối loạn chuyển hóa canxi, phospho, khả năng điều hòa nước, điện giải... gây thay đổi về sinh hóa cũng như lâm sàng của các cơ quan trong cơ thể, trong đó phải kể đến rối loạn chức năng tuyến giáp. Rối loạn chức năng tuyến giáp và bệnh thận có mối quan hệ sinh lý bệnh phức tạp. Cả suy giáp lâm sàng và dưới lâm sàng đều đã được báo cáo ở bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn. Tỷ lệ suy giáp ở các nghiên cứu khác nhau dao động từ 0% đến 9,5% [1]. Tuy nhiên, dữ liệu về mối liên quan giữa chức năng

tuyến giáp và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng của bệnh thận mạn hiện vẫn còn hạn chế và đôi khi mâu thuẫn. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thể thận. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

- Khảo sát chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thể thận ở Bệnh viện Bạch Mai.

- Tìm hiểu mối liên quan giữa thay đổi chức năng tuyến giáp với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm BN nghiên cứu trên.

*Tác giả liên hệ

Email: thuyquynh98ht@gmail.com Điện thoại: (+84) 965481701 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD22.3885>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

200 BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế thận tại Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18-70 tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn (theo tiêu chuẩn của KDIGO 2024) giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế thận.

- Tiêu chuẩn loại trừ: tổn thương thận cấp, tiền sử rối loạn chức năng trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến giáp như u tuyến yên, Basedow, viêm tuyến giáp Hashimoto..., ung thư các cơ quan, đang mang thai, mắc các bệnh hệ thống, sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp như Amiodaron, iod phân tử, thuốc kháng giáp tổng hợp, Glucocorticoid, Dopamin, Phenytoin...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính 1 tỷ lệ của một quần thể.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỉ lệ BN bệnh thận mạn có rối loạn chức năng tuyến giáp (theo Raj R và cộng sự, tỉ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế thận, chọn p = 0,328 [2]); d là sai số tối đa cho phép, chọn d = 0,07.

Thay vào công thức, tính được n = 172. Trong quá trình thu thập mẫu, chúng tôi đã thu thập được 200 BN.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, nguyên nhân bệnh thận mạn, BMI.

- Các biến số cận lâm sàng: hemoglobin, ure, creatinin, mức lọc cầu thận ước tính (tính theo công thức CKD-EPI 2019), albumin, protein, FT4, TSH.

- Chẩn đoán suy giáp: TSH > 5,3 μ UI/ml và FT4 < 12 pmol/l; suy giáp dưới lâm sàng: TSH > 5,3 μ UI/ml và FT4 trong giới hạn bình thường (12-22 pmol/l); cường giáp: TSH < 0,4 μ UI/ml và FT4 > 22 pmol/l; cường giáp dưới lâm sàng: TSH < 0,4 μ UI/ml và FT4 trong giới hạn bình thường (12-22 pmol/l); giảm FT4: TSH bình thường (0,4-5,3 μ UI/ml) và FT4 < 12 pmol/l.

2.4. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu nghiên cứu theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20 với các phép kiểm Chi bình phương, T-test, ANOVA test, Mann-Whitney U, mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- BN và người nhà BN được cung cấp đầy đủ các thông tin về nghiên cứu, hiểu rõ mục đích nghiên cứu và tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện, có quyền ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Tư vấn cho BN khi được yêu cầu, các thông tin của BN được đảm bảo giữ bí mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Đặc điểm	Nam	Nữ	Chung	p
Giới tính	115 (57,5%)	85 (42,5%)		0,034
Tuổi trung bình	53,7 $\pm$ 13,3	55,9 $\pm$ 12	54,6 $\pm$ 12,8	0,228
Giai đoạn bệnh thận mạn				
III	49 (69,0%)	22 (31,0%)	71 (35,5%)	0,001
IV	19 (38,8%)	30 (61,2%)	49 (24,5%)	0,116
V	47 (58,8%)	33 (41,2%)	80 (40,0%)	0,118
Nguyên nhân bệnh thận mạn				
Tăng huyết áp	9 (4,5%)	9 (4,5%)	18 (9,0%)	1
Đái tháo đường	17 (8,5%)	7 (3,5%)	24 (12,0%)	0,041
Viêm cầu thận mạn	64 (32,0%)	49 (24,5%)	113 (56,5%)	0,158
Viêm ống kẽ thận mạn	12 (6,0%)	4 (2,0%)	16 (8,0%)	0,046
Thận đa nang	3 (1,5%)	7 (3,5%)	10 (5,0%)	0,206
Viêm thận-bể thận mạn	8 (4,0%)	5 (2,5%)	13 (6,5%)	0,405
Khác	1 (0,5%)	4 (2,0%)	5 (2,5%)	0,180

Tỷ lệ BN nam (57,5%) cao hơn BN nữ (42,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,034). Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 54,6 $\pm$ 12,8 tuổi, không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ. Nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận mạn là viêm cầu thận mạn (56,5%), thứ hai là đái tháo đường (12%), nguyên nhân ít gặp khác là thận đa nang (5%). Tỷ lệ BN đái tháo đường và viêm ống kẽ thận mạn ở nữ cao hơn nam, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,041 và 0,046.

Tỷ lệ bệnh thận mạn cao nhất là giai đoạn V (40%), thấp nhất là giai đoạn IV (24,5%).

3.2. Chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế

Bảng 2. Rối loạn chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế (n = 200)

Các rối loạn		Số BN		Tỷ lệ (%)	
Suy giáp	Lâm sàng	5	43	2,5	21,5
	Dưới lâm sàng	38		19,0	
Cường giáp	Lâm sàng	0	4	0	2,0
	Dưới lâm sàng	4		2,0	
Bình giáp		153		76,5	

Trong số 200 BN nghiên cứu, có 5 BN (2,5%) suy giáp, 38 BN (19%) suy giáp dưới lâm sàng; trong khi chỉ có 4 BN (2%) cường giáp dưới lâm sàng và không có BN nào cường giáp lâm sàng.

Vì tỷ lệ BN suy giáp lâm sàng thấp nên trong nghiên cứu này, chúng tôi sẽ phân tích gộp suy giáp dưới lâm sàng và suy giáp lâm sàng vào nhóm chung suy giáp.

Bảng 3. Tỷ lệ BN suy giáp theo từng giai đoạn bệnh thận mạn

Giai đoạn bệnh thận mạn	Số BN	Số BN suy giáp	Tỷ lệ (%)	p
III	71	6	8,5	0,004
IV	49	13	26,5	
V	80	24	30,0	

Tỷ lệ BN suy giáp tăng dần từ 8,5% ở giai đoạn III lên 26,5% ở giai đoạn IV và 30% ở giai đoạn V, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 4. Nồng độ hormon tuyến giáp ở từng giai đoạn bệnh thận mạn

Giai đoạn bệnh thận mạn	FT4 (pmol/L)	TSH (uU/mL)
III	15,59 ± 2,76	2,23 ± 1,62
IV	15,61 ± 3,51	3,27 ± 2,44
V	14,90 ± 3,18	3,75 ± 3,27
Tổng	15,32 ± 3,13	3,1 ± 2,66
p-value	0,301	pIII-IV = 0,047; pIII-V = 0,01; pIV-V = 0,664

Giá trị trung bình của FT4, TSH lần lượt là 15,32 ± 3,13 pmol/L và 3,1 ± 2,66 uU/mL, nằm trong giới hạn bình thường ở các giai đoạn bệnh thận mạn khác nhau. FT4 không khác biệt giữa các giai đoạn bệnh

thận mạn, TSH có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn III và giai đoạn IV ($p < 0,05$), giai đoạn III và giai đoạn V ($p < 0,01$).

3.3. Mối liên quan giữa nồng độ FT4, TSH và một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ FT4, TSH và một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng

Chỉ số		Suy giáp (n = 43)	Bình giáp (n = 153)	p
Giới	Nam (n = 112)	18 (16,07%)	94 (83,93%)	0,049
	Nữ (n = 84)	25 (29,76%)	59 (70,24%)	
Tuổi (năm)		58,4 ± 11,13	53,8 ± 13,05	0,031
BMI (kg/m ²)		21,73 ± 2,92	22,67 ± 5,85	0,360
Mức lọc cầu thận (mL/phút/1,73 m ²)		15,47 ± 11,84	25,73 ± 15,04	0,000
Hemoglobin (g/L)		105,47 ± 20,43	126,18 ± 25,97	0,000
Albumin (g/L)		38,14 ± 6,96	40,89 ± 5,36	0,032
Protein (g/L)		71,24 ± 8,47	73,44 ± 7,11	0,170

So sánh giữa nhóm suy giáp (43 BN) và nhóm bình giáp (153 BN) trong đối tượng nghiên cứu, nhận thấy: tỷ lệ suy giáp ở BN nữ (29,76%) cao hơn so với BN nam (16,07%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuổi trung bình của nhóm BN có suy giáp là 58,4 ± 11,13 tuổi, cao hơn nhóm bình giáp là 53,8 ± 13,05 ($p < 0,05$). Có sự khác biệt về mức lọc cầu thận, hemoglobin, albumin giữa 2 nhóm, thấp hơn ở nhóm suy giáp ($p < 0,05$). Không quan sát thấy sự khác biệt về BMI và protein giữa 2 nhóm suy giáp và bình giáp ($p > 0,05$).

3.4. Mô hình hồi quy logistic của một số biến số liên quan đến tình trạng suy giáp của mẫu nghiên cứu

Bảng 6. Mô hình hồi quy logistic của một số biến số liên quan đến tình trạng suy giáp của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Hệ số hồi quy đơn biến	OR	KTC 95%	p	Hệ số hồi quy đa biến	OR	KTC 95%	p
Tuổi	0,033	1,033	1,001-1,066	0,040	0,044	1,045	1,011-1,080	0,008
Giới nữ	0,794	2,213	1,112-4,402	0,024	0,594	1,812	0,845-3,887	0,127
Mức lọc cầu thận	-0,054	0,947	0,921-0,974	0,000	-0,035	0,966	0,933-1,000	0,049
Hemoglobin	-0,033	0,967	0,953-0,982	0,000	-0,027	0,975	0,957-0,994	0,010
Albumin	-0,075	0,928	0,878-0,981	0,008	-0,025	0,973	0,910-1,041	0,433

Tuổi càng cao, mức lọc cầu thận càng thấp và hemoglobin càng thấp làm tăng khả năng mắc suy giáp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 200 BN, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,6 \pm 12,8$ tuổi, tương đương với các nghiên cứu của Lê Hạnh Nguyên và cộng sự [3], Hoàng Thị Phương và cộng sự [4] với tuổi trung bình lần lượt là $57,82 \pm 15,32$ và $50,5 \pm 18,4$ tuổi. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Xuân Thủy và cộng sự ($66 \pm 12,7$ tuổi) [5].

Tỷ lệ nam (57,5%) cao hơn nữ (42,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tương tự trong nghiên cứu của Lê Hạnh Nguyên và cộng sự với tỷ lệ nam 56,5% và nữ 43,5% [3]. So với nghiên cứu của Gom-ba V.E và cộng sự thì tỷ lệ BN nam (47%) lại thấp hơn BN nữ (53%) [6]. Như vậy, tỷ lệ nam nữ cũng như tuổi trung bình ở các nghiên cứu chưa thống nhất, sự khác biệt có thể liên quan đến vùng miền và đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, nguyên nhân bệnh thận mạn chủ yếu là viêm cầu thận mạn (56,5%), tiếp theo là đái tháo đường (12%), tăng huyết áp (9%), các nguyên nhân như thận đa nang hay nguyên nhân khác ít gặp. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Thị Phương và cộng sự với nguyên nhân đa số là viêm cầu thận mạn (47,1%), tiếp theo là đái tháo đường (12,1%), tăng huyết áp (8,9%) [4]. So với nghiên cứu ở các nước phát triển thì nguyên nhân bệnh thận mạn thường là do tăng huyết áp và đái tháo đường.

Trong số 200 BN nghiên cứu, chủ yếu là BN bệnh thận mạn giai đoạn V chiếm 40%, tiếp theo là bệnh thận mạn giai đoạn III chiếm 35,5% và BN ở giai đoạn

IV ít hơn, chiếm 24,5%.

4.2. Thay đổi chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế thận

Dạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế hay gặp nhất là suy giáp dưới lâm sàng chiếm 19%, trong khi chỉ có 2,5% BN suy giáp, 2% BN cường giáp dưới lâm sàng và không có BN cường giáp. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thanh Tùng và cộng sự với 21,05% BN suy giáp dưới lâm sàng và 1,05% BN suy giáp [7]; tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng ở nghiên cứu của Santivañez J.R và cộng sự là 18,1% [8]. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Khatiwada S và cộng sự với tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng 27,2%, suy giáp lâm sàng 8,1% và cường giáp dưới lâm sàng 3,3% [9]. Sự khác biệt về tỷ lệ có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu, đặc điểm lâm sàng, khoảng tham chiếu của các đối tượng nghiên cứu trong các nghiên cứu khác nhau.

Tỷ lệ suy giáp tăng lên theo giai đoạn bệnh thận mạn, từ 8,5% ở giai đoạn III lên 26,5% ở giai đoạn IV và 30% ở giai đoạn V, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhận định này tương tự của Santivañez J.R và cộng sự với tỷ lệ suy giáp ở BN bệnh thận mạn giai đoạn III, IV, V lần lượt là 13%, 16,1% và 26% [8].

Nồng độ FT4, TSH trung bình lần lượt là $15,32 \pm 3,13$ pmol/L và $3,1 \pm 2,66$ uU/mL, nằm trong giới hạn bình thường và ở các giai đoạn bệnh thận mạn khác nhau cũng nằm trong giới hạn bình thường. FT4 không có khác biệt giữa các giai đoạn bệnh thận mạn nhưng TSH có sự khác nhau giữa bệnh thận mạn giai đoạn III với giai đoạn IV và V ($p < 0,05$).

Nghiên cứu này cho thấy các yếu tố tuổi, giới, mức lọc cầu thận, nồng độ hemoglobin, albumin có ảnh hưởng tới nguy cơ suy giáp. Tỷ lệ suy giáp ở BN nữ (29,76%) cao hơn so với BN nam (16,07%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tình trạng suy giáp gia tăng

ở giới nữ trong nghiên cứu này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trong và ngoài nước: Lê Hoàng Bảo và cộng sự cho thấy tỷ lệ nữ giới có nguy cơ mắc suy giáp cao hơn nam giới gần 3 lần [10]. Trong nghiên cứu Framingham, tỷ lệ mắc suy giáp ở nữ cao hơn nam giới (5,9% so với 2,3%) [11]. Chưa có cơ chế rõ ràng giải thích điều này, tuy nhiên các giả thuyết đặt ra có thể do sự xuất hiện các tự kháng thể ở nữ nhiều hơn, ảnh hưởng của hormon sinh dục estrogen và progesteron làm gia tăng tỷ lệ suy giáp.

Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến cho thấy tuổi, mức lọc cầu thận, hemoglobin là yếu tố độc lập làm gia tăng tỷ lệ suy giáp ở BN bệnh thận mạn. Mỗi 1 tuổi tăng lên hoặc hemoglobin giảm 1 g/L làm cho nguy cơ suy giáp tăng 3,3%. Mức lọc cầu thận thấp hơn ở nhóm BN suy giáp. Mức lọc cầu thận giảm 1 ml/phút/1,73 m² làm gia tăng 5,3% nguy cơ suy giáp khi phân tích đơn biến và 3,4% khi phân tích đa biến. Rhee C.M và cộng sự cũng báo cáo rằng cứ mỗi 10 ml/phút/1,73 m² giảm thì nguy cơ suy giáp cao hơn 18% [12].

Hạn chế của nghiên cứu

Rối loạn chức năng tuyến giáp được khảo sát chung ở các nguyên nhân gây bệnh thận mạn, do đó không thể nghiên cứu mối tương quan riêng lẻ giữa nguyên nhân của bệnh thận mạn và rối loạn chức năng tuyến giáp. Một số thuốc sử dụng trong quá trình điều trị bệnh thận mạn như Furosemide có thể ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp là 21,5%, trong đó chủ yếu là suy giáp dưới lâm sàng (19%).

- Tỷ lệ suy giáp tăng dần theo mức độ nặng của suy thận. Tuổi, mức lọc cầu thận, hemoglobin là yếu tố nguy cơ độc lập của suy giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lo J.C, Chertow G.M, Go A.S, Hsu C.Y. Increased prevalence of subclinical and clinical hypothyroidism in persons with chronic kidney disease. *Kidney International*, 2005, 67 (3): 1047-1052.
- [2] Raj R, Kumar V, Bhushan D, Biswas R, Ojha V.S. The prevalence of thyroid abnormalities in patients with chronic kidney disease: A cross-sectional study at a tertiary care hospital. *Cureus*, 2023, 15 (8): e43065.
- [3] Lê Hạnh Nguyên, Đỗ Gia Tuyền và cộng sự. Đánh giá rối loạn nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 523 (1): 134-139.
- [4] Hoàng Thị Phương, Nguyễn Bảo Ngọc, Lê Thị Phương. Tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2023, 170 (9): 303-312.
- [5] Trần Xuân Thủy, Vũ Phi Hùng, Bùi Thị Lan Anh. Khảo sát mật độ xương bằng hấp thụ tia X năng lượng kép và một số yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 551 (2): 77-80.
- [6] Gomba V.E, Unachukwu C, Chinenye S. Prevalence and patterns of thyroid dysfunction in chronic kidney disease patients in a tertiary hospital in Southern Nigeria. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2024, 12 (3): 651-657.
- [7] Phạm Thanh Tùng, Lê Quang Toàn, Nguyễn Quang Bảy. Tỷ lệ và đặc điểm suy giáp ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 543 (2): 161-165.
- [8] Santivañez J.R, Peris B.G et al. Subclinical Hypothyroidism in Advanced Chronic Kidney Disease Patients: Prevalence and Associated Factors. *J Thyroid Res*, 2022, 2022: 1077553.
- [9] Khatiwada S, Rajendra K.C, Gautam S et al. Thyroid dysfunction and dyslipidemia in chronic kidney disease patients. *BMC Endocrine Disorders*, 2015, 15 (1): 65.
- [10] Lê Hoàng Bảo, Lưu Thị Tuyết Trinh, Đinh Ngô Tất Thắng, Diệp Thị Thanh Bình. Tầm soát tỷ lệ suy giáp trên đối tượng người cao tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2016, 20 (2): 179-179.
- [11] Sawin C.T, Castelli W.P, Hershman J.M, McNamara P, Bacharach P. The aging thyroid. Thyroid deficiency in the Framingham Study. *Arch Intern Med*, 1985, 145 (8): 1386-1388.
- [12] Rhee C.M, Kalantar-Zadeh K, Streja E et al. The relationship between thyroid function and estimated glomerular filtration rate in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*, 2015, 30 (2): 282-287.