



MỐI LIÊN QUAN GIỮA BẤT THƯỜNG TUYẾN GIÁP VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BẠCH BIẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Phương¹, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Hoàng Văn Tâm^{1,2}, Dương Thị Thúy Quỳnh², Lê Hữu Doanh^{1,2}, và Đỗ Thị Thu Hiền^{1,2,3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa các bất thường tuyến giáp với đặc điểm lâm sàng của bệnh bạch biến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 318 bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024. Các xét nghiệm TSH, FT3, FT4, TRAb, anti-TPO và siêu âm tuyến giáp được thực hiện để đánh giá tuyến giáp, khi kết quả xét nghiệm có bất thường, bệnh nhân được gửi khám chuyên khoa nội tiết để chẩn đoán xác định bệnh lý tuyến giáp.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp là 22,0%, trong đó tỷ lệ bệnh tuyến giáp tự miễn và tăng tự kháng thể kháng tuyến giáp lần lượt là 8,2% và 20,4%. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp là 11,3%. Các rối loạn chức năng tuyến giáp có liên quan đến giới nữ. Tình trạng tăng anti-TPO có liên quan đến độ tuổi 41 - 60 tuổi và bạch biến thể không phân đoạn. Bệnh tuyến giáp tự miễn có liên quan đến giới nữ, bạch biến thể không phân đoạn và hay gặp ở độ tuổi 21 - 40 tuổi.

Kết luận: Việc sàng lọc các rối loạn chức năng và bệnh lý tuyến giáp nên được khuyến cáo ở các bệnh nhân mắc bệnh bạch biến, đặc biệt là những bệnh nhân nữ, bạch biến thể không phân đoạn.

Từ khóa: Bạch biến, bệnh lý tuyến giáp, viêm tuyến giáp tự miễn, TRAb; anti-TPO.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch biến là một bệnh rối loạn sắc tố mắc phải phổ biến được đặc trưng bởi sự mất đi của các tế bào hắc tố ở da và niêm mạc, tỷ lệ được báo cáo là 0,5 - 2% trên toàn thế giới.^{1,2} Mặc dù nguyên nhân gây bệnh chưa được hiểu biết một cách rõ

ràng nhưng cơ chế tự miễn dịch được xem như là tác nhân chính gây bệnh.^{3,4} Một vài nghiên cứu đã báo cáo mối liên quan giữa bệnh bạch biến với một số bệnh tự miễn khác như viêm tuyến giáp tự miễn, rụng tóc từng mảng, đái tháo đường typ 1, thiếu máu ác tính và viêm khớp dạng thấp, trong đó các rối loạn tự miễn dịch tuyến giáp là phổ biến nhất.^{1,5} Mối liên quan giữa bệnh tuyến giáp và bệnh bạch biến được giả thiết là do hai bệnh đều là các bệnh tự miễn trong đó hệ miễn dịch tấn công tế bào tuyến giáp cũng tấn công cả tế bào hắc tố. Thêm vào đó, cả hai bệnh đều có thể có yếu tố di truyền trong đó các gene liên

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

³Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Email: hienphuonglinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 06/12/2024

Ngày phản biện: 20/12/2024

Ngày chấp nhận đăng: 10/02/2025

DOI: 10.56320/tcdlhn.48.232

quan đến hệ miễn dịch (như HLA) có thể làm tăng nguy cơ phát triển cả bệnh tuyến giáp và bạch biến. Ngoài ra một số yếu tố môi trường như stress, nhiễm virus hoặc chế độ ăn uống có thể kích hoạt sự phát triển của cả bệnh tuyến giáp và bạch biến ở những người có yếu tố di truyền dễ mắc bệnh tự miễn.⁵ Một số nghiên cứu chỉ ra rằng các kháng nguyên đặc hiệu của tế bào hắc tố cũng được phát hiện trong mô tuyến giáp của bệnh nhân mắc bệnh tuyến giáp tự miễn và xác định được 9 locus gen nhạy cảm di truyền chung cho cả hai bệnh.⁵

Trên thế giới nhiều hướng dẫn thực hành lâm sàng đề nghị kiểm tra chức năng tuyến giáp cho bệnh nhân mắc bệnh bạch biến.^{6,7} Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa bệnh bạch biến với bệnh lý tuyến giáp, ngoài nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền và Nguyễn Trọng Hào mối liên quan giữa bạch biến và bệnh tuyến giáp tự miễn tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh.¹¹ Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Mối liên quan giữa bất thường tuyến giáp với đặc điểm lâm sàng bệnh nhân bạch biến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương” với các mục tiêu sau: (1) Xác định tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp trên bệnh nhân bạch biến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024; (2) Khảo sát mối liên quan giữa các bất thường tuyến giáp với các đặc điểm lâm sàng của bệnh bạch biến.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 318 bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến tại phòng khám chuyên về bạch biến, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2023 đến tháng 06/2024. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Lâm sàng: thương tổn cơ bản là các dát mất sắc tố, ranh giới rõ, có khuynh hướng phát triển ra ngoại vi và liên kết với nhau, xung quanh có thể có màu da đậm hơn bình thường, thương tổn không

kèm theo vảy, không ngứa, không đau. Soi đèn wood thương tổn bắt màu trắng xanh, ranh giới rõ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh bạch biến, có đầy đủ xét nghiệm FT3, FT4, TSH, TRAb, anti-TPO và siêu âm tuyến giáp. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các rối loạn giảm sắc tố khác: Bớt mất sắc tố bẩm sinh, bớt thiếu máu, lang ben, giảm sắc tố sau viêm, chàm khô...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. Dựa theo công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang (cho một tỷ lệ):

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

p là tỷ lệ bệnh nhân bạch biến có bệnh lý tuyến giáp, tham khảo từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền¹¹ chọn $p = 7,5\%$. Thay vào công thức, cỡ mẫu ước tính cần thiết là 107 bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành chọn mẫu thuận tiện được 318 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu như trên.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến tại phòng khám chuyên về bạch biến, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ được chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, bao gồm: FT3: Là hormon triiodothyronine tự do được tiết ra bởi tuyến giáp. FT4: Là hormon thyroxine tự do được tiết ra bởi tuyến giáp. TSH: Thyroid-stimulating hormon, là hormon kích thích tuyến giáp được tiết ra bởi tuyến yên. TRAb: Thyrotropin receptor antibody, là kháng thể tự miễn kháng receptor của TSH. anti-TPO: Antithyroid peroxidase antibodies, là kháng thể kháng enzym thyroid peroxidase (TPO) do cơ thể sinh ra gây giảm hoặc ngừng quá trình tổng

hợp hormon tuyến giáp; siêu âm tuyến giáp. Khi bệnh nhân có bất thường về kết quả cận lâm sàng sẽ được gửi khám chuyên khoa nội tiết để chẩn đoán xác định bệnh lý tuyến giáp.

Một số bệnh lý tuyến giáp thường gặp như viêm tuyến giáp Hashimoto, bệnh Graves (hay Basedow), bướu nhân tuyến giáp. Các rối loạn chức năng tuyến giáp:⁸ Chẩn đoán cường giáp lâm sàng khi có TSH giảm, FT3, FT4 tăng. Chẩn đoán cường giáp dưới lâm sàng TSH giảm, FT3, FT4 bình thường. Chẩn đoán suy giáp lâm sàng khi có FT4 giảm. Chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng khi có TSH tăng, FT3, FT4 bình thường.

Kỹ thuật xét nghiệm và giá trị bình thường: Xét nghiệm FT3, FT4 chạy bằng phương pháp (F3RCE) Roche Cobas 4000/e411 trên máy Roche Cobas e411. Trị số bình thường FT3: 3,1 - 6,8 pmol/L, FT4: 12 - 22 pmol/L. Xét nghiệm TSH chạy bằng phương pháp (TSRCE) Roche Cobas 4000/e411 trên máy Roche Cobas e411. Trị số bình thường 0,27 - 4,2 µIU/ml. Xét nghiệm TRAb chạy bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên hệ thống máy Cobas Pro (Roche). Trị số bình thường 0 - 1,75 U/L. Xét nghiệm anti-TPO chạy bằng phương pháp miễn dịch hóa phát

quang trên hệ thống máy Alinity (Abbott). Trị số bình thường 0 - 5,61 U/mL.

Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu thị dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Sử dụng test Khi bình phương hoặc Fisher’s exact test để kiểm định mối liên quan giữa hai hay nhiều biến định tính. Biến định lượng phân phối chuẩn sử dụng test t-student (2 mẫu) hoặc test ANOVA (≥ 3 mẫu). Biến định lượng phân phối không chuẩn sử dụng test Mann-Whitney U (2 mẫu) hoặc test Kruskal-Wallis (≥ 3 mẫu). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, độ tin cậy 95%.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh - Bệnh viện Đa liễu Trung ương theo Quyết định số 52/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 13 tháng 11 năm 2023.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ các rối loạn chức năng tuyến giáp và bệnh lý tuyến giáp trên bệnh nhân bạch biến

Bảng 1. Tỷ lệ tăng tự kháng thể, các rối rối loạn chức năng và bệnh lý tuyến giáp (N = 318)

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tăng tự kháng thể kháng tuyến giáp		
TRAb	10	3,1
anti-TPO	55	17,3
Tổng	65	20,4
Các rối loạn chức năng tuyến giáp		
Cường giáp	11	3,4
Suy giáp	25	7,9
Tổng	36	11,3

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý tuyến giáp		
Basedow	11	3,5
Viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto	15	4,7
Bướu nhân tuyến giáp	41	12,9
Ung thư tuyến giáp	3	0,9
Tổng	70	22,0%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tăng tự kháng thể kháng tuyến giáp là 20,4%, trong đó tỷ lệ tăng TRAb và anti-TPO lần lượt là 3,1% và 17,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn chức năng tuyến giáp là 11,3%, trong đó cường giáp chiếm 3,4% và suy giáp chiếm 7,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp là 22,0%, trong đó bệnh tuyến giáp tự miễn (bao gồm viêm tuyến giáp tự miễn Hashimoto và Basedow) là 8,2%, bướu nhân tuyến giáp gặp với tỷ lệ 12,9% và ung thư tuyến giáp 0,9%.

3.2. Mối liên quan giữa tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp với một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp với một số đặc điểm của bệnh nhân (N = 318)

Đặc điểm	Có rối loạn chức năng tuyến giáp (n = 36)	Không có rối loạn chức năng tuyến giáp (n = 282)	p
Giới tính			
Nam	9 (6,5%)	129 (93,5%)	0,018 (Chi-square)
Nữ	27 (15,0%)	153 (85,0%)	
Tuổi			
0 - 20	19 (11,0%)	153 (89,0%)	0,951 (Chi-square)
21 - 40	8 (11,9%)	59 (88,1%)	
41 - 60	8 (12,3%)	57 (87,7%)	
>60	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
Thời gian mắc bệnh			
≤ 5 năm	31 (11,7%)	235 (88,3%)	0,671 (Chi-square)
>5 năm	5 (9,6%)	47 (90,4%)	
Thể lâm sàng bạch biến			
Bạch biến phân đoạn	13 (14,4%)	77 (85,6%)	0,619 (Fisher's exact test)
Bạch biến không phân đoạn	23 (10,7%)	192 (81,3%)	
Bạch biến hỗn hợp	0 (0%)	6 (100%)	
Bạch biến không phân loại	0 (0%)	7 (100%)	



Mức độ hoạt động bệnh			
Ổn định	2 (10,5%)	17 (89,5%)	1,000 (Fisher's exact test)
Hoạt động	34 (11,4%)	265 (88,6%)	
Mức độ nặng			
VASI ($\bar{X} \pm SD$)	0,88 $\pm$ 2,06	0,77 $\pm$ 1,56	0,692 (Student t-test)

Chú thích: $\bar{X}$: giá trị trung bình. SD: Độ lệch chuẩn. VASI: Vitiligo Area and Severity Index.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, thời gian mắc bệnh, thể lâm sàng bạch biến, mức độ hoạt động bệnh và mức độ nặng của bệnh giữa hai nhóm có và không có rối loạn chức năng tuyến giáp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có rối loạn chức năng tuyến giáp giữa hai giới nam và nữ, nữ giới có tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp cao hơn nam giới (15,0% so với 6,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Mối liên quan giữa tình trạng tăng TRAb với một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng tăng TRAb với một số đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	Nhóm tăng TRAb (n = 10)	Nhóm không tăng TRAb (n = 308)	p
Giới tính			
Nam	2 (1,4%)	136 (98,6%)	0,196 (Fisher's exact test)
Nữ	8 (4,4%)	172 (95,6%)	
Tuổi			
0 - 20	4 (2,3%)	168 (97,7%)	0,571 (Fisher's exact test)
21 - 40	4 (6,0%)	63 (94,0%)	
41 - 60	2 (3,1%)	63 (96,9%)	
> 60	0 (0%)	14 (100%)	
Thời gian mắc bệnh			
≤ 5 năm	10 (3,8%)	256 (96,2%)	0,377 (Fisher's exact test)
> 5 năm	0 (0%)	52 (100%)	
Thể lâm sàng bạch biến			
Bạch biến phân đoạn	0 (0%)	90 (100%)	0,054 (Fisher's exact test)
Bạch biến không phân đoạn	9 (4,2%)	206 (95,8%)	
Bạch biến hỗn hợp	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
Bạch biến không phân loại	0 (0%)	7 (100%)	
Mức độ hoạt động bệnh			
Ổn định	0 (0%)	19 (100%)	1,000 (Fisher's exact test)
Hoạt động	10 (96,7%)	289 (3,3%)	

Mức độ nặng

VASI ($\bar{X} \pm SD$)	1,80 ± 3,68	0,75 ± 1,51	0,393 (Student t-test)
---------------------------	-------------	-------------	---------------------------

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, thể lâm sàng bạch biến, mức độ hoạt động bệnh và mức độ nặng của bệnh giữa hai nhóm có tăng TRAb và không tăng TRAb.

3.4. Mối liên quan giữa tình trạng tăng anti-TPO với một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng tăng anti-TPO với một số đặc điểm của bệnh nhân (N = 318)

Đặc điểm	Nhóm tăng anti-TPO (n = 55)	Nhóm không tăng anti-TPO (n = 263)	p
Giới tính			
Nam	20 (14,5%)	118 (85,5%)	0,247 (Chi-square)
Nữ	35 (19,4%)	145 (80,6%)	
Tuổi			
0 - 20	14 (8,1%)	158 (91,9%)	0,000 (Chi-square)
21 - 40	17 (25,4%)	50 (74,6%)	
41 - 60	23 (35,4%)	42 (64,6%)	
> 60	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
Thời gian mắc bệnh			
≤ 5 năm	43 (16,2%)	233 (83,8%)	0,228 (Chi-square)
>5 năm	12 (23,1%)	40 (76,9%)	
Thể lâm sàng bạch biến			
Bạch biến phân đoạn	5 (5,6%)	85 (94,4%)	0,000 (Fisher's exact test)
Bạch biến không phân đoạn	47 (21,9%)	168 (78,1%)	
Bạch biến hỗn hợp	0 (0%)	6 (100%)	
Bạch biến không phân loại	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Mức độ hoạt động bệnh			
Ổn định	1 (5,3%)	18 (94,7%)	0,216 (Fisher's exact test)
Hoạt động	54 (18,1%)	245 (81,9%)	
Mức độ nặng			
VASI ($\bar{X} \pm SD$)	1,05 ± 1,93	0,73 ± 1,54	0,178 (Student t-test)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh hay mức độ nặng của bệnh giữa hai nhóm có tăng anti-TPO và không tăng anti-TPO. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tăng anti-TPO trong các nhóm tuổi và các thể lâm sàng bạch biến. Theo đó, tỷ lệ

tăng anti-TPO ở nhóm bạch biến phân đoạn và bạch biến không phân loại cao hơn hai nhóm còn lại ($p = 0,000$), tỷ lệ tăng anti-TPO ở nhóm bệnh nhân 41 - 60 tuổi cao hơn các nhóm còn lại ($p = 0,000$).

3.5. Mối liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh lý tuyến giáp tự miễn với một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 5. Mối liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh lý tuyến giáp tự miễn với một số đặc điểm của bệnh nhân (N= 318)

Đặc điểm	Nhóm có bệnh tuyến giáp tự miễn (n = 26)	Nhóm không có bệnh tuyến giáp tự miễn (n = 292)	p
Giới tính			
Nam	4 (2,9%)	134 (97,1%)	0,003 (Fisher's exact test)
Nữ	22 (12,2%)	158 (87,8%)	
Tuổi			
0 - 20	6 (3,5%)	166 (96,5%)	0,006 (Chi-square)
21 - 40	11 (16,4%)	56 (83,6%)	
41 - 60	8 (12,3%)	57 (87,7%)	
> 60	1 (7,1%)	13 (92,9%)	
Thời gian mắc bệnh			
≤ 5 năm	22 (8,3%)	244 (91,7%)	1,000 (Fisher's exact test)
>5 năm	4 (7,7%)	48 (92,3%)	
Thể lâm sàng bạch biến			
Bạch biến phân đoạn	0 (0%)	90 (100%)	0,000 (Fisher's exact test)
Bạch biến không phân đoạn	24 (11,2%)	191 (88,8%)	
Bạch biến hỗn hợp	0 (0%)	6 (100%)	
Bạch biến không phân loại	2 (28,6%)	5 (71,4%)	
Mức độ hoạt động bệnh			
Ổn định	0 (0%)	19 (100%)	0,383 (Fisher's exact test)
Hoạt động	26 (8,7%)	273 (91,3%)	
Mức độ nặng			
VASI ($\bar{X} \pm SD$)	1,22 ± 2,39	0,741,53 ±	0,149 (Student t-test)

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có bệnh tuyến giáp tự miễn trong các nhóm giới tính ($p = 0,003$), nhóm tuổi ($p = 0,006$) và các thể lâm sàng bạch biến ($p = 0,000$). Theo đó, bệnh tuyến giáp tự miễn hay gặp ở nữ giới hơn nam giới (12,2% so với 2,9%), độ tuổi 21 - 40 có tỷ lệ bệnh tuyến giáp tự miễn cao nhất (16,4%), kể đến là 41 - 60 tuổi (12,3%). Về thể lâm sàng, có 24 trong tổng số 26 bệnh nhân có bệnh tuyến giáp tự miễn kèm theo mắc bạch biến thể không phân đoạn, còn 2

bệnh nhân mắc bạch biến thể không phân loại. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh hay mức độ nặng của bệnh giữa hai nhóm có bệnh tuyến giáp tự miễn và không có bệnh tuyến giáp tự miễn.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp, bệnh tuyến giáp tự miễn và tăng tự kháng thể kháng tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 22,0%, 8,2% và 20,4%. Tổng quan hệ thống của Vrijman C và cộng sự năm 2012 cho kết quả các tỷ lệ này lần lượt là 15,1%, 14,3% và 20,8%.⁹ Như vậy so với Vrijman C kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng về tỷ lệ tăng tự kháng thể tuyến giáp, tỷ lệ bệnh lý tuyến giáp của chúng tôi cao hơn và tỷ lệ bệnh tuyến giáp tự miễn thấp hơn. Có thể do trong các bệnh lý tuyến giáp chúng tôi ghi nhận được, bướu nhân tuyến giáp chiếm đa số (12,9%), chúng tôi chưa tìm thấy dữ liệu về tỷ lệ bướu giáp nhân trên bệnh nhân bạch biến, tuy nhiên, bướu giáp nhân là một bệnh khá phổ biến trong dân cư, tỷ lệ phát hiện bướu giáp nhân khi thăm khám lâm sàng là 4 - 7% và tỷ lệ này lên đến 19 - 67% khi siêu âm tuyến giáp.¹⁰ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng với Fan KC và cộng sự (2018) về tỷ lệ bệnh tuyến giáp tự miễn (8,4%) và tỷ lệ tăng tự kháng thể anti-TPO (16,2%).¹¹ So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền và Nguyễn Trọng Hào (2022), tỷ lệ mắc bệnh tuyến giáp tự miễn khá tương đồng (7,5% so với 8,2%).¹²

Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,3%, trong đó cường giáp 3,4%, suy giáp 7,9%, khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền, các tỷ lệ này lần lượt là 15%, 12,5%, 2,5%¹² và tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kroon MW (2012) và Yang Y (2010), tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trong hai nghiên cứu lần lượt là 11,9%¹³ và 11,8%.¹⁴ Trong nghiên cứu của Kroon, tỷ lệ cường giáp là 1,8% và suy giáp là 10,1%.¹³ Như vậy, các rối loạn chức năng tuyến giáp

khá thường gặp ở bệnh nhân bạch biến, trong đó suy giáp là rối loạn thường gặp hơn. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Huyền có thể do cỡ mẫu khác nhau dẫn đến kết quả có nhiều khác biệt.

Chúng tôi nhận thấy có sự liên quan về tỷ lệ mắc bệnh lý tuyến giáp tự miễn với giới tính, tuổi và phân thể lâm sàng. Chúng tôi thấy bệnh tuyến giáp tự miễn hay gặp ở nữ giới; bệnh nhân mắc bạch biến thể không phân đoạn, tương đồng với nghiên cứu của Fan KC, tuy nhiên độ tuổi mắc bệnh tuyến giáp tự miễn thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là 21 - 40 tuổi và 41 - 60 tuổi, khác với độ tuổi thường gặp trong nghiên cứu của Fan KC là trẻ em.¹¹ Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, và các kỹ thuật chẩn đoán bệnh tuyến giáp không tương đồng nhau dẫn đến kết quả có sự khác biệt. Chúng tôi cũng nhận thấy mối liên quan giữa tình trạng tăng anti-TPO với thể bạch biến không phân đoạn, tương đồng với nghiên cứu của Fan KC. Chúng tôi cũng thấy rằng tỷ lệ tăng anti-TPO ở nhóm bệnh nhân 41 - 60 tuổi cao hơn các nhóm còn lại, điều này có thể giải thích do kháng thể anti-TPO có liên quan mật thiết với bệnh viêm tuyến giáp Hashimoto, bệnh chủ yếu xuất hiện ở lứa tuổi 41 - 60 (chiếm 50%).¹⁵ Chính vì thế, tỷ lệ tăng kháng thể anti-TPO ở nhóm tuổi này cao hơn các nhóm tuổi khác. Về các rối loạn chức năng tuyến giáp, chúng tôi thấy tỷ lệ này ở nữ giới cao hơn nam giới (15,0% so với 6,5%, $p = 0,018$), Kroon cũng chỉ ra rằng các bất thường nồng độ TSH phổ biến hơn ở bệnh nhân nữ lớn tuổi và những bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp.¹³

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp là 22,0%, trong đó tỷ lệ bệnh tuyến giáp tự miễn và tăng tự kháng thể kháng tuyến giáp lần lượt là 8,2% và 20,4%. Có mối liên quan giữa tỷ lệ mắc



bệnh tuyến giáp tự miễn với giới tính nữ, tuổi 21 - 40 và bạch thể biến không phân đoạn. Có mối liên quan giữa tỷ lệ tăng tự kháng thể anti-TPO với độ tuổi 41 - 60 và thể bạch thể không phân đoạn. Các rối loạn chức năng tuyến giáp có liên quan đến giới nữ. Việc sàng lọc các rối loạn chức năng và bệnh lý tuyến giáp nên được khuyến cáo ở các bệnh nhân mắc bệnh bạch thể, đặc biệt là những bệnh nhân nữ, bạch thể biến không phân đoạn.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Khám bệnh, Khoa Xét nghiệm hóa sinh - huyết học - giải phẫu bệnh, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

Cam kết không xung đột lợi ích: Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iannella G, Greco A, Didona D, et al. Vitiligo: Pathogenesis, clinical variants and treatment approaches. *Autoimmun Rev*. 2016;15(4):335-343. doi:10.1016/j.autrev.2015.12.006.
2. Bergqvist C, Ezzedine K. Vitiligo: A Review. *Dermatology*. 2020;236(6):571-592. doi:10.1159/000506103.
3. Ezzedine K, Lim HW, Suzuki T, et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: the Vitiligo Global Issues Consensus Conference. *Pigment Cell Melanoma Res*. 2012;25(3):E1-13. doi:10.1111/j.1755-148X.2012.00997.x
4. Joge RR, Kathane PU, Joshi SH. Vitiligo: A Narrative Review. *Cureus*. 2022;14(9):e29307. doi:10.7759/cureus.29307.
5. Baldini E, Odorisio T, Sorrenti S, et al. Vitiligo and Autoimmune Thyroid Disorders. *Frontiers in Endocrinology*. 2017;8. doi:10.3389/fendo.2017.00290.
6. Menke HE, van Everdingen JJE. [The practice guideline 'vitiligo']. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150(36):1976-1981.
7. Taieb A, Alomar A, Böhm M, et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. *Br J Dermatol*. 2013;168(1):5-19. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.11197.x
8. Yuan J, Sun C, Jiang S, et al. The Prevalence of Thyroid Disorders in Patients With Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;9:803. doi:10.3389/fendo.2018.00803.
9. Vrijman C, Kroon MW, Limpens J, et al. The prevalence of thyroid disease in patients with vitiligo: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2012;167(6):1224-1235. doi:10.1111/j.1365-2133.2012.11198.x
10. Trần Viết Thắng. Tiếp cận chẩn đoán và điều trị bướu giáp nhân. *Thời sự Y học*. Published online 2014:19-22.
11. Fan KC, Yang TH, Huang YC. Vitiligo and thyroid disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Dermatol*. 2018;28(6):750-763. doi:10.1684/ejd.2018.3449.
12. Nguyễn Thị Thanh Huyền, Nguyễn Trọng Hào. Bệnh tuyến giáp tự miễn và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân bạch thể biến tại Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Da liễu học Việt Nam*. 2022;(35):28-36. doi:10.56320/tcdlhn.v35i.2
13. Kroon MW, Joore ICKW, Wind BS, et al. Low yield of routine screening for thyroid dysfunction in asymptomatic patients with vitiligo. *Br J Dermatol*. 2012;166(3):532-538. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10717.x
14. Yang Y, Lin X, Fu W, Luo X, Kang K. An approach to the correlation between vitiligo and autoimmune thyroiditis in Chinese children. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35(7):706-710. doi:10.1111/j.1365-2230.2009.03671.x
15. Trần Thị Bích Liên, Nguyễn Khoa Diệu Vân. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính hashimoto. *VMJ*. 2024;540(2). doi:10.51298/vmj.v540i2.10397.

SUMMARY

*Original research***THE CORRELATION BETWEEN THYROID DISORDERS AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF VITILIGO AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY****Pham Thi Phuong¹, Vu Huy Luong^{1,2}, Hoang Van Tam^{1,2}, Duong Thi Thuy Quynh²,
Le Huu Doanh^{1,2}, and Do Thi Thu Hien^{1,2,3*}****ABSTRACT**

Objectives: To survey the correlation between thyroid disorders and clinical characteristics of vitiligo at National Hospital of Dermatology and Venereology from November 2023 to June 2024.

Materials and methods: We performed cross-sectional study on 318 patients with vitiligo in National Hospital of Dermatology and Venereology from November 2023 to June 2024. Serum samples from patients were collected and assayed for TSH, FT3, FT4, TRAb, anti-TPO. Ultrasound was used to evaluate thyroid morphology. The patients with abnormal test results were sent to endocrinologist to confirm the diagnosis of thyroid disease.

Results: The prevalence of thyroid disease, autoimmune thyroid disease and positivity of anti-thyroid antibody were respectively 22,0%, 8,2% and 20,4%. The prevalence of thyroid dysfunction was 11,3%. Thyroid dysfunction was associated with female gender. Positive anti-TPO was associated with ages of 41 - 60 years and nonsegmental vitiligo. Autoimmune thyroid disease was associated with female gender, nonsegmental vitiligo and ages of 21 - 40 years.

Conclusions: There was a correlation between autoimmune thyroid disease and female gender, nonsegmental vitiligo, ages of 21 - 40 years, between positivity of anti-TPO and ages of 41 - 60 years, nonsegmental vitiligo. Thyroid dysfunction was associated with female gender. Screening for thyroid disorders should be recommended in vitiligo patients, especially those with female gender and nonsegmental vitiligo.

Keywords: *Vitiligo, thyroid disease, autoimmune thyroid disease, TRAb, anti-TPO.*

¹Hanoi Medical University

²National Hospital of Dermatology and Venereology

³University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Ha Noi

* Correspondence: Email: hienphuonglinh@yahoo.com