

## RELAPSE RATE WITHIN 12 MONTHS AND RELATED FACTORS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH BASEDOW DISEASE AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Nguyen Thi Huyen<sup>1</sup>, Huynh Thi Vu Quynh<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Military Hospital 175 - 786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

<sup>2</sup>University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 04/04/2025

Revised: 25/06/2025; Accepted: 09/07/2025

### ABSTRACT

**Objectives:** To determine the relapse rate within 12 months and identify related factors in pediatric patients with Basedow disease at Children's Hospital 2.

**Subjects and methods:** A retrospective, descriptive case- series study was conducted on 34 pediatric patients who discontinued antithyroid therapy Methimazole (MMI) after completing treatment and were followed for at least 12 months or until relapse.

**Results:** The relapse rate was 38.2% within one year after stopping MMI therapy. Factors associated with relapse included delayed diagnosis, which increased the risk of relapse, and longer durations of MMI treatment, which reduced the relapse rate.

**Conclusion:** The relapse rate within 12 months is relatively common in pediatric Basedow patients. Extending the duration of MMI therapy to at least 18 months is essential to minimize the risk of relapse in children with Basedow disease.

**Keywords:** Basedow disease, Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City.

---

\*Corresponding author

**Email:** quynh.huynh@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 989350127 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2874**

## TỶ LỆ TÁI PHÁT TRONG VÒNG 12 THÁNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHI BASEDOW TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Thị Huyền<sup>1</sup>, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

<sup>2</sup>Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 04/04/2025

Ngày sửa: 25/06/2025; Ngày đăng: 09/07/2025

### ABSTRACT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tái phát trong vòng 12 tháng và yếu tố liên quan trên bệnh nhi basedow tại bệnh viện Nhi đồng 2.

**Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu, thực hiện trên 34 bệnh nhi đã được ngưng thuốc sau khi hoàn tất điều trị bằng Methimazole (MMI) và được theo dõi ít nhất 12 tháng hoặc đến khi tái phát bệnh tại bệnh viện Nhi đồng 2.

**Kết quả:** Tỷ lệ tái phát là 38,2% trong thời gian theo dõi 1 năm sau ngưng thuốc. Các yếu tố liên quan đến tái phát bao gồm trẻ được chẩn đoán bệnh trễ, thời gian điều trị thuốc kháng giáp tổng hợp MMI ngắn.

**Kết luận:** Tỷ lệ tái phát trong vòng 12 tháng khá phổ biến trên bệnh nhi Basedow. Cần kéo dài thời gian điều trị bằng thuốc KGTH (MMI) tối thiểu trên 18 tháng để giảm nguy cơ tái phát cho trẻ bị bệnh Basedow.

**Từ khóa:** Basedow, Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là bệnh lý gây cường giáp chủ yếu ở trẻ em, chiếm tới 96% các nguyên nhân gây cường giáp [1]. Bệnh Basedow có thể điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp (KGTH), liệu pháp iốt phóng xạ (Radioiodine - RAI) hoặc phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp, trong đó thuốc KGTH là lựa chọn ưu tiên hàng đầu ở trẻ em [2]. Tuy nhiên thuốc KGTH không ức chế được hoàn toàn quá trình sản xuất tự kháng thể TRAb nên tỷ lệ tái phát sau khi ngưng điều trị khá cao, khoảng 50 - 60% tùy theo nghiên cứu và tỷ lệ thuyên giảm bệnh sau điều trị ở trẻ khoảng 30% [3]. Việc dùng thuốc KGTH kéo dài giúp giảm tỷ lệ tái phát bệnh nhưng mặt tiêu cực là sự kém tuân thủ điều trị cũng như tăng nguy cơ suy giáp [4].

Trên thế giới nhiều nghiên cứu đã được tiến hành, tuy nhiên cho đến hiện nay vẫn chưa có sự thống nhất về thời gian điều trị thuốc KGTH cũng như các yếu tố dự đoán nguy cơ tái phát bệnh Basedow ở trẻ điều trị bằng thuốc KGTH [4] [5]. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh lý tuyến giáp ở trẻ em và các nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào bệnh tự miễn tuyến giáp nói chung hoặc mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Basedow [6] [7].

Bệnh viện Nhi đồng 2, là nơi tiếp nhận điều trị và theo dõi một số lượng khá lớn trẻ bị bệnh Basedow, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả quản lý, điều trị nhóm bệnh lý này. Với mục đích đóng góp thêm những kiến thức về hiệu quả của việc điều trị bệnh Basedow ở trẻ em bằng thuốc KGTH và những yếu tố ảnh hưởng đến tái phát bệnh ở trẻ, giúp cho các bác sĩ lâm sàng có cơ sở để thảo luận với gia đình bệnh nhân về việc lựa chọn phương pháp điều trị và lập kế hoạch điều trị cụ thể cho trẻ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để giải quyết câu hỏi: “*Kết quả điều trị bệnh Basedow ở trẻ em bằng thuốc KGTH như thế nào? Các yếu tố nào ảnh hưởng đến nguy cơ tái phát bệnh ở trẻ?*”.

Đề tài được thực hiện trên các bệnh nhi bị bệnh Basedow được theo dõi trong vòng 12 tháng sau khi ngưng thuốc KGTH tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 4/2018 đến tháng 4/2024 với mục tiêu nghiên cứu là:

1. Xác định tỷ lệ, trung bình, trung vị các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.
2. Xác định trung bình, trung vị các đặc điểm điều trị và tỷ lệ tái phát trong vòng 12 tháng.
3. Mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ tái phát.

\*Tác giả liên hệ

Email: quynh.huynh@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 989350127 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2874>

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2024.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định Basedow và được chỉ định điều trị nội khoa tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2024.

- *Tiêu chuẩn chọn vào:* Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh Basedow. Được hoàn tất điều trị bằng thuốc KGTH và tiếp tục theo dõi trong ít nhất 12 tháng hoặc cho đến khi tái phát sau ngưng thuốc. Tiêu chuẩn chẩn đoán Basedow: a) Dấu hiệu lâm sàng: (1). Dấu hiệu của nhiễm độc giáp như nhịp tim nhanh, sụt cân, run tay và vã mồ hôi. (2). Tuyến giáp to lan tỏa. (3). Lồi mắt và/hoặc bệnh lý mắt chuyên biệt. b) Dấu hiệu cận lâm sàng: (1). Tăng FT4 và/hoặc FT3. (2). TSH < 0,1  $\mu$ UI/mL. (3). TRAb hay TRSAb dương tính. Trong nghiên cứu này, một bệnh nhân được chẩn đoán cường giáp Basedow khi thỏa có 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 3 tiêu chuẩn cận lâm sàng trên.

Tiêu chuẩn loại ra: Hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu như hồ sơ ghi nhận < 80% dữ liệu nghiên cứu và/hoặc thiếu thông tin TSH, FT4, FT3, TRAb lúc chẩn đoán.

**2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Lấy mẫu toàn bộ.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chúng tôi thu thập tất cả các hồ sơ có mã chẩn đoán bệnh Basedow (E05) từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2024 trên hệ thống dữ liệu của bệnh viện. Sau đó tra cứu, thu thập các thông tin nghiên cứu từ hệ thống phần mềm quản lý dữ liệu, hồ sơ bệnh án nội trú (nếu có) và hồ sơ ngoại trú tại kho hồ sơ bệnh án của bệnh viện. Chúng tôi ghi nhận được 162 hồ sơ chẩn đoán bệnh Basedow, 46 bệnh nhân đã bỏ tái khám sau đó (40 nữ, 6 nam), 82 bệnh nhân đang điều trị (63 nữ, 19 nam), 34 bệnh nhân đã được ngưng thuốc sau khi hoàn tất điều trị bằng MMI và được theo dõi tiếp trong ít nhất 12 tháng hoặc cho đến khi tái phát bệnh. 34 bệnh nhân ngưng thuốc này thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi nên được vào nghiên cứu và phân tích.

**2.5. Biến số nghiên cứu**

Tái phát được định nghĩa khi bệnh nhi xuất hiện trở lại các biểu hiện của nhiễm độc giáp như sụt cân, mạch nhanh, run tay... xét nghiệm thấy nồng độ FT4 tăng và/hoặc FT3 tăng, TSH giảm, TRAb tăng vào bất kỳ thời điểm nào trong vòng 1 năm sau ngưng thuốc KGTH. Đây là biến định lượng với hai giá trị “có”, “không”; thông tin ghi nhận qua hồ sơ.

Lui bệnh được định nghĩa là trong 12 tháng sau khi ngưng thuốc KGTH, bệnh nhi không có dấu hiệu

cường giáp trên lâm sàng và xét nghiệm.

Thời gian tái phát là biến định lượng, được tính bằng tháng; là khoảng thời gian từ khi bắt đầu ngừng thuốc KGTH cho đến khi bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng cường giáp trở lại trên lâm sàng và xét nghiệm.

**2.6. Phân tích và xử lý số liệu**

Dữ liệu được nhập vào máy tính và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn, các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ%. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng phép kiểm Chi bình phương, khi giá trị mong đợi < 5 thì sử dụng Test Fisher' exact để xử lý, ý nghĩa thống kê được định nghĩa khi  $p < 0,05$ . So sánh các biến liên tục được thực hiện bằng kiểm định Mann-Whitney U giữa 2 nhóm hoặc sử dụng kiểm định Kruskal Wallis giữa 3 nhóm trở lên. Phân tích đa biến sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố dự đoán thuyên giảm

**2.7. Đạo đức nghiên cứu**

Đề tài nghiên cứu kết quả điều trị nội khoa bệnh Basedow, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị, giúp củng cố thêm cho thầy thuốc cơ sở lựa chọn phương pháp điều trị, theo dõi, tiên lượng phù hợp cho từng bệnh nhân. Đây là nghiên cứu hồi cứu nên nghiên cứu viên không có bất cứ can thiệp nào vào quá trình điều trị của bệnh nhân vì vậy không gây ra bất kỳ tổn hại nào cho bệnh nhân về mặt thể chất, tinh thần cũng như chi phí phát sinh. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

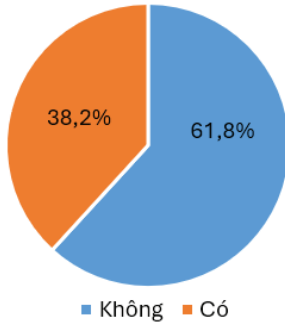
**Bảng 1. Đặc tính chung của mẫu nghiên cứu (n=34)**

Biến số	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình $\pm$ ĐLC	10,1 $\pm$ 2,5	
	< 5 tuổi	0	
	5 - 10 tuổi	20	58,8
Giới tính	> 10 tuổi	14	41,2
	Nam	5	14,7
	Nữ	29	85,3
Nơi sống	Thành phố Hồ Chí Minh	14	41,2
	Tỉnh khác	20	58,8

Độ tuổi trung bình của trẻ là 10,1 ± 2,5 tuổi. Nhóm 5 - 10 tuổi chiếm 58,8% và phần lớn bệnh nhân là nữ chiếm 85,3%.

**3.2. Kết quả điều trị**

**Tỷ lệ tái phát sau ngưng thuốc**



**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị của mẫu nghiên cứu (n=34)**

Trong nghiên cứu ghi nhận có 13 trường hợp tái phát bệnh trong vòng 12 tháng sau khi ngưng điều trị với 38,2%.

**Bảng 2. Phân bố thời gian tái phát (n=13)**

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tái phát/ Tổng
bệnh nhân (%)			
< 3 tháng	2	15,4	5,88
3 - 6 tháng	5	38,5	14,70
> 6 tháng	6	46,2	17,65

Ghi nhận 53,9% các trường hợp tái phát trong vòng 6 tháng đầu sau ngưng thuốc MMI.

**3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát**

**Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát**

Biến số (n=34)	Tái phát		p	OR (KTC 95%)
	Có (n=13)	Không (n=21)		
<b>Thời gian được chẩn đoán</b>				
< 3 tháng	39 (10,9)	318 (89,1)	0,0076	5,15 (0,82-213,4)
≥ 3 tháng	1 (2,3)	42 (97,7)		
Khác	2 (18,2)	9 (81,8)		

Thời gian chẩn đoán bệnh trẻ có liên quan đến tái phát bệnh với p=0,042.

**Bảng 4. Mô hình hồi quy đa biến**

Giá trị	OR*	KTC 95%*	P*
Run tay	0,3	0,04-3,1	0,279
Thời gian xuất hiện triệu chứng > 3 tháng	9,5	1,2-75,6	0,034
Tổng thời gian điều trị < 18 tháng	15,9	1,7-151,7	0,016
TRAb > 12	12,9	0,8-187,6	0,060

OR\*: OR hiệu chỉnh; KTC95%\*: Khoảng tin cậy 95% hiệu chỉnh; p\*: Hồi quy đa biến

Với mô hình hồi quy đa biến cho thấy bệnh nhân được chẩn đoán trẻ sau 3 tháng có nguy cơ tái phát cao hơn so nhóm được chẩn đoán sớm, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p = 0,034 và thời gian điều trị ngắn < 18 tháng có liên quan đến tỷ lệ tái phát bệnh sau ngưng thuốc, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p = 0,016.

**4. BÀN LUẬN**

**Tỷ lệ tái phát sau khi ngưng thuốc**

Sau khi ngưng thuốc, các bệnh nhân được theo dõi định kỳ 1 - 3 tháng/lần hoặc bất kỳ khi nào có triệu chứng của nhiễm độc giáp trở lại trong tối thiểu 12 tháng hoặc đến khi có triệu chứng tái phát.

Nhìn chung, tỷ lệ tái phát sau điều trị nội khoa ở trẻ Basedow khá cao. Việc chẩn đoán tái phát dựa vào sự xuất hiện trở lại các triệu chứng lâm sàng và thay đổi xét nghiệm hormone giáp tăng cao, TSH bị ức chế. Khi trẻ bị tái phát, có thể lựa chọn điều trị lại bằng thuốc KGTH hoặc chuyển sang điều trị dứt điểm bằng phẫu thuật hoặc RAI trên cơ sở thảo luận kỹ với gia đình và trẻ về những lợi ích, rủi ro của mỗi phương pháp. Tình trạng thuyên giảm bệnh dài hạn ở những trẻ dùng thuốc KGTH kéo dài nhấn mạnh tầm quan trọng của liệu pháp KGTH kéo dài đã giúp ức chế khả năng tự miễn dịch TG và giảm thiểu tái phát bệnh. Do đó, các hướng dẫn được công bố gần đây của cả JTA (năm 2016) và ATA (năm 2016) đều đề xuất điều trị lại một liệu trình KGTH kéo dài trước khi tiến hành liệu pháp điều trị triệt để [8] [9].

Trong tổng số 34 đối tượng nghiên cứu, có 13/34 bệnh nhân tái phát chiếm tỷ lệ 38,2%. Tỷ lệ tái phát tăng dần theo thời gian, có 15,4% số trẻ bị tái phát sau ngưng thuốc dưới 3 tháng, 38,5% tái phát ở thời điểm 3 - 6 tháng sau ngưng thuốc, 46,2% tái phát sau 6 tháng ngưng thuốc. 12/13 trẻ tái phát tiếp tục được dùng thuốc KGTH, 01 trẻ chuyển qua phẫu thuật cắt gần hoàn toàn TG và bổ sung hormone giáp sau đó.

Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Bích Hoàng [10] nghiên cứu trên 51 bệnh nhi tại bệnh viện Nhi Trung ương

cho thấy tỷ lệ tái phát là 41,2% và tỷ lệ tái phát thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Minh Hùng là 56,2%. Điều này có thể lý giải là do nghiên cứu của chúng tôi và Nguyễn Bích Hoàng tương tự nhau về phương pháp nghiên cứu, đối tượng đều là trẻ dưới 16 tuổi; trong khi nghiên cứu của Nguyễn Minh Hùng là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, lấy đến đối tượng từ đủ 18 tuổi trở xuống và thời gian dùng thuốc KGTH đã được xác định trước. Nghiên cứu của tác giả Ya-Ting Chiang năm 2020 trên 117 trẻ ngưng thuốc và theo dõi được có 38 trẻ (32,5%) tái phát sau 1 năm, tỷ lệ tái phát thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải do thời gian dùng thuốc KGTH của nghiên cứu dài hơn, trung bình là 5,3 năm [5].

Một điểm khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi là trong nhóm thuyên giảm có 03 bệnh nhân (8,8%) có kháng thể TPO trước khi ngưng thuốc tăng khá cao, gợi ý bệnh nhân có thể xuất hiện tình trạng viêm giáp tự miễn sau đó. Vì vậy có thể duy trì được tình trạng bình giáp tương đối dài dẫn đến tỷ lệ tái phát chung thấp hơn các nghiên cứu khác

#### Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết cục điều trị (tái phát)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chẩn đoán muộn sau 3 tháng có tỷ lệ tái phát 43,5% cao hơn hẳn so với nhóm được chẩn đoán sớm trước 3 tháng có tỷ lệ tái phát là 27,3%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,042$ . Kết luận này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Bích Hoàng [10], tỷ lệ tái phát ở nhóm có thời gian khởi bệnh < 6 tháng thấp hơn nhóm > 6 tháng với  $p < 0,05$ . Điều này có thể giải thích là thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi được chẩn đoán và điều trị càng dài thì TG bị tác động bởi nồng độ TRAb cao càng lâu, mức tăng hormone giáp càng cao, tình trạng nhiễm độc giáp càng nặng, các cơ quan trong cơ thể chịu sự tác động của nồng độ hormone giáp tăng cao trong thời gian kéo dài làm khả năng đáp ứng, phục hồi sau điều trị bị kém đi. Việc phát hiện, chẩn đoán sớm bệnh Basedow là cần thiết vì có lợi cho người bệnh trong việc kiểm soát sớm các triệu chứng bệnh cũng như góp phần vào việc giảm nguy cơ tái phát.

Thời gian điều trị kéo dài làm tăng tỷ lệ ổn định bệnh sau khi ngưng thuốc, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Kết quả nghiên cứu về thời gian điều trị thuốc KGTH với tái phát của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tái phát ở nhóm điều trị < 18 tháng là 58,3%; giảm xuống còn 35,7% ở nhóm có thời gian điều trị từ 18 - 30 tháng và tiếp tục giảm xuống 12,5% ở nhóm có thời gian điều trị trên 30 tháng. Kết quả này là tương đồng với kết quả của hầu hết các nghiên cứu về điều trị bệnh Basedow ở trẻ mặc dù nó không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ. Nghiên cứu của Tsz Wai Catherine Wong năm 2022 cho thấy nhóm thuyên giảm có thời gian dùng thuốc KGTH trung bình 28 tháng (18 - 48 tháng) dài hơn đáng kể so với nhóm tái phát với thời gian trung bình 21 tháng

(17- 26 tháng) ( $p=0,024$ ) [11]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hùng cũng chứng minh được điều trị nội khoa kéo dài làm giảm nguy cơ tái phát [12]. Các nghiên cứu này là bằng chứng cho việc cần thiết dùng thuốc KGTH kéo dài trên trẻ bệnh Basedow để giúp cho trẻ ổn định bệnh lâu dài.

Chưa tìm thấy mối liên quan của các yếu tố kích thước bướu tuyến giáp to, nồng độ hormone FT4 lúc chẩn đoán tăng cao, nồng độ TRAb lúc chẩn đoán tăng cao... với nguy cơ tái phát bệnh Basedow ở trẻ.

#### Mô hình phân tích đa biến với tái phát

Mô hình phân tích đa biến với tái phát dựa trên kết quả phân tích đơn biến, chúng tôi chọn những yếu tố có  $p < 0,2$  để đưa vào phân tích đa biến. Mô hình phân tích đa biến với biến phụ thuộc là tái phát, các biến độc lập gồm triệu chứng run tay, chẩn đoán bệnh trễ sau 3 tháng, thời gian điều trị <18 tháng và TRAb lúc chẩn đoán > 12 UI/L.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi được chẩn đoán > 3 tháng vẫn là yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát bệnh với  $p = 0,034$ . Trong phân tích đa biến chúng tôi còn ghi nhận được thời gian điều trị thuốc KGTH < 18 tháng cũng làm tăng nguy cơ tái phát với  $p = 0,04$ .

Trong nghiên cứu của Kaguelidou, bằng mô hình hồi quy đa biến, đã xác định các yếu tố dự báo độc lập của tái phát bao gồm tuổi, nồng độ FT4 trong huyết thanh, TRAb khi chẩn đoán và thời gian điều trị KGTH [13]. Bệnh nhân không phải người da trắng được phát hiện có khả năng tái phát cao gấp 2,5 lần so với bệnh nhân da trắng. Trẻ lớn hơn ít có khả năng tái phát hơn, với nguy cơ giảm 26% cho mỗi 5 năm tuổi tăng thêm. Trẻ em được điều trị KGTH trong thời gian dài hơn ít có khả năng tái phát hơn, với nguy cơ tái phát giảm 43% cho mỗi 12 tháng điều trị bổ sung. Dựa vào hệ số hồi quy của mỗi biến trong mô hình đa biến, nghiên cứu còn đưa ra thang điểm tiên lượng để phân bệnh nhân thành các nhóm nguy cơ tái phát thấp, trung bình và cao.

Nghiên cứu của Tsz Wai Catherine Wong cũng cho thấy mối liên quan của thời gian điều trị kéo dài làm giảm nguy cơ tái phát trong phân tích đơn biến. Sau khi điều chỉnh các biến khác bao gồm tiền sử gia đình có bệnh lý tự miễn TG và sự hiện diện của GO trong phân tích đa biến thì thời gian điều trị kéo dài vẫn có ý nghĩa trong tiên đoán tái phát với  $OR = 0,961$  (KTC 95%, 0,933 - 0,989;  $p = 0,008$ ); trong khi tất cả các biến khác cho thấy không có ý nghĩa liên quan đến tái phát [11].

Sự có mặt của biến thời gian điều trị trong tất cả các mô hình phân tích đơn biến, đa biến cho thấy thời gian điều trị kéo dài là yếu tố thực sự có ý nghĩa giúp giảm tái phát bệnh Basedow ở trẻ.

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tái phát là 38,2% trong thời gian theo dõi 1 năm sau ngưng thuốc. Trẻ được chẩn đoán bệnh càng trễ càng tăng nguy cơ tái phát và thời gian điều trị thuốc kháng giáp tổng hợp MMI càng kéo dài càng làm giảm tỷ lệ tái phát. Qua đó, cần kéo dài thời gian điều trị bằng thuốc KGTH (MMI) tối thiểu trên 18 tháng để giảm nguy cơ tái phát cho trẻ bị bệnh Basedow. Đồng thời, cần có các nghiên cứu tiếp theo với thời gian nghiên cứu dài hơn, cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá vai trò, mối liên quan của các yếu tố lâm sàng, xét nghiệm với kết quả điều trị bệnh Basedow ở trẻ em giúp cho các bác sĩ lâm sàng quản lý tốt hơn nhóm trẻ mắc bệnh lý này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Williamson Scott and Greene Stephen A, Incidence of thyrotoxicosis in childhood: a national population based study in the UK and Ireland. *Clinical endocrinology*, 2010. 72(3): p. 358-363.
- [2] Lane Laura C and Cheetham Tim, Graves' disease: Developments in first-line antithyroid drugs in the young. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 2020. 15(2): p. 59-69.
- [3] Glaser Nicole S, Styne Dennis M, and Organization of Pediatric Endocrinologists of Northern California Collaborative Graves' Disease Study Group, Predicting the likelihood of remission in children with Graves' disease: a prospective, multicenter study. *Pediatrics*, 2008. 121(3): p. e481-e488.
- [4] Léger Juliane, et al., Graves' disease in children. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*, 2014. 28(2): p. 233-243.
- [5] Chiang Ya-Ting, et al., Long-term outcomes of Graves disease in children treated with anti-thyroid drugs. *Pediatrics & Neonatology*, 2020. 61(3): p. 311-317.
- [6] Hoàng Thị Thủy Yên and Nguyễn Thị Diễm Chi, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh Basedow trẻ em. 2021.
- [7] Nguyễn Nguyễn Viết and Hương Ngô Thị Thu, Dịch tễ học lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ em bị bệnh Basedow tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 520(2).
- [8] Ross Douglas S, et al., 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. *Thyroid*, 2016. 26(10): p. 1343-1421.
- [9] Minamitani Kanshi, et al., Guidelines for the treatment of childhood-onset Graves' disease in Japan, 2016. *Clinical Pediatric Endocrinology*, 2017. 26(2): p. 29-62.
- [10] Nguyễn Bích Hoàng, Nhận xét kết quả và một số yếu tố ảnh hưởng đến điều trị bệnh cường giáp trạng bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương. 2005, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [11] Wong Tsz Wai Catherine and Wong Man Yee Shirley, Remission in pediatric Graves' disease treated with antithyroid drug and the risk factors associated with relapse. *Annals of pediatric endocrinology & metabolism*, 2022. 27(4): p. 308.
- [12] Nguyễn Minh Hùng, Nghiên cứu mối liên quan giữa tự kháng thể TRAb và một số thông số sinh học đến kết quả điều trị bệnh Basedow bằng Methimazole ở trẻ em. 2016, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [13] Kagueidou Florentia, et al., Predictors of autoimmune hyperthyroidism relapse in children after discontinuation of antithyroid drug treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008. 93(10): p. 3817-3826.