

BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

# DÂY THÌ SỚM

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

*TS.BS VŨ THỊ HIỀN TRINH*



# NỘI DUNG

- KHÁI NIỆM DT VÀ DTS
- CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG
- LS VÀ CLS
- CHẨN ĐOÁN
- ĐIỀU TRỊ VÀ THEO DÕI



# DẬY THÌ



Là một giai đoạn với sự chuyển từ không hoạt động sinh dục sang trưởng thành về sinh dục và sinh sản



Sinh lý, hormone, tâm lý chuyển từ thiếu nhi thành người lớn, thay đổi thể chất để đạt được chức năng sinh sản



Tác động của nhiều cơ chế: gen, chủng tộc, môi trường, kinh tế và tái hoạt động của trục HPG



Đòi hỏi nhịp tiết GnRH  $\rightarrow$  FSH, LH



Tuổi DT:



# DẤU HIỆU DẬY THÌ

*Đặc tính SD  
thứ phát*

- Thelarche
- Gonadarche
- Adrenarche

*Đột phá tăng  
trưởng*

- Nữ: hành kinh
- Nam: tinh trùng trong nước tiểu

# Nữ

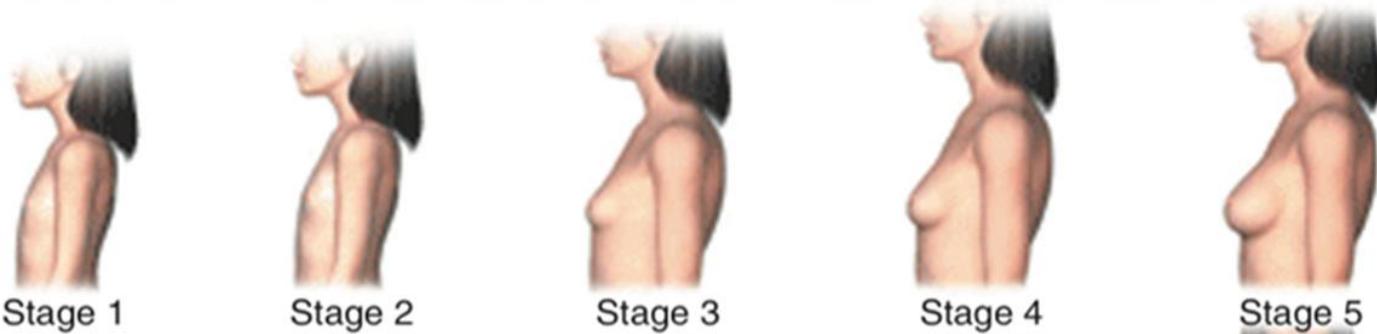
- Vú tanner 2
- Tăng trưởng chiều cao
- Lông mu
- Tăng phân bố mỡ vùng hông
- Dày và acid hóa pH âm đạo

# Nam

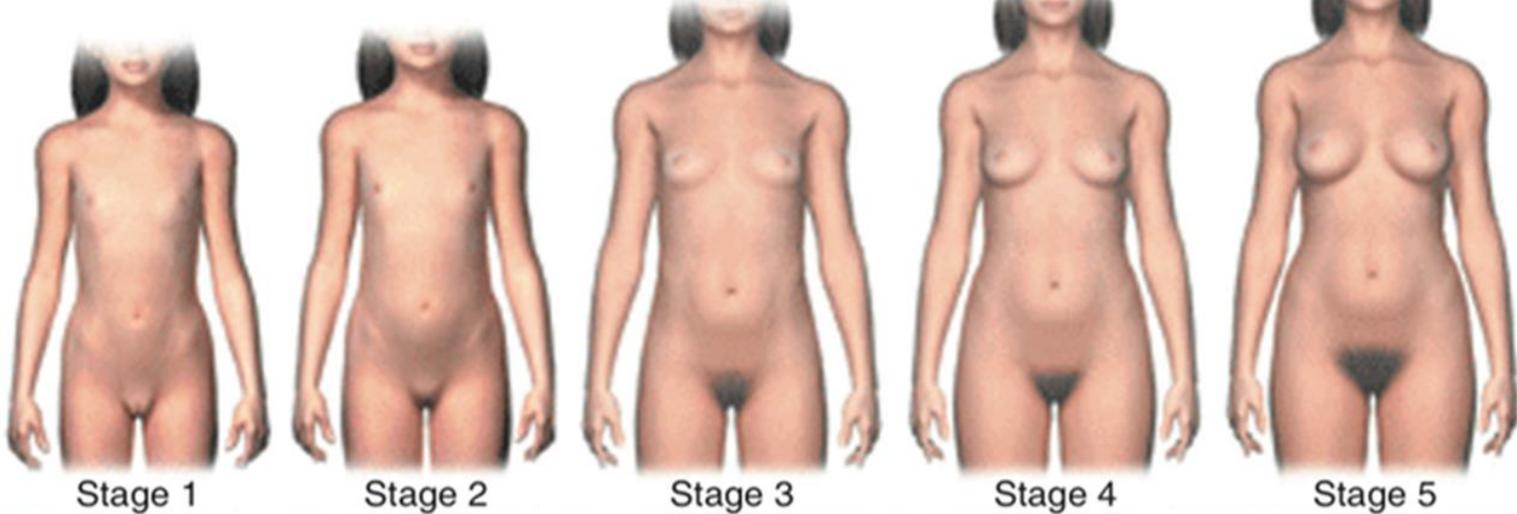
- Phát triển tinh hoàn, dương vật
- Thay đổi giọng nói
- Xuất hiện râu, lông mu
- Tăng khối lượng cơ

Breast development and pubic hair

Breast



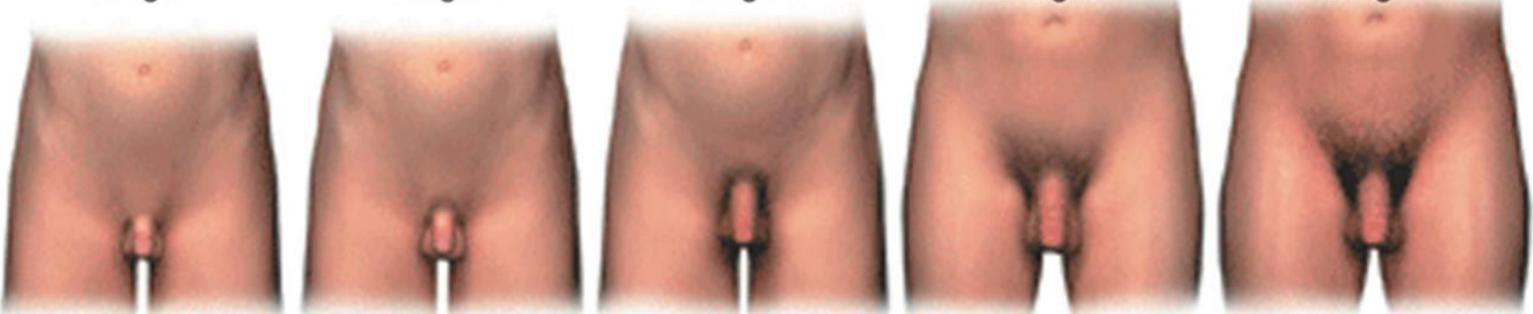
Pubic hair



A

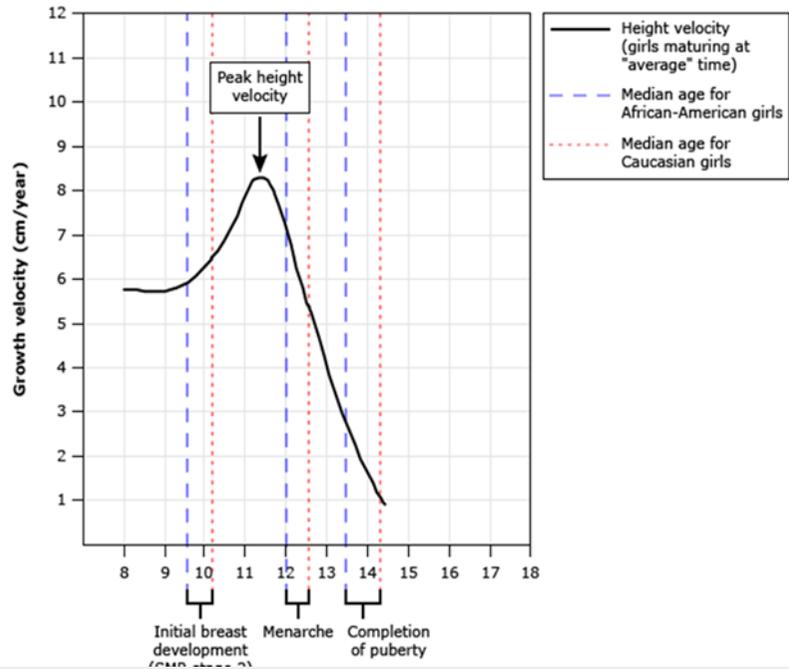
Genital development and pubic hair

Stage 1      Stage 2      Stage 3      Stage 4      Stage 5

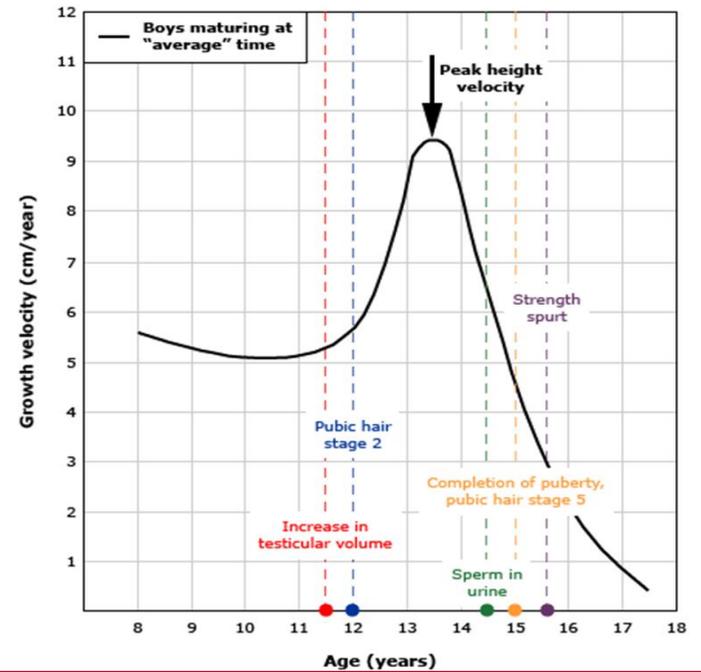


B

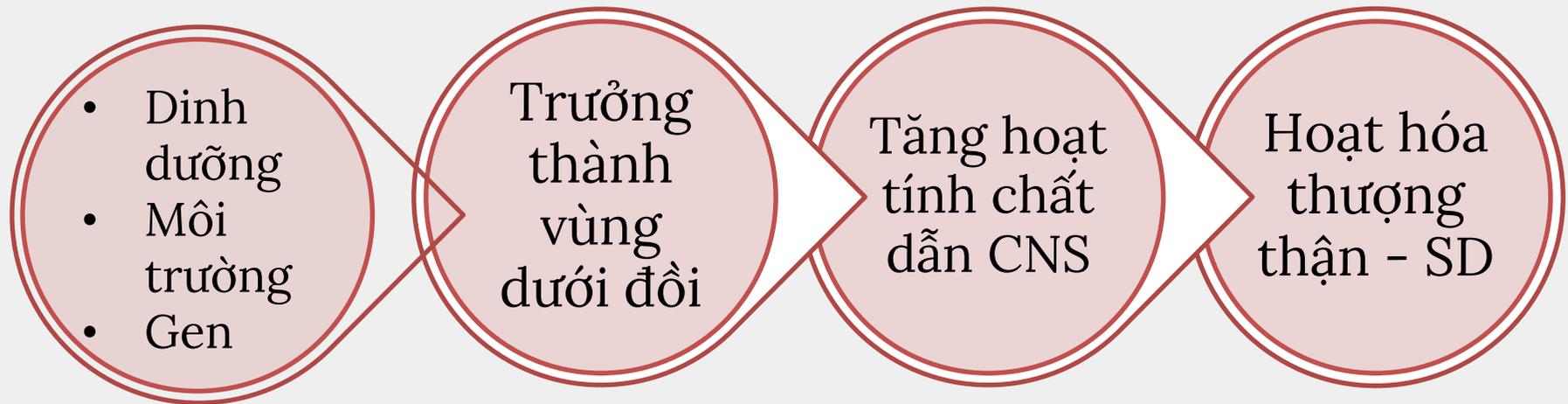
## Sequence of puberty in girls



## Sequence of puberty in boys



# YẾU TỐ KHỞI PHÁT DẬY THÌ



# DẬY THÌ SỚM

- Là sự xuất hiện sớm và tiến triển nhanh của DT
- Lứa tuổi thay đổi

Xuất hiện sớm các đặc tính SD thứ phát

- Nữ: vú Tanner 2 trước 8 tuổi hoặc HK trước 9 tuổi
- Nam: tinh hoàn > 3 ml

- Xuất hiện các đặc tính SD thứ phát trước 8 tuổi (nữ) và 9 tuổi (nam)
- Hoặc < 2 - 2,5 SD so với tuổi DT trung bình của quần thể

- Ảnh hưởng  
trong bào thai  
- Môi trường

Chế độ ăn  
và dinh  
dưỡng

Di cư

DẬY  
THÌ  
SỚM

# PHÂN LOẠI

DTS trung ương (DTS hoàn toàn/DTS phụ thuộc GnRH/  
central precocious puberty-CPP)

DTS ngoại biên (DTS không hoàn toàn/không phụ thuộc  
GnRH/peripheral precocious-PPP)

Biến thể của DTS (vú to sớm đơn  
độc, HK sớm đơn độc, lông mu sớm  
đơn độc/ DTS tiến triển chậm)

## DTS TRUNG ƯƠNG

Do hoạt hóa sớm trục HPG

- Nữ > nam
- Nữ: 90% tự phát
- Nam: 50-70% có căn nguyên

### Nguyên nhân

- Tự phát
- Tổn thương CNS bẩm sinh/mắc phải
- Đột biến gen
- Phơi nhiễm với androgen kéo dài

## DTS NGOẠI BIÊN

- Không phụ thuộc GnRH
- Không đạt DT hoàn toàn và khả năng sinh sản

### Nguyên nhân

- Bài tiết steroid không thích hợp của tuyến SD-TT
- HC McCune – Albright
- U bài tiết estrogen
- Suy giáp
- Phơi nhiễm hormone ngoại sinh

# ẢNH HƯỞNG

Phát triển  
tâm lý SD  
sớm

Ảnh hưởng  
phát triển  
chiều cao

Tăng nguy  
cơ K vú



# LÂM SÀNG VÀ XN

## *Lâm sàng*

- Tuổi
- Các đặc tính SDTP
- Tốc độ tăng trưởng
- Các dấu hiệu CNS

## *Xét nghiệm*

- Nữ: Siêu âm tử cung
- Nam: tăng kích thước tinh hoàn
- Tuổi xương
- MRI sọ não

## *Sinh hóa máu*

- LH (buổi sáng)  
LH < 0,2 mU/ml  
→ loại trừ (Sp 90,5%; Se 100%)  
LH > 0,6 mU/ml  
→ CPP (Sp 92-100%)
- Test kích thích GnRH

- FSH
- Nữ: estrogen
- Nam: testosterone
- TSH
- hCG (hCG)

# Test kích thích GnRH

## Chỉ định

- Có dấu hiệu DTS nhưng LH < 0,3 mU/ml

## Tiến hành

- GnRHa  
(diphereline/leuproli  
de)  
Liều: 100µg hoặc  
2,5µg/kg; tiêm dưới  
da  
- Xn máu: LH, FSH ở  
thời điểm 0 và 30ph

## Nhận định

- LH > 4-5 mU/mL → CPP chính xác > 90%)
- LH > 6,9 mU/ml → CPP (Sp 100%, Se 92%)

# ĐIỀU TRỊ

## Mục tiêu



# CHỈ ĐỊNH

CPP tự phát hoặc

có tổn thương

CNS với các đặc

điểm

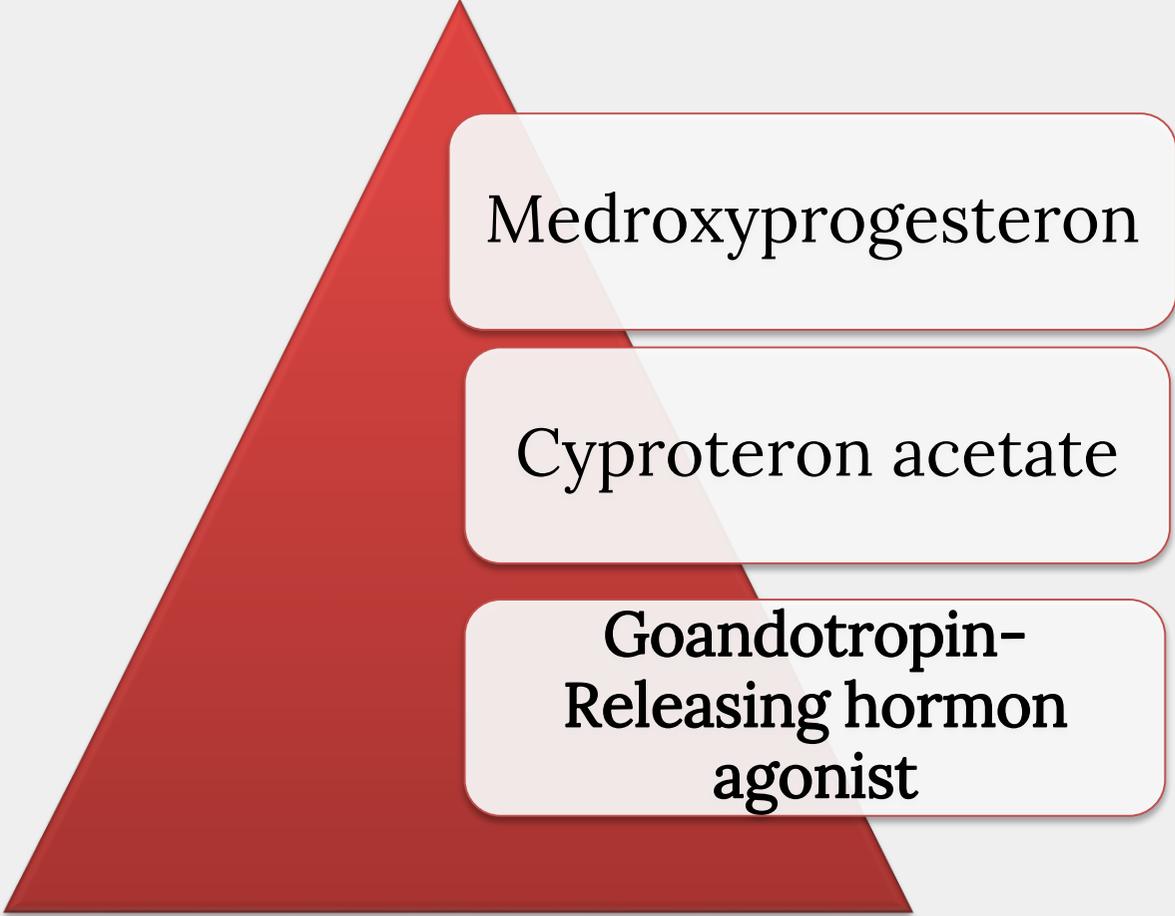
- Đặc tính SD phát triển nhanh 6-12ms, tuổi xương > 2,5 SD

- Trai: Te > 2,5 nmol/L (<8 tuổi)
- Gái: E > 36 pmol/L hoặc HK < 9 tuổi

- Không cao lên sau 6ms theo dõi

- Ảnh hưởng bất lợi đến tâm lý

# THUỐC ĐIỀU TRỊ

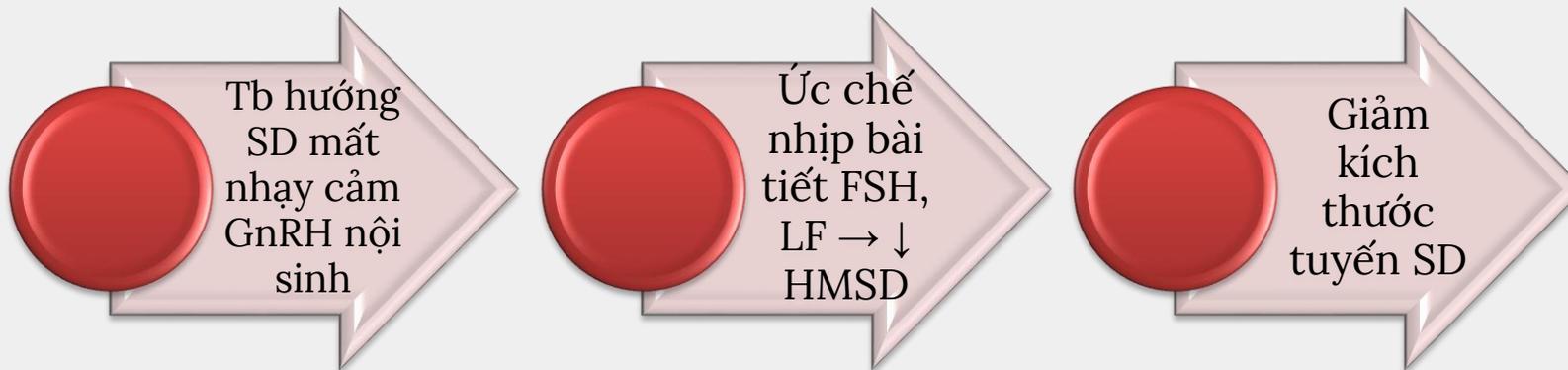


Medroxyprogesteron

Cyproteron acetate

Goandotropin-  
Releasing hormon  
agonist

# Cơ chế tác dụng



Ngừng  
tiến  
triển  
dậy thì

# Một số GnRHa được sử dụng

Hoạt chất	Hoạt tính	Đường dùng	Liều	Chế phẩm
Tryptoreline	35	SQ	20- 40mg/kg/d	Triptodur 6- monthly
		IM	60mg/kg/m	
Leuprolide	20	SQ	20- 50mg/kg/d	Lupron depot 3mo
		IM	140- 300mg/kg/m	
Histrelin		implant	50mg	Supprelin LA, 2ys

# Theo dõi điều trị

## Lâm sàng:

thoái triển  
các đặc tính  
SDTP

- Giảm tốc  
độ tăng  
trưởng

- Đo tuổi  
xương hằng  
năm

## Xét nghiệm:

Estradiol <18  
pmol/l (sau 2-  
4ws)

Testosteron <  
0,7 nmol/l (sau  
6ws)

LH 1-3 tháng

LH < 4 U/l  
(sau 1h) hoặc  
< 6,6 U/L  
sau 2h

# Theo dõi điều trị

## Ngưng điều trị

- Nữ: tuổi xương 12,5
- Nam: tuổi xương 13
- Tuyến SD thoát ức chế sau ngừng thuốc

## Phối hợp thuốc

- GH nếu tăng trưởng < 4cm/y
- Giáo dục giới tính và tâm lý

# KẾT LUẬN

- DTS ngày càng phổ biến, đặc biệt ở trẻ gái, làm chậm phát triển chiều cao, tăng nguy cơ xâm hại
- Chẩn đoán:
  - + lâm sàng (nữ: vú tanner 2, nam: tinh hoàn > 4 ml)
  - + Xn: LH sáng và test kích thích GnRH là có độ nhạy và đặc hiệu cao
- Điều trị theo nguyên nhân (trước 6 tuổi) cải thiện tăng trưởng chiều cao và DT đúng tuổi



*Thanks for your attentions!*

