



BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

CƯỜNG GIÁP VÀ THAI KỲ

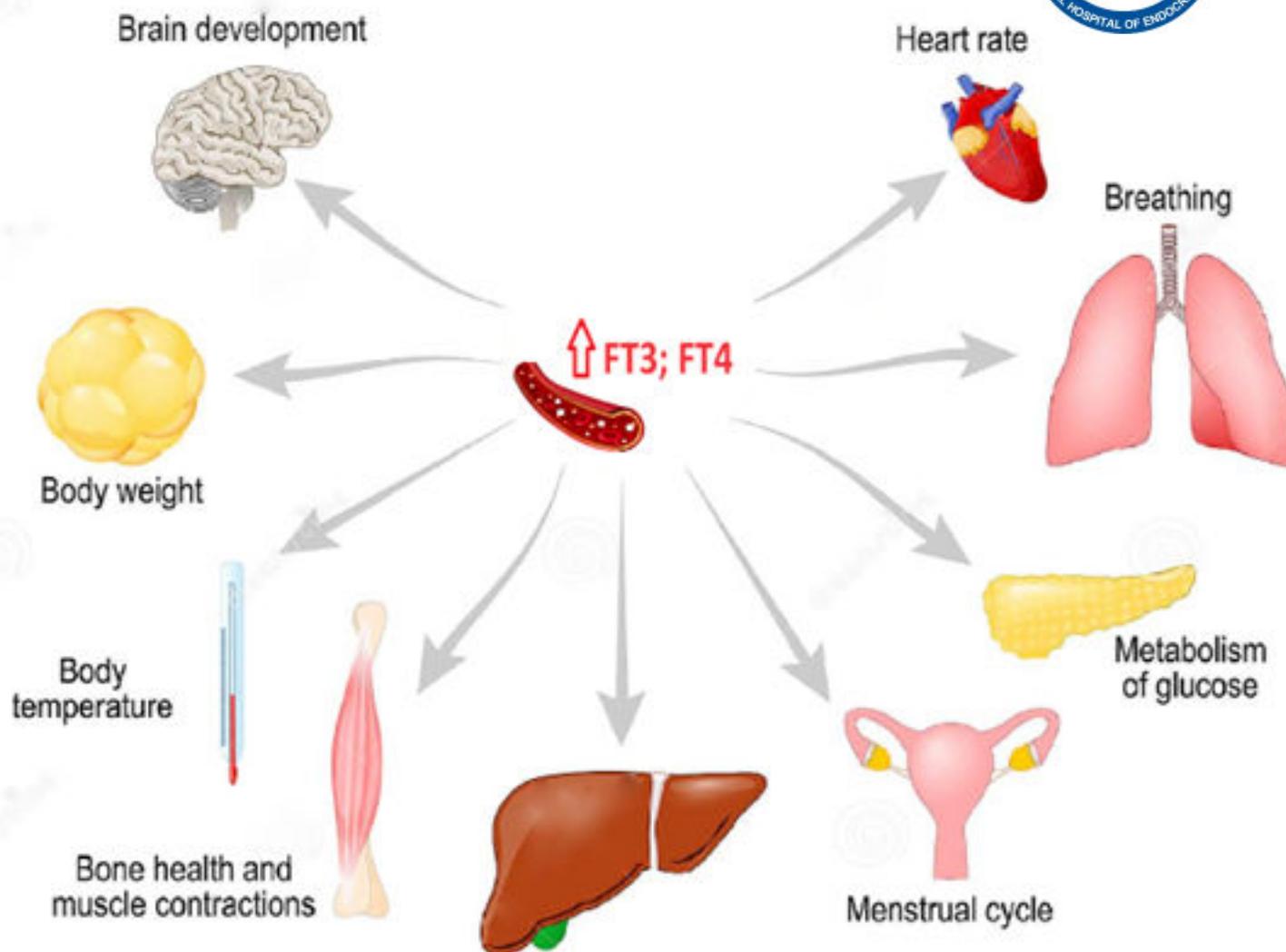


Ths. Bs Phạm Quang Đạt
Khoa Nội tiết sinh sản
Bệnh viện Nội tiết trung ương

Giới thiệu



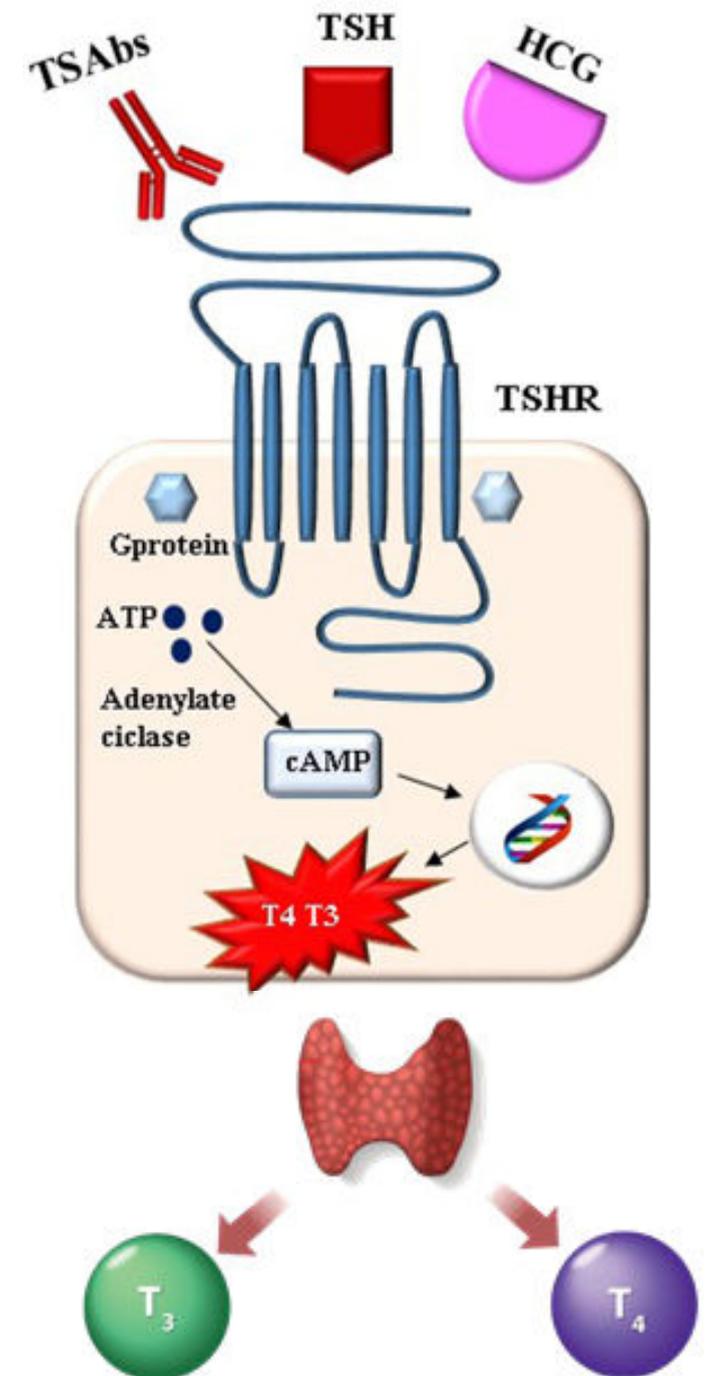
- Nhiễm độc giáp là một hội chứng lâm sàng với các biểu hiện tăng chuyển hóa và tăng hoạt tính khi phổi nhiễm với lượng lớn hormone tuyến giáp
- Nguyên nhân nhiễm độc giáp hay gặp nhất là do cường giáp, mà gặp phổ biến nhất là bệnh Basedow



- Nguyên nhân khác gây nhiễm độc giáp khác ít phổ biến gồm bướu nhân độc tuyến giáp; nhiễm độc giáp do thuốc; viêm giáp bán cấp đau hoặc viêm giáp im lặng hoặc trong thai kỳ, nhiễm độc giáp do u quái buồng trứng là nguyên nhân hiếm gặp

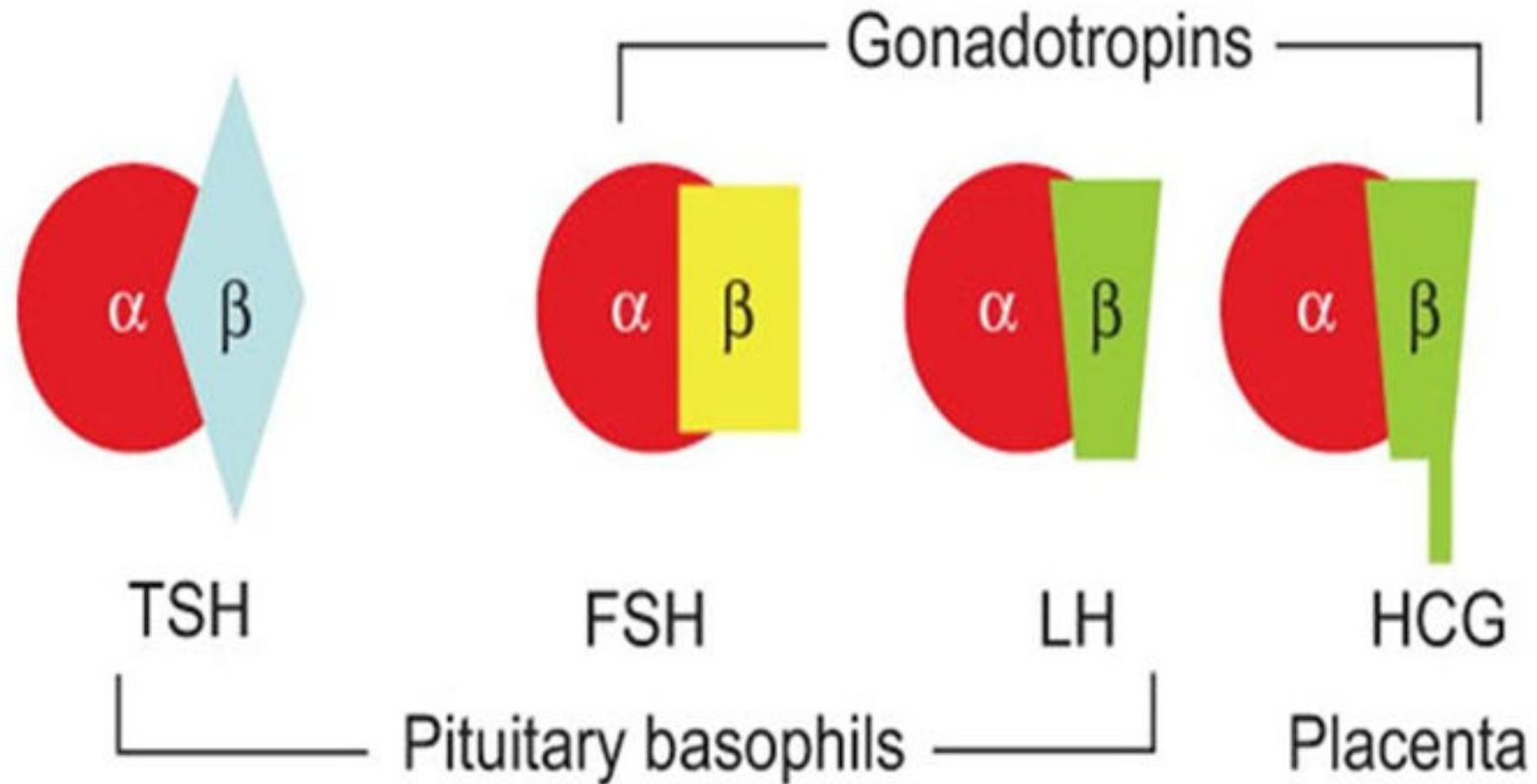
Basedow

- Bệnh Basedow là bệnh có cơ chế tự miễn, được kích hoạt bởi hệ thống tự miễn dịch trong cơ thể. TRAb hoặc TSI (thyroid stimulating immunoglobulins) gắn vào các receptor trên màng tế bào tuyến giáp và kích thích những tế bào này hoạt động quá mức và giải phóng quá nhiều hormone tuyến giáp
- Tỷ lệ PN mắc basedow trước khi mang thai 0,4-1,0%, mắc basedow trong thai nghén 0,2% (ATA 2017)



TƯƠNG ĐỒNG HCG VÀ TSH

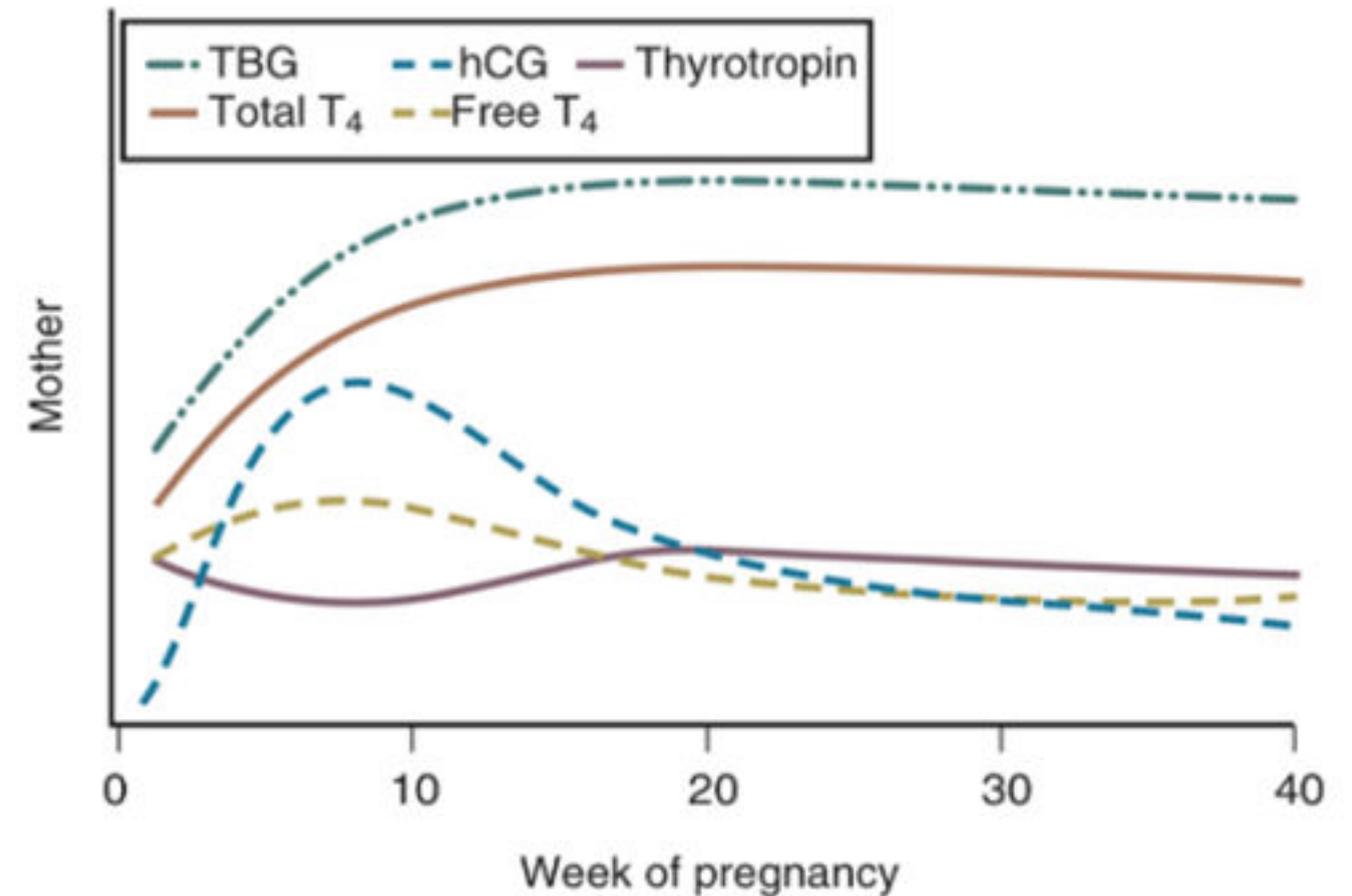
4 Glycoproteins- đều có chung tiểu đơn vị alpha trong cấu trúc



hCG kích thích hoạt động tuyến giáp yếu. 1mUI hCG tương đương 0,0013mUI TSH

Hormon giáp trong thai kỳ

- Nửa đầu thai kỳ, do hCG tăng cao
- TT4 và TT3 huyết thanh tăng, cuối quý I thai kỳ, thường ở mức 1,5 lần so với người không mang thai
- Nồng độ FT4 và FT3 cao hơn (5% -10%) ở tuần thứ 10 so với lúc không mang thai
- TSH huyết thanh thường thấp so với người không mang thai. Giảm khoảng 15% và trở lại bình thường ở tuần 18 – 20. Một số ít vẫn thấp ở giai đoạn muộn



Nhiễm độc giáp do thai kỳ (gestational hyperthyroidism syndrome)

- Cường giáp thoáng qua, xảy ra trong nửa đầu thai kỳ
- Tăng FT4 hoặc TT4 và nồng độ TSH huyết thanh giảm hoặc không định lượng được
- Không có sự hiện diện các dấu chỉ điểm huyết thanh của bệnh tự miễn tuyến giáp
- 1-3% của người mang thai, phụ thuộc hCG, kết hợp với chứng ốm nghén giai đoạn sớm của thai kỳ
- Nguyên nhân khác: đa thai, thai trứng hoặc ung thư tế bào nuôi
- Đột biến thụ thể TSH dẫn đến tăng nhạy cảm chức năng đối với hCG hiếm nhưng đã được ghi nhận



BẤT LỢI CƯỜNG GIÁP VÀ THAI KỲ

Với thai phụ làm tăng nguy cơ

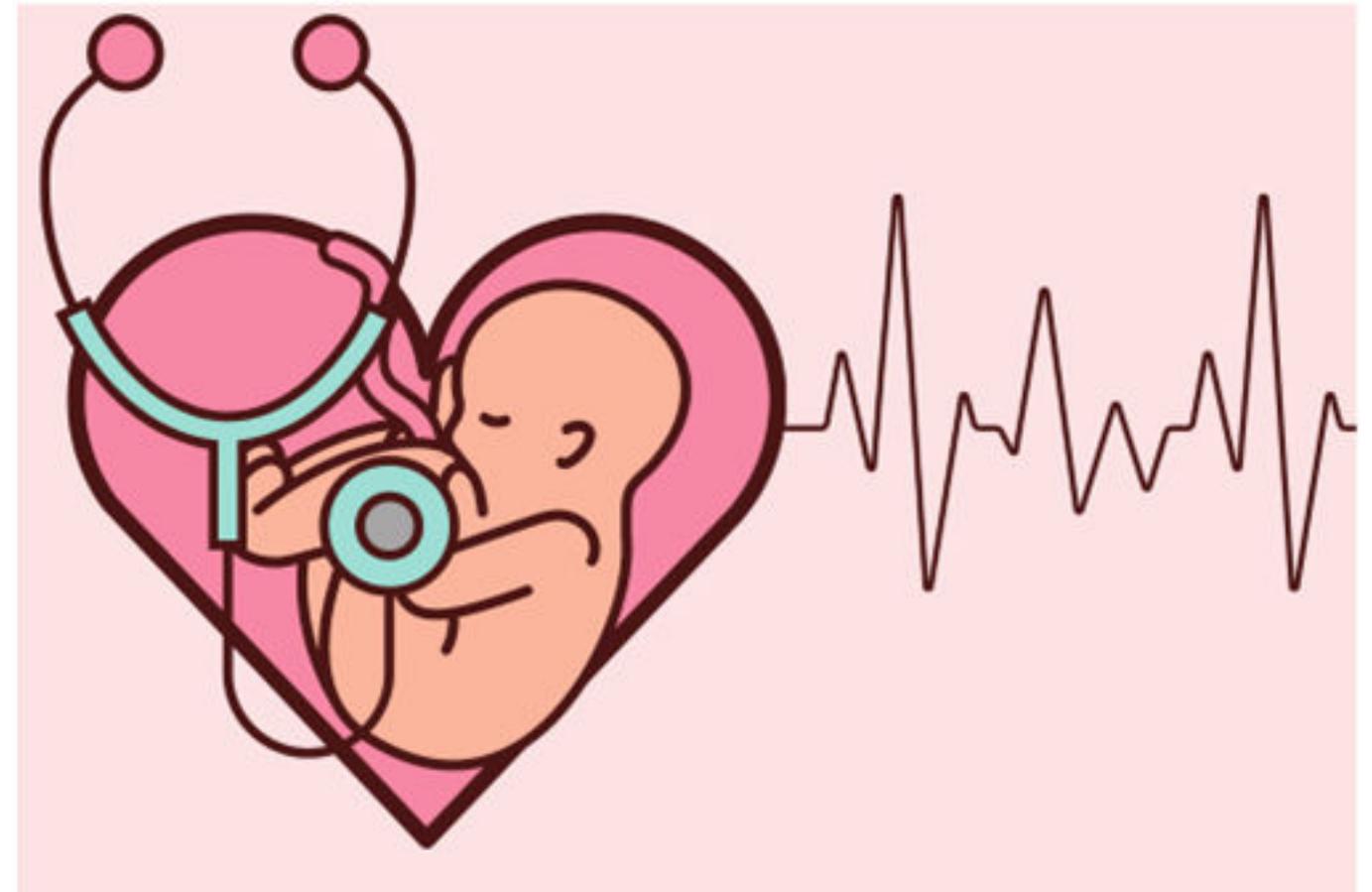
- ❖ Tăng huyết áp thai kỳ, sản giật
- ❖ Suy tim sung huyết
- ❖ Bão giáp



BẤT LỢI CƯỜNG GIÁP VÀ THAI KỲ

Với thai nhi

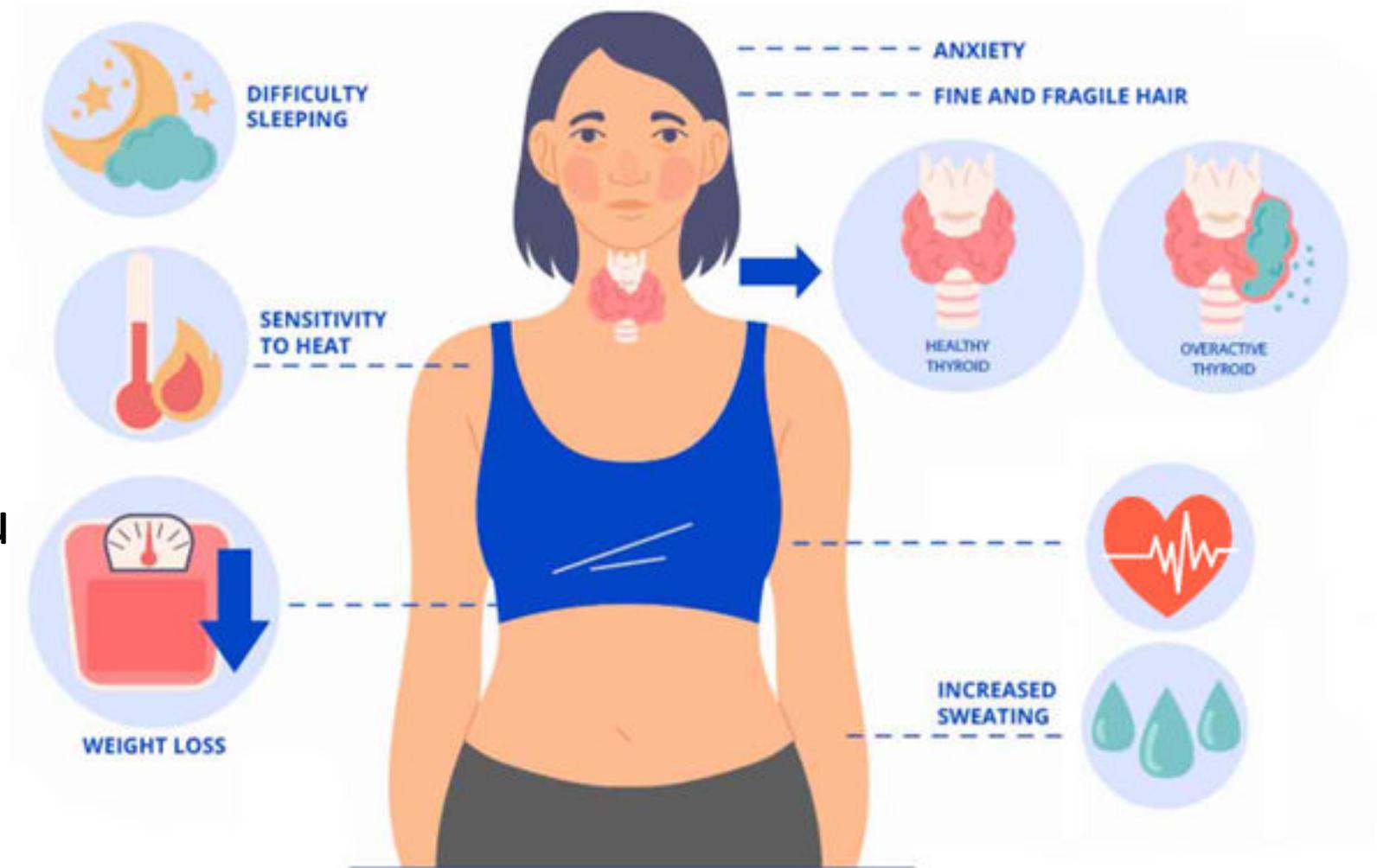
- ❖ Sảy thai/thai lưu
- ❖ Sinh non
- ❖ Tim thai nhanh
- ❖ Thai chậm phát triển, Sơ sinh nhẹ cân
- ❖ Động kinh, thóp đóng sớm
- ❖ Rối loạn hành vi
- ❖ Do thuốc điều trị: dị tật bẩm sinh, Suy giáp



LÂM SÀNG

Triệu chứng nhiễm độc giáp:

- Căng thẳng, lo âu, đổ mồ hôi
- Hồi hộp, khó thở
- Tim nhịp nhanh và tiếng thổi tâm thu
- Run tay
- Kém chịu nóng
- Dấu hiệu bướu giáp và lồi mắt đặc hiệu hơn trong bệnh Basedow
- Hỏi bệnh sử, tiền sử và khám lâm sàng quan trọng trong chẩn đoán bệnh



CẬN LÂM SÀNG



➤ Định lượng hormon

- *Nồng độ FT3, FT4 tăng theo mức độ bệnh*
- *Nồng độ TSH giảm*

➤ Nồng độ các tự kháng thể

- *TRAb (+) khoảng 95%*
- *TSI : kháng thể kích thích tuyến giáp tăng cao*
- *Anti-TPO; Anti-TG có thể dương tính*

➤ Xét nghiệm khác:

- *Giảm cholesterol, tăng glucose máu*
- *Tăng men gan*
- *Giảm bạch cầu hạt...*



CẬN LÂM SÀNG



➤ Siêu âm tuyến giáp

Mật độ ECHO giảm không đều trên 2 thùy

Bướu giáp

➤ Siêu âm Doppler

Tăng tốc độ dòng chảy động mạch giáp

Tăng đốm mạch tuyến giáp

➤ Điện tâm đồ

Nhịp tim nhanh đều hoặc loạn nhịp

➤ Đo độ tập trung I^{131} và xạ hình tuyến giáp

Chống chỉ định trong thai kỳ



PHÂN BIỆT BASEDOW

Nhiễm độc giáp thai kì

- + Chỉ ở nửa đầu thai kì
- + Kèm h/c nôn nghén nặng
- + Giảm 5% cân nặng, mất nước và có ceton niệu
- + TSI bình thường

Bướu nhân độc

- + Nhân tuyến giáp phát hiện trên lâm sàng hoặc siêu âm
- + TRAb bình thường
- + TSI bình thường

Viêm giáp Hashimoto gđ nhiễm độc giáp

- + TSI bình thường
- + TRAb bình thường
- + TPO-Ab tăng

ĐIỀU TRỊ NHIỄM ĐỘC GIÁP DO THAI KỲ

Không dùng thuốc KGTH trong Nhiễm độc giáp do thai kỳ

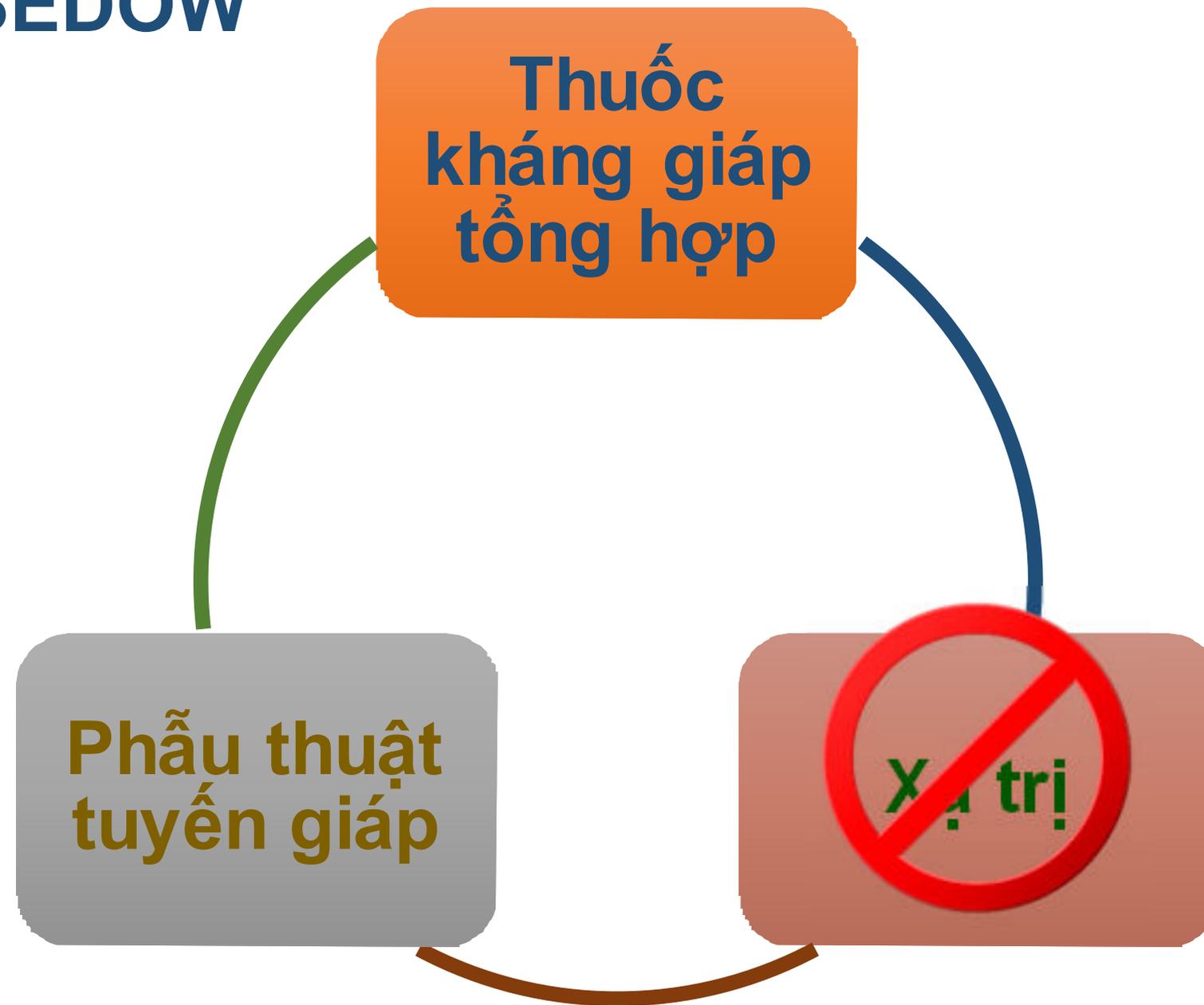
NC điều trị KGTH không tiên lượng cải thiện về sản khoa

Theo dõi kiểm tra chức năng tuyến giáp sau 3-4 tuần

T4 huyết thanh trở về bình thường sau khi thai ở 14-18 tuần

Thai nghén: kiểm soát nôn và bù dịch, điện giải, nuôi dưỡng tĩnh mạch

ĐIỀU TRỊ BASEDOW



KGTH được lựa chọn đầu tiên khi mang thai mà không phải RAI hay phẫu thuật

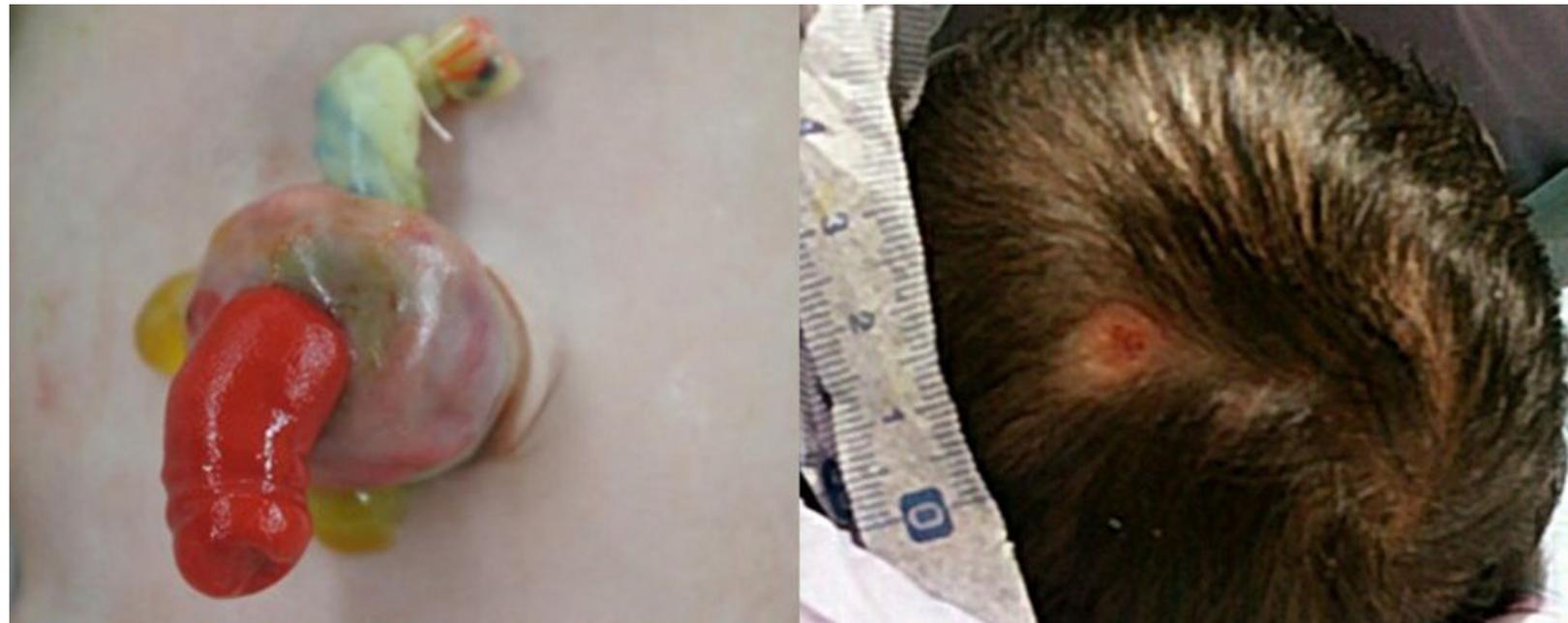
ĐIỀU TRỊ KGTH

- Điều trị thuốc KGTH ở trường hợp đã được chẩn đoán xác định basedow
- Cần nhắc lợi ích và nguy cơ để tránh tác dụng xấu đến mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh
 - Liều thuốc phụ thuộc mức độ bệnh
 - Sử dụng liều thấp nhất có thể để đạt FT4/ T4 ở giới hạn trên của bình thường
 - Tránh suy giáp
 - MMI có khả năng gây quái thai, hẹp hậu môn và thực quản thai nhi
 - PTU ưu tiên trong ba tháng đầu của thai kỳ, nhưng nguy gây nhiễm độc gan



Cần giải thích cho người bệnh các nguy cơ bất lợi của từng phương pháp

TÁC DỤNG PHỤ CỦA KGTH VỚI THAI NHI



LIỀU ĐIỀU TRỊ KGTH

Basedow đang điều trị mang thai bình giáp với liều thấp

- *Cân nhắc ngừng thuốc kháng giáp để giảm nguy cơ gây quái thai*

Basedow >5-10 mg/d MMI hoặc >100-200 mg/d PTU khi có thai

- *Trong 16 tuần đầu, PTU được khuyến cáo, nếu đang dùng MMI nên chuyển sang dùng PTU. Liều tương đương MMI và PTU là 1:15 (10-20)*
- *Sau 16 tuần nếu phải tiếp tục điều trị kháng giáp thì có thể tiếp tục duy trì PTU hoặc chuyển sang MMI*

ĐIỀU TRỊ KGTH

Basedow phát hiện khi trong thai kỳ

- *Liều khởi đầu điều trị 100 – 200 mg PTU, tương đương 10 mg MMI*
- *Tăng chỉnh liều tùy theo mức độ nhiễm độc giáp*

Khi khởi trị

*Theo dõi nồng độ
FT4/TT4 và TSH
2-4 tuần*

Khi đạt mục tiêu điều trị

*Theo dõi nồng độ
FT4/TT4 và TSH
4-6 tuần*

Theo dõi tác dụng phụ của KGTH

*Tăng men gan,
giảm bạch cầu hạt,
dị ứng ...*

ĐIỀU TRỊ KGTH



Nên **sử dụng PTU** khi chẩn đoán cường giáp trong 3 tháng đầu thai kỳ

Nên sử dụng MMI khi chẩn đoán cường giáp ở 3 tháng giữa thai kỳ
BN sử dụng PTU 3 tháng đầu thai kỳ:

- **Chuyển sang dùng MMI từ 3 tháng giữa**
- hoặc tiếp tục sử dụng PTU

MMI hay được sử dụng hơn do lo ngại nguy cơ gây **PTU-Induced hepatotoxicity** ở cả mẹ và con.

PHẪU THUẬT

Chỉ định

- *Dị ứng và có chống chỉ định với kháng giáp tổng hợp*
- *Sử dụng liều cao KGTH mà không đạt được mục tiêu điều trị*

Thời gian

- *Quý 2 của thai kì*

Chuẩn bị

- *Chẹn beta giao cảm và dung dịch KI (50-100mg/d)*
- *Sử dụng thời gian ngắn để giảm các dấu hiệu LS và chảy máu trong mổ*

Sau mổ

- *TD cường giáp của thai nếu TRAb của mẹ trước mổ > 3 lần bình thường*



ĐIỀU TRỊ KHÁC

Ức chế beta giao cảm

- Liên quan đến chậm phát triển, tim thai chậm và hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh
- Tránh dùng trong 3 tháng đầu
- Propranolol liều 20-40mg mỗi 6-8h, liều lượng nên giảm dần theo lâm sàng và nên ngưng sau 2-6 tuần
- Ức chế beta có thể được sử dụng để chuẩn bị trước phẫu thuật tuyến giáp

Điều trị I¹³¹

Chống chỉ định

THEO DÕI TRAb

❖ Sản phụ nhiễm độc giáp đang tiến triển

- Định lượng TRAb lúc chẩn đoán
- Đo lại lúc 22-26 tuần nếu lúc chẩn đoán cao

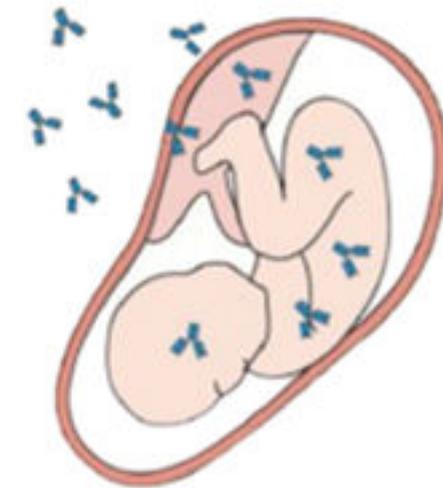
❖ Không cần đo TRAb trong trường hợp:

- Sản phụ thường và bình giáp
- T/s Basedow đã ổn và không dùng thuốc và can thiệp tuyến giáp, khi có thai thì duy trì bình giáp

❖ Tiền sử điều trị Basedow bằng Iod 131 hoặc phẫu thuật

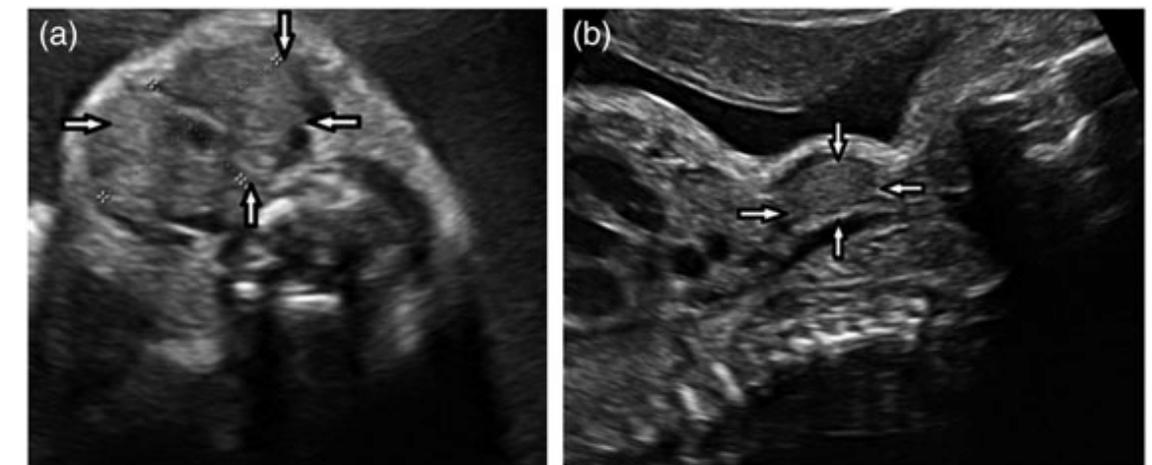
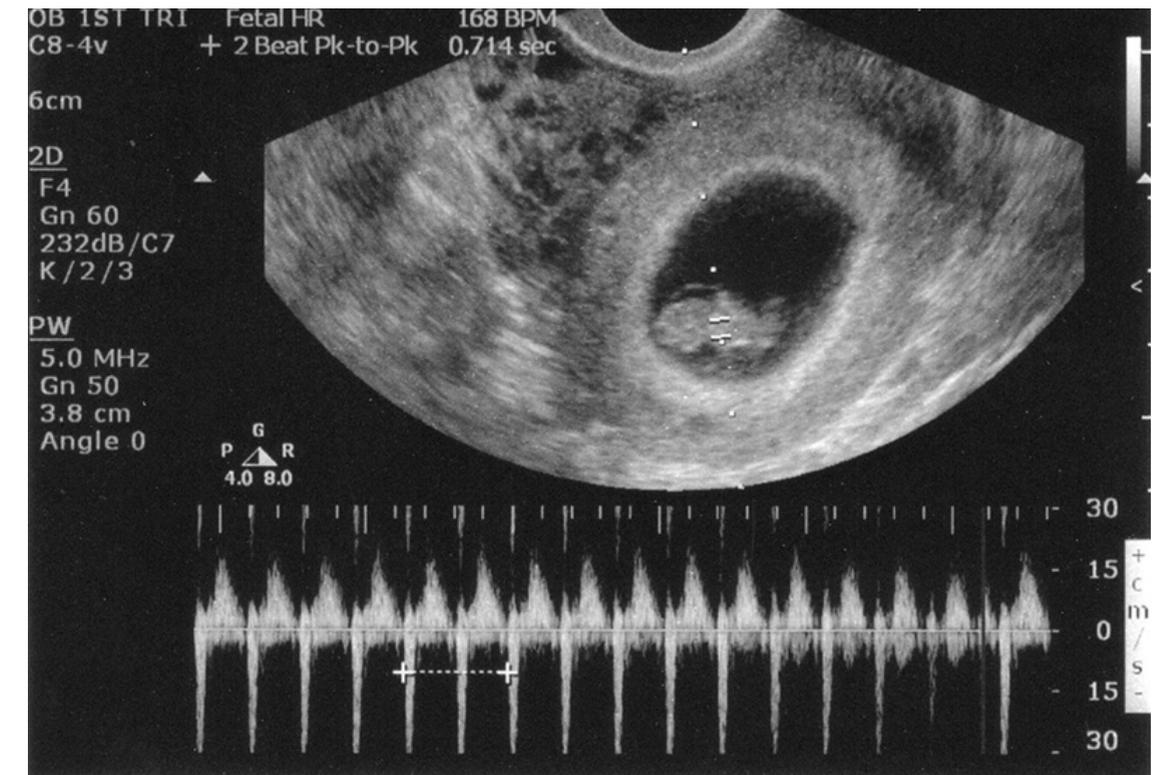
- Nên đo TRAb lúc 22-26 tuần. Phát hiện các nguy cơ
- TRAb > 3 lần thì cần theo dõi nguy cơ cường giáp ở trẻ sơ sinh

➤ Một số trường hợp TRAb tăng ở quý I sau đó giảm đi và hết vào quý cuối nhưng thường tăng trở lại sau sinh



SIÊU ÂM THAI

- Đánh giá thai và phát hiện dị tật
- Đánh giá màng nuôi giai đoạn sớm
- Các dấu hiệu của cường giáp của thai nhi:
 - Tim thai nhanh (>170 ck/p, liên tục > 10 phút)
 - Thai chậm phát triển trong tử cung
 - Tuyến giáp thai nhi to (dấu hiệu sớm của rối loạn chức năng tuyến giáp của thai nhi)
 - Tăng trưởng thành xương
 - Dấu hiệu của suy tim sung huyết, đa ối thai nhi

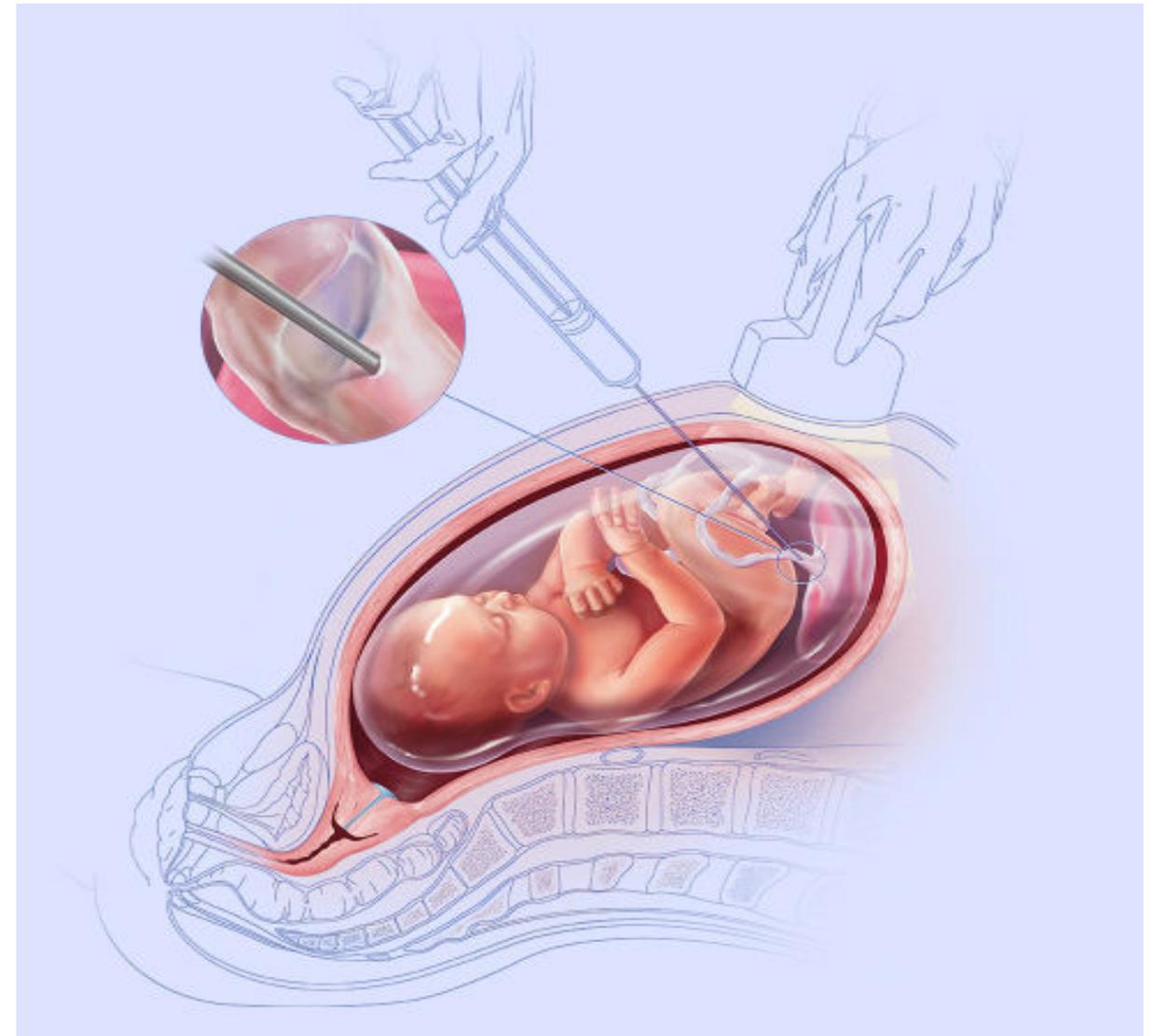


CORDOCENTESIS

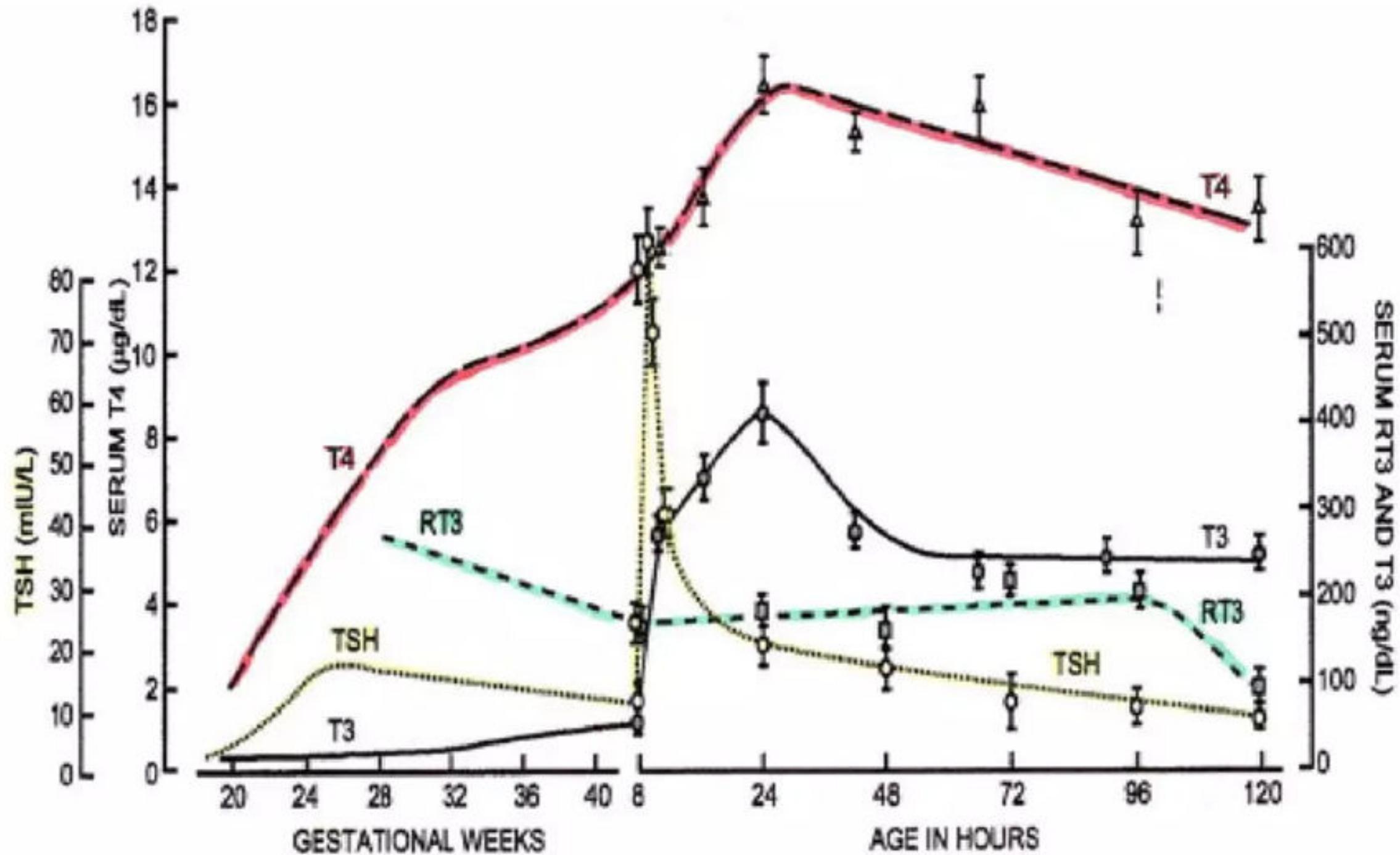


➤ Xét nghiệm máu dây rốn

- Đánh giá tỷ lệ tử vong và bệnh tật của thai nhi
- Thủ thuật nhiều xâm lấn nên thường không áp dụng
- Chỉ trong một số trường hợp hiếm và phải có yêu cầu từ bác sĩ sản



THAY ĐỔI HORMON TRẺ SƠ SINH



BASEDOW CHUẨN BỊ MANG THAI

- PN kế hoạch mang thai trong vòng 4-6 tháng, đặc biệt những bệnh nhân có TRAb cao có thể lựa chọn điều trị **phẫu thuật hoặc điều trị I¹³¹**
- Nếu đang dùng thuốc kháng giáp tổng hợp methimazole và có kế hoạch muốn có thai thì nên chuyển sang **PTU khi cố gắng thụ thai**
- **Chuyển sang PTU** ngay nếu khi xác định tình trạng có thai
- Ưu tiên **ngưng hoặc giảm liều** thuốc kháng giáp khi mang thai. Theo dõi kiểm tra chức năng giáp hàng tuần, khi hormon đã duy trì ổn định có thể theo dõi hàng tháng (mỗi 3-4 tuần) sau đó



GIAI ĐOẠN CHO CON BÚ

- **Cả PTU và MMI đều qua sữa mẹ**
- **Khuyến cáo liều thấp nhất mang lại hiệu quả điều trị**
- **Đối với PTU chỉ một lượng rất nhỏ:**
 - Uống 200 mg PTU sau 4 giờ thì phát hiện 0,007 – 0,077% liều hấp thụ
 - 200mg PTU x 3 lần/ngày thì 0,149mg PTU sang trẻ em ít gây hại
- **MMI và CM qua sữa với nồng độ cao gấp 4-7 lần PTU**
 - Uống 40mg MMI thì sẽ có 0,07mg qua sữa



BASEDOW NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ (ATA 2017 và ETA 2018)

MMI

**Maximum
20mg/day**

PTU

**Maximum
450mg/day**

MMI hay được sử dụng hơn do lo ngại nguy cơ gây **PTU-Induced hepatotoxicity** ở cả mẹ và con.

**LIỀU THẤP NHẤT CÓ HIỆU QUẢ LUÔN ĐƯỢC KHUYẾN CÁO SỬ DỤNG
TRẺ BÚ SỮA MẸ CÓ SỬ DỤNG KHÁNG GIÁP NÊN TD PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT VÀ TINH THẦN**

XIN CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP

