

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 58

THAI KỲ & CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 58 – QUÝ II/2021

THAI KỲ VÀ CÁC BỆNH LÝ NỘI TIẾT, CHUYỂN HÓA

- 4 Thay đổi chức năng tuyến giáp trong thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 7 Điều trị cường giáp trong thai kỳ
TS. Lê Thị Thu Hà
- 13 Tổng quan chẩn đoán và xử trí suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ
BS. Phạm Thị Mỹ Tú
- 18 Viêm giáp tự miễn và thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân
- 22 Tăng huyết áp áo choàng trắng trong thai kỳ cùng những hệ lụy ở thai phụ và thai nhi
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 25 Tiền sản giật – Một dạng hội chứng tim mạch loại 5 chưa được công nhận trong sức khỏe tim mạch của phụ nữ
TS. BS. Lâm Đổ Phương Uyên
- 29 Góc nhìn toàn diện về đái tháo đường thai kỳ
BS. Trần Thế Hùng
- 32 Nguy cơ thai nhỏ so với tuổi thai và thai chậm tăng trưởng trong tử cung trên phụ nữ đái tháo đường mạn tính
BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 35 Bệnh gan nhiễm mỡ cấp tính của thai kỳ
BS. Tô Mỹ Anh, BS. Huỳnh Mạnh Tiến
- 40 Tiếp cận Hội chứng Cushing trên thai kỳ
BS. Phạm Trần Hồng Vân, BS. CKI Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 44 Cập nhật các nghiên cứu mới nhất trong xử trí dọa sảy thai
TS. BS. Lê Quang Thanh
- 47 Mối liên quan giữa hội chứng buồng trứng đa nang và hoạt động não bộ
BS. Trần Thái Hữu Lộc và cộng sự
- 50 Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 56 Thai già tháng
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 Bất sản thể chai – chẩn đoán và tiên lượng
ThS. BS. Cao Thị Mai Phương, BS. CKI Trần Thị Minh Châu
- 67 Điều trị hỗ trợ sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân có hội chứng Turner
BS. Lê Thị Hà Xuyên, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 73 Xét nghiệm bộ ba endometrio: Một góc nhìn tổng quát về nội mạc tử cung ở những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 79 Trẻ sinh ra từ chỉnh sửa gen bằng CRISPR/CAS9: cơ hội và thách thức của hướng ứng dụng mới này trong hỗ trợ sinh sản
KS. Trương Văn Hải, ThS. Huỳnh Trọng Kha
- 84 Tinh hoàn không xuống và vô sinh
BS. Võ Văn Cường và cộng sự

89 Hỏi - Đáp lâm sàng

92 Journal Club

- Hoạt động thể chất – tập thể dục khi mang thai và sau sinh
- Tiếp cận bạch cầu trong tinh dịch
- Chỉ định chấm dứt thai kỳ giai đoạn non tháng muộn và vừa đủ tháng

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 60 – Quý IV/2021
Chủ đề “Tiền sản giật – Sản giật”
Vui lòng nộp bài trước 30/08/2021



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021

THAY ĐỔI CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP TRONG THAI KỲ

BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến

Bệnh viện Mỹ Đức

Thai kỳ là giai đoạn sinh lý kèm theo nhiều thay đổi về cấu trúc và chức năng tuyến giáp của mẹ. Những thay đổi lớn về nội tiết tuyến giáp có thể làm bác sĩ lâm sàng chẩn đoán nhầm với bệnh lý. Về phía thai, sự hình thành và phát triển chức năng tuyến giáp trong phôi thai cùng với mối liên quan nội tiết tuyến giáp mẹ – thai là cơ sở dữ liệu quan trọng trong việc quyết định chẩn đoán và can thiệp các rối loạn tuyến giáp trên lâm sàng. Bài viết đề cập về những thay đổi chức năng tuyến giáp ở mẹ, thai và những khuyến cáo về tầm soát bệnh lý tuyến giáp ở phụ nữ mang thai.

THAY ĐỔI TUYẾN GIÁP Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Về cấu trúc, tuyến giáp của phụ nữ mang thai tăng thể tích từ 10 – 30% trong 3 tháng cuối thai kỳ do sự tăng môi trường chất lỏng ngoại bào và lưu lượng máu^[1]. Thể tích tuyến giáp ở phụ nữ mang thai gần sinh khoảng 15 ml, thật sự không quá lớn. Vì vậy, bất kì bướu giáp nào được phát hiện ở thai phụ cũng cần được xem xét cẩn trọng.

Về chức năng nội tiết, sự thay đổi chủ yếu ghi nhận ở 3 tháng đầu thai kỳ. Trước 12 tuần, trong cơ thể phụ nữ mang thai có sự tăng sản xuất protein gắn kết nội tiết tuyến giáp thyroxine (TBG, thyroxine – binding globulin) từ gan do sự kích thích của estrogen. Bên cạnh đó, nồng độ hCG gia tăng đáng kể trong 3 tháng đầu. Cấu trúc phân tử của hCG và TSH (thyroid – stimulating hormone) giống nhau ở tiểu đơn vị alpha. Do đó, hCG cũng có thể gây kích thích

thụ thể TSH, làm tăng sản xuất thyroxine tự do (T4). Sự gia tăng nồng độ T4 trong máu mẹ gây ức chế trục hạ đồi yên, làm giảm tiết TSH từ tuyến yên. Kết quả của những thay đổi này là TSH giảm và T4 tự do tăng ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu. Sau đó, TSH trở lại mức cơ bản bình thường và tăng dần trong 3 tháng cuối thai kỳ, do sự phát triển của nhau thai^[2]. Những thay đổi sinh lý này nên được cân nhắc khi lý giải kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong thai kỳ, phân biệt với bệnh lý (Bảng 1).

Bảng 1. Thay đổi nồng độ nội tiết tuyến giáp ở phụ nữ mang thai bình thường và bệnh lý^[3]

Tình trạng thai phụ	TSH	T4 tự do (FT4)
Bình thường, 3 tháng đầu	Ngưỡng dưới nên giảm 0,4 mU/L, ngưỡng trên nên giảm 0,5 mU/L, so với khoảng tham khảo của mỗi dân số ^[5]	Có thể tăng 50% ngưỡng bình thường, ở tuổi thai trước 16 tuần
Cường giáp	Giảm	Tăng
Cường giáp dưới lâm sàng	Giảm	Không thay đổi
Suy giáp	Tăng	Giảm
Suy giáp dưới lâm sàng	Tăng	Không thay đổi

SỰ HÌNH THÀNH VÀ CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP CỦA THAI

Tuyến giáp là tuyến nội tiết xuất hiện sớm nhất ở thai, bắt nguồn từ hai cấu trúc chính: hầu nguyên thủy và mào thần kinh. Tuyến giáp tham gia vào sự phát triển phôi thai và biệt hóa cơ

quan. Nội tiết tuyến giáp của thai đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển hệ thần kinh của thai, bao gồm biệt hóa tế bào thần kinh, sự phát triển sợi trục và đuôi gai, sự hình thành bao myelin và synap hóa.

Tuyến giáp của thai có thể tự tổng hợp nội tiết từ khoảng 10 – 12 tuần. Nồng độ TSH, thyroxine và TBG được tìm thấy trong huyết tương của thai vào đầu tuần thứ 11. Bánh nhau hấp thu iod về thai từ tuần thứ 12 cho đến suốt thai kỳ. Do vậy, thyroxine của mẹ là nguồn nội tiết tuyến giáp duy nhất cho thai đến cuối tam cá nguyệt 1, T4 của mẹ vẫn tiếp tục truyền qua thai đến cuối thai kỳ^[5]. Sau sinh, 30% T4 trong máu cuống rốn thai có nguồn gốc từ mẹ. Sự thiếu hụt nội tiết tuyến giáp, do bệnh lý của mẹ, có thể gây ra các rối loạn thần kinh nghiêm trọng, đặc biệt chứng đần độn^[6].

Mặt khác, mẹ sử dụng iod phóng xạ hoặc hấp thu lượng lớn iod từ tuần 12, iod có thể qua nhau thai gây ngộ độc cho thai. Trường hợp kháng thể kích thích tuyến giáp của mẹ qua nhau, hoạt hóa tuyến giáp thai sớm có thể gây cường giáp bẩm sinh. Thai có nhịp tim nhanh, gan lách to, hồng cầu biến dạng, vôi hóa sọ sớm và chậm tăng trưởng.

KHUYẾN CÁO TẦM SOÁT RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP TRƯỚC VÀ TRONG THAI KỲ

Tất cả phụ nữ mang thai có tiền căn rối loạn chức năng tuyến giáp, đã hoặc đang điều trị bổ sung nội tiết tuyến giáp (levothyroxine) hoặc thuốc kháng giáp đều cần được tầm soát và thăm khám ở những lần khám thai quan trọng. *(Mức độ khuyến cáo mạnh, chứng cứ mạnh)*^[4]

Tất cả phụ nữ đang có ý định mang thai, mới mang thai đều cần được đánh giá trên lâm sàng. Nếu có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào sau đây thì cần được làm xét nghiệm TSH trong huyết thanh. *(Mức độ khuyến cáo mạnh, chứng cứ trung bình)*.

– Tiền sử suy giáp/ cường giáp hoặc có những triệu chứng, dấu hiệu liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp.

- Biết trước có kháng thể kháng giáp hoặc có bướu giáp.
- Tiền sử xạ trị vùng đầu, cổ hoặc phẫu thuật tuyến giáp.
- Trên 30 tuổi.
- Đái tháo đường type 1 hoặc bệnh lý tự miễn.
- Tiền căn sảy thai, sinh non.
- Hiếm muộn vô sinh.
- Tiền căn gia đình có bệnh tự miễn giáp hoặc rối loạn chức năng giáp.
- Béo phì (BMI \geq 40 kg/m²).
- Sử dụng amiodarone hoặc lithium hoặc iod phóng xạ gần đây.
- Sống trong khu vực thiếu iod.

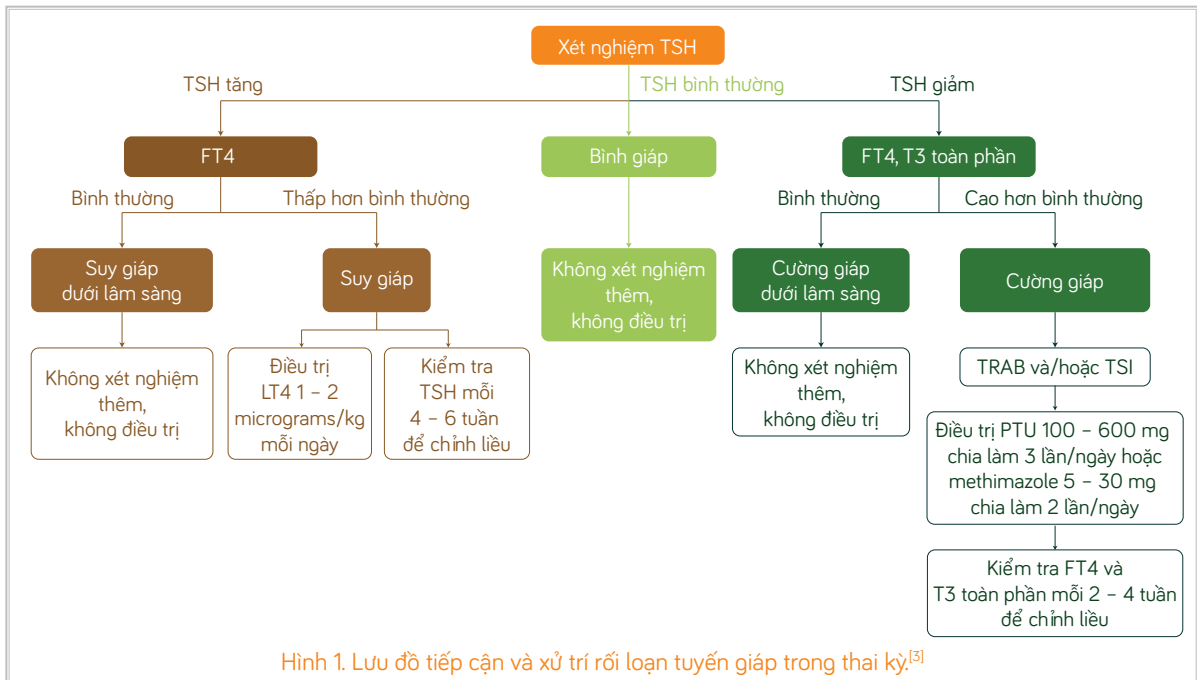
Tầm soát để phát hiện nồng độ T4 tự do thấp ở phụ nữ mang thai không được khuyến cáo. *(Mức độ khuyến cáo yếu, chứng cứ trung bình)*

Không có đủ bằng chứng để ủng hộ hay phản đối việc tầm soát bất thường nồng độ TSH trong giai đoạn sớm thai kỳ. *(Không khuyến cáo, không đủ bằng chứng)*.

Không có đủ bằng chứng để khuyến cáo hay phản đối việc tầm soát bất thường nồng độ TSH trước khi mang thai, bệnh nhân có kế hoạch thực hiện hỗ trợ sinh sản hay bệnh nhân đã biết dương tính với kháng thể TPOAb. *(Không khuyến cáo, không đủ bằng chứng)*.

Nhiều chứng cứ gần đây cho thấy mối liên quan của các rối loạn chức năng tuyến giáp và rối loạn trong hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Tỷ lệ mắc viêm giáp tự miễn ở phụ nữ PCOS chiếm từ 18 – 40%. Phụ nữ có PCOS có tỉ lệ tự kháng thể TPO dương tính cao hơn hơn 3 lần so với phụ nữ không có PCOS (tỷ lệ trong 2 nhóm lần lượt là 26% và 9,7%; OR: 3,27; KTC 95%: 2,32 – 4,63). Xét nghiệm chức năng tuyến giáp và kháng thể kháng giáp đặc hiệu được khuyến cáo thực hiện ở phụ nữ có PCOS, ngay cả khi không có triệu chứng liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp.^[7]

LƯU ĐỒ TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ RỐI LOẠN TUYẾN GIÁP TRONG THAI KỲ (Hình 1)



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fister P et al (2009). Thyroid volume changes during pregnancy and after delivery in an iodine-sufficient Republic of Slovenia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;145(1):45-8.
2. Huang SA et al (2005). Physiology and pathophysiology of type 3 deiodinase in humans. *Thyroid*;15:875-81.
3. Thyroid disease in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 223. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;135:e261-74.
4. Alexander EK et al (2017). Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*;27(3):315-389.
5. Calvo RM et al. (2002). Fetal tissues are exposed to biologically relevant free thyroxine concentrations during early phases of development. *J Clin Endocrinol Metab*; 87:1768-77.
6. Korevaar TI et al. (2016). Association of maternal thyroid function during early pregnancy with offspring IQ and brain morphology in childhood: a population-based prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*;4:35-43.
7. Romitti M, et al. (2016). Association between PCOS and autoimmune thyroid disease: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine Connections*. 2018 Nov;7(11):1158-67.

MỜI GỬI BÀI VIẾT ĐĂNG TẠP CHÍ PHỤ SẢN

Tổng Biên tập: GS. TS. Cao Ngọc Thành

Phó Tổng Biên tập:

- PGS. TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy

- ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

Tổng thư ký tòa soạn: PGS. TS. Lê Minh Tâm

Hội đồng biên tập

- GS. TS. Trần Thị Phương Mai

- GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

- GS. TS. Nguyễn Viết Tiến

- GS. TS. Trần Thị Lợi

- PGS. TS. Lê Hồng Cẩm

- PGS. TS. Vũ Thị Nhung

- TS. BS. Vũ Chí Dũng

- PGS. TS. Lê Minh Tâm

- TS. BS. Đỗ Quan Hà

- PGS. TS. Vũ Văn Tâm

- PGS. TS. Lê Hoàng

- TS. BS. Lê Quang Thanh

- PGS. TS. Nguyễn Xuân Hợi

- PGS. TS. Hà Thị Minh Thi

- PGS. TS. Hồ Sỹ Hùng

- PGS. TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

- TS. BS. Phạm Chí Kông

- GS. TS. Võ Minh Tuấn

- PGS. TS. Vương Thị Ngọc Lan

- TS. BS. Hoàng Thị Diễm Tuyết

- TS. BS. Lâm Đức Tâm

Bộ môn Phụ Sản - Trường Đại học Y Dược Huế

Số 6 Ngô Quyền, TP. Huế, Điện thoại: 0234.626 9696, Fax: 0234. 3826269

Email: tapchiphusan.vn@gmail.com, Website: <https://vjog.vn/>



Thẻ lệ đăng bài