

# 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

# ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP TRONG THAI KỲ

TS. BS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

## MỞ ĐẦU

Việc đánh giá và điều trị phụ nữ có thai bị cường giáp tương đương với phụ nữ và nam giới không mang thai, nhưng có một số vấn đề riêng. Có một số vấn đề quan trọng phải được xem xét khi bị cường giáp trong thai kỳ, bao gồm hiểu biết về các chỉ định điều trị, các lựa chọn điều trị cho phụ nữ mang thai và mục tiêu của điều trị bằng thuốc kháng giáp.

## ĐIỀU TRỊ

### Chỉ định<sup>[1,2]</sup>

Bệnh Graves và cường giáp qua trung gian hCG là những nguyên nhân phổ biến nhất của cường giáp trong thai kỳ. Cường giáp qua trung gian hCG (nhiễm độc giáp thoáng qua thai kỳ) thường thoáng qua và không cần điều trị. Tương tự, tình trạng tăng chức năng tuyến giáp ở phụ nữ bị đái ra máu thường không cần điều trị vì nó nhẹ và giảm dần khi sản xuất hCG giảm (thường khi thai 14 đến 18 tuần). Tuy nhiên, phụ nữ bị nôn mửa nghiêm trọng cần được điều trị mất nước bằng dịch truyền tĩnh mạch.

Phụ nữ mang thai có cường giáp nhẹ không triệu chứng do bệnh Graves và cận lâm sàng (TSH thấp, T4 tự do bình thường) có thể được theo dõi mà không cần điều trị. Nhóm này bao gồm những phụ nữ có TSH thấp và giá trị tổng T4 và tổng T3 tăng tối thiểu (< 1,5 lần giới hạn trên của mức bình thường không mang thai] hoặc tăng tối thiểu ở T4 tự do). Ở những phụ nữ đang được theo dõi mà không cần điều trị, cần đo TSH, T4 tự do (nếu có phạm vi tham chiếu

cho từng tam cá nguyệt cụ thể) và/hoặc tổng T4 hoặc tổng T3 mỗi bốn đến sáu tuần.

Những phụ nữ bị cường giáp từ trung bình đến nặng có triệu chứng do bệnh Graves hoặc bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ cần điều trị cường giáp. Nhóm này bao gồm những phụ nữ có tổng T4 và/hoặc tổng T3 > 1,5 lần giới hạn trên của mức bình thường không mang thai, hoặc những phụ nữ có mức T4 tự do tăng rõ rệt so với giá trị tham chiếu ở tam cá nguyệt cụ thể.

### Các lựa chọn điều trị<sup>[3,4]</sup>

Các lựa chọn điều trị cho phụ nữ cường giáp bị hạn chế vì các tác dụng phụ có thể xảy ra với thai nhi của các phương pháp điều trị hiện có.

Thionamide là phương pháp điều trị chính của cường giáp do Graves hoặc bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ. Chúng được vận chuyển chủ động vào tuyến giáp, nơi chúng ức chế cả sự tổ chức của iod thành các gốc tyrosine trong thyroglobulin và sự kết hợp của các iod tyrosine. Ngoài ra, thuốc chẹn beta, chẳng hạn như atenolol hoặc propranolol, có thể được sử dụng để điều trị nhịp tim nhanh và run. Tuy nhiên, nên tránh điều trị lâu dài bằng thuốc chẹn beta (không dùng trên sáu tuần) vì lo ngại về sự chậm phát triển của thai nhi và hạ đường huyết.

Iod phóng xạ bị chống chỉ định tuyệt đối trong thai kỳ. Mô tuyến giáp của thai nhi hình thành từ 10 đến 12 tuần và do đó có thể bị phá hủy bởi chất iod phóng xạ. Trong một đánh giá có hệ thống, các nguy cơ đối với thai nhi phụ thuộc vào thời điểm tiếp xúc trong thai kỳ. Sảy

thai tự nhiên có nhiều khả năng xảy ra khi phơi nhiễm (100 mGy) xảy ra trong hai tuần đầu tiên (trước khi làm tổ). Tiếp xúc trong quá trình hình thành cơ quan (từ hai tuần tuổi thai) có thể dẫn đến dị tật bẩm sinh. Nếu iod phóng xạ được thực hiện trong thời kỳ mang thai, cần phải thông tin đầy đủ cho thai phụ. Tùy theo nguyện vọng của hai vợ chồng, việc đình chỉ thai kỳ có thể được xem xét.

Cắt tuyến giáp trong thai kỳ hiếm khi cần thiết nhưng là một lựa chọn cho những phụ nữ không thể dung nạp thionamide vì dị ứng hoặc mất bạch cầu hạt.

Kết quả tốt cho thai nhi và mẹ phụ thuộc vào việc kiểm soát cường độ giáp của người mẹ.

Mục tiêu của điều trị là duy trì nồng độ T4 tự do trong huyết thanh của người mẹ bằng hoặc hơi cao hơn giới hạn bình thường của tam cá nguyệt cụ thể bằng cách sử dụng liều thấp nhất có thể. Nếu không có phạm vi tham chiếu cụ thể cho tam cá nguyệt, T4 tự do nên được duy trì ở mức bình thường cao đối với phụ nữ không mang thai bằng cách sử dụng liều thuốc thấp nhất. Điều này đòi hỏi đánh giá chức năng tuyến giáp thường xuyên (mỗi bốn tuần) và điều chỉnh thuốc thích hợp.

### **Thuốc chẹn beta<sup>[5]</sup>**

Thuốc chẹn beta có thể được dùng để cải thiện các triệu chứng của cường giáp từ trung bình đến nặng ở phụ nữ mang thai. Thường bắt đầu với atenolol 25 đến 50 mg mỗi ngày. Propranolol, 20 mg sau mỗi sáu đến tám giờ, là một lựa chọn thay thế. Có thể tăng liều khi cần thiết để kiểm soát các triệu chứng. Tuy nhiên, nếu có thể, nên ngưng chẹn beta ngay sau khi kiểm soát được cường giáp bằng thionamide vì có nguy cơ gây thai chậm tăng trưởng, hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh, ức chế hô hấp và nhịp tim thai chậm.

### **Thionamides<sup>[6]</sup>**

Thionamides được khuyến cáo để điều trị cường giáp từ trung bình đến nặng có biến chứng

khi mang thai. Các thionamide có sẵn bao gồm propylthiouracil (PTU), methimazole (MMI) và carbimazole (CBZ), được chuyển hóa hoàn toàn thành MMI.

Cả methimazole (MMI) và propylthiouracil (PTU) có thể đi qua nhau thai theo cơ chế vận chuyển động học cân bằng và có tác dụng tương tự đối với thai nhi.

Nhược giáp bẩm sinh chiếm khoảng 50% trẻ sơ sinh có mẹ dùng PTU hoặc MMI trong thời kỳ mang thai.

### **Khả năng gây dị tật bẩm sinh**

Methimazole và carbimazole có liên quan đến các tác dụng có thể gây dị tật bẩm sinh bao gồm: bất sản lớp biểu bì, khiếm khuyết ở da đầu.

Các dị tật bẩm sinh nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như dò khí quản – thực quản và thiếu sản đường mật, đã được quan sát thấy ở những trẻ có mẹ dùng MMI và carbimazole nhưng không thấy ở những bà mẹ có sử dụng PTU.

### **Lựa chọn thuốc<sup>[7,8]</sup>**

Trước đây, PTU được coi là thuốc được lựa chọn trong suốt thai kỳ cho phụ nữ bị cường giáp, vì lo ngại về tác dụng gây quái thai của MMI.

Tuy nhiên, các báo cáo về suy gan nặng liên quan đến PTU hiện đã làm dấy lên lo ngại về việc sử dụng PTU thường quy, bao gồm cả việc sử dụng PTU trong thai kỳ. Methimazole cũng có liên quan đến bệnh gan, nhưng nó thường là do rối loạn chức năng ứ mật, không phải do viêm tế bào gan.

Các khuyến nghị về thuốc kháng giáp do Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA), Hiệp hội Nội tiết và Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) nêu ra:

- PTU không được sử dụng như một loại thuốc đầu tay ở trẻ em hoặc người lớn.
- Đối với phụ nữ mang thai bị cường giáp, chỉ nên sử dụng PTU trong ba tháng đầu. Mặc dù tác dụng gây dị tật của MMI chưa được chứng minh rõ ràng, nhưng chúng có khả năng gây quái thai nghiêm trọng và nên hạn chế dùng trong

tam cá nguyệt đầu tiên (giai đoạn hình thành cơ quan). Phụ nữ đang dùng MMI và biết mình có thai nên chuyển sang PTU vào thời điểm kết quả thử thai dương tính.

Sau tam cá nguyệt đầu tiên, nguy cơ tiềm ẩn nhiễm độc gan do PTU, mặc dù cực kỳ hiếm, được cho là cao hơn bất kỳ nguy cơ tiềm ẩn nào của MMI.

– Trong tam cá nguyệt thứ hai, nên chuyển từ PTU sang MMI. Theo nhiều chuyên gia cho thấy methimazole có hiệu lực gấp 20 đến 30 lần trên cùng đơn vị miligam. Do đó, 300 mg PTU sẽ gần tương đương với 10 hoặc 15 mg MMI. Kiểm tra chức năng tuyến giáp nên được thực hiện từ hai đến bốn tuần sau khi chuyển sang methimazole để đảm bảo rằng trạng thái tuyến giáp đã được duy trì.

– Theo dõi thường xuyên chức năng tuyến giáp nên được thực hiện bốn tuần một lần. Cần hết sức thận trọng sau khi chuyển từ PTU sang MMI để tránh điều trị quá mức cho mẹ và suy giáp thai nhi.

– Suy gan liên quan đến PTU có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong quá trình điều trị, khởi phát đột ngột và diễn tiến nhanh chóng. Do đó, việc theo dõi chức năng gan thường quy hiện nay không được đề xuất bởi ATA và FDA. Bệnh nhân nên ngừng thuốc và liên hệ với bác sĩ nếu họ bị suy nhược, khó chịu, buồn nôn và nôn, vàng da, nước tiểu sẫm màu hoặc phân màu nhạt.

– Một số bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân của họ thích theo dõi chức năng gan bốn tuần một lần khi lấy máu để đánh giá chức năng tuyến giáp. Nếu phương pháp này được chọn, nên ngừng PTU nếu transaminase huyết thanh lớn hơn ba lần giới hạn trên của mức bình thường. Cách tiếp cận này đã không được chứng minh là làm giảm nguy cơ suy gan do PTU. Sau khi ngừng sử dụng thuốc, bệnh nhân nên được theo dõi chặt chẽ với việc đo transaminase thường xuyên để chắc chắn rằng họ đang trở lại bình thường. Nếu chúng tăng dần, nên chuyển ngay đến bác sĩ lâm sàng có chuyên môn về bệnh gan.

– Nếu bệnh nhân phát ban khi chuyển sang

MMI, nên ngừng thuốc và tiếp tục PTU.

– Bệnh tuyến giáp tự miễn thường cải thiện trong tam cá nguyệt thứ ba. Bất cứ khi nào có thể, dựa trên việc đánh giá các phép đo kháng thể thyrotropin và các xét nghiệm chức năng tuyến giáp, nên giảm dần thionamides và có thể ngừng sử dụng trong tam cá nguyệt thứ ba.

### **Liều lượng và theo dõi**

– Để giảm thiểu nguy cơ suy giáp ở thai nhi, nên cho liều thionamide thấp nhất (PTU 50 mg hai đến ba lần mỗi ngày, MMI 5 đến 10 mg mỗi ngày, hoặc carbimazole 5 đến 15 mg mỗi ngày) cần thiết để kiểm soát chức năng tuyến giáp. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân bị cường giáp nặng, có thể cần dùng đầy đủ liều ban đầu (PTU 100 mg ba lần mỗi ngày) hoặc MMI (10 đến 30 mg mỗi ngày) để kiểm soát cường giáp.

– Xét nghiệm chức năng tuyến giáp (TSH và T4 tự do hoặc T4 tổng nếu không có phạm vi tham chiếu cụ thể trong tam cá nguyệt cho T4 tự do) nên được thực hiện bốn tuần một lần và thường xuyên hơn ngay sau khi chuyển đổi thuốc kháng giáp. Mục tiêu là duy trì tình trạng cường giáp nhẹ dai dẳng nhưng ở mức tối thiểu của người mẹ trong nỗ lực ngăn ngừa suy giáp thai nhi. Suy giáp trung ương thoáng qua có thể gặp ở trẻ có mẹ bị cường giáp kiểm soát kém trong thai kỳ, có lẽ là do trục tuyến yên – tuyến giáp của thai nhi bị ức chế. Mặt khác, nếu mẹ điều trị cường giáp quá mức có thể gây suy giáp thai nhi và bướu cổ.

– Liều thionamide nên được điều chỉnh hàng tháng để duy trì nồng độ T4 tự do trong huyết thanh bằng hoặc ngay trên giới hạn trên của mức bình thường, sử dụng phạm vi tham chiếu chuyên biệt theo tam cá nguyệt của thai kỳ. Nếu không có giá trị tham chiếu này, nên duy trì T4 tự do trong giới hạn bình thường cao đối với phụ nữ không mang thai, hoặc T4 tổng lên đến 18 mcg/dL (50% trên giới hạn trên của mức bình thường đối với phụ nữ không mang thai) và nồng độ TSH huyết thanh trong phạm vi bình thường thấp hoặc rất thấp trong suốt thai kỳ.

- Liều thấp của PTU hoặc MMI (ví dụ: 50 mg x 2 lần/ngày hoặc ít hơn đối với PTU; 2,5 đến 5 mg một ngày đối với MMI) có thể là tất cả những gì được yêu cầu. Có thể ngừng thionamide trong tam cá nguyệt thứ ba; Sự xuất hiện cường giáp khi thai kỳ tiến triển là do nồng độ kháng thể kích thích thụ thể TSH trong huyết thanh giảm, hoặc hiếm hơn, do tăng kháng thể ngăn chặn thụ thể TSH. Tuy nhiên, bệnh cường giáp của Graves có thể trở nên trầm trọng hơn sau khi sinh.
- Theo dõi trong suốt thai kỳ là rất quan trọng vì cường giáp của mẹ trong ba tháng cuối có thể làm tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân (không phụ thuộc vào nguy cơ mắc bệnh Graves ở trẻ sơ sinh).

### **Dùng PTU và MMI trong giai đoạn cho con bú**

PTU ít hòa tan hơn MMI và liên kết nhiều hơn với protein huyết tương, trong khi MMI tự do trong huyết thanh, do đó, tương đối nhiều MMI đến được trẻ sơ sinh qua sữa mẹ<sup>[7]</sup>. Tuy nhiên, liều lượng MMI thấp hơn, vì vậy mức sữa thực tế không khác nhau. Dù vậy, có rất ít sự khác biệt về nồng độ hormone tuyến giáp trong huyết thanh hoặc chức năng tuyến giáp ở trẻ sơ sinh của những bà mẹ được sử dụng một trong hai loại thuốc với liều lượng vừa phải. Ví dụ, trong một nghiên cứu trên 139 bà mẹ dùng tới 20 mg MMI mỗi ngày, chức năng tuyến giáp, sự tăng trưởng và phát triển của trẻ bú sữa mẹ của họ là bình thường. Kết quả tương tự cũng được thấy trong một nghiên cứu về các bà mẹ dùng PTU.

Vấn chưa có báo cáo về chứng mất bạch cầu hạt ở trẻ sơ sinh bú mẹ có dùng PTU hoặc MMI.

Cả methimazole và PTU đã được Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ đánh giá là an toàn cho các bà mẹ đang cho con bú. Tuy nhiên, do lo ngại về khả năng gây độc gan do PTU, nên dùng methimazole thay vì PTU cho các bà mẹ đang cho con bú. Methimazole nên được dùng sau cử bú với liều lượng chia nhỏ. Khi liều mẹ dùng MMI > 20 mg mỗi ngày, trẻ sơ sinh nên được đánh giá chức năng tuyến giáp sau một và ba tháng.

### **Sử dụng T4**

Không khuyến nghị sử dụng T4 với liệu pháp thionamide trong thời kỳ mang thai. T4 ít đi qua nhau thai, làm cho việc xác định liều thionamide tối thiểu cần thiết để kiểm soát cường giáp ở mẹ trở nên khó khăn hơn.

### **Iod**

Thông thường không khuyến nghị sử dụng liều lượng dược lý của iod ở phụ nữ có thai, nhưng việc sử dụng nó trong thời gian ngắn có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân chuẩn bị phẫu thuật cắt tuyến giáp khi thionamide chống chỉ định. Một nghiên cứu trên 35 phụ nữ bị cường giáp Graves nhẹ đến trung bình cho rằng liều lượng iod thấp là an toàn trong thai kỳ. Tuy nhiên, liệu pháp iod liều cao kéo dài có thể gây bướu cổ thai nhi.

### **Phẫu thuật**

Cắt tuyến giáp trong khi mang thai có thể cần thiết ở những phụ nữ mắc bệnh Graves không thể dung nạp thionamide vì dị ứng hay mất bạch cầu hạt. Các chỉ định phẫu thuật tương tự như ở nam giới và phụ nữ không mang thai. Tuy nhiên, phẫu thuật trong thời kỳ mang thai có liên quan đến tăng nguy cơ sẩy thai tự nhiên hoặc đẻ non và tỷ lệ biến chứng phẫu thuật cao hơn đáng kể so với phụ nữ không mang thai. Những rủi ro này được giảm thiểu bằng cách thực hiện phẫu thuật trong tam cá nguyệt thứ hai.

Trước khi phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp, phụ nữ mang thai không dung nạp thionamide nên được điều trị trước bằng thuốc chẹn beta (atenolol hoặc propranolol) và một đợt ngắn (tức là từ 7 đến 10 ngày) dung dịch iod kali (35 đến 50 mg iod mỗi giọt, 1 đến 3 giọt/ngày). Iod làm giảm sâu nồng độ hormone tuyến giáp trong huyết thanh và ngoài ra, làm giảm mạch máu tuyến giáp.

### **VẤN ĐỀ CƯỜNG GIÁP Ở TRẺ<sup>[9,10]</sup>**

Khoảng 1 đến 5 phần trăm các bà mẹ bị cường giáp do bệnh Graves (đang hoạt động hoặc được

điều trị) có trẻ sơ sinh (hoặc thai nhi) bị cường giáp. Mặc dù hiếm gặp, nhưng nó có thể nghiêm trọng, thậm chí đe dọa tính mạng và có những ảnh hưởng có hại đến sự phát triển thần kinh.

Nhịp tim thai nhanh (> 160 nhịp/phút), bướu cổ thai nhi, tuổi xương lớn, thai chậm phát triển, hộp sọ đóng sớm là những biểu hiện của cường giáp thai nhi. Suy tim và phù thai có thể xảy ra với bệnh nặng.

### Đo kháng thể của mẹ

Đo kháng thể thụ thể TSH trong huyết thanh của mẹ (TRAb: TSH receptor antibodies) trong tam cá nguyệt thứ ba (24 – 28 tuần) giúp dự đoán trẻ sơ sinh và thai nhi nào có nguy cơ cao phát triển cường giáp. Xét nghiệm sẵn có và ít tốn kém nhất là phép đo các kháng thể ức chế gắn kết TSH trong những xét nghiệm thụ thể (globulin miễn dịch ức chế liên kết thyrotropin [TBII – thyrotropin binding inhibitory immunoglobulin]). Mặc dù các xét nghiệm TBII không chỉ ra hoạt tính sinh học, phụ nữ bị bệnh Graves thường có kháng thể kích thích và thai nhi hoặc trẻ sơ sinh có nhiều khả năng bị cường giáp Graves khi giá trị của người mẹ cao hơn 3 – 5 lần giới hạn trên của bình thường. TRAb cũng có thể được phát hiện bằng xét nghiệm immunoglobulin kích thích tuyến giáp (TSI the thyroid stimulating immunoglobulin), đo hoạt tính sinh học thông qua việc tạo ra AMP vòng.

Ở phụ nữ mang thai có tiền sử bệnh Graves, nên kiểm tra TRAb huyết thanh khi thai được 20 đến 24 tuần. Nếu nồng độ TRAb cao hơn ba lần giới hạn trên của mức bình thường, cần theo dõi thai nhi.

### Theo dõi

Tất cả các thai nhi của phụ nữ bị bệnh Graves cần được theo dõi các dấu hiệu nhiễm độc giáp thai nhi bằng cách xác định nhịp tim thai và đánh giá sự phát triển của thai nhi. Theo dõi siêu âm thai nên được thực hiện ở phụ nữ mang thai bị cường giáp Graves hoạt động và/hoặc phụ nữ có nồng độ TRAb huyết thanh lớn

hơn hai đến ba lần giới hạn trên của mức bình thường.

### Lấy mẫu máu thai nhi

Máu thai nhi để xét nghiệm chức năng tuyến giáp có thể được lấy bằng cách lấy mẫu tĩnh mạch rốn qua da sau 20 tuần tuổi thai; tuy nhiên, vì thủ thuật này có liên quan đến nguy cơ mất thai từ 1 đến 2%, nó không nên được thực hiện thường xuyên ở tất cả phụ nữ mang thai mắc bệnh Graves.

Do những rủi ro của việc lấy mẫu tĩnh mạch rốn, quy trình này chỉ nên được xem xét khi có bướu cổ thai nhi trên siêu âm, và có sự không chắc chắn về mặt lâm sàng là thai nhi bị cường giáp hay suy giáp do mẹ đang điều trị bằng thionamide.

Các bà mẹ có thể dùng thionamide, bất kể tình trạng tuyến giáp của mẹ, để điều trị thai nhi bị cường giáp.

### CƯỜNG GIÁP SAU SINH<sup>[11]</sup>

- Cường giáp sau sinh có thể do viêm tuyến giáp sau sinh hoặc do đợt cấp của bệnh Graves.
- Những phụ nữ mắc bệnh Graves đã được điều trị trong thời kỳ mang thai cần được theo dõi cẩn thận trong thời kỳ hậu sản, vì họ có thể bị một đợt cấp. Ngoài ra, những phụ nữ bị Graves đã thuyên giảm có nguy cơ bị tái phát trong giai đoạn này.

### TÓM LẠI

#### Điều trị

- Phụ nữ mang thai với cận lâm sàng (TSH thấp, T4 tự do bình thường) và không có triệu chứng và/hoặc cường giáp nhẹ có thể được theo dõi mà không cần điều trị. Ở những phụ nữ đang được theo dõi mà không cần điều trị, nên đo TSH và T4 tự do sau mỗi bốn đến sáu tuần.
- Phụ nữ mang thai bị cường giáp có triệu chứng và/hoặc trung bình đến nặng do bệnh Graves hoặc bệnh nguyên bào nuôi cần điều trị cường giáp.
- Nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc, nên sử dụng thuốc chặn beta cho phụ nữ có thai

bị cường giáp từ trung bình đến nặng. Tuy nhiên, chỉ nên dùng thuốc cho những phụ nữ có nhiều triệu chứng vì thuốc có thể gây thai chậm phát triển, hạ đường huyết, ức chế hô hấp và nhịp tim chậm.

– Đối với những phụ nữ bị cường giáp trung bình đến nặng có biến chứng khi mang thai, thionamide là lựa chọn điều trị đầu tiên.

– Nên sử dụng PTU thay vì methimazole trong tam cá nguyệt đầu tiên và chuyển sang dùng methimazole vào đầu tam cá nguyệt thứ hai

– Chức năng tuyến giáp nên được theo dõi hàng tháng để duy trì nồng độ T4 tự do trong huyết thanh ở mức bình thường cao và nồng độ TSH huyết thanh ở mức bình thường thấp hoặc rất thấp. Cố gắng giới hạn liều PTU ở mức 50 mg hai lần mỗi ngày hoặc ít hơn và MMI ở liều 5 đến 10 mg mỗi ngày hoặc ít hơn. Liều cao hơn (ví dụ, liều vượt quá 200 mg/ngày) có thể dẫn đến bướu cổ thai nhi và suy giáp.

– Cắt tuyến giáp ở phụ nữ cường giáp trong thai kỳ được chỉ định khi không dung nạp thionamide vì dị ứng hoặc mất bạch cầu hạt. Nên điều trị bằng một đợt ngắn (7 – 10 ngày) thuốc chẹn beta và iod để chuẩn bị cho phẫu thuật cắt tuyến giáp.

– Không sử dụng liều lượng iod dược lý để sử dụng lâu dài vì sử dụng lâu dài có thể gây bướu cổ thai nhi.

### Theo dõi thai nhi

– Tất cả thai nhi của phụ nữ mắc bệnh Graves phải được theo dõi các dấu hiệu nhiễm độc giáp của thai nhi bằng cách xác định nhịp tim thai và đánh giá sự phát triển của thai nhi.

– Nếu nghi ngờ nhiễm độc giáp thai nhi, nên siêu âm tiền sản để loại trừ bướu cổ thai nhi.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stagnaro- Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011; 21:1081.
2. Stine Linding Andersen<sup>1,2</sup> Peter Laurberg. Managing hyperthyroidism in pregnancy: current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2016;8 497–504.
3. Stagnaro- Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21(10):1081–1125.
4. Laurberg P, Bournaud C, Karmisholt J, Orgiazzi J. Management of Graves' hyperthyroidism in pregnancy: focus on both maternal and foetal thyroid function, and caution against surgical thyroidectomy in pregnancy. *Eur J Endocrinol*. 2009;160(1):1–8
5. Yoshihara A, Noh J, Yamaguchi T, et al. Treatment of graves' disease with antithyroid drugs in the first trimester of pregnancy and the prevalence of congenital malformation. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:2396.
6. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:2543.
7. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:S1.
8. Bowman P, Vaidya B. Suspected Spontaneous Reports of Birth Defects in the UK Associated with the Use of Carbimazole and Propylthiouracil in Pregnancy. *J Thyroid Res* 2011; 2011:235130.
9. Andersen SL, Olsen J, Laurberg P. Foetal programming by maternal thyroid disease. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2015;83(6):751–758
10. Phoojaroenchanachai M, Sriussadaporn S, Peerapatdit T, et al. Effect of maternal hyperthyroidism during late pregnancy on the risk of neonatal low birth weight. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2001; 54:365.
11. Gian Carlo Di Renzo. Good clinical practice advice: Thyroid and pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2019; 144: 347–351



**SẢN PHỤ KHOA**  
từ BẰNG CHỨNG  
đến THỰC HÀNH **11**

— Sách chính thức ra mắt ngày 29.4.2021 —

CHIẾN  
GIÁO NGUYỄN THỊ NGỌC PHƯƠNG

HƯỚNG DẪN CỦA HỘI CHUYỂN HÓA VÀ NỘI TIẾT HỌC VIỆT NAM