

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 Văn, 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

TỔNG QUAN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SUY GIÁP DƯỚI LÂM SÀNG TRONG THAI KỲ

BS. Phạm Thị Mỹ Tú

Bệnh viện Family Đà Nẵng

DỊCH TỄ

Suy giáp dưới lâm sàng (SCH – Subclinical hypothyroidism) là một rối loạn nội tiết phổ biến, có tần suất cao hơn so với rối loạn suy giáp lâm sàng. Tần suất gặp phải của suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ khoảng từ 15% đến 28% ở những vùng dân cư được bổ sung đủ iod. Ở Hoa Kỳ, tần suất lưu hành của SCH ước tính từ 2% đến 5%^[2]. Suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ ít có khả năng tiến triển thành suy giáp lâm sàng ở những người phụ nữ khỏe mạnh^[2].

Mối quan tâm về suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ được nâng cao bởi hai nghiên cứu quan sát (Haddow JE và cs, 1999; Pop VJ và cs, 1999) cho thấy rằng tình trạng suy giảm chức năng tuyến giáp của người mẹ không được chẩn đoán có liên quan đến sự suy giảm phát triển thần kinh ở con trẻ. Tuy nhiên, các bằng chứng hiện thời về mối liên quan giữa suy giáp dưới lâm sàng với các kết cục thai kỳ bất lợi là chưa thống nhất và còn nhiều tranh cãi. Sự không thống nhất này một phần là do sự không thống nhất giữa các ngưỡng xác định nồng độ TSH cao bất thường.

Trong một số nghiên cứu, SCH trong thai kỳ đã được chứng minh có liên quan đến tỷ lệ cao hơn của các biến chứng như sinh non, nhau bong non, rối loạn tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật có dấu hiệu nặng, đái tháo đường thai kỳ và tỷ lệ trẻ sơ sinh nhập vào phòng chăm sóc đặc biệt^[1]. Bài tổng quan có hệ thống và nghiên cứu có hệ thống của tác giả Spyridoula Maraka và cộng sự (năm 2016) kết luận rằng SCH trong thai kỳ có

mối liên quan đến nhiều kết cục xấu của mẹ và con. So sánh với nhóm thai phụ có chức năng tuyến giáp bình thường, thai phụ SCH có nguy cơ cao hơn gặp phải các tình huống sau: sảy thai (RR 2,01; KTC, 1,66 – 2,44); nhau bong non (RR 2,14; KTC, 1,23 – 3,70); ối vỡ non (RR 1,43; KTC, 1,04 – 1,95) và tử vong chu sinh (RR 2,68; KTC, 1,41 – 4,73)^[3].

Thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên CATS (The Controlled Antenatal Thyroid Screening Trial, 2012) và thử nghiệm ngẫu nhiên về liệu pháp thyroxin trong suy giáp dưới lâm sàng hoặc suy giáp lâm sàng khi mang thai của Mạng lưới Đơn vị Y học Bà mẹ – Thai nhi (The Maternal – Fetal Medicine Units Network, 2017) cho thấy không có sự khác biệt trong sự phát triển nhận thức ở con của những phụ nữ được sàng lọc và điều trị suy giáp cận lâm sàng từ khi sinh ra đến 5 tuổi^[4,5]. Hơn nữa, theo dõi trẻ em từ nghiên cứu CATS đến 9 tuổi xác nhận rằng không có sự cải thiện về phát triển thần kinh ở nhóm phụ nữ được điều trị^[6].

Các nghiên cứu khác chưa xác định được mối liên hệ giữa các xét nghiệm cận lâm sàng của bà mẹ suy giáp và những kết cục sản khoa bất lợi. Hiện tại, chưa có bằng chứng cho thấy việc chẩn đoán và điều trị suy giáp cận lâm sàng trong thai kỳ giúp cải thiện những kết quả này^[4,5,6].

SINH LÝ TUYẾN GIÁP TRONG THAI KỲ

Tuyến giáp thay đổi đáng kể trong suốt thai

kỳ và các đặc điểm sinh lý này có thể nhầm lẫn với các rối loạn chức năng tuyến giáp.

Trong khi mang thai, tuyến giáp tăng kích thước, tăng các hoạt động chức năng do sự tăng nhu cầu chuyển hóa và nhu cầu iod từ cơ thể người mẹ và thai nhi. Sự tăng sản nhu mô tuyến và tăng sinh hệ mạch máu nuôi dưỡng tuyến giáp được quan sát thấy. Thể tích tuyến giáp tăng trung bình từ 10% đến 30% trong tam cá nguyệt thứ ba và đóng góp cho việc tăng thể tích ngoại bào cũng như thể tích tuần hoàn khi mang thai^[2].

Ngoài ra, nồng độ hormone giáp cũng thay đổi trong thai kỳ. Hormone tuyến giáp hiện diện trong tuần hoàn chủ yếu dưới dạng gắn kết với protein. Khoảng 70% hormone tuyến giáp gắn với thyroxine – binding globulin (TBG), trong khi 30% còn lại gắn với thyroxine – binding prealbumin và albumin. Nồng độ hormone tuyến giáp toàn phần và hormone tuyến giáp có gắn kết với protein tăng tỷ lệ theo nồng độ TBG. Sự tăng nồng độ TBG trong thai kỳ chịu ảnh hưởng của estrogen. Estrogen kích thích gan tổng hợp TBG và giảm độ thanh thải TBG ở thận^[7].

Nồng độ của TSH, còn gọi là thyrotropin, có xu hướng giảm vì độ nhạy yếu của các receptor TSH gây ra bởi một lượng lớn hormone hCG (human chorionic gonadotropin) trong 12 tuần đầu tiên của thai kỳ. Dưới tác dụng của hCG, tuyến giáp tăng sản xuất hormone dẫn đến tăng nồng độ FT4. Nồng độ cao FT4 ức chế quá trình sản xuất thyrotropin từ vùng dưới đồi, tuyến yên giảm tiết TSH. Sau quý I thai kỳ, nồng độ TSH quay trở về đường cơ bản và tăng dần trong quý II, quý III do sự phát triển của bánh nhau và sự sản xuất của deiodinase. Như vậy, nồng độ TSH thay đổi theo từng giai đoạn của thai kỳ, và tương quan nghịch với nồng độ của hCG. Giới hạn dưới của TSH trong tam cá nguyệt thứ nhất và thứ hai là 0,03 mIU/L, trong tam cá nguyệt thứ ba là 0,13 mIU/L. Giới hạn trên của TSH trong tam cá nguyệt thứ nhất là 2,3 mIU/L, trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba là 3,5 mIU/L^[7].

Thai kỳ là một yếu tố nguy cơ của tình trạng thiếu hụt iod. Nồng độ iod trong máu giảm là

hệ quả của việc sử dụng iod từ thai nhi và tăng tốc độ thanh thải iod tại thận mẹ. Trong khoảng 15% phụ nữ mang thai, nồng độ thấp của iod có thể liên quan đến sự tăng kích thước tuyến giáp có thể nhìn thấy được.

Tuyến giáp thai nhi bắt đầu tập trung iod và tổng hợp hormone tuyến giáp khi tuổi thai khoảng 12 tuần. Hormone T4 của mẹ truyền được qua thai nhi trong suốt thời gian mang thai và là yếu tố quan trọng cho sự phát triển bình thường của não bộ thai nhi, đặc biệt trước khi tuyến giáp thai nhi bắt đầu hoạt động. Khoảng 30% lượng T4 trong máu cuống rốn có nguồn gốc từ mẹ^[2]. Tiền sử rối loạn tuyến giáp của người mẹ, đặc biệt là sử dụng propylthiouracil hoặc methimazole khi mang thai hoặc tiền sử mang kháng thể kháng giáp của mẹ nên được thông báo cho bác sĩ sơ sinh hoặc bác sĩ nhi khoa vì các đặc điểm này có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp ở trẻ sơ sinh.

CHẨN ĐOÁN SUY GIÁP DƯỚI LÂM SÀNG TRONG THAI KỲ

Suy giáp thường có nguyên nhân nguyên phát do các bất thường tại tuyến giáp, mặc dù một số ít trường hợp do bất thường chức năng vùng dưới đồi. Ở phụ nữ mang thai hoặc trong giai đoạn hậu sản, các nguyên nhân phổ biến nhất là viêm tuyến giáp mạn tính hoặc viêm tuyến giáp miễn dịch mạn tính (viêm tuyến giáp Hashimoto), viêm tuyến giáp bán cấp, liệu pháp iod phóng xạ, phẫu thuật cắt tuyến giáp và thiếu hụt iod. Viêm tuyến giáp Hashimoto là nguyên nhân phổ biến nhất ở các quốc gia phát triển, trong khi thiếu hụt iod là nguyên nhân thường gặp nhất trên phạm vi toàn cầu.

Dấu hiệu và triệu chứng của suy giáp bao gồm mệt mỏi, đau cơ, táo bón, không chịu được lạnh, rụng lông, rụng tóc... Theo tiến trình của bệnh, giọng nói thay đổi, tăng cân, chậm tiếp thu và mất ngủ có thể dần xuất hiện. Suy giáp không điều trị sẽ dẫn đến phù niêm và hôn mê. Các biểu hiện lâm sàng của suy giáp trầm trọng trong thai kỳ không thường thấy.

Suy giáp dưới lâm sàng được định nghĩa bởi nồng độ hormone tuyến giáp FT4 bình thường trong khi giá trị hormone TSH tăng cao^[1]. Giới hạn trên bình thường (ULN) của FSH thay đổi theo các giai đoạn của thai kỳ và nên được quy định bởi các phòng xét nghiệm trong một khu vực dân cư. Tuy nhiên, nếu dữ liệu tại địa phương không sẵn có, giá trị trên bình thường ở mức 4,0 mIU/l có thể được sử dụng thay thế^[1].

Nồng độ TSH và hormone giáp đều được sử dụng để chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ. Định lượng TSH được khuyến cáo là xét nghiệm đầu tay cho việc tầm soát và đánh giá bệnh nhân có triệu chứng. Giả sử chức năng hệ trục dưới đồi tuyến yên bình thường, mối quan hệ tuyến tính nghịch đảo tồn tại giữa nồng độ TSH và hormone giáp trong máu, những sự thay đổi nhỏ trong tuần hoàn sẽ tạo ra sự thay đổi lớn nồng độ TSH. Hơn nữa, bởi vì các xét nghiệm định lượng hormone tự do được sử dụng trong đa số các phòng xét nghiệm không sử dụng công nghệ phân tách vật lý nên các kết quả xét nghiệm phụ thuộc vào nồng độ protein gắn kết và chỉ đại diện cho nồng độ T4 tự do thực có trong máu. Vì thế TSH là chỉ điểm đáng tin cậy nhất trong xét nghiệm tuyến giáp vì nó phản ánh gián tiếp nồng độ hormone giáp do tuyến yên cảm nhận và điều hòa.

Khi TSH cao hoặc thấp bất thường, định lượng T4 tự do nên được thực hiện xem có rối loạn chức năng tuyến giáp thực sự hay không. Bảng 1 minh họa kết quả xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp ở thai kỳ bình thường và các rối loạn chức năng tuyến giáp.

Theo khuyến cáo chẩn đoán và xử trí bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (The American Thyroid Association – ATA) năm 2017, khoảng tham chiếu giá trị của các hormone giáp trong thai kỳ nên được thành lập dựa trên dữ liệu của những người phụ nữ trong thời gian mang thai không mắc bệnh lý tuyến giáp tại một địa phương. Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ cũng khuyến nghị khi không có sẵn dữ liệu tham chiếu tại một vùng

địa lý, giá trị dưới của TSH có thể giảm đi 0,4 mIU/L và giá trị trên có thể giảm đi 0,5 mIU/L ở cuối quý I thai kỳ. Sau đó, giá trị TSH có thể được so sánh với khoảng tham chiếu bình thường của những người phụ nữ không mang thai.

Giá trị tham chiếu hormone giáp T4 và T3 cũng nên được điều chỉnh trong thai kỳ. Giá trị trên của chúng nên tăng thêm khoảng 50% sau tuần thứ 16 của thai kỳ. Trước thời điểm này, hormone giáp T4, T3 thường thấp hơn so với những người không mang thai.

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong các bệnh lý tuyến giáp (ACOG, 2020).

Bất thường tuyến giáp	TSH	FT4
Cường giáp	Giảm	Tăng
Cường giáp dưới lâm sàng	Giảm	Bình thường
Suy giáp	Tăng	Giảm
Suy giáp dưới lâm sàng	Tăng	Bình thường

FT4: free thyroxine, TSH: thyroid-stimulating hormone

ĐIỀU TRỊ

Hơn một nửa phụ nữ mắc suy giáp dưới lâm sàng có kháng thể thyroperoxidase (TPOAb) trong máu. Đây là một yếu tố nguy cơ cho các kết cục bất lợi. Nhiều nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu cho rằng nguy cơ xuất hiện các biến chứng thai kỳ có mối liên quan với nồng độ TSH tăng cao ở người mẹ, đặc biệt ở những phụ nữ có TPOAb (+). Tuy nhiên, chỉ một số ít nghiên cứu quan tâm đến tác động của thuốc levothyroxine (LT4) đến kết cục thai kỳ ở những đối tượng này.

Một nghiên cứu RCT (Negro R, 2010) đã chứng minh lợi ích tiềm năng khi bắt đầu điều trị LT4 ở tuần thứ 9 thai kỳ. Hơn nữa, nghiên cứu này cũng ghi nhận các kết cục thai kỳ xấu chỉ giảm trong nhóm thai phụ TPOAb (+) với suy giáp mức độ nhẹ, tương ứng khi TSH > 2,5 mIU/L. Một nghiên cứu RCT (Negro R, 2006) chứng minh giảm tỷ lệ sảy thai và sinh non ở nhóm bình giáp có TPOAb (+) được điều trị với LT4 ở giai đoạn đầu thai kỳ. Tuy nhiên, đa số những trường hợp sảy thai xuất hiện trước thời điểm bắt đầu liệu pháp LT4.

Bài tổng quan và nghiên cứu có hệ thống của tác giả Spyridoula Maraka và cộng sự, 2016 kết luận không có sự sụt giảm đáng kể tỷ lệ sảy thai, sinh non, tăng huyết áp thai kỳ, trẻ nhẹ cân hoặc chỉ số Apgar thấp giữa hai nhóm thai phụ SCH có điều trị levothyroxine và không được điều trị. Giá trị của liệu pháp levothyroxine trong việc ngăn ngừa các kết cục xấu vẫn chưa rõ ràng.

Tuy nhiên, bất chấp sự giới hạn các thử nghiệm can thiệp hiện có về liệu pháp levothyroxine trên nhóm suy giáp dưới lâm sàng, dữ liệu được tổng hợp dường như vẫn gợi ý các lợi ích của việc điều trị, đặc biệt khi điều trị với mục đích giảm sảy thai ở những phụ nữ TPOAb (+)^[1]. Vì vậy, có vẻ hợp lý khi khuyến nghị hoặc xem xét điều trị LT4 cho nhóm suy giáp dưới lâm sàng ở những phụ nữ có thai. Tuy nhiên, sức mạnh của những khuyến cáo này sẽ khác nhau tùy thuộc vào trạng thái TPOAb, cũng như sức mạnh của bằng chứng hỗ trợ điều trị cho từng phân nhóm.

Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ năm 2017 khuyến cáo:

- a. Phụ nữ mang thai với nồng độ TSH > 2,5 mIU/L nên được làm xét nghiệm TPOAb.
- b. Suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ nên được tiếp cận như sau:
 - Liệu pháp LT4 được khuyến cáo cho:
 - TPOAb (+) khi TSH lớn hơn mức bình thường trong thai kỳ (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).
 - TPOAb (-) khi TSH > 10 mIU/L (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*).
 - Liệu pháp LT4 có thể được xem xét cho:
 - TPOAb (+) khi TSH > 2,5 mIU/L và thấp hơn giới hạn trên dành cho phụ nữ mang thai (*khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng trung bình*).
 - TPOAb (-) khi TSH < 10 mIU/L và cao hơn giới hạn dưới dành cho phụ nữ mang thai (*khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp*).
 - Liệu pháp LT4 không được khuyến cáo cho:
 - TPOAb (-) và TSH bình thường (TSH nằm trong giới hạn tham chiếu đặc hiệu

thai kỳ hoặc < 4,0 mIU/L) (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao*).

Levothyroxine không nên uống cùng với sắt vì phản ứng tương tác thuốc có thể dẫn đến sảy thai.

Quả thực, quan điểm điều trị nêu trên vẫn chưa được thống nhất. Năm 2020, hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) đưa ra khuyến cáo về bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ cho rằng: không cần các bước đánh giá thêm hoặc điều trị các trường hợp suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ. Thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên CATS (The Controlled Antenatal Thyroid Screening Trial, 2012) và thử nghiệm ngẫu nhiên về liệu pháp thyroxine trong suy giáp dưới lâm sàng hoặc suy giáp lâm sàng khi mang thai của Mạng lưới Đơn vị Y học Bà mẹ – Thai nhi (The Maternal – Fetal Medicine Units Network, 2017) cho thấy không có sự khác biệt trong sự phát triển nhận thức ở con của những phụ nữ được sàng lọc và điều trị suy giáp cận lâm sàng từ khi sinh ra đến 5 tuổi^[4,5]. Hơn nữa, theo dõi trẻ em từ nghiên cứu CATS đến 9 tuổi xác nhận rằng không có sự cải thiện về phát triển thần kinh ở nhóm phụ nữ được điều trị^[6].

Hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ không cần tiếp tục điều trị trong giai đoạn hậu sản. Levothyroxine thường được ngưng trong giai đoạn hậu sản, trừ khi bệnh nhân đang được điều trị với liệu pháp thay thế hormone tuyến giáp từ trước khi mang thai. Viêm tuyến giáp hậu sản có thể xảy ra với tần suất 5%, phổ biến hơn ở những phụ nữ có TPOAb (+) trong thai kỳ. Thai phụ được chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng nên được thực hiện lại bộ xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (TSH, FT4) sau khi kết thúc 6 tuần hậu sản. Nếu các triệu chứng cường giáp hoặc suy giáp xuất hiện, bệnh nhân cần được gửi đến các chuyên gia nội tiết.

TẦM SOÁT CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Tầm soát bệnh lý suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ một cách rộng rãi không có tác dụng làm

giảm các kết cục bất lợi khi so sánh với chiến lược tầm soát có mục tiêu. Ngoài ra, sự chẩn đoán và điều trị suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ chưa được chứng minh có cải thiện kết cục thai kỳ và sự phát triển nhận thức ở trẻ nhỏ.

Khảo sát chức năng tuyến giáp ở những thai phụ không có triệu chứng và tuyến giáp lớn vừa không chứng minh được lợi ích bởi vì có tới 30% các trường hợp tuyến giáp lớn trong thai kỳ là sinh lý bình thường^[2]. Ở những phụ nữ mang thai có tuyến giáp lớn đáng kể hoặc có nhân giáp, xét nghiệm chức năng tuyến giáp là cần thiết vì các dấu hiệu kể trên không phải là sinh lý bình thường.

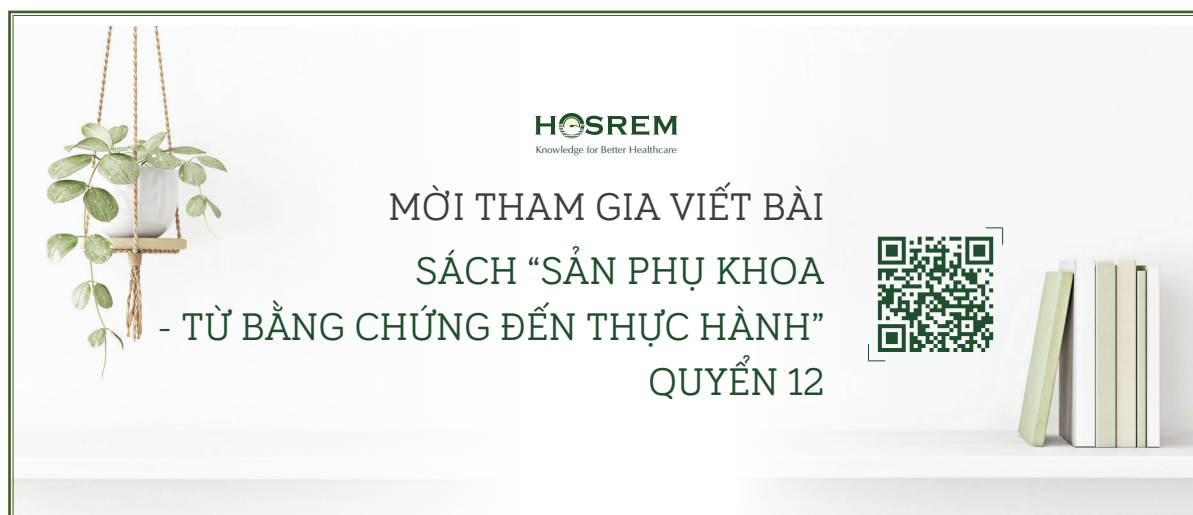
Kết quả của nghiên cứu CATS và thử nghiệm ngẫu nhiên của Mạng lưới Đơn vị Y học Bà mẹ – Bào thai năm 2017 về liệu pháp thyroxin trong suy giáp lâm sàng hoặc suy giáp dưới lâm sàng được chẩn đoán trong thai kỳ cho rằng các xét nghiệm tầm soát và điều trị đối với suy giáp dưới lâm sàng trong thai kỳ không cải thiện chức năng nhận thức của những đứa trẻ từ 3 đến 5 tuổi. Vì vậy, Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), Hiệp hội Nội tiết và Hiệp hội các nhà nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ (AACE) đề nghị chống lại chiến lược tầm soát toàn cầu bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ. Những người phụ nữ được khuyến khích thực hiện các test tầm soát ngay khi xác định có thai nếu họ có những triệu chứng hoặc

các yếu tố nguy cơ cho tình trạng suy giáp dưới lâm sàng, bao gồm^[1]:

- Khu vực sinh sống thiếu iod.
- Tiền sử gia đình hoặc bản thân mắc bệnh lý tuyến giáp.
- Kháng thể kháng giáp (+).
- Đái tháo đường type 1 và các bệnh lý tự miễn khác.
- Tiền sử sinh non, sẩy thai, vô sinh.
- Mang thai từ lần thứ 3 trở đi.
- Tiền sử dùng amiodarone hoặc lithium trước đó hoặc gần đây.
- Phơi nhiễm tia xạ vùng đầu hoặc cổ.
- BMI > 40.
- Tuổi trên 30.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander EK, Pearce E, Brent G, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid* 2017; 27:315–389.
2. ACOG Practice Bulletin number 223, Thyroid Disease in Pregnancy 2020; 135(6), e261–e274.
3. Spyridoula Maraka, Nayky M. Singh Ospina, et al. 2016; Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy: A Systematic Review and Meta- Analysis; 26(4): 580– 590.
4. Lazarus JH, Bestwick JP, Channon S, Paradise R, Maina A, Rees R, et al. 2012. Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function[published erratum appears in *N Engl J Med* 366:1650]. *N Engl J Med*; 366:493–501. (Level I)
5. Casey BM, Thom EA, Peaceman AM, Varner MW, Sorokin Y, Hirtz DG, et al. 2017. Treatment of subclinical hypothyroidism or hypothyroxinemia in pregnancy. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *N Engl J Med*; 376:815–25. (Level I)
6. Hales C, Taylor PN, Channon S, Paradise R, McEwan K, Zhang L, et al. 2018; Controlled antenatal thyroid screening II: effect of treating maternal suboptimal thyroid function on child cognition. *J Clin Endocrinol Metab*; 103:1583– 91. (Level II– 2).
7. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự (2014). Nội tiết sinh sản. Nhà xuất bản y học, 113– 126.



HOSREM
Knowledge for Better Healthcare

**MỜI THAM GIA VIẾT BÀI
SÁCH “SẢN PHỤ KHOA
- TỪ BẰNG CHỨNG ĐẾN THỰC HÀNH”
QUYỂN 12**