

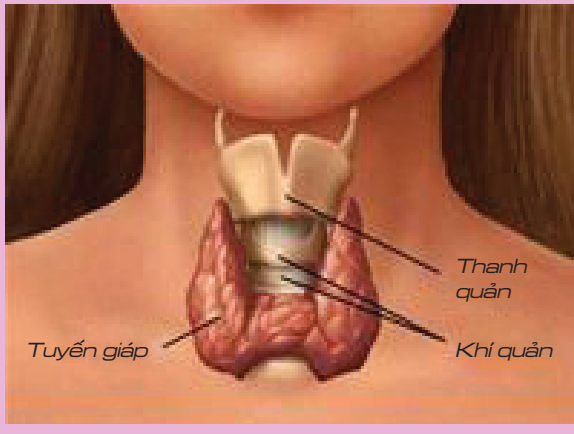
RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP TRONG THAI KỲ

ThS BS Lê Triệu Hải

MỞ ĐẦU

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết quan trọng. Rối loạn chức năng tuyến giáp là bệnh lý nội tiết thường gặp đứng hàng thứ hai ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tỷ lệ hiện mắc thay đổi tùy vào chủng tộc. Tại Hoa Kỳ tỷ lệ có rối loạn suy giáp là 3,7%, cường giáp là 0,5% (Aoki và cs., 2007). Trong 1 nghiên cứu tại Trung Quốc con số này lần lượt là 6,8% và 1,1% (Guan và cs., 2006). Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 144 thai phụ đến sanh, kết quả 1,4% suy giáp, 2,1% có cường giáp, 7% có kháng thể kháng giáp TPO Ab dương tính (Lê Triệu Hải và cs., 2011). Sự tăng nội tiết tố tuyến giáp sẽ gây nên tình trạng cường giáp, có nghĩa là làm tăng chuyển hóa cơ bản, tăng sử dụng oxygen. Đối với phụ nữ có thai thì nên tầm soát tình trạng này, đặc biệt ở nhóm thai phụ có tiền sử cá nhân hoặc gia đình có bệnh lý tuyến giáp, bệnh tự miễn (Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ, 2005). Việc chẩn đoán tình trạng này trên người có thai gặp không ít khó khăn vì các

triệu chứng của tình trạng cường giáp như đổ mồ hôi, tiêu lỏng, bú rớt, không chịu được nóng, yếu cơ, nhịp nhanh cũng giống với những thay đổi gây nên do thai kỳ. Từ thực trạng trên, việc chẩn đoán tình trạng này bị bỏ qua hay chậm trễ có thể dẫn đến nguy cơ gia tăng các biến chứng, đặc biệt là tiền sản giật, tử vong chu sinh và sẩy thai tái phát. Trong 1 nghiên cứu tổng quan hệ thống phân tích dữ liệu từ 14.208 bài báo cáo nhận thấy suy giáp dưới lâm sàng ở giai đoạn đầu của thai kỳ so với chức năng tuyến giáp bình thường, có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê của sự xuất hiện nhiều hơn tiền sản giật với tỉ số chênh (OR) 1,7; 95% khoảng tin cậy (CI) 1,1-2,6 và gia tăng nguy cơ tử vong chu sinh (OR 2,7, 95% CI 1,6- 4,7). Sự hiện diện của các kháng thể kháng giáp có liên quan với tăng nguy cơ hiếm muộn không rõ nguyên nhân (OR 1,5, 95% CI 1,1-2,0), sẩy thai (OR 3,73; 95% CI 1,8-7,6), sẩy thai tái phát (OR 2,3; 95% CI 1,5-3,5), sinh non (OR 1,9, 95% CI 1,1-3,5) và viêm giáp hậu sản (11,5, 95% CI 5,6-24) khi so sánh với không có kháng thể kháng giáp (Van den Boogaard và cs., 2011).



Trong khi đó, nếu nội tiết tố tuyến giáp giảm sẽ dẫn đến nhược giáp. Tình trạng nhược giáp nếu xuất hiện sớm và kéo dài có thể đưa đến những thay đổi không hồi phục được nhất là những ảnh hưởng trên sự phát triển tâm thần và thể chất của cơ thể.

CHẨN ĐOÁN

Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp. Lâm sàng nghi ngờ tình trạng này là khi bệnh nhân có biểu hiện như dễ xúc động, gầy, ra mồ hôi, dễ run rẩy. Bệnh nhân hay than là bị đánh trống ngực, có khi khó thở khi gắng sức. Xét nghiệm định lượng hormone tuyến giáp bằng phương pháp định lượng miễn dịch phóng xạ hay miễn dịch enzym là xét nghiệm thường được dùng nhất để chẩn đoán cường giáp. Xét nghiệm định lượng T4 tăng, T3 tăng, TSH thấp. Các trị số bình thường thay đổi tùy theo phương pháp của mỗi phòng xét nghiệm. Trong thai kỳ, do estrogen lưu hành trong máu làm tăng khả năng gắn kết của protein vận chuyển với hormon tuyến giáp nên định lượng T3 tự do, T4 tự do sẽ tránh được sai số do những thay đổi trên gây ra. Nếu chỉ TSH thấp mà T3 tự do, T4 tự do trong giới hạn bình thường gọi là cường giáp dưới lâm sàng.

Suy giáp là tình trạng giảm chức năng tuyến giáp gây hậu quả là giảm sự sản xuất hormone tuyến giáp dưới mức bình thường. Biểu hiện thông thường là triệu chứng giảm chuyển hóa như sợ rét, thân nhiệt giảm, tay chân lạnh và khô, rối loạn điều tiết nước như uống ít, tiểu ít, bên cạnh cân nặng thường tăng mặc dù ăn kém, giảm tiết mồ hôi là triệu chứng đáng chú ý, thường bị táo bón

dại dẳng, yếu cơ, chuột rút, đau cơ, dấu hiệu rối loạn tâm thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật thể hiện bằng trạng thái vô cảm, thờ ơ của bệnh nhân. Thường có suy giảm các hoạt động cơ thể, hoạt động trí óc, hoạt động tình dục. Định lượng hormone tuyến giáp có T4 giảm dưới 3 mcg/dL, FT4 I (chỉ số T4 tự do) giảm, T3 giảm dưới 80 ng/dL (dưới 1,2 nmol/L). Nếu T3 giảm đơn độc thì không đủ vì T3 có khi giảm do những nguyên nhân ngoài tuyến giáp (hội chứng "T3 thấp"), FT4 (Free T4) thấp dưới 0,8 ng/dL, TSH luôn luôn tăng trên 10 mIU/L là một dấu hiệu của tổn thương tiên phát tại tuyến giáp. Tình trạng suy giáp dưới lâm sàng xảy ra khoảng 1-2% ở phụ nữ mang thai, là những trường hợp có nồng độ TSH huyết thanh cao hơn bình thường và nồng độ FT4 bình thường.

CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP

Những nguyên nhân thường gặp của cường giáp là bệnh Basedow, u tuyến độc tuyến giáp, viêm tuyến giáp, nhiễm các thứ thuốc có iod, nhiễm độc giáp tố giả do tác động kích thích của hCG. Các nguyên nhân hiếm gặp hơn là thai trứng, ung thư carcinom tế bào nuôi, hội chứng cận ung thư, u tuyến yên, carcinom tuyến giáp, u quá giáp buồng trứng, tăng thyroxin máu đơn độc không kèm nhiễm độc giáp tố.

Nguyên nhân có thể sau tai biến phẫu thuật giáp, sau điều trị bằng iod phóng xạ hay thuốc kháng giáp, viêm giáp đặc biệt là loại Hashimoto, rối loạn chuyển hóa iod như quá thừa iod khi dùng các loại thuốc có iod, benzodarone hay thiếu iod trong chứng đần do bướu giáp địa phương, hội chứng thận hư. Ngoài ra suy giáp có thể do nguyên nhân thần kinh, tuyến yên hay ở hạ đồi. Lúc này triệu chứng ít khi chỉ biểu hiện đơn độc ở tuyến giáp mà kèm theo các triệu chứng suy các tuyến khác kèm theo. Trường hợp hay gặp nhất là ở những phụ nữ có tiền căn băng huyết sau sanh có thiếu máu tại chỗ dẫn đến hoại tử vô trùng rồi suy tuyến yên trong hội chứng Sheehan với mất sữa sau khi sinh, vô kinh thứ phát, hạ đường huyết, huyết áp thấp.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Việc điều trị nhìn chung có ba phương pháp: nội khoa, ngoại khoa và xạ trị. Tuy nhiên xạ trị không được dùng trên phụ nữ mang thai và không có chỉ định điều trị nào là lý tưởng cho mọi trường hợp. Phẫu thuật thường chỉ được chỉ định khi bệnh nhân có tác dụng phụ trầm trọng của điều trị nội khoa hay không thể tuân thủ điều trị tốt. Cần phải cân nhắc ở mỗi trường hợp cụ thể tùy vào tuổi, tình trạng cơ thể, điều kiện kinh tế, tình trạng bệnh tật với liều vừa đủ để kiểm soát hội chứng cường giáp, sao cho nồng độ T4 ở giới hạn trên của bình thường (Becks và cs., 1991). Thuốc kháng giáp tổng hợp là những dẫn xuất của Thionamides gồm 2 phân nhóm là nhóm Thiouracil gồm Methyl-thiouracil (MTU), Propyl-thiouracil (PTU) và BezyI-thiouracil (BTU) và nhóm Imidazole gồm Methimazole, Carbimazol. PTU do có thêm tác dụng ngăn chuyển T4 thành T3 ở ngoại biên nên được ưa chuộng hơn (Chattaway và cs., 2007). Trước kia có một số nghiên cứu cho rằng Carbimazol có thể làm khiếm khuyết da sọ thai nhi, nhưng những nghiên cứu gần đây không thấy có sự gia tăng khiếm khuyết này trên thai nhi có mẹ uống Carbimazol (Diav và cs., 2002; Earl và cs., 2010).

Điều trị suy giáp nếu do tai biến khi sử dụng thuốc kháng giáp thì khi ngưng thuốc suy giáp có thể hồi phục, còn đa số phải dùng điều trị thay thế bằng hormone giáp là



Levothyroxine với các điều trị hỗ trợ. Nên bắt đầu với liều nhỏ, tăng dần. Đối với phụ nữ có thai mà suy giáp có thể cho liều cao hơn để tránh cho thai nhi khỏi bị bướu giáp. Browne và cộng sự nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá sự liên quan giữa bệnh tuyến giáp của mẹ và sử dụng thuốc tuyến giáp với 38 loại dị tật bẩm sinh trong số 14.067 trường hợp bệnh và 5.875 thuộc nhóm chứng trong nghiên cứu Phòng chống khiếm khuyết lúc sanh ở trẻ sơ sinh được sinh ra trong 1997-2004. Nghiên cứu nhận thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh tuyến giáp của bà mẹ sử dụng thuốc và bệnh lý khiếm khuyết ở trẻ sau sanh như tắc nghẽn đường ra của thất trái (1,5; 95% khoảng tin cậy 1,0- 2,3), não úng thủy (2,9; 95% khoảng tin cậy 1,6- 5,2), tật lỗ tiểu đóng thấp (1,6, 95% khoảng tin cậy 1-2,5) và hậu môn trực tràng hẹp (2,4, 95% khoảng tin cậy 1,2- 4,6) (Browne và cs., 2009). Để ngăn ngừa các biến chứng của mẹ, thai nhi và cải thiện tiên lượng của các rối loạn tuyến giáp ở phụ nữ mang thai, việc phòng ngừa cần được thực hiện một cách hệ thống nhằm mục đích dự phòng của thiếu iốt ở phụ nữ mang thai, điều trị Levothyroxine ở phụ nữ suy giáp được chẩn đoán trước khi mang thai, một sàng lọc nhằm mục tiêu cho bà mẹ suy giáp ở phụ nữ có nguy cơ cao, thực hiện xét nghiệm TSH và kháng thể kháng giáp TPO-Ab trong một số phụ nữ có bệnh tuyến giáp tự miễn dịch (Caron và cs., 2009).

Trong suy giáp dưới lâm sàng, vai trò của tự miễn được chú ý nhiều, người ta khuyên nên tìm kháng thể kháng giáp như kháng thể thyroperoxidaza (TPO Ab) tức kháng thể kháng microsom ở các bệnh nhân này. Khi có kháng thể này thì khả năng chuyển thành suy giáp khá cao. Bệnh nhân suy giáp dưới lâm sàng không được điều trị có thể tăng các nguy cơ đột quỵ tim và xơ vữa động mạch, tăng cholesterol, triglycerid máu, tăng nguy cơ trầm cảm, lo lắng, nguy cơ hoảng loạn, tăng nguy cơ sẩy thai, tăng nguy cơ chậm lớn ở trẻ mà người mẹ bị suy giáp dưới lâm sàng.

KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng tuyến giáp là bệnh lý nội tiết thường gặp nhưng có thể bị bỏ sót. Nên xét nghiệm TSH, T3 tự do, T4 tự do (FT4), kháng thể kháng giáp TPO Ab trên những thai phụ có nguy cơ cao. Levothyroxine là lựa chọn thích hợp trong điều trị suy giáp. Thuốc kháng giáp tổng hợp thuộc nhóm dẫn xuất của Propyl-thiouracil là thuốc được ưa chuộng hơn trong điều trị cường giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aoki Y., et al. (2007). "Serum TSH and total T4 in the United States population and their association with participant characteristics: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 1999-2002)", *Thyroid*, 17(12): p. 1211-23.
2. Becks G. P. and Burrow G. N. (1991). "Thyroid disease and pregnancy", *Med Clin North Am*, 75(1): p. 121-50.
3. Browne M. L., et al. (2009). "Maternal thyroid disease, thyroid medication use, and selected birth defects in the National Birth Defects Prevention Study", *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 85(7): p. 621-8.
4. Chattaway J. M. and Klepser T. B. (2007). "Propylthiouracil versus methimazole in treatment of Graves' disease during pregnancy", *Ann Pharmacother*, 41(6): p. 1018-22.
5. Diav-Citrin O. and Ornoy A. (2002). "Teratogen update: antithyroid drugs-methimazole, carbimazole, and propylthiouracil", *Teratology*, 65(1): p. 38-44.
6. Earl R., Crowther C. A., and Middleton P. (2010). "Interventions for preventing and treating hyperthyroidism in pregnancy", *Cochrane Database Syst Rev*, (9): p. CD008633.
7. Van Den Boogaard E Vissenberg R, Land Ja, Van Wely M, Van Der Post Ja, Goddijn M, Bisschop Ph. (2011). "Significance of (sub)clinical thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity before conception and in early pregnancy: a systematic review.", *Hum Reprod Update*, 17(5): p. 605-19.
8. Caron P. (2009). "Prevention of thyroid disorders in pregnant women", *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 38(7): p. 574-9.

www.hosrem.org.vn

website hàng đầu về sản phụ khoa và vô sinh

- Thông tin y tế hữu ích cho hội viên
- Nội dung bài viết phong phú đa dạng
- Thư viện ấn phẩm, tài liệu liên tục được cập nhật