CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP TRONG THAI KỲ

1. CƯỜNG GIÁP

Cường giáp (TSH thấp, FT4 hay FT3 tăng) tương đối hiếm gặp trong thai kỳ, xảy ra ở 0,1 - 0,4% phụ nữ mang thai. Chẩn đoán cường giáp ở phụ nữ mang thai tương tự như ở người không mang thai nhưng có một số đặc điểm riêng.

1.1 Triệu chứng:

- Triệu chứng không đặc hiệu: nhịp tim nhanh, không chịu được nóng, tăng đổ mồ hôi, lo lắng, run tay, sụt cân dù ăn bình thường hoặc ăn nhiều.
- Triệu chứng đặc hiệu: có bướu giáp, mắt lồi (bệnh Graves).
- Cận lâm sàng: TSH giảm, FT4 hoặc FT3 (hoặc T4 hoặc T3 toàn phần) tăng.

1.2 Biến chứng trong thai kỳ

- Sẩy thai tự nhiên
- Sanh non
- Trẻ sinh nhẹ cân
- Thai lưu
- Tiền sản giật
- Suy tim

Rất hiếm trường hợp cơn bão giáp xảy ra do chuyển dạ, nhiễm trùng, tiền sản giật, mổ sanh được báo cáo.

1.3 Chẩn đoán

- Chẩn đoán cường giáp trong thai kỳ dựa trên biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng. Những dấu hiệu đặc hiệu như bướu giáp hoặc lồi mắt gợi ý bệnh Graves.
- TSH giảm $\leq$ 0,1 mU/L hoặc không tìm thấy, FT4 hoặc FT3 (hoặc T3 hoặc T4 toàn phần) tăng.

1.4 Nguyên nhân

- Bệnh Grave: là một hội chứng bao gồm cường giáp, bướu giáp, mắt lồi, phù niêm khu trú; gây ra bởi kháng thể tự thân kích hoạt thụ thể thyrotropin, từ đó kích thích tổng hợp hormone tuyến giáp
- Cường giáp do tăng hCG: xảy ra trong giai đoạn nồng độ hCG cực đại
  + Nhiễm độc giáp thai kỳ thoáng qua
  + Nghén
  + Cường giáp do bệnh lý tế bào nuôi
- Bướu độc tuyến giáp
- Bướu độc giáp đa nhân

1.5 Điều trị

- Cường giáp do tăng hCG thường thoáng qua và không cần điều trị. Tương tự, tăng chức năng tuyến giáp ở người nghén nặng cũng không cần điều trị bởi nó thường nhẹ và sẽ thoái lui khi nồng độ hCG giảm xuống (khoảng tuần 14-18 thai kỳ)

- Những thai phụ có cường giáp dưới lâm sàng (TSH thấp, T4, T3 tăng nhẹ, <1,5 lần giới hạn trên ở người bình thường) do bệnh Grave, bướu giáp độc có thể theo dõi (định lượng TSH, FT4 hoặc T3,T4 mỗi 4-6 tuần) mà không cần điều trị.

- Thai phụ có cường giáp trung bình hoặc nặng (T3, T4 tăng > 1,5 lần giới hạn trên ở người bình thường, hoặc FT4 tăng đáng kể) do bệnh Grave, bướu độc tuyến giáp, bệnh lý tế bào nuôi cần phải điều trị.

- Chọn lựa điều trị:

+ Beta blockers:

• Dùng để kiểm soát nhịp tim và triệu chứng run tay (2B)

• Tránh dùng trong thời gian dài (nhiều hơn 2-6 tuần) vì có liên quan đến thai chậm tăng trưởng và hạ đường huyết, suy hô hấp, nhịp tim chậm ở trẻ sơ sinh.

• Liều khởi đầu atenolol 24-50 mg/ ngày hoặc propranolol 20 - 40mg mỗi 6-8 giờ, có thể tăng liều nếu cần để kiểm soát triệu chứng.

• Thay thế chẹn Beta bằng thionamides càng sớm càng tốt khi cường giáp được kiểm soát

+ Thionamides: gồm có propylthiouracil (PTU), methimazole (MMI), và carbimazole (CBZ).

• Là lựa chọn đầu tay trong điều trị cường giáp trung bình - nặng (2B)

• Ưu tiên sử dụng PTU trong tam cá nguyệt 1 (2C), xem xét thay thế bằng MMI khi qua tam cá nguyệt 2 (2C).

• Liều dùng PTU: 50 mg 2-3 lần ngày, MMI: 5-10 mg/ ngày, CBZ: 5 - 15 mg/ngày, đối với bệnh nhân nặng PTU 100 mg x 3 lần/ ngày, MMI 10-30 mg/ ngày

• Liều tương đương giữa PTU và MMI là 10:1 đến 15:1 (100mg PTU = 7,5-10mg MMI), liều tương đương giữa CBZ và MMI là 10:8

• Nên đánh giá lại chức năng tuyến giáp mỗi 4 tuần

• Phẫu thuật cắt tuyến giáp trong thai kỳ có thể cần thiết đối với thai phụ bị bệnh Grave không dung nạp với thionamides do dị ứng hoặc giảm bạch cầu hạt (2C)

1.6. Theo dõi thai nhi:

- Tất cả thai nhi có mẹ bệnh Grave nên được theo dõi dấu hiệu nhiễm độc giáp bằng cách đánh giá nhịp tim và sự tăng trưởng của thai.

- Nếu thai nhi có dấu hiệu nhiễm độc giáp, cần siêu âm trước sanh nhằm loại trừ bướu giáp thai.

1.7 Theo dõi

- Định lượng TSH, FT4 mỗi 4 – 6 tuần và khi vào chuyển dạ

- Nguy cơ suy gan nếu sử dụng PTU kéo dài

2. NHƯỢC GIÁP

2.1 Triệu chứng

- Lâm sàng: Mệt mỏi, chịu lạnh kém, táo bón, tăng cán. Nhiều bệnh nhân không có triệu chứng.

- Cận lâm sàng: Tăng TBG, tăng T4, tăng T3

2.2 Chẩn đoán

- Nhược giáp lâm sàng: TSH tăng, FT4 giảm hoặc TSH ≥ 10 mUI/L bất kể FT4 có giảm hay không

- Nhược giáp dưới lâm sàng: TSH tăng, FT4 bình thường

2.3 Biến chứng trong thai kỳ

- Tiền sản giật và cao huyết áp thai kỳ

- Nhau bong non

- Biểu đồ tim thai không đáp ứng

- Sanh non

- Đẻ nhẹ cân

- Tăng tỉ lệ mổ sanh

- Rối loạn nhận thức và tâm thần kinh

- Băng huyết sau sanh

2.4 Tầm soát nhược giáp ở thai phụ

- Đối tượng tầm soát:

+ Ở vùng thiếu iod trung bình - nặng

+ Có triệu chứng nhược giáp

+ Tiền sử cá nhân hay gia đình có bệnh lý tuyến giáp

+ Tiền sử cá nhân có kháng thể kháng peroxidase tuyến giáp (TPO)

+ ĐTĐ type 1

+ Chụp X quang vùng đầu cổ

+ Sẩy thai tái phát, béo phì, vô sinh

- Định lượng TSH ở tam cá nguyệt thứ nhất. Nếu TSH bình thường, theo dõi thai kỳ bình thường. Nếu TSH > 2.5 mU/L, định lượng FT4 để xác định mức độ nhược giáp. Nếu nhược giáp dưới lâm sàng, cần định lượng kháng thể TPO.

2.5 Điều trị

- Tất cả thai phụ nhược giáp lâm sàng cần được điều trị với hormone tuyến giáp

- Những trường hợp nhược giáp dưới âm sàng có kháng thể kháng men 3eroxidase cần điều trị (B)

- Thuốc điều trị là LT4 đường uống (viên 0.1 mg) (A)

- Không khuyến cáo sử dụng phối hợp T3-T4 (2B)

- Nhược giáp trung bình – nặng: khởi đầu với liều cao 1.6 mcg/kg/ngày ở bệnh nhân trẻ, khỏe mạnh. Với bệnh thân lớn tuổi hơn khởi đầu 25-50 mcg/ ngày (uống lúc đói, tốt nhất là 1 giờ trước ăn sáng)

- Nhược giáp nhẹ (TSH < 10 mU/L): khởi đầu với 1 mcg/kg/ngày.

- Mục tiêu điều trị: cải thiện triệu chứng và đưa TSH trở về bình thường (theo từng tam cá nguyệt) (A)

- Đối với trường hợp nhược giáp trước khi mang thai, cần tăng liều levothyroxine ngay từ lúc thử thai dương tính. Phác đồ đề nghị: tăng gấp đôi liều 2 ngày trong tuần (9 liều /tuần thay vì 7 liều /tuần) (B)

2.6 Theo dõi

- Đánh giá lại bệnh nhân sau 2-3 tuần. Nếu vẫn còn triệu chứng, định lượng TSH và FT4, nếu FT4 thấp, cần tăng liều levothyroxine (12-25 mcg/ngày).

- Sau 6 tuần TSH vẫn cao hơn mức bình thường, cần tăng liều T4.

- Định lượng TSH mỗi 6 tuần. Đối vời nhược giáp trước khi mang thai, cần định lượng TSH mỗi 4 tuần trong nửa đầu thai kỳ để điều chỉnh liều LT4. (B)

- Cần định lượng lại TSH ít nhất 1 lần trong khoảng tuần thứ 20 - 32 của thai kỳ (l) và khi vào chuyển dạ.

- Sau sanh nên giảm liều LT4 bằng với mức trước khi mang thai. Định lượng lại TSH khoảng 6 tuần sau sanh. (B)

3. VIÊM GIÁP HẬU SẢN

3.1 Định Nghiã

Rối loạn chức năng tuyến giáp xảy ra trong năm đâu tiên sau sanh. Là rối loạn tự miễn liên quan đến kháng thể kháng giáp.

3.2 Biểu hiện lâm sàng

Bệnh cảnh điển hình: cường giáp thoáng qua, theo sau là nhược giáp thoáng qua, cuối cùng trở về bình giáp.

Thường không có triệu chứng trong giai đoạn cường giáp.

Có mối liên quan giữa trầm cảm và viêm giáp hậu sản. Nên định lượng TSH, FT4, TPOAb ở phụ nữ bị trầm cỏm sau sanh. (B)

3.3 Điều trị

Thường không cần điều trị.

Chỉ điều trị với beta blocker ở những phụ nữ có triệu chứng với liều tối thiểu có thể kiểm soát triệu chứng. Thuốc kháng giáp không có hiệu quả.

3.4 Theo dõi

Sau giai đoạn cường giáp, nên định lượng TSH mỗi 2 tháng để tầm soát nhược giáp.

4. CƠN BÃO GIÁP

4.1 Triệu chứng

- Tăng thân nhiệt
- Nôn ói
- Đau bụng
- Kích động
- Toát mồ hôi
- Mất nước
- Nhịp tim nhanh
- Suy tim sung huyết
- Loạn nhịp tim
- Lú lẫn
- Lồi mắt

4.2 Xử trí

- Thuốc kháng giáp

  + PTU 300-600mg uống ngay lặp tức, duy trì 150-300mg uống mỗi 6 giờ, có thể cho qua sonde mũi dạ dày hoặc hậu môn nếu bệnh nhân không uống được (viên 50mg)

  + Dung dịch KI bão hòa 2-5 giọt mỗi 8 giờ hoặc Nal 0,5-1g mỗi 8 giờ đường tĩnh mạch

  + Beta blocker nhằm giảm triệu chứng tim mạch: propranolol 20- 80 mg uống hoặc qua sonde mũi dạ dày mỗi 4-6 giờ

- Điều trị nâng đỡ

  + Dịch truyền

  + Dinh dưỡng

  + Oxygen

  + Hạ sốt

  + Cân bằng điện giải

  + Dexamethasone 2mg mỗi 6 giờ x 4 liều hoặc hydrocortisone 300mg/ngày (TM) hoặc prednisone 60 mg (uống)

  + Barbiturate nếu cần: phenobarbital 30-60mg uống mỗi 6-8 giờ

4.3 Dự phòng: Kiểm soát tốt cường giáp