AN SINH

CƯỜNG GIÁP TRÊN BỆNH NHÂN MANG THAI

TS. BS. Nguyễn Thế Thành
KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN AN SINH
(Nguyên Trưởng Khoa Nội Tiết Thận BV Nhân Dân Gia Định)

I.Đặt vấn đề.

- Trong thực hành LS:
- BN có biểu lộ cường giáp cần xem xét:
- _Cường giáp do Basedow.
- _Nhân độc tuyến giáp.
- _U tuyến yên .
- => Kháng giáp tổng hợp liều tấn công
- _Viêm Tuyến Giáp
- =>Chỉ chữa triệu chứng khi cường giáp do viêm tuyến giáp.

I.Đặt vấn đề.

- Nhưng trên BN mang thai cần xem xét:
- _Cường giáp do bệnh nêu trên.
- => Có hướng xử trí thích hợp

- _Cường giáp tạm thời do thai (gestational transient thyrotoxicosis)
- =>Có thể không cần dùng thuốc hay dùng thuốc liều thấp khi cần.

- Do đó trên BN mang thai việc chẩn đoán cần chính xác nguyên nhân Cường giáp rất quan trọng :
- =>Để có hướng xử lý thích hợp nếu không có thể ảnh hưởng cho mẹ lẫn con.

I.Đặt vấn đề.

- Trong phạm vi bài này chúng tôi xin giới hạn trong **cường giáp thoáng qua trên bệnh nhân mang thai và trình bày một số trường hợp**.

- Qua đó tìm hiểu bệnh xảy ra trong thời gian nào của thai kỳ ? Chẩn đoán ra sao ? Điều trị thế nào ? Ổn định trong thời gian nào? Nên làm gì khi BN ổn đinh cường giáp.

II.Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

- **A.Đối tượng:**
- Bệnh mang thai có biểu lộ cường giáp đến khám tại khoa khám BV An sinh trong năm 2016 và năm 2017.
- **1.Tiêu chuẩn nhận bệnh.**
- _BN biểu lộ cường giáp sinh hóa : TSH <0,1 mIU/L ,FT4 tăng cao.
- _Không có bệnh cường giáp trước đó.
- _Có Beta HCG >50.000 IU/L.
- **2.Tiêu chuẩn loại trừ .**
- _Không thỏa những tiêu chuẩn nhận bệnh
- **B.Phương pháp nghiên cứu :**
- Phương pháp mô tả một số trường hợp và tiến cứu

III. Kết quả.

- Trong thời gian từ tháng 12/2016 đến 11/2017 chúng tôi có 4 BN mang thai có biểu lộ cường giáp thoả các tiêu chuẩn nhận bệnh.

Bệnh nhân 1

- Trương Thị Hoàng U. 26 tuổi. Địa Chỉ : Phú Yên . Khám ngày 19/12/2016.
- LDKB: Cường giáp .
- Bệnh sử:
- Ngày 13/10/2016.
- BN mang thai 8 tuần. phát hiện cường giáp với TSH: 0,013mUI/L thấp;
- FT4: 34,78; FT3: 10,39 cao.
- Được điều trị với KGTH liều trung bình.
- Đến 19/12/2016. Chuyển khám Nội Tiết.
- Tiền căn : Không bị cường giáp trước đó.

Bệnh nhân 1

- Lúc vào: Mạch 80L/phút, AH: 110/80.Thai 16 tuần.
- Kết quả:
- TSH: 1,17. FT4 :12,69 (BT) Beta HCG: 56.122 UI/L. (>50.000). TRAb: 0,532;
- Anti TPO: 0,532 (BT)
- Chẩn đoán: Cường giáp thoáng qua trên BN mang thai.
- BN ổn định ngay lúc 16 tuần
- BN được ngưng KGTH và theo dõi TSH và FT4 mỗi 2 tuần.
- Diễn tiến BN sanh con bình thường khỏe
- 12/2017: Mẹ con khỏe.

Bệnh nhân.2.

- Chu thị Thanh D. 34 tuổi. Địa chỉ : Bình Dương. Khám ngày 5/6/2017
- LDKB: Cường giáp .
- Bệnh sử: BN bị hiếm muộn đến BV An Sinh để được HTSS: Khi thai được 13 tuần BN có biểu lộ cường giáp với TSH thấp và FT4 tăng cao nên được khám nội tiết.
- TC. Không bị cường giáp trước đó
- Lúc vào: M:88l/ph AH: 130/80. Thai 13 tuần
- XN lúc vào: TSH: 0.005mIU/L; FT4: 56.58 tăng
- Chẩn đoán sơ bộ :TD cường giáp thoáng qua trên BN mang thai.

Bệnh nhân.2.

- Định bệnh phân biệt với cường giáp Basedow
- Kết quả: Beta hCG: 329374 UI/L.; AntiTPO âm tính ;TRAb âm tính.
- Chẩn đoán : Cường giáp thoáng qua trên BN mang thai.
- BN được theo dõi mỗi 2 tuần và không cho KGTH.
- Thai:15 tuần TSH: 0.014; FT4: 18.66.
- BN được tiếp tục theo dõi và không cho thuốc.
- Thai 19 tuần: BN ổn.
- Thai 29 tuần: TSH:1,78 mUI/L; Low FT4 : 8,59.
- Thai phụ được bổ sung levothyroxine liều thấp.
- Thai 31 tuần: Tình trạng ổn định, ngưng levothyroxine khuyên dùng muối Iode.
- BN ổn định đến ngày sanh.
- Sinh 2 con khỏe.

Bệnh nhân 3.

- Chu Thị TH. 34 tuổi ĐC: Hóc Môn Khám ngày 24/7/2017
- LDKB: Cường giáp.
- Bệnh sử: Do hiếm muôn BN được khám và điều trị tại đơn vị HTSS:
- Ngày 26/6/2017 :
- BN được ghi nhận thai 12 tuần và 3 thai trong túi thai. Với TSH:0,005 (thấp); FT4:26,44 (cao)=> khám Nội Tiết.
- Tiền căn: Không bị cường giáp trước đó.

Bệnh nhân 3.

- Lúc vào M : 100L/ph AH:120/80 Thai 16 tuần.
- Chẩn đoán sơ bộ: Cường giáp thoáng qua do mang thai
- Định bệnh phân biệt với cường giáp Basedow
- Xét nghiệm: TSH:0,005 (thấp); FT4 :17 (Bình thường).
- TRAb: 0,685; AntiTPO:5,5; AntiTg: 12,16. Beta HCG: 150.853 UI/L.
- Chẩn đoán: Cường giáp thoáng qua do thai.
- BN không điều trị KGTH chỉ theo dõi mỗi 2 tuần.
- Thai 25 tuần: BN ổn định
- Thai 28 tuần: TSH: 1,16 mIU/L ; Thấp FT4: 8,21: Dùng Levothyroxin liều thấp.
- Thai 34 tuần: BN ổn định ngưng thuốc đến khi sanh.
- Sanh 3 con mẹ con đều khỏe .
- Sau 3 tháng sau sanh tình trạng mẹ con đều khỏe.

Bệnh án 4.

- Huỳnh Thị Ánh N. 31 tuổi ĐC: Hóc Môn Khám ngày 1/11/2017
- LDKB: Cường giáp .
- Bệnh sử: Do hiếm muộn được khám và điều trị tại đơn vị HTSS:
- Ngày 12/8/2017 : Beta HCG: 55497 UI/L..
- Ngày 4/10/2017: TSH: 0.007; FT4 23,57.
- Tiền căn: Không bị cường giáp trước đó.

Bệnh án 4.

- Lúc vào M : 100L/ph AH:120/80 .Thai 16,5 tuần.
- Chẩn đoán sơ bộ: Cường giáp thoáng qua do mang thai
- Định bệnh phân biệt với cường giáp Basedow
- Xét nghiệm:
- TRAb: 0,392; AntiTPO:5,71. BT
- Chẩn đoán: Cường giáp thoáng qua do thai.
- BN không điều trị KGTH chỉ theo dõi mỗi 2 tuần.
- Thai 27 tuần ổn :TSH :0,769 ; FT4 :18,53 (BT).
- Chờ ngày sanh.

IV. Bàn luận

1.Tuổi và số thai.

Một BN 26 tuổi mang thai lần đầu con so.

3 BN còn lại bị hiếm muộn cần HTSS:

_ 01 BN 31tuổi (song thai) .

_ 02 BN 34 (01 thai đôi, 01 thai ba)

Ngoài BN có 01 thai, 3 BN còn lại đều có HTSS có từ 2 đến 3 con có tần suất cường giáp cao hơn có thể do nhiều con nên nhiều nhau nên nhiều beta HCG tiết ra.

HCG có cấu trúc giống TSH nên kích thích tuyến giáp hoạt động mạnh hơn bình thường và gây ra cường giáp điều này phù hợp với các y văn

IV. Bàn luận

- **2.Tuổi thai.**

  BN được phát hiện cường giáp khi thai từ 8 tuần đến 13 tuần :

- 01BN: 8 tuần , 01 BN: 12 tuần ,01 BN: 12,5 tuần và 01 BN: 13 tuần.
- => Điều này phù hợp vi cường giáp thoáng qua do thai thường xảy ra trong tam cá nguyệt đầu ở thời điểm đỉnh cao nhất của HCG là 10 đến 15 tuần.
- BN đến PK Nội tiết khi thai từ 13 tuần đến 16.5 tuần.
- _01 BN 13 tuần song thai :
- Có TSH:0.005 FT4: 56,58 Beta HCG:329.379 UI/L.
- Và đang ở thời điểm đỉnh cao của tiết HCG của nhau thai nên TSH thấp và FT4 cao rõ rất phù hợp.
- _03 BN còn lại đều qua tuần 16 lúc này HCG khuynh hướng giảm dần do đó :
- +02 bệnh nhân FT4 trở về BT, TSH còn hơi thấp.
- +01 BN được dùng KGTH có TSH và FT4 BT khi đến khám PK Nội Tiết được ngưng thuốc sau khi loại bỏ cường giáp do bệnh tự miễn.

IV. Bàn luận

- 3.**Chẩn đoán.**

Cả 4 BN mang thai trong tam cá nguyệt đầu của thai kỳ đều có TSH <0.1mIU/L và FT4 cao hơn mức bình thường, beta HCG > 50000UI/L.

Không có tiền sử bệnh cường giáp trước đó và cả 4 BN đều có kháng thể Anti TPO và TRAb âm tính nên phù hợp cho cương giáp tạm thời ở BN mang thai (gestational transient thyrotoxicosis)

IV. Bàn luận

- **4.Điều tri.**

Ngoài 01 BN được điều trị KGTH trước đó được ngưng ngay KGTH khi xác định chẩn đoán còn 3 trường hợp còn lại đều theo dõi, và các BN này đều ổn định không cần KGTH.

IV. Bàn luận

5.Quá trình theo dõi.

- BN(1) ổn định ngay từ lúc khám tuần 16 với TSH và FT4 bình thường, ổn định đến ngày sanh với một con khỏe mạnh.
- BN (2) sau 19 tuần.
- BN (3) sau 25 tuân.
- BN (4) sau 27 tuần.
- Hoàn toàn ổn định với TSH và FT4 bình thường.

=>Như thế theo y văn nồng độ HCG giảm dần sau tam cá nguyệt thứ nhất do đó tình trạng cường giáp của BN giảm dần theo.

IV. Bàn luận

5.Quá trình theo dõi.

- Ở 2 BN (2) và (3) : ở tuần 28 và tuần 29:
- _có FT4 thấp dưới mức bình thường được xử dụng thêm levothyroxine liều thấp sau đó muối iode BN ổn đến khi sanh.
- Một BN sanh ba một BN sanh đôi các bé đều khóe mạnh.
- Điều này cho thấy:
- Ở BN bị cường giáp sau khi ổn định người thương khuyên tránh muối iode hay chế phẩm có muối Iode vì sợ tái phát cường giáp.
- Ở đây khi cường giáp ổn đinh BN có khuynh hướng có FT4 giảm do nhu cầu của iode tăng cao của thai đặc biệt thai đôi hay thai ba.
- Do đó việc bổ sung iode cho những BN nay khi ổn định vẫn hợp lý.
- BN(4) ổn đinh đang chờ sanh.

V.Kết Luận.

- Qua quan sát và theo dõi 4 BN mang thai có biểu lộ cương giáp khám lần đầu từ tháng 12 / 2016 đến 11/2017 và TD cho đến nay 3/2018: Có 3 BN đã sanh và 01 BN chờ sanh chúng tôi có một số nhận xét sau:
- 1/Cường giáp tạm thời do thai thường xảy ra trong tam cá nguyệt đầu của thai kỳ, 01 BN ở tuần thứ 8 của thai kỳ.
- 2/Chẩn đoán dựa vào TSH < 0.1 mIU/Lvà FT4 tăng cao, với beta HCG > 50.000 UI/L, không có tiền sử cương giáp trước đó, XN AntiTPO và TRAb âm tính.
- 3/Bệnh thường không cần điều tri chỉ cần theo dõi và thường ổn định ở tam cá nguyệt thứ 2.
- 4/Khi ổn định cần theo dõi và bổ sung iode vì FT4 có thể thấp do nhu cầu của thai đặc biệt khi thai đôi hay thai ba.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.Vũ Bích Nga (Trưởng Tiểu Ban) Thái Hồng Quang (chủ biên).
- Tuyến giáp và thai kỳ.Khuyến cáo về bệnh Nội Tiết và Chuyển Hóa.Tr 63-74.
- Hội Nội Tiết và Đái Tháo Đường Việt Nam.Nhà Xuất Bản Y Học 2016.

- 2.Taha .M.Albaar, MF.John Adam.
- Gestational Transient Thyrotoxicosis.
- Article *in* Acta medica Indonesiana 41(2):99-104 · May 2009
- https://www.researchgate.net/publication/24355609_Gestational_transient_thyrotoxicosis

- 3.Glinoer D. The regulation of thyroid function in pregnancy:pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endocr Rev. 1997;18:404-33.

- 4. Glinoer D. Thyroid disease during pregnancy. In: Braverman L, Utiger R, eds. The thyroid. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 113-27.

- 5. Rodien P, Jordan N, Levefre A, et al. Abnormal stimulation of the thyrotrophine receptor during gestation. Hum Reprod Update. 2004;10:95-105.

- 6. Glinoer D, deNayer P, Bourdoux P, et al. Regulation ofmaternal thyroid during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab.1990;71:276-87.

- 7. Yeo C, Khoo D, Eng P, et al. Prevalence of gestational thyrotoxicosis in Asian women evaluated in the 8th to 14th weeks of pregnancy: correlation with total and free beta human chorionic gonadotrophin. Clin Endocrinol (oxf).2001;55:391-8.

CÁM ƠN SỰ CHÚ Ý THEO DÕI VÀ LẮNG NGHE!