BASEDOW

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân basedow**

Chẩn đoán xác định – Chẩn đoán thể (nhẹ/vừa/nặng)

**2. Tóm tắt các vấn đề cần hỏi**

- Hỏi triệu chứng lâm sàng

**3. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Lâm sàng phải rõ ràng:

+ Hội chứng cường giáp gồm triệu chứng tim mạch, triệu chứng vận mạch, cường thần kinh giao cảm và toàn thân.

+ Bướu giáp: Bướu mạch triệu chứng quý nhưng hiếm.

+ Triệu chứng mắt: Lồi mắt triệu chứng quý nhưng hiếm.

+ Triệu chứng da: Phù niêm triệu chứng quý nhưng hiếm.

- Cận lâm sàng:

+ T3, T4 tăng, TSH giảm hoặc FT3, FT4 tăng, TSH giảm phải rõ ràng.

+ TRAb tăng

**4. Chẩn đoán thể lâm sàng**

- Thể nhẹ:

+ Triệu chứng rối loạn thần kinh, cường giao cảm

+ Nhịp tim khoảng 100 ck/p nhưng chưa suy tim

+ Sụt 10% trọng lượng cơ thể

+ Giảm khả năng lao động

- Thể vừa:

+ Triệu chứng thần kinh thực vật, kích động

+ Nhịp tim > 120 ck//p, xuất hiện suy tim

+ Sụt 10% trọng lượng cơ thể

+ Giảm khả năng lao động

- Thể nặng:

+ Nhịp tim > 120ck/p, có suy tim

+ Sụt 30% trọng lượng

+ Mất khả năng lao động hoàn toàn

**5. Một số xét nghiệm**

- T3, T4 và FT3, FT4 tăng rất cao. Bình thường T3 1.2-2.8 nmol/l, T4 58-148 nmol/l, FT3 0.5-5 pmol/l, FT4 10-30 pmol/l. Việc đo lường T3, T4 toàn phần chịu ảnh hưởng khá nhiều bởi lượng protein trong máu vì protein có thể gắn kết T3, T4 với hồng cầu, biến T3, T4 thành dạng hoạt động. Ngược lại, FT3, FT4 (Free T3 – Free T4) không bị ảnh hưởng bởi lượng protein trong máu, được xem là dạng hoạt hóa của thyroxine.

- TSH giảm rất thấp. Bình thường 0.1-4 mcU/ml. TSH được sản xuất từ tuyến yên vào máu, đi đến tuyến giáp. Tại tuyến giáp, TSH kích thích các tế bào tuyến giáp sản xuất nhiều T3 và T4 hơn.

- Kháng thể TRAb đặc hiểu đến 80-90% là kháng thể kháng TSH.

- Anti-TPO (TPOAb) không giúp chẩn đoán basedow nhưng loại trừ được các bệnh lý khác. Anti-TPO tăng cao trong viêm giáp tự miễn nếu không điều trị nguy cơ sau này dẫn đến suy giáp. Kháng thể do cơ thể sản xuất, vô tình tấn công và phá hủy các mô tuyến giáp khỏe mạnh.

- Siêu âm tuyến giáp to nhưng mật độ đồng nhất. Nếu có nhân, có nang ít nghĩ đến basedow mà nghĩ đến cường giáp.

- CT trong trường hợp tuyến giáp lạc chỗ, thường gặp ở nam giới.

**6. Điều trị**

- Dùng kháng giáp trạng tổng hợp do tuyến giáp tiết nhiều hormon.

- Thiouracin:

+ PTU: Độc hơn, gây dị ứng, tăng men gan hơn nhưng không qua hàng rào rau thai và sữa mẹ.

+ MTU: Lành hơn nhưng qua được hàng rào rau thai.

- Imidazol:

+ Carbimazol

+ Thyrozol

- Giai đoạn tấn công từ 6-8 tuần liều 20-40mg/ngày với Imidazol và 200-400mg/ngày với Thiouracin. Liều củng cố bằng 1/2 liều tấn công kéo dài 3-6-9 tháng. Liều duy trì bằng 1/2 liều củng cố 6-9-12 tháng. Thời gian theo dõi TRAb để quyết định điều trị, nếu còn TRAb tiết ra chống lại TSH gây tăng T3, T4.

- Tác dụng phụ của các thuốc trên gây dị ứng chậm sau 10-15 ngày, thậm chí sau đến 2 tháng có đặc tính ngữa lòng bàn tay, bàn chân. Do đó nếu chỉ ngứa có thể dùng kháng histamin, nếu nổi mẩn cục cần đổi thuốc cho BN.

- Gây giảm bạch cầu và gây tăng men gan nên cần chú ý theo dõi và đưa ra quyết định điều trị. Nếu men gan tăng trước điều trị cần tìm nguyên nhân tăng men gan để điều trị trước. Nếu ban đầu bình thường điều trị thuốc dẫn tới tăng men gan thì phải giảm liều.

- Nhịp tim nhanh dùng chẹn beta giao cảm propranolol cho 2-3 lần/ngày, concor cho 2 lần/ngày, betalok zoc cho 1 lần/ngày.

- Ngừng điều trị khi bình giáp liên tục từ 18-24 tháng

**6. Tiêu chuẩn bình giáp**

- Nhịp tim về bình thường

- Rối loạn ngoại vi mất

- Bệnh nhân tăng cân trở lại

- Định lượng hormon tuyến giáp về trị số bình thường (T3, T4 trở về bình thường trước TSH).

**7. Khi nào điều trị ngoại khoa**

- Chỉ định:

+ Khi không đáp ứng nội khoa

+ > 40 tuổi

+ Sau phẫu thuật

+ Suy tim

+ Không thể theo dõi điều trị nội khoa

- Lưu ý cần bình giáp trước khi điều trị ngoại khoa vì có nguy cơ gây cơn bão giáp trạng.

**8. Cơn bão giáp trạng là gì?**

- Bão giáp là tình trạng mất bù của cường giáp có thể gây nguy hiểm đến tính mạng.

- Cơn bão giáp trạng hay xảy ra ở thể nặng.

- Bướu giáp to, biểu hiện cường giáp kèm sốt, ỉa lỏng kéo dài.

- Nguy cơ tử vong trong 6h.

**9. Khám độ hội tụ nhãn cầu như thế nào?**- Đưa ngón tay vào giữa 2 mắt bào BN nhìn thì thấy nhãn cầu 1 mắt trong, 1 mắt ngoài.

**10. Tại sao có phù niêm trước xương chày và lồi mắt?**

- Do có sự lắng đọng của hệ thống tự miễn tại tổ chức hậu nhãn cầu, trước da.

- Lồi mắt 1 bên thường rất ác tính.