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) – chẩn đoán biến chứng

1. **Một số xét nghiệm trong Basedow**

- Xét nghiệm hormon trong công thức máu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Xét nghiệm | Giá trị bình thường | Đặc điểm và ý nghĩa |
| T3, T4 và FT3, FT4 | T3 1.2-2.8 nmol/l (0.8-1.8 mcg/l)  T4 58-148 nmol/l (45-115 mcg/l)  FT3 0.5-5 pmol/l (0.4 ng/dl)  FT4 10-30 pmol/l (0.8-2.5 ng/dl) | T3, T4 là hormon tuyến giáp lưu hành trong máu hoặc FT3, FT4 là hormon lưu hành tự do. 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.  T3, T4 (FT3, FT4) tăng cao 2-3 lần trong Basedow. |
| TSH | 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.  TSH giảm rất thấp trong Basedow. |
| TRAb | < 1.75 U/l | Kháng thể TRAb đặc hiệu đến 80-90% là kháng thể kháng TSH. Chẩn đoán bệnh Basedow, đồng thời phân biệt Basedow với các bệnh lý cường giáp khác. Sử dụng kết quả xét nghiệm trong quá trình điều trị Basedow. |
| Anti-TPO | < 34 U/l | Anti Tpo là chỉ số kháng thể Thyroperoxidase ở trong cơ thể. 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. |

- Độ tập trung Iod tại tuyến giáp. Cho BN uống 10 mCi I131 và đo độ tập trung giờ thứ 2, 6 và 24. Trong Basedow độ tập trung tăng cao nhanh nhất lúc 2h, đỉnh lúc 6h và giảm nhanh sau 24h.

- Siêu âm tuyến giáp to nhưng mật độ đồng nhất. Nếu có nhân, có nang ít nghĩ đến Basedow mà nghĩ đến cường giáp. Basedow thường tăng sinh mạch tại tuyến giáp.

- Xạ hình tuyến giáp đánh giá hình thái, kích thước tuyến giáp.

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

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán Basedow**

a. Lâm sàng phải rõ ràng:

- Hội chứng cường giáp gồm:

+ Triệu chứng tim mạch: Tim nhanh, huyết áp không ổn định

+ Triệu chứng vận mạch: Sợ nóng, ra mồ hôi, cơn giãn mạch đỏ bừng mặt, háo khát

+ Cường thần kinh giao cảm: Run, bồn chồn, dễ xúc động, rối loạn tiêu hóa (táo lỏng từng đợt)

+ Triệu chứng toàn thân: Gầy sút, teo cơ, nhược cơ, yếu cơ, rối loạn sinh dục, giảm khả năng lao động, mất tập trung.

- 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. Rối loạn sắc tố.

b. Cận lâm sàng:

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

- TRAb tăng

1. **Chẩn đoán thể lâm sàng Basedow**

- 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

1. **Biến chứng của Basedow**

- Cơn cường giáp cấp (cơn bão giáp trạng)

- Biến chứng tim mạch như cuồng nhĩ, rung nhĩ, suy tim

- Bệnh cơ do Basedow như nhược cơ, teo cơ, phản xạ gân xương bất thường

- Biến chứng mắt

1. **Điều trị nội khoa Basedow**

a. Chỉ định

- Bệnh mới bắt đầu

- Bệnh nhẹ và vừa

- Bướu giáp to vừa, lan tỏa, không nhân

- BN có thể theo dõi và điều trị lâu dài 18 tháng

b. Chống chỉ định

- Chỉ có chống chỉ định tương đối trong viêm gan, suy gan, giảm bạch cầu hạt, dị ứng thuốc.

c. Cụ thể

- Dùng kháng giáp trạng tổng hợp do tuyến giáp tiết nhiều hormon. Gồm 2 nhóm Thiouracil và Imidazol:

+ Thiouracil:

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: Carbimazole hoặc Thyrozol.

- Giai đoạn tấn công từ 6-8 tuần liều 20-40mg/ngày với Imidazol và 200-400mg/ngày với Thiouracil. 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 ngửa 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, betaloc zok cho 1 lần/ngày.

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

1. **Theo dõi BN điều trị nội khoa**

- Đánh giá lâm sàng BN

- Làm lại XN hormon sau 7-10 ngày

- Theo dõi kéo dài 18-24 tháng, thậm chí 36 tháng tùy từng trường hợp

1. **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).

1. **Chỉ định điều trị ngoại khoa trong Basedow**

- Chỉ định:

+ Khi không đáp ứng nội khoa

+ > 40 tuổi

+ Sau phẫu thuật

+ Suy tim

+ Không thể theo dõi điều trị nội khoa

- Chống chỉ định:

+ Cơn cường giáp trạng cấp hoặc bệnh đang tiến triển.

1. **Chỉ định sử dụng iod xạ trị trong Basedow**

- Chỉ định:

+ Thất bại trong điều trị nội khoa đúng cách

+ Tái phát sau phẫu thuật

+ Basedow có biến chứng suy tim hoặc dị ứng thuốc

+ BN không thể theo dõi và điều trị nội khoa lâu dài

- Chống chỉ định:

+ Phụ nữ có thai

+ Trẻ em, thiếu niên, người trẻ dưới 35 tuổi

+ Bướu giáp nhân, bướu giáp quá to, bướu giáp chìm

+ Tuyến giáp hấp thu iod quá mức

1. **Đặc điểm cơn bão giáp trạng**

- 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.

- Đánh giá cơn bão giáp trạng dựa trên thang điểm Wartofsky.

- Thường xuất hiện sau nhiễm trùng hoặc tự phát, chọc dò vào tuyến giáp, đột ngột dừng thuốc hoặc sau phẫu thuật. Biểu hiện sốt 39-40oC, vã mồ hôi, tim đập nhanh, có thể có suy tim cấp, phù hổi cấp, sốc, đau bụng, ỉa lỏng, nôn, run rẩy, hoảng hốt, mê sảng rồi đi vào hôn mê.

1. **Xử trí cơn bão giáp trạng**

- Phục hồi và duy trì sinh hiệu:

+ Cho thở oxy ẩm

+ Truyền dịch -Hạ nhiệt

- Ức chế sự tổng hợp và phóng thích hormon

+ Thuốc kháng giáp tổng hợp: PTU 300-400mg liều đầu, sau đó 200mg /4h ngày đầu. sau đó 300-600mg/ngày x 3-6 tuần. Hoặc Methimazole 30-40 mg liều đầu, sau đó 20-30mg/8h ngày đầu, ngày thứ 2 trở đi dùng liều 30-60mg.

+ Dung dịch lugol (cho sau thuốc kháng giáp tổng hợp 1h để ngăn chặn không cho tuyến giáp sử dụng iod tổng hợp hormon mới). Lugol 1% 20 giọt x 2-3 lần/ngày.

+ Corticoid: Có tác dụng giảm chuyển T4 thành T3 ở ngoại biên và phòng ngừa suy thượng thận tương đối trên bệnh nhân cường giáp Hydrocortison 50-100 mg/6-8h.

+ Thuốc ức chế giao cảm Propranolol 40-80 mg/4-6h

- Tìm và điều trị yếu tố tiên lượng: kháng sinh khi có nhiễm trùng

- Một số trường hợp hiếm khi điều trị kinh điển không đáp ứng phải trích huyết tương để cứu sống bệnh nhân

- Diễn tiến với điều trị:

Lugol sẽ ngừng khi bệnh nhân hết sốt và bình thường hóa tình trạng tim mạch và thần kinh. Corticoid giảm liều dần rồi ngưng, liều thionamides sẻ điều chỉnh để duy trì chức năng giáp trong giới hạn bình thường. Chẹn Propranolol có thể ngưng khi chức năng giáp về bình thường.

1. **Khám độ hội tụ nhãn cầu như thế nào?**

Đưa ngón tay vào giữa 2 mắt bào BN nhìn thì thấy nhãn cầu một mắt trong, một mắt ngoài.

1. **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 một bên thường rất ác tính.

**Tài liệu tham khảo**

1. [11\_-QTCM-chẩn-đoán-điều-trị-và-chăm-sóc-người-bệnh-Basedow.pdf (bvdktienhai.vn)](http://bvdktienhai.vn/upload/2000034/fck/files/11_-QTCM-ch%E1%BA%A9n-%C4%91o%C3%A1n-%C4%91i%E1%BB%81u-tr%E1%BB%8B-v%C3%A0-ch%C4%83m-s%C3%B3c-ng%C6%B0%E1%BB%9Di-b%E1%BB%87nh-Basedow.pdf)

2. [CƠN BÃO GIÁP TRẠNG (phacdochuabenh.com)](https://phacdochuabenh.com/phac-do/gia-dinh/noi-tiet/136.php)

3. [huong-dan-chan-doan-dieu-tri-benh-noi-tiet-chuyen-hoa.pdf (bvdktinhthanhhoa.com.vn)](http://bvdktinhthanhhoa.com.vn/data/files/documents/Tailieuchuyenmon/Huongdan/huong-dan-chan-doan-dieu-tri-benh-noi-tiet-chuyen-hoa.pdf)