

## Bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ

Trần Lâm Khoa<sup>1</sup>, Ngô Thị Kim Phụng<sup>2</sup>

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

<sup>1</sup> Giảng viên, bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [lamkhoa1982@yahoo.fr](mailto:lamkhoa1982@yahoo.fr)

<sup>2</sup> Phó Giáo sư, giảng viên bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: [dmtkphung@hotmail.com](mailto:dmtkphung@hotmail.com)

### Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các đặc điểm sinh lý của hoạt động tuyến giáp ở thai phụ và thai nhi trong thai kỳ
2. Trình bày được kết cục sản khoa ở mẹ và thai trong cường giáp trong thai kỳ
3. Trình bày được kết cục sản khoa ở mẹ và thai trong nhược giáp trong thai kỳ

### SINH LÝ CỦA TUYẾN GIÁP Ở MẸ VÀ Ở THAI

Sự tăng lọc cầu thận trong thai kỳ làm thận tăng thải iod, do đó làm giảm nồng độ iod vô cơ trong huyết thanh.

Do độ lọc cầu thận tăng trong thai kỳ nên thận cũng tăng thải iod. Vì thế, nồng độ iod vô cơ trong huyết thanh cũng giảm đi gần một nửa.

Nếu nồng độ iod vô cơ huyết thanh lớn hơn 0.08 µg/dL thì sẽ không bị bướu giáp do thiếu iod. Do đó, cần phải bổ sung iod vô cơ trên 250 µg/ngày để phòng ngừa bướu giáp trong thai kỳ.

**BẢNG 1:** Chức năng tuyến giáp ở phụ nữ, phụ nữ mang thai và trong máu cuống rốn ở thai trưởng thành

(những trị số này có thể thay đổi tùy theo phương pháp sử dụng tuy nhiên tỉ lệ giữa giá trị máu mẹ và máu cuống rốn vẫn phải duy trì hằng định)

Nồng độ	Không có thai	Có thai	Máu cuống rốn
T <sub>4</sub> µg/dL	5 - 12	10 - 16	6 - 13
Free T <sub>4</sub> ng/dL	1 - 2.3	2.5 - 3.5	1.5 - 3
T <sub>3</sub> ng/dL	110 - 230	150 - 250	40 - 60
Reverse T <sub>3</sub> ng/dL	15 - 30	35 - 65	80 - 360
Resin T <sub>3</sub> uptake %	20 - 30	10	10 - 15
TBG g/dL	12 - 28	40 - 50	10 - 16
TSH U/mL	1.94	0 - 6	0 - 20

Chức năng tuyến giáp của thai phụ được đánh giá bằng nồng độ T<sub>4</sub> tự do (free thyroxine - free T<sub>4</sub>).

Free T<sub>4</sub> là phương pháp đánh giá chức năng tuyến giáp chính xác duy nhất khi có sự thay đổi của TBG (Thyroxin Binding Globulin) vì nồng độ của T<sub>3</sub> (total triiodothyronin) và T<sub>4</sub> tăng trong suốt thai kỳ.

Trục tuyến giáp-tuyến yên của thai nhi sẽ trưởng thành và hoạt động độc lập từ 12 tuần.

Về chức năng tuyến giáp của thai, trước 10 tuần không có iod hữu cơ trong tuyến giáp thai nhi.

Từ tuần 11 đến tuần 12, tuyến giáp thai nhi có thể sản xuất được iodothyronine và T<sub>4</sub>. Nồng độ TSH của thai nhi, T<sub>4</sub>

và free T<sub>4</sub> đã chứng tỏ sự trưởng thành và khả năng hoạt động độc lập của trục tuyến giáp-tuyến yên.

Iod tự do có thể đi qua bánh nhau nhưng TSH thì không.

Iod tự do có thể đi qua bánh nhau nhưng TSH thì không.

Đặc điểm này của vận chuyển hormone tuyến giáp qua bánh nhau cho phép một lượng T<sub>4</sub> giới hạn có thể qua bánh nhau và đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển hệ thần kinh thai trong 3 tháng đầu thai kỳ trước khi chức năng tuyến giáp của thai bắt đầu hoạt động. Những đồng vận của hormone tuyến giáp như propylthiouracil (PTU) và methimazole với trọng lượng phân tử thấp hơn có thể qua hàng rào nhau và có thể gây ra nhược giáp ở thai. TRH (Thyroid Releasing Hormone) có thể qua hàng rào nhau, nhưng không có ý nghĩa vì nồng độ chất này lưu thông qua nhau rất thấp.

### CƯỜNG GIÁP

Cường giáp thường đi kèm với tăng nguy cơ sanh non, IUGR, tiền sản giật, thai lưu và tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh.

Tần suất mới mắc nhiễm độc giáp ở sản phụ là khoảng 1:500 thai kỳ. Tình trạng này thường đi kèm với tăng nguy cơ sanh non, chậm tăng trưởng trong tử cung, tiền sản giật, thai lưu và tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh.

Bệnh Graves là một bệnh lý tự miễn do có kháng thể kích thích tuyến giáp và là nguyên nhân thường gặp nhất của cường giáp. Một số nguyên nhân khác trong thai kỳ như thai trứng và nhân giáp độc. Bệnh nhân bị Graves có khuynh hướng giảm trong thai kỳ và trầm trọng hơn trong thời kỳ hậu sản.

Chẩn đoán lâm sàng cường giáp thường khó do dấu hiệu tăng huyết động của nó cũng có trong hầu hết thai phụ bình giáp.

Cường giáp được đặc trưng bằng các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng tăng huyết động học kết hợp với nó. Tuy nhiên, các dấu hiệu và triệu chứng này cũng hiện diện trong hầu hết những phụ nữ có thai nhưng bình giáp.

Các triệu chứng lâm sàng giúp chẩn đoán cường giáp:

- Mạch lúc nghỉ > 100 lần/phút và giảm đi thành mạch chậm sau thủ thuật Valsava
- Thay đổi ở mắt
- Giảm cân, không tăng cân dù tăng lượng thức ăn
- Không chịu được nóng

Tăng free  $T_4$  và giảm TSH là các khảo sát cận lâm sàng cho phép thiết lập chẩn đoán.

Điều trị cường giáp trong thai kỳ là điều trị bằng kháng giáp, liều tối thiểu nhằm duy trì  $fT_4$  ở giới hạn cao của mức bình thường.

Do iod phóng xạ bị chống chỉ định trong thai kỳ, nên điều trị cường giáp trong thai kỳ chủ yếu là điều trị bằng nội khoa.

Thioamides là thuốc kháng giáp chính dùng trong điều trị. Nó ngăn chặn sự tổng hợp nhưng không làm giảm hormone tuyến giáp. Propylthiouracil (PTU) và methimazole (Tapazole) có thể được sử dụng hoán đổi cho nhau.

Cần lưu ý một số vấn đề liên quan đến dùng kháng giáp trong thai kỳ.

1. Do những thuốc này qua được nhau dễ dàng, nên khi điều trị với những thuốc này có thể gây ra bướu giáp và nhược giáp ở thai. Mặc dù không có bằng chứng chắc chắn rằng PTU gây ra chứng dân dộn hay bất thường về phát triển tâm thần vận động ở thai nhi, nhưng khoảng 1-5% trẻ em có tiếp xúc với PTU trong tử cung có bướu giáp. Vì lý do này mà thuốc điều trị kháng giáp được sử dụng ở liều tối thiểu nhằm duy trì free  $T_4$  ở giới hạn cao của mức bình thường. Nồng độ free  $T_4$  được kiểm tra mỗi 2-4 tuần và thuốc kháng giáp thường được ngưng sau 30 tuần vô kinh.
2. PTU có thể làm tăng tác dụng ngăn chuyển  $T_4$  thành  $T_3$  và methimazole có thể gây dị tật dạ dày ruột ở thai nhi.
3. PTU bài tiết qua sữa rất ít và không có bất kỳ sự thay đổi chức năng tuyến giáp nào ở trẻ sơ sinh được ghi nhận.
4. Điều trị ngoại khoa vì cường giáp trong tam cá nguyệt thứ hai chỉ được sử dụng nếu điều trị nội khoa thất bại.

Nguy cơ chính của phụ nữ mang thai bị cường giáp là con bão giáp.

Xử trí bão giáp gồm chặn tiết hormone tuyến giáp bằng NaI, PTU, ngăn chặn nitrô hóa  $T_4$  thành  $T_3$  bằng dexamethasone và điều trị triệu chứng với block  $\beta$ -adrenergic cũng như các điều trị triệu chứng khác.

Yếu tố khởi phát cơn bão giáp bao gồm: nhiễm trùng, chuyển dạ, mổ lấy thai, không tuân thủ điều trị nội khoa. Thường ít khi nhầm lẫn các dấu hiệu và triệu chứng của cường giáp nặng và tiền sản giật. Cường giáp nặng thường không có tiểu đạm.

Các dấu hiệu và triệu chứng của cơn bão giáp bao gồm tăng thân nhiệt, tăng nhịp tim, vã mồ hôi, dấu mất nước nặng.

#### TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8<sup>th</sup> edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.

Xử trí bão giáp gồm điều trị triệu chứng và ngăn phòng thích hormone giáp gồm các điều trị cụ thể:

Chặn tiết hormone tuyến giáp bằng sodium iodide 1 gram tiêm mạch, ngăn chặn sự tổng hợp hormone tuyến giáp và sự chuyển  $T_4$  thành  $T_3$  bằng 1200-1800 mg PTU chia làm nhiều liều, ngăn chặn về sau sự nitrô hóa  $T_4$  thành  $T_3$  bằng dexamethasone 8 mg/ngày.

Điều trị triệu chứng cường giao cảm bằng block  $\beta$ -adrenergic như propranolol 20-80 mg/6 giờ, cung cấp đủ dịch và hạ thân nhiệt.

Ở thai nhi, kháng thể kích thích tuyến giáp có thể truyền qua nhau, làm tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh.

Do kháng thể kích thích tuyến giáp có thể truyền qua nhau, thoát qua và duy trì ít nhất 2-3 tháng ở thai nên khoảng 1% phụ nữ bị Graves có con bị ngộ độc giáp, làm tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh lên 16%. Nghi ngờ nhiễm độc giáp ở thai khi tim thai cơ bản hằng định trên 160 lần/phút. Bướu giáp thai có thể xác định được trên siêu âm.

#### NHUỢC GIÁP

Nguyên nhân thường gặp nhất của nhược giáp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là viêm giáp Hashimoto, phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp và xạ trị do ung thư tuyến giáp, ngoài ra còn có một số bệnh lý khác như đái tháo đường type 1...

Phụ nữ mang thai bị nhược giáp nếu được điều trị thay thế thích hợp có thể có một kết cục thai kỳ bình thường.

Tuy nhiên, nếu tình trạng nhược giáp của thai phụ không được điều trị sẽ làm tăng nguy cơ sảy thai, tiền sản giật, thai lưu, cân nặng lúc sinh thấp, giảm chỉ số thông minh của trẻ.

Tiêu chuẩn quan trọng nhất để chẩn đoán nhược giáp là tăng TSH. Ngoài ra có thể thấy free  $T_3$  và free  $T_4$  giảm. Một khi đã chẩn đoán được nhược giáp thì phải điều trị ngay với levothyroxin và kiểm tra nồng độ TSH mỗi tháng để chỉnh liều levothyroxin phù hợp.

Thiếu hormone tuyến giáp trong thai kỳ và giai đoạn sơ sinh sớm sẽ gây ra chậm phát triển tâm thần.

Thiếu hormone tuyến giáp trong thai kỳ và giai đoạn sơ sinh sớm sẽ gây ra chậm phát triển tâm thần. Tình trạng này được gọi là nhược giáp sơ sinh. Độ nặng của triệu chứng phụ thuộc vào thời điểm khởi phát bệnh và độ nặng của sự thiếu hụt hormone. Tỉ lệ mới mắc của nhược giáp bẩm sinh là khoảng 1:4000. Nguyên nhân là do loạn sản tuyến giáp, rối loạn chức năng tuyến giáp, suy giáp do thuốc.

Nguyên nhân thường gặp nhất của bướu giáp sơ sinh là do mẹ dùng iod có trong si rô ho. Dạng bướu giáp này thường to và gây tắc nghẽn; khác với dạng bướu giáp do mẹ dùng PTU.