

BỆNH BASEDOW – CẬP NHẬT CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ THEO HƯỚNG DẪN CỦA ATA/AACE 2016

**TS. BS NGUYỄN THỊ THU THẢO
TRƯỞNG KHOA NỘI TIẾT – THẬN**

Mục đích yêu cầu

- Chẩn đoán được Bệnh Basedow
- Biết được các phương pháp điều trị Basedow – Basedow ở phụ nữ có thai
- Biết được cách sử dụng KGTH, các tác dụng phụ, các xét nghiệm theo dõi và khi ngưng thuốc KGTH
- Biết được các chỉ định phẫu thuật và RAI
- Biết được các biến chứng sau PT và RAI

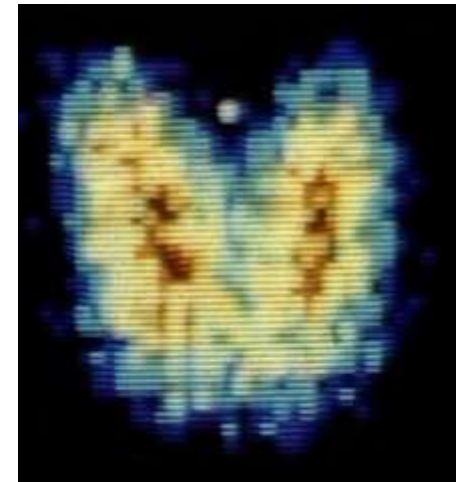
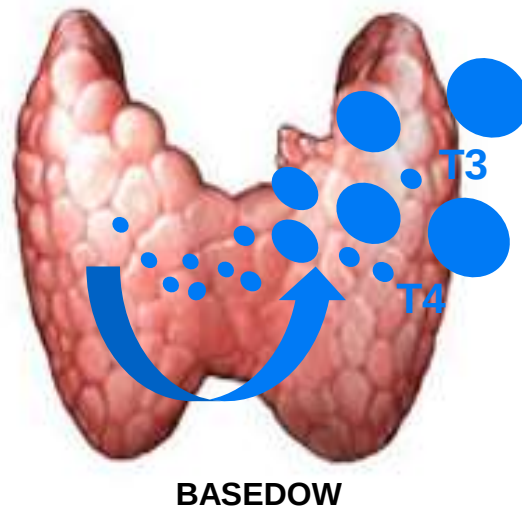
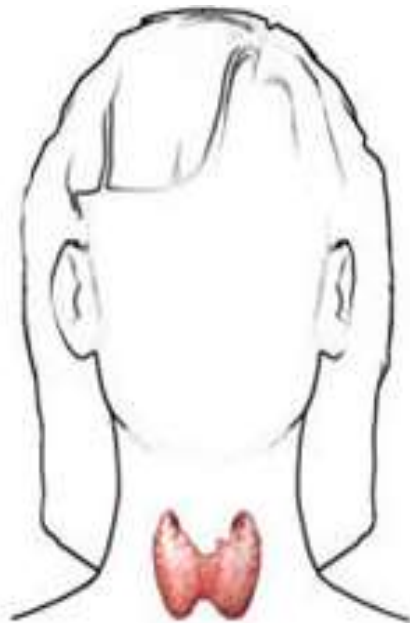
BỆNH BASEDOW

(Graves Disease)

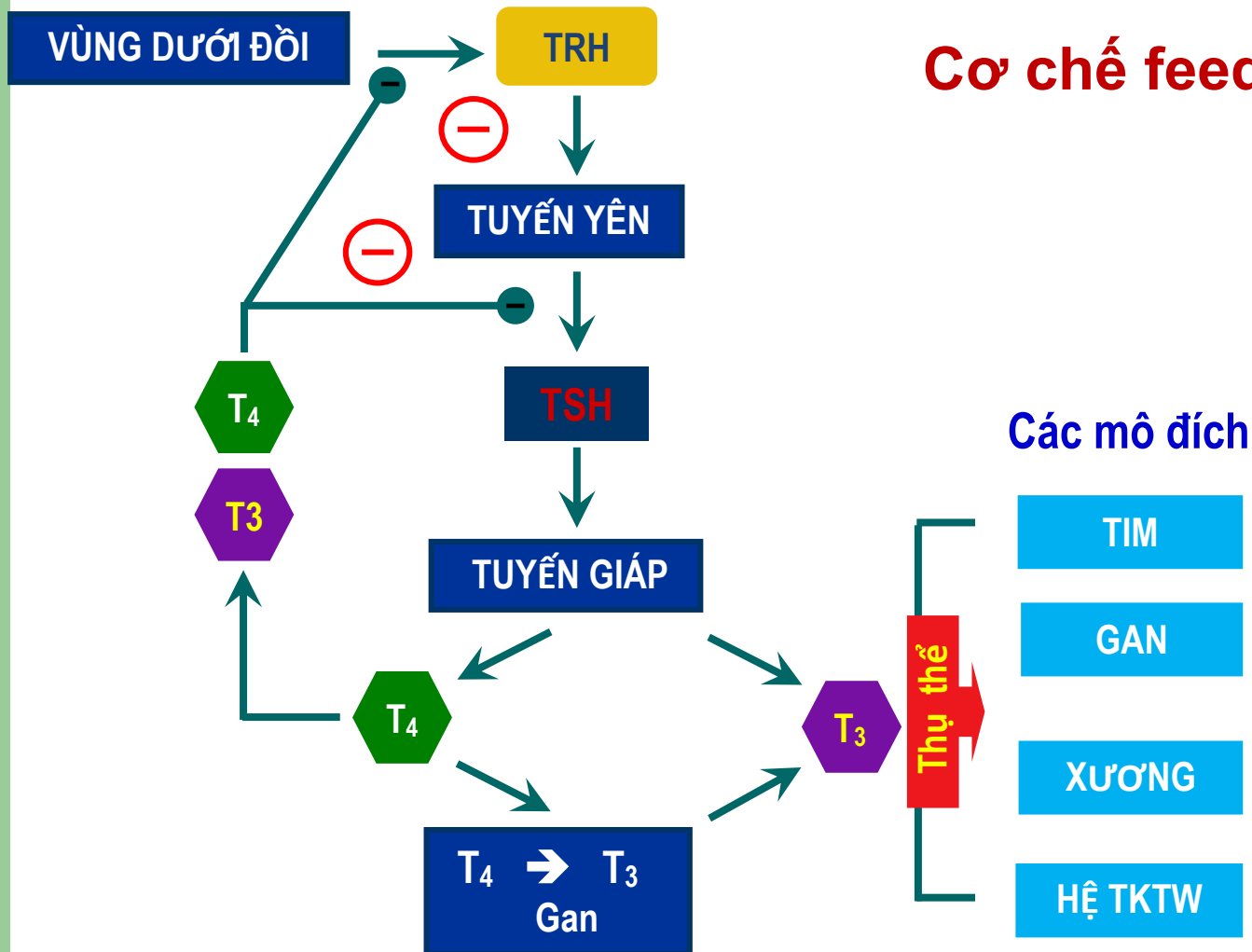
- Bệnh tự miễn, gặp ở nữ 20 – 50t
- Chiếm 80% các trường hợp CG
- Nếu không ĐT, GD tự khỏi = 30%

SINH BỆNH HỌC (GRAVES DISEASE)

Thyroid Receptor Antibody – TRAb: 75 – 95%,
Tác động lên thụ thể của TSH nằm trên màng tế bào TG,
kích thích TG gia tăng hoạt động.



Chuyển hóa của Hormone tuyến giáp



CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng

- HC Cường giáp
- BG to lan toả, bướu giáp mạch
- Các biểu hiện ở mắt, lồi mắt là đặc hiệu: 50%
- Phù niêm trước xương chày: hiếm

Cận lâm sàng

- TSH giảm, FT4 tăng, T3 tăng, TRAb tăng: 75 – 95%
- Siêu âm TG: hình ảnh tăng sinh mạch máu nhiều
- Độ tập trung Iode: có góc thoát

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Theo ATA , AACE 2016

1. RAI (radioactive iodine)
2. Điều trị nội khoa (Kháng giáp tổng hợp)
3. Phẫu thuật

Chỉ định điều trị tùy thuộc từng địa phương

- RAI được ưa thích sử dụng ở Hoa Kỳ
- KGTH và phẫu thuật: được ưa thích sử dụng ở các nước Châu Âu và Châu Á.
- Tùy bệnh cảnh lâm sàng, tuổi tác, tình trạng kinh tế, kích thước bướu, thể trạng, dung nạp thuốc, sự tuân thủ...

CHỌN LỰA ĐIỀU TRỊ

- Tùy bệnh cảnh lâm sàng, tuổi tác, thể trạng,
 - Tình trạng kinh tế, kích thước bướu,
 - Dung nạp thuốc, sự tuân thủ của bệnh nhân...
- Không có CĐ nào là lý tưởng cho GD.

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- Thuốc KGTH là loại thuốc chủ lực (1940)
- KGTH: lựa chọn hàng đầu là MMI (KC 13)
- Các thuốc khác chỉ có vai trò hỗ trợ
- Thời gian điều trị: 12 – 18 tháng
- Lợi ích: không phải trải qua một cuộc PT.
- Bất lợi: Tái phát cao (30 - 50%)

Tác dụng phụ của thuốc

Bướu giáp tồn tại (gây mất thẩm mỹ)

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Thời gian ĐT: 12 – 18 tháng

- Kháng giáp tổng hợp (1940), là thuốc chủ lực
- Iodide (Lugol)
- Ức chế beta ($\pm$): giảm bớt triệu chứng CG
- Corticoids: CG nặng, bão giáp, phẫu thuật...
- Đa sinh tố
- Ngừng hút thuốc lá (thuốc lá làm bệnh mắt nặng lên/ATA 2016)
- Không cho Aspirin/CG nặng

Iodide (Lugol)

Tác dụng:

- Liều cao ức chế sự tổng hợp hormon giáp, cho sau KGTH 1 – 2 giờ
- Ức chế sự phóng thích hormon giáp vào máu
- Giảm tưới máu tuyến giáp, hạn chế chảy máu lúc mổ
- Có tác dụng ngắn, td mạnh vào ngày 5 – 15, hết tác dụng sau 2 – 4 tuần.

Liều: tối ưu 50 – 100mg/ngày

- Lugol 1%: 20 – 60 giọt (25,3 – 75,9mg)
- Thực tế dùng: 20 – 40 giọt x 2 lần/ngày

Iodide (Lugol)

- Chỉ định: các TH cần hạ nhanh nồng độ Hor. giáp
 - Graves disease cần làm thủ thuật
 - Cường giáp nặng, cơn bão giáp
 - Chuẩn bị PT tuyến giáp
 - Có bệnh lý ở gan
 - Có bệnh tim nặng
- Tác dụng phụ:
 - Nổi rash, tăng tiết nước bọt, loét miệng
 - Có thể gây bướu giáp thai nhi ở PN có thai

Ức chế beta (Propranolol)

- Liều cao ức chế $T4 \rightarrow T3$, làm giảm triệu chứng CG
- Thuốc chỉ có tác dụng ngoại vi, phải kết hợp với KGTH
- Tác dụng nhanh, nhưng ngắn
- Nên cho ức chế β đầy đủ: khi không bình giáp được trước PT, không dung nạp KGTH, trước RAI, CG nặng...
- Liều: 10 – 40 mg, x 3 – 4 lần/ngày
- Thực tế: 0,25 – 0,5 viên x 2 - 3 lần/ngày

Chống chỉ định:

- Hen, loét DD-TT, Block A-V, suy tim

THUỐC KHÁNG GIÁP TỔNG HỢP

CĐ: lựa chọn đầu tiên nữ < 50t (châu âu, châu á)

- Nữ CG nhẹ, BG nhỏ, TRAb thấp → tỉ lệ khỏi bệnh cao
- Người lớn tuổi, kỳ vọng sống ngắn
- BN không thể phẫu thuật, hay RAI (bệnh nặng, K giai đoạn cuối)
- Không có sẵn PTV tay nghề cao
- Trẻ em (chỉ dùng MMI theo AACE/ ATA 2016)

CCĐ: không dung nạp với KGTH.

- Kết quả:

- Triệu chứng CG cải thiện sau 2 – 3 tuần
- 60 – 70 % về bình giáp
- 30 – 60% tái phát sau ngưng thuốc

CẢNH BÁO CỦA FDA

(Update 21/4/2010)

- PTU: 32 ca (22 NL, 10 TE) bị tổn thương gan nặng → suy gan, ghép gan và tử vong.
- Rivkees S.A (1998) tổng kết 36 ca có BC nặng do PTU, 2 ca tử vong do suy gan đã được báo cáo ở Mỹ.
- → FDA cảnh báo về tổn thương gan khi sử dụng PTU ở TE và người lớn, thận trọng khi sử dụng PTU.
- Không được sử dụng PTU cho trẻ em (trừ khi không còn lựa chọn nào khác)

THUỐC KHÁNG GIÁP TỔNG HỢP

Imidazol: Methimazol (Thyrozol), Carbamazol

- Ức chế tổng hợp hormon giáp
- Giảm BC hạt, vàng da tắc mật, ít độc tính trên gan so với PTU
- GD trẻ em và người lớn, phụ nữ có thai ở tam cá nguyệt thứ 2, 3
- CG nặng/Cơ bão giáp
- 10mg Carbamazol chuyển hoá thành khoảng 6mg MMI

Thiouracil: PTU

- Ức chế tổng hợp hormon giáp, ức chế sự chuyển T4 thành T3
- Được lựa chọn trong 3 tháng đầu thai kỳ
- Độc tính trên gan
- CG nặng / Cơ bão giáp

Liều khác nhau/cá thể, dựa trên đáp ứng & mức độ nặng của bệnh.



THUỐC KHÁNG GIÁP TỔNG HỢP

Thiamazole (Thyrozol, Methimazole hoặc MMI)

- Thuốc có tác động dài, dùng 1 lần/ngày.
- Liều ban đầu: 10 – 20mg/ngày
- Khi bình giáp → giảm liều còn 5 – 10mg/ngày



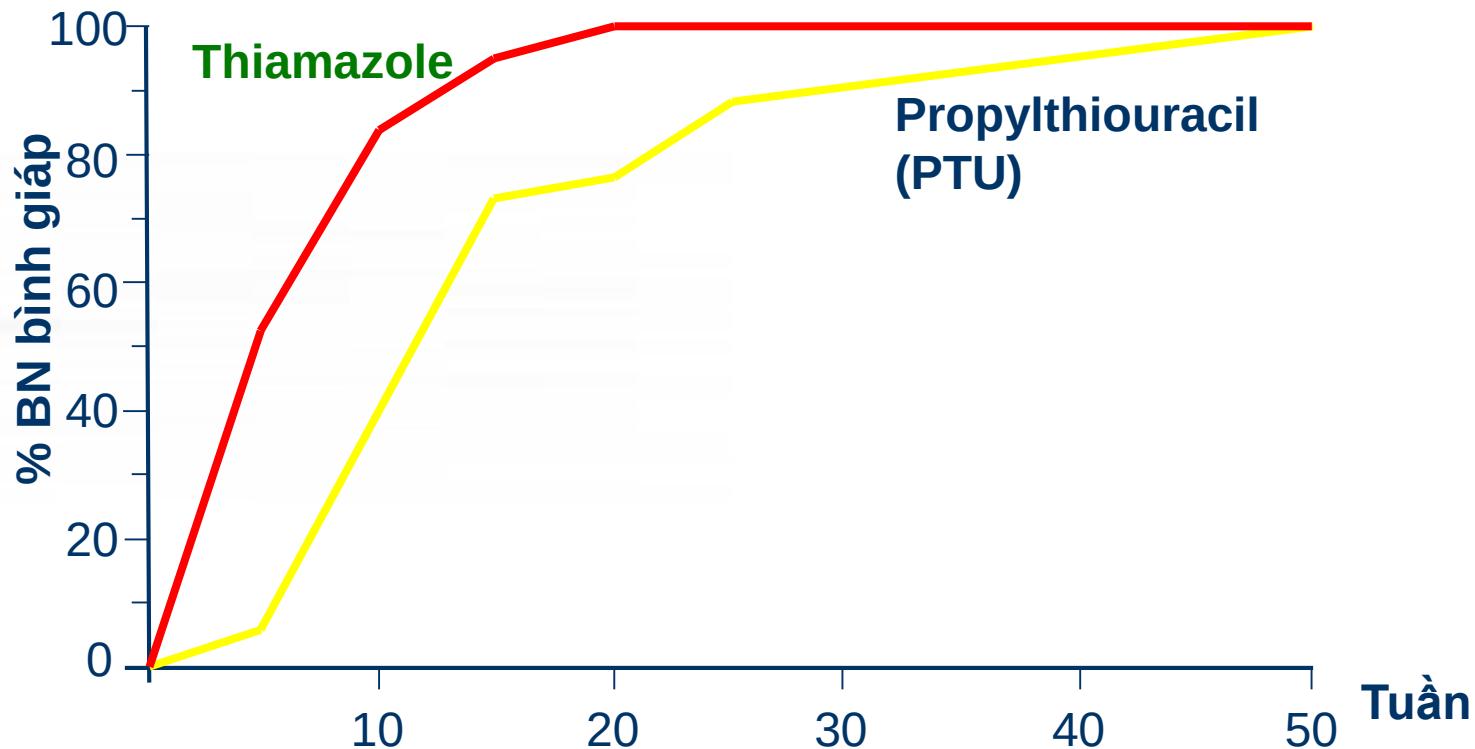
Propylthioracil (PTU):

- Thời gian tác động ngắn, dùng 2 – 3 lần/ngày
- Liều ban đầu: 50 – 150mg x 3 lần/ngày
- Khi bình giáp giảm liều còn 50mg – 100mg/ngày x 2 -3 lần/ngày
- Liều khác nhau/ mỗi cá thể, dựa trên đáp ứng và mức độ nặng của bệnh.

Đặc tính	Thiamazole (Thyrozol)	Propylthiouracil (PTU)	Mức độ chứng cứ
Thời gian đáp ứng Thời gian bán hủy Liều khác nhau/cá thể	Nhanh 4 – 6 g (1 lần/ngày) 10 – 20mg/ngày	Chậm 90 ph (2 -3 lần/ngày) 50 – 150 mg x 3/ngày	A,B
Độc tính	- Hiếm, vàng da ứ mật, giảm BC hạt - Teo TQ (bé có mẹ dùng MMI 3 tháng đầu thai kỳ) - Liên quan liều dùng	- Hoại tử TB gan, viêm mạch máu, giảm BC hạt - Không liên quan liều	B
Tuân thủ điều trị	Tốt hơn	Kém	A
Tác dụng trên hiệu quả của đồng vị phóng xạ	Không ảnh hưởng	Giảm hiệu quả đồng vị phóng xạ	A (MMI) B (MMI, PTU)
David S.C et al. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2003 88(8):3474 - 3481			

Thyrozol – Hiệu quả bình giáp nhanh

Thiamazole tác dụng nhanh hơn PTU: thời gian cần để bình giáp với Thiamazole ngắn hơn so với PTU (**5,8 tuần** sv 16,8 tuần)



Thời gian cần để bình giáp sau điều trị với Thiamazole 10mg x 2/ngày, (n = 66) hoặc hoặc PTU (100mg x 3 / ngày, n=17).

THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Trước dùng KGTH: KC 15

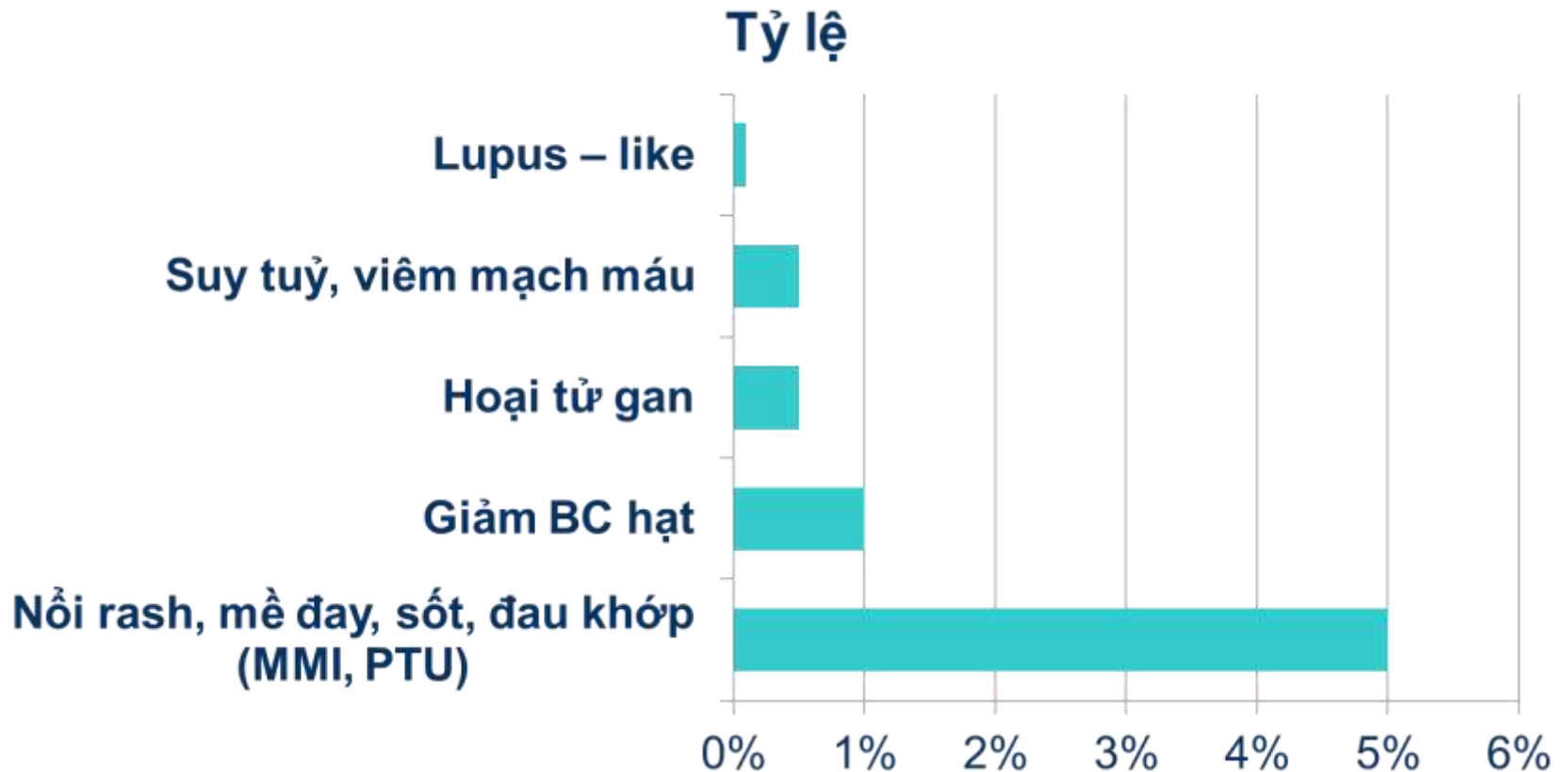
- Thử CTM, đếm bạch cầu, men gan, bilirubin
- Trong điều trị: thử CTM, men gan nếu có sốt, đau họng, vàng da, đau bụng...

Sau dùng KGTH:

- Thử CTM, đếm bạch cầu, men gan, bilirubin
- Theo dõi FT4, T3 sau 1 tháng để chỉnh liều, sau đó mỗi 2 tháng, khi bình giáp thử lại mỗi 3 tháng
- Liều KGTH được giảm dần để duy trì bình giáp
- Sau ngưng KGTH kiểm tra CN giáp mỗi năm
- Trước khi ngưng KGTH nên thử TRAb, CN giáp, siêu âm TG

Ross A.D (2016). *“American Thyroid Association: Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis”*. Thyroid

TÁC DỤNG PHỤ KGTH



Nếu nghi ngờ giảm BC hạt do thuốc → ngưng thuốc ngay

CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN TÁI PHÁT (qua các NC) – KC 23

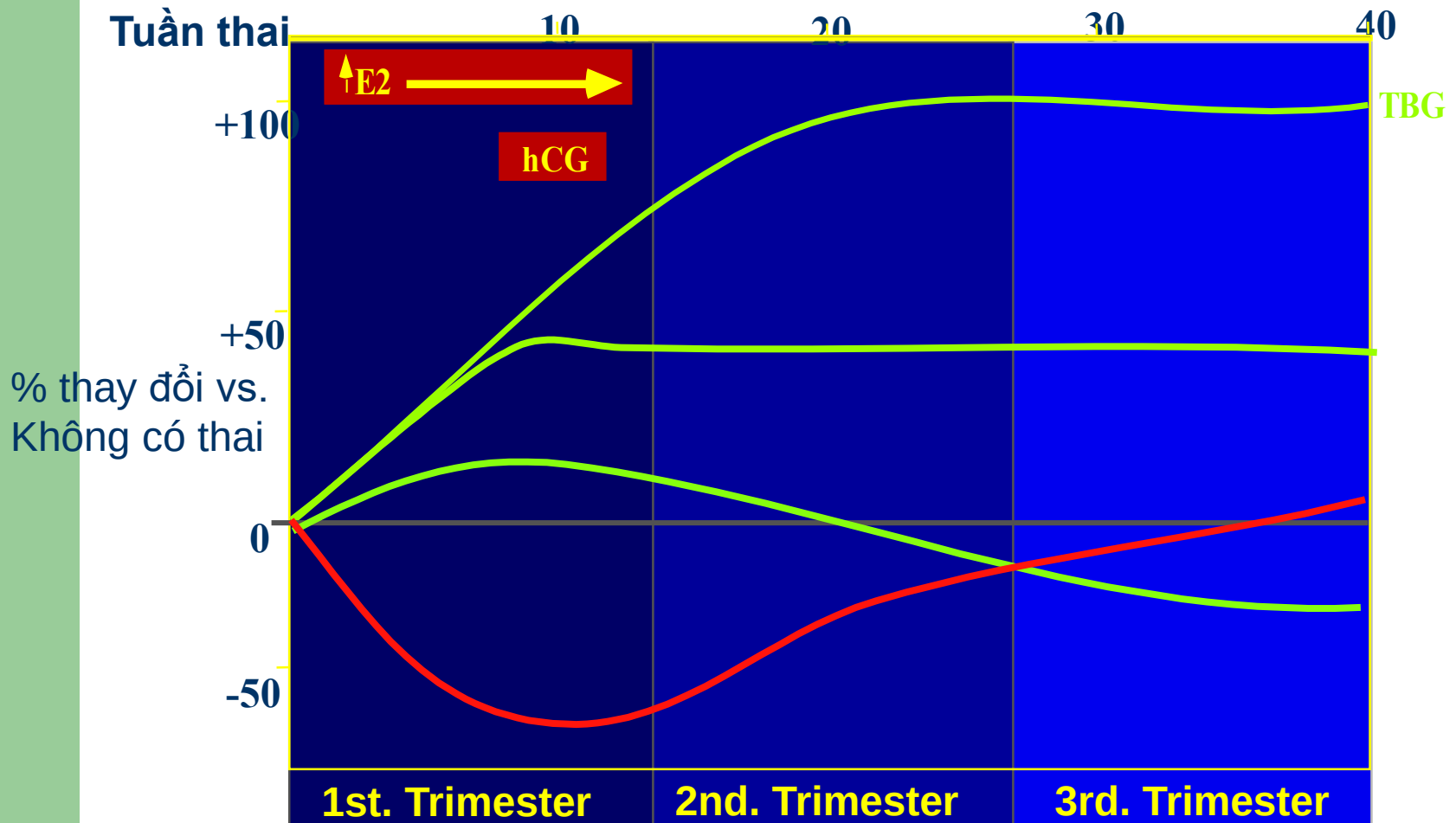
- Nhiễm độc giáp nặng, nhiều biến chứng của CG
- Bướu giáp quá to ($>80\text{g}$)
- Hút thuốc lá (đặc biệt là nam giới)
- Liều MMI ban đầu cao 60 – 80 mg/ngày
- TRAb tăng cao kéo dài/điều trị: tái phát 80 – 100%
- Siêu âm TG: còn tăng sinh mạch máu nhiều
- **Tiêu chuẩn ngưng KGTH**: ĐT đủ thời gian, TSH, TRAb về bình thường (KC 22)

GRAVES' DISEASE Ở PHỤ NỮ CÓ THAI

Kháng giáp tổng hợp

- GD thai kỳ có gđ lui bệnh: liều thấp, ĐT ngắt quãng hoặc ngưng thuốc hẳn, thai gây ức chế MD toàn thân → TRAb có thể bị ức chế.
- KGTH: dùng liều thấp giữ FT4 ở gh trên của mức BT và TSH ở gh thấp của mức BT → tránh suy giáp thai nhi.
- TD chức năng giáp/tháng để điều chỉnh liều MMI
- Đo TRAb ở TCN đầu, nếu cao đo lại tuần 18 – 22, nếu cao → đo lại ở tuần 30 – 34, dự đoán nguy cơ gây CG cho thai và CG sơ sinh
- **RAI:** chống chỉ định
- Tránh phẫu thuật ở tam cá nguyệt thứ I và III

TSH thấp trong tam cá nguyệt đầu, FT4 trong thai kỳ có thể không tin cậy



Lưu ý: Dùng thuốc kháng giáp trong thời gian mang thai và hậu sản

- 10 tuần: TSH thấp, FT4/T3 bình thường hoặc hơi cao (phải gấp 1,5 lần trị số tham khảo mới có giá trị CĐ).
- Nếu TCLS không rõ ràng, nên đo thêm TRAb giúp chẩn đoán GD/có thai (độ nhạy 95%, độ chuyên 99%)
- PTU được đề nghị trong điều trị cường giáp/3 tháng đầu TK.
- BN đang sử dụng MMI/3 tháng đầu TK → dùng PTU.
- Sang tam cá nguyệt thứ 2 nên cân nhắc chuyển lại MMI.

■ RECOMMENDATION 28

PTU is preferred for the treatment of hyperthyroidism in the first trimester. Patients on MMI should be switched to PTU if pregnancy is confirmed in the first trimester. Following the first trimester, consideration should be given to switching to MMI. Level I-USPSTF



PHẪU THUẬT

- Kocker (1909) giải Nobel cho lĩnh vực phát triển PT điều trị GD
- Không phải là lựa chọn đầu tiên.
- Thành công 98%/ PTV có tay nghề cao

PHẪU THUẬT

Theo khuyến cáo ATA và AACE 2016:

- Nên chọn PTV có tay nghề cao (25 - 30 ca/năm)
- Nên cắt giáp trọn hoặc gần trọn

Trước PT:

- Bình giáp = MMI, cho UC beta, cho lugol 10 ngày trước PT
- Đánh giá Canxi và 25OH-vitD
- Hydrocortison trước PT và sau PT

Sau PT:

- Ngưng KGTH, giảm liều UC beta, và bù hormon giáp (1,6µg/kg/ngày)
- Bù calcitriol

Ross A.D (2016). “*American Thyroid Association: Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis*”. Thyroid

CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT/GRAVES' DISEASE

- Tuyến giáp rất lớn > 80g
- Bệnh Graves' Disease và có kết hợp với nhân giáp nghi ngờ ác tính, nhân giáp >4cm (nhân không CN hoặc giảm chức năng)
- Có triệu chứng chèn ép tại chỗ
- Có thai nhưng không dung nạp được với KGTH
- Thất bại với điều trị nội khoa hoặc RAI
- TRAb cao và có bệnh lý mắt do GD trung bình – nặng
- Trẻ em < 5 tuổi

CCĐ TƯƠNG ĐỐI

- Bệnh lý tim phổi nặng
- Có thai trong tam cá nguyệt I và III

Các tai biến trong và sau PT?

Phẫu thuật liệu có an toàn ?

Phẫu thuật có tốt hơn RAI, KGTH?

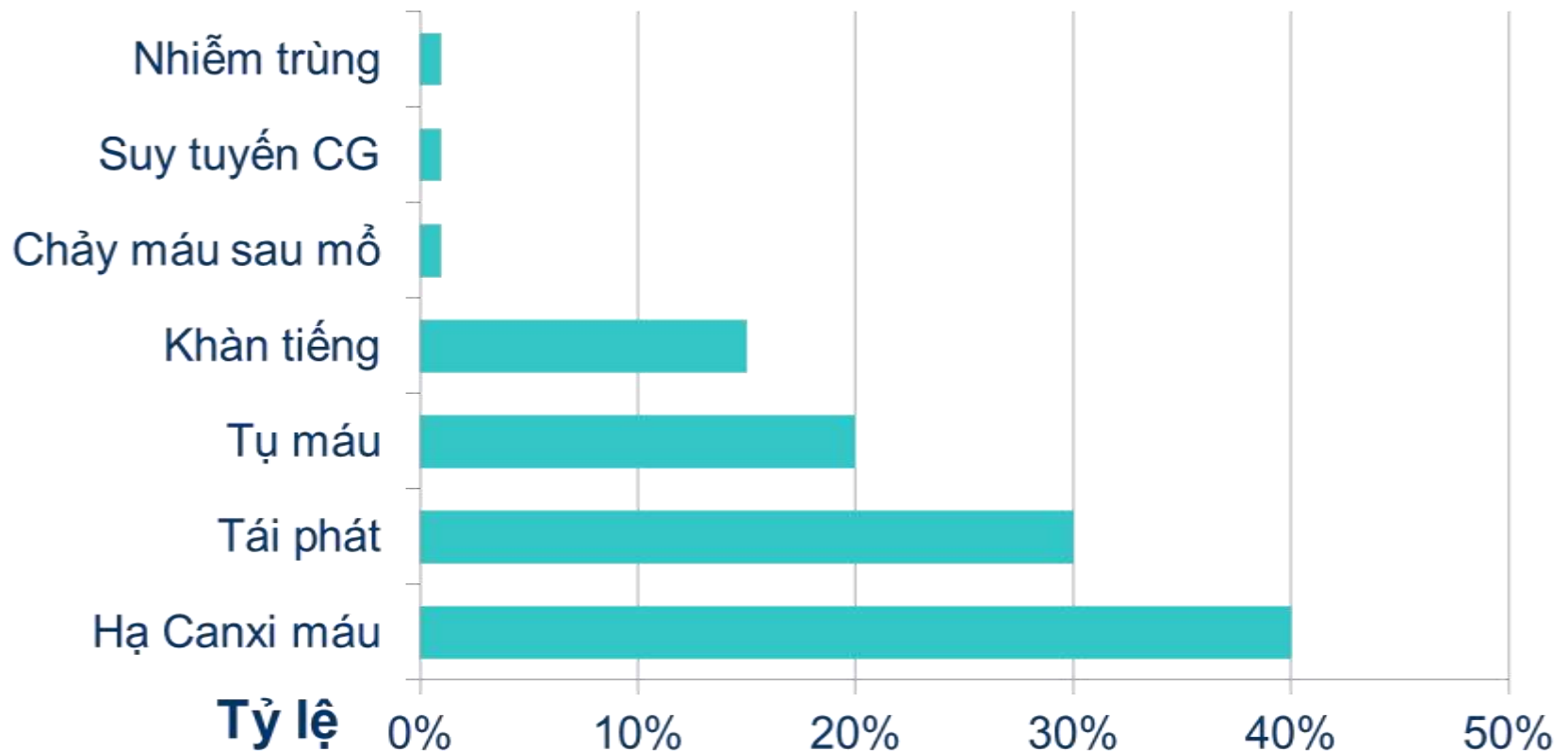
PHẪU THUẬT/GRAVES' DISEASE

- NC gộp 35 NC với 7241 BN, với thời gian theo dõi 5,6 năm với kết quả sau:

Loại phẫu thuật	Cắt giáp TP	Cắt giáp BP
Số bệnh nhân	538	6703
Bình giáp		59,7%
Suy giáp	100%	25,6%
CG tái phát	0%	7,9%
Tổn thương TKQN	0,9%	0,7%

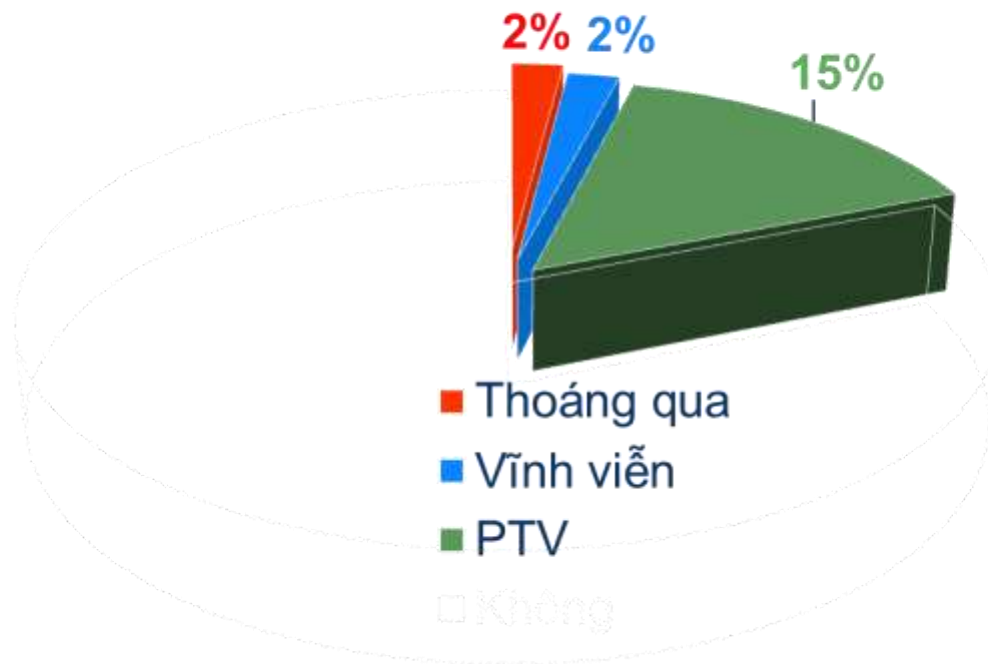
Tapash K. P., Charles C. M., Darlene M. M. (2000) "The Efficacy of Thyroidectomy for Graves' Disease: A Meta-analysis" Journal of Surgical Research Vol 90, 2, pp: 161–165

Các tai biến do phẫu thuật



Các tai biến do phẫu thuật

Tổn thương TKQN



PHẪU THUẬT/GRAVES' DISEASE

- Theo khuyến cáo ATA và AACE, PTV giới:

Biến chứng	Tỷ lệ
Tổn thương TKQN	<1%
Hạ canxi máu thoáng qua	< 2%
Chảy máu sau PT	0,3 – 0,7%
Tử vong sau PT	1/10.000 – 5/1000.000

Tapash K. P., Charles C. M., Darlene M. M. (2000) "The Efficacy of Thyroidectomy for Graves' Disease: A Meta-analysis" *Journal of Surgical Research* Vol 90, 2, pp: 161–165

PHẪU THUẬT NGOÀI TUYẾN GIÁP

- CG chưa được chẩn đoán
- CG chưa ổn định
- Nhiều bệnh mạn tính đi kèm
- Bệnh lý nặng cần phẫu thuật
- Stress phẫu thuật

Nguy cơ → Cơn bão giáp

CHUẨN BỊ TRƯỚC MỒ

- Nếu nghi ngờ xử trí như CBG
- KGTH
- Iod vô cơ (Lugol)
- Ức chế β
- Corticoid

CHUẨN BỊ TRƯỚC MỒ

Mồ khản, Mồ Cấp Cứu (uống/ngã trực tràng)

PTU: 200 mg/4 giờ

Cắt giáp trọn: ngưng

MMI: 20 mg/6 giờ

PT ngoài TG: tiếp tục

Propranolol: 40 – 80 mg x 3 - 4

Tiếp tục

Hydrocortisol: 100 mg/8 giờ

Tiếp tục 72 giờ

Lugol 1%: 20 – 40 giọt x 2

Cắt giáp trọn: ngưng

PT ngoài TG: tiếp tục

R.W. Langley, H.B. Burch (2003). Perioperative management of the thyrotoxic patient. Endocrinol Metab Clin N Am (32) 519–534

LIỀU ĐỀ NGHỊ CHO MỘT TRƯỜNG HỢP CƯỜNG GIÁP NẶNG CHƯA ỔN CẦN MỔ KHẨN

- PTU 50 mg: 4v x 6/ngày
 - Hoặc Thyrozol 5 mg: 4v x 4/ngày
 - Hoà 90 ml nước cất, thắt giữ qua hậu môn với sonde Foley
 - Bơm thuốc, bơm bóng, giữ trong vòng 2 giờ
- Lugol 1%: 20 – 40 giọt x 3/ngày
- Propranolol 40mg: 1 v x 3/ngày
- Hydrocortison 100 mg: 1 ống x 3/ngày (TMC)

THEO DÕI SAU MỔ (ATA 2016)

- Hạ Ca máu: thoáng qua trong 24giờ đầu, 40 - 60%
- Đo Ca ion hoá vào buổi tối sau PT và sáng ngày kế tiếp.
- Bù canxi và calcitriol theo mức canxi đo được.
- Đo chức năng tuyến giáp 4 – 6 tuần sau mổ
- Đo TSH 6 – 8 tuần sau PT và mỗi năm nếu bình thường
- Suy giáp: thường gặp ở PT cắt giáp trọn hoặc gần trọn, bù L.T4 khi có suy giáp, liều 1,6µg/kg/ngày

RAI (131 – IODE) ***(Radioactive iodine)***

- Trên TG 1941(Hertz)
- VN 1978 (BV Bạch Mai)
- Phá hủy TG & làm ↓ tổng hợp hormon giáp
- Ưu điểm:
 - Kiểm soát được CG, triệu chứng CG ↓ sau 4 – 8 tuần
 - Hạn chế các BC của PT & TD phụ của KGTH
 - 10 – 30% suy giáp sau 2 năm ĐT, sau đó 5%/năm
 - Thất bại < 20%

BIẾN CHỨNG CỦA RAI – GRAVES' DISEASE

BC ngắn hạn:

- Nôn ói, thoáng qua
- Đau vùng TG 1 – 3 ngày, viêm giáp do xạ → Cường giáp
- CBG: hiếm, 1 – 14 ngày sau RAI (CG nặng, BG lớn).
- Nếu ngưng KGTH quá sớm trước RAI và BG quá lớn → hor. giáp dự trữ sẽ ↑ lại → CBG. Chỉ cần ngưng KGTH trước 5 ngày là đủ, tiếp tục ức chế beta.

BC lâu dài:

- Suy giáp vĩnh viễn: 95%
- Bệnh mắt xấu đi: prednison x 3 tháng → ± phòng ngừa được
- Cường CG nặng sau RAI: hiếm
- Nếu kích thước TG > 80g → RAI liều cao để tránh tái phát (KQ kém, nên PT trường hợp này)

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH RAI/GD

CHỈ ĐỊNH

- Bắc Mỹ: lựa chọn đầu tay BN > 50t
- Điều trị nội khoa thất bại hoặc không dung nạp KGTH
- Bệnh tim nặng, bệnh lý gan, thể trạng yếu không cho phép PT
- Bệnh nhân từ chối phẫu thuật

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có thai
- Cho con bú
- Trẻ em < 5 tuổi
- Cường giáp nặng không kiểm soát được

RAI (131 – IODE) CÓ GÂY UNG THƯ?

- Theo lý thuyết mô TG sau RAI có ngưỡng nguy cơ K.
- Nguy cơ K tăng cao nhất ở trẻ < 5t và giảm dần sau tuổi 20.
- Rivkees S.A. (2007): tăng K ở trẻ < 5 tuổi đều do sử dụng liều RAI rất thấp
- Các NC: BN ở vùng thiếu iode +/- TX xạ trị liều thấp → tăng nguy cơ K.

RAI – GRAVES' DISEASE

- 1 NC sau ĐT RAI với liều cao > 1.200 trẻ em, thanh thiếu niên/GD theo dõi 5, 15, thậm chí 20 năm, cho thấy không ↑ nguy cơ K.
- Có > 100 TE được điều tra gần 4 thập kỷ sau RAI, không thấy có biến cố gì, hoặc tử vong do RAI.

RAI – GRAVES' DISEASE

- NC > 3.000 trẻ em và 1 NC khác > 6.000 trẻ em GD điều trị RAI → không tăng nguy cơ K, nguy cơ K có liên quan đến vùng thiếu iode và tiếp xúc liều xạ thấp

Nguy cơ với RAI

- Hamburger J.I. ; Hayek A, Chapman E. và Sarkar S.D.: dị tật bất thường lúc sinh ở trẻ có mẹ điều trị RAI không khác biệt so với mẹ khỏe mạnh, không dùng RAI
- ATA/AACE: Các BC Tim mạch, MM não sau RAI cũng không thấy, Leucemie cũng không thấy gia tăng.
- Tử vong do K sau điều trị RAI cũng không tìm thấy.
- AACE/ATA 2016: K giáp, K dạ dày, K thận đã có báo cáo, cần NC thêm

RAI – GRAVES' DISEASE

- Dobyns B.M (Td 10 – 20 năm): KGTH làm tăng nguy cơ K gấp 5 lần/so RAI và gấp 8 lần/ so PT.
- Belfiore A.: Tỷ lệ K ở BN dùng KGTH cao hơn/so với RAI và PT
- Rivkees S.A. (2007); Chao M (2009), Cury A.N (2013) cho thấy RAI hiệu quả và an toàn ở trẻ em và thanh thiếu niên.
- Tuy nhiên Thầy thuốc ít có chỉ định RAI cho trẻ em bị GD, mặc dù không có bất kỳ ca tử vong nào liên quan đến RAI.

CHUẨN BỊ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ RAI – GRAVES' DISEASE

Trước điều trị: nên ĐT nội khoa trước RAI

- Ức chế beta($\pm$): để giảm triệu chứng CG
- MMI: ngưng 2 – 3 ngày trước RAI, có thể dùng lại 3 – 7 ngày sau RAI, giảm liều khi CN giáp về bình thường
- Nên làm test thử thai 48 giờ trước RAI
- Chỉ điều trị RAI khi test thử thai (-)
- Giáo dục bệnh nhân: đảm bảo an toàn bức xạ khi ĐT

RAI – GRAVES' DISEASE

Sau điều trị: khuyến cáo 11, 12

- Thử TSH, FT4, T3 sau RAI 1 – 2 tháng, sau đó 4 – 6 tháng, cho đến khi suy giáp và ổn định với liều hormon thay thế
- Nếu cường giáp vẫn tồn tại sau 6 tháng → thực hiện RAI lại
- Trì hoãn có thai ít nhất 4 – 6 tháng
- Chồng cũng phải có biện pháp tránh thai
- Bệnh mắt có thể xấu đi/ ĐB hút thuốc lá

Các hướng dẫn thực hiện trước khi điều trị RAI

Hướng dẫn cho BN trước điều trị RAI	Nhịn đói Loại lode được dùng (dạng nước hay dạng viên) Mục tiêu điều trị: kiểm soát CG và đưa về suy giáp Các biến chứng và tác dụng phụ: SG, CG, GO Dùng hormon thay thế khi suy giáp
Viết vào nhật ký theo dõi	Ngày ngưng thuốc KGTH, ngày dùng lại KGTH Ngày và thời gian điều trị các loại thuốc Ngày hẹn tái khám
Đảm bảo an toàn khi điều trị RAI	Tránh tiếp xúc với gia đình, người thân, trẻ em, PN có thai (cách xa 2m x 10 ngày)

Một số thuốc nên được ngưng trước khi RAI

KGTH và đa sinh tố
(PTU, Methimazol, Carbimazol)

KGTH: ngưng 3 – 5 ngày
Đa sinh tố: ngưng trước 1 tuần
Ức chế beta: có thể tiếp tục

Thạch (agar), Lugol's, SSKI

Ngưng 2 – 3 tuần, tùy nồng độ Iode

Chất cản quang (TM)

Ngưng 3 – 4 tuần

Amidarone

Ngưng 3 – 6 tháng

Martin A.W, Matthias B., et al (2007). The Society of nuclear Medicine Guidelines, BMJ (26);334;514, ATA 2011

KẾT LUẬN

1. Không có chỉ định ĐT nào là lý tưởng cho mọi trường hợp GD (A)
2. Sử dụng MMI cho tất cả các trường hợp GD, trừ 3 tháng đầu thai kỳ.
3. Thử CTM, men gan, bilirubin trước khi ĐT với MMI
4. Chỉ ngừng MMI khi ĐT đủ thời gian, TSH, TRAb về BT
5. Cắt giáp trọn có biến chứng tương tự như cắt giáp bán phần, nhưng tỉ lệ khởi cao hơn và ít tái phát (A)
6. Nếu GD có bệnh mắt trầm trọng thì PT hoặc RAI kết hợp với glucocorticoids (B)
7. RAI không làm tăng nguy cơ ung thư/điều trị GD (A).
8. *Hướng dẫn BN cẩn thận trước và sau điều trị RAI*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bahn R.S et al (2011). *“Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: Management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinologists”*. Thyroid, Vol. 21, 6, pp: 593 – 692.
- Caswell H.T et al (1966). *“Definitive treatment of 536 cases of hyperthyroidism with I-131 or surgery”*. Annals of surgery, Vol. 164, 4, pp: 593 – 597.
- Cury A.N (2013), *“Clinical experience with radioactive iodine in the treatment of childhood and adolescent Graves’ disease”*. Endocrine Connections, Vol 2, 32 – 37.
- Hamburger J.L (1976), *“Intentional radioiodine ablation in graves’ disease”*, The Lancet, Vol. 307, 7957, pp 492.
- Hayek A., Chapman E.M, et al (1970). *“Long-Term Results of Treatment of Thyrotoxicosis in Children and Adolescents with Radioactive Iodine”*. N Engl J Med, Vol. 283, pp:949-953
- Metchick L.N (2013). *“Guidelines for patients receiving radioactive iodine for treatment of hyperthyroidism”*. Edgewater Endocrinology
- Mumtaz M. et al (2009). *“Radioiodine I-131 For The Therapy Of Graves’ Disease”*. Malaysian Journal of Medical Sciences, Vol. 16, No. 1, pp: 25 – 33.
- Ross A.D (2016). *“American Thyroid Association: Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and other causes of Thyrotoxicosis”*. Thyroid. (DOI: 10.1089/thy.2016.0229
- Sarkar S.D et al (1976). *“Subsequent fertility and birth histories of children and adolescents treated with 131I for thyroid cancer”*. J Nucl Med, Vol 17(6), pp:460-464.



XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN

Lưu ý: Dùng thuốc kháng giáp trong thời gian mang thai và hậu sản

THYROID
Volume 21, Number 10, 2011
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/thy.2011.0087

PREGNANCY AND FETAL DEVELOPMENT

Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum

The American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum

Alex Stagnaro-Green (Chair),¹ Marcos Abalovich,² Erik Alexander,³ Fereidoun Azizi,⁴ Jorge Mestman,⁵
Roberto Negro,⁶ Angelita Nixon,⁷ Elizabeth N. Pearce,⁸ Offie P. Soldin,⁹
Scott Sullivan,¹⁰ and Wilmar Wiersinga¹¹

Hướng dẫn của Hiệp Hội Tuyến Giáp Hoa Kỳ về chẩn đoán và điều trị Bệnh lý tuyến giáp trong thời kỳ mang thai và hậu sản