

# **CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ SUY GIÁP 2016**

**TS. BS NGUYỄN THỊ THU THẢO  
TK NỘI TIẾT – THẬN - BVNDGD**

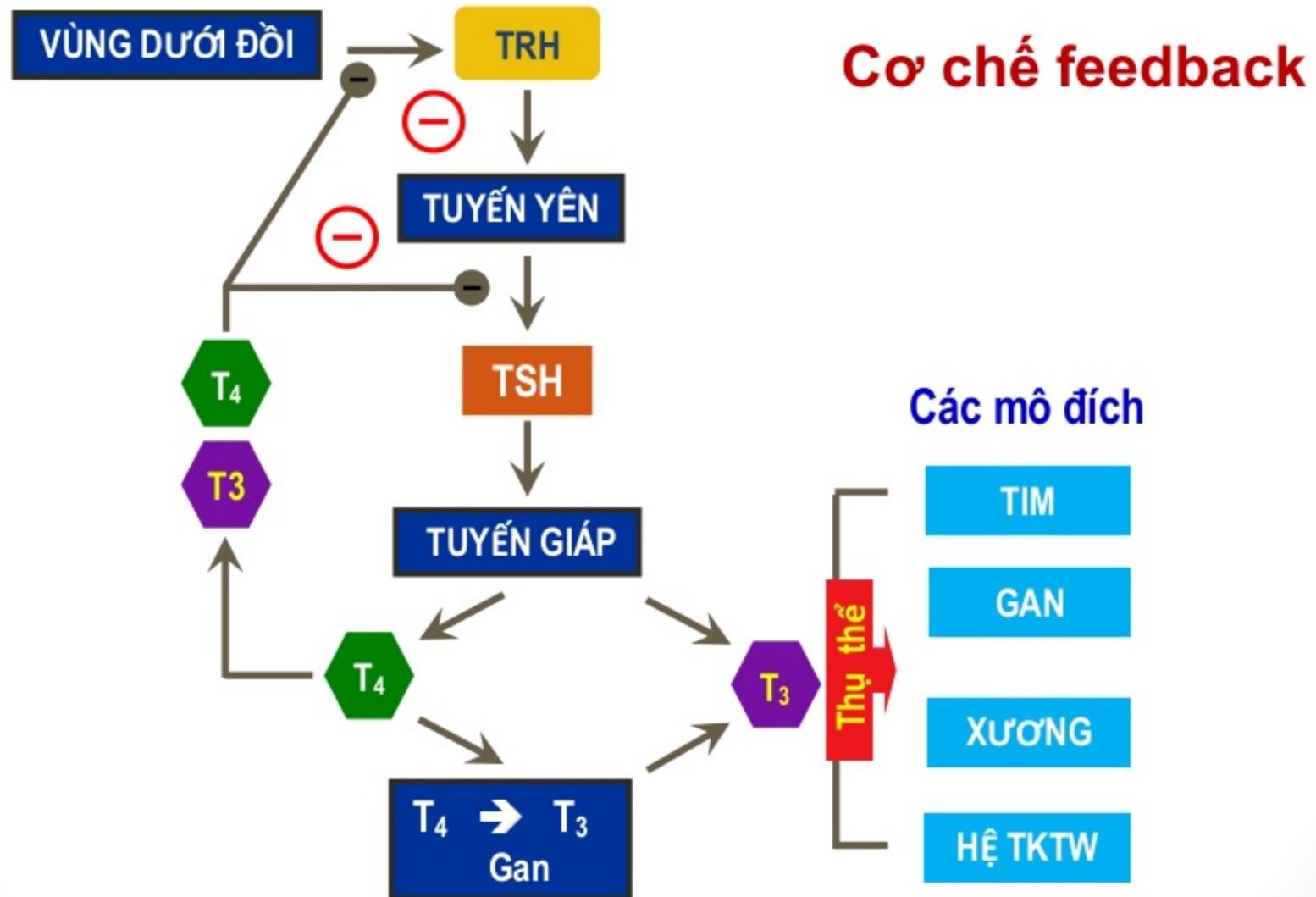
# Mục đích yêu cầu

- Hiểu được sinh bệnh học, nguyên nhân suy giáp
- Chẩn đoán và điều trị được suy giáp nguyên phát
- Biết được các thể lâm sàng và điều trị được: suy giáp dưới lâm sàng, suy giáp và thai kỳ, suy giáp ở người lớn tuổi và có bệnh lý tim mạch
- Biết được TSH mục tiêu theo cá thể hoá

# SUY GIÁP

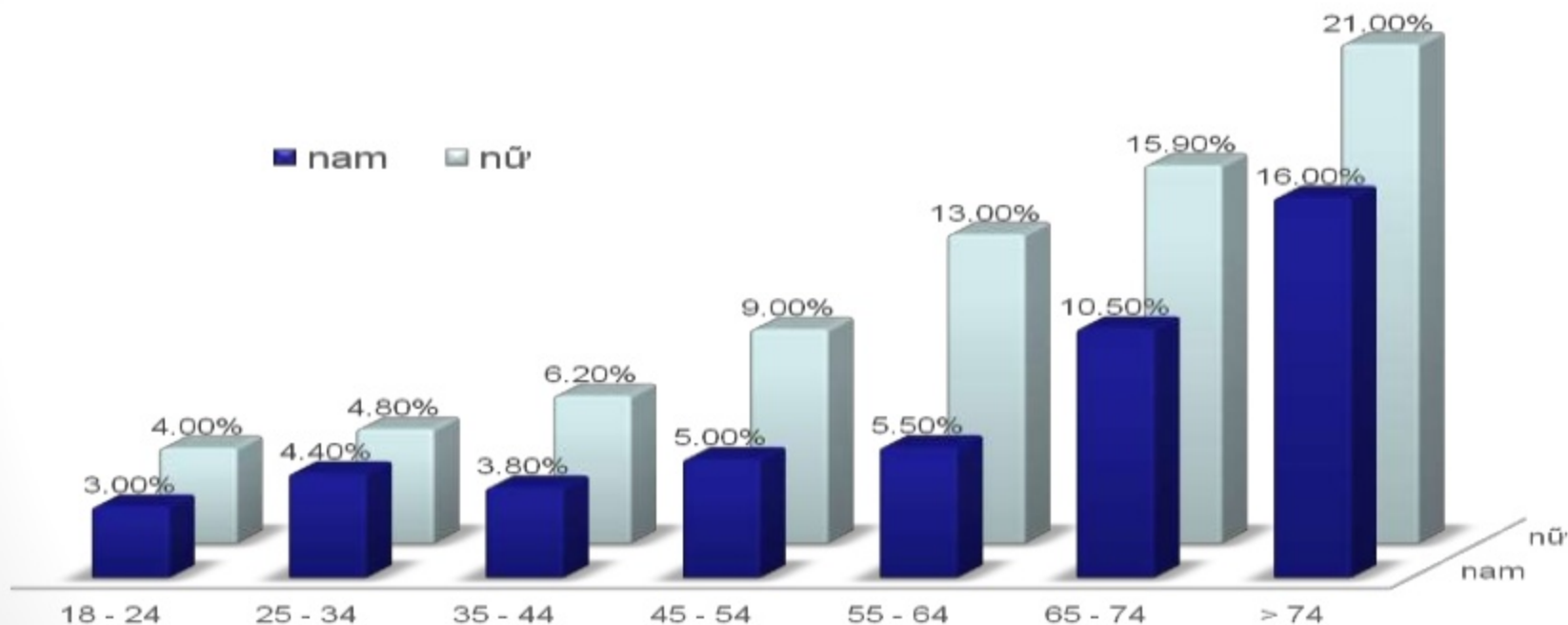
- Suy giáp là tình trạng giảm chức năng tuyến giáp
- → Giảm SX hormone giáp dưới mức bình thường
- → Tổn thương mô và RL chuyển hoá.

# Chuyển hóa của Hormone tuyến giáp



# Tần suất suy giáp tăng theo tuổi

Colorado research



Tần suất SG/ cộng đồng DS chung 2%, SG DLS: 5 – 9%  
Tần suất SG gia tăng ở ĐTĐ típ 1, 2, STM, Béo phì

# SUY GIẤP: Nguyên nhân

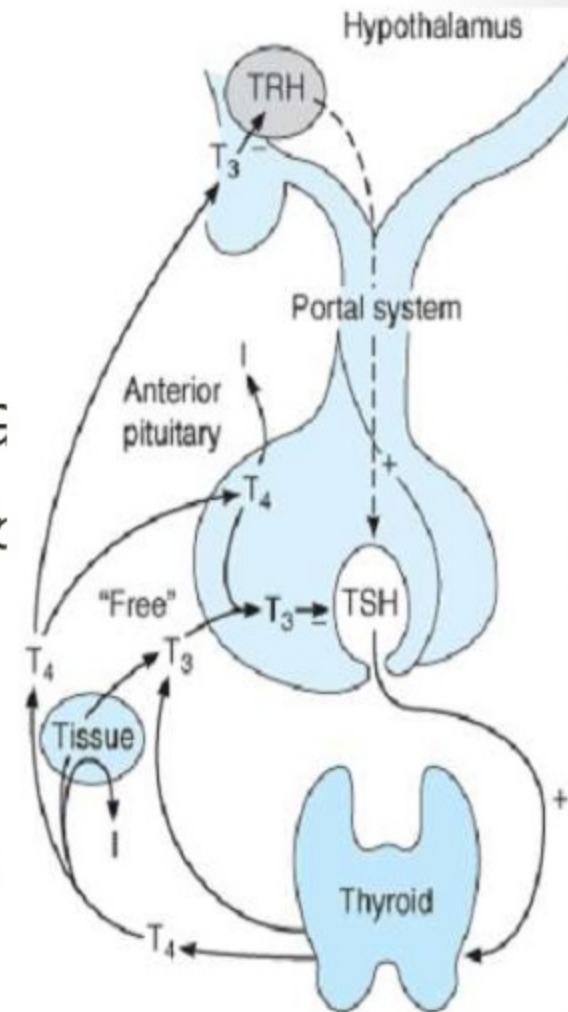
## SG nguyên phát (95% trường hợp)

- Vĩnh viễn:** VG Hashimoto, SG nguyên phát thể xơ teo, SG sau điều trị (mỡ,  $^{131}\text{I}$ , chiếu xạ)
- Hồi phục:** giai đoạn SG của viêm giáp bán cấp, VG thể yên lạnh, do thuốc (iod vô cơ, thuốc kháng giáp lithium)

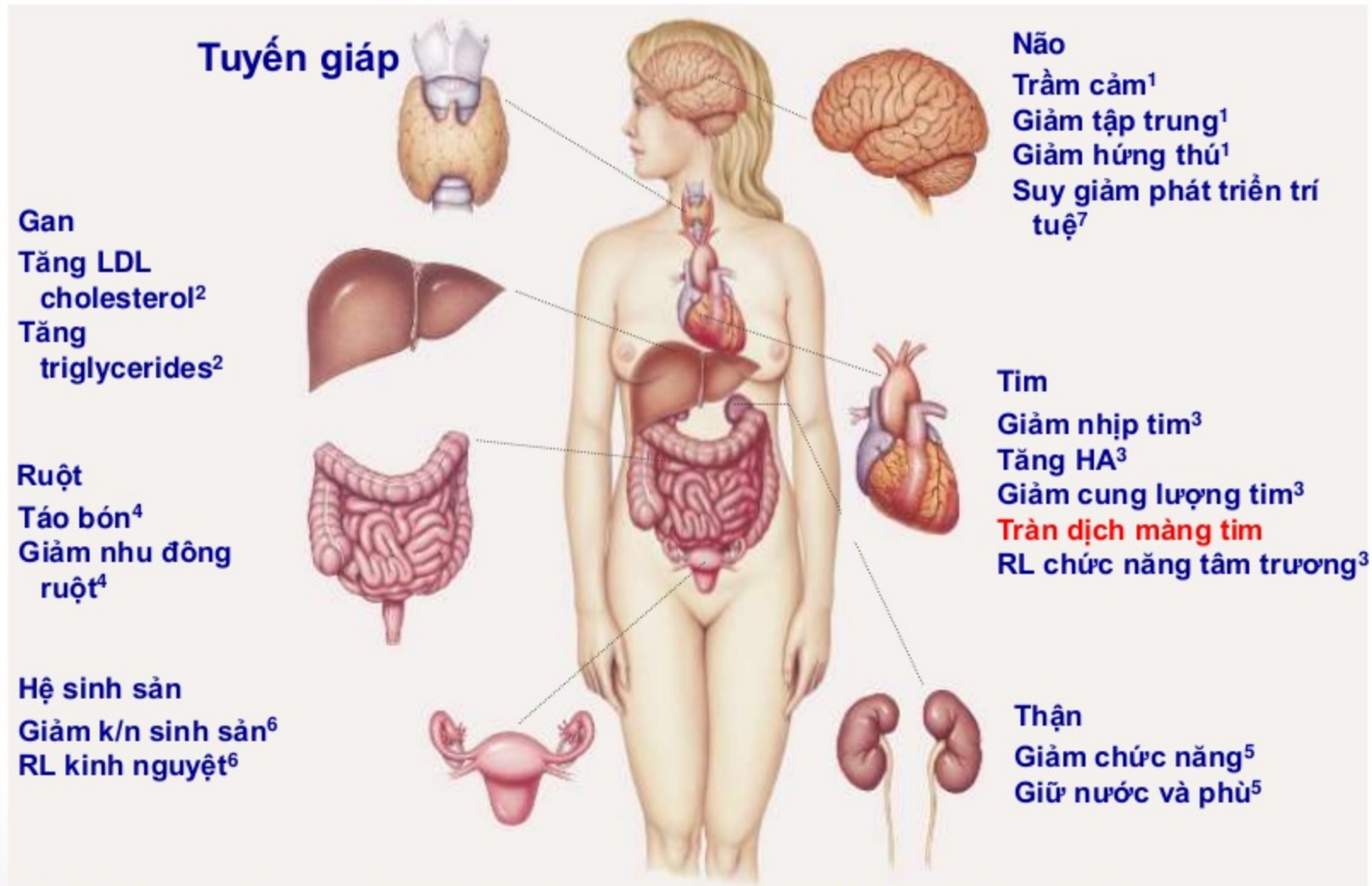
## SG thứ phát, SG tam phát (SG trung ương 5%)

- Bệnh Vùng hạ đồi-Tuyến yên, hoại tử TY sau sinh, u, loại khác

## Mô ngoại vi đề kháng với hormon giáp (hiếm)



# Triệu chứng của suy giáp rất đa dạng



1. Nemeroff CB. Clinical significance of psychoneuroendocrinology in psychiatry: focus on the thyroid and adrenal. *J Clin Psychiatry*. 1989;50(suppl):13-20.
2. Klausen IC, Nielsen FE, Hegedüs L, Gerdes LU, Charles P, Faergeman O. Treatment of hypothyroidism reduces low-density lipoproteins but not lipoprotein (a) *Metabolism*. 1992;41:911-914.
3. Polikar R, Burger AG, Scherrer U, Nicod P. The thyroid and the heart. *Circulation*. 1993;87:1435-1441.
4. Vassilopoulou-Sellin R, Sellin JH. The gastrointestinal tract and liver in hypothyroidism. In: Braverman LE, Utiger RD, eds. *Werner and Ingbar's The Thyroid*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:816-820.
5. Moses AM, Scheinman SJ. The kidneys and electrolyte metabolism. In: Braverman LE, Utiger RD, eds. *Werner and Ingbar's The Thyroid*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:812-815.
6. Emerson CH. Thyroid function and disease in the female. In: Gold JJ, Josimovich JB, eds. *Gynecologic Endocrinology*. 4th ed. New York, NY: Plenum Publishing Corp; 1987:109-133.
7. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med*. 1999;341:549-555.

# Triệu chứng suy giáp

- **Mệt mỏi**
- **Tăng cân**
- Da khô và sợ lạnh
- Xanh tái
- Lưỡi lớn và dày
- Rụng lông, tóc
- Giọng khàn
- Điếc
- Giảm tình dục
- **Mất tập trung**
- **Hay quên**
- **Trầm cảm**
- **Chậm chạp**
- **RL kinh nguyệt và vô sinh**
- **Nhịp tim chậm**
- Táo bón
- Hôn mê suy giáp







Phù cứng



Phù cứng có màu vàng (thừa Carotene)

# CẬN LÂM SÀNG

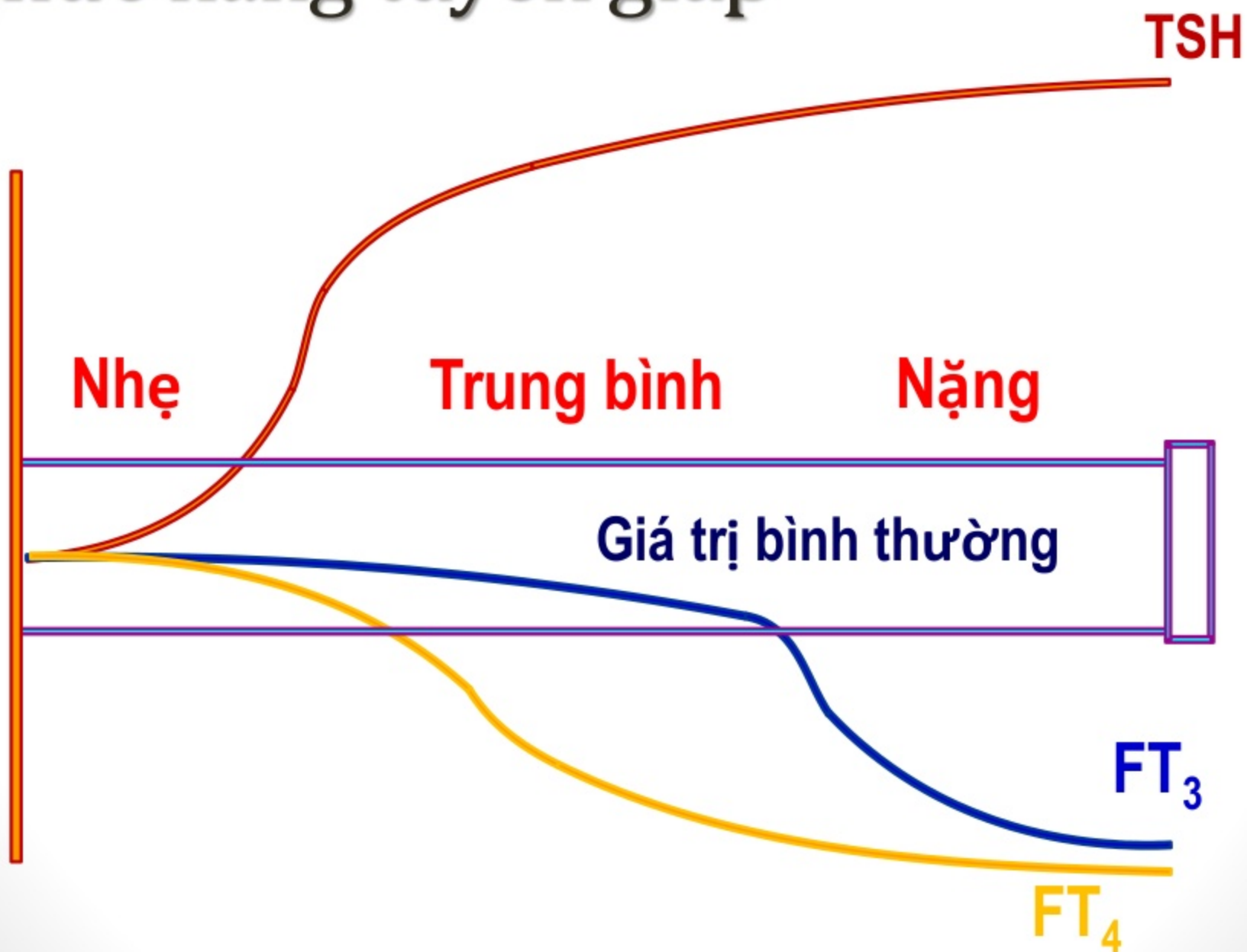
- Tuỳ theo nguyên nhân (SG nguyên phát, thứ phát)
- Thiếu máu
- Tăng Lipid máu
- ĐTĐ: nhịp chậm, điện thế thấp, ST chênh ↓ - T dẹt/đảo ngược
- Tràn dịch màng tim
- Giảm Natri máu

**CẬP NHẬT MỘT SỐ KHUYẾN CÁO**

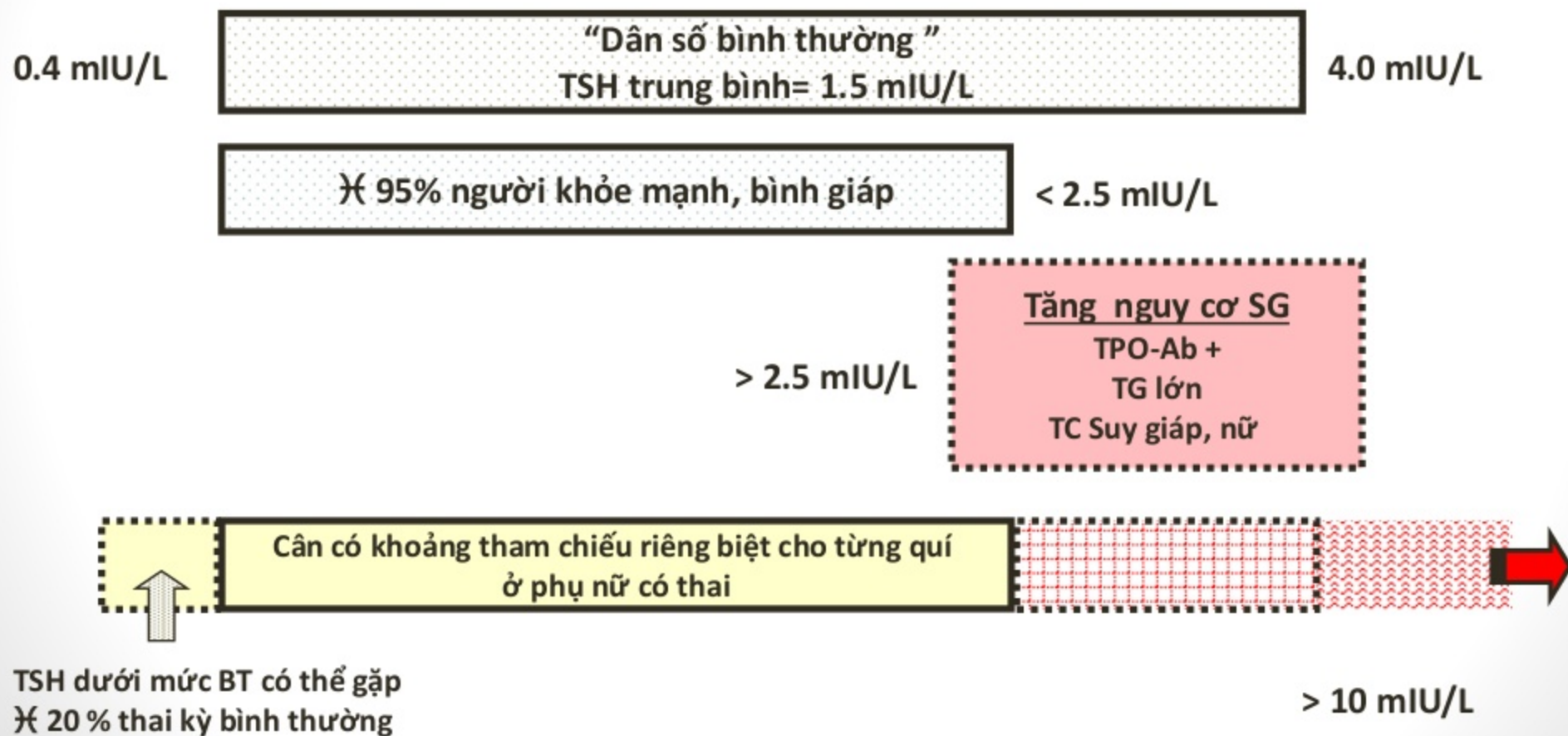
# Các xét nghiệm được sử dụng để chẩn đoán suy giáp

1. **TSH và FT4** được dùng để chẩn đoán và theo dõi điều trị suy giáp. **(Khuyến cáo 8)**
2. Không sử dụng **T3 toàn phần và FT3** để chẩn đoán SG **(Khuyến cáo 10)**
3. Các kháng thể kháng tuyến giáp: **Anti TPO, TRAb...**

# Chức năng tuyến giáp



# Thế nào là trị số TSH “ bình thường” ?



# Ai là bệnh nhân suy giáp đầu tiên ? Gull (Myxedema 1874)

- When **King David** was old and advanced in years, though they spread covers over him, he could not keep warm. His servants therefore said to him, “Let a young virgin be sought to attend you, lord King, and to nurse you. If she sleeps with your royal majesty, you will be kept warm”... The maiden, who was very beautiful, nursed the King and cared for him, but the King did not have relations with her. Some speculate that **King**



## **David was afflicted with hypothyroidism**

*Mc Dermott T. M. (2013). "Endocrine secrets – questions you will be asked". Mosby Elsevier , Ed: 6<sup>th</sup>, pp: 523*

# Điều trị

1. Loại bỏ nguyên nhân: Thuốc KGTTH, K giáp...
2. Chỉ một thuốc ĐT: Levothyroxin, L- Thyroxin, Thyroxin
3. Đưa TSH về mức mục tiêu 0,4 – 4  $\mu$ IU/L (KC 22.1)
4. Bắt đầu liều thấp – tăng liều chậm mỗi 2-4 tuần
  - **Người khỏe mạnh, < 50t:** Liều 100mcg/ngày
  - **Người khỏe mạnh, 50 – 60t:** Liều 50mcg/ngày
  - Liều khởi đầu tùy theo mức TSH, tuổi, chỉnh liều dựa trên đáp ứng LS và mức TSH. Liều tối đa: 150 - 300 $\mu$ g/ kg/ngày (KC 22.8)
5. Nên duy trì cùng loại biệt dược, nếu thay đổi => xét nghiệm TSH sau 4 - 6 tuần ( ATA, AACE)



# Thuốc điều trị suy giáp Thyroxine

- Là dạng tổng hợp hormone T4 của tuyến giáp
- Được hấp thu từ hồng tràng và hồi tràng: 80%
- **Khuyến cáo 23:** uống L-thyroxine 30 – 60 phút trước bữa ăn sáng hoặc 4 giờ sau ăn chiều, bảo quản thuốc đúng cách và không dùng chung với các chất hoặc thuốc ảnh hưởng hấp thu L-thyroxine. **B2**
- Uống buổi sáng đỡ gây mất ngủ hơn buổi tối

# Theo dõi điều trị

SG trung ương:  $FT_4$  được dùng chẩn đoán và theo dõi điều trị SG, (không dùng TSH).  $FT_4$  mục tiêu đạt trên giới hạn giữa của bình thường.  
(khuyến cáo 12 & 24)

SG đang ĐT: kiểm tra TSH 4 -8 tuần sau khi bắt đầu ĐT hay sau thay đổi liều, sau đó mỗi 6–12 tháng khi xác định được liều thay thế (khuyến cáo 13)

# Khuyến cáo ATA/AACE

- **K. cáo 20.2:** Tầm soát SG ở người > 60t. **B1**
- **K. cáo 22.9:** Suy giáp có kèm suy thượng thận nên cho glucocorticoid trước L-thyroxine. **B2**
- **K. cáo 17:** SG không có thai, cần đạt TSH ở gh bình thường của TSH thể hệ 3 (0,4 -4mIU/L) vùng đủ iod.



# Những trường hợp đặc biệt

- Suy giáp dưới lâm sàng
- Suy giáp và thai kỳ
- Suy giáp và bệnh tim mạch
- Suy giáp người già

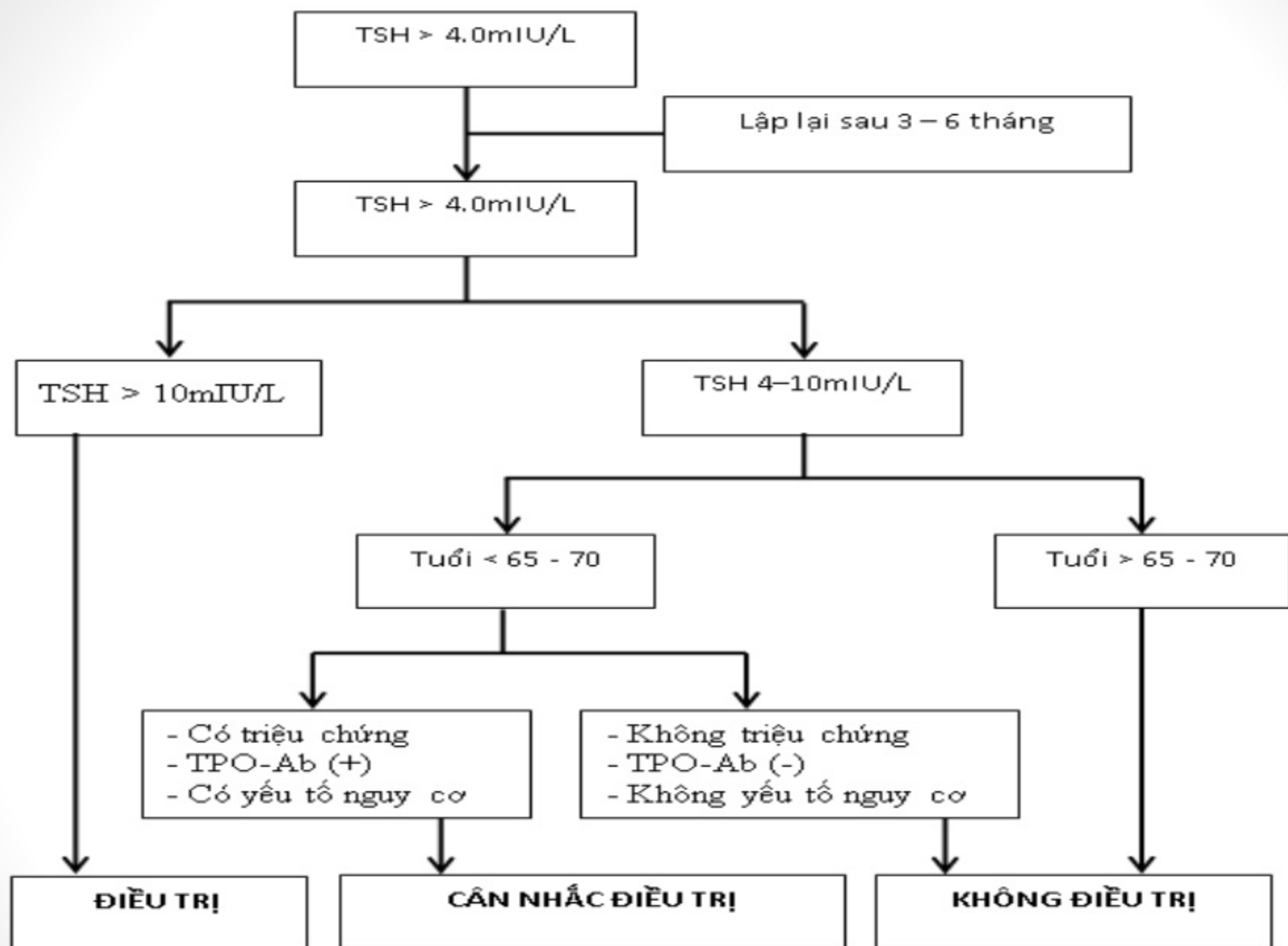


# Suy giáp dưới lâm sàng (Subclinical hypothyroidism)

- Suy giáp dưới lâm sàng được định nghĩa là tăng TSH huyết thanh trong khi nồng độ FT4 bình thường.
- Không có triệu chứng suy giáp
- Nằm giữa bình giáp và suy giáp
- Tỷ lệ 4-8.5%; có thể tới 15% ở phụ nữ > 60 tuổi
- Nguyên nhân: giống suy giáp thực sự
- Điều trị: Còn tranh cãi
- Nguy cơ: tăng cân, trầm cảm, RL lipid máu, mệt mỏi...

# Suy giáp dưới lâm sàng

- (TSH ↑ nhẹ/vừa/cao: SG LS ↑ 2%/20%/73%/năm)
- **Khuyến cáo 15:** TSH > 10 μUI/ml → tăng nguy cơ suy tim và tử vong do TM → Xem xét điều trị
- **Khuyến cáo 16:** nếu TSH cao hơn giá trị tham chiếu và < 10 μUI/ml → xem xét ĐT nếu có:
  - TC gợi ý suy giáp, TPOAb+
  - Hoặc có bệnh TM, suy tim...



*Wiersinga M.W (2014). "Adult Hypothyroidism". In: De Groot J.L: Endotext.*

## UK General Practice Research Database (10 triệu hồ sơ)

- Năm 2001: Có 322,291 kết quả đo TSH
- 4,735 người > 40 tuổi, TSH 5.0- 10.0 mU/l, FT4 bình thường
- Có 3093 người tuổi 40- 70 và 1642 người > 70 tuổi
- Đã loại trừ BN đang điều trị L-T4, thuốc KGTTH, tiền sử bệnh tuyến giáp, bệnh mạch vành, đột quỵ hoặc bệnh tim mạch khác
- **Nhóm không điều trị: Sau 7,6 năm**
  - 1.3% phát triển thành suy giáp thực sự: TSH >10, và/hoặc ↓ FT4
  - 58% vẫn còn tăng TSH
  - 38% trở lại bình giáp
  - 2.5% tiến triển về giảm TSH

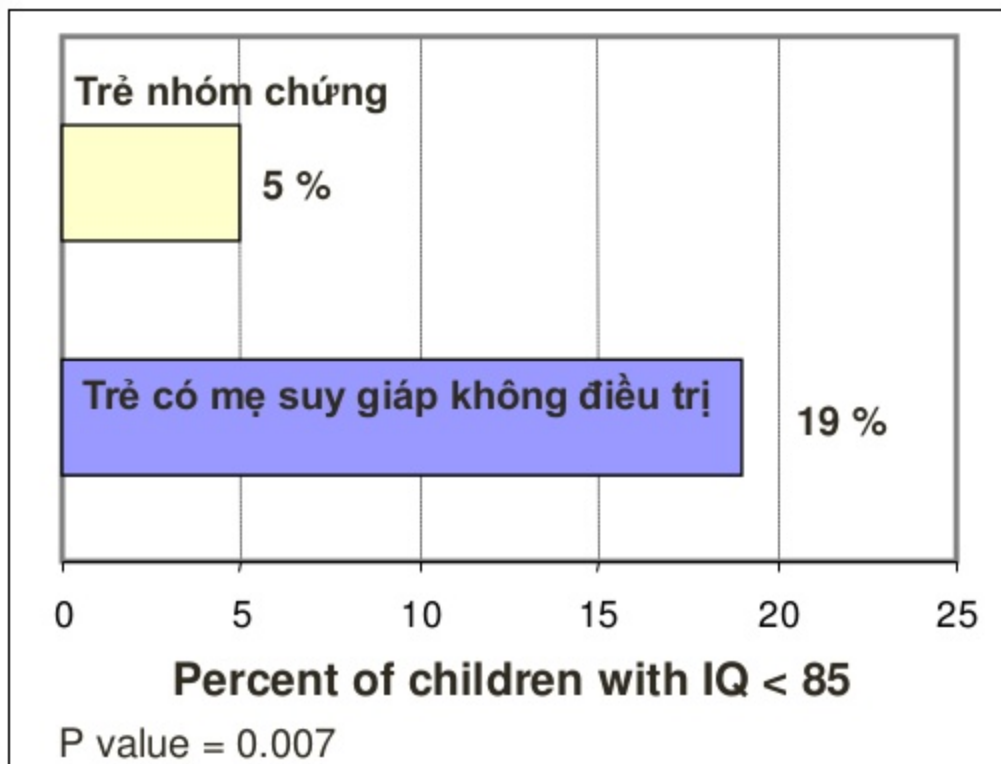


# Suy giáp và thai kỳ

- Chiếm 2 – 3% (15%) ở PN mang thai, thường là VG Hashimoto



# Tăng TSH của thai phụ và IQ scores của con



- Thai phụ có SG không điều trị có nhiều khả năng có con với IQs < 85 (có ý nghĩa thống kê).
- Trong nhóm con của các thai phụ điều trị SG trong lúc mang thai, % có IQ < 85 không khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng

Chứng, n = 124

SG không điều trị, n = 48

Tỉ lệ có IQ < 85

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

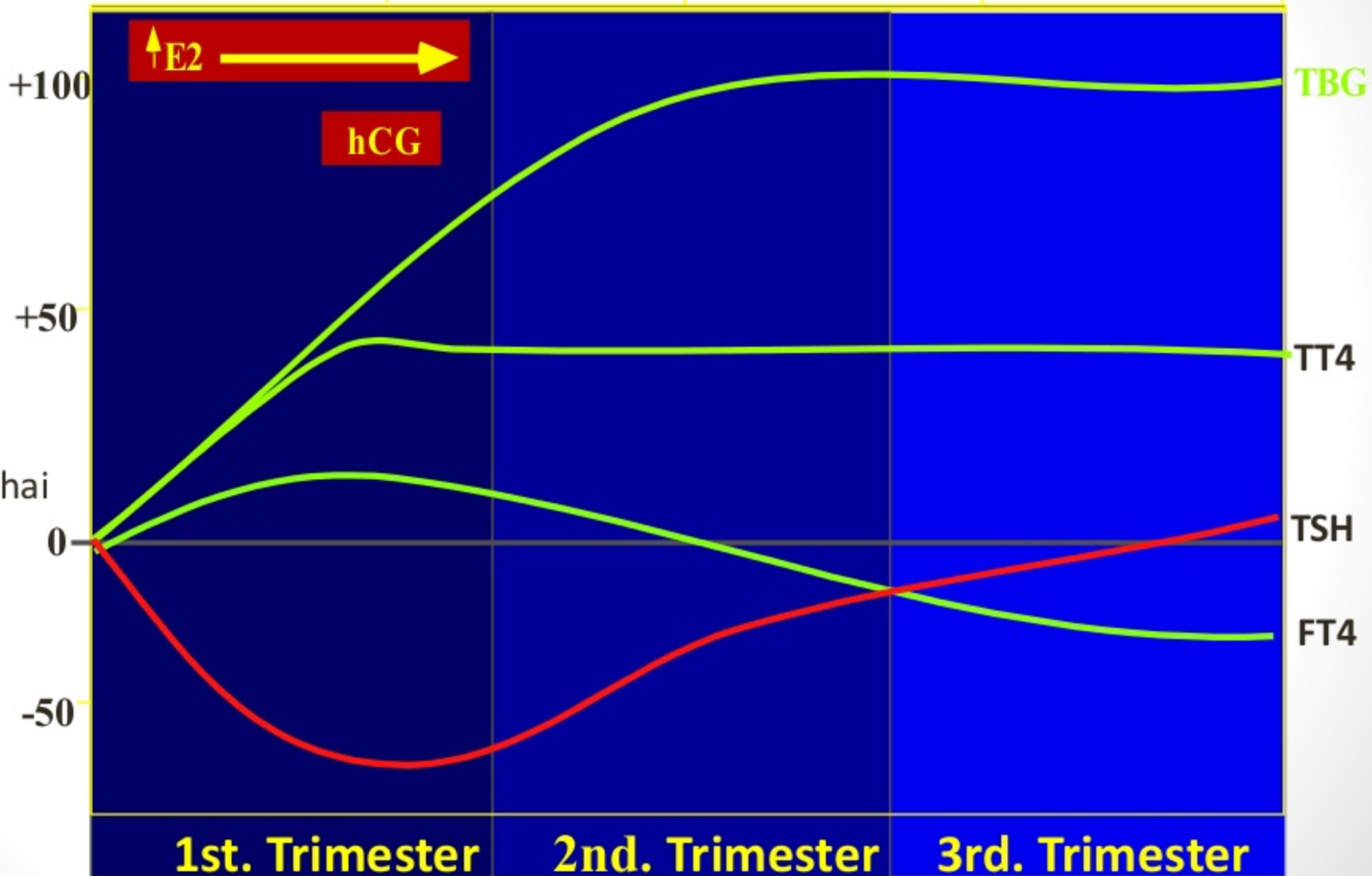
Tuần thai

10

20

30

40



# Bệnh tuyến giáp và thai nghén có nhiều triệu chứng chung



*“Chẩn đoán suy giáp rất quan trọng → ảnh hưởng xấu lên thai kỳ,  
Không có triệu chứng gì đặc biệt  
Các than phiền về tăng cân, mệt → liên hệ đến thai nghén.”*

# Suy giáp liên hệ với tăng biến cố trong thai kỳ

## Tăng biến cố ở mẹ

- THA thai kỳ, tiền sản giật
- Bong nhau
- Băng huyết sau sinh
- Tăng tỉ lệ mổ cesarean

## Tăng biến cố cho con =20%

- Sinh non, sinh rất non ( trước 32 tuần)
- CN thấp lúc sinh, thai lưu, dị tật bẩm sinh
- Tăng tử suất chu sinh
- Giảm nhận thức và tâm thần kinh, chỉ số IQ thấp

**Tầm soát và ĐT sớm sẽ cải thiện các biến cố**

# Suy giáp – Hypothyroidism

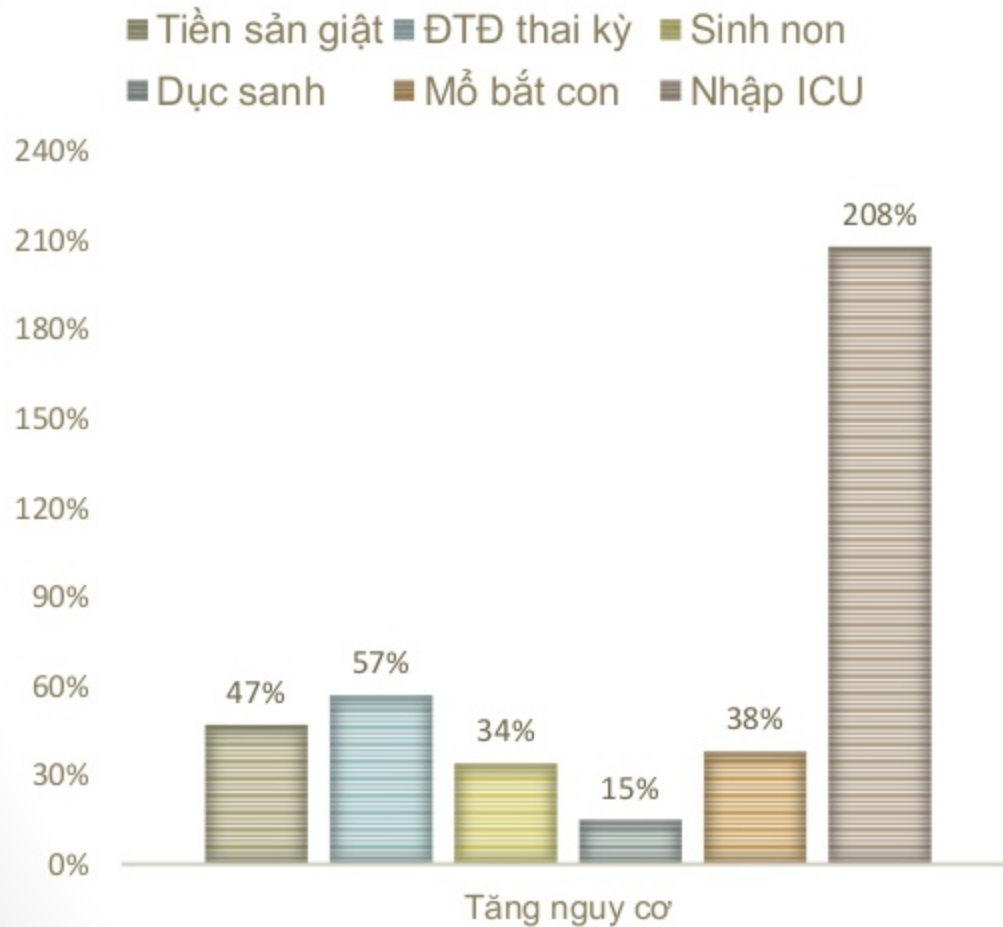
## **Thyroid Diseases and Adverse Pregnancy Outcomes in a Contemporary US Cohort**

Tuija Männistö, Pauline Mendola, Jagteshwar Grewal, Yunlong Xie, Zhen Chen, and S. Katherine Laughon

Epidemiology Branch (T.M., P.M., J.G., S.K.L.) and Biostatistics and Bioinformatics Branch (Y.X., Z.C.), Division of Epidemiology, Statistics and Prevention Research, *Eunice Kennedy Shriver* National Institute for Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Rockville, Maryland 20852

- Bệnh lý tuyến giáp và ảnh hưởng có hại đến thai kỳ trên nhóm phụ nữ có thai.
- Phân tích hồi cứu trên 223.512 thai kỳ tại Mỹ (2002–2008).

# Suy giáp nguyên phát làm tăng nguy cơ các biến chứng trong thai kỳ



## Cần tầm soát suy giáp ở những đối tượng nào trong số những phụ nữ có thai hoặc dự định có thai?

- **Khuyến cáo 20.1.1 & 20.1.2:** không khuyến cáo sàng lọc hàng loạt cho tất cả phụ nữ đang có thai hoặc dự định có thai, chỉ nên “tầm soát suy giáp có chủ đích”



## Điều chỉnh liều LT4 trong thai kỳ và sau sinh

- BN đang ĐT suy giáp, khi có thai cần **tăng liều** L-T4 25% - 30%.
- Tăng liều đơn giản **từ 1viên/ngày thành 9viên/tuần** (**tăng 29%**=tăng gấp 2 liều của 2ngày/tuần)
- Suy giáp đang điều trị, dự định có thai cần chỉnh liều để TSH < 2,5 mIU/L
- Sau khi sinh, trở về liều trước khi có thai, kiểm tra TSH sau 6 tuần

# Khuyến cáo ATA/AACE

**Khuyến cáo 25.1 và 25.2:** BN suy giáp đang điều trị L-thyroxine mà có thai, cần định lượng TSH ngay khi có thai và chỉnh liều L-thyroxine để :

- TSH trong 3 tháng đầu < 2,5  $\mu\text{UI/mL}$
- TSH trong 3 tháng giữa < 3,0  $\mu\text{UI/mL}$
- TSH trong 3 tháng cuối < 3,5  $\mu\text{UI/mL}$ .

**Khuyến cáo 25.3:** BN suy giáp đang ĐT Levothyroxin, theo dõi TSH và FT4 mỗi **4 tuần** trong nửa đầu thai kỳ, và ít nhất một lần ở tuần **26-32** của thai kỳ. Điều chỉnh liều L-thyroxine tương ứng.

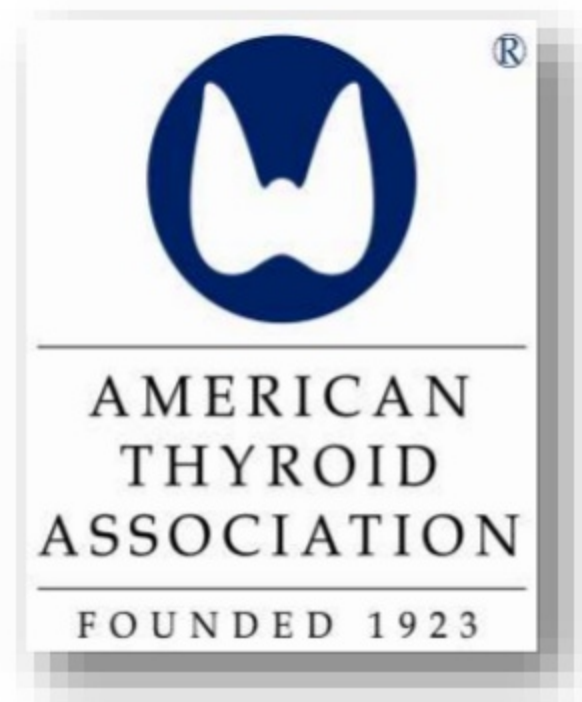
# Khi nào cần định lượng kháng thể kháng giáp?

- **Khuyến cáo 1:** Định lượng TPO-Ab/BN suy giáp DLS **B 1**
- **Khuyến cáo 2:** TPOAb giúp phát hiện VG tự miễn khi nghi ngờ bệnh lý nhân giáp do bệnh lý tự miễn giáp. **D 4**
- **Khuyến cáo 3:** Định lượng TPOAb ở bệnh nhân sảy thai tái phát có kèm hoặc không kèm vô sinh. **A 2**
- **Khuyến cáo 4:** Định lượng TRAb ở phụ nữ có thai bị suy giáp với tiền sử Basedow được điều trị bằng phẫu thuật hay iode phóng xạ. Thực hiện TRAb ở 3 tháng đầu thai kỳ và vào tuần thai 20 – 26 nếu TRAb tăng trở lại. **A 2**

# Tầm soát suy giáp trong thai kỳ

## Hiệp hội TG Hoa Kỳ khuyến cáo đo TSH:

- Có triệu chứng SG hoặc có BG
- > 30 tuổi
- Tiền căn gia đình có bệnh TG
- TPO Ab (+)
- ĐTĐ típ 1 hoặc bệnh tự miễn khác
- Tiền căn sanh non, sảy thai
- Vô sinh
- Xạ trị đầu cổ
- Béo phì bệnh lý (BMI>40)
- Vùng thiếu iod vừa, nặng
- Dùng amiodaron, lithium hoặc mới dùng cản quang iod



## Bệnh nhân nào với TSH bình thường cần điều trị L-thyroxine?

- **Khuyến cáo 19.1:** xem xét ĐT bằng L-thyroxine ở phụ nữ tuổi sinh đẻ, hoặc dự định có thai, hoặc đang có thai có:
  - TSH  $\geq$  2,5  $\mu$ UI/mL
  - TSH  $\geq$  3,0  $\mu$ UI/mL ở 3 tháng giữa thai kỳ
  - TSH  $\geq$  3,5  $\mu$ UI/mL ở 3 tháng cuối thai kỳ

# Bệnh nhân nào với TSH bình thường cần điều trị L-thyroxine?

- **Khuyến cáo 19.2:** xem xét ĐT bằng L-thyroxine ở phụ nữ có TSH bình thường, đang có thai hoặc dự định có thai, nếu:
  - TPOAb (+) hoặc đã từng (+) và/ hoặc
  - Có tiền sử sảy thai hoặc bị suy giáp trước đây **B 2**
- **Khuyến cáo 19.3:** Nên điều trị L-thyroxine ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đang có thai hoặc dự định có thai, có TPOAb (+) hoặc đã từng (+) và TSH > 2,5  $\mu$ UI/mL. **B2**
- **Khuyến cáo 19.4:** Phụ nữ có TPOAb(+) hoặc TSH > 2,5  $\mu$ UI/mL nếu không được điều trị bằng L-thyroxine cần theo dõi mỗi 4 tuần trong 20 tuần đầu của thai kỳ để phát hiện suy giáp **B2**

# Điều trị suy giáp cho BN có bệnh tim mạch

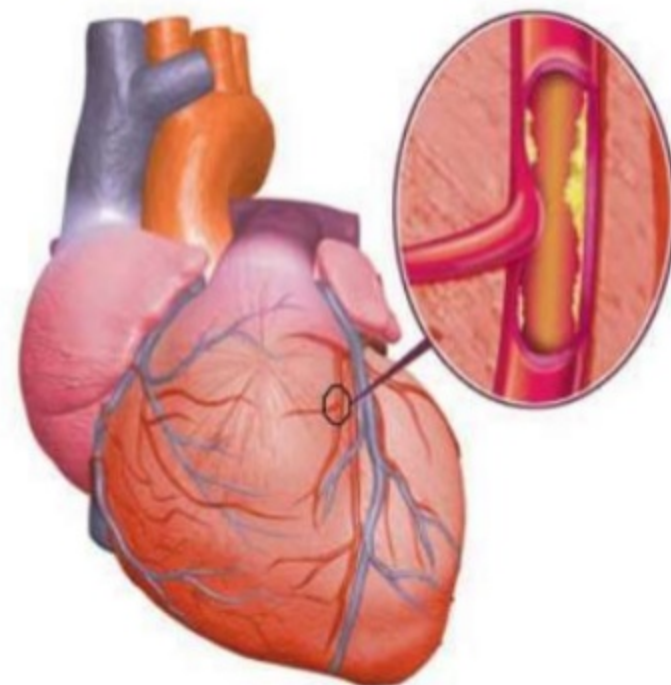
Điều trị L-T<sub>4</sub> cho BN có TMCT=> ↑ nguy cơ bị NMCT, đau thắt ngực và loạn nhịp tim.

## **BN <50t:**

- Liều khởi đầu L-T<sub>4</sub> 25 – 50 µg/ng, tăng liều dần, theo dõi /4 tuần.

## **BN >50t:**

- Liều khởi đầu 12,5 - 25µg/ng, tăng liều dần, theo dõi/4-6 tuần.
- **Chỉnh liều:** chỉ tăng 12.5-25 µg/lần



Xơ vữa động mạch vành

# Mục tiêu dùng L-Thyroxin trong ĐT suy giáp nguyên phát

- Cải thiện các triệu chứng suy giáp (cơ năng, thực thể)
- Đạt bình thường hoá TSH, cải thiện nồng độ hormon giáp
- Tránh gây nhiễm độc giáp (do ĐT quá mức, nhất là BN lớn tuổi)





# Tại sao L-Thyroxin đơn trị được xem là chuẩn mực cho ĐT suy giáp?

- Giải quyết các TC suy giáp hiệu quả
- Kinh nghiệm lâu dài về các lợi ích của nó
- Ít tác dụng phụ, hấp thu tốt ở ruột
- Dễ sử dụng
- Thời gian bán huỷ kéo dài (7 – 10 ngày)
- Giá thành rẻ

## Khuyến cáo AACE/ATA

- Nên dùng chính hãng, tránh chuyển đổi từ 1 dạng này sang 1 dạng khác, từ dạng gốc sang dạng generic hoặc từ dạng generic này sang dạng generic khác, vì có thể gây ra dao động với liều sử dụng.
- Nếu có thay đổi thì nên kiểm tra lại TSH sau 4 – 6 tuần



# KHUYẾN CÁO ATA/AACE

- Sử dụng các biệt dược levothyroxin chất lượng tốt và ổn định,
- Nhiều levothyroxin không được so sánh với Levothyroxin chuẩn.
- ➔ **Tương đương sinh học không có nghĩa là tương đương về hiệu quả điều trị.**
- Tương đương sinh học của các thuốc levothyroxin dựa trên tổng hàm lượng  $T_4$
- Trong suốt quá trình điều trị, BN nên được sử dụng cùng một loại biệt dược levothyroxin.

# Các yếu tố ảnh hưởng điều trị

TCLS vẫn còn tồn tại kéo dài sau ĐT Levothyroxin?

Nguyên nhân:

1. Do bệnh mạn tính
2. Có bệnh tự miễn kèm theo,
3. Có bệnh dạ dày ruột
4. Các thuốc dùng chung ảnh hưởng sự hấp thu L-T4
5. Liều L-T4 không đủ... (BN không tuân thủ)
6. Phương thức ĐT không thích hợp

# Các thuốc làm giảm tác dụng của L-T4

<u>Giảm hấp thu</u>	<u>Ảnh hưởng đến chuyển hóa</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>●Cholestyramine, Colestipol</li><li>●Sucralfate, Kayexalate</li><li>●Ferrous sulfate (sắt)</li><li>●Ức chế bơm proton</li><li>●Aluminum hydroxide</li><li>●Ciproloxacin</li><li>●Multivitamins</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>●Rifampin</li><li>●Carbamazepine</li><li>●Phenytoin</li><li>●Phenobarbital</li><li>●Amiodarone</li><li>●Uống lúc ăn, chế độ ăn nhiều xơ, đậu nành</li></ul>

# Các nguyên nhân ảnh hưởng đến liều điều trị để đạt TSH mục tiêu

- Cân nặng ( mập, gầy)
- Lớn tuổi (liều khởi đầu thấp, mục tiêu TSH cao hơn)
- Mang thai (nhu cầu cao hơn, TSH mục tiêu theo TCN)
- Nguyên nhân suy giáp
- Mức tăng TSH
- Tình huống lâm sàng chung (bệnh tim mạch, K giáp...)

→ Cần đặt ra TSH mục tiêu ở từng nhóm bệnh nhân khác nhau

# Một số trường hợp đặc biệt

- Tần suất SG ở người ĐTĐ, STM > người không ĐTĐ, không STM
- **ĐTĐ típ 2:** NC n= 120 (60 ĐTĐ típ 2, 60 chứng) → SG 35%, SGDLS 11,66% vs 5,4% và 4,1%
- **ĐTĐ típ 1:** 10% diễn tiến VG mạn và SG
  - 20% diễn tiến viêm giáp sau sinh
- **Suy thận mạn:** tần suất SG tăng gấp 1,5 lần so với người không STM
- Điều trị → sẽ cải thiện ĐLCT và ngược lại
- Không ĐT → diễn tiến nhanh đến lọc thận, và tử vong
- **Vô sinh, RLKN, xả thai:** có liên hệ Viêm giáp mạn, Suy giáp, SGDLS
- Nếu bình giáp mà AntiTPO (+) → ĐT Levothyroxin, sẽ cải thiện các vấn đề trên.

# Một số trường hợp đặc biệt

- **Ở bệnh nhân ung thư giáp** nguy cơ cao (đã có di căn, sau phẫu thuật và iode ĐVPX phải dùng L-thyroxin lâu dài để ức chế TSH)

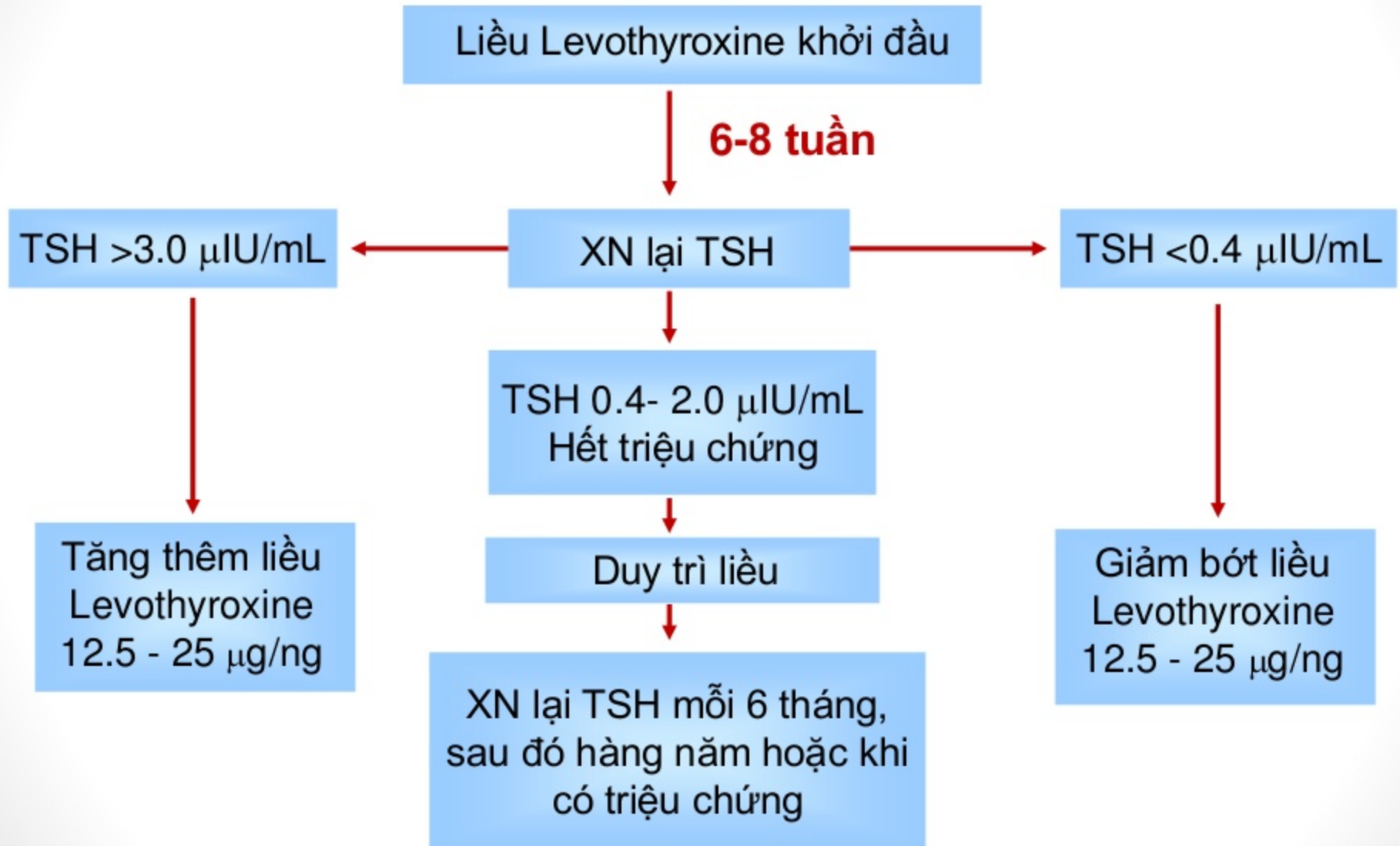
Mức TSH mục tiêu: **0,01mIU/L - <0,1mIU/L**

- **Ung thư giáp nguy cơ thấp** (chưa di căn, chưa xâm lấn vỏ bao)

Mức Tg thấp: mức TSH mục tiêu **0,1mIU/L – 0,5mIU/L**

Nếu Tg âm tính: duy trì mức TSH **0,5mIU/L – 2mIU/L**.

# Tóm tắt điều trị và theo dõi suy giáp

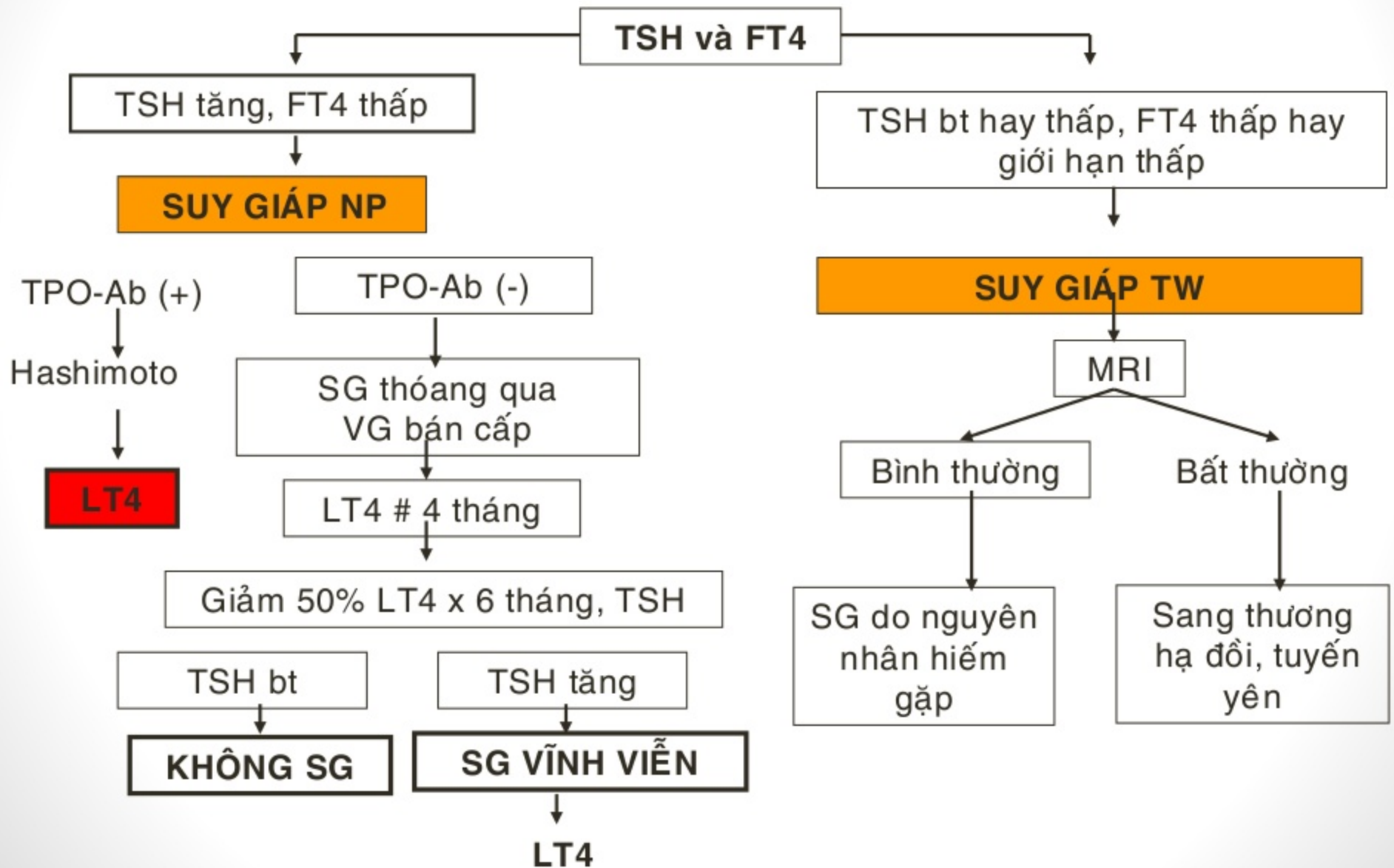


Singer PA, et al. *JAMA*. 1995;273:808-812.

Demers LM, Spencer CA, eds. The National Academy of Clinical Biochemistry Web site. Available at: [http://www.nacb.org/lmpg/thyroid\\_lmpg.stm](http://www.nacb.org/lmpg/thyroid_lmpg.stm). Accessed July 1, 2003.



# Tiếp cận chẩn đoán và điều trị suy giáp



# Ca lâm sàng 1

- BN nữ 34 tuổi, điều trị suy giáp bằng Levothyroxine 100  $\mu\text{g}/\text{ngày}$
- Chậm kinh 10 ngày, Test thử thai (+)
- Thai lần 2. Lần 1 bị thai lưu lúc 10 tuần
- Ngừng Thyroxin 3 ngày vì sợ thuốc có ảnh hưởng đến thai
- **TSH = 13,1 mIU/ml**                      **FT4 = 8,7pg/ml**                      **Anti TPO > 600**

Phải làm gì?

- Tăng liều LT4 thêm 50  $\mu\text{g}/\text{ngày}$
- Đo lại FT4, TSH sau 4 tuần, mục tiêu TSH < 2,5mIU/L

Giải thích: Thyroxine cực kỳ quan trọng cho sự phát triển của não bộ nhưng thai không tổng hợp được hormone giáp cho đến tuần 12  
Levothyroxine là thuốc giống hệt hormone tuyến giáp tự nhiên

## Ca Lâm Sàng 2

- SP 32t, thai 11 tuần con so, được đồng nghiệp Sản gửi đến:
- TSH: 6,5  $\mu$ IU/ml, FT4: trong giới hạn bình thường
- Siêu âm: Tuyến giáp to nhẹ 2 thùy, không nhân, không tăng sinh mạch máu.
- BS to lan toả 2 thùy, không có TC suy giáp
- **BS Làm gì?**
- TSH lần 2: 6,1  $\mu$ IU/ml, FT4: 0,79ng/dl
- **Cần làm thêm gì nữa?**
- **Chẩn đoán? SG dưới lâm sàng**
- **Điều trị?**

# MỘT SỐ BẦY CẦN BIẾT



# Ca lâm sàng 3

- BN nữ 29 tuổi, nhân viên văn phòng
- Cắt toàn bộ tuyến giáp do K giáp dạng nhú cách đây 4 năm
- GPB: chưa di căn, chưa xâm lấn vỏ bao
- Điều trị thay thế Thyroxin 50  $\mu\text{g}/\text{ngày}$
- Xét nghiệm: TSH = 4,12  $\mu\text{IU}/\text{ml}$  , Tg (-)
- Chẩn đoán: K giáp dạng nhú chưa di căn
- **Mục tiêu: TSH 0,5 - 2  $\mu\text{IU}/\text{ml}$   $\rightarrow$  Tăng liều 100 $\mu\text{g}/\text{ngày}$**

## Ca lâm sàng 4

- BN nữ 32 tuổi, Điều dưỡng, mệt mỏi, tăng cân, vòng cổ to ra
- Basedow đang ĐT tháng thứ 5 (XN lúc điều trị: TSH < 0,005, FT4= 5,4ng/dl, FT3= 3,45pg/ml, TRAb >40, SA: TG to 2 thùy, tăng sinh mạch máu nhiều)
- Liệu Thyrozol hiện tại 15mg/ng x 4 tháng
- Xét nghiệm: TSH = 15  $\mu$ IU/ml , FT4 = 0,9ng/dl, TRAb = 12UI/ml
- Phải làm gì?
- Basedow - SG do quá liều KGTH
- Mục tiêu: TSH 0,4 - 4  $\mu$ IU/ml  $\rightarrow$  Giảm liều Thyrozol

# KẾT LUẬN

- Suy giáp là bệnh lý rất thường gặp
- Tần suất bệnh gia tăng theo tuổi, ở người có bệnh thận mạn, đái tháo đường, béo phì và vô sinh. ..
- Nên sử dụng cùng một loại biệt dược L - Thyroxin, dùng liều thấp tăng dần, thận trọng ở người lớn tuổi, có bệnh lý tim mạch.
- Suy giáp trong thai kỳ làm tăng các biến cố cho mẹ và thai nhi, cần tăng liều L -Thyroxin và giữ mục tiêu TSH < 2,5mUI/L, < 3mUI/L và < 3,5mUI/L theo thứ tự 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ.
- Cần cá thể hoá trong điều trị và giữ TSH mục tiêu theo cá thể hoá: người lớn tuổi, có bệnh mạch vành, có thai, ung thư giáp...

# Tài liệu tham khảo

1. Braverman LE, et al (2000). *Werner & Ingbar's The Thyroid. A Fundamental and Clinical Text*. 8th ed.
2. Canaris GJ et al. (2000) The Colorado Thyroid Disease Prevalence Study. *Arch Intern Med*;160:526-534.
3. Demers LM, Spencer CA, eds (2003). The National Academy of Clinical Biochemistry Web site. Available at: [http://www.nacb.org/Impg/thyroid\\_imp.htm](http://www.nacb.org/Impg/thyroid_imp.htm). Accessed July 1.
4. Garber JR. (2012) Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract*. 18 (6); pp: 989 -1019.
5. Haddow JE, et al. (1999) Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med*.;341:549-555.
6. Kohno A, et al. *Endocr J*. 2001;48:565-572.
7. Vassilopoulou-Sellin R, Sellin JH. (1996) The gastrointestinal tract and liver in hypothyroidism. In:Braverman LE, Utiger RD, eds. *Werner and Ingbar's The Thyroid*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; pp:816-820.
8. Stagnaro - Green A. et al (2011), Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* Vol 21 (10): 1081-1125



# Tài liệu tham khảo

9. Joan C. Lo et al (2005). “Increased prevalence of subclinical and clinical hypothyroidism in persons with chronic kidney disease”. [Kidney International](#), Vol. 67, Issue 3, pp: 1047 – 1052.
10. Jonklaas J. et al (2014). “Guidelines for the treatment of hypothyroidism – Prepared by the American Thyroid Association Task Force on thyroid hormone replacement”. *Thyroid*, Vol. 24 (12), pp: 1670 – 1751.
11. MIMS Endocrinology (2014/2015). “Hypothyroidism”, 4th Ed, Vietnam 2014/2015, tr. A147 – A153.
12. Okosieme O. et al (2015). “Management of primary hypothyroidism: Statement by the British Thyroid Association Executive Committee”. *Clinical Endocrinology*, John Wiley & Sons Ltd, pp: 1 – 10.
13. Orlander P. R. et al (2016). “Hypothyroidism Workup”. Access date: 23/07/2016, <http://emedicine.medscape.com/article/122393-workup#c7>,
14. Pearce S. H. S. et al (2013). “2013 ETA Guideline: Management of subclinical hypothyroidism”. *Eur Thyroid J*, Vol: 2, pp: 215 – 228
15. Haugen B. R. (2016). “2015 American Thyroid Association Management – Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer – The American Thyroid Association Guidelines Task Force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer”. *Thyroid*, Vol 26, No. 1, pp: 64 – 65.
16. Wiersinga M.W (2014). “Adult Hypothyroidism”. In: De Groot J.L: “Endotext”. Access date: 23/07/2016: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285561/>

**Chân thành cảm ơn**

