

## NHẬN XÉT MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP CƯỜNG GIÁP TRÊN PHỤ NỮ MANG THAI VÀ KHÔNG MANG THAI

**TS.BS. Nguyễn Thế Thành**  
Bệnh viện An Sinh

DOI: 10.47122/vjde.2022.56.9

### ABSTRACT

We have some conclusions from retrospective descriptive 9 transient thyrotoxicosis from 2016 to 2020. 1. Four pregnant women were diagnosed with gestational transient thyrotoxicosis: 1.1 Gestational transient thyrotoxicosis often happens on the first trimester of pregnancy. 1.2. Diagnosis based on TSH<0.1mIU/L and high FT4 with beta HCG >50000UI/L, without history of previous hyperthyroidism, and AntiTPO and TRAb are negative. 1.3. Patients don't need to be treated with antithyroid synthesis drugs. The thyrotoxicosis is often stable on the second trimester of pregnancy. 2. Five non pregnant women were diagnosed with thyroiditis transient thyrotoxicosis. 2.1. Thyrotoxicosis due to thyroiditis may happen in both Hashimoto and De Quervain thyroiditis. 2.2. Diagnosis based on TSH<0.1mIU/L and high FT4 or normal FT4 with AntiTg and or AntiTPO are positive in Hashimoto thyroiditis and negative in De Quervain thyroiditis. Both two kinds have TSI <0.1mIU/L. 2.3. Patients don't need to be treated with antithyroid synthesis drugs, they only need symptomatic treatment. 2.4. Thyroid function of De Queirvain thyroiditis often returns to normal whereas thyroid function of Hashimoto often has evolution to hypothyroidism.

### TÓM TẮT

Qua hồi cứu mô tả 9 trường hợp nhiễm độc giáp từ năm 2016 đến năm 2020 chúng tôi ghi nhận một số nhận xét như sau: 1. Bốn bệnh nhân mang thai được chẩn đoán nhiễm độc giáp tạm thời do thai. 1.1. Nhiễm độc giáp tạm thời do thai thường xảy ra trong tam cá nguyệt đầu của thai kỳ. 1.2. Chẩn đoán dựa vào TSH thấp dưới 0.1 mIU/L và FT4

tăng cao, kèm với beta HCG > 50.000 UI/L, không có tiền sử cường giáp trước đó, các xét nghiệm miễn dịch như AntiTPO và TRAb âm tính. 1.3. Bệnh thường không cần điều trị với kháng giáp tổng hợp và thường ổn định ở tam cá nguyệt thứ 2. 2. Năm bệnh nhân không mang thai được chẩn đoán nhiễm độc giáp tạm thời do viêm tuyến giáp. 2.1. Nhiễm độc giáp do viêm tuyến giáp có thể xảy ra ở viêm giáp Hashimoto và viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain. 2.2. Chẩn đoán dựa vào TSH dưới 0.1 mIU/L và FT4 bình thường hay tăng cao, AntiTPO hay AntiTg dương tính ở viêm giáp Hashimoto, cả AntiTPO và AntiTg đều âm tính ở viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain, nhưng cả hai loại viêm giáp này đều có TSI dưới 0.1 mIU/L. 2.3. Không cần điều trị kháng giáp tổng hợp nếu nặng chỉ cần điều trị triệu chứng. 2.4. Diễn tiến chức năng tuyến giáp ở viêm giáp bán cấp thường trở về bình thường trong khi viêm giáp Hashimoto dễ qua suy giáp.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thế Thành

Ngày nhận bài: 01/9/2022

Ngày phản biện khoa học: 1/10/2022

Ngày duyệt bài: 28/10/2022

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

#### 1.1. Đặt vấn đề

Trong thực hành lâm sàng khi bệnh nhân có biểu lộ cường giáp chúng ta cần xét bệnh bị cường giáp do Basedow, do nhân độc tuyến giáp, đa nhân độc tuyến giáp, do u tuyến yên, nhiễm độc Iode, ung thư giáp di căn, u quái buồng trứng, viêm tuyến giáp, bệnh liên quan thai kỳ.

Tùy trường hợp có thể để bắt đầu với kháng giáp tổng hợp liều tấn công, điều trị nguyên nhân thích hợp hay chỉ chữa triệu

chứng hoặc theo dõi. [1] [2][3][4 ] [5][6][7]

Do đó trên phụ nữ mang thai hay không mang thai việc chẩn đoán cần chính xác tình trạng cường giáp rất quan trọng để có hướng xử lý thích hợp, nếu không có thể không giải quyết được vấn đề, ở phụ nữ mang thai có thể ảnh hưởng cho mẹ lẫn con, ở phụ nữ viêm giáp dễ làm bệnh nhân suy giáp nhanh hơn. [1][2][5][13]

## 1.2. Mục tiêu nghiên cứu

### 1.2.1. Mục tiêu tổng quát

Khảo sát đặc điểm cận lâm sàng, điều trị và diễn tiến của phụ nữ có biểu lộ cường giáp.

### 1.2.2. Mục tiêu chuyên biệt

Khảo sát đặc điểm cận lâm sàng, điều trị và diễn tiến của cường giáp trên phụ nữ mang thai. Khảo sát đặc điểm cận lâm sàng, điều trị và diễn tiến của cường giáp trên phụ nữ không mang thai.

## 2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Cường giáp trên phụ nữ mang thai.[1][4][6][7][8][9][10][11][12][14][15]

Hai nguyên nhân chủ yếu của cường giáp trong thời kỳ có thai là Cường giáp thoáng qua trong thời kỳ có thai và bệnh Basedow. Cường giáp thoáng qua xảy ra trong giai đoạn ngắn 4 đến 8 tuần do HCG có cấu trúc giống TSH khi HCG cao trên 50000UI/L có thể gây cường giáp sinh hóa.

Thường xuất hiện tuần thứ 8 của thai kỳ và tự hết vào tuần thứ 16. TSH giảm, FT4 tăng, kháng thể TPO-Ab và TRAb âm tính với HCG tăng >50.000UI/L.

Không điều trị kháng giáp tổng hợp trừ trường hợp bệnh nhân nặng nhưng chỉ dùng liều thấp ngăn ngừa vài tuần, cần theo dõi hormone giáp thường xuyên 1-2 tuần/lần. Cường giáp trên phụ nữ không mang thai.[2][3][5][6][7][13.]

Ở phụ nữ không mang thai cường giáp thoáng qua cũng xảy ra ở phụ nữ bị viêm giáp Hashimoto cũng như viêm giáp De Queirvain: bệnh nhân có TSH thấp và FT4 tăng hay bình thường.

AntiTPO hay AntiTG có thể tìm thấy trong viêm giáp Hashimoto và không tìm thấy trong viêm giáp De Queirvain nhưng cả hai viêm giáp này đều có TSI<0,1U/l, siêu âm giáp có giá trị cao trong chẩn đoán viêm giáp.

Diễn tiến chức năng có thể về bình thường hay sang suy giáp. Nếu chẩn đoán không chính xác và điều trị kháng giáp tổng hợp sẽ làm bệnh nhân suy giáp nhanh hơn.

## 3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

### 3.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa phòng khám - Bệnh viện An Sinh.

Thời gian từ năm 2016 đến 2020.

### 3.3. Đối tượng nghiên cứu

#### 3.3.1. Dân số mục tiêu

Phụ nữ cường giáp mang thai và không mang thai.

#### 3.3.2. Dân số nghiên cứu

Phụ nữ cường giáp mang thai và không mang thai đến khám tại Khoa Phòng Khám từ năm 2016 đến 2020.

### 3.4. Phương pháp chọn mẫu

#### 3.4.1. Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân biểu lộ cường giáp sinh hóa : TSH <0,01 mIU/L , FT4 tăng cao. Hay TSH<0,01 và FT3, FT4 bình thường.

- Có làm xét nghiệm tự miễn về Anti TPO hay AntiTg, TRAb hay TSI

- Không có bệnh cường giáp trước đó.

- Có Beta HCG >50.000 IU/L ở phụ nữ mang thai.

- Có siêu âm kết quả viêm tuyến giáp ở phụ nữ không mang thai

#### 3.4.2. Tiêu chuẩn loại ra

Không thỏa các tiêu chuẩn nhận vào.

Có bệnh cường giáp hay ung thư trước đó.

Đang sử dụng hormone tuyến giáp hay thuốc có chứa iode.

**3.4.3. Cỡ mẫu**

<b>Họ và tên</b>	Tr.Thị.H.U (1)	Ch.Thị.T D (2)	Ch.Thị.Th (3)	H.Thị.A.N (4)
<b>Tuổi</b>	26	34	34	31
<b>Địa chỉ</b>	Phú Yên	Bình Dương	Hóc Môn	Hóc Môn
<b>Khám bệnh ngày</b>	19/12/2016	5/6/2017	24/7/2017	1/11/2007
<b>Lý do khám bệnh</b>	Cường giáp	Cường giáp	Cường giáp	Cường giáp
<b>Bệnh sử: Phát hiện cường giáp khi thai:</b>	8 tuần ( Một thai)	13 tuần với song thai (HTSS)	12 tuần với 3 túi thai (HTSS)	12,5,tuần với 2 túi thai (HTSS)
<b>Bệnh sử: Phát hiện cường giáp với</b>	TSH:0,013mIU/L FT4: 34,78 Tăng. Điều trị với KGTH liều TB.sau đó chuyển khám PK nội tiết	TSH:0,005mIU/L FT4: 56,58Tăng. Không điều trị với KGTH được chuyển khám PK nội tiết	TSH:0,005mIU/L FT4: 26,44 tăng. Không điều trị với KGTH được chuyển khám PK nội tiết	TSH:0,007mIU/L FT4: 23,57Tăng. Không điều trị với KGTH được chuyển khám PK nội tiết
<b>Tiền căn</b>	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp
<b>Lúc khám</b>	M: 80l/ph HA:110/80	M: 88L/ph HA:130/80	M: 100L/ph HA:120/80	100L/ph HA/80
<b>Lúc khám tuổi thai</b>	16 tuần	13 tuần 2ngày	16 tuần	16,5 tuần
<b>Xét nghiệm được thực hiện khi khám</b>	TSH:1,17mIU/L FT4: 12,69 BT AntiTPO: Âm tính TRAb: Âm tính Beta Beta HCG:56.122UI/L	TSH:0.005mIU/L FT4: 56,58 Tăng AntiTPO:Âm tính TRAb: Âm tính Beta HCG:329.379UI/L	TSH:0.005mIU/L FT4: 17 BT AntiTPO:Âm tính TRAb: Âm tính Beta HCG:150.853UI/L	TSH:0.005mIU/L FT4: 17 BT AntiTPO:Âm tính TRAb: Âm tính Beta HCG:55497UI/L (Khi thai 6,5 tuần)
<b>Chẩn đoán</b>	Cường giáp thoáng qua do thai.	Cường giáp thoáng qua do thai.	Cường giáp thoáng qua do thai.	Cường giáp thoáng qua do thai.

Hướng xử trí	Ngưng KGTH và theo dõi mỗi 2 tuần	Không dùng KGTH và theo dõi mỗi 2 tuần	Không dùng KGTH và theo dõi mỗi 2 tuần	Không dùng KGTH và theo dõi mỗi 2 tuần
<b>Theo dõi và diễn tiến:</b> TSH và FT4 ổn định khi thai	16 tuần ngay khi khám	15 tuần: FT4::18,66:BT TSH:0.014.mIU/L 19 tuần: ổn	17 tuần TSH:0.005 mIU/L FT4: 17:BT 25 tuần : ổn	27 tuần ổn
<b>Theo dõi và diễn tiến</b> <b>Bệnh nhân được theo dõi mỗi 2 tuần.</b>	TSH và FT4 sau mỗi 2 tuần: Không dùng thuốc KGTH đến khi sanh	29 tuần; TSH: 1,78mIU/L FT4: 8,59 31 tuần: Ổn không dùng thuốc KGTH đến khi sanh	28 tuần; TSH: 1,16mIU/L FT4: 8,21  34 tuần : Ổn không dùng thuốc KGTH đến khi sanh	27 tuần : TSH: 0,767mIU/L FT4: 18,53:BT Bệnh nhân ổn định chờ ngày sinh mổ
<b>Theo dõi sau sanh</b>	Sanh một con khỏe	Sanh hai con khỏe	Sanh ba con khỏe	Sanh ra hai con khỏe

Do bệnh nhân hiếm do đó không tính cỡ mẫu nên ở đây chỉ là mô tả hàng loạt trường hợp.

Lấy mẫu thuận tiện.

**3.5. Các xét nghiệm nghiên cứu**

TSH thấp <0,1 và FT3 hoặc FT4 tăng cao: Cường giáp rõ.

TSH thấp <0,1 và FT3 hoặc FT4 bình thường: Cường giáp dưới lâm sàng.

AntiTPO dương tính >34IU/ml

AntiTg dương tính >115IU/ml.

TRAb âm tính khi ≤ 1.22U/l.

TSI âm tính khi <0,1U/l

Beta hCG dương tính khi >50.000 đơn vị

Siêu âm tuyến giáp được trả lời viêm giáp theo kết quả của phòng Siêu Âm .

**3.6. Phương pháp thu thập số liệu**

Phụ nữ có biểu lộ cường giáp hoặc khám bệnh tình cờ phát hiện có biểu lộ cường giáp. Phụ nữ có mang thai được hỏi về tuổi thai và làm thêm xét nghiệm Beta HCG cũng như AntiTPO và AntiTg , TRAb hay TSI. Phụ nữ không mang thai cần có Siêu âm viêm giáp cũng như AntiTPO và AntiTg , TRAb hay TSI.

**4. KẾT QUẢ**

Trong thời gian từ 2016 đến 2020 chúng tôi có 4 phụ nữ mang thai và 5 phụ nữ không mang thai có biểu lộ cường giáp thoả các tiêu chuẩn nhận bệnh.

**A. Bốn phụ nữ mang thai:**

Ghi chú: **KGTH:** Kháng giáp tổng hợp;

**(1):** thai phụ 1; **(2):** thai phụ 2; **(3):** thai phụ 3; **(4):** thai phụ 4.

**BT:** Bình thường. **HTSS:** Hỗ trợ sinh sản.

**B. Năm phụ nữ không mang thai**

Họ và tên	Đ.Th.Th. Thủy (5)	Tr.H.Y (6)	Ph.Th.Ly.N (7)	PH.T.Th.O (8)	L.T.Uy.NH. (9)
Tuổi	42	56	34	28	38

Địa chỉ	Gò Vấp	Q4	B.Thạnh	V.Tàu	Thủ Đức
<b>Khám bệnh ngày</b>	7/9/2018	26/10/2018	29/10/2018	19/11/2018	3/7/2020
<b>Lý do khám bệnh</b>	Cường giáp	C.Giáp. DLS	Cường giáp DLS	Cường giáp	Đau vùng tuyến giáp
<b>Bệnh sử:</b>	Bn mệt và SA : Theo dõi viêm tuyến giáp	BN cảm giác khó chịu vùng tuyến giáp. SA: viêm giáp khu trú	Bn được CĐ CGDLS với TSH<0,1;FT4: BT, SA: Theo dõi Hashimoto được khám nội tiết.	BN cảm giác khó chịu vùng tuyến giáp. SA: viêm giáp thùy P	BN đau vùng tuyến giáp. SA: Viêm tuyến giáp bán cấp
<b>Tiền căn</b>	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp	Chưa bị cường giáp
<b>Lúc khám</b>	M: 80l/ph HA:110/80	M: 80L/ph HA:120/70	M: 80/ph HA:90/60	80L/ph HA:/ :100/60	80L/ph HA:/ :90/60
<b>Xét nghiệm được thực hiện khi khám:</b>	TSH <0,007mIU/L FT4: 27,6 (tăng) AntiTPO: 60,27 (tăng) AntiTg: 128,6.(tăng) TSI<0,1(âm tính)	TSH <0,01mIU/L FT4:BT AntiTPO: 88,83 (tăng) AntiTg: 384,1.(Tăng) TSI<0,1(âm tính)	TSH <0,01mIU/L FT4: BT AntiTPO: 92,39 (tăng) AntiTg: 162.(tăng) TSI<0,1(âm tính)	TSH <0,075mIU/ FT4: 26,87(tăng) AntiTPO: 15,53 (âm tính) AntiTg: 83,77.(âm tính) TSI<0,1(âm tính)	TSH <0,02mIU/L FT4: 23,16(tăng) AntiTPO <5 (âm tính) AntiTg: 46.75(âm tính) TSI<0,1(âm tính)
<b>Chẩn đoán:</b>	Nhiễm độc giáp do viêm giáp Hashimoto.	CGDLS do viêm giáp Hashimoto.	CGDLS do viêm giáp Hashimoto	Nhiễm độc giáp do viêm giáp bán cấp De Quervain	Nhiễm độc giáp do viêm giáp bán cấp De Quervain
<b>Hướng xử trí</b>	Không dùng KGTH, dùng corticoid	Không dùng KGTH và theo dõi	Không dùng KGTH và theo dõi	Không dùng KGTH dùng corticoid	Không dùng KGTH dùng corticoid
<b>Theo dõi và diễn tiến:</b>	19/9/2018. TSH:0,01. FT4:16,20. Theo dõi. 24/10/2018 TSH:14,53 (cao) FT4: 8,6(thấp)	25/11/2018 Chức năng tuyến giáp bình thường	8/11/2019 TSH:5,92 mIU/L FT4: 10,40 AntiTg:1200; AntiTPO:47,27 TSI<0,1 Đ.tri: levothyroxine 15/1/2020 TSH: 6,22 (cao)	5/12/2018 Chức năng tuyến giáp bình thường	7/8/2020 Chức năng tuyến giáp bình thường. 18/12/2020 Chức năng tuyến giáp bình thường . SÂ Tuyến

	Suy giáp Đ.trị: levothyroxine		FT4:10,41( BT) Đ.Trị Levothyroxine		giáp : Bình thường
--	-------------------------------------	--	--	--	--------------------

\*Ghi chú: CGDLS: Cường giáp dưới lâm sàng.

## 5. BÀN LUẬN

### 5.1. Phụ nữ mang thai

#### 5.1.1. Số thai

Ngoài thai phụ có 01 thai, 3 thai phụ còn lại đều có HTSS có từ 2 đến 3 con nên tần suất cường giáp cao hơn : Do nhiều con nên nhiều nhau nhiều beta HCG tiết ra và beta HCG này có cấu trúc giống TSH nên kích thích tuyến giáp hoạt động mạnh hơn bình thường và gây ra cường giáp điều này phù hợp với các y văn.[1] [8] [9] [10] [14] [15]

#### 5.1.2. Tuổi thai

Thai phụ được phát hiện cường giáp khi thai ở 8 tuần đến 13 tuần :

Một ở tuần thứ 8 , một ở tuần thứ 12 ,một ở tuần 12,5 và một ở tuần 13 : điều này phù hợp với cường giáp thoáng qua do thai thường xảy ra trong tam cá nguyệt đầu ở thời điểm đỉnh cao nhất của HCG là 10 đến 15 tuần. [1] [8][9] [14] [15]

Thai phụ đến khám phòng khám nội tiết khi thai được 13 tuần đến 16.5 tuần.

Một thai phụ mang thai 13 tuần: Song thai với TSH:0.005 mIU/L FT4: 56,58 tăng cao

Beta HCG: 329.379 mIU/L. Thai phụ song thai ở thời điểm đỉnh cao của tiết HCG của nhau thai nên TSH thấp và FT4 cao rõ rất phù hợp với cường giáp do thai. Ba thai phụ còn lại đều qua tuần 16 lúc này HCG khuynh hướng giảm dần do đó 02 thai phụ có FT4 trở về bình thường, TSH còn hơi thấp. Một thai phụ được dùng KGTH có TSH và FT4 bình thường được ngưng thuốc sau khi loại bỏ nguyên nhân cường giáp do bệnh tự miễn.

#### 5.1.3. Chẩn đoán

Cả 4 thai phụ trong tam cá nguyệt đầu của thai kỳ đều có TSH <0.01mIU/L và FT4 cao hơn mức bình thường, beta HCG > 50000UI/L, không có tiền sử bệnh cường giáp trước đó và đều có kháng thể Anti TPO và TRAb âm tính nên phù hợp cho cường giáp tạm thời ở phụ nữ mang thai [1] [8] [9]

[14] [15]

#### 5.1.4. Điều trị

Ngoài 01 thai phụ được điều trị KGTH trước đó ,được ngưng ngay KGTH khi xác định chẩn đoán còn 3 trường hợp còn lại đều được theo dõi, và các thai phụ này đều ổn định không cần thuốc kháng giáp tổng hợp.

#### 5.1.5. Quá trình theo dõi

Thai phụ (1) ổn định ngay từ lúc khám tuần 16 với TSH và FT4 bình thường, ổn định đến ngày sinh với một con khỏe mạnh, thai phụ (2) sau 19 tuần, thai phụ (3) sau 25 tuần và thai phụ (4) sau 27 hoàn toàn ổn định với TSH và FT4 bình thường.

Theo y văn nồng độ HCG giảm dần sau tam cá nguyệt thứ nhất[1][8][ 9][14] [15] do đó tình trạng cường giáp của các thai phụ giảm dần theo.

Cả bốn thai phụ đều ổn định đến ngày sinh và sinh ra các con đều khỏe mạnh.

## 5.2. Bệnh nhân không mang thai

### 5.2.1. Tuổi và phái

**Chúng tôi có 5 bệnh nhân nữ tuổi từ 28 đến 56:**

Điều này phù hợp với y văn đa số bệnh nhân viêm tuyến giáp là nữ và bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi. [2] [3] [5] [13]

### 5.2.2. Chẩn đoán

Trong 5 trường hợp biểu lộ cường giáp có:  
- 2 trường hợp cường giáp dưới lâm sàng với TSH<0,1 mIU/L và FT4 bình thường với AntiTPO và AntiTg dương tính

- 3 trường hợp cường giáp rõ với TSH<0.1 mIU/L FT4 tăng cao.Trong 3 trường hợp này : 01 trường hợp có AntiTPO và AntiTg dương tính còn lại 2 trường hợp có AntiTPO và AntiTg âm tính.Trong viêm giáp Hashimoto kháng thể Anti TPO và Anti Tg giúp xác định chẩn đoán Hashimoto. nhưng trong viêm giáp De Quervain thường không có kháng thể AntiTPO và AntiTg.[2] [3] [13.] Do đó trên 5 bệnh nhân này đều biểu hiện cường giáp dưới

lâm sàng và cường giáp rõ, 3 trường hợp có AntiTPO và AntiTg dương tính và 2 trường hợp có AntiTPO và AntiTg âm tính.

Trong cường giáp Basedow bệnh có thể có AntiTg và AntiTg dương tính nhưng cũng thể âm tính do đó những kháng thể này không giúp loại trừ cường giáp thực sự do Basedow. Để loại trừ cường giáp Basedow người ta có thể làm xạ hình tuyến giáp và độ hấp thu I 131; trong trường hợp này ta có thể thấy được xạ hình nhợt nhạt và đường biểu diễn độ hấp thu I 131 thấp có thể kết luận cường giáp này là do viêm tuyến giáp. Tuy nhiên xạ hình tuyến giáp và độ hấp thu I 131 thường tốn thời gian và không thể thực hiện được trên phụ nữ mang thai. TRAb là xét nghiệm đánh giá bệnh tự miễn tuyến giáp như viêm giáp Hashimoto hay cường giáp Basedow. Vì TRAb có thể trung tính, ức chế hay kích thích do đó không giúp phân biệt cường giáp do Basedow hay cường giáp do viêm tuyến giáp mặc dù TRAb tăng cao. TSI đánh giá khả năng kích thích tuyến giáp trong bệnh tự miễn giúp đánh giá cường giáp do Basedow. Ở đây cả 5 bệnh nhân đều có TSI âm tính do đó 5 bệnh nhân phù hợp với viêm giáp Hashimoto và viêm giáp De Quervain cả 2 loại viêm giáp này đều có thể gây cường giáp tạm thời.

### 5.2.3. Điều trị

Cả 5 bệnh nhân đều được theo dõi và không dùng kháng giáp tổng hợp

2 bệnh nhân được chẩn đoán viêm giáp Hashimoto có biểu lộ cường giáp dưới lâm sàng với TSH <0.1 và FT4 bình thường; hai bệnh nhân này chỉ theo dõi sau đó TSH và FT4 trở về bình thường.

3 bệnh nhân: gồm 1 bệnh nhân được chẩn đoán viêm giáp Hashimoto và 2 bệnh nhân được chẩn đoán viêm giáp bán cấp De Quervain; cả ba bệnh nhân này đều biểu lộ cường giáp rõ với TSH <0.1 và FT4 tăng cao và có cả triệu chứng đau, khó chịu vùng tuyến giáp. Ba bệnh nhân này được điều trị corticoid: Các triệu chứng khó chịu vùng tuyến giáp giảm nhanh và TSH và FT4 sau đó trở về bình thường, điều này phù hợp với các y văn: Mặc dù corticoid không làm thay đổi quá trình tự

miễn của bệnh nhân viêm giáp Hashimoto nhưng nó hữu ích khi bệnh nhân viêm nặng đặc biệt ở bệnh nhân viêm giáp bán cấp De Quervain khi triệu chứng giảm nhanh nó giúp xác nhận chẩn đoán.

### 5.2.4. Theo dõi và diễn tiến

Trên ba bệnh nhân viêm giáp Hashimoto: Sau hơn 01 tháng: Hai bệnh nhân chuyển sang suy giáp được điều bằng levothyroxin, 01 bệnh nhân chức năng tuyến giáp trở về bình thường. Hai bệnh nhân viêm giáp bán cấp sau đó chức năng tuyến giáp trở về bình thường.

Theo các y văn viêm giáp Hashimoto bệnh nhân có thể biểu lộ bằng suy giáp hoặc bình giáp, khoảng 5% có thể biểu lộ bằng nhiễm độc giáp nhưng diễn tiến sau cùng thường đưa đến suy giáp. Trong viêm giáp bán cấp De Quervain cũng có thể biểu lộ nhiễm độc giáp tuy nhiên sau đó chức năng tuyến giáp thường trở về bình thường.[2][3]

## 6. KẾT LUẬN

Qua hồi cứu mô tả 9 trường hợp nhiễm độc giáp từ năm 2016 đến năm 2020 chúng tôi ghi nhận một số nhận xét như sau :

**6.1.** Đặc điểm cận lâm sàng, điều trị và diễn tiến của phụ nữ có biểu lộ cường giáp trên phụ nữ mang thai.

**6.1.1.** Cường giáp tạm thời do thai thường xảy ra trong tam cá nguyệt đầu của thai kỳ.

**6.1.2.** Chẩn đoán dựa vào TSH thấp dưới 0.1mIU/L và FT4 tăng cao, kèm với beta HCG > 50.000 UI/L, không có tiền sử cường giáp trước đó, các xét nghiệm miễn dịch như AntiTPO và TRAb âm tính.

**6.1.3.** Bệnh thường không cần điều trị chỉ cần theo dõi và thường ổn định ở tam cá nguyệt thứ 2.

**6.2.** Đặc điểm cận lâm sàng, điều trị và diễn tiến của phụ nữ có biểu lộ cường giáp trên phụ nữ không mang thai.

**6.2.1.** Nhiễm độc giáp do viêm tuyến giáp có thể xảy ra ở viêm giáp Hashimoto và viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain.

**6.2.2.** Chẩn đoán dựa vào TSH dưới 0.1 và FT4 bình thường hay tăng cao, AntiTPO hay AntiTg dương tính ở viêm giáp Hashimoto, cả

AntiTPO và AntiTg đều âm tính ở viêm tuyến giáp bán cấp De Quervain nhưng 2 loại viêm giáp này đều có TSI dưới 0.1 mIU/L

**6.2.3.** Không cần điều trị kháng giáp tổng hợp nếu nặng chỉ cần điều trị triệu chứng.

**6.2.4.** Diễn tiến chức năng tuyến giáp ở viêm giáp bán cấp thường trở về bình thường trong khi viêm giáp Hashimoto dễ qua suy giáp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Bích Nga (Trưởng Tiểu ban) Thái Hồng Quang (Chủ biên). Tuyến giáp và thai kỳ. Khuyến cáo về bệnh Nội tiết và Chuyển Hóa. Tr 63-74. Hội Nội tiết và Đái Tháo Đường Việt Nam. Nhà Xuất Bản Y Học 2016.
2. Thái Hồng Quang. Viêm giáp Hashimoto. Tr.148. Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Nội Tiết - Chuyển Hóa. Nhà Xuất Bản Y Học. Hà Nội-2016.
3. Thái Hồng Quang. Viêm giáp bán cấp (De Quervain). Tr.156. Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Nội Tiết - Chuyển Hóa. Nhà Xuất Bản Y Học . Hà Nội-2016.
4. Thái Hồng Quang. Cường chức năng tuyến giáp. Tr.65. Chẩn Đoán và Điều Trị Một Số Bệnh Nội Tiết - Chuyển Hóa. Nhà Xuất Bản Y Học . Hà Nội-2016.
5. Brent GA, Larsen PR, Davies TF. Hypothyroidism and thyroiditis. In Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, edi. Williams Textbook of Endocrinology, 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Pa: saunders Elsevier; 2008: chap 12.
6. David G. Gardner (2011). Endocrine Emergencies. Greenspan's basic and clinical endocrinology. 9<sup>th</sup> edition. Mc Graw Hill: 763-786.
7. Fauci, Braunwald et al (2008). Harrison's Principles of Internal Medicine. 2214-2320
8. Glinoeer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endocr Rev. 1997;18:404-33.
9. Glinoeer D. Thyroid disease during pregnancy. In: Braverman L, Utiger R, eds. The thyroid. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 113-27.
10. Glinoeer D, deNayer P, Bourdoux P, et al. Regulation of maternal thyroid during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 1990;71:276-87.
11. Ladenson P, Kim M. Thyroid. In : Goldman L and Ausiello D, eds. Cecil Medecin. 23<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Pa: Saunders; 2007: chap 224.
12. Rodien P, Jordan N, Lefevre A, et al. Abnormal stimulation of the thyrotrophine receptor during gestation. Hum Reprod Update. 2004;10:95-105.
13. Stephanie L Lee, MD, PhD; George T Griffing, MD Hashimoto Thyroiditis Workup Updated: Mar 02, 2018 <https://emedicine.medscape.com/article/120937-workup>
14. Taha .M. Albaar, MF. John Adam. Gestational Transient Thyrotoxicosis. **Article** in Acta medica Indonesiana 41(2):99-104 · May 2009. [https://www.researchgate.net/publication/24355609\\_Gestational\\_transient\\_thyrotoxicosis](https://www.researchgate.net/publication/24355609_Gestational_transient_thyrotoxicosis)
15. Yeo C, Khoo D, Eng P, et al. Prevalence of gestational thyrotoxicosis in Asian women evaluated in the 8th to 14<sup>th</sup> weeks of pregnancy: correlation with total and free beta human chorionic gonadotrophin. Clin Endocrinol (oxf). 2001;55:391-8.