

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ CỦA XÉT NGHIỆM TSI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH CƯỜNG GIÁP DO THAI KỲ

*Lương Quỳnh Hoa, Hoàng Kim Ước, Nguyễn Thị Tân
Bệnh viện Nội tiết Trung ương*

DOI: 10.47122/vjde.2021.50.14

ABSTRACT

The values of TSI test in the diagnosis of pregnant-induced hyperthyroidism

The TSI test is a quantitative test for antibodies that stimulates the thyroid gland TRSAb, so it is more specific than the TRAb test in the diagnosis of Basedow disease, and it is valuable for distinguishing Basedow disease in pregnant women and pregnant-induced hyperthyroidism. **Objective:** To identify differential diagnostic value of TSI assay in pregnant-induced hyperthyroidism. **Methodology:** Longitudinal study of 30 pregnant-induced hyperthyroidism were diagnosed at the National Hospital of Endocrinology from 3/2018 to 12/2019. **Results:** TSI levels in pregnant-induced hyperthyroidism patients negative ($< 0,55$ IU/L) ($n=30$) and TRAb levels in pregnant-induced hyperthyroidism patients positive ($> 1,58$ IU/L) ($n=30$). **Conclusion:** TSI test is more specific than the TRAb test in the diagnosis of pregnant-induced hyperthyroidism.

Keywords: *TSI, TRAb, pregnant-induced hyperthyroidism, Basedow.*

Tác giả liên hệ: Lương Quỳnh Hoa
Email: hoa_luongquynh@yahoo.com
Ngày nhận bài: 1/11/2021
Ngày phản biện khoa học: 10/11/2021
Ngày duyệt bài: 15/12/2021

TÓM TẮT

TSI (Thyroid Stimulating Immunoglobulin) là xét nghiệm định lượng kháng thể kích thích tuyến giáp TRSAb (Thyrotropin Receptor Stimulating Antibody), vì vậy đặc hiệu hơn xét nghiệm TRAb trong chẩn đoán bệnh Basedow, có giá trị chẩn đoán phân biệt bệnh Basedow ở

phụ nữ mang thai và bệnh cường giáp do thai kỳ. **Mục tiêu:** Khảo sát giá trị chẩn đoán phân biệt của xét nghiệm TSI ở bệnh nhân cường giáp do thai kỳ với bệnh nhân Basedow mang thai. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả, theo dõi dọc trên 30 bệnh nhân cường giáp do thai kỳ điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 03/2018 – tháng 12/2019. **Kết quả:** 30 bệnh nhân cường giáp do thai kỳ có kết quả TSI nhỏ hơn 0,55 IU/L và kết quả TRAb lớn hơn 1,58 IU/L. **Kết luận:** TSI có giá trị chẩn đoán đặc hiệu hơn so với xét nghiệm TRAb trong chẩn đoán bệnh cường giáp do thai kỳ.

Từ khóa: *TSI, TRAb, cường giáp do thai kỳ, Basedow.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường giáp thai kỳ là một bệnh tương đối phổ biến ở phụ nữ mang thai, nguyên nhân do tăng cao giá trị β HCG trong máu của những phụ nữ đang mang thai gây ra tình trạng nhiễm độc giáp thai kỳ. Cường giáp thai kỳ là một bệnh cường giáp thoáng qua, không cần điều trị bằng thuốc kháng giáp trạng và không liên quan đến các kết quả thai kỳ bất lợi [1] nhưng nhiều khi lại rất khó phân biệt với bệnh Basedow. Bệnh Basedow là bệnh mắc khá phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (0,5% - 1,0%) trong đó có phụ nữ mang thai [2].

Bệnh gây ra các rối loạn, ảnh hưởng đến chuyển hóa, tim mạch và nhiều biến chứng nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Để chẩn đoán phân biệt 2 bệnh trên đôi khi gặp khó khăn vì các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (xét nghiệm chức năng tuyến giáp, siêu âm...) gần giống nhau.

TRAb là xét nghiệm phát hiện cả 3 loại tự kháng thể xuất hiện trong bệnh Basedow: TRSAb có tác dụng kích thích, TRBAb có tác dụng ức chế và TRNAb không ảnh hưởng đến

hoạt động chức năng của tế bào tuyến giáp. Xét nghiệm TRAb định lượng cả 3 loại kháng thể nên có thể cho kết quả dương tính giả trong một số trường hợp dẫn tới sai sót trong chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân.

Để khắc phục được nhược điểm trên, xét nghiệm TSI là xét nghiệm chỉ định lượng kháng thể kích thích tuyến giáp TRSAb, vì vậy đặc hiệu hơn xét nghiệm TRAb trong chẩn đoán bệnh Basedow, có giá trị chẩn đoán phân biệt bệnh Basedow ở phụ nữ mang thai và bệnh cường giáp do thai kỳ.

Ở Việt Nam hiện nay chỉ có rất ít nghiên cứu về giá trị của xét nghiệm TSI trong chẩn đoán bệnh cường giáp do thai kỳ. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát giá trị của xét nghiệm TSI trong chẩn đoán phân biệt bệnh nhân cường giáp do thai kỳ với bệnh nhân mắc Basedow mang thai.*

2. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định cường giáp thai kỳ (bệnh nhân có thai có tình trạng nhiễm độc giáp, xét nghiệm TSI âm tính), các bệnh nhân không điều trị thuốc kháng giáp trạng, được theo dõi lâm sàng và xét nghiệm, chức năng

tuyến giáp trở về bình giáp từ sau tuần thứ 20 của thai kỳ tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương .

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân
 - + Được chẩn đoán xác định có thai.
 - + Được chẩn đoán cường giáp thai kì.
 - + Có xét nghiệm TSI và TRAb; xét nghiệm TSI âm tính.
 - + Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không tiếp tục tham gia nghiên cứu, các vấn đề liên quan đến đình chỉ thai kỳ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.
- Thiết kế nghiên cứu: chọn 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định cường giáp do thai kỳ, loại trừ tất cả các nguyên nhân thực thể gây ra cường giáp khác, bệnh nhân được khai thác thông tin chung (tuần thai, số lần mang thai, số thai, tiền sử mắc bệnh tuyến giáp), triệu chứng cơ năng, triệu chứng lâm sàng, siêu âm tuyến giáp, làm xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến giáp (FT3, FT4, TSH), xét nghiệm TRAb, xét nghiệm TSI có kết quả âm tính. Tất cả các bệnh nhân không điều trị thuốc kháng giáp trạng, được theo dõi các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng cho đến khi các triệu chứng lâm sàng hết và xét nghiệm trở về bình thường.
- Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu khi vào viện

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (khi vào viện)

| Đặc điểm | | Kết quả |
|--|---------|--------------|
| Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$ (tuổi) | | 29,10 ± 4,75 |
| Số tuần thai trung bình $\bar{X} \pm SD$ (tuần thai) | | 13,23 ± 5,72 |
| Lần mang thai | Lần đầu | 9 (30%) |
| | Lần ≥ 2 | 21 (70%) |
| | Số thai | 1 |
| | 2 | 2 (6,7%) |
| | 3 | 1 (3,3%) |
| Tiền sử mắc Basedow | | 5 (16,67%) |
| Tiền sử mắc bệnh tuyến giáp khác | | 6 (20%) |

Nhận xét:

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng NC là $29,10 \pm 4,75$ tuổi. Số tuần mang thai trung bình là $13,23 \pm 5,72$ tuần. 70% bệnh nhân mang thai con lần 1. 70% bệnh nhân mang 1 thai. 16,67% bệnh nhân có tiền sử mắc Basedow trước đó (đã điều trị khỏi) và 6 bệnh nhân có tiền sử mắc 1 số bệnh tuyến giáp khác như bướu nhân tuyến giáp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu khi vào viện

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng (khi vào viện)

| Đặc điểm lâm sàng | N | % | Đặc điểm lâm sàng | N | % |
|-------------------------|------------------------|-------|----------------------------------|----|-------|
| Mắt ngủ | 3 | 10,0 | Có nhân tuyến giáp | 7 | 23,33 |
| Hồi hộp/đánh trống ngực | 11 | 36,67 | Tiếng thổi tại tuyến giáp | 2 | 6,67 |
| Run chân tay | 10 | 33,33 | Run tay | 12 | 40,00 |
| Sút cân | 11 | 36,67 | Nhịp tim nhanh (>90 tần số/phút) | 26 | 86,67 |
| Nghén nhiều | 20 | 66,67 | Lòi mắt | 0 | 0 |
| Nôn/buồn nôn | 19 | 63,33 | Phù niêm trước xương chày | 0 | 0 |
| Rối loạn tiêu hóa | 2 | 6,67 | Ngón tay dùi trống | 0 | 0 |
| Số cân sút trung bình | $4,23 \pm 2,32$ (2-10) | | | | |
| Nhịp tim trung bình | $101,04 \pm 9,69$ | | | | |

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở nhóm đối tượng nghiên cứu là nghén nhiều, nôn/buồn nôn, sút cân, hồi hộp/đánh trống ngực, run tay chân ... Các triệu chứng thực thể thường gặp là nhịp tim nhanh, run tay, có nhân tuyến giáp...

Bảng 3. Phân độ và đặc điểm bướu cổ (khi vào viện)

| Mức độ Bướu cổ | n | % | Đặc điểm Bướu cổ | n | % |
|----------------|----|------|---------------------------|----|------|
| Bướu cổ độ IA | 2 | 6,7 | Bướu to lan tỏa | 24 | 80,0 |
| Bướu cổ độ IB | 26 | 86,7 | Nhân thùy phải tuyến giáp | 1 | 3,3 |
| Bướu cổ độ II | 2 | 6,7 | Nhân 2 thùy tuyến giáp | 5 | 16,7 |

Nhận xét: 86,7% bệnh nhân có tuyến giáp to độ IB. 80% bệnh nhân có tuyến giáp to lan tỏa, còn lại 6 bệnh nhân tuyến giáp to do có nhân tuyến giáp.

Bảng 4. Giá trị xét nghiệm FT₃, FT₄, TSH (khi vào viện)

| Chỉ số | Trung bình $\bar{X} \pm SD$ | Trung vị | Thấp nhất | Cao nhất |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------|-----------|----------|
| Xét nghiệm FT ₃ (pmol/L) | $9,08 \pm 5,08$ | 7,30 | 2,91 | 26,94 |
| FT ₄ (pmol/L) | $31,43 \pm 19,61$ | 24,90 | 12,40 | 100,00 |
| TSH (U/mL) | $0,028 \pm 0,013$ | 0,03 | 0,01 | 0,07 |

Nhận xét: Giá trị trung bình FT₃ và FT₄ đều tăng (FT₃: $9,08 \pm 5,08$ pmol/L, FT₄: $31,43 \pm 19,61$ pmol/L). Giá trị trung bình TSH giảm là $0,035 \pm 0,041$ U/mL.

Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả TSH dưới 0,1 U/mL.

Bảng 5. Đặc điểm chức năng tuyến giáp (khi vào viện)

| Đặc điểm | n | % |
|--|----|----|
| Nhiễm độc giáp rõ (FT3/FT4 tăng) | 24 | 80 |
| Nhiễm độc giáp dưới lâm sàng(FT3, FT4 bình thường) | 6 | 20 |

Nhận xét: Có 24 bệnh nhân (80%) nhiễm độc giáp rõ (tăng kết quả FT3 hoặc FT4 hoặc cả 2 chỉ số, TSH dưới 0,1IU/L). Có 6 bệnh nhân (20%) nhiễm độc giáp dưới lâm sàng (kết quả xét nghiệm FT3, FT4 bình thường, chỉ có TSH dưới 0,1 IU/L).

3.3. Xét nghiệm TRAb và TSI trong chẩn đoán bệnh cường giáp thai kỳ khi vào viện

Bảng 6. Giá trị xét nghiệm TRAb và TSI

| | TSI < 0,1(UI/L) | 0,1 < TSI < 0,55(UI/L) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| TRAb < 1,58(UI/L) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| TRAb > 1,58(UI/L) | 22 (73,33%) | 8 (26,67%) |
| TRAb trung bình (nhỏ nhất-lớn nhất) | 2,75 ± 0,67 (n=22) (1,74 – 4,29) | 4,53 ± 2,47 (n=8) (2,78 – 10,38) |

Nhận xét:

- Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều có kết quả xét nghiệm TRAb lớn hơn ngưỡng giá trị tham chiếu 1,58 UI/L. Kết quả TRAb trung bình là 3,23± 1,56 UI/L, thấp nhất là 1,74 UI/L, cao nhất là 10,38 UI/L.

- Có 73,33% (22) bệnh nhân có kết quả TSI dưới ngưỡng phát hiện (<0,1 UI/L). 26,67% (8) bệnh nhân có xét nghiệm TSI nằm trong khoảng giá trị 0,1 – 0,55 UI/L.

- Giá trị TRAb trung bình ở nhóm TSI nhỏ 0,1 UI/L thấp hơn so với nhóm TSI từ 0,1 – 0,55 UI/L với p< 0,05.

3.4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân khi ra viện

- Số tuần thai trung bình khi ra viện: 20,46 ± 5,68 (tuần).

- Lâm sàng: các triệu chứng cơ năng và thực thể của hội chứng cường giáp âm tính.

- Cận lâm sàng: chức năng tuyến giáp của 30 bệnh nhân về bình giáp (FT3/FT4/TSH trong giới hạn bình thường). Kết quả trung bình FT3: 5,26 ± 1,20 pmol/L, FT4: 15,60 ± 3,41 pmol/L, TSH: 2,20 ± 1,08 U/mL.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Số tuần thai:

số tuần thai khi nhập viện trung bình là 13,23 ± 5,72 tuần, thời điểm khởi phát triệu

chứng và biểu hiện rầm rộ các triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường khởi phát quanh tuần thai thứ 10, phù hợp với cơ chế sinh bệnh học của bệnh.

Đa số (86,67%) bệnh nhân có biểu hiện bệnh trong giai đoạn nửa đầu thai kỳ, các triệu chứng của bệnh tự thuyên giảm và không cần điều trị thuốc kháng giáp trạng –

Điều này phù hợp với cơ chế sinh bệnh học của bệnh: các triệu chứng của bệnh là do sự thay đổi và đáp ứng quá mức với sự tăng cao của βHCG trong cơ thể người phụ nữ khi mang thai chứ không phải do bệnh nội tại của tuyến giáp gây ra.

Số tuần thai trung bình của các bệnh nhân khi ra viện là 20,46 ± 5,68 (tuần). Bệnh nhân hết triệu chứng sớm nhất vào tuần thai thứ 15 và muộn nhất vào tuần thai thứ 26.

Đa số các bệnh nhân hết triệu chứng xoay quanh tuần thai thứ 20, các biểu hiện cường giáp xuất hiện sau tuần thứ 20 chỉ xuất hiện ở 4 bệnh nhân. 4 bệnh nhân này có các biểu hiện kéo dài hơn và hết triệu chứng muộn hơn có thể giải thích do tình trạng đa thai, hoặc có yếu tố tự miễn tiềm tàng trong huyết thanh...

Số thai:

Số thai được chứng minh có liên quan trực tiếp tới sự tăng βHCG cao và kéo dài, nguyên nhân gây ra các biểu hiện triệu chứng cường giáp trên lâm sàng.

Tiền sử mắc Basedow:

Một số bệnh nhân có tiền sử mắc một số bệnh tuyến giáp như basedow (đã điều trị khỏi), bướu đa nhân, bướu đơn nhân... Đối với những bệnh nhân có tiền sử mắc Basedow, nếu xuất hiện các biểu hiện cường giáp trong lúc mang thai thì sẽ rất khó để chẩn đoán phân biệt xem thực sự bệnh nhân bị nhiễm độc giáp do thai kỳ hay các triệu chứng của Basedow tái phát khi mang thai. Vì vậy việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân có vai trò rất quan trọng giúp chẩn đoán và điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Các triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là nghén nhiều, nôn/buồn nôn, sút cân, hồi hộp/đánh trống ngực, run tay chân... Các triệu chứng thực thể chủ yếu là nhịp tim nhanh, run tay... Một số triệu chứng ít gặp hơn như mất ngủ, rối loạn tiêu hóa, mệt mỏi...

Các dấu hiệu ngoại giáp (lòi mắt, phù niêm trước xương chày, ngón tay dùi trống) đều âm tính. Các dấu hiệu ngoại giáp có độ đặc hiệu cao để chẩn đoán mắc Basedow, tuy nhiên khi âm tính cũng chưa thể chẩn đoán loại trừ do tỷ lệ dương tính của các triệu chứng này không cao.

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có từ một đến nhiều biểu hiện của hội chứng nhiễm độc giáp (lo lắng, run tay chân, rối loạn dung nạp nhiệt, sút cân hoặc tăng cân nhẹ, nhân độc tuyến giáp...).

Có 11/30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có triệu chứng sút cân, số cân sút trung bình là $4,23 \pm 2,32$ kg, có bệnh nhân sút tới 10 kg.

Đây là một trường hợp bệnh nhân nữ, 24 tuổi, không có tiền sử basedow, mang thai lần đầu, 13 tuần, mang thai ba, có kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp: FT3 17,5 pmol/L; FT4 77,1 pmol/L; TSH 0,03 pmol/L, xét nghiệm β HCG: 493433 UI/L.

Biểu hiện lâm sàng rầm rộ càng đòi hỏi một chẩn đoán và điều trị chính xác, ở trường hợp thai ba này, bệnh nhân được theo dõi – lâm sàng và cận lâm sàng trở về bình thường về ở tuần thai thứ 26.

Đa số các bệnh nhân có tuyến giáp to độ

IB, và chủ yếu là bướu to lan tỏa (80%). Tuyến giáp thường to, lan tỏa, tương đối đều, mật độ có thể mềm, đàn hồi hoặc hơi cứng, có thể xuất hiện tiếng thổi tâm thu tại bướu. Các đặc điểm này gần như tương đồng nhau ở bệnh nhân nhiễm độc giáp do thai kỳ và Basedow, vì vậy dấu hiệu tuyến giáp to thường ít có giá trị chẩn đoán phân biệt trong trường hợp này.

Các dấu hiệu lâm sàng là không đặc hiệu để chẩn đoán nguyên nhân gây ra tình trạng cường giáp trừ khi bệnh nhân có xuất hiện các triệu chứng ngoại tháp đặc hiệu cho bệnh Basedow (lòi mắt, phù niêm trước xương chày, ngón tay dùi trống).

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Khi mang thai, nồng độ TSH trong huyết thanh thay đổi phụ thuộc vào số tuần thai. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả TSH < 0,1 U/mL. Giá trị TSH dưới 0,1 U/mL cho phép chẩn đoán cường giáp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Gietka-Czernel khi nghiên cứu 35 bệnh nhân nhiễm độc giáp thai kỳ cũng cho kết quả tất cả các bệnh nhân có kết quả TSH dưới 0,1 U/mL [3].

Giá trị xét nghiệm FT3 và FT4 trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tăng cao hơn so với giá trị tham chiếu. Có 4 bệnh nhân có mức tăng chỉ số FT3/FT4 rất cao (FT3 > 15 pmol/L, FT4 > 50 pmol/L) đặc biệt có 1 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm FT3: 26,94 pmol/L, FT4: 100 pmol/L, TSH: 0,01 U/mL (bệnh nhân này có kết quả TSI âm tính, TRAB 2,45 UI/L).

Tác giả Gietka-Czernel nghiên cứu 35 bệnh nhân cường giáp thai kỳ cho kết quả 19/35 bệnh nhân (54%) có tăng chỉ số FT3/FT4 [4].

80% bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm độc giáp lâm sàng (FT3/FT4 tăng, TSH giảm); 20% bệnh nhân nhiễm độc giáp dưới lâm sàng (FT3, FT4 bình thường, chỉ có TSH giảm). Tác giả J.Y.L.

Tan và CS (2002) nghiên cứu 39 bệnh nhân nhiễm độc giáp thai kỳ có hội chứng nghén

nặng đều có giá trị FT4 tăng cao và trở về bình thường sau tuần thai thứ 15 [4].

Như vậy, nếu chỉ dựa vào các đặc điểm lâm sàng và chỉ số chức năng tuyến giáp thì khó có thể đưa ra chẩn đoán nguyên nhân của cường giáp và đưa ra chẩn đoán phân biệt giữa bệnh cường giáp do thai kỳ hay do bệnh lý của tuyến giáp (Basedow) gây ra.

4.4. Xét nghiệm TRAb và TSI trong chẩn đoán bệnh cường giáp thai kỳ

Ở những bệnh nhân mang thai có triệu chứng nhiễm độc giáp, xét nghiệm TRAb là chỉ định cần thiết để chẩn đoán và tiên lượng bệnh. TRAb có thể vượt qua hàng rào nhau thai để dẫn đến kết quả bất lợi tiềm ẩn cho thai nhi, có thể gây cường giáp hoặc suy giáp ở trẻ sơ sinh.

Tuyến giáp của thai nhi bắt đầu phản ứng với tác dụng của TRAb từ sau tuần thai thứ 20, tương ứng với sự suy giảm của các nồng độ TRAb của mẹ do điều chế miễn dịch thai kỳ. Vì vậy xét nghiệm TRAb có thể được sử dụng để tiên đoán các nguy cơ tiềm ẩn của bệnh Graves đối với thai nhi và đưa ra các quyết định điều trị cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều có kết quả TRAb lớn hơn 1,58 UI/L. Có 2 bệnh nhân có kết quả TRAb lớn hơn 5 UI/L, giá trị TRAb cao nhất là 10,38 UI/L.

Trong khi đó, tất cả bệnh nhân cường giáp thai kỳ trong nhóm nghiên cứu đều có kết quả TSI nhỏ hơn 0,55 UI/L – là ngưỡng chẩn đoán bệnh Basedow, điều này cho phép loại trừ chẩn đoán các bệnh nhân mắc Basedow.

Như vậy, nếu sử dụng xét nghiệm TRAb với ngưỡng chẩn đoán 1,58 IU/L để chẩn đoán bệnh Basedow ở phụ nữ mang thai có thể dẫn tới chẩn đoán không chính xác.

Do đặc điểm của nguyên lý phương pháp định lượng TRAb là định lượng cả 3 thành phần: TRSAb, TRBAAb và TRNAb nên trong những trường hợp trên độ đặc hiệu của xét nghiệm bị hạn chế, dẫn đến kết quả dương tính giả.

Trong nhóm nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều có kết quả TRAb tăng nhưng có thể không

tăng thật sự thành phần TRAb có tác dụng kích thích thụ thể TSH tuyến giáp TRSAb hoặc tỷ lệ TRSAb/TRBAAb < 1, do vậy TRAb dương tính (với ngưỡng chẩn đoán 1,58 IU/L-giá trị tham chiếu của người trưởng thành khỏe mạnh) chưa đủ để chẩn đoán mắc Basedow trên đối tượng bệnh nhân mang thai có hội chứng nhiễm độc giáp.

Giá trị TRAb tăng cao hơn 3 – 4 lần so với giá trị trên của ngưỡng bình thường (khoảng 5 IU/L) thường được khuyến cáo sử dụng để tiên lượng khả năng mắc bệnh lý tuyến giáp ở bào thai và trẻ sơ sinh [5].

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu có 22 bệnh nhân (73,33%) có kết quả TSI dưới ngưỡng phát hiện. Giá trị TSI dưới 0,1 UI/L cho phép loại trừ chẩn đoán bệnh Basedow cho nhóm này.

Như vậy mặc dù có triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm chức năng tuyến giáp, đặc điểm siêu âm và xét nghiệm TRAb > 1,58 IU/L đều hướng tới chẩn đoán mắc Basedow nhưng dựa vào kết quả TSI âm tính khẳng định hội chứng nhiễm độc giáp ở nhóm nghiên cứu là do thai kỳ, không cần điều trị thuốc kháng giáp trạng, sau quá trình theo dõi các triệu chứng lâm sàng âm tính và kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp trở về bình thường.

8 bệnh nhân có kết quả TSI nằm trong khoảng 0,1 – 0,55 UI/L. Tất cả bệnh nhân có tiền sử mắc Basedow (đã điều trị khỏi) đều nằm trong nhóm 8 bệnh nhân này. Kết quả TRAb trung bình của 8 bệnh nhân này cũng cao hơn so với nhóm còn lại ($4,53 \pm 2,47$ so với $2,75 \pm 0,67$; $P < 0.05$).

Qua đó có thể thấy, ở những bệnh nhân này, việc chỉ định xét nghiệm TSI là thật sự cần thiết để loại trừ được chẩn đoán Basedow, đặc biệt là những bệnh nhân có tiền sử Basedow trước đó.

Nếu dựa vào tiền sử, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả TRAb, những bệnh nhân này có thể sẽ được chẩn đoán và điều trị theo hướng Basedow, dẫn tới điều trị không chính xác và ảnh hưởng bất lợi tới thai nhi.

Ngoài ra, nên làm thêm xét nghiệm A-TPO để phát hiện những bệnh lý viêm giáp tự miễn khác ở nhóm đối tượng này.

4.5. Theo dõi điều trị

Dựa vào kết quả xét nghiệm TSI âm tính, nhóm đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán xác định cường giáp do thai kỳ, được theo dõi các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Khi các bệnh nhân hết triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân được xét nghiệm FT3, FT4, TSH để kiểm tra tình trạng chức năng tuyến giáp.

Khi ra viện, các triệu chứng cơ năng và thực thể của hội chứng cường giáp âm tính, chức năng tuyến giáp về bình giáp (FT3/FT4/TSH trong giới hạn bình thường). Kết quả trung bình FT3: $5,26 \pm 1,20$ pmol/L, FT4: $15,60 \pm 3,41$ pmol/L, TSH: $2,20 \pm 1,08$ U/mL Số tuần thai trung bình khi ra viện: $20,46 \pm 5,68$ (tuần). Bệnh nhân hết triệu chứng sớm nhất vào tuần thai thứ 15 và muộn nhất vào tuần thai thứ 26.

5. KẾT LUẬN

TSI có giá trị chẩn đoán đặc hiệu hơn so với xét nghiệm TRAb trong chẩn đoán bệnh cường giáp do thai kỳ.

Xét nghiệm TRAb về cơ bản vẫn là xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán bệnh Basedow trên đối tượng người trưởng thành với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Tuy nhiên, trong một số trường hợp nhiễm độc giáp đặc biệt như phụ nữ mang thai, đặc biệt là có tiền sử mắc Basedow trước đó, cần xem xét lại ngưỡng giá trị chẩn đoán cho bệnh nhân, tránh những giá

trị dương tính giả gây ra nhầm lẫn trong chẩn đoán và điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Casey, B.M., et al. (2006).** *Subclinical hyperthyroidism and pregnancy outcomes.* *Obstetrics & Gynecology.*, **107(2)**: p. 337-341.
2. **Carlé, A., et al., (2011).** *Epidemiology of subtypes of hyperthyroidism in Denmark: a population-based study.* *European Journal of Endocrinology.*, **164(5)**: p. 801-809.
3. **Gietka-Czernel, M., et al., (2014).** *Hyperthyroidism during pregnancy—the role of measuring maternal TSH receptor antibodies and foetal ultrasound monitoring.* *Endokrynologia Polska.*, **65(4)**: p. 259-268.
4. **Tan, J.Y., et al., (2002).** *Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum.* *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.*, **109(6)**: p. 683-688.
5. **Mortimer, R.H., et al., (1990).** *Graves' disease in pregnancy: TSH receptor binding inhibiting immunoglobulins and maternal and neonatal thyroid function.* *Clinical endocrinology.*, **32(2)**: p. 141-152.