

CƯỜNG GIÁP

1. Định nghĩa:

Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến hậu quả sản xuất hormon giáp T_4 và T_3 nhiều hơn bình thường.

2. Chẩn đoán:

Dựa vào sự kết hợp giữa các dấu hiệu lâm sàng và định lượng hormon FT_4, T_3, TSH .

2.1. Lâm sàng:

Thể lâm sàng đầy đủ sẽ biểu hiện tất cả các dấu hiệu tổn thương ở các mô, các rối loạn chuyển hóa.

Bệnh Graves là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp cường giáp, đặc biệt là ở người trẻ, bướu giáp đa nhân hóa độc là nguyên nhân cường giáp hay gặp ở người già.

a) *Sự cân nhanh.*

b) *Da, tóc và điều nhiệt*

Cảm giác nóng bức, sợ nóng, tăng thân nhiệt nhẹ 37,5-38 độ C. Da nóng, ẩm mồ hôi, có thể có phù trước xương chày. Tóc mảnh, dễ gãy, có thể rụng tóc. Móng tay thường mềm, dễ gãy. Khát nước thường xuyên. Có thể có tiểu nhiều.

c) *Mắt*

Ánh mắt sắc, dấu hiệu mắt lig lag. Hoặc bệnh nhân than phiền về cảm giác khó chịu về mắt, lồi mắt một bên hay 2 bên.

d) *Hệ thống tim mạch*

Nhịp tim nhanh hầu như thường xuyên, hiện diện ngay cả khi ngủ, tần số có thể >90 lần/phút, tăng nhiều khi xúc động. Huyết áp tâm thu tăng, hiệu số huyết áp rộng. Rối loạn vận mạch với biểu hiện đỏ mặt từng lúc, toát mồ hôi.

e) *Thần kinh, tâm thần*

Đễ xúc động, bồn chồn, bứt rứt, dễ cáu gắt. Có thể có rối loạn tâm thần. Run đầu ngón tay với biên độ nhỏ, tần số nhanh, đều.

f) *Tiêu hóa*

Tăng nhu động ruột, có thể có tiêu chảy không kèm theo đau quặn.

g) *Cơ*

Yếu cơ có thể phát hiện bằng dấu hiệu ghé đầu, có thể có teo cơ nhất là ở vùng vòng quanh vai.

2.2. Cận lâm sàng:

- PBI (Iod huyết thanh) tăng lên >7 $\mu\text{g}/100\text{ml}$ (bình thường 4-7 $\mu\text{g}/100\text{ml}$), ít dùng.
- Định lượng hormon giáp lưu hành: T_4, FT_4, T_3, FT_3 tăng.
- Định lượng TSH giảm, là test để xác định chẩn đoán và dựa vào đó để điều trị.
- Định lượng TRH hữu ích trong 1 số trường hợp nghi ngờ có u tuyến yên.

- Biểu đồ tập trung iod phóng xạ tại tuyến giáp: Thường độ tập trung xảy ra sớm, cao trong thời điểm 2h, 6h sau đó giảm nhanh tạo ra góc thoát. Một số trường hợp độ tập trung tăng và giữ hình cao nguyên.
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm tuyến giáp hoặc xạ hình tuyến giáp hữu ích trong chẩn đoán cường giáp những trường hợp u giáp nhân.

2.3. Các thể lâm sàng:

- Thể theo triệu chứng lâm sàng:
 - Thể tim.
 - Thể tăng thể trọng nghịch thường: hay gặp ở phụ nữ trẻ, mất kinh.
 - Thể suy mòn: chỉ có triệu chứng duy nhất là gầy nhiều.
 - Thể tiêu hóa: tiêu chảy và gầy sụt cân biểu hiện là chủ yếu.
 - Thể thần kinh: giả liệt chu kỳ có liên quan tới giảm kali máu, hay gặp ở người Châu Á. Thể tâm thần: kích động hay hoang tưởng, lú lẫn.
- Thể theo triệu chứng sinh hóa:
 - Thể chỉ tăng T3, nhưng T4 bình thường và thể chỉ tăng T4, nhưng T3 bình thường.
 - Thể T3, T4 bình thường, TSH giảm, không có dấu hiệu cường giáp trên lâm sàng (cường giáp dưới lâm sàng).
- Thể theo cơ địa:
 - Mẹ bị cường giáp nên khi sinh con em bé có thể bị cường giáp thoáng qua trong vài tuần.
 - Thể trẻ em: hiếm xảy ra trước tuổi dậy thì.
 - Thể phụ nữ có thai: cường giáp nặng lên ở thời kì đầu và sau khi sinh.
 - Người già: triệu chứng không điển hình, biểu hiện như thể tiêu hóa, thể vô cảm...

2.4. Chẩn đoán phân biệt:

- Phình giáp lan tỏa.
- Viêm tuyến giáp.

3. Điều trị:

3.1. Điều trị nội khoa:

- Điều trị sớm và đầy đủ, diễn tiến tốt. Một số ít có thể bị tái phát. Điều trị muộn, hoặc không đầy đủ, cường giáp nặng lên, nhiều biến chứng, có thể bị cơn cường giáp cấp.
- Sử dụng phối hợp thuốc kháng giáp tổng hợp, thuốc chống cường giao cảm, an thần. Tùy từng trường hợp cụ thể mà có sự lựa chọn thuốc phối hợp thích hợp.
- Thuốc kháng giáp tổng hợp:

Nhóm thiouracil (3lần/ngày)

MTU (methylothiouracil)

PTU(propylthiouracil)

BTU (benzylthiouracil)

Nhóm imidazol (1 lần/ngày)

CARBIMAZOLE (Neomercazole)

METHIMAZOLE (Tapazole, Thyrozol)

- Thời gian điều trị từ 18 đến 24 tháng. Liều dùng sẽ tăng hay giảm dần mỗi 1-2 tháng tùy theo diễn tiến bệnh.
- Tai biến do thuốc:
 - Mất bạch cầu hạt: thường gặp, cần theo dõi số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu ở bệnh nhân sau khi điều trị có sốt cao, viêm họng. Xử trí bằng cách giảm liều thuốc, cần ngưng thuốc khi số lượng bạch cầu < 4000 , bạch cầu đa nhân trung tính $< 45\%$ hoặc đổi qua nhóm thuốc khác.
 - Viêm gan do thuốc: cần ngưng thuốc, chuyển điều trị bằng iod (dung dịch Lugol) tạm thời hoặc lâu dài.
 - Sốt, mẩn đỏ ngoài da, đau khớp: trường hợp này không cần ngưng điều trị.
- Theo dõi điều trị bằng định lượng T_3 , FT_4 , TSH.
- Diễn tiến tốt: Khối lượng tuyến giáp nhỏ đi, liều duy trì nhỏ (thiouracil ≤ 50 mg, imidazole ≤ 5 mg).
- Thuốc chống cường giao cảm:
 - Ức chế β giao cảm: Propanolol (Inderal, Avlocardyl). Liều thông dụng 40 – 120 mg/ngày, chia 4-6 lần... Chống chỉ định: Hen, loét dạ dày, bloc nhĩ thất, suy tim nặng.
 - Thuốc ức chế giao cảm khác: sử dụng khi có chống chỉ định các thuốc ức chế β giao cảm. Reserpin: liều 1- 1,5 mg/ngày; Guanethidin: liều 50 – 100 mg/ngày.
- An thần: chỉ định khi có các triệu chứng mất ngủ, lo âu, căng thẳng nhiều.
- Điều trị cường giáp ở phụ nữ có thai: nên dùng PTU liều nhỏ nhất có thể để duy trì FT_4 gần giới hạn trên của mức bình thường, liều thường giảm ở giai đoạn sau của thai kì. Atenolol cho uống 25- 50 mg/ngày để giảm các triệu chứng, trong khi chờ tác dụng của PTU. Trẻ sơ sinh của các bà mẹ này nên được theo dõi cẩn thận về cường giáp.

3.2. Điều trị phẫu thuật:

- Chỉ định: Các trường hợp điều trị nội khoa thất bại hay tái phát, bướu giáp quá lớn, bướu giáp nhân độc, basedow có biểu hiện lồi mắt ác tính.
- Các bước chuẩn bị: Điều trị nội khoa với thuốc cho đến khi bình giáp, thường khoảng 3 tháng. Trước phẫu thuật 2- 3 tuần cho thêm Lugol để giảm xuất huyết khi phẫu thuật nếu cần. Trước phẫu thuật 7- 10 ngày: ngưng Propanolol nếu đang sử dụng.
- Phẫu thuật: thường cắt gần toàn bộ tuyến giáp, chỉ để lại 2- 3 gam ở mỗi thùy.
- Theo dõi sau phẫu thuật: đánh giá triệu chứng lâm sàng và FT_4 , TSH sau phẫu thuật 4-6 tuần, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm. Nếu xuất hiện suy giáp (tỷ lệ 30-50 %) thì điều trị với T_4 . Nếu cường giáp không giảm hoặc tái phát (3-7 %), điều trị nội khoa trở lại.

- Tai biến sau phẫu thuật:

Tổn thương dây thần kinh quặt ngược gây khàn tiếng, mất tiếng: luyện giọng

Tổn thương dây thần kinh thanh quản trên gây đổi giọng.

Suy cận giáp (3%): dùng canxi, Mg, B6...

Con cường giáp cấp sau phẫu thuật: hiếm gặp.

3.3. Điều trị xạ trị:

- Chỉ định: tất các trường hợp cường giáp đều có thể điều trị bằng phương pháp này, trừ khi có chống chỉ định. Phương pháp này an toàn đối với người trên 40 tuổi.
- Chống chỉ định: Phụ nữ có thai, trẻ em. Cân nhắc khi chỉ định cho người <40 tuổi.
- Liều dùng: thông thường từ 80 – 120 $\mu\text{Ci/g}$ tuyến giáp.

Một số trường hợp đặc biệt như có bệnh tim kèm theo, cường giáp nặng, hoặc tuyến giáp quá lớn (>100g) thì nên điều trị bằng thuốc kháng giáp ổn định rồi ngưng thuốc 5-7 ngày, đo độ tập trung tại tuyến giáp để tính liều, sau đó mới điều trị bằng iod phóng xạ. Thường cần phải sử dụng liều 120- 150 $\mu\text{Ci/g}$ tuyến giáp.

Diễn tiến bệnh: kết quả điều trị xạ trị chỉ thấy rõ sau 2 tuần hoặc lâu hơn có thể là 2-3 tháng. Nếu không khả quan, phải điều trị bổ sung lần thứ 2 hoặc lần thứ 3 với liều nhỏ hơn lần đầu.

Biến chứng lớn nhất sau điều trị xạ là suy giáp. Chẩn đoán sớm suy giáp bằng định lượng FT_4 , TSH . Khoảng 25 % trường hợp suy giáp xảy ra sớm, có tính chất tạm thời. Nếu suy giáp xảy ra sau khi xạ trị nhiều năm thì ít có khả năng hồi phục. Khi có suy giáp tạm thời, điều trị với Thyroxin liều 100-200 $\mu\text{g/}$ ngày trong 6- 12 tháng. Nếu suy giáp không hồi phục thì phải điều trị thay thế suốt đời. Biến chứng khác có thể gặp sau xạ trị là cường giáp hoặc triệu chứng mắt nặng lên, điều trị thích hợp trong thời gian ngắn sẽ ổn định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Mai Thế Trạch. Cường giáp. Phần 3. Nội tiết học đại cương . NXB Y học .2003.
- 2) Terry F. Davies and P. Reed Larsen. Thyrotoxicosis. Section three. Volume 1, Williams Textbook of Endocrinology. Saunders. 2003. 374-422
- 3) Fauci, Braunwald and al. Thyrotoxicosis. Diseases of the thyroid . Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw- Hill- International editions. 14th edition . 1998. 928-935.
- 4) William E.Clutter. Hyperthyroidism. Endocrine Diseases. The Washington Manual of Medical Therapeutics. Washington University in St. Lois- School of Medicine. Lippincott Williams & Wilkins. 31st Edition. 2004. 492- 496