

trường hợp dưới 50 tuổi và đây là yếu tố tổn thương góp phần làm tăng tính phức tạp của tình trạng xương gãy.

Về hình ảnh gãy nát vùng bản lề calcar, là vùng xương liên quan đến mạch máu nuôi chỏm xương cánh tay và tình trạng gãy này tạo nên loại gãy lệch trong. Nghiên cứu của chúng tôi có loại tổn thương này chiếm tỉ lệ 37,14% của 35 trường hợp chụp cắt lớp vi tính tái tạo hình ảnh 3D. Trong nhiều nghiên cứu, các tác giả đều thống nhất về sự tổn thương vùng xương này là nguy cơ gây tình trạng hoại tử chỏm xương cánh tay sau điều trị bảo tồn không phẫu thuật hoặc kết hợp xương [10]. Đồng thời, vùng xương này gãy nát không thể phục hình bằng các phương pháp điều trị kể trên, không tái lập được góc của chỏm và thân xương cánh tay theo giải phẫu, gây nên tình trạng can xương lệch trong hoặc thiếu hụt xương gây hoại tử chỏm sau chấn thương, từ đó ảnh hưởng đến biên độ và chức năng khớp vai sau điều trị.

KẾT LUẬN

Gãy phức tạp đầu trên xương cánh tay ở người trên 50 tuổi có hình ảnh cắt lớp vi tính dựng hình 3D chủ yếu là gãy 4 phần kèm trật khớp. Các yếu tố ngoài phân loại Neer làm tăng mức độ phức tạp của hình thái gãy xương là: vỡ chỏm, gãy nát vùng giữa cổ giải phẫu và cổ phẫu thuật, gãy nát các củ xương cánh tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Court-Brown CM, Garg A, McQueen MM** (2001). "The epidemiology of proximal humeral fractures", *Acta orthopaedica Scandinavica*, p. 365-371.
2. **Castricini R**, et al (2011), "Shoulder hemiarthroplasty for fractures of the proximal humerus", *Musculoskeletal surgery*, 95 (1), p. 49-54.

3. **Neer CS** (1970). "Displaced proximal humeral fractures: Part I. Classification and evaluation", *JBJS*, 52 (6), p. 1077-1089.

4. **Brunner A, Honigmann P, Treumann T**, et al (2009). "The impact of stereo-visualisation of three-dimensional CT datasets on the inter-and intraobserver reliability of the AO/OTA and Neer classifications in the assessment of fractures of the proximal humerus", *Bone & Joint Journal*, 91 (6), p. 766-771.

5. **Farooq A, Tosti R, Richmond JM**, et al (2011). "Classification and treatment of proximal humerus fractures: inter-observer reliability and agreement across imaging modalities and experience", *Journal of orthopaedic surgery and research*, 6 (1), p. 38.

6. **Mochizuki T, Sugaya H, Uomizu M**, et al (2008). "Humeral insertion of the supraspinatus and infraspinatus: new anatomical findings regarding the footprint of the rotator cuff", *JBJS*, 90 (5), p. 962-969.

7. **Edelson G, Saffuri H, Obid E**, et al (2009). "The three-dimensional anatomy of proximal humeral fractures", *Journal of shoulder and elbow surgery*, 18 (4), p. 535-544.

8. **Hasan AP, Phadnis J, Jaarsma RL**, et al (2017), "Fracture line morphology of complex proximal humeral fractures", *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 26 (10), p. e300-e308.

9. **Lill H, Hepp P, Gowin W**, et al (2002). "Age-and gender-related distribution of bone mineral density and mechanical properties of the proximal humerus", *RoFo: Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen und der Nuklearmedizin*, 174 (12), p. 1544.

10. **Hertel R, Hempfing A, Stiehler M**, et al (2004). "Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus", *Journal of shoulder and elbow surgery*, 13 (4), p. 427-433.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP Ở PHỤ NỮ MANG THAI 3 THÁNG ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN 19-8

**PHẠM TUẤN DƯƠNG,
ĐẶNG THỊ HOA, ĐỖ TUYẾT NHUNG**
Bệnh viện 19-8 Bộ Công an

Chịu trách nhiệm: Phạm Tuấn Dương
Email: tuanduongbs198@gmail.com
Ngày nhận: 14/10/2020
Ngày phản biện: 10/11/2020
Ngày duyệt bài: 25/11/2020

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét thực trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai trong 3 tháng đầu tại Bệnh viện 19-8.

Trong thời kỳ mang thai, tuyến giáp thay đổi rõ rệt. Những sự thay đổi này đôi khi là sinh lý,

nhưng đôi khi xuất hiện hoặc làm thúc đẩy những rối loạn chức năng tuyến giáp, để lại những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Đặc biệt trong 3 tháng đầu thai kỳ, khi thai nhi chưa tự sản xuất được hormon tuyến giáp mà phụ thuộc hoàn toàn vào mẹ. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, nhưng ở Việt Nam còn rất ít quan tâm. Nghiên cứu được tiến hành trên 123 thai phụ mang thai 3 tháng đầu. Các thai phụ được khám lâm sàng, xét nghiệm máu định lượng FT₄, TSH, anti-TPO. Kết quả dựa trên khoảng tham chiếu khuyến cáo của ATA 2011 tỷ lệ RLCNTG nói chung: 65,9%. Trong đó, cường giáp 12,2%, suy giáp 16,3%, tình trạng giảm hormon FT₄ 37,4%.

Từ khóa: Tuyến giáp, thai kỳ

SUMMARY

CONCENTRATION OF THYROID HORMONES, SERO-ANTI-TPO AND THYROID ECHOGRAPHY IN PREGNANT WOMEN IN THE FIRST TRIMESTER

Thyroid gland changes significantly during pregnancy, either physiological or pathological. Thyroid dysfunction, especially in the first trimester, could result in serious consequences for either mother or fetus if not being treated properly. Contrary to the global literature, this state of health in Vietnam has not been noted. This study includes 156 women at the first trimester. They all had clinical examine and blood tested for FT₄, TSH, anti-TPO and thyroid echography. The overall incidence of thyroid dysfunction was 65.9% base on ATA's reference (2011) including hyperthyroidism (12.2%), hypothyroidism (16.3%), hypothyroxinemia (37.4%).

Keywords: Thyroid, pregnancy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nhất, giữ vai trò then chốt trong điều hòa chuyển hóa và phát triển thần kinh của cơ thể. Trong thời kỳ mang thai, tuyến giáp thay đổi rõ rệt. Những sự thay đổi này đôi khi là sinh lý, nhưng đôi khi xuất hiện hoặc làm thúc đẩy những rối loạn chức năng tuyến giáp, để lại những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Đặc biệt trong 3 tháng đầu, thai nhi chưa tự sản xuất được hormon tuyến giáp nên phụ thuộc hoàn toàn vào lượng hormon của mẹ qua rau thai. Do đó, nếu suy giáp xảy ra trong giai đoạn sớm của thai kỳ có thể gây hại cho sự phát triển não bộ thai nhi, dẫn đến chậm phát triển trí tuệ

của đứa trẻ về sau. Vì vậy, việc phát hiện sớm các RLCNTG ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu là cần thiết. Những rối loạn trong thời kỳ này thường rất kín đáo do triệu chứng lâm sàng bị che lấp bởi các triệu chứng của thai nghén nên cần được chẩn đoán bằng các biện pháp cận lâm sàng. Để tránh sai sót trong chẩn đoán, cần đối chiếu nồng độ hormon với các khoảng tham chiếu khuyến cáo dành cho đối tượng mang thai, theo từng giai đoạn của thai kỳ.

Trong những năm gần đây, nhiều công trình nghiên cứu được thực hiện khắp nơi trên thế giới nhằm tầm soát sớm bệnh lý tuyến giáp trong thời kỳ mang thai và có các biện pháp can thiệp nhằm làm giảm thiểu các biến chứng trong thai kỳ. Tại Việt Nam hiện có ít các nghiên cứu về vấn đề này, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét thực trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai trong 3 tháng đầu tại Bệnh viện 19-8.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là phụ nữ mang thai đến khám tại Phòng tái khám Khoa Nội tiết – ĐTD - Bệnh viện 19-8 và Phòng khám Sản - Bệnh viện 19-8, từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 10 năm 2020.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Phụ nữ mang đơn thai, thụ thai tự nhiên, thai sống, tuổi thai từ 4 đến hết 13 tuần.
+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Thụ thai nhờ các biện pháp hỗ trợ sinh sản: IUI, IVF.

Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm như: hormon tuyến giáp, kháng giáp trạng, amiodarone, lithium, các chế phẩm corticoid, hormon sinh dục (estrogen).

Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi, suy gan, suy thận.

Các thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

3. Tiến hành nghiên cứu

3.1. Thu thập số liệu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu được khám, lấy máu xét nghiệm nồng độ FT₄, TSH, anti-TPO tại khoa Hoá sinh BV 19-8

3.2. Đánh giá và so sánh

* Theo tiêu chuẩn của ATA 2011 [10], vì đây là tiêu chuẩn mới và rõ ràng nhất về hướng dẫn chẩn đoán các RLCNTG dành riêng cho phụ nữ

trong thời kỳ mang thai và sau sinh. Hiệp hội bao gồm các chuyên gia đại diện từ các hiệp hội khắp các châu lục (ATA, AOTA, LATS, ACOG). Đồng thời hướng dẫn của ATA cũng được đồng thuận AACE [7], [10], AES [11], [13] trong các hướng dẫn lâm sàng.

Chẩn đoán suy giáp:

- Suy giáp lâm sàng được xác định trong 2 trường hợp sau:

Nồng độ TSH ≥ 10 mIU/l.

2,5 mIU/l < TSH < 10 mIU/l và nồng độ FT4 < 12 pmol/l

- Suy giáp dưới lâm sàng được xác định khi TSH từ 2,5- 10 mIU/l và nồng độ FT4 trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán cường giáp:

- Cường giáp lâm sàng được xác định khi định lượng nồng độ TSH < 0,1 mIU/l và nồng độ FT4 cao (> 23,34 pmol/l).

- Cường giáp dưới lâm sàng được xác định khi nồng độ TSH < 0,1 mIU/l và nồng độ FT4 trong giới hạn bình thường (từ 12,0-23,34 mIU/l).

Chẩn đoán tình trạng giảm hormon FT4 khi TSH bình thường (từ 0,1-2,5 mIU/l) và nồng độ FT4 giảm (< 12,0 pmol/l).

Rối loạn chức năng tuyến giáp thai kỳ:

Thai phụ được xác định là có RLCNTG khi được chẩn đoán 1 trong 3 rối loạn sau: suy giáp, cường giáp, tình trạng giảm FT4.

Chúng tôi khảo sát 10/15 yếu tố theo hướng dẫn của ATA 2011 [1], trong đó không khảo sát các yếu tố: vô sinh, điều trị amiodarone hoặc lithium, triệu chứng gợi ý và phơi nhiễm phóng xạ vì các yếu tố này thuộc tiêu chuẩn loại trừ hoặc khó đánh giá. Các yếu tố bao gồm:

Tiền sử mắc bệnh tuyến giáp (suy giáp, cường giáp, viêm tuyến giáp sau sinh, đã phẫu thuật tuyến giáp)

Tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp

Mắc ĐTĐ typ 1

Có mắc bệnh tự miễn khác: lupus, viêm khớp tự miễn...

Phụ nữ có bướu cổ

Anti-TPO (+)

Tiền sử sảy thai, thai lưu hoặc sinh non

Tiền sử xạ trị vùng cổ hoặc tuyến giáp

Béo phì bệnh lý (BMI ≥ 40 kg/m²)

- Tuổi trên 30

4. Xử lý số liệu: với phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	TB± SD	Min	Max
Tuổi	30,52 ± 4,73	19	39
Tuần thai (tuần)	10,43± 2,8	4	13
BMI (kg/m ²)	20,89 ± 2,12	16,18	27,34

Nhận xét: Các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình 30,52 với tuần thai trung bình 10 tuần. Không có thai phụ nào có BMI ≥ 40 kg/m².

2. Các rối loạn chức năng tuyến giáp

Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp

Có 65,9% số thai phụ trong nghiên cứu bị các RLCNTG. Tỷ lệ các thai phụ không bị RLCNTG là 34,1%.

Phân loại các rối loạn chức năng tuyến giáp

Bảng 2: Các rối loạn chức năng tuyến giáp

Suy giáp	Các rối loạn		N	%
	Lâm sàng	Dưới lâm sàng		
Cường giáp	Lâm sàng	3	15	12,2
	Dưới lâm sàng	12		
Tình trạng giảm hormon FT4			46	37,4
Bình giáp			42	34,1
Tổng			123	100

Nhận xét: Các rối loạn chức năng tuyến giáp ở các thai phụ trong nghiên cứu bao gồm: 20 người bị suy giáp (16,3%), 15 người bị cường giáp (12,2%) và 46 người (37,4%) có tình trạng tình trạng giảm hormon FT4. Trong nhóm nghiên cứu có 42 thai phụ có chức năng tuyến giáp bình thường, chiếm 34,1%.

BÀN LUẬN

1. Rối loạn chức năng tuyến giáp

Tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai là khá phổ biến. Tỷ lệ này khác nhau giữa các quốc gia, phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, đặc điểm dân cư, dinh dưỡng và chế độ chăm sóc y tế [10].

Các rối loạn chức năng tuyến giáp ở các thai phụ trong nghiên cứu bao gồm: 20 người bị suy giáp (16,3%), 15 người bị cường giáp (12,2%) và 46 người (37,4%) có tình trạng tình trạng giảm hormon FT4. Trong nhóm nghiên cứu có 42 thai phụ có chức năng tuyến giáp bình thường, chiếm 34,1%.

Nghiên cứu Đỗ Thị Tuyết Nhung năm 2015 có 38,5% số thai phụ bị các RLCNTG bao gồm: 17 thai phụ bị suy giáp (10,9%), 26 thai phụ bị cường giáp (16,7%) và 17 (10,9%) thai phụ có tình trạng giảm hormon FT4. Trong nhóm nghiên cứu có 96 thai phụ có chức năng tuyến giáp bình thường, chiếm 61,5% [1].

So sánh với các nghiên cứu trong khu vực Châu Á, chúng tôi thấy kết quả cũng phù hợp

với nghiên cứu của tác giả Wang [12], với RLCNTG gặp ở 10,2% số thai phụ (cường giáp gặp 1,8%, suy giáp gặp 7,5% và tình trạng giảm hormon FT4 là 0,9%), theo Dinesh (Ấn Độ) [6], RLCNTG gặp ở 15,5% thai phụ với các tỷ lệ tương ứng là 0,3%, 14,3%.

2. Suy giáp

Suy giáp là bệnh lý hay gặp thứ hai trong thời kỳ mang thai, chỉ sau ĐTĐ thai kỳ. Suy giáp dù là suy giáp lâm sàng hay dưới lâm sàng đều có bằng chứng gây ra các kết cục không tốt cho mẹ và thai nhi. Việc điều trị suy giáp có thể cải thiện các kết cục này, và giúp cho các bà mẹ có một thai kỳ bình thường và hạnh phúc hơn nữa là có những đứa con khỏe mạnh.

Theo tiêu chuẩn của ATA 2011, trong nghiên cứu chúng tôi có 20 thai phụ (chiếm 16,3%) được chẩn đoán là suy giáp; trong đó có 11 thai phụ chẩn đoán suy giáp lâm sàng (8,94%) và 9 thai phụ được chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng (7,31%) [10].

Trong nghiên cứu Đỗ Thị Tuyết Nhung có 17 thai phụ (chiếm 10,9%) được chẩn đoán là suy giáp; trong đó có 4 thai phụ chẩn đoán suy giáp lâm sàng (2,6%) và 13 thai phụ được chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng (8,3%) [1].

Tác giả Đỗ Thị Thu Thủy sử dụng tiêu chuẩn dành cho phụ nữ không mang thai (lấy TSH > 4,2 mIU/l) thì có 58/2100 thai phụ bị suy giáp (chiếm 2,8%); trong đó suy giáp lâm sàng là 0,8% và suy giáp dưới lâm sàng là 2% [3]. Có thể thấy tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu chúng tôi.

Cho đến nay, ở Việt Nam chúng tôi chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo tỷ lệ suy giáp trong thai kỳ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ATA 2011. Trên thế giới, tỷ lệ này cũng chênh lệch khá nhiều giữa các nghiên cứu của các tác giả khác nhau, tùy thuộc vào cách áp dụng khoảng tham chiếu của TSH. Ở Trung Quốc, nghiên cứu của Yang lấy giới hạn trên của TSH là 3,47 mIU/l thì tỷ lệ suy giáp gặp 4,4% [13]. Còn tỷ lệ này trong nghiên cứu của Wang là 7,5% [12]. Tác giả Li nghiên cứu 4800 phụ nữ Trung Quốc mang thai kỳ đầu thấy tỷ lệ suy giáp dưới lâm sàng khá cao (27,8%) nếu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ATA 2011 [8].

Tỷ lệ suy giáp của chúng tôi khá lớn, tương tự các tác giả trên thế giới. So với báo cáo trước đây khi áp dụng tiêu chuẩn cũ cho người không mang thai thì tỷ lệ thai phụ được xếp vào nhóm suy giáp ở nghiên cứu của chúng tôi tăng lên nhiều. Do đó, một số lượng lớn hơn các thai phụ sẽ được chẩn đoán sớm và được hưởng

chế độ chăm sóc thai sản chu đáo hơn. Qua đó góp phần giảm bớt các tai biến không mong muốn trong thai kỳ.

3. Cường giáp

Cường giáp trong thời kỳ mang thai hay gặp trong 3 tháng đầu thai kỳ. Có 2 nguyên nhân hay gặp nhất là cường giáp thoáng qua do thai nghén và cường giáp do bệnh Basedow.

Nghiên cứu của chúng tôi có 15/123 thai phụ bị cường giáp, chiếm 12,2%, trong đó chủ yếu là cường giáp dưới lâm sàng (9,76%), cường giáp lâm sàng 2,43%. Tỷ lệ này rất cao so với các báo cáo trên thế giới.

Nghiên cứu của Đỗ Thị Tuyết Nhung có 26/156 thai phụ bị cường giáp, chiếm 16,7%, trong đó chủ yếu là cường giáp dưới lâm sàng (13,46%), cường giáp lâm sàng 3,2% [1].

Ở Việt Nam, hiện có rất ít các nghiên cứu báo cáo tỷ lệ cường giáp trong thời kỳ mang thai. Tác giả Nguyễn Hải Thủy gặp từ 0,1 đến 1,0% cường giáp do bệnh Basedow và 1 - 3% cường giáp do thai nghén [4]. Tác giả Trương Đình Tá [2] không gặp thai phụ nào trong 3 tháng đầu có TSH < 0,1 mIU/l trong tổng số 30 thai phụ nghiên cứu. Tác giả Lê Thị Mai Dung báo cáo có 6,76% trường hợp TSH < 0,1 mIU/l (n = 133).

Ở Trung Quốc, tác giả Wang gặp 1,8% số thai phụ trong thời kỳ mang thai 3 tháng đầu có TSH < 0,13 mIU/l được chẩn đoán là cường giáp (lâm sàng và dưới lâm sàng) [12], tác giả Yang có 1,0% TSH < 0,09 mIU/l được chẩn đoán là cường giáp trong thời kỳ mang thai 3 tháng đầu (0,5% cường giáp lâm sàng và 0,5% cường giáp dưới lâm sàng) [13].

Như vậy, tỷ lệ cường giáp của chúng tôi khác với các tác giả khác chủ yếu là ở nhóm cường giáp dưới lâm sàng. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Tuy nhiên, nhiều tác giả nhận định cường giáp dưới lâm sàng không liên quan đến các biến cố thai sản mà chủ yếu liên quan đến cường giáp thai nghén thoáng qua [1]. Để có thể chẩn đoán rõ ràng hơn chúng tôi cần có các xét nghiệm sâu hơn như TRAb, β -hCG mới có thể nhận định được. Bên cạnh đó, do địa điểm lấy mẫu nghiên cứu tại các phòng khám Nội tiết và Sản khoa. Tỷ lệ này ở cộng đồng sẽ lớn hơn nhiều do tâm lý thai phụ chỉ đi khám khi bản thân họ có bệnh lý tuyến giáp từ trước, triệu chứng lâm sàng khó chịu hoặc có yếu tố nguy cơ nào đó. Như chúng tôi thống kê ở trên, tỷ lệ thai phụ có các yếu tố nguy cơ là khá cao. Do đó, tỷ lệ bệnh lý mà chúng tôi thu được chỉ đại diện cho quần thể thai phụ đến khám bệnh. Tỷ

lệ này sẽ cao hơn nếu ở cộng đồng. Để có cái nhìn tổng quan về rối loạn chức năng tuyến giáp thai kỳ ở Việt Nam, cần tiến hành các nghiên cứu lớn hơn và rộng khắp tại cộng đồng.

4. Tình trạng giảm FT4

Các hiệp hội ES 2007, ATA 2011, AACE, ES 2012 cho rằng việc tầm soát rối loạn chức năng tuyến giáp nên dựa trên nhóm nguy cơ. Năm 2007, Hội nội tiết ES [7], [9] đưa ra khuyến cáo tầm soát rối loạn chức năng tuyến giáp trên những yếu tố gồm: thai phụ có triệu chứng; thai phụ có tiền sử bệnh tuyến giáp; và thai phụ mắc bệnh liên quan đến tuyến giáp như ĐTĐ typ1.

Tuy nhiên, tác giả Vaidya [11] cho rằng nếu tầm soát trên các đối tượng nguy cơ theo hướng dẫn của ES 2007 thì sẽ bỏ lỡ 1/3 thai phụ bị suy giáp. Tác giả Wang [12] cũng có kết luận tương tự nhau rằng việc áp dụng tầm soát đối với những phụ nữ có nguy cơ sẽ bỏ sót gần 1/3 số người bị suy giáp trong giai đoạn sớm thai kỳ. Do đó, Wang ủng hộ việc áp dụng tầm soát rộng rãi trong giai đoạn sớm của thai kỳ để phát hiện những bất thường của tuyến giáp.

Mặc dù vậy các hiệp hội trên cũng cho rằng không có bằng chứng ủng hộ cho tầm soát trên tất cả các phụ nữ mang thai. Năm 2011, ATA [10] đã đưa ra khuyến cáo tầm soát chức năng tuyến giáp trên đối tượng nguy cơ được mở rộng hơn, gồm 15 yếu tố.

Trong nghiên cứu của chúng tôi yếu tố hay gặp nhất trên thai phụ là có tiền sử sảy thai, thai lưu; tuổi lớn hơn 30; bướu cổ và tình trạng anti-TPO dương tính. Nghiên cứu của Wang và Yang cũng thấy tần số các yếu tố hay gặp tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [12] [13].

Nghiên cứu của chúng tôi, gặp 4 (3,3%) thai phụ nào có tiền sử gia đình bị bệnh lý tuyến giáp. Trong khi tác giả Wang và Yang gặp 0,5% và 6,2%. Điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều so với cỡ mẫu của 2 ông. Có thể cần khảo sát ở cỡ mẫu lớn hơn mới nhận định được điều này.

Chúng tôi không gặp thai phụ nào có BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ hay có tiền sử chiếu xạ. Điều này cũng tương tự 2 tác giả Wang và Yang, mặc dù có mẫu nghiên cứu lớn. Cũng có thể đây là 2 yếu tố hiếm gặp ở dân cư Châu Á.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai là khá lớn. Cần tầm soát để kịp thời phát hiện và điều trị nhằm giảm thiểu các biến chứng cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Tuyết Nhung** và cs (2015) "Nhận xét nồng độ hormon tuyến giáp, anti-TPO huyết thanh và hình ảnh siêu âm tuyến giáp ở phụ nữ trong 3 tháng đầu thai kỳ" Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trương Đình Tá** (2009), "Nghiên cứu tỷ lệ bất thường nồng độ TSH và TPO-ab trên phụ nữ mang thai", *Luận văn tốt nghiệp Cử nhân kỹ thuật y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
3. **Đỗ Thị Thu Thủy** và cs (2014), "Nghiên cứu ảnh hưởng của suy giáp thai kỳ đến mẹ và thai nhi tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng", *Tạp chí phụ sản*, 12 (02), tr. 120-122.
4. **Nguyễn Hải Thủy** (2012), "Chẩn đoán và điều trị Cường giáp trong thời kỳ mang thai", *Tạp chí phụ sản*, 10 (3), tr. 21-34.
5. **Abalovich M** (2007), "Clinical practice guideline: management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an endocrine society clinical practice guideline", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 92 (8), S1-S47.
6. **Dinesh K, Dhanwal** et al (2013), "High prevalence of subclinical hypothyroidism during first trimester of pregnancy in North India", *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17 (2), 281-283.
7. **Glinoe D** (2003), "Management of hypo- and hyperthyroidism during pregnancy", *Growth horm IGF Res*, 13A, tr. 45-54.
8. **Li C** et al (2014), "Assessment of thyroid function during first trimester pregnancy: what is the rational upper limit of serum TSH during the first trimester in Chinese pregnant women?", *J Clin Endocrinol Metab*, 99 (1), 73-79.
9. **Negro R**, et al (2010), "Increased pregnancy loss rate in thyroid antibody negative women with TSH levels between 2.5 and 5.0 in the first trimester of pregnancy", *J Clin Endocrinol Metab*, 95, tr. 44-48.
10. **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*.
11. **Vaidya B**, et al (2007), "Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: Universal screening or targeted high-risk case finding?", *J Clin Endocrinol Metab*, 92 (1), 203-7.
12. **Wang W**, et al (2011), "The prevalence of thyroid disorders during early pregnancy in China: the benefits of universal screening in the first trimester of pregnancy", *Eur J Endocrinol*, tr. 164 (2):263-8.
13. **Yang H** et al (2014), "Screening Strategies for thyroid disorder in the first and second trimester of pregnancy in China", *Plos One*, 12 (9) (6).