

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014). Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế** (2016). Quyết định số 4939/QĐ-BYT ngày 15 tháng 9 năm 2016 Phê duyệt kế hoạch triển khai đề án đo lường sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công giai đoạn 2016 - 2020.
3. **Bộ Y tế** (2018). Thông tư số 43/2018/TT-BYT về hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
4. **Nguyễn Thị Thanh Hương** (2016). "Khảo sát thái độ, kiến thức đối với sự cố y khoa không mong muốn của điều dưỡng, hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên năm 2016".
5. **Phạm Đức Mục** (2010). "Giảm thiểu sự cố y khoa trong chăm sóc người bệnh", Chủ tịch Hội Điều dưỡng Việt Nam.
6. **Bayazidi S, Zarezadeh Y, Zamanzadeh V, Parvan K.** (2012), Medication error reporting rate

and its barriers and facilitators among nurse, J Caring Sci 2012; 1: 231 - 6.

7. **Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury** (2000), Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America.

8. **Garbutt J, Brownstein D.R, Klein E.J, et al.** (2007), Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors, Arch Pediatr Adolesc Med, 2007, vol. 161 (pg. 179 - 85).

9. **Kaldjian LC, Jones EW, et al.** (2008). Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals, Archives of internal Medicine, 168 (1): 40 - 6.

10. **Seyda Seren Intepeler** (2015). Factors Affecting the Attitudes of Health Care Professionals toward Medical Errors in a Public Hospital in Turkey, International Journal of Caring Sciences September-December 2015 Volume 8, Page 647.

11. **WHO** (2011). Patient Safety curriculum guide, Multi-professional Edition.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ HORMON TUYẾN GIÁP, ANTI-TPO VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

BÙI PHƯƠNG THẢO, NGUYỄN KHOA ĐIỀU VÂN
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong thời kỳ mang thai, tuyến giáp thay đổi rõ rệt làm xuất hiện hoặc thúc đẩy những rối loạn chức năng tuyến giáp (RLCNTG), để lại những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. RLCNTG làm gia tăng nguy cơ bị sảy thai, sinh non, tăng huyết áp thai kỳ, rau bong non, hạn chế tăng trưởng thai nhi và chậm phát triển thể chất tinh thần của trẻ sau này. Các tỷ lệ biến cố này có thể giảm đáng kể nếu được phát hiện sớm và điều trị hợp lý.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nồng độ hormon tuyến giáp, anti-TPO và hình ảnh siêu âm tuyến giáp ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng nghiên cứu: 227 thai phụ mang thai tự nhiên từ tuần thứ 6 của thai kỳ khám tại

Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2020 đến tháng 7/2021.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình các thai phụ là 29,59 ± 5,12. Các thai phụ đến khám sớm nhất là 6 tuần thai, muộn nhất là 39 tuần. 26,9% các thai phụ có tiền sử sảy thai, đẻ non, thai lưu. 3,1% các thai phụ có tiền sử mắc bệnh tuyến giáp. 95,2% thai phụ không có triệu chứng RLCNTG trên lâm sàng. Nồng độ TSH rối loạn nhiều nhất ở quý 1 của thai kỳ (34,3%), nồng độ FT4 rối loạn nhiều nhất ở quý 3 của thai kỳ (36,2%). Có 10,7% các thai phụ có anti-TPO (+). 9,7% thai phụ phát hiện hình ảnh bệnh tuyến giáp tự miễn trên siêu âm. Tỷ lệ anti-TPO (+) trong nhóm thai phụ có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp là 20,8% cao hơn ở nhóm không có tiền sử. Những thai phụ có hình ảnh tự miễn trên SATG có nguy cơ có anti-TPO (+) cao gấp 45,27 lần so với nhóm không có hình ảnh tự miễn trên SATG.

Từ khóa: Mang thai, rối loạn chức năng tuyến giáp.

Chịu trách nhiệm: Bùi Phương Thảo

Email: buithao0709@yahoo.com

Ngày nhận: 03/8/2021

Ngày phản biện: 07/9/2021

Ngày duyệt bài: 16/9/2021

SUMMARY

SURVEYS OF THYROID HORMON, ANTI-TPO AND THYROID ULTRASOUND IN PREGNANCY AT BACH MAI HOSPITAL

Background: During pregnancy, thyroid gland changes, caused or promoted thyroid dysfunction, give severe outcome for both mother and fetus. Thyroid dysfunction increases the risk of miscarriage, preterm birth, gestational hypertension, placental abruption, fetal growth restriction, and retardation of the child's physical and mental development later in life. These event rates can be greatly reduced with early detection and appropriate treatment.

Objectives: Surveys of thyroid hormon. Anti-TPO and thyroid ultrasound in pregnancy at Bach Mai hospital.

Research subjects: 227 naturally pregnant women from the 6th week of pregnancy are examined at Bach Mai hospital from November 2020 to July 2021.

Method: Coss-sectional description.

Results: The average age of pregnant women is 29.59 ± 5.12 . They are examined earliest at 6th and latest at 39th. 26.9% of pregnant women had history of miscarriage, premature delivery, stillbirth. 3.1% of pregnant women had been had thyroid diseases. 95.2% pregnant women has no symptom of thyroid dysfunction. The concentration of TSH was most disturbed in the first trimester of pregnancy (34.3%), and the concentration of FT4 was the most disturbed in the third trimester of pregnancy (36.2%). There are 10.7% of pregnant women with anti-TPO (+). 9.7% of pregnant women detected autoimmune thyroid disease on ultrasound. The rate of anti-TPO (+) in pregnant women with history of thyroid disease is 20.8% higher than no history. Pregnant women with autoimmune images by thyroid ultrasound have a 45.27 times higher risk of anti-TPO (+) compared with the group without autoimmunity by thyroid ultrasound.

Keywords: Pregnancy, thyroid dysfunction.

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, làm xuất hiện hoặc thúc đẩy những rối loạn chức năng tuyến giáp, để lại những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. Những rối loạn chức năng tuyến giáp (RLCNTG) hay gặp bao gồm: suy giáp, cường giáp, và tình trạng giảm hormon FT4. Trong đó

suy giáp là rối loạn hay gặp nhất, chiếm khoảng 2,5% - 16,5%, chỉ đứng sau ĐTĐ thai kỳ ở phụ nữ mang thai^[1]. RLCNTG làm gia tăng nguy cơ bị sảy thai, sinh non, tăng huyết áp thai kỳ, rau bong non, hạn chế tăng trưởng thai nhi và chậm phát triển thể chất tinh thần của trẻ sau này. Các tỷ lệ biến cố này có thể giảm đáng kể nếu được phát hiện sớm và điều trị hợp lý². Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về các hormon tuyến giáp, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu nhận định đầy đủ về các rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ, về tình trạng tự miễn tuyến giáp cũng như vai trò của siêu âm tuyến giáp trong định hướng bệnh tự miễn tuyến giáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu khảo sát nồng độ hormon tuyến giáp, anti-TPO và hình ảnh siêu âm tuyến giáp ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Bạch Mai.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 227 phụ nữ mang thai từ 6 tuần trở đi khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2020 đến tháng 7/2021.

-Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Phụ nữ ≥ 18 tuổi, thụ thai tự nhiên, mang đơn thai.

+ Thai sống, tuổi thai từ 6 đến hết thai kỳ.

+ Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

-Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Thụ thai nhờ các biện pháp hỗ trợ sinh sản: kích thích rụng trứng, IUI, IVF.

+ Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm.

+ Đang mắc các bệnh cấp tính: Nhiễm khuẩn, suy tim, gan, thận, bệnh lý rối loạn tâm thần.

+ Các thai phụ đã được chẩn đoán và đang sử dụng thuốc điều trị bệnh lý tuyến giáp.

+ Các thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

3. Xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung và lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
≤ 30	137	60,4
> 30	90	39,6

Độ tuổi trung bình là $29,59 \pm 5,12$. Thai phụ tuổi cao nhất là 44, thấp nhất là 20.

Các thai phụ được nhận vào nghiên cứu ở tuần thai sớm nhất là 6, muộn nhất là 39 tuần.

Bảng 2. Tỷ lệ tiền sử sảy thai, thai lưu, đẻ non

Tiền sử sản khoa		n	%
Có	Sảy thai	40	61 26,9%
	Thai lưu	16	
	Đẻ non	2	
	Sảy thai + Thai lưu	1	
	Thai lưu + Đẻ non	2	
Không		166	73,1%

Có 61 thai phụ chiếm 26,9% có tiền sử sản khoa bất thường, trong đó có 40 thai phụ đã từng bị sảy thai, 16 thai phụ đã có tiền sử thai lưu. Có 3 thai phụ gặp nhiều loại tiền sử sản khoa bất thường khác nhau.

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử bản thân mắc bệnh lý tuyến giáp

	Tiền sử bản thân mắc bệnh TG	
	Số đối tượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	7	3,1
Không	220	96,9

96,9% các thai phụ không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp trước đó. Có 7 thai phụ (chiếm 3,1%) có mắc bệnh lý tuyến giáp trước đó, trong đó cả 7 thai phụ đều được chẩn đoán mắc Basedow hoặc cường giáp đã dừng điều trị.

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng rối loạn chức năng tuyến giáp

	Số đối tượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm độc giáp	11	4,8
Suy giáp	0	0,0
Không có triệu chứng	216	95,2

Hầu hết các thai phụ không có triệu chứng lâm sàng RLCNTG (95,2%). Chỉ có 11 thai phụ (4,8%) có biểu hiện nhiễm độc giáp.

2. Nồng độ hormon tuyến giáp, anti-TPO và hình ảnh siêu âm tuyến giáp

* Nồng độ TSH trung bình của quý 1 là $1 \pm 1,32$ mIU/l, quý 2 là $1,541 \pm 1,371$, quý 3 là $1,572 \pm 0,984$.

Bảng 5. Đặc điểm nồng độ TSH theo từng quý của thai kỳ

	Quý I	Quý II	Quý III	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Thấp	16 (23,9%)	0 (0%)	6 (7,5%)	0,000
Bình thường	44 (65,7%)	74 (92,5%)	66 (82,5%)	
Cao	7 (10,4%)	6 (7,5%)	8 (10%)	

Ở quý 1, tỷ lệ thai phụ có nồng độ TSH bất thường chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, quý 2 và quý 3, tỷ lệ thai phụ có nồng độ TSH bất thường thấp hơn, lần lượt là 7,5% và 17,5%. Tỷ lệ này giữa các quý của thai kỳ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

* Nồng độ FT4 trung bình của quý 1 là $19,83 \pm 12,01$ pmol/L, quý 2 là $12,7 \pm 1,68$, quý 3 là

$13,48 \pm 5,87$. Giá trị FT4 ở cả thai kỳ thấp nhất là 8,1 pmol/L và giá trị cao nhất là 100 pmol/L.

Bảng 6. Phân bố nồng độ FT4 từng quý của thai kỳ

	Quý I	Quý II	Quý III	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Thấp	3 (4,5%)	23 (28,7%)	27 (33,7%)	0,000
Bình thường	52 (77,6%)	57 (71,3%)	51 (63,8%)	
Cao	12 (17,9%)	0 (0%)	2 (2,5%)	

Tỷ lệ các thai phụ có nồng độ FT4 bất thường ở 3 quý lần lượt là quý 1 (22,4%), quý 2 (28,8%), quý 3 (36,2%), và sự khác biệt giữa các quý có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

* Nồng độ anti-TPO rất dao động, trung bình của anti-TPO ở quý 1 là 59,63 IU/ml, quý 2 là 27,92 IU/ml và quý 3 là 18,59 IU/ml. Giá trị anti-TPO thấp nhất là 1,9 IU/ml và cao nhất là 2000,0 IU/ml.

Bảng 7. Phân loại nồng độ anti-TPO từng quý của thai kỳ

	Quý 1	Quý II	Quý III	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Anti TPO (-)	57 (86,4%)	71 (88,8%)	72 (92,3%)	200 (89,3%)	0,507
Anti TPO (+)	9 (13,6%)	9 (11,3%)	6 (7,7%)	24 (10,7%)	

Tỷ lệ anti-TPO (+) có ở 24 thai phụ chiếm 10,7%. Tỷ lệ anti-TPO (+) gặp cả 3 quý của thai kỳ, tỷ lệ trong từng quý 1,2,3 tương ứng là 13,6%, 11,3%, 7,7% và không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,507$.

* Trên hình ảnh siêu âm tuyến giáp, thấy tỷ lệ có nhân tuyến giáp 47,6%. Hình ảnh tự miễn trên siêu âm tuyến giáp gặp ở 22 thai phụ, chiếm 9,7%.

Bảng 8. Đặc điểm nhu mô tuyến giáp trên siêu âm

Hình ảnh siêu âm		n		Tỷ lệ (%)	
Bình thường	Không nhân	106	105	46,7	90,3
	Có nhân	99		43,6	
Có hình ảnh tự miễn	Không nhân	13	22	5,7	9,7
	Có nhân	9		4,0	

* Mọi liên quan giữa anti-TPO với tiền sử bản thân mắc bệnh lý tuyến giáp

Bảng 9: Mọi liên quan giữa anti-TPO và tiền sử bản thân mắc bệnh lý tuyến giáp

Yếu tố liên quan		Anti-TPO (+) n = 24		Anti-TPO (-) n = 200		p
		N	%	n	%	
		Tiền sử bản thân mắc bệnh lý tuyến giáp	Có	5	20,8	
Không	19	79,2	198	99,0		

Tỷ lệ anti-TPO (+) trong nhóm thai phụ có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp là 20,8% cao hơn ở nhóm không có tiền sử, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

* Mọi liên quan giữa anti-TPO với hình ảnh tự miễn trên SÂTG

Bảng 10: Mọi liên quan giữa anti-TPO với hình ảnh tự miễn trên SÂTG

	Có hình ảnh tự miễn		Không có hình ảnh tự miễn		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Anti-TPO(+)	14	70,0	10	4,9	24	10,7
Anti-TPO(-)	6	30,0	194	95,1	200	89,3
p	0,000					
OR	45,27					
95%CI	14,36 – 142,72					

Tỷ lệ anti-TPO (+) ở nhóm có hình ảnh tự miễn trên SÂTG là 70,0%, cao hơn ở nhóm không có hình ảnh tự miễn (4,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những thai phụ có hình ảnh tự miễn trên SÂTG có nguy cơ có anti-TPO (+) cao gấp 45,27 lần so với nhóm không có hình ảnh tự miễn trên SÂTG.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung và lâm sàng

- Phân bố thai phụ theo tuổi: Tuổi trung bình $29,59 \pm 5,12$ (thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 44 tuổi). 39,6% thai phụ trên 30 tuổi. Theo ATA 2011 thì trên 30 tuổi sẽ làm tăng nguy cơ mắc các RLCNTG^[1].

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61 thai phụ chiếm 26,9% có tiền sử sản khoa bất thường, trong đó có 40 thai phụ đã từng bị sảy thai, 16 thai phụ đã có tiền sử thai lưu. Có 3 thai phụ gặp nhiều loại tiền sử sản khoa bất thường khác nhau. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu về các thai phụ mang thai 3 tháng đầu của tác giả Đỗ Thị Tuyết Nhung là 28,2%^[3].

- Bệnh lý tuyến giáp của bản thân trước khi mang thai và gia đình là yếu tố bắt buộc cần phải hỏi bệnh để kịp thời tầm soát bệnh lý tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3,1% thai phụ có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp liên quan tự miễn và không ai có tiền sử gia đình mắc bệnh tuyến giáp. Nghiên cứu của Wang (2011) cũng cho tỷ lệ thai phụ có tiền sử bệnh lý tuyến giáp thấp là 1,8%^[6].

- Hầu hết các thai phụ không có triệu chứng lâm sàng RLCNTG (95,2%). Chỉ có 11 thai phụ (4,8%) có biểu hiện nhiễm độc giáp, không có thai phụ nào biểu hiện lâm triệu chứng suy giáp. Grazia cũng thấy rằng các triệu chứng nhiễm độc giáp ở phụ nữ mang thai thường xuất hiện

ít, các triệu chứng suy giáp thường bị nhầm lẫn với tình trạng mệt mỏi do thai nghén^[4].

2. Nồng độ hormon tuyến giáp, anti-TPO và siêu âm tuyến giáp

*Nồng độ TSH: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ TSH trung bình của quý 1 là $1 \pm 1,32$ mIU/l, quý 2 là $1,54 \pm 1,37$, quý 3 là $1,57 \pm 0,98$. Và tỷ lệ thai phụ gặp RLCNTG cao nhất gặp ở quý 1 (34,3%), tỷ lệ RLCNTG ở 3 quý của thai kỳ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở Hoa Kỳ, tác giả Haddow nghiên cứu trên 1005 thai phụ, năm 2004, thấy TSH trung bình là 0,94 mIU/l, tác giả nhận thấy nồng độ TSH trong 3 tháng đầu là thấp nhất trong thai kỳ^[5]. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Tuyết Nhung (2015) ở các thai phụ quý 1 thai kỳ, có 27,6% các thai phụ bị RLCNTG^[3].

* Nồng độ FT4 trung bình giữa các quý của thai kỳ cũng thay đổi khác nhau. Tỷ lệ các thai phụ có nồng độ FT4 bất thường ở 3 quý lần lượt là: quý 1 (22,4%), quý 2 (28,8%), quý 3 (36,2%), và sự khác biệt giữa các quý có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó, quý 1 tỷ lệ tăng nồng độ FT4, quý 2 và 3 tỷ lệ giảm FT4 cao hơn. Tỷ lệ giảm FT4 của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Wang năm 2011 nghiên cứu 2899 thai phụ ở Trung Quốc tỷ lệ FT4 thấp chiếm 1,2% trong tổng số đối tượng nghiên cứu^[6]. Sự khác biệt này có lẽ do sự thiếu hụt bổ sung lot trong thai kỳ của các phụ nữ mang thai, nhưng hiện nay xét nghiệm định lượng nồng độ lot vẫn chưa được làm phổ biến ở phụ nữ mang thai.

* Anti-TPO: Tỷ lệ anti-TPO (+) có ở 24 thai phụ chiếm 10,7%. Tỷ lệ anti-TPO (+) gặp cả 3 quý của thai kỳ, tỷ lệ trong từng quý 1,2,3 tương ứng là: 13,6%, 11,3%, 7,7% và không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,507$. Tính chung toàn bộ 3 quý của thai kỳ, tỷ lệ anti-TPO (+) là 10,4%. Kết quả này tương tự như kết quả của Wang (2011) là 9,6%^[6]. Tỷ lệ anti-TPO (+) ở quý 1 thai kỳ cũng tương đồng với giả Đỗ Thị Tuyết Nhung (2015) với tỷ lệ anti-TPO (+) là 14,6%^[3].

* Hình ảnh siêu âm tuyến giáp: Theo ATA 2011 thống kê có khoảng 3 - 21% thai phụ trong thai kỳ đầu có nhân tuyến giáp^[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số thai phụ có nhân tuyến giáp khá cao là 47,6% và số thai phụ có hình ảnh nhu mô tuyến giáp giảm âm nghĩ đến bệnh lý tuyến giáp tự miễn là 9,7%. Theo nghiên cứu của Vejbjerg - Đan Mạch^[7], tỷ lệ gặp hình ảnh tự miễn là 9% trong tổng số 4313 thai phụ.

* Tỷ lệ anti-TPO (+) trong nhóm thai phụ có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp là 20,8% cao

hơn ở nhóm không có tiền sử, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 79,2% thai phụ không có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp vẫn có anti-TPO (+). Vậy nên chẳng các thai phụ đều cần thiết xét nghiệm anti-TPO để định hướng sớm bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ.

* Tỷ lệ anti-TPO (+) ở nhóm có hình ảnh tự miễn trên SATG là 70,0%, cao hơn ở nhóm không có hình ảnh tự miễn (4,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những thai phụ có hình ảnh tự miễn trên SATG có nguy cơ có anti-TPO (+) cao gấp 45,27 lần so với nhóm không có hình ảnh tự miễn trên SATG. Như vậy, nếu có sự phối hợp giữa xét nghiệm nồng độ anti-TPO với hình ảnh tuyến giáp trên siêu âm cũng được coi là một trong những đánh giá tốt giúp cho các bác sỹ chuyên ngành nội tiết và sản khoa định hướng bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

- Nồng độ TSH trung bình của quý 1 là $1 \pm 1,32$ mIU/l, quý 2 là $1,54 \pm 1,37$, quý 3 là $1,57 \pm 0,98$. Tỷ lệ thai phụ có nồng độ TSH bất thường ở quý 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3%, khác biệt so với quý 2 và quý 3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nồng độ FT4 trung bình của quý 1 là $19,83 \pm 12,01$ pmol/L, quý 2 là $12,7 \pm 1,68$, quý 3 là $13,48 \pm 5,87$. Tỷ lệ các thai phụ có nồng độ FT4 bất thường ở 3 quý lần lượt là: quý 1 (22,4%), quý 2 (28,8%), quý 3 (36,2%), và sự khác biệt giữa các quý có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Quý 1 gặp tỷ lệ tăng FT4 cao hơn (17,9%), quý 2 và 3 gặp tỷ lệ suy giáp cao hơn (28,7% và 33,7%).

- Tỷ lệ anti-TPO (+) có ở 24 thai phụ chiếm 10,7%.

- Trên hình ảnh siêu âm tuyến giáp, tỷ lệ có nhân tuyến giáp 47,6%. Hình ảnh tự miễn trên siêu âm tuyến giáp 9,7%.

- Tỷ lệ anti-TPO (+) trong nhóm thai phụ có tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp là 20,8% cao hơn ở nhóm không có tiền sử có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ anti-TPO (+) ở nhóm có hình ảnh tự miễn trên SATG là 70,0%. Những thai phụ có hình ảnh tự miễn trên SATG có nguy cơ có anti-TPO (+) cao gấp 45,27 lần so với nhóm không có hình ảnh tự miễn trên SATG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stagnaro-Green, A.**, et al. for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*, 2011. **21**(10): p. 1081-125

2. **Negro, R.**, et al. Levothyroxine treatment in euthyroid pregnant women with autoimmune thyroid disease: effects on obstetrical complications. *J Clin Endocrinol Metab*, 2006. **91**(7): p. 2587-91.

3. **Đỗ Thị Tuyết Nhung** (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 của thai kỳ"

4. **Grazia Aleppo** (2018). "Thyroid Disease in Pregnancy: What to know", *Endocrineweb*.

5. **James E. Haddow, Glenn E. Palomaki, Walter C. Allan** et al. (1999), "Maternal Thyroid Deficiency during Pregnancy and Subsequent Neuropsychological Development of the Child", *New England Journal of Medicine*, 341(8), 549-555.

6. **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*, 164(2):263-8.

7. **Vejbjerg P** et al (2006). "The association between hypoechogenicity or irregular echo pattern at thyroid ultrasonography and thyroid function in the general population", *Eur J Endocrinol*, 155(4), 547-52.

KHẢO SÁT THỂ TÍCH TUYẾN TIỀN LIỆT Ở NAM GIỚI TRÊN 40 TUỔI CÓ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

PHẠM THANH HẢI¹, NGUYỄN THỊ HƯƠNG²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Phạm Thanh Hải
Email: phoanghmu@gmail.com

Ngày nhận: 25/8/2021

Ngày phản biện: 23/9/2021

Ngày duyệt bài: 12/10/2021