

CƯỜNG GIÁP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Cường giáp là tình trạng hoạt động quá mức của tuyến giáp dẫn đến hậu quả sản xuất hormone giáp T4 và hoặc T3 nhiều hơn bình thường, gây ra những tổn hại về mô và chuyển hoá.

2. Nguyên nhân:

- Cường giáp do tăng kích thích tuyến giáp, tăng TSH, basedow.
- Cường giáp tự chủ: u độc tuyến giáp (bệnh Plummer), viêm tuyến giáp.
- Cường giáp ở trẻ sơ sinh: gặp ở trẻ có mẹ bị cường giáp không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ.

II. LÂM SÀNG

Có 3 nhóm dấu hiệu chính:

1. Cường giáp:

- Tăng biên dưỡng: mệt mỏi, sợ nóng, toát mồ hôi, gầy khát, ăn nhiều.
- Triệu chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, hồi hộp, thờ mệt khi gắng sức, HA tâm thu tăng.
- Triệu chứng thần kinh, cơ: kích thích, run chi, teo cơ, nhược cơ, PXGX nhanh, ngắn.
- Triệu chứng tiêu hoá: tăng nhu động ruột, tiêu chảy.
- Rối loạn tâm thần: dễ xúc động, tức giận, khó ngủ và không ngủ sâu.

2. Bướu giáp lan toả, đập, có tiếng thổi.

3. Mắt: lồi mắt, phù mi, ánh mắt long lanh.

- Ngoài ra còn có triệu chứng như:
 - + Gầy mòn: trẻ cao gầy, tăng cân chậm so với tăng phát triển chiều cao.
 - + Rối loạn điều nhiệt: da mỏng, đỏ, nóng, ẩm nhất là lòng bàn tay, cổ, mặt, có những cơn toát mồ hôi, tăng thân nhiệt.
 - + Triệu chứng khác: chậm dậy thì, mất kinh hay kinh ít, tiêu chảy, móng dễ gãy, tóc mỏng, dễ rụng.
 - + Trẻ sơ sinh: quấy khóc, thờ nhanh, rối loạn tiêu hoá, có thể có bướu giáp, mắt lồi, co rút mi trên, phù quanh mi mắt.

III. CẬN LÂM SÀNG:

- T3, T4, FT3, FT4 tăng
- TSH giảm
- Tăng cố định iode phóng xạ.
- Hiện diện kháng thể kháng tuyến giáp: anti-thyroglobuline, anti-microsome, TRAb (kháng thể kháng thụ thể của TSH)
- Siêu âm tuyến giáp: có bướu giáp lan toả.
- Đường huyết tăng, Cholesterol giảm.
- ECG: nhịp nhanh xoang, sóng P cao, sóng T nhọn.
- Xquang loãng xương, tuổi xương tăng, dễ gãy tự nhiên.
- Xạ hình tuyến giáp: Tuyến giáp gắn iode tăng đều, đồng bộ.

IV. CHẨN ĐOÁN: Kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng**V. BIẾN CHỨNG:**

- Tim mạch : rối loạn nhịp tim , suy tim.
- Tâm thần : kích động , lú lẫn , nói sảng.
- Hệ cơ , liệt cơ , nhược cơ.
- Con độc giáp trạng : xảy ra đột ngột , thường sau phẫu thuật , chấn thương , nhiệt độ tăng cao , vã mồ hôi , ói , tiêu chảy , mất nước kích động , sảng , liệt cơ , hôn mê. Nhịp tim rất nhanh , loạn nhịp , suy tim , truy tim mạch.

VI. ĐIỀU TRỊ:**1. Nội khoa:**

- Iode :
 - + Chỉ định : con độc giáp trạng , tiền phẫu ...
 - + DD Lugol 5% : 5-10 giọt/ngày.
- Thuốc kháng giáp tổng hợp : Methimazole (Neo-Mercazole viên : 5-20mg)
 - + Tấn công : 0.5-1mg/kg/ngày (3-4 lần) tối đa 50 mg/ngày, trung bình thời gian tấn công kéo dài 2-3 tháng.
 - + Duy trì : Khi xét nghiệm chức năng tuyến giáp trở về bình thường thì chuyển sang điều trị duy trì với liều giảm dần đến mức tối thiểu mà T3 , T4 vẫn ở mức bình thường. Có thể duy trì đến 6 năm hoặc hơn. Nếu xuất hiện suy giáp, phối hợp Thyroxine 3 mg/kg/ngày. Nếu tái phát, có thể điều trị lại lần 2.
- Chống biểu hiện cường giao cảm : nhịp tim nhanh , run , suy tim.
 - + Propranolol (Avlocardyl) : 2,5-10 mg/kg/24 giờ.
 - + Digoxine
 - + Benzodiazepine, Phenobarbital

2. Phẫu thuật:

- Cắt bán phần tuyến giáp
 - + Chỉ định : sau thất bại điều trị nội hoặc khó theo dõi điều trị , bướu giáp có hạch (dễ K hoá) . Thực hiện sau 3-4 tuần điều trị nội : phối hợp thuốc kháng giáp tổng hợp và 2 tuần dùng Lugol 2-10 giọt/ngày.

3. Iode phóng xạ:

- Sau thất bại điều trị nội , liều 2-3 millicurries có thể lập lại 1-2 lần. Theo dõi suy giáp sau vài tuần – vài tháng điều trị.

4. Điều trị cơn độc giáp trạng:

- PTU : 5-10mg/kg/ngày
- Uống iode liều cao 10 giọt /ngày
- Propranolol TM 1mg/1 phút , tối đa 10 mg , cần theo dõi HA.
- Hydrocortisone 5mg/kg/ngày.
- Hạ nhiệt , điều chỉnh rối loạn nước điện giải
- Điều trị yếu tố thuận lợi.

5. Điều trị cường giáp sơ sinh:

- PTU : 5-10mg/kg/ngày chia 3 lần hoặc Néomecazole 1mg/kg/3lần mỗi ngày.

- Thời gian điều trị trung bình là 6 tuần , có thể ngưng điều trị khi T3 , T4 về bình thường và không còn kháng thể. Có thể dùng thêm corticoides hay kèm Thyroxine 1-3mg/kg/ngày trong vài ngày rồi giảm dần để tránh suy giáp.

6. Theo dõi:

- Cần theo dõi chặt chẽ đặc biệt trong ba tháng đầu tiên.
- Sau năm đầu tiên bệnh nhân nên được theo dõi hàng năm ngay cả khi không có triệu chứng.
- Theo dõi phát hiện tái phát và suy giáp do nhiễm trùng.
- Kiểm tra T4, T3, TSH mỗi 2-3 tháng.
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc.
- Giáo dục bệnh nhân tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị và tác dụng phụ của thuốc.