

## BỆNH BASEDOW (E05.9)

### I. ĐẠI CƯƠNG

#### 1. Định nghĩa:

- Thuật ngữ cường giáp mô tả tình trạng cơ thể sản xuất quá nhiều hormone tuyến giáp. Thuật ngữ "con độc giáp" mô tả các hậu quả do tình trạng dư thừa hormone giáp lên các cơ quan với những biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa bất thường.

#### 2. Sinh lý bệnh

- Có nhiều nguyên nhân dẫn đến cường giáp nhưng nguyên nhân thường gặp nhất ở trẻ em là bệnh Basedow. Thường gặp ở lứa tuổi 11-15 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam = 5/1.

### II. LÂM SÀNG có ba nhóm dấu hiệu chính

#### 1. Cường giáp

- Tăng biến dưỡng: mệt mỏi, sợ nóng, toát mồ hôi, gây khát, ăn nhiều nhưng sụt cân, gây mòn.
- Triệu chứng tim mạch: nhịp tim nhanh, hồi hộp, thở mệt khi gắng sức, HA tâm thu tăng.
- Triệu chứng thần kinh, cơ: kích thích, run chi, teo cơ, nhược cơ, phản xạ gân xương nhanh, ngắn.
- Triệu chứng tiêu hóa: tăng nhu động ruột, tiêu chảy.
- Rối loạn tâm thần: dễ kích thích, tức giận, khó ngủ và không ngủ sâu.
- Tình trạng tăng trưởng chiều cao có thể nhanh hơn ở trẻ cường giáp làm cho tuổi xương có thể lớn hơn tuổi thật. Tuy nhiên, điều này còn tùy thuộc vào thời gian tiến triển bệnh.
- Trẻ gái có thể có tình trạng vô kinh thứ phát hay kinh ít, sau cường giáp.

#### 2. Bướu giáp lan tỏa, đập, có tiếng thổi

#### 3. Mắt lồi mắt, phù mi, ánh mắt long lanh, ngoài ra, còn có triệu chứng như:

- Gây 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: tiêu chảy, móng dễ gãy, tóc mảnh, dễ rụng.
- Trẻ sơ sinh: quấy khóc, thở nhanh, rối loạn tiêu hóa, có thể có bướu giáp, mắt lồi, cơ rút mi trên, phù quanh mi mắt.

### III. CẬN LÂM SÀNG

- T3, T4, FT3, FT4 tăng
- TSH giảm
- Hiện diện kháng thể kháng tuyến giáp: anti-thyroglobuline, anti TPO (thyroid peroxidase antibody), TRAb (hay TSHR-Ab: thyrotropine receptor stimulating antibody).

- Siêu âm tuyến giáp: có bướu giáp lan tỏa
- Đường huyết tăng, cholesterol giảm
- ECG: nhịp nhanh xoang, sóng P cao, sóng T nhọn
- X-quang xương: loãng xương, tuổi xương tăng, dễ gãy tự nhiên
- Xạ hình tuyến giáp: tuyến giáp gắn iode tăng đều, đồng bộ, không làm thường quy, chỉ làm khi cần phân biệt với viêm giáp, cường giáp có nhân.

#### IV. CHẨN ĐOÁN

##### 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- TSH giảm; fT4 và T3 tăng theo độ tuổi
- Siêu âm tuyến giáp: có bướu giáp lan tỏa
- Hiện diện kháng thể tuyến giáp trong máu: TRab (+++); antiTPO (+), antithyroglobulin (+).

##### 2. Chẩn đoán phân biệt

- Sau khi chẩn đoán cường giáp, cần truy tìm nguyên nhân dựa vào lâm sàng, các xét nghiệm miễn dịch và xạ hình tuyến giáp theo bảng sau:

BỆNH	LÂM SÀNG	KHÁNG THỂ	XẠ HÌNH
Basedow	Bướu giáp lan tỏa, âm thổi	TRab +++; TPO +	Tăng, lan tỏa
Bướu độc giáp nhiều nhân	Nhân giáp đa ổ	Âm	Bình thường, tăng, đa ổ
U tuyến yên bài tiết TSH	Bướu giáp lan tỏa	Âm	Tăng
Đề kháng tuyến yên với hormone giáp	Bướu giáp lan tỏa	Âm	Tăng
Viêm giáp tự miễn	Tuyến giáp có thể to, chắc	TPO ++, antithyroglobuline +, VS tăng, gamma globuline tăng	Thấp
Viêm giáp do siêu vi	Tuyến giáp to, đau	TPO âm, antithyroglobuline âm, VS tăng, gamma globulin tăng	Thấp
Cường giáp do thuốc chứa iod	Tuyến giáp to	Âm	Tăng

#### V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Nghi ngờ có biến chứng tim mạch: suy tim, rung nhĩ
- Con bão giáp
- Mất nước (tiêu chảy nặng...)
- Bướu giáp to có chỉ định phẫu thuật hay có biểu hiện chèn ép: thay đổi giọng nói, nuốt khó
- Rối loạn tâm thần

## VI. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nội khoa điều trị nội khoa thường là lựa chọn đầu tiên trong cường giáp ở trẻ em

- Thuốc kháng giáp tổng hợp:

+ Methimazole (Neo - Mercazole viên: 5-20 mg)

- Tần công: 0,25-1 mg/kg/ngày (3-4 lần) tối đa 50 mg/ngày, trung bình thời gian tần công kéo dài 2-3 tháng.
- Theo dõi chức năng giáp mỗi 3-4 tuần trong thời gian đầu, sau đó mỗi 3 tháng.

▪ Cần theo dõi thêm các tác dụng phụ của thuốc như giảm bạch cầu, dị ứng da, tăng SGOT, SGPT.

▪ 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 2-6 năm. Nếu xuất hiện suy giáp, phối hợp thyroxine 3mg/kg/ngày. Nếu tái phát, có thể điều trị lại lần 2.

+ PTU có tác dụng tốt nhưng tác dụng phụ suy gan thường gặp nên không khuyến cáo sử dụng đầu tiên, chỉ sử dụng cho các trường hợp không dung nạp Methimazole.

- Chống biểu hiện cường giao cảm: nhịp tim nhanh, run, suy tim.

+ Propranolol (Avlocardyl): 2-4 mg/kg/24 giờ

+ Digoxin nếu có bằng chứng suy tim

+ Benzodiazepine, Phenobarbital

### 2. Phẫu thuật

- 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 millicuries 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: 5-10 mg/kg/ngày

- Uống Iode liều cao 10 giọt/ngày

- Propranolol TM 1 mg/1 phút, tối đa 10 mg, cần theo dõi HA

- Hydrocortisone 5 mg/kg/ngày

- Hạ nhiệt, điều chỉnh rối loạn nước điện giải

- Điều trị yếu tố thuận lợi

### 5. Điều trị cường giáp sơ sinh

- Methimazole 0,25-1 mg/kg/mỗi ngày chia 3 lần

- Dung dịch Lugol (Iodine 1 giọt = 8mg) uống 1 giọt mỗi 8 giờ

- Atenolol 1 mg/kg/ngày hoặc Propranolol 2 mg/kg/ngày chia 3 lần

- Glucocorticoides 1-2 mg/kg/lần mỗi 8 giờ có thể sử dụng cho những trường hợp rất nặng
- Digoxin có thể sử dụng nếu có bằng chứng của suy tim
- 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.

#### **VII. 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, trụy tim mạch.

#### **VIII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN**

- Chức năng tuyến giáp có cải thiện dưới điều trị
- Hết triệu chứng cấp tính: suy tim, rối loạn tâm thần, tiêu chảy mất nước

#### **IX. TÁI KHÁM, 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.