

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HYPERTHYROIDISM IN PREGNANCY: A REVIEW

Ho Hoang Dung, Nguyen Thi Diem Thuy, Huynh Thanh Phong*

Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan commune, Can Tho city, Vietnam

Received: 24/03/2026

Revised: 12/05/2026; Accepted: 23/07/2026

ABSTRACT

Objectives: This narrative review aims to evaluate the prevalence, clinical and laboratory characteristics, and management outcomes of hyperthyroidism in pregnant women.

Method: A narrative review.

Results: The prevalence of hyperthyroidism in pregnancy ranges from 3.93-23.60%, with the subclinical form being overwhelmingly predominant (78.95-90.48%). Clinically, tachycardia (OR up to 14.50) and palpitations are the most highly valued predictive indicators. Regarding laboratory findings, a suppressed TSH (< 0.1 mIU/L) combined with FT4 is the core diagnostic criterion, which must strictly be cross-referenced with trimester-specific reference intervals to avoid false-positive results. Uncontrolled hyperthyroidism significantly increases the risks of preterm birth (up to 46.7%), preeclampsia, and placental abruption. Intervention with antithyroid drugs is the primary therapeutic approach, utilizing a flexible strategy: prioritizing Propylthiouracil in the first trimester to prevent the risk of congenital anomalies (which can reach 13.2% with early Methimazole exposure) and switching to Methimazole in later stages. With optimal management, 85.6-89.0% of affected pregnancies can progress safely without severe complications.

Conclusion: Hyperthyroidism in pregnancy largely progresses silently but carries severe obstetric consequences. Early screening of high-risk groups, accurate diagnosis using gestational age-specific TSH/FT4 reference ranges, and a flexible antithyroid drugs treatment strategy play a pivotal role in safeguarding maternal and fetal health.

Keywords: Hyperthyroidism in pregnancy, subclinical hyperthyroidism, antithyroid drugs (ATD), Graves' disease, obstetric outcomes.

*Corresponding author

Email: htphong@vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 775128666 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.5980

TỔNG QUAN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP TRONG THAI KỲ

Hồ Hoàng Dũng, Nguyễn Thị Diễm Thúy, Huỳnh Thanh Phong*

Trường Đại học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, xã Thạnh Xuân, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/05/2026; Ngày duyệt đăng: 23/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tổng quan mô tả nhằm đánh giá thực trạng tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả quản lý điều trị cường giáp ở phụ nữ mang thai.

Phương pháp: Nghiên cứu tổng quan mô tả.

Kết quả: Tỷ lệ mắc cường giáp thai kỳ dao động từ 3,93-23,60%, trong đó thể dưới lâm sàng chiếm ưu thế tuyệt đối (78,95-90,48%). Về lâm sàng, nhịp tim nhanh (OR lên đến 14,50) và hồi hộp là các chỉ điểm dự báo có giá trị cao nhất. Về cận lâm sàng, sự ức chế TSH ($< 0,1$ mIU/L) kết hợp với FT4 là tiêu chuẩn chẩn đoán cốt lõi, bắt buộc phải đối chiếu theo khoảng tham chiếu đặc hiệu của từng tam cá nguyệt để tránh dương tính giả. Nếu không được kiểm soát, cường giáp làm tăng mạnh nguy cơ sinh non (lên tới 46,7%), tiền sản giật và nhau bong non. Can thiệp bằng thuốc kháng giáp là phương pháp chủ lực, với chiến lược linh hoạt: ưu tiên Propylthiouracil trong tam cá nguyệt đầu nhằm tránh nguy cơ dị tật bẩm sinh (chiếm tới 13,2% nếu phơi nhiễm Methimazole sớm) và chuyển sang Methimazole ở giai đoạn sau. Nhờ quản lý tốt, 85,6-89,0% thai kỳ mắc bệnh có thể diễn tiến hoàn toàn an toàn.

Kết luận: Cường giáp thai kỳ phần lớn diễn tiến âm thầm nhưng mang lại nhiều hệ lụy sản khoa nặng nề. Việc tầm soát sớm nhóm nguy cơ cao, chẩn đoán chính xác bằng TSH/FT4 theo tuổi thai và chiến lược sử dụng thuốc kháng giáp linh hoạt đóng vai trò then chốt trong việc bảo vệ sức khỏe mẹ và thai nhi.

Từ khóa: Cường giáp thai kỳ, thể dưới lâm sàng, thuốc kháng giáp (ATD), bệnh Graves, kết cục sản khoa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời kỳ mang thai, tuyến giáp của người mẹ trải qua những biến đổi sinh lý mạnh mẽ để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa gia tăng và cung cấp hormon cho sự phát triển của thai nhi. Sự gia tăng nồng độ hCG trong tam cá nguyệt đầu, với cấu trúc tương đồng TSH, có khả năng kích thích tuyến giáp sản xuất hormon, dẫn đến tình trạng cường giáp thai kỳ sinh lý.

Cường giáp bệnh lý trong thai kỳ chiếm tỷ lệ khoảng 0,1-1,0%, trong đó nguyên nhân hàng đầu (chiếm khoảng 85%) là bệnh Graves. Cường giáp nếu không được kiểm soát tốt sẽ làm gia tăng các nguy cơ sản khoa nghiêm trọng như tiền sản giật, suy tim xung huyết, cơn bão giáp ở mẹ, cũng như sảy thai, sinh non, thai chậm phát triển và dị tật bẩm sinh ở thai nhi.

Tuy nhiên, việc chẩn đoán cường giáp trong thai kỳ thường gặp khó khăn do các triệu chứng lâm sàng (mệt mỏi, nhịp tim nhanh, nôn ói, hồi hộp) rất dễ bị nhầm lẫn với các biểu hiện sinh lý của thai nghén. Bên cạnh đó, việc điều trị bằng thuốc kháng giáp (antithyroid drugs - ATD) đặt ra thách thức lớn đối với các bác sĩ lâm sàng trong việc cân bằng giữa hiệu quả kiểm soát bệnh cho mẹ và việc giảm thiểu nguy cơ gây quái thai. Do đó, bài tổng quan này được thực hiện nhằm hệ thống hóa các bằng chứng mới nhất về chẩn đoán và quản lý điều trị cường giáp thai kỳ, góp phần nâng cao hiệu quả thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: nghiên cứu có nội dung liên quan đến thực trạng, tỷ lệ mắc, đặc điểm chẩn đoán, và kết quả điều trị cường giáp ở phụ nữ mang thai. Nguồn tài liệu được tìm kiếm từ các cơ sở dữ liệu y khoa uy tín như PubMed, Google Scholar, tạp chí y khoa, và các hướng dẫn lâm sàng (ATA, ACOG), xuất bản trong giai đoạn 2015-2025.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không thể tiếp cận toàn văn, thiếu thông tin hoặc số liệu cần thiết để đối chiếu với mục tiêu nghiên cứu đã đề ra.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tổng quan mô tả (a narrative review).

- Chiến lược nghiên cứu: sau khi tìm kiếm và sàng lọc bằng các từ khóa “hyperthyroidism in pregnancy”, “Graves’ disease pregnancy”, “antithyroid drugs”, nghiên cứu tiến hành thu thập dữ kiện từ 20 bài báo khoa học chất lượng cao (gồm các thiết kế mô tả cắt ngang, đoàn hệ tiến cứu, hồi cứu và tổng quan hệ thống) để tiến hành phân tích các biến số liên quan và đưa ra kết luận.

*Tác giả liên hệ

Email: htphong@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 775128666 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5980

STT	Tác giả (năm)	Phương pháp nghiên cứu	Cỡ mẫu (n)	Kết quả chính và các biến số liên quan
1	Trịnh Thị Bích Liên và cộng sự (2020)	Nghiên cứu cắt ngang	409	Tầm soát cho thai phụ nguy cơ cao giúp hạn chế tai biến. Tiền sử sinh non ($p = 0,05$) và bệnh lý tuyến giáp ($p < 0,001$) có ý nghĩa thống kê.
2	Phạm Tuấn Dương và cộng sự (2021)	Mô tả cắt ngang	123	Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp khá lớn, cần tầm soát sớm. Cường giáp dưới lâm sàng chiếm ưu thế (81,25%).
3	Nguyễn Thế Thành (2022)	Báo cáo loạt ca	9	Cường giáp tạm thời do thai thường xảy ra trong tam cá nguyệt đầu, chủ yếu cần theo dõi, không cần điều trị.
4	Nguyễn Thị Minh Nguyệt và cộng sự (2023)	Mô tả cắt ngang	323	Liên quan có ý nghĩa giữa rối loạn tuyến giáp với tiền sử sảy thai ($p = 0,043$) và bệnh lý tuyến giáp ($p < 0,001$).
5	Nguyễn Thúy Quỳnh và cộng sự (2024)	Nghiên cứu cắt ngang	305	Cần phối hợp sản khoa và nội tiết. Nhịp tim nhanh (OR = 9,937) và hồi hộp (OR = 2,196) là các biến số lâm sàng quan trọng.
6	Lê Phú Quý và cộng sự (2024)	Mô tả cắt ngang	251	Tầm soát từ 3 tháng đầu giúp giảm biến chứng cho mẹ và con. Nhịp tim nhanh liên quan mạnh nhất (OR = 14,50; $p = 0,005$).
7	Moleti M và cộng sự (2019)	Tổng quan tài liệu	700.000	Cần theo dõi chặt chẽ do nguy cơ tử ATD. Tỷ lệ dị tật bẩm sinh liên quan đến ATD là 13,2%.
8	Gheorghiu M.L và cộng sự (2021)	Phân tích hồi cứu	36	85,7% dùng ATD, trong đó 78,6% dùng Methimazole (MMI); đa số thai kỳ diễn tiến bình thường.
9	Kotani T và cộng sự (2022)	Đoàn hệ hồi cứu	3.640	Kết quả thai kỳ tương đương nhóm bình thường nếu quản lý tốt. Ghi nhận nhau bong non ($p = 0,032$).
10	Zhou M và cộng sự (2019)	Nghiên cứu cắt ngang	3.501	Sàng lọc sớm giúp can thiệp kịp thời. Sinh non nhóm không điều trị: 46,7%.
11	Andersen S.L và cộng sự (2019)	Đoàn hệ hồi cứu	1.266.666	Nguy cơ dị tật bẩm sinh tăng liên quan đến ATD giai đoạn đầu thai kỳ (11%).
12	Minassian C và cộng sự (2023)	Thuần tập hồi cứu	4.712	Cần tư vấn tiền thai để tối ưu chức năng tuyến giáp và giảm phơi nhiễm thuốc.
13	Torp N.M.U và cộng sự (2023)	Đoàn hệ	62	Chỉ 22,6% cần điều trị ATD, ưu tiên Propylthiouracil (PTU) giai đoạn đầu thai kỳ.
14	Turunen S và cộng sự (2020)	Đoàn hệ tiền cứu	571.785	Cường giáp làm tăng nguy cơ sinh non (5,2%) và dị tật (5,1%).
15	Gupta P và cộng sự (2021)	Mô tả cắt ngang	865	Suy giáp phổ biến hơn cường giáp; cường giáp chiếm 3,93%.
16	Zhang Y và cộng sự (2019)	Nghiên cứu tiền cứu	3.783	Cường giáp dưới lâm sàng làm tăng nguy cơ tiền sản giật và bong nhau.

STT	Tác giả (năm)	Phương pháp nghiên cứu	Cỡ mẫu (n)	Kết quả chính và các biến số liên quan
17	Tekin A.B và cộng sự (2022)	Quan sát cắt ngang	484	Chẩn đoán và quản lý chính xác có vai trò quyết định kết cục của mẹ và thai nhi.
18	Dorizzi R.M và cộng sự (2023)	Đoàn hệ tiền cứu	139	Khoảng tham chiếu TSH cố định không phù hợp cho nhiều thai phụ.
19	Osinga J.A.J và cộng sự (2022)	Tổng quan hệ thống	63.198	Cung cấp khoảng tham chiếu TSH, FT4 theo từng giai đoạn thai kỳ.
20	Pramanik S và cộng sự (2020)	Quan sát cắt ngang	229	TSH đặc hiệu theo tam cá nguyệt không khác biệt đáng kể tại vùng đủ iod.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua sàng lọc y văn, nghiên cứu đã tổng hợp dữ liệu từ các báo cáo khoa học uy tín để làm rõ tỷ lệ mắc và tác động của suy giáp thai kỳ.

Bảng 1. Tỷ lệ cường giáp trong thai kỳ

STT	Tác giả (năm), quốc gia	Cỡ mẫu (n)	Cường giáp chung (%)	Cường giáp dưới lâm sàng (%)	Cường giáp lâm sàng (%)
1	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024), Việt Nam	305	23,60	50,00	50,00
2	Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023), Việt Nam	323	13,00	90,48	9,52
3	Phạm Tuấn Dương (2021), Việt Nam	123	13,00	81,25	18,75
4	Trịnh Thị Bích Liên (2020), Việt Nam	409	8,80	83,33	16,67
5	Lê Phú Quý (2024), Việt Nam	251	7,57	78,95	21,05
6	Gupta P (2021), Ấn Độ	865	3,93	79,41	20,59

Tỷ lệ cường giáp trong thai kỳ dao động từ 3,93-23,60%, trong đó các nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu tại Ấn Độ. Cường giáp dưới lâm sàng chiếm ưu thế rõ rệt (79-90%), cho thấy phần lớn trường hợp ít triệu chứng và dễ bị bỏ sót nếu không sàng lọc chủ động. Ngược lại, cường giáp lâm sàng chỉ chiếm 9,52-21,05%, nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do nguy cơ biến chứng cho mẹ và thai nhi, nhấn mạnh vai trò của tầm soát sớm và quản lý kịp thời trong thai kỳ.

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ

Đặc điểm	Tác giả (năm)	Số liệu chính (tỷ lệ RLCNTG/KTC 95%)	Chỉ số nguy cơ (OR)/ Giá trị p	Nhận xét
Tiền sử bệnh tuyến giáp	Trịnh Thị Bích Liên (2020)	Có tiền sử: 43,75% Không tiền sử: 8,9%	$p < 0,001$	Có ý nghĩa thống kê rất cao
	Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023)	Có tiền sử: 87,5% Không tiền sử: 15,2%	$p < 0,001$	Yếu tố nguy cơ độc lập mạnh
Tiền sử sảy thai	Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023)	Có tiền sử: 33,3% Không tiền sử: 15,7%	$p = 0,043$	Liên quan có ý nghĩa thống kê
	Trịnh Thị Bích Liên (2020)	Có tiền sử: 9,9%	$p = 0,45$	Không đủ ý nghĩa thống kê

Đặc điểm	Tác giả (năm)	Số liệu chính (tỷ lệ RLCNTG/KTC 95%)	Chỉ số nguy cơ (OR)/Giá trị p	Nhận xét
Tiền sử sinh non	Trịnh Thị Bích Liên (2020)	Có tiền sử: 30,0% Không tiền sử: 8,9%	p = 0,05	Có ý nghĩa thống kê, tăng nguy cơ mắc bệnh
	Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023)	Có tiền sử: 33,3% Không tiền sử: 16,7%	p = 0,271	Xu hướng tăng nguy cơ, chưa đủ ý nghĩa
Tuổi cao, đa sản, béo phì, hút thuốc	Suvi Turunen (2020)	Thuần tập lớn (n = 571.785)	Có liên quan	Xác định nhóm nguy cơ cao

Ghi chú: RLCNTG = rối loạn chức năng tuyến giáp; KTC = khoảng tin cậy.

Tiền sử bệnh tuyến giáp là yếu tố nguy cơ mạnh và nhất quán nhất của rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ ($p < 0,001$). Tiền sử sảy thai và sinh non có xu hướng làm tăng nguy cơ, tuy chưa đồng nhất giữa các nghiên cứu. Các yếu tố như tuổi mẹ cao, đa sản, béo phì và hút thuốc xác định nhóm nguy cơ cao, cần ưu tiên sàng lọc sớm.

Bảng 3. Dấu hiệu lâm sàng liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ

Đặc điểm/ yếu tố nguy cơ	Tác giả (năm)	Số liệu chính (tỷ lệ RLCNTG/ KTC 95%)	Chỉ số nguy cơ (OR)/Giá trị p	Nhận xét
Nhịp tim nhanh	Lê Phú Quý (2024)	KTC 95%: 2,29-94,33	OR = 14,50; p = 0,005	Dấu hiệu chỉ điểm lâm sàng mạnh nhất
	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024)	KTC 95%: 4,738-20,844	OR = 9,937; p < 0,001	Tăng nguy cơ gần 10 lần
Hồi hộp/ đánh trống ngực	Lê Phú Quý (2024)	KTC 95%: 1,55-11,73	OR = 4,257; p = 0,005	Biểu hiện lâm sàng nổi bật
	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024)	KTC 95%: 1,079-4,468	OR = 2,196; p = 0,03	Có giá trị hỗ trợ chẩn đoán
Sụt cân	Lê Phú Quý (2024)	KTC 95%: 0,88-4,62	OR = 2,015; p = 0,098	Xu hướng tăng nguy cơ, chưa đạt ý nghĩa
	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024)	KTC 95%: 0,623-2,608	OR = 1,275; p = 0,506	Chưa đủ bằng chứng thống kê
Nôn nghén	Lê Phú Quý (2024)	KTC 95%: 0,75-5,04	OR = 1,946; p = 0,170	Khó phân biệt với thai kỳ bình thường
	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024)	KTC 95%: 0,260-1,150	OR = 0,547; p = 0,112	Không có ý nghĩa thống kê

Trong các dấu hiệu lâm sàng, nhịp tim nhanh là chỉ điểm mạnh nhất liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ, với OR cao (9,94-14,50) và ý nghĩa thống kê rõ rệt ($p \leq 0,005$). Hồi hộp/dánh trống ngực cũng là triệu chứng quan trọng, có giá trị hỗ trợ chẩn đoán. Ngược lại, sụt cân và nôn nghén chỉ cho thấy xu hướng tăng nguy cơ nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê, do dễ nhầm lẫn với các thay đổi sinh lý bình thường của thai kỳ.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ

Đặc điểm cận lâm sàng/ Chỉ số	Tác giả (năm)	Số liệu chính (tỷ lệ áp dụng/ Khoảng giá trị)	Nhận xét lâm sàng
1. Tỷ lệ áp dụng các xét nghiệm chẩn đoán			
TSH và FT4	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024); Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023); Phạm Tuấn Dương (2021); Lê Phú Quý (2024); Nguyễn Thế Thành (2022); Min Zhou (2019); Gheorghiu M.L (2021); Gupta P (2021); Trịnh Thị Bích Liên (2020)	Tỷ lệ áp dụng: 100%	Bộ đôi xét nghiệm đầu tay, tiêu chuẩn vàng để sàng lọc và đánh giá mức độ rối loạn chức năng tuyến giáp
Kháng thể TRAb	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024); Nguyễn Thế Thành (2022); Gheorghiu M.L (2021)	33,3-37,5%	Xét nghiệm đặc hiệu giúp phân biệt Basedow với cường giáp thoáng qua do thai
Anti-TPO và Siêu âm tuyến giáp	Nguyễn Thúy Quỳnh (2024); Nguyễn Thế Thành (2022)	22,2-25,0%	Phát hiện viêm tuyến giáp tự miễn và bất thường cấu trúc
Anti-Tg và TSI	Nguyễn Thế Thành (2022)	11,1-12,5%	Ít sử dụng, dành cho ca phức tạp hoặc theo dõi Graves nặng
2. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo chỉ số hormon			
Cường giáp lâm sàng	Lê Phú Quý (2024); Nguyễn Thúy Quỳnh (2024); Yindi Zhang (2019)	TSH < 0,1 mUI/L (Zhang: < 0,05); FT4 > 22,0-23,32 pmol/L	TSH bị ức chế sâu kèm FT4 tăng rõ, biểu hiện bệnh lý rõ rệt
Cường giáp dưới lâm sàng	Lê Phú Quý (2024); Nguyễn Thúy Quỳnh (2024); Yindi Zhang (2019)	TSH < 0,1-0,22 mUI/L; FT4: 12,0-20,98 pmol/L (bình thường)	TSH giảm nhưng FT4 bình thường; thể thường gặp, dễ bị bỏ sót
3. Khoảng tham chiếu TSH theo thai kỳ (mIU/L)			
Tam cá nguyệt 1	Subhadip Pramanik (2020); Osinga J.A.J (2022); Tekin A.B (2022); Dorizzi R.M (2023)	0,19-4,34 đến 3,62-6,02	TSH thấp sinh lý do tác động ức chế của hCG
Tam cá nguyệt 2	Subhadip Pramanik (2020); Osinga J.A.J (2022); Tekin A.B (2022); Dorizzi R.M (2023)	0,46-4,57 đến 3,45-6,15	TSH tăng nhẹ khi hCG giảm
Tam cá nguyệt 3	Subhadip Pramanik (2020); Osinga J.A.J (2022); Tekin A.B (2022); Dorizzi R.M (2023)	0,61-4,62 đến 3,51-6,13	TSH dần trở về gần mức người không mang thai

TSH và FT4 là xét nghiệm nền tảng, bắt buộc trong sàng lọc và chẩn đoán rối loạn chức năng tuyến giáp thai kỳ. Các xét nghiệm bổ sung như TRAb, anti-TPO, siêu âm tuyến giáp chỉ được chỉ định có chọn lọc, giúp phân biệt nguyên nhân và đánh giá mức độ bệnh. Cường giáp dưới lâm sàng chiếm ưu thế, đặc trưng bởi TSH giảm nhưng FT4 bình thường, dễ bị bỏ sót nếu không tầm soát chủ động. Khoảng tham chiếu TSH thay đổi theo từng tam cá nguyệt, đặc biệt thấp ở tam cá nguyệt 1, nhấn mạnh sự cần thiết áp dụng giá trị tham chiếu đặc hiệu thai kỳ trong thực hành lâm sàng.

Bảng 5. Kết cục lâm sàng của mẹ và thai nhi liên quan đến cường giáp trong thai kỳ

Nhóm kết cục / Biến chứng	Tác giả (năm)	Cỡ mẫu (n/N)	Số liệu chính (tỷ lệ %/ OR/p)	Nhận xét lâm sàng
1. Đặc điểm điều trị bằng ATD				
Tỷ lệ sử dụng ATD	Gheorghiu M.L (2021)	36	85,7%	Ưu tiên MMI (78,6%), 7,1% dùng PTU, 14,3% chuyển từ MMI sang PTU
	Torp N.M.U (2023)	62	22,6%	Chiến lược thận trọng hơn, ưu tiên PTU (14,53%) hơn MMI (8,07%)
2. Kết cục của mẹ (tai biến sản khoa)				
Nhu cầu bong non	Tomomi Kotani (2022)	48	4,2% (p = 0,032)	Cường giáp làm tăng độc lập nguy cơ nhau bong non
	Yindi Zhang (2019)	3.783	OR = 4,676 (p = 0,048)	Cường giáp dưới lâm sàng sớm là yếu tố nguy cơ mạnh
	Suvi Turunen (2020)	2.144	0,6% (p > 0,05)	Tỷ lệ thấp, không ý nghĩa thống kê
Tiền sản giật/Tăng huyết áp	Yindi Zhang (2019)	3.783	OR = 5,143 (p = 0,011)	Nguy cơ tăng cao rõ rệt
	Min Zhou (2019)	15	13,3% (p > 0,05)	Tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nặng
	Tomomi Kotani (2022)	48	10,4%	Biến chứng nghiêm trọng
	Suvi Turunen (2020)	2.144	5,3% (p > 0,05)	Xu hướng tăng
Nhu cầu tiền đạo	Yindi Zhang (2019)	3.783	OR = 4,193 (p = 0,023)	Nguy cơ tăng có ý nghĩa
	Tomomi Kotani (2022)	48	2,1% (p = 0,246)	Tỷ lệ thấp
Sinh mổ	Tomomi Kotani (2022)	48	35,4%	Tỷ lệ can thiệp cao
	Suvi Turunen (2020)	2.144	19,3%	Phổ biến
Đái tháo đường thai kỳ	Min Zhou (2019)	15	13,3% (p > 0,05)	Biến chứng nội tiết đi kèm
	Suvi Turunen (2020)	2.144	9,8%	Tỷ lệ đáng chú ý
Sảy thai	Yindi Zhang (2019)	3.783	OR = 0,206 (p = 0,028)	Cường giáp dưới lâm sàng sớm giảm sảy thai
3. Kết cục thai nhi - sơ sinh				
Thai kỳ an toàn	Suvi Turunen (2020)	580	88,0%	Đa số thai kỳ bình thường nếu kiểm soát tốt
	Gheorghiu M.L (2021)	28	85,6%	Điều trị sớm cho kết quả tốt
	Andersen S.L (2019)	2.046	89,0%	Kết cục chung khả quan
Sinh non	Min Zhou (2019)	15	46,7% (p < 0,05)	Rất cao nếu không điều trị
	Tomomi Kotani (2022)	48	10,4% (p = 0,072)	Giảm khi quản lý tốt
	Suvi Turunen (2020)	2.143	5,2% (p < 0,05)	Giảm rõ rệt
Dị tật bẩm sinh	Mariacarla Moleti (2019)	700.000	13,2%	Liên quan ATD, đặc biệt MMI
	Andersen S.L (2019)	2.046	11,0%	Nguy cơ tăng giai đoạn sớm
	Min Zhou (2019)	15	6,7%	Ghi nhận đơn lẻ
	Suvi Turunen (2020)	580	5,7%	Dị tật chính
	Gheorghiu M.L (2021)	28	3,6%	Tỷ lệ thấp

Nhóm kết cục / Biến chứng	Tác giả (năm)	Cỡ mẫu (n/N)	Số liệu chính (tỷ lệ %/ OR/p)	Nhận xét lâm sàng
Nhẹ cân/ nhỏ so với tuổi thai	Min Zhou (2019)	15	20%/6,5%	Nguy cơ tăng rõ
	Tomomi Kotani (2022)	48	12,5%	Ghi nhận đáng kể
	Suvi Turunen (2020)	2.144	4,2%/4,2%	Liên quan có ý nghĩa
Tử vong sơ sinh/thai lưu	Min Zhou (2019)	15	6,7%	Nguy cơ ở bệnh nặng
	Gheorghiu M.L (2021)	34	2,94%/2,94%	Tỷ lệ thấp
	Suvi Turunen (2020)	2.143	0,2%/0,3%	Ghi nhận nhờ cỡ mẫu lớn

Điều trị bằng ATD được áp dụng linh hoạt tùy mức độ bệnh, với xu hướng ưu tiên PTU trong tam cá nguyệt đầu nhằm giảm nguy cơ dị tật. Cường giáp trong thai kỳ làm tăng nguy cơ tai biến sản khoa, đặc biệt là nhau bong non, tiền sản giật, sinh mổ và sinh non. Tuy nhiên, đa số thai kỳ có thể diễn tiến an toàn (85-89%) nếu được chẩn đoán sớm và quản lý hiệu quả. Dị tật bẩm sinh chủ yếu liên quan đến phơi nhiễm ATD, nhất là MMI trong giai đoạn sớm, nhấn mạnh tầm quan trọng của lựa chọn thuốc phù hợp và tư vấn tiền thai.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc và sự ưu thế của hình thái cường giáp dưới lâm sàng

Kết quả tổng hợp từ các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc cường giáp trong thai kỳ có sự dao động rất lớn, từ 3,93% tại Ấn Độ [15] lên đến mức cao nhất là 23,6% tại Việt Nam [5]. Sự chênh lệch này có thể được lý giải bởi sự khác biệt trong thiết kế nghiên cứu, tiêu chuẩn chọn mẫu (tập trung vào nhóm thai phụ nguy cơ cao hay sàng lọc trên quần thể chung), cũng như đặc điểm địa lý và tình trạng dinh dưỡng iod tại từng khu vực [15], [20].

Một điểm đồng thuận mang tính tuyệt đối qua các báo cáo là sự áp đảo của thể cường giáp dưới lâm sàng. Ngoài trừ nghiên cứu của Nguyễn Thủy Quỳnh [5] ghi nhận tỷ lệ phân bố ngang bằng, ở hầu hết các báo cáo khác, thể dưới lâm sàng luôn chiếm tỷ trọng khổng lồ từ 78,95-90,48% trong tổng số các ca bệnh [2], [4], [6], [15]. Điều này khẳng định rằng bệnh lý cường giáp thai kỳ phần lớn diễn tiến rất âm thầm, triệu chứng lâm sàng nghèo nàn hoặc dễ bị che lấp bởi các thay đổi sinh lý. Nếu chỉ dựa vào khám lâm sàng đơn thuần, bác sĩ sản khoa có nguy cơ bỏ sót một lượng lớn thai phụ mắc bệnh.

4.2. Yếu tố nguy cơ và giá trị của các dấu hiệu lâm sàng

Việc khai thác tiền sử nội khoa và sản khoa đóng vai trò tiên quyết trong sàng lọc bệnh. Phân tích thống kê chỉ ra rằng, tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp trước khi mang thai là yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ nhất ($p < 0,001$) [1], [4]. Tỷ lệ mắc rối loạn chức năng tuyến giáp ở nhóm có tiền sử này lên tới 43,75% [1] và thậm chí đạt 87,5% [4]. Các tiền sử sản khoa xấu như sảy thai ($p = 0,043$) [4] hoặc sinh non ($p = 0,05$) [1] cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa lâm sàng. Ngoài ra, các thai phụ lớn tuổi, đa sản, béo phì hoặc có hút thuốc cũng được xác định là nhóm nguy cơ cao cần được ưu tiên theo dõi chặt chẽ [14]. Về mặt lâm sàng, giữa vô vàn các thay đổi sinh lý của thai kỳ (như nôn nghén, sụt cân), nhịp tim nhanh và cảm giác hồi hộp nổi lên như những dấu hiệu chỉ điểm đặc hiệu nhất. Nhịp tim nhanh làm tăng rủi ro mắc bệnh lên gấp 9,9-14,5 lần ($p \leq 0,005$) [5-6]. Ngược lại, các triệu chứng như nôn nghén hay sụt cân không đạt mức ý nghĩa thống kê do sự chông chéo với tình trạng ốm nghén sinh lý thông thường của thai phụ [5-6].

4.3. Vai trò cốt lõi của cận lâm sàng và khoảng tham chiếu đặc hiệu

Xét nghiệm định lượng hormone là tiêu chuẩn vàng không thể thay thế, với 100% các nghiên cứu có khảo sát cận lâm sàng đều sử dụng bộ đôi TSH và FT4 [1-2], [4-6], [8], [10], [15]. Sự sụt giảm sâu của TSH ($< 0,1$ mIU/L) là chỉ báo cảnh báo sớm nhất [5-6], [16]. Ranh giới để phân định giữa thể cường giáp lâm sàng và dưới lâm sàng phụ thuộc hoàn toàn vào mức độ tăng của nồng độ FT4.

Một thách thức lớn trong chẩn đoán là sự biến thiên sinh lý của hormone trong thai kỳ. Sự gia tăng nồng độ hCG (đạt đỉnh vào khoảng tuần 10-12) có cấu trúc tương đồng và khả năng kích thích thụ thể TSH, dẫn đến tình trạng TSH bị ức chế sinh lý. Các tác giả đã chứng minh rằng khoảng tham chiếu TSH thay đổi theo từng tam cá nguyệt, trong đó giới hạn dưới ở tam cá nguyệt đầu tiên thường rất thấp (từ 0,19-4,34 mIU/L [20] hoặc 0,24-6,02 mIU/L [19]) và nhích dần lên ở các tam cá nguyệt sau [17-20]. Do đó, việc áp dụng chung một ngưỡng TSH cố định của người bình thường cho toàn bộ thai phụ sẽ dẫn đến chẩn đoán sai lệch (dương tính giả).

Để phân biệt cường giáp thoáng qua do thai nghén và bệnh tự miễn Graves (Basedow), xét nghiệm kháng thể thụ thể TSH (TRAb) được chỉ định có chọn lọc với tỷ lệ áp dụng từ 33,3-37,5% [3], [5], [8]. Đây là công cụ đặc lực giúp bác sĩ quyết định chiến lược có nên khởi động điều trị bằng ATD hay chỉ cần theo dõi.

4.4. Kết cục thai kỳ và chiến lược quản lý bằng ATD

Cường giáp nếu không được chẩn đoán và kiểm soát sẽ để lại hậu quả nặng nề. Nghiên cứu của Min Zhou ghi nhận tỷ lệ sinh non lên tới 46,7% ở nhóm bệnh nặng không kiểm soát, kèm theo nguy cơ sinh con nhẹ cân đạt 20% [10]. Nguy cơ tai biến sản khoa cho mẹ cũng gia tăng độc lập và đáng kể, bao gồm tiền sản giật (OR = 5,143) [16], nhau bong non (4,2%) [9], nhau tiền đạo (OR = 4,193) [16] và tỷ lệ phải can thiệp mổ lấy thai cao (35,4%) [9].

Đứng trước các nguy cơ đó, can thiệp bằng ATD là phương pháp điều trị chủ lực [8], [13]. Tuy nhiên, chiến lược sử dụng ATD đòi hỏi sự cân nhắc kỹ lưỡng. Dữ liệu từ các nghiên cứu thuần tập quy mô lớn cảnh báo sự phơi nhiễm ATD, đặc biệt là MMI trong 3 tháng đầu, làm tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh (dao động từ 11,0% [11] đến 13,2% [7]). Chính vì vậy, xu hướng điều trị hiện nay mang tính linh hoạt: áp dụng cách tiếp cận thận trọng, ưu tiên sử dụng PTU trong tam cá nguyệt đầu để hạn chế hội chứng bệnh lý phôi thai do MMI [13], và xem xét chuyển sang MMI ở các giai đoạn sau của thai kỳ [8].

Khi được phát hiện sớm, tuân thủ điều trị đúng phác đồ và quản lý tốt nồng độ hormone, tiên lượng của thai phụ mắc cường giáp là rất khả quan. Thống kê chỉ ra rằng có từ 85,6% [8] đến 89,0% [11] thai kỳ sẽ diễn tiến an toàn, khỏe mạnh và không ghi nhận bất thường nghiêm trọng nào cho cả mẹ và thai nhi [14].

5. KẾT LUẬN

Cường giáp thai kỳ (tỷ lệ mắc 3,93-23,60%) chủ yếu diễn tiến âm thầm dưới dạng dưới lâm sàng (78,95-90,48%). Để tránh bỏ sót, chẩn đoán cần dựa vào yếu tố nguy cơ (tiền sử bệnh tuyến giáp), dấu hiệu nhịp tim nhanh và bộ đôi xét nghiệm TSH, FT4 đối chiếu theo khoảng tham chiếu đặc hiệu của từng tam cá nguyệt. Cường giáp không kiểm soát làm tăng mạnh nguy cơ tai biến sản khoa như sinh non (46,7%), tiền sản giật và nhau bong non. Tuy nhiên, nếu tầm soát sớm và điều trị linh hoạt bằng ATD (ưu tiên PTU trong tam cá nguyệt đầu nhằm tránh rủi ro dị tật do MMI), khoảng 85,6-89,0% thai kỳ sẽ diễn tiến an toàn. Điều

này khẳng định vai trò thiết yếu của việc quản lý đa chuyên khoa (sản, nội tiết) nhằm bảo vệ tối đa sức khỏe mẹ và bé.

Nhóm tác giả xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Ban Giám hiệu, quý thầy cô Trường Đại học Võ Trường Toản đã nhiệt tình giảng dạy và giúp đỡ. Đặc biệt xin gửi lời cảm ơn chân thành đến BSCII Nguyễn Thanh Tùng đã dành sự quan tâm, tận tình hướng dẫn trong suốt quá trình thực hiện chuyên đề này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trịnh Thị Bích Liên và cộng sự. Khảo sát rối loạn chức năng tuyến giáp trong quý 1 thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2017. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2017.
- [2] Phạm Tuấn Dương và cộng sự. Thực trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại Bệnh viện 19-8. Tạp chí Đái tháo đường và Nội tiết Việt Nam, 2021 (45): 76-81. doi: 10.47122/vjde.2020.45.11
- [3] Nguyễn Thế Thành. Nhận xét một số trường hợp cường giáp trên phụ nữ mang thai và không mang thai. Tạp chí Đái tháo đường và Nội tiết Việt Nam, 2024 (56): 65-72. doi: 10.47122/vjde.2022.56.9
- [4] Nguyễn Thị Minh Nguyệt và cộng sự. Nghiên cứu tình hình rối loạn hormone giáp, TSH huyết thanh ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023 (63), 15-22. doi: 10.58490/ctump.2023i63.1415
- [5] Nguyễn Thúy Quỳnh và cộng sự. Rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ có nguy cơ cao mắc bệnh tuyến giáp trong 3 tháng đầu. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 544 (3): 126-130. doi: 10.51298/vmj.v544i3.12010
- [6] Lê Phú Quý và cộng sự. Nghiên cứu một số chức năng tuyến giáp bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang phân tách bằng vi hạt từ ở thai phụ trong ba tháng đầu thai kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 543 (3): 292-295. doi: 10.51298/vmj.v543i3.11576
- [7] Moleti M et al. Hyperthyroidism in the pregnant woman: maternal and fetal aspects. Journal of Clinical & Translational Endocrinology, 2019, 16: 100190. doi: 10.1016/j.jcte.2019.100190
- [8] Gheorghiu M.L et al. Hyperthyroidism in pregnancy: the delicate balance between too much or too little antithyroid drug. Journal of Clinical Medicine, 2021, 10 (16): 3742. doi: 10.3390/jcm10163742
- [9] Kotani T et al. Pregnancy outcomes in women with thyroid diseases. Japan Medical Association Journal, 2022, 5 (2): 216-223. doi: 10.31662/jmaj.2021-0191.
- [10] Zhou M et al. Effects of thyroid diseases on pregnancy outcomes. Exp Ther Med, 2019, 18 (3): 1807-1815. doi: 10.3892/etm.2019.7739
- [11] Andersen S.L et al. Maternal thyroid function, use of antithyroid drugs in early pregnancy, and birth defects. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2019, 104 (12): 6040-6048. doi: 10.1210/jc.2019-01343
- [12] Minassian C et al. Preconception management of hyperthyroidism and thyroid status in subsequent pregnancy: a population-based cohort study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2023, 108 (11): 2886-2897. doi: 10.1210/clinem/dgad276
- [13] Torp N.M.U et al. Hyperthyroidism in pregnancy: design and methodology of a Danish multicenter study. Thyroid Res, 2023, 16 (1): 11. doi: 10.1186/s13044-023-00154-8.
- [14] Turunen S et al. Maternal hyperthyroidism and pregnancy outcomes: a population-based cohort study. Clinical Endocrinology, 2020, 93 (6): 721-728. doi: 10.1111/cen.14282.
- [15] Gupta P et al. The study of prevalence and pattern of thyroid disorder in pregnant women: a prospective study. Cureus, 2021, 13 (7): e16457. doi: 10.7759/cureus.16457.
- [16] Zhang Y et al. Association of overt and subclinical hyperthyroidism during weeks 4-8 with adverse pregnancy outcomes. Journal of Women's Health, 2019, 28(6): 842-848. doi: 10.1089/jwh.2018.7180.
- [17] Tekin A.B et al. Trimester specific reference ranges for thyroid hormones in pregnancy with multiples of median values. Namik Kemal Tıp Dergisi, 2022, 10 (3): 270-275. doi: 10.4274/nkmj.galenos.2022.48030
- [18] Dorizzi R.M et al. Trimester-specific reference intervals for thyroid function parameters in pregnant Caucasian women using Roche platforms: a prospective study. J Endocrinol Invest, 2023, 46 (12): 2459-2469. doi: 10.1007/s40618-023-02098-0.
- [19] Osinga J.A.J et al. TSH and FT4 reference intervals in pregnancy: a systematic review and individual participant data meta-analysis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2022, 107 (10): 2925-2933. doi: 10.1210/clinem/dgac425.
- [20] Pramanik S et al. Trimester-specific reference intervals for thyroid function parameters in Indian pregnant women during final phase of transition to iodine sufficiency. Indian J Endocr Metab, 2020, 24 (2): 160. doi: 10.4103/ijem.IJEM_561_19.