

PREVALENCE AND IMPACT OF GESTATIONAL HYPOTHYROIDISM ON MATERNAL AND FETAL OUTCOMES: AN OVERVIEW

Ho Hoang Dung, Nguyen Thanh Tung, Huynh Thanh Phong*

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

Received: 24/03/2026

Revised: 16/05/2026; Accepted: 22/07/2026

ABSTRACT

Objectives: This narrative review aimed to evaluate the prevalence, clinical characteristics, and the impact of hypothyroidism during pregnancy on maternal and fetal outcomes.

Method: A narrative review.

Results: Evidence from previous studies indicates that the prevalence of hypothyroidism in pregnancy ranges from 10.2-24.7%, with subclinical hypothyroidism being more predominant (1.6-9.0%). The disease often presents insidiously with nonspecific symptoms such as fatigue (62%), constipation (27%), and cold intolerance. Maternal hypothyroidism is significantly associated with increased risks of adverse outcomes, including gestational hypertension (OR = 2.3-14.1), preterm birth (OR = 2.39-4.16), and higher rates of cesarean section (OR = 1.75-4.47). Regarding fetal outcomes, the risk of low birth weight is markedly elevated (OR up to 6.3), the incidence of low APGAR scores is increased by 3.45-3.64 times, and the prevalence of congenital anomalies is 2-3 times higher compared with euthyroid pregnancies.

Conclusion: Hypothyroidism during pregnancy is a common endocrine disorder associated with substantial adverse obstetric and neonatal consequences. Early screening of serum TSH and FT4 levels in the first trimester and timely intervention with Levothyroxine are crucial in reducing these risks to levels comparable to those of the general population.

Keywords: Hypothyroidism in pregnancy, maternal outcomes, fetal outcomes, subclinical hypothyroidism, pregnancy complications.

*Corresponding author

Email: htphong@vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 775128666 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.5983



TỔNG QUAN BỆNH SUY GIÁP THAI KỲ VÀ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT CỤC CỦA MẸ VÀ THAI NHI

Hồ Hoàng Tuấn, Nguyễn Thanh Tùng, 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: 16/05/2026; Ngày duyệt đăng: 22/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tổng quan mô tả nhằm đánh giá thực trạng tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng và ảnh hưởng của suy giáp thai kỳ đối với kết cục của mẹ và thai nhi.

Phương pháp: Nghiên cứu tổng quan mô tả.

Kết quả: Tổng hợp từ các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc suy giáp trong thai kỳ dao động từ 10,2-24,7%, trong đó suy giáp dưới lâm sàng thường chiếm ưu thế (1,6-9,0%). Bệnh thường diễn tiến âm thầm với các triệu chứng không điển hình như mệt mỏi (62%), táo bón (27%) và sợ lạnh. Suy giáp thai kỳ làm gia tăng đáng kể các biến chứng ở mẹ bao gồm: tăng huyết áp thai kỳ (OR = 2,3-14,1), sinh non (OR = 2,39-4,16) và tăng tỷ lệ mổ lấy thai (OR = 1,75-4,47). Đối với thai nhi, rủi ro trẻ nhẹ cân tăng mạnh (OR lên đến 6,3), điểm APGAR thấp cao gấp 3,45-3,64 lần và tần suất dị tật bẩm sinh cao hơn từ 2-3 lần so với nhóm bình giáp.

Kết luận: Suy giáp thai kỳ là rối loạn nội tiết phổ biến gây nhiều hệ lụy sản khoa nghiêm trọng cho cả mẹ và con. Việc chủ động tầm soát nồng độ TSH, FT4 trong tam cá nguyệt đầu và can thiệp kịp thời bằng Levothyroxine đóng vai trò then chốt giúp đưa các rủi ro về mức tương đương dân số chung.

Từ khóa: Suy giáp thai kỳ, kết cục của mẹ, kết cục thai nhi, suy giáp dưới lâm sàng, biến chứng thai kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là tuyến nội tiết quan trọng, đảm nhiệm vai trò trung tâm trong điều hòa chuyển hóa, tăng trưởng và phát triển của cơ thể. Trong thai kỳ, tuyến giáp của người mẹ phải tăng cường hoạt động để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa gia tăng và cung cấp hormon cần thiết cho sự phát triển sớm của thai nhi.

Suy giáp là rối loạn nội tiết phổ biến thứ hai ở phụ nữ mang thai, chỉ sau đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ mắc suy giáp trong thai kỳ tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình dao động từ 5-31,6%, cao hơn đáng kể so với các nước phát triển. Tại Việt Nam, tỷ lệ suy giáp trong 3 tháng đầu thai kỳ được ghi nhận từ 10,9-16,3%.

Đáng chú ý, trong 3 tháng đầu thai kỳ, thai nhi chưa thể tự tổng hợp hormon tuyến giáp mà hoàn toàn phụ thuộc vào nguồn hormon từ mẹ. Do đó, thiếu hụt hormon tuyến giáp trong giai đoạn này có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển trí tuệ và thần kinh của trẻ, dẫn đến hậu quả lâu dài. Mặc dù rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ là vấn đề đã được ghi nhận, nhưng tại Việt Nam, các dữ liệu tổng hợp về tỷ lệ mắc và ảnh hưởng của suy giáp thai kỳ đến mẹ và thai nhi vẫn còn hạn chế. Trong bối cảnh đó, việc tổng hợp các vấn đề liên quan đến bệnh suy giáp thai kỳ là cần thiết nhằm cung cấp cái nhìn toàn diện, hỗ trợ công tác chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng quan mô tả nhằm đánh giá thực trạng tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng và ảnh hưởng của suy giáp thai kỳ đối với kết cục của mẹ và thai nhi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: các nghiên cứu trên các tạp chí uy tín; các luận văn, luận án thuộc các bệnh viện, trường

đại học đã được thông qua trình duyệt; các tư liệu đề cập đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hoặc đề cập đến điều trị. Dữ liệu được tìm kiếm từ các nguồn tài liệu tham khảo trên Google Scholar, PubMed và các thư viện trực tuyến, được công bố từ năm 2010-2025.

- 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: tổng quan hệ thống kết hợp tổng quan mô tả. Các từ khóa được sử dụng bao gồm: gestational hypothyroidism, prevalence, maternal outcomes, fetal outcomes, và các từ khóa tiếng Việt tương đương: suy giáp thai kỳ, tỷ lệ mắc suy giáp, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của suy giáp thai kỳ, tác động của suy giáp thai kỳ đến kết cục của mẹ và thai nhi.

2.3. Lựa chọn nghiên cứu

Sau khi tìm kiếm tài liệu từ các cơ sở dữ liệu (PubMed, Google Scholar...) đáp ứng với tiêu chí (2.468 bài ban đầu), tiến hành sàng lọc qua tiêu đề và tóm tắt (còn 78 bài). Tiếp tục tiến hành đọc toàn văn và thu thập dữ kiện theo các tiêu chí cốt lõi: cỡ mẫu, tỷ lệ mắc suy giáp (lâm sàng và dưới lâm sàng), đặc điểm cận lâm sàng (TSH, FT4), yếu tố nguy cơ, và tác động của bệnh đến kết cục của mẹ (tăng huyết áp, sinh non, mổ lấy thai) và thai nhi (trẻ nhẹ cân, APGAR thấp, dị tật bẩm sinh). Dựa vào các dữ kiện đó, nghiên cứu đã chọn lọc ra 30 tài liệu tham khảo có giá trị cao, trong đó tập trung phân tích sâu 8 nghiên cứu chính (bao gồm các thiết kế mô tả cắt ngang, hồi cứu và đoàn hệ tiến cứu) để tiến hành đánh giá và đưa ra kết luận.

*Tác giả liên hệ

Email: htphong@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 775128666 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5983

STT	Tác giả (năm), quốc gia	Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu	Mục tiêu chính/ Đặc điểm dân số
1	Đỗ Thị Thu Thủy và cộng sự (2014), Việt Nam	Mô tả hồi cứu, n = 2100	Đánh giá ảnh hưởng của suy giáp thai kỳ đến kết cục mẹ và thai nhi tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.
2	Nguyễn Vũ Lam Yến và cộng sự (2021), Việt Nam	Mô tả hồi cứu, n = 119	Xác định tỷ lệ suy giáp ở thai phụ trong 3 tháng đầu và phân tích các yếu tố liên quan.
3	Nguyễn Thị Minh Nguyệt và cộng sự (2023), Việt Nam	Mô tả cắt ngang, n = 323	Khảo sát tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp và nồng độ TSH huyết thanh trong 3 tháng đầu thai kỳ.
4	Kiran Z và cộng sự (2019), Pakistan	Mô tả hồi cứu, n = 718	Phân tích đặc điểm lâm sàng và kết cục thai kỳ ở phụ nữ mang thai bị suy giáp.
5	Phạm Tuấn Dương và cộng sự (2021), Việt Nam	Mô tả hồi cứu, n = 123	Đánh giá thực trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ trong 3 tháng đầu thai kỳ.
6	Mahadik K và cộng sự (2020), Ấn Độ	Đoàn hệ tiến cứu	Nghiên cứu mối liên quan giữa chức năng tuyến giáp trong thai kỳ và kết cục của mẹ và thai nhi.
7	Phan Thế Thi (2019), Việt Nam	Mô tả cắt ngang	Xác định tỷ lệ các thể rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ.
8	Sreelatha S và cộng sự (2017), Ấn Độ	Đoàn hệ tiến cứu, n = 100	Đánh giá ảnh hưởng của rối loạn chức năng tuyến giáp đến kết cục của mẹ và thai nhi.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ mắc suy giáp của dân số trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	Không suy giáp	Suy giáp lâm sàng	Suy giáp dưới lâm sàng	Tổng
Đỗ Thị Thu Thủy (2014)	97,2%	0,8%	2,0%	100%
Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023)	96,6%	1,8%	1,6%	100%
Phạm Tuấn Dương (2021)	83,7%	7,3%	9,0%	100%
Kalpana Mahadik (2020)	90,2%	5,9%	3,9%	100%

Phần lớn thai phụ trong các nghiên cứu không mắc suy giáp; tuy nhiên, tỷ lệ suy giáp vẫn ở mức đáng kể và có sự dao động giữa các quần thể. Đáng chú ý, suy giáp dưới lâm sàng chiếm tỷ lệ cao hơn suy giáp lâm sàng, cho thấy đây là thể bệnh phổ biến nhất trong thai kỳ và dễ bị bỏ sót nếu không được tầm soát chủ động.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của suy giáp thai kỳ

Đặc điểm	Tác giả (năm)	Kết quả chính
Triệu chứng lâm sàng	Phạm Tuấn Dương (2021)	Đa số thai phụ suy giáp không có triệu chứng rõ rệt; triệu chứng thường gặp gồm mệt mỏi, sợ lạnh, táo bón, tăng cân nhẹ.
	Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023)	> 80% trường hợp suy giáp dưới lâm sàng không biểu hiện triệu chứng.
	Sreelatha S (2017)	Biểu hiện thường gặp: mệt mỏi (62%), phù nhẹ (34%), da khô (29%), táo bón (27%).

Huyết áp	Đỗ Thị Thu Thủy (2014)	Tăng tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ ở nhóm suy giáp (OR = 2,3).
	Kiran Z (2019)	Tăng rõ rệt tỷ lệ tăng huyết áp và tiền sản giật (OR = 14,1).
Chỉ số TSH	Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2023)	TSH trung bình $5,8 \pm 2,4$ mIU/L ở nhóm suy giáp dưới lâm sàng.
	Phạm Tuấn Dương (2021)	TSH > 4,0 mIU/L chiếm 16,3% trong 3 tháng đầu.
	Adoueni V (2022)	TSH trung bình $6,1 \pm 3,0$ mIU/L ở nhóm suy giáp.
FT4 huyết thanh	Mahadik K (2020)	FT4 giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm suy giáp lâm sàng.
	Sreelatha S (2017)	FT4 < ngưỡng bình thường ở 78% trường hợp suy giáp lâm sàng.
TPO-Ab	Nguyễn Vũ Lam Yến (2024)	Kháng thể TPO-Ab dương tính chiếm 28-41% ở nhóm suy giáp.
	Adoueni V (2022)	TPO-Ab (+) chiếm 32,5% trong nhóm suy giáp.
Thiếu máu	Kiran Z (2019)	Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm suy giáp cao hơn có ý nghĩa thống kê (OR = 2,7).
Rối loạn lipid máu	Mahadik K (2020)	Cholesterol toàn phần và LDL tăng rõ rệt ở nhóm suy giáp.
BMI trước mang thai	Sreelatha S (2017)	Thừa cân, béo phì chiếm 41%, là yếu tố nguy cơ liên quan suy giáp.

Thai phụ mắc suy giáp, đặc biệt là thể dưới lâm sàng, thường không có hoặc chỉ có biểu hiện lâm sàng rất kín đáo, dễ bị bỏ sót trong thực hành lâm sàng. Các đặc điểm cận lâm sàng nổi bật bao gồm TSH tăng, FT4 giảm và tỷ lệ TPO-Ab dương tính cao, phản ánh rối loạn chức năng tuyến giáp rõ rệt. Ngoài ra, suy giáp thai kỳ còn liên quan chặt chẽ với tăng nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ, thiếu máu và rối loạn lipid máu, cho thấy bệnh lý này có ảnh hưởng toàn thân và làm gia tăng nguy cơ các biến chứng sản khoa.

Bảng 3. Nguy cơ các biến chứng ở mẹ liên quan đến suy giáp thai kỳ

Kết cục thai kỳ	Tác giả (năm), quốc gia	Kết quả chính	Chỉ số nguy cơ (OR)/Nhận xét
Sảy thai	Benhadi và cộng sự	Nguy cơ sảy thai tăng gần 2 lần so với nhóm TSH bình thường; nguy cơ tăng ngay cả ở suy giáp dưới lâm sàng	OR $\approx 2,0$
	Abalovich và cộng sự	Tỷ lệ sảy thai 60% ở nhóm không điều trị so với 0% ở nhóm có điều trị	Điều trị sớm giúp phòng ngừa hiệu quả
Tăng huyết áp thai kỳ/ Tiền sản giật	Đỗ Thị Thu Thủy (2014), Việt Nam	Nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ tăng rõ rệt	OR = 2,3 (1,2-4,4)
	Adoueni V.K và cộng sự (2022), Bờ Biển Ngà	Nguy cơ tăng rất cao	OR = 14,1 (2,9-16,8)
Sinh non (< 37 tuần)	Đỗ Thị Thu Thủy (2014), Việt Nam	Tăng nguy cơ sinh non	OR = 3,1 (1,1-9,4)
	Abadi K.K	Tăng nguy cơ sinh non đáng kể	OR = 4,16 (2,2-8,0)
	Mahadik K (2020), Ấn Độ	Có xu hướng tăng nguy cơ sinh non	OR = 2,39 (0,3-5,5)
Mổ lấy thai	Sreelatha S và cộng sự (2017)	Nguy cơ phải sinh mổ cao gần gấp đôi	OR = 1,75 (1,05-2,5)
	Mahadik K (2020), Ấn Độ	Nguy cơ sinh mổ tăng mạnh	OR = 4,47 (1,39-14,38)

Thai phụ mắc suy giáp có nguy cơ gặp biến chứng sản khoa cao hơn rõ rệt so với nhóm bình giáp. Nguy cơ sảy thai

tăng gần 2 lần và có thể lên tới 60% nếu không được điều trị. Tăng huyết áp thai kỳ tăng từ 2,3-14,1 lần, sinh non tăng từ 2,39-4,16 lần, và tỷ lệ mổ lấy thai tăng từ 1,75-4,47 lần. Những kết quả này khẳng định tác động nghiêm trọng của suy giáp thai kỳ đối với sức khỏe mẹ, đồng thời nhấn mạnh vai trò thiết yếu của sàng lọc sớm và điều trị nội tiết kịp thời.

Bảng 4. Nguy cơ các biến chứng ở thai nhi liên quan đến suy giáp thai kỳ

Kết cục thai kỳ	Tác giả (năm)	Kết quả chính	Chỉ số nguy cơ (OR) /Nhận xét
Trẻ nhẹ cân khi sinh (< 2500g)	Đỗ Thị Thu Thủy (2014)	Nguy cơ trẻ nhẹ cân cao hơn nhóm chứng	OR = 1,2 (0,5-2,9)
	Mahadi K (2020)	Nguy cơ tăng cao rõ rệt	OR = 6,3 (2,03-10,54)
Điểm APGAR thấp (< 7 điểm)	Mahadi K (2020)	Nguy cơ điểm APGAR thấp tăng đáng kể	OR = 3,64 (1,04-12,70)
	Adoueni V.K và cộng sự (2022)	Nguy cơ điểm APGAR thấp tăng mạnh	OR = 3,45 (1,25-7,4)
Dị tật bẩm sinh	Đỗ Thị Thu Thủy (2014)	1,7% nhóm bệnh so với 0,5% nhóm chứng	Nguy cơ cao hơn khoảng 2-3 lần
	Adoueni V.K và cộng sự (2022)	1,03% nhóm bệnh so với 0,77% nhóm chứng	Tần suất mắc cao hơn nhóm chứng
	Pearce (2022)	Khi kiểm soát tốt chức năng tuyến giáp, nguy cơ không tăng	OR ≈ 1,05 (95% CI: 0,84-1,31)

Thai nhi của các bà mẹ mắc suy giáp có nguy cơ cao hơn rõ rệt đối với nhiều biến chứng sơ sinh, đặc biệt là nhẹ cân khi sinh, điểm APGAR thấp và dị tật bẩm sinh. Nguy cơ nhẹ cân tăng từ 1,2-6,3 lần, trong khi nguy cơ APGAR thấp tăng từ 3,45-3,64 lần. Tần suất dị tật bẩm sinh cao hơn khoảng 2-3 lần, nhất là ở những trường hợp suy giáp không được điều trị hoặc kiểm soát kém. Tuy nhiên, khi chức năng tuyến giáp được kiểm soát tốt, nguy cơ gần tương đương dân số chung, cho thấy vai trò then chốt của sàng lọc sớm và điều trị kịp thời trong thai kỳ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc suy giáp thai kỳ

Tổng hợp từ các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc suy giáp trong thai kỳ có sự dao động rộng, từ 10,2-24,7% tùy thuộc vào quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán [1-3], [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này ghi nhận mức khá cao trong các nghiên cứu của Phạm Tuấn Dương (16,3%) [1] và Đỗ Thị Thu Thủy (khoảng 2,8% ca bệnh trên tổng mẫu 2100 thai phụ) [3]. Một đặc điểm quan trọng là tỷ lệ thai phụ mắc suy giáp dưới lâm sàng thường chiếm ưu thế so với thể suy giáp lâm sàng, ví dụ như tỷ lệ 9,0% so với 7,3% trong báo cáo tại Bệnh viện 19-8 [1]. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa các quốc gia như Ấn Độ (18,6%) [8], Pakistan [6] hay Bồ Đào Nha (15,9%) [5] phản ánh tác động rõ rệt của bối cảnh địa lý và tình trạng cung cấp iod đối với chức năng tuyến giáp của sản phụ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về lâm sàng, đa số phụ nữ mắc suy giáp thai kỳ, đặc biệt là thể dưới lâm sàng, thường không có triệu chứng điển hình hoặc biểu hiện rất mờ nhạt [1-2]. Khi có triệu chứng, các biểu hiện thường gặp bao gồm mệt mỏi, táo bón, sợ lạnh và tăng cân nhẹ, tuy nhiên các dấu hiệu này dễ bị nhầm lẫn với những thay đổi sinh lý bình thường trong thai kỳ, gây khó khăn trong chẩn đoán sớm [1].

Nghiên cứu của Sreelatha S và cộng sự ghi nhận mệt mỏi là triệu chứng phổ biến nhất, chiếm 62% số trường hợp mắc suy giáp thai kỳ [8].

Về cận lâm sàng, nồng độ TSH và FT4 huyết thanh là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán suy giáp thai kỳ. Ở nhóm suy giáp lâm sàng, nồng độ TSH tăng cao rõ rệt ($11,92 \pm 5,34$ mIU/mL), đồng thời FT4 giảm đáng kể ($0,36 \pm 0,24$ ng/dL), phản ánh tình trạng suy giảm chức năng tuyến giáp thực sự [7]. Ngoài ra, kháng thể kháng peroxidase tuyến giáp (TPO-Ab) được ghi nhận dương tính ở khoảng 28-41% sản phụ mắc bệnh [4-5], và được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng liên quan đến các biến cố bất lợi trong thai kỳ.

4.3. Tác động của suy giáp đến kết cục của mẹ

Suy giáp thai kỳ có ảnh hưởng tiêu cực rõ rệt đến kết cục thai kỳ của người mẹ, làm gia tăng đáng kể nguy cơ các biến chứng sản khoa nghiêm trọng.

Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật: nguy cơ mắc rối loạn huyết áp ở thai phụ suy giáp tăng gấp 2,3 lần theo nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Thủy [3] và có thể lên tới 14,1 lần theo báo cáo của Sreelatha S và cộng sự [8]. Cơ chế bệnh sinh được cho là liên quan đến giảm tổng hợp nitric oxide nội mô, dẫn đến tăng sức cản mạch máu và rối loạn chức năng nội mô.

Sảy thai: thiếu hụt hormon tuyến giáp ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình làm tổ và phát triển sớm của phôi thai. Tỷ lệ sảy thai ở nhóm thai phụ suy giáp không được điều trị có thể lên tới 60%, tuy nhiên giảm rõ rệt khi được bổ sung Levothyroxine kịp thời, khẳng định hiệu quả dự phòng của điều trị sớm [3].

Sinh non và mổ lấy thai: nguy cơ sinh non ở thai phụ suy giáp tăng từ 2,39-4,16 lần so với nhóm bình giáp [3], [7-8]. Đồng thời, các rối loạn trong tiến trình chuyển dạ và tình trạng thai nhi suy giảm dự trữ dẫn đến tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn rõ rệt, với OR dao động từ 1,75-4,47 [7-8].

4.4. Tác động của suy giáp đến kết cục thai nhi

Trong tam cá nguyệt thứ nhất, thai nhi phụ thuộc hoàn toàn vào nguồn hormon tuyến giáp từ mẹ, do đó suy giáp thai kỳ có thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với sự phát triển bào thai.

Trẻ nhẹ cân và điểm APGAR thấp: suy giáp ở mẹ làm rối loạn chuyển hóa và tăng trưởng bào thai, dẫn đến nguy cơ trẻ nhẹ cân khi sinh tăng mạnh, với OR lên tới 6,3 [7]. Đồng thời, nguy cơ điểm APGAR thấp (< 7 điểm) tăng từ 3,45-3,64 lần, phản ánh tình trạng suy hô hấp và tuần hoàn sơ sinh [5], [7].

Dị tật bẩm sinh: tỷ lệ dị tật bẩm sinh ở trẻ sinh ra từ mẹ mắc suy giáp dao động từ 1,03-1,7%, cao hơn khoảng 2-3 lần so với nhóm bình giáp, cho thấy ảnh hưởng đáng kể của rối loạn hormon giáp trong giai đoạn tạo hình cơ quan [3], [5].

Phát triển thần kinh: việc kiểm soát tốt chức năng tuyến giáp trong thai kỳ giúp giảm nguy cơ các biến cố thần kinh của trẻ về mức tương đương dân số chung (OR ≈ 1,05) [7], nhấn mạnh vai trò then chốt của sàng lọc và điều trị sớm đối với sự phát triển trí tuệ và vận động lâu dài của trẻ [6].

5. KẾT LUẬN

Suy giáp thai kỳ là một rối loạn nội tiết phổ biến với tỷ lệ mắc từ 10,2-24,7%, trong đó thể dưới lâm sàng chiếm ưu thế và thường diễn tiến âm thầm. Nghiên cứu khẳng định suy giáp gây ra những hệ lụy sản khoa nghiêm trọng, làm gia tăng nguy cơ tăng huyết áp (gấp 2,3-14,1 lần), sinh non (gấp 2,39-4,16 lần) và mổ lấy thai (gấp 1,75-4,47 lần). Đối với thai nhi, bệnh làm tăng rõ rệt tỷ lệ trẻ nhẹ cân, điểm

APGAR thấp và dị tật bẩm sinh từ 2-3 lần. Tuy nhiên, các biến chứng này hoàn toàn có thể kiểm soát và đưa về mức an toàn tương đương dân số chung nếu được tầm soát nồng độ TSH, FT4 trong tam cá nguyệt đầu và điều trị bằng Levothyroxine kịp thời.

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] Phạm Tuấn Dương, Đặng Thị Hoa. 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
- [2] Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Ngũ Quốc Vĩ. Nghiên cứu tình hình rối loạn hormon 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
- [3] Đỗ Thị Thu Thủy, Vũ Văn Tâm, Lưu Vũ Dũng. 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, 2014, 12 (2): 120-122. doi: 10.46755/vjog.2014.2.937
- [4] Nguyễn Vũ Lam Yến, Nguyễn Minh Tài, Nguyễn Thị Ngọc Mỹ, Lê Văn Chương, Nguyễn Thị Bé Phương. Suy giáp thai kỳ ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại Trung tâm Xét nghiệm Y khoa Yeslab. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2024, 71: 15-20. doi: 10.58490/ctump.2024i71.2282
- [5] Adoueni V.K, Azoh A.J.C, Kouame E et al. Prevalence and correlates of hypothyroidism in pregnancy: a cross-sectional study at Bouget General Hospital, Ivory Coast. Pan African Medical Journal, 2022, 41: 37. doi: 10.11604/pamj.2022.41.37.32553
- [6] Kiran Z, Sheikh A, Malik S et al. Maternal characteristics and outcomes affected by hypothyroidism during pregnancy (maternal hypothyroidism on pregnancy outcomes, MHPO-1). BMC Pregnancy Childbirth, 2019, 19 (1): 476. doi: 10.1186/s12884-019-2596-9
- [7] Mahadik K, Choudhary P, Roy P.K. Study of thyroid function in pregnancy, its feto-maternal outcome; a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth, 2020, 20 (1): 769. doi: 10.1186/s12884-020-03448-z
- [8] Sreelatha S, Nadagoudar S et al. The study of maternal and fetal outcome in pregnant women with thyroid disorders. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2017, 6 (8): 3507-3513. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20173473
- [9] Phan Thế Thi. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ tam cá nguyệt đầu tại Bệnh viện Phụ Sản Mê Kông. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược Hồ Chí Minh, 2019.

