

5. Rolnik, D. L., Wright, D., Poon, L. C., O’Gorman, N., Syngelaki, A., et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. *New England Journal of Medicine*. 2017. 377(7), 613-622, DOI: 10.1056/NEJMoa1704559.
6. Huỳnh Thị Tuyết Mai, Võ Minh Tuấn. Nghiên cứu sàng lọc nguy cơ cao tiền sản giật bằng mô hình FMF tại Bệnh viện Quốc tế Thái Hòa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 503(2), 152-156, <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i2.789>.
7. Trần Mạnh Linh. Nghiên cứu kết quả sàng lọc bệnh lý Tiền sản giật - Sản giật bằng xét nghiệm PAPP-A, siêu âm Doppler động mạch tử cung và hiệu quả điều trị dự phòng. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế, Huế. 2020.
8. Rezende, K. B. D. C., Cunha, A. J. L. A., Amim Jr, J., Oliveira, W. D. M., Leão, M. E. B., et al. Performance of Fetal Medicine Foundation Software for Pre-Eclampsia Prediction Upon Marker Customization: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2019. 21(11), e14738, DOI: 10.2196/14738.
9. Poon, L. C., Kametas, N. A., Valencia, C., Chelemen, T., Nicolaides, K. H. Hypertensive disorders in pregnancy: screening by systolic diastolic and mean arterial pressure at 11-13 weeks. *Hypertension in Pregnancy*. 2011. 30(1), 93-107, <https://doi.org/10.3109/10641955.2010.484086>.
10. Gallo, D., Poon, L. C., Fernandez, M., Wright, D., Nicolaides, K. H. Prediction of preeclampsia by mean arterial pressure at 11-13 and 20-24 weeks' gestation. *Fetal diagnosis therapy*. 2014. 36(1), 28-37, <https://doi.org/10.1159/000360287>.

**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**

*Nguyễn Thị Minh Nguyệt**, *Ngũ Quốc Vĩ*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: nguyenthiminhnguyet26101996@gmail.com*

Ngày nhận bài: 10/6/2023

Ngày phản biện: 22/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong thời kỳ mang thai, tuyến giáp thay đổi rõ rệt. Đôi khi sự thay đổi là sinh lý để đáp ứng nhu cầu iode của mẹ và thai trong quá trình phát triển nhưng đôi khi lại gây ra những rối loạn chức năng tuyến giáp. Trong 3 tháng đầu thai kỳ, thai nhi chưa tự sản xuất được hormone tuyến giáp mà phụ thuộc hoàn toàn vào mẹ, do đó nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời những rối loạn chức năng tuyến giáp thì có thể gây ảnh hưởng xấu đến kết cục của cả mẹ và thai. Ở Việt Nam và đặc biệt là ở Cần Thơ, các nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ rối loạn hormone giáp, TSH huyết thanh trong 3 tháng đầu thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021-2023 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 323 phụ nữ mang thai 3 tháng đầu đến khám tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ 4/2021 đến 3/2023. Thai phụ mang thai 3 tháng đầu thai kỳ được xét nghiệm định lượng FT₄ và TSH huyết thanh. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn chức năng

tuyến giáp 3 tháng đầu thai kỳ là 17,03%. Rối loạn chức năng tuyến giáp có liên quan với: tiền sử sảy thai với $p=0,043$; tiền sử bệnh lý tuyến giáp với $p<0,001$. **Kết luận:** Rối loạn chức năng tuyến giáp 3 tháng đầu thai kỳ là khá phổ biến và có liên quan đến tiền sử sảy thai và tiền sử bệnh lý tuyến giáp.

Từ khóa: Rối loạn chức năng tuyến giáp, 3 tháng đầu thai kỳ.

ABSTRACT

THYROID HORMONE AND SERUM TSH DISORDERS IN FIRST TRIMESTER OF PREGNANT WOMEN AT CAN THO GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC HOSPITAL

Nguyen Thi Minh Nguyet*, Ngu Quoc Vi
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Thyroid function changes quite a bit during pregnancy. Most of these changes are physiological, but sometimes lead to thyroid dysfunction, leaving serious consequences for both mother and fetus if not diagnosed and treated promptly. In particular, in the first 3 months of pregnancy, the fetus cannot produce thyroid hormone on its own, so it is completely dependent on the mother. In Viet Nam and especially in Can Tho, there are not many research data on thyroid dysfunction in pregnancy. **Objectives:** To determine the prevalence of maternal thyroid disorders during the first trimester of pregnancy and to evaluate the related factors of the pregnant women.

Materials and method: Across-sectional study in 323 pregnant women in the first trimester of pregnancy at Can Tho Gynecological and Obstetric Hospital from April 2021 to March 2023. Levels of free thyroxine (FT₄) and thyroid stimulating hormone (TSH) were measured. **Results:** The prevalence of maternal thyroid disorders during the first trimester of pregnancy was 17.03%. Related factors of maternal thyroid disorders in the first 3 months of pregnancy were history of miscarriage ($p=0.043$); personal history of thyroid disorders ($p<0.001$). **Conclusion:** Maternal thyroid disorders during the first trimester of pregnancy is common and it is related with history of miscarriage and personal history of thyroid disorders.

Keywords: Thyroid dysfunction, first trimester.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết quan trọng và lớn nhất trong cơ thể. Các hormon giáp có vai trò quan trọng trong duy trì hoạt động của các cơ quan và tác động đến các con đường chuyển hóa chính trong cơ thể. Những hormon này rất cần thiết cho sự tăng trưởng, đặc biệt là của bộ xương và của sự phát triển hệ thần kinh trung ương. Do đó khi xuất hiện bệnh lý tuyến giáp sẽ gây rối loạn chức năng của nhiều hệ thống cơ quan và hầu hết quá trình chuyển hóa trong cơ thể [1], [2].

Những rối loạn chức năng tuyến giáp (RLCNTG) trong thời kỳ mang thai hay gặp bao gồm: bướu tuyến giáp, suy giáp và cường giáp. RLCNTG có thể ảnh hưởng đến thai kỳ nhưng ngược lại thai kỳ cũng ảnh hưởng đến diễn tiến bệnh lý tuyến giáp của mẹ. Trong thời kỳ mang thai, tuyến giáp thay đổi rõ rệt. Những sự thay đổi này đôi khi là sinh lý do tuyến giáp to lên để đáp ứng nhu cầu iod của người mẹ và thai nhi trong quá trình phát triển thai, nhưng đôi khi xuất hiện làm thúc đẩy những RLCNTG, để lại những hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi [3]. Phụ nữ mang thai có RLCNTG có nguy cơ bị các biến chứng liên quan đến sản khoa như: tiền sản giật, nhau bong non, sảy thai, thai lưu, sinh non, chảy máu nhiều sau sanh, viêm tuyến giáp sau sanh... RLCNTG còn đưa tới hậu quả xấu cho thai nhi, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và trí tuệ của trẻ [4].

Trong 3 tháng đầu của thai kỳ, trước khi tuyến giáp được hoạt hóa, thai nhi phải phụ thuộc hoàn toàn vào lượng hormon của mẹ cung cấp qua nhau, đây chính là thời kỳ hình thành và phân chia các cơ quan nên nếu thai nhi bị thiếu hormon trong thời gian này sẽ gây ra biến chứng nặng nề [5]. Những RLCNTG thường xảy ra rất kín đáo ở người mang thai, các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng và rất khó phát hiện do bị che lấp bởi các triệu chứng thai nghén, nhưng có thể được chẩn đoán bằng những xét nghiệm cận lâm sàng [6], [7]. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề RLCNTG trong thời kỳ mang thai, nhưng ở Việt Nam đặc biệt là ở Cần Thơ các dữ liệu về vấn đề này còn rất hạn chế. Vì thế, “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” được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh trong 3 tháng đầu thai kỳ ở thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021-2023 và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2021 đến tháng 3/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) đang mang thai ở 3 tháng đầu thai kỳ (từ thời điểm xác định đã có tim thai đến tuổi thai 13 tuần 6 ngày); đơn thai; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ không có khả năng giao tiếp, tâm thần, thiếu năng trí tuệ; đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm (thuốc kháng giáp, hormon giáp, lithium, amiodarone, hormone sinh dục); thai phụ có ý định bỏ thai tại thời điểm nghiên cứu; thai phụ không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức sau:

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Với n là cỡ mẫu tối thiểu, với độ tin cậy 95% ($\alpha=0,05$) thì $z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1,96$, d là độ sai số cho phép, ở nghiên cứu này chúng tôi chọn $d=0,05$, $p=0,2364$ theo nghiên cứu của Phan Thế Thi tại Bệnh viện Phụ sản Mekong từ 11/2018 đến 3/2019, tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu là 23,64% [8]. Chúng tôi tính được cỡ mẫu $n=278$, trên thực tế chúng tôi ghi nhận có 323 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- **Thời gian và địa điểm:** Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2021 đến tháng 3/2023.

- **Nội dung nghiên cứu:** Tất cả thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ sẽ được giải thích rõ ràng mục đích làm nghiên cứu, phỏng vấn dựa vào bộ câu hỏi đã được thiết kế theo mục tiêu nghiên cứu. Sau đó, các thai phụ sẽ được lấy máu làm xét nghiệm định lượng FT₄, TSH huyết thanh. Những thai phụ có RLCNTG sẽ được tư vấn khám chuyên khoa nội tiết và khám thai định kỳ. Tiêu

chuẩn chẩn đoán RLCNTG trong ba tháng đầu thai kỳ theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) năm 2011 và nghiên cứu của Li C năm 2014 [2]:

- + Tiêu chuẩn chẩn đoán cường giáp: TSH<0,1 mUI/L và FT₄>1,63 ng/dL.
 - + Tiêu chuẩn chẩn đoán cường giáp dưới lâm sàng: TSH<0,1 mUI/L và FT₄ trong giới hạn bình thường (0,96-1,63 ng/dL).
 - + Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giáp: TSH>10 mUI/L bất kể nồng độ FT₄ hoặc TSH>2,5 mUI/L và FT₄<0,96 ng/dL.
 - + Tiêu chuẩn chẩn đoán suy giáp dưới lâm sàng: TSH từ 2,5-10 mUI/L và FT₄ trong giới hạn bình thường (0,96-1,63 ng/dL).
- **Xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu thu thập được bằng phiếu thu thập sẽ được kiểm tra và phân tích thống kê bằng chương trình SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	TB±SD	Min	Max
Tuổi thai phụ	28,45±5,51	16	43
BMI (kg/m ²)	22,17±2,48	16,23	29,14

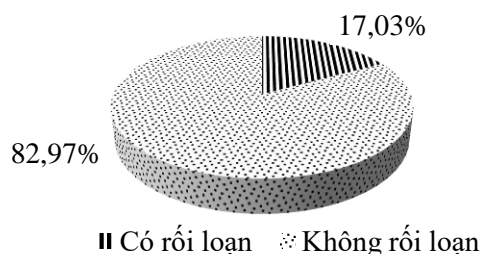
Nhận xét: Tuổi trung bình của thai phụ tham gia nghiên cứu là 28,45±5,51 tuổi, trong đó thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 43 tuổi. Chỉ số khối cơ thể trung bình của các thai phụ là 22,17±2,48 kg/m², không có thai phụ nào có BMI≥40 kg/m².

Bảng 2. Một số đặc điểm về thai kỳ và tiền sử

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Lần mang thai	Lần đầu	52
	Lần 2 trở lên	48
Tuổi thai (tuần)	Trung bình: 10,61±1,96	
	Lớn nhất: 13	Nhỏ nhất: 6
Tiền sử bệnh tuyến giáp	8	2,5
Tiền sử phẫu thuật tuyến giáp	3	0,9
Tiền sử thai lưu	33	10,2
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tiền sử sảy thai	24	7,4
Tiền sử sanh non	6	1,9
Sử dụng muối iode	142	44

Nhận xét: Hơn nửa đối tượng tham gia nghiên cứu mang thai lần đầu (52%) và tuổi thai trung bình là 10 tuần. Có 10,2% thai phụ có tiền sử thai lưu, 7,4% thai phụ có tiền căn sảy thai, 1,9% thai phụ có tiền sử sanh non, 2,5% thai phụ có tiền sử bệnh lý tuyến giáp và 0,9% thai phụ đã từng phẫu thuật tuyến giáp.

3.2. Các rối loạn chức năng tuyến giáp



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp

Nhận xét: Có 17,03% số thai phụ trong nghiên cứu bị các RLCNTG. Tỷ lệ các thai phụ không bị RLCNTG là 82,97%.

Bảng 3. Các rối loạn chức năng tuyến giáp

Các rối loạn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cường giáp	4	1,24
Cường giáp dưới lâm sàng	38	11,76
Suy giáp	6	1,86
Suy giáp dưới lâm sàng	5	1,55
Tăng FT ₄ đơn độc	2	0,62
Bình giáp	268	82,97

Nhận xét: Cường giáp dưới lâm sàng là RLCNTG thường gặp nhất với tỷ lệ 11,76%, kế tiếp là suy giáp và suy giáp dưới lâm sàng chiếm tỷ lệ lần lượt là 1,86% và 1,55%, cường giáp và tăng FT₄ đơn độc là 2 rối loạn chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 1,24% và 0,62%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp

Bảng 4. Liên quan giữa RLCNTG 3 tháng đầu thai kỳ và các yếu tố

Các yếu tố		RLCNTG n= 55 (%)	Bình thường n=268(%)	OR	KTC 95%	p
Tuổi	<30	27 (14,3)	162 (85,7)	0,63	0,35-1,13	0,119
	≥30	28 (20,9)	106 (79,1)	1		
Tiền sử sảy thai	Có	8 (33,3)	16 (66,7)	2,68	1,09-6,62	0,043
	Không	47 (15,7)	252 (84,3)	1		
Tiền sử thai lưu	Có	8 (24,2)	25 (75,8)	1,65	0,7-3,9	0,245
	Không	47 (16,2)	243 (83,8)	1		
Tiền sử sanh non	Có	2 (33,3)	4 (66,7)	2,49	0,45-13,95	0,271
	Không	53 (16,7)	264 (83,3)	1		
Tiền sử bệnh lý tuyến giáp	Có	7 (87,5)	1 (12,5)	38,94	4,68-323,65	<0,001
	Không	48 (15,2)	267 (84,8)	1		

Nhận xét: Tiền sử sảy thai làm tăng nguy cơ RLCNTG gần gấp 3 lần so với thai phụ không có tiền sử sảy thai (với $p=0,043$, KTC 95%=1,09-6,62); thai phụ có tiền sử bệnh lý tuyến giáp làm tăng khả năng RLCNTG trong 3 tháng đầu thai kỳ gần gấp 39 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp (với $p<0,001$, KTC 95%=4,68-323,65). Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa RLCNTG 3 tháng đầu thai kỳ với các yếu tố: tuổi, tiền sử thai lưu và tiền sử sanh non.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tất cả các thai phụ có độ tuổi trung bình là $28,45 \pm 5,51$ tuổi, kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả Phan Thế Thi, Hoàng Thị Hồng Nga, Li C., Wang W. với tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu lần lượt là 29,57 tuổi, 29,59 tuổi, 28,2 tuổi và 27,6 tuổi. Tuy nhiên, kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo và cộng sự năm 2016 ($33 \pm 3,97$ tuổi). Giải thích cho sự khác biệt này có thể vì nghiên cứu tiến hành trên tất cả thai phụ trong độ tuổi sinh sản bình thường trong khi tác giả Dương Thị Phương Thảo chỉ tiến hành trên đối tượng nguy cơ cao RLCNTG [1], [8].

Chỉ số khối cơ thể trung bình trong nghiên cứu là $22,17 \pm 2,48$ kg/m², tương tự nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Hồng Nga ($21,1 \pm 2,8$ kg/m²), tác giả Dương Thị Phương Thảo ($20,9 \pm 2,2$ kg/m²), có thể vì đều thực hiện nghiên cứu tại Việt Nam. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nazarpour và cộng sự ($25,2 \pm 4,7$ kg/m²) được thực hiện tại Iran do đó có sự khác biệt về BMI ở các đối tượng tham gia nghiên cứu [1], [8].

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là $10,61 \pm 1,96$ tuần (thấp nhất là 6 tuần và cao nhất là 13 tuần), tương đương với các kết quả của Hoàng Thị Hồng Nga (9,38 tuần), Anupama Dave (9,09 tuần), Vaidya (9 tuần) [1], [4]. Điều này được giải thích vì tất cả các nghiên cứu đều được thực hiện ở tam cá nguyệt thứ nhất, đây là thời điểm quan trọng nhất để có thể phát hiện sớm RLCNTG trong thai kỳ và từ đó có biện pháp cải thiện kết cục thai kỳ của mẹ và trẻ. Điều này cũng chứng tỏ phụ nữ Việt Nam ngày càng quan tâm hơn đến vấn đề chăm sóc sức khỏe sinh sản, các thai phụ đi khám thai từ giai đoạn sớm.

4.2. Tỷ lệ các rối loạn chức năng tuyến giáp

Tỷ lệ các thai phụ có rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh 3 tháng đầu thai kỳ trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 17,03%, trong đó: tỷ lệ rối loạn theo chiều hướng cường giáp là 13,62% (cường giáp thật sự là 1,24%, cường giáp dưới lâm sàng là 11,76%, tình trạng tăng FT₄ huyết thanh đơn độc chiếm 0,62%), tỷ lệ rối loạn theo chiều hướng suy giáp là 3,41% (suy giáp thật sự là 1,86% và suy giáp dưới lâm sàng là 1,55%).

Tỷ lệ rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh 3 tháng đầu thai kỳ trong nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phương Thảo (17,9%), thấp hơn so với các tác giả trong nước như tác giả Thái Văn Hùng (20,6%) và tác giả Phan Thế Thi (23,6%) [8]. So sánh với các tác giả ngoài nước, tỷ lệ rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh 3 tháng đầu thai kỳ cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Wang W (10,2%), Hong Yang (5,4%), Anupama (10,1%), Dieguez M (6,4%) nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Horacek (16,3%) và tác giả Rajesh Rajput (26,5%) [4], [7], [9], [10]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do cỡ mẫu khác nhau, do khoảng tham chiếu về nồng độ TSH và FT₄ được lựa chọn trong mỗi nghiên cứu khác nhau, do tiêu chuẩn chẩn đoán và tiêu chuẩn chọn bệnh khác nhau cũng như là vị trí địa lý của từng vùng miền liên quan đến tình trạng iode. Các tác giả Hong Yang, Wang W, Dieguez M không áp dụng khoảng tham khảo theo từng tam cá nguyệt của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ năm 2011 mà sử dụng khoảng tham khảo của người không mang thai hoặc giá trị tham khảo theo từng tam cá nguyệt nhưng không giống chúng tôi.

Qua nghiên cứu nhận thấy, hình thái rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh 3 tháng đầu thai kỳ hay gặp nhất là cường giáp dưới lâm sàng (11,76%), cũng giống với nghiên cứu của các tác giả Trịnh Thị Bích Liên, Dương Thị Phương Thảo, Đỗ Thị Tuyết Nhung và

Phạm Tuấn Dương với cường giáp dưới lâm sàng là hình thái hay gặp nhất, tỷ lệ lần lượt là 7,33%, 10,6%, 14,1% và 10,57% [1], [8]. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu của các tác giả Anupama, Wang W và Hong Yang thì suy giáp thật sự mới là hình thái rối loạn hormon giáp, TSH huyết thanh 3 tháng đầu thai kỳ hay gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 9,8%, 7,5% và 4,4% [3], [4], [5]. Giải thích cho vấn đề này, có thể do đối tượng nghiên cứu thuộc tầng lớp trung lưu trở lên, trình độ học vấn phần lớn là trung học phổ thông và trên trung học phổ thông, do đó vấn đề dinh dưỡng cũng được quan tâm, cho nên nếu có thiếu iode thì cũng ở mức độ nhẹ. Trong khi đó, Rajesh Rajput, Anupama nghiên cứu tại Ấn Độ, trong các nghiên cứu trước đây cho thấy Ấn Độ là nước có tỷ lệ cao của bệnh bướu giáp (mặc dù nghiên cứu thực hiện trên khu vực đầy đủ iode và bệnh lý tuyến giáp tự miễn thấp) và thiếu vi chất dinh dưỡng như selen và sắt có thể gây ra suy giáp và bướu giáp.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp

Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa RLCNTG với tiền sử sảy thai và tiền sử bản thân có bệnh lý tuyến giáp, ngoài ra không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa RLCNTG 3 tháng đầu thai kỳ với các yếu tố còn lại.

Thai phụ có tiền sử sảy thai thì RLCNTG 3 tháng đầu thai kỳ cao gấp 2,68 lần so với các thai phụ không có tiền sử sảy thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,043$ (KTC 95%: 1,09-6,62). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phương Thảo với thai phụ có tiền sử sảy thai thì rối loạn chức năng tuyến giáp cao gấp 2,06 lần so với nhóm không có tiền căn (với $p=0,02$; KTC 95%: 1,11-3,88). Kết quả nghiên cứu khác với nghiên cứu của Wang W và Vaidya. Theo Wang W thì tiền sử sảy thai không liên quan với cường giáp ($p=0,584$) và suy giáp ($p=0,169$), có thể giải thích cho sự khác biệt này là vì cỡ mẫu nghiên cứu của Wang W tuy lớn nhưng tỷ lệ thai phụ có tiền sử sảy thai là không cao (5%) nên không tìm thấy được mối liên quan giữa rối loạn chức năng tuyến giáp với tiền sử sảy thai. Còn trong nghiên cứu của Vaidya, tỷ lệ thai phụ có tiền sử sảy thai thấp, thêm vào đó giá trị tham khảo cho nồng độ TSH huyết thanh là 0,27-4,2 mUI/L, khoảng giá trị tham khảo rộng hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (0,1-2,5 mUI/L) nên có những thai phụ có thể chẩn đoán là suy giáp theo khoảng giá trị của chúng tôi nhưng lại là bình giáp theo tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu của Vaidya, từ đó dẫn đến sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của Vaidya [4], [6], [7].

Theo nghiên cứu, thai phụ có tiền sử bệnh lý tuyến giáp thì RLCNTG 3 tháng đầu thai kỳ cao gấp 38,94 lần so với nhóm không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ (KTC 95%: 4,68-323,65). Điều này được giải thích rằng có những thai phụ bị bệnh tuyến giáp chưa điều trị hoặc có điều trị chưa ổn mà tự ý ngưng thuốc bây giờ có thai hoặc có thể có trường hợp đã điều trị ổn nhưng dưới ảnh hưởng của thai kỳ làm bệnh lý tuyến giáp lại tái phát. Kết quả nghiên cứu giống với kết quả của các tác giả Dương Thị Phương Thảo, Trần Quang Khánh, Phan Thế Thi và Wang W. Nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo cho thấy thai phụ có tiền căn bệnh lý tuyến giáp thì cường giáp cao gấp 13,11 lần so với các thai phụ không có tiền căn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$ (KTC 95%: 1,50-113,90). Tác giả Trần Quang Khánh chỉ ra rằng, thai phụ có tiền sử bản thân mắc bệnh lý tuyến giáp làm tăng nguy cơ cường giáp (33,3% với 10,6%, $p=0,012$), suy giáp (11,1% với 1,1%, $p<0,001$). Tác giả Phan Thế Thi tìm thấy tiền căn bướu giáp làm tăng khả năng rối loạn chức năng tuyến giáp trong thai kỳ lên 6,85 lần (với $p<0,05$)

và theo Wang W tiền sử cá nhân của các bệnh tuyến giáp là yếu tố nguy cơ cho sự gia tăng cường giáp ($p=0,025$, $OR=3,6$) [3], [5], [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp 3 tháng đầu thai kỳ là 17,03%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn chức năng tuyến giáp với tiền sử sảy thai và tiền sử bệnh lý tuyến giáp. Vì vậy, cần tầm soát rối loạn chức năng tuyến giáp cho phụ nữ mang thai ngay từ ba tháng đầu thai kỳ để kịp thời phát hiện và điều trị nhằm giảm thiểu các biến chứng cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Hồng Nga. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trong ba tháng đầu thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Trường Đại học Y Dược TP. HCM. 2020. 88.
 2. Mahadik K., Choudhary P., Roy P.K. Study of thyroid function in pregnancy, its fetomaternal outcome; a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020. 20(1), 769, <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03448-z>.
 3. Zhou M., Wang M., Li J., Luo X., Lei M. Effects of thyroid diseases on pregnancy outcomes. *Exp Ther Med*. 2019. 18(3), 1807-1815, <https://doi.org/10.3892/etm.2019.7739>.
 4. Sepasi F., Rashidian T., Shokri M., Badfar G., Kazemi F., et al. Thyroid dysfunction in Iranian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020. 20(1), 405, <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03040-5>.
 5. Gao X., Wang X., Han Y., Wang H., Li J., et al. Postpartum Thyroid Dysfunction in Women With Known and Newly Diagnosed Hypothyroidism in Early Pregnancy. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021. 12, 746329, <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.746329>.
 6. Lee S.Y., Pearce E.N. Assessment and treatment of thyroid disorders in pregnancy and the postpartum period. *Nat Rev Endocrinol*. 2022. 18(3), 158-171, <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00604-z>.
 7. Solha S. T. G., Mattar R., Teiseira P. F. S., Chiamolera M. I., Maganha C. A., et al. Screening, diagnosis and management of hypothyroidism in pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022. 44(10), 999-1010, <https://doi.org/10.1055/s-0042-1758490>.
 8. Phan Thế Thi. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ tam cá nguyệt đầu tại Bệnh viện Phụ sản Mekong. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2019. 81.
 9. Anandappa S., Joshi M., Polanski M., Carroll P.V. Thyroid disorders in subfertility and early pregnancy. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2020. 11, 2042018820945855, <https://doi.org/10.1177/2042018820945855>.
 10. Adoueni V. K., Azoh A. J., Kouame E., Meless D. G., Sibailly P., et al. Prevalence and correlates of hypothyroidism in pregnancy: a cross-sectional study at Bouget General Hospital, Ivory Coast. *Pan Afr Med J*. 2022. 41, 37, <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.41.37.32553>.
-