

BS. CKII. Lê Thị Đĩnh -

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Bệnh nhân điếu thuốc rởi loàn nhịp tim bệnh amiodarone có thể biểu hiện cấp do amiodarone (AIT = Amiodarone Induced Thyrotoxicosis). Nguy cơ mắc AIT tăng lên ở những vùng thời tiết. Tỷ lệ mắc AIT thay đổi rất nhiều (từ 0,003% đến 10%). AIT xảy ra ở 3% bệnh nhân điếu thuốc bệnh amiodarone ở Bắc Mỹ, nhưng thường xuyên hơn nhiều (lên đến 10%) ở các nước có chế độ ăn uống ít iốt. Trái ngược với các dạng cấp khác, AIT xảy ra ở nam nhiều hơn nữ (nam/nữ = 3/1).

AIT biểu hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng không thể phân biệt với cấp giáp phát, tuy nhiên các triệu chứng và dấu hiệu của nhiệm vụ cấp không rõ ràng ở tất cả các bệnh nhân và có thể bị che lấp bởi bệnh lý tim mạch tiềm ẩn. Sự xuất hiện triệu chứng của các bệnh lý tim mạch chỉ bệnh nhân sau khi bắt đầu dùng amiodaron, một bệnh nhân trước đó đã ổn định, nên tiến hành điếu thuốc năng tuy nhiên giáp phát triệu chứng nghi ngờ AIT. Đôi khi rởi loàn nhịp tim trên tim có thể tái phát của rung nhĩ và đánh trống ngực là bệnh chứng lâm sàng duy nhất của AIT. Sự phát triển của chứng đau thắt ngực cũng có thể xảy ra. Thông thường, nhưng thay đổi không gì thích thú về điều trị với warfarin, đòi hỏi phải giảm liều lượng thuốc này, có thể là hậu quả của việc tăng nồng độ hormone tuy nhiên giáp, vì cấp giáp làm tăng tác động của warfarin.

AIT có thể phát triển sớm trong khi điếu thuốc bệnh amiodarone, sau nhiều tháng điếu thuốc, và thậm chí đã được báo cáo xảy ra vài tháng sau khi ngừng amiodarone, vì amiodarone và các chất chuyển hóa của nó có thể tích bán hủy dài do tích tụ trong mô mỡ, đặc biệt là mô mỡ.

BỆNH SINH

Có hai dạng AIT khác nhau, và chẩn đoán phân biệt giữa hai dạng này là rất quan trọng, vì các phương pháp điếu thuốc khác nhau.

Nhiệm vụ cấp do amiodarone

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:38 - Liên tiếp nhút cuội Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:42

AIT t p 1 thường x y ra   m t tuyến gi p b t thường (b nh Grave ti m  n, b  u gi p  a nhân) v    h u qu  c a t ng sinh t ng h p hormone gi p do th a i t   b nh nhân c  r i lo n ch c n ng gi p t  trước (Amiodaron ch a 37% i t). AIT t p 1 ph  bi n h n   nh ng v ng thi u i t. AIT t p 2   m t qu  trình ph  h y tuyến gi p  n  n việc gi i phóng ti n hormon. Viêm tuyến gi p n y   m t t c  ng  c n i t i c a amiodarone. AIT t p 2 thường t n t i t  m t  n ba th ng cho  n khi nguồn   tr  hormone gi p c n ki t.   h u h t c c quốc gia, AIT t p 2 ph  bi n h n AIT t p 1. S  kh c biệt giữa AIT t p 1 v  t p 2   c m t trong b ng 1. Việc ph n biệt giữa AIT t p 1 v  t p 2 thường r t kh  tr n l m s ng.

B ng 1: Ph n biệt giữa AIT t p 1 v  AIT t p 2

T�p 1	Type 2	
B�nh t�n gi�p ti�m �n	C� (B��u gi�p �a nhân, Basedow)	kh�ng
Thời gian ph�t b�nh sau khi �ng amiodarone	N�n (tr�ng b�nh 3 th�ng)	D�i (tr�ng b�nh 30 th�ng)
H�p thu iode trong 24 gi�	B�nh thường - th�p (c� th� cao hơn � v�ng thi�u iode)	Th�p �n bị �c chế
Siêu �m t�n gi�p	C� th� b��u gi�p nhân hoặc lan tỏa	B�nh thường hoặc teo t�n gi�p
T�nh tr�ng mạch m�u tr�n siêu âm doppler	T�ng sinh mạch m�u	Kh�ng tăng sinh mạch
T� T4/T3	Th��ng <4	Th��ng >4
TgAb / TPOAb/ TSI	C� th� c�	Th��ng kh�ng c�
Interleukin-6 trong m�u	B�nh thường �n cao	Th��ng tăng rõ

CH N  O N V  C C XÉT NGHI M CH N  O N PH N BIỆT

  x c  nh ch n  o n AIT, c n ph i chứng minh TSH huyết thanh b    c ch  liên quan  n s  gia tăng n ng   FT3 v  FT4 trong huyết thanh   m t b nh nhân hiện  ng hoặc trước       c   u tr  bằng amiodarone. N ng   T3 c  th  kh ng tăng cao như mong  i v  amiodarone   c ch  s  chuy n     T4 thành T3 v  b nh l y kh ng tuyến gi p n ng c  th  xuất hiện ng n ch n

sự gia tăng T3. Sự hiện diện của rati lo ngại tuy nhiên giáp đã có thể trừc là gợi ý cho AIT cấp 1. Thông thường ở bệnh nhân AIT cấp 2, tỷ lệ T4/T3 tăng lên là một đặc điểm của viêm tuyến giáp phá hủy. Kháng thể tuyến giáp có thể có trong AIT cấp 1 tùy thuộc vào rati lo ngại tuy nhiên giáp của bệnh nhân. Mức độ cao của kháng thể thyroglobulin và kháng thể TPO cũng đã được báo cáo ở 8% bệnh nhân AIT cấp 2. AIT cấp 2 phát triển như một quá trình viêm ở tuyến giáp bình thường và do đó mức IL-6 có thể tăng cao rõ rệt. Siêu âm Doppler màu rất hữu ích để phân biệt giữa AIT cấp 1 và cấp 2. Lưu ý rằng mức độ giáp tăng ở AIT cấp 1 (mức II-III) và giảm hoặc không có ở cấp 2 (mức 0).

Ở bệnh nhân AIT cấp 1, sự hấp thu iod trong 24 giờ thấp. Ở một số bệnh nhân AIT cấp 1, mức độ iodine iodine rất cao, vì vậy có thể quan sát thấy sự hấp thu iod bình thường hoặc không thích hợp trong 24 giờ, đặc biệt nếu ở bệnh nhân sống trong vùng thi u iod. Bệnh nhân AIT cấp 2 thường có mức hấp thu iod phóng xạ <1%.

Trong một nghiên cứu thí nghiệm, 99mTc-sestaMIBI đã được sử dụng thành công để phân biệt giữa AIT cấp 1 và cấp 2: hấp thu vãn tăng ở bệnh nhân cấp 1 trong khi không hấp thu ở bệnh nhân cấp 2.

Mặc dù sự phân biệt giữa cấp 1 và cấp 2 đôi khi có thể rõ ràng, nhưng ở bệnh nhân, các phát hiện lâm sàng cũng như phân tích vãn đi u trừ u không cho thấy rõ bệnh nhân mức AIT cấp 1 hay cấp 2. Một số bệnh nhân có thể có dạng AIT hỗn hợp.

ĐI U TR

AIT có thể dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi bị suy giảm chức năng thận trái. Vì vậy, ở hầu hết các bệnh nhân, cần nhanh chóng phục hồi và duy trì ổn định chức năng tuyến giáp càng nhanh càng tốt.

AIT như có thể xảy ra khi trong khoảng 20% trường hợp. AIT cấp 1 nên được điều trị bằng thioamit liều cao (20-60 mg / ngày methimazole; hoặc 400-600 mg / ngày propylthiouracil) để ngăn chặn sự tăng hormone tuyến giáp (Hình 1). Đáp ứng với thionamid thường khiếm tốn do nồng độ iodine cao ở bệnh nhân dùng amiodaron. Ở những bệnh nhân được chẩn đoán, kali perchlorate cũng có thể được sử dụng để tăng độ nhạy cảm của tuyến vãn thionamide bằng cách ngăn chặn sự hấp thu iod ở tuyến giáp. KClO₄ nên được sử dụng không quá 30 ngày vãn

Nhiệm vụ cấp do amiodarone

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:38 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:42

liều hàng ngày <1 g / ngày, vì thuốc này, đặc biệt là liều cao hơn, có liên quan đến thiểu máu bạch cầu hoặc mất bạch cầu hạt. Một khi nồng độ hormone tuyến giáp trở lại bình thường, cần xem xét điều trị dứt điểm bệnh cường giáp. Nếu tuyến giáp hấp thu thuốc (> 10%) thì có thể dùng iốt phóng xạ. Phẫu thuật tuyến giáp là một giải pháp thay thế tốt. Nếu tình trạng nhiễm độc giáp trở nên tồi tệ hơn sau khi kiểm soát ban đầu, nên cân nhắc sử dụng dung dịch hấp thụ 1- típ 2 và bắt đầu điều trị AIT típ 2.

AIT típ 2 có thể được điều trị bằng prednisone, bắt đầu với liều ban đầu 0,5-0,7 mg / kg thể trọng mỗi ngày và điều trị thông thường được tiếp tục trong ba tháng. Nếu tình trạng nhiễm độc giáp xấu đi xảy ra trong quá trình cắt cụt, nên tăng liều prednisone. Thioamit thông thường không hữu ích trong AIT típ 2.

Bởi vì sự phân biệt giữa AIT típ 1 và 2 là khó và không phải lúc nào cũng rõ ràng, và vì một số bệnh nhân có các dạng AIT hỗn hợp, các liều pháp này cho AIT típ 1 và 2 đôi khi được kết hợp với nhau.

Đối với những bệnh nhân cường giáp dai dẳng phẫu thuật là lựa chọn tối ưu. Điều trị bằng axit iopanoic (nếu có), một tác nhân túi mật có i-ốt, với liều 500 mg x 2 lần / ngày đã được báo cáo là làm giảm nhanh mức FT3 và có thể được sử dụng để chuẩn bị cho phẫu thuật. Việc điều trị nên được tiếp tục trong khoảng bảy đến 10 ngày sau khi phẫu thuật để ngăn chặn sự tăng T3 sau khi thuốc được rút. Propylthiouracil cũng có thể được sử dụng để chuyển đổi T4> T3. Thuốc chặn beta sẽ hữu ích trong việc chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật.

Nhiệm vụ giúp đỡ amiodarone

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:38 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:42

