

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

BS. CKII. Lê Thị Đĩnh -

BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Bệnh nhân điếu thuốc rởm loãn nhịp tim bằng amiodarone có thể biểu hiện nhiệm vụ cấp do amiodarone (AIT = Amiodarone Induced Thyrotoxicosis). Nguy cơ mắc AIT tăng lên ở bệnh nhân vùng nhiệt đới. Tỷ lệ mắc AIT thay đổi rất nhiều (từ 0,003% đến 10%). AIT xảy ra ở 3% bệnh nhân điếu thuốc rởm 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 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 dễ dàng bị bỏ qua bởi bệnh lý tim mạch tiềm ẩn. Sự xuất hiện triệu chứng điển hình của các bệnh lý tim mạch cấp tính sau khi bắt đầu dùng amiodaron, một bệnh nhân trước đó đã ổn định, nên tiến hành điếu thuốc nhằm ngăn ngừa phát triển nghi ngờ AIT. Đôi khi rởm loãn nhịp tim trên nền tim khỏe mạnh tái phát cơn rung nhĩ và đánh trống ngực là bằng chứng lâm sàng duy nhất của AIT. Sự phát triển cơn đau thắt ngực cũng có thể xảy ra. Thông thường, nhưng thay đổi không điển hình về điều trị với warfarin, đòi hỏi phải giảm liều lượng thuốc này, có thể là hậu quả của việc tăng nồng độ hormone tuyến giáp, vì cấp phát làm tăng tác dụng của warfarin.

AIT có thể phát triển sớm trong khi điếu thuốc rởm 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 thời gian 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 chẩn đoán giáp do amiodarone

Viết bài Biên tập viên

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

AIT tít 1 thường xảy ra ở một số tuyến giáp biệt thường (bệnh Grave tiềm ẩn, bệnh u giáp đa nhân) và là hậu quả của tăng sinh tuyến hormone giáp do thiếu hụt bệnh nhân có rối loạn chức năng giáp tuyến giáp (Amiodaron chứa 37% iod). AIT tít 1 phổ biến hơn ở vùng thiểu iod. AIT tít 2 là một quá trình phá hủy tuyến giáp dẫn đến việc giải phóng tiroxin hormon. Viêm tuyến giáp này là một tác động trực tiếp của amiodarone. AIT tít 2 thường tiến triển ba tháng cho đến khi nồng độ tiroxin hormone giáp còn thấp. Ở hầu hết các quốc gia, AIT tít 2 phổ biến hơn AIT tít 1. Sự khác biệt giữa AIT tít 1 và tít 2 được mô tả trong bảng 1. Việc phân biệt giữa AIT tít 1 và tít 2 thường rất khó trên lâm sàng.

Bảng 1: Phân biệt giữa AIT tít 1 và AIT tít 2

	Tít 1	Type 2
Bệnh tuyến giáp tiềm ẩn	Có (Bướu giáp đa nhân, Basedow)	không
Thời gian phát bệnh sau khi dùng amiodarone	Ngắn (trung bình 3 tháng)	Dài (trung bình 30 tháng)
Hấp thu iode trong 24 giờ	Bình thường - thấp (có thể cao hơn ở vùng thiếu iode)	Thấp đến bị ức chế
Siêu âm tuyến giáp	Có thể bướu giáp nhân hoặc lan tỏa	Bình thường hoặc teo tuyến giáp
Tình trạng mạch máu trên siêu âm doppler	Tăng sinh mạch máu	Không tăng sinh mạch
Tỷ T4/T3	Thường <4	Thường >4
TgAb / TPOAb/ TSI	Có thể có	Thường không có
Interleukin-6 trong máu	Bình thường đến cao	Thường tăng rõ

CHẨN ĐOÁN VÀ CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Để xác định chẩn đoán AIT, cần phải chỉ định TSH huyết thanh bằng các chỉ số liên quan đến sự gia tăng nồng độ FT3 và FT4 trong huyết thanh ở một số bệnh nhân hiện đang hoặc trước đó điều trị bằng amiodarone. Nồng độ T3 có thể không tăng cao như mong đợi vì amiodarone ức chế sự chuyển đổi T4 thành T3 và bệnh lý không tuyến giáp nồng độ có thể xuất hiện ngăn chặn

Nhiệm vụ cấp do amiodarone

Viết bài Biên tập viên

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

số gia tăng T3. Số hiện diện của rati loãn tuyến giáp đã có thể trở lại là gợi ý cho AIT tít 1. Thông thường số bình nhân AIT tít 2, tỉ lệ T4/T3 tăng lên là một dấu hiệu của viêm tuyến giáp phá hủy. Kháng thể tuyến giáp có thể có trong AIT tít 1 tùy thuộc vào rati loãn tuyến giáp của bệnh. Mức độ cao của kháng thể thyroglobulin và kháng thể TPO cũng đã được báo cáo ở 8% bệnh nhân AIT tít 2. AIT tít 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 tít 1 và tít 2. Lưu ý rằng mức độ tăng ở AIT tít 1 (mức II-III) và giảm hoặc không có ở tít 2 (mức 0).

Ở bệnh nhân AIT tít 1, số hấp thụ ít trong 24 giờ tiếp. Ở một số bệnh nhân AIT tít 1, mức độ có liên quan ít tới cao, vì vậy có thể quan sát thấy số hấp thụ ít bình thường hoặc không thích hợp trong 24 giờ, dấu hiệu của bệnh nhân số trong vùng thời gian ít. Bệnh nhân AIT tít 2 thường có mức hấp thụ ít phóng xạ <1%.

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

Mức độ số phân biệt giữa tít 1 và tít 2 đôi khi có thể rõ ràng, nhưng ở bệnh nhân, các phát hiện lâm sàng cũng như phân tích về điểu trị liệu không cho thấy rõ bệnh nhân mức AIT tít 1 hay tít 2. Một số bệnh nhân có thể có dạng AIT hỗn hợp.

ĐIỀU TRỊ

AIT có thể dẫn đến tăng tỉ lệ mức bệnh và tử vong, dấu hiệu của bệnh nhân bệnh nhân liên tục bị suy giảm chức năng tuyến giáp 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 trong khoảng 20% trường hợp tiếp. AIT tít 1 nên được điều trị bằng thioamit liều cao (20-60 mg / ngày methimazole; hoặc 400-600 mg / ngày propylthiouracil) để ngăn chặn sự tiếp hormone tuyến giáp (Hình 1). Đáp ứng với thionamid thường khiếm tốn do nồng độ ít cao ở bệnh nhân dùng amiodaron. Ở bệnh nhân bệnh nhân được chữa, kali perchlorate cũng có thể được sử dụng để tăng độ nhạy của tuyến giáp với thionamide bằng cách ngăn chặn sự hấp thụ ít ở tuyến giáp. KClO4 nên được sử dụng không quá 30 ngày với

Nhiệm vụ cấp do amiodarone

Viết bài 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 bất thường 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. Phương thuốc tuyến giáp là một giải pháp thay thế tốt. Nếu tình trạng nhiệm vụ cấp trở nên tồi tệ hơn sau khi kiểm soát ban đầu, nên cân nhắc sử dụng dung dịch hấp thụ 1- tít 2 và bắt đầu điều trị AIT tít 2.

AIT tít 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 thường được tiếp tục trong ba tháng. Nếu tình trạng nhiệm vụ cấp xấu đi xảy ra trong quá trình chữa bệnh, nên tăng liều prednisone. Thioamit thường không hữu ích trong AIT tít 2.

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

Đối với những bệnh nhân cường giáp dai dẳng phương thuốc là iốt a chứa iốt. Điều trị bằng axit iopanoic (nếu có), một tác nhân túi mật có iốt, 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 phương thuốc. Việc điều trị nên được tiếp tục trong khoảng bảy đến 10 ngày sau khi phương thuốc 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 đề c giúp do amiodarone

Vị t b i Biên t p viên

Th ba, 06 Tháng 4 2021 18:38 - L n c p nh t cu i Th ba, 06 Tháng 4 2021 18:42

