

BS. CKII. Lê Thị Đình -

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 bệnh 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 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 các cấp khác, 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 cấp phát triển nghi ngờ AIT. Đôi khi rởi loàn nhịp tim trên tim có thể tái phát cơn 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 đáng về liều warfarin, đòi hỏi phải giảm liều liều thuốc này, có thể là hậu quả của việc tăng nồng độ hormone tuy nhiên cấp, vì cấp làm tăng tác dụng 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 cứu do amiodarone

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:38 - Liên tiếp nhợt nhạt Thứ ba, 06 Tháng 4 2021 18:42

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

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

Típ 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 minh TSH huyết thanh bằng cách liên quan đến sự gia tăng nồng độ FT3 và FT4 trong huyết thanh ở một bệnh nhân hiện đang hoặc trước đó đã tiếp xúc với 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

sự gia tăng T3. Sự hiện diện của rT3 trong huyết tương đã có thể dự đoán 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 thời điểm lấy mẫu xét nghiệm. 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 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 có thể tăng iod 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 thiếu 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 điếu trị đều không cho thấy rõ bệnh nhân mắc AIT cấp 1 hay cấp 2. Một số bệnh nhân có thể có dạng AIT hỗn hợp.

ĐIỀU TRỊ

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 nồng độ chức năng tuyến giáp càng nhanh càng tốt.

AIT nhẹ 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 iod rất cao ở bệnh nhân dùng amiodaron. Ở những bệnh nhân được chuyển, 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 > 10%) thì có thể dùng iod 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 hỗn hợp tỷ lệ 1-2 và bắt đầu điều trị AIT tỷ lệ 2.

AIT tỷ lệ 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 tỷ lệ 2.

Bởi vì sự phân biệt giữa AIT tỷ lệ 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 tỷ lệ 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 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

