

# ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ NHẬP VIỆN SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG

Huỳnh Thị Thủy và Trần Khánh Nga<sup>✉</sup>

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Rối loạn chức năng tuyến giáp là vấn đề nội tiết thường gặp thứ hai ở phụ nữ mang thai, có thể gây ảnh hưởng bất lợi đến mẹ và thai nhi đặc biệt là trong tam cá nguyệt thứ ba nói chung và trước chuyển dạ nói riêng. Do đó, nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 53 thai phụ được chẩn đoán rối loạn chức năng tuyến giáp nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, nồng độ hormone giáp, thể lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ nhập viện sinh có rối loạn chức năng tuyến giáp. Kết quả cho thấy cường giáp chiếm ưu thế với thể lâm sàng (49,1%) và thể dưới lâm sàng (30,2%). Suy giáp lâm sàng và dưới lâm sàng lần lượt chiếm 5,7% và 3,8%, trong khi 11,3% có giảm FT4 đơn độc. Triệu chứng cường giáp thường gặp nhất là mạch nhanh (71,4%) và run tay (59,5%). Suy giáp ít biểu hiện hơn, chủ yếu là táo bón (63,6%). Không ghi nhận băng huyết sau sinh hay tử vong mẹ và trẻ. Tuy nhiên, nhóm cường giáp có xu hướng gặp sinh non và biến chứng hậu sản cao hơn. Tóm lại, rối loạn chức năng tuyến giáp thai kỳ chủ yếu ở dạng cường giáp, cần tăng cường tầm soát dựa trên lâm sàng kết hợp xét nghiệm để điều trị kịp thời.

**Từ khóa:** Rối loạn chức năng tuyến giáp, thai phụ, đặc điểm lâm sàng, kết cục thai kỳ.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng tuyến giáp (RLCNTG) là vấn đề nội tiết thường gặp thứ hai ở phụ nữ mang thai, chỉ sau đái tháo đường. Trong thai kỳ, tuyến giáp thay đổi sinh lý để đáp ứng nhu cầu trao đổi chất tăng lên. Do đó, cả cường giáp và suy giáp ở mẹ đều có thể ảnh hưởng xấu đến thai nhi và mẹ nếu không được kiểm soát tốt.<sup>1,2</sup> Tuy nhiên, các biểu hiện lâm sàng rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ thường dễ bị chôn lấp bởi các triệu chứng thai nghén thông thường và do đó khác dao động trong các nghiên cứu.<sup>3</sup> Các dấu hiệu như mệt mỏi, tăng cân, giảm khả năng gắng sức hay táo bón do suy giáp thường bị nhầm lẫn với triệu chứng của một thai kỳ bình thường. Ngược lại, những biểu hiện của cường giáp như hồi

hộp, đánh trống ngực, vã mồ hôi hoặc nhịp tim nhanh cũng có thể gặp ở thai phụ khỏe mạnh. Do đó, cần mô tả rõ đặc điểm lâm sàng của thai phụ mắc rối loạn chức năng tuyến giáp để giúp phân biệt với triệu chứng thai kỳ thông thường. Thực tế, một nghiên cứu trong nước cho thấy các thai phụ có triệu chứng nhịp tim nhanh, hồi hộp đánh trống ngực hoặc táo bón có khả năng mắc rối loạn chức năng tuyến giáp cao hơn đáng kể so với nhóm không có các triệu chứng này.<sup>4</sup> Điều này gợi ý rằng việc khai thác triệu chứng một cách hệ thống và cảnh giác lâm sàng có thể hỗ trợ sàng lọc, phát hiện sớm rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ.

Tại Việt Nam, mặc dù mối quan tâm về rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ ngày càng tăng, các số liệu nghiên cứu vẫn còn hạn chế và rải rác. Đa phần nghiên cứu trong nước tập trung vào 3 tháng đầu thai kỳ - giai đoạn quan trọng cho sự phát triển thai nhi và thường tiến hành sàng lọc. Mặc dù rối loạn chức năng

Tác giả liên hệ: Trần Khánh Nga

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: tknga@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 28/01/2026

Ngày được chấp nhận: 10/02/2026

tuyến giáp trong thai kỳ đã được ghi nhận liên quan với tăng nguy cơ sinh non, băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản và các kết cục sơ sinh bất lợi, bằng chứng gần đây từ một phân tích quy mô lớn gợi ý rằng các bất thường phát hiện ở tam cá nguyệt thứ nhất không nhất thiết làm tăng nguy cơ kết cục xấu, trong khi rối loạn xuất hiện ở tam cá nguyệt thứ ba mới liên quan rõ rệt hơn với các biến cố bất lợi cho cả mẹ và trẻ.<sup>5,6</sup> Tuy vậy cho đến nay, chúng ta vẫn thiếu những dữ liệu về đặc điểm và các tác động của rối loạn chức năng tuyến giáp trên thai phụ kể cả trên thế giới và tại Việt Nam.<sup>6</sup> Đặc biệt, khu vực Đông Nam Bộ chưa có nghiên cứu công bố nào về vấn đề này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu chính:

(1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, nồng độ hormone giáp và thể bệnh ở thai phụ nhập viện sinh có rối loạn chức năng tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

(2) Đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ nhập viện sinh có rối loạn chức năng tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Thai phụ có rối loạn chức năng tuyến giáp nhập viện sinh tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương từ tháng 05/2025 đến tháng 12/2025.

#### **Tiêu chuẩn chọn**

- Thai phụ được xác định có rối loạn chức năng tuyến giáp dựa trên xét nghiệm định lượng nồng độ hormone tuyến giáp theo khuyến cáo của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ, bao gồm ba nhóm rối loạn: suy giáp, cường giáp và giảm FT4 đơn độc. Do khuyến cáo gần đây ưu tiên sử dụng khoảng tham chiếu theo phòng xét nghiệm và theo tam cá nguyệt, trong khi nghiên cứu không có khoảng tham chiếu riêng của phòng xét nghiệm (đặc biệt ở tam cá nguyệt thứ ba), chúng tôi áp dụng khoảng tham

chiếu TSH cho tam cá nguyệt thứ ba là 0,3 - 3,0 mIU/L theo hướng dẫn trước đó. Đối với FT4, khi không có khoảng tham chiếu theo phương pháp xét nghiệm và theo thai kỳ, nghiên cứu sử dụng khoảng tham chiếu của người không mang thai; theo đó, FT4 được xem là trong giới hạn bình thường khi nằm trong khoảng 12 - 22 pmol/L.<sup>3,7</sup>

- Thai phụ mang đơn thai, ngôi đầu nhập viện vì chuyển dạ sanh, đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Thai phụ đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm như amiodarone, lithium, các chế phẩm corticoids, hormone sinh dục (estrogen).

- Thụ thai mang thai nhờ các biện pháp hỗ trợ sinh sản.

- Thai phụ đang mắc các bệnh lý như nhiễm trùng cấp tính, viêm gan virus đợt tiến triển đang phải điều trị, lao phổi, suy gan, suy thận nặng, suy tim...

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

#### **Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 5/2025 đến 12/2025 tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương. Thực tế, có 53 thai phụ đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn đã được đưa vào nghiên cứu.

#### **Nội dung nghiên cứu**

Đặc điểm thai kỳ: tuổi thai phụ (năm), tuần tuổi thai, phân nhóm tuần tuổi thai (non tháng, đủ tháng), số lần sinh con (con so, con rạ), chỉ số khối cơ thể (kg/m<sup>2</sup>), tiền sử sảy thai, tiền sử sinh non, tiền sử thai lưu, tiền sử đang điều trị rối loạn chức năng tuyến giáp.

Các đặc điểm liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp:

Tất cả thai phụ được xét nghiệm chức năng tuyến giáp tại thời điểm chuyển dạ nhập viện sinh và các trường hợp rối loạn chức năng tuyến giáp sẽ được giải thích và ghi danh vào nghiên cứu. Dựa theo khoảng tham chiếu của nồng độ FT4 và TSH đã được đề cập, các dạng rối loạn chức năng tuyến giáp bao gồm cường giáp lâm sàng (TSH < 3,0 mIU/L kèm FT4 tăng), cường giáp dưới lâm sàng (TSH < 3,0 mIU/L và FT4 bình thường), suy giáp lâm sàng (TSH ≥ 10,0 mIU/L bất kể FT4 hoặc TSH > 3,0 mIU/L kèm FT4 giảm), suy giáp dưới lâm sàng (TSH > 3,0 mIU/L và FT4 bình thường) và giảm FT4 đơn độc (TSH bình thường và FT4 giảm).<sup>3,7</sup> Theo ATA 2017, mặc dù giảm FT4 đơn độc là một dạng rối loạn riêng, tuy nhiên ý nghĩa lâm sàng vẫn chưa nhất quán.<sup>3,8</sup> Do cỡ mẫu hạn chế nên nghiên cứu tiến hành gộp suy giáp và giảm FT4 đơn độc như một dạng bất thường chức năng tuyến giáp theo hướng giảm hormon giáp. Theo đó các đặc điểm lâm sàng (ghi nhận qua hỏi thai phụ các triệu chứng trong giai đoạn tam cá nguyệt thứ ba) và các kết cục cũng được ghi nhận theo hai phân nhóm:

- Nhóm cường giáp: mạch nhanh, run tay, đỏ mề hôi, sợ nóng, da ẩm, hồi hộp, cáu gắt, sụt cân và tiêu chảy.

- Nhóm suy giáp - giảm FT4 đơn độc: táo bón, chậm chạp/mệt, da khô, thờ ơ, sợ lạnh, mạch chậm và rụng tóc.

Kết cục thai kỳ ở mẹ và bé: tử vong ở mẹ và bé, sinh mổ, băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản, mẹ phải nhập ICU, sinh non, sơ sinh nhẹ cân, Apgar 1 phút < 7 và nhập NICU.

### Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm R 4.3.1. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; biến định tính dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt (Số: 25.368.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 06 năm 2025) và Bệnh viện Đa khoa Bình Dương chấp thuận cho thực hiện.

## III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2025 đến tháng 12/2025, nghiên cứu đã thu thập và tiến hành đánh giá trên 53 sản phụ nhập viện sinh có rối loạn chức năng tuyến giáp với độ tuổi trung bình là  $30,6 \pm 5,8$  tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 42 tuổi.

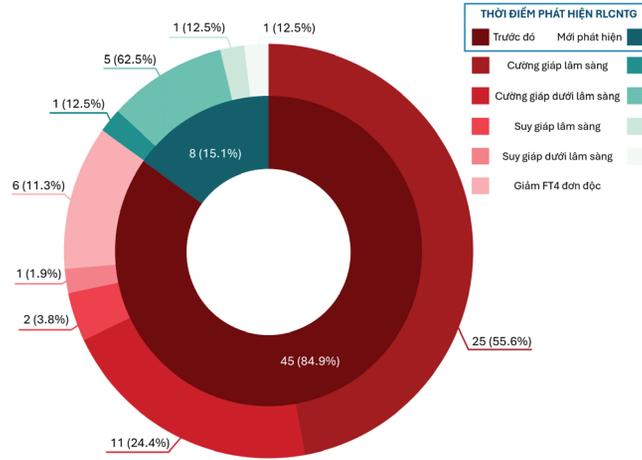
**Bảng 1. Một số đặc điểm ở sản phụ nhập viện sinh**

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuần tuổi thai (tuần), trung vị (Q1 - Q3)		38,0 (38,0 - 39,5)	
Tuần tuổi thai, n (%)	Non tháng	7	13,2
	Đủ tháng	46	86,6
Số lần sinh, n (%)	Con so	11	20,8
	Con rạ	42	79,2

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số khối cơ thể (kg/m <sup>2</sup> ), trung bình ± ĐLC		25,4 ± 3,3	
Tiền sử sảy thai		15	28,3
Tiền sử sinh non		2	3,8
Tiền sử thai lưu		3	5,7
Tiền sử đang điều trị rối loạn chức năng tuyến giáp		33	62,3
Dạng rối loạn chức năng tuyến giáp, n (%)	Cường giáp lâm sàng	26	49,1
	Cường giáp dưới lâm sàng	16	30,2
	Suy giáp lâm sàng	3	5,7
	Suy giáp dưới lâm sàng	2	3,8
	Giảm FT4 đơn độc	6	11,3
Nồng độ FT4 (pmol/L), trung bình ± ĐLC	Cường giáp	16,7 ± 26,3	
	Suy giáp - giảm FT4 đơn độc	8,3 ± 2,0	
Nồng độ TSH (μIU/mL), trung bình ± ĐLC	Cường giáp	1,4 ± 1,7	
	Suy giáp - giảm FT4 đơn độc	4,0 ± 4,8	

Về đặc điểm thai kỳ, chúng tôi ghi nhận hầu hết thai phụ đến sanh với thai đủ tháng (86,6%), phần lớn là con rạ (79,2%). Đáng chú ý, có đến 28,3% có tiền sử sảy thai. Tỷ lệ thai phụ đang điều trị rối loạn chức năng tuyến giáp chiếm gần hai phần ba. Về dạng rối loạn chức

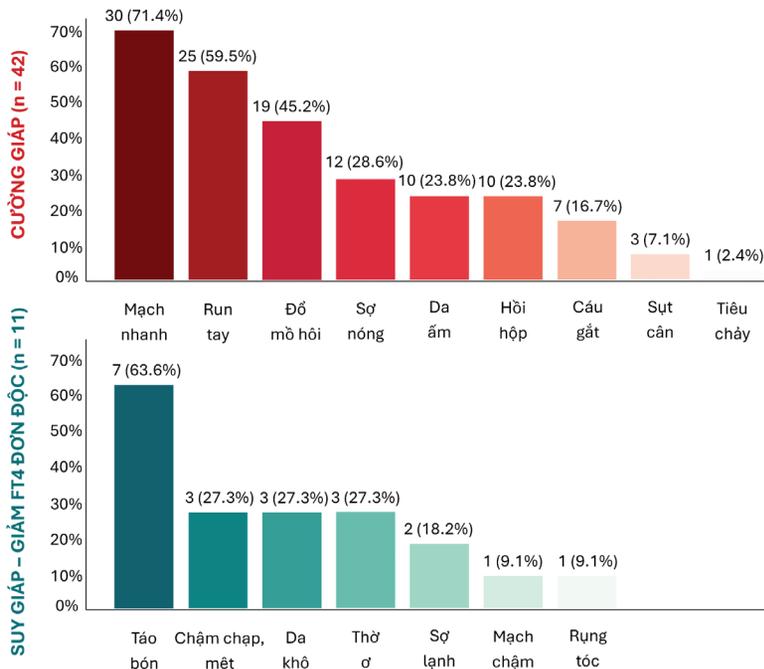
năng tuyến giáp, chúng tôi ghi nhận đa số là cường giáp với 79,3% (với 49,1% là thể lâm sàng và 30,2% là dưới lâm sàng). Trong khi đó, suy giáp chiếm 9,5% (thể lâm sàng chiếm 5,7% và dưới lâm sàng 3,8%), còn lại có 6 trường hợp giảm FT4 đơn độc (11,3%).



**Biểu đồ 1. Đặc điểm rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ nhập viện sinh theo thời điểm phát hiện**

Kết quả cho thấy đa đa số bệnh nhân mắc rối loạn chức năng tuyến giáp đã được chẩn đoán trước đó (84,9%). Hầu hết các trường

hợp giảm FT4 đơn độc cũng đều được phát hiện trước đó, chỉ có 1 trường hợp mới phát hiện.



**Biểu đồ 2. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng ở thai phụ nhập viện sinh có rối loạn chức năng tuyến giáp**

Về triệu chứng, đa số thai phụ cường giáp có dấu hiệu điển hình: mạch nhanh (71,4%), run tay (59,5%), vã mồ hôi (45,2). Ngược lại,

suy giáp ít biểu hiện triệu chứng hơn: táo bón (63,6%), chậm chạp, mệt (27,3%), da khô (27,3%), thờ ơ (27,3%).

**Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử điều trị rối loạn chức năng tuyến giáp và kết cục thai kỳ theo dạng rối loạn chức năng tuyến giáp**

Đặc điểm	Cường giáp (n = 42)	Suy giáp - Giảm FT4 đơn độc (n = 11)	Tổng (n = 53)
Điều trị rối loạn chức năng tuyến giáp	29 (69,0)	4 (36,4)	33 (62,3)
Sinh mổ	18 (42,9)	5 (45,5)	23 (43,4)
Nhiễm trùng hậu sản	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,0)
Mẹ nhập ICU	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (3,8)
Sinh non	5 (12,2)	0 (0,0)	5 (9,4)
Sơ sinh nhẹ cân	7 (16,7)	2 (18,2)	9 (17,0)
Apgar 1 phút < 7	3 (7,1)	1 (9,1)	4 (7,5)
Nhập NICU	27 (75,0)	8 (80,0)	35 (66,0)

Nghiên cứu không ghi nhận tình trạng băng huyết sau sinh ở các thai phụ có rối loạn chức năng tuyến giáp, tất cả các bé sinh ra đều có Apgar 5 phút từ 7 điểm trở lên và không có trường hợp nào tử vong ở cả mẹ và con. Song, nhóm cường giáp có xu hướng có các biến chứng như sinh non, nhiễm trùng hậu sản và mẹ nhập ICU cao hơn.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá 53 thai phụ có rối loạn chức năng tuyến giáp đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương từ tháng 05/2025 đến tháng 12/2025. Kết quả ghi nhận đa số dạng rối loạn chức năng tuyến giáp là cường giáp (79,3%), suy giáp chiếm 9,5% và 6 trường hợp giảm FT4 đơn độc (11,3%). Đa số thai phụ cường giáp có dấu hiệu điển hình: mạch nhanh (71,4%), run tay (59,5%), vã mồ hôi (45,2). Ngược lại, suy giáp ít biểu hiện triệu chứng hơn: táo bón (63,6%), chậm chạp, mệt (27,3%), da khô (27,3%), thờ ơ (27,3%). Kết cục thai kỳ cho thấy không có trường hợp tử vong mẹ hoặc con, không xảy ra băng huyết sau sinh, tất cả

trẻ sinh ra đều có điểm Apgar  $\geq 7$  sau 5 phút. Tuy nhiên, tỷ lệ phải can thiệp sinh mổ tương đối cao (43,4%), và hơn một nửa số trẻ sơ sinh (66,0%) được chuyển NICU chăm sóc đặc biệt sau sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của thai phụ có rối loạn chức năng tuyến giáp đến sanh là 30,6 tuổi, đồng nhất với kết quả của các nghiên cứu trước đây. Cụ thể, tác giả Nguyễn Thúy Quỳnh và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình ở thai phụ có nguy cơ cao rối loạn chức năng tuyến giáp là  $31,17 \pm 4,68$ .<sup>9</sup> Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đáng kể thai phụ có tiền sử thai sản bất thường: 28,3% từng sảy thai, 5,7% thai lưu và 3,8% sinh non trước đây. Kết quả này là phù hợp, bởi lẽ nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa những tiền sử sản khoa này với bệnh lý tuyến giáp. Cụ thể, tiền sử sảy thai làm tăng nguy cơ rối loạn tuyến giáp gần gấp 3 lần.<sup>10</sup> Tương tự, cũng trong nghiên cứu này ghi nhận tiền sử thai lưu và sinh non liên quan với odds của rối loạn chức năng tuyến giáp cao hơn (OR = 1,65 và OR = 2,49).

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận rối loạn dạng cường giáp chiếm ưu thế rõ rệt. Cụ thể, cường giáp lâm sàng chiếm 49,1% và cường giáp dưới lâm sàng 30,2%. Ngược lại, suy giáp lâm sàng (5,7%) và dưới lâm sàng (3,8%) - thấp hơn nhiều so với nhóm cường giáp. Ngoài ra, 11,3% thai phụ được chẩn đoán giảm FT4 đơn độc, một thể rối loạn chức năng nhẹ. Kết quả này có chút khác biệt với một số nghiên cứu trước đó trên nhóm đối tượng mang thai 3 tháng cuối. Nghiên cứu của Kanawala và cộng sự (2023) báo cáo tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp ở tam cá nguyệt thứ 3 là 13,5% trong đó, chủ yếu là rối loạn dạng suy giáp (lâm sàng hoặc dưới lâm sàng), chỉ 1,5% trường hợp có cường giáp dưới lâm sàng.<sup>11</sup> Khác biệt này có thể là do khác biệt về tiêu chí xác định rối loạn chức năng tuyến giáp. Trong nghiên cứu của tác giả, chỉ dựa đơn thuần vào nồng độ hormone giáp tại thời điểm nhập viện trong khi chúng tôi bao hàm cả những trường hợp được chẩn đoán trước đó. Do đó, khi đối chiếu với một số nghiên cứu trong các giai đoạn tam cá nguyệt 1 hoặc 2, kết quả này vẫn có nhiều điểm tương đồng. Cụ thể, tác giả Dương Thị Phương Thảo và Bùi Chí Thương ghi nhận tỷ lệ rối loạn theo chiều hướng cường giáp là 12,7% (trong đó cường giáp dưới lâm sàng chiếm ưu thế với 10,6%), cao hơn hẳn tỷ lệ 5,2% rối loạn theo hướng suy giáp.<sup>12</sup> Điều này có thể do hiện tượng tăng hormone HCG trong thai kỳ gây ức chế TSH nhẹ, dẫn đến nhiều trường hợp cường giáp dưới lâm sàng thoáng qua. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Nguyệt và Ngũ Quốc Vĩ thực hiện trên phụ nữ mang thai 3 tháng đầu thai kỳ cũng ghi nhận tỷ lệ cường giáp có xu hướng ưu thế hơn (13,0%), với 11,76% trong số đó là cường giáp dưới lâm sàng.<sup>10</sup> Ngược lại, tỷ lệ suy giáp và suy giáp dưới lâm sàng chỉ chiếm lần lượt 1,86% và 1,55%. Tuy nhiên, so sánh với số liệu quốc tế, tỷ lệ cường giáp trong quần thể

thai phụ nhìn chung thường thấp hơn. Chẳng hạn, một nghiên cứu ở Ấn Độ cho thấy trong số 300 thai phụ được theo dõi, có 33,9% bị rối loạn chức năng tuyến giáp, chủ yếu là suy giáp (31,6%), còn cường giáp chỉ chiếm 2,3%.<sup>13</sup> Một nghiên cứu khác tại Châu Phi ghi nhận tỷ lệ suy giáp ở thai phụ cũng ưu thế hơn, với 12,1% tổng số, gồm 10,8% dưới lâm sàng và 1,3% lâm sàng, trong khi cường giáp chỉ 1,9%.<sup>14</sup> Như vậy, mẫu nghiên cứu của chúng tôi có đặc thù riêng với tỷ lệ cường giáp cao. Một lý do khả dĩ là phần lớn bệnh nhân trong mẫu đều đã được chẩn đoán (84,9%), trong đó có nhiều trường hợp Basedow/cường giáp được chuyển tuyến quản lý thai kỳ. Ngược lại, những thai phụ suy giáp nhẹ có thể được quản lý tốt tại tuyến dưới và không chuyển viện.

Về lâm sàng, các biểu hiện ở nhóm thai phụ nghiên cứu khá đa dạng. Nhiều trường hợp cường giáp biểu hiện rõ với các triệu chứng điển hình: mạch nhanh, run tay, vã mồ hôi và không dung nạp nóng. Ngược lại, nhóm suy giáp có thể gặp táo bón, chậm chạp, da khô, thờ ơ nhưng do tỷ lệ suy giáp thấp nên các triệu chứng này ít phổ biến. Đặc biệt, có một tỷ lệ không nhỏ thai phụ hoàn toàn không có triệu chứng đặc hiệu. Điều này phù hợp với nhận định rằng các triệu chứng lâm sàng của rối loạn chức năng tuyến giáp thường không rõ ràng trong thai kỳ và dễ bị che lấp bởi triệu chứng thai nghén bình thường. Ví dụ, cảm giác nóng, hồi hộp đánh trống ngực hay mệt mỏi có thể do thai kỳ gây ra nên dễ làm bác sĩ bỏ sót cường giáp nhẹ. Hơn nữa, do triệu chứng có thể chồng lấp với các biểu hiện sinh lý của thai kỳ ở tam cá nguyệt thứ ba, khó xác định rõ các than phiền này xuất phát từ rối loạn chức năng tuyến giáp chỉ dựa trên lâm sàng. Vì vậy, các chỉ số hormon giáp vẫn giữ vai trò quyết định trong định hướng và xác lập chẩn đoán.

Rối loạn chức năng tuyến giáp vốn được chứng minh là yếu tố nguy cơ cho nhiều biến

cổ sản khoa.<sup>1,2</sup> Tuy vậy, kết cục thai kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối khả quan. Không có trường hợp sản phụ nào bị băng huyết sau sinh, không xảy ra tử vong mẹ và chu sinh. Tỷ lệ sinh non ở nhóm nghiên cứu (13,2%) có cao hơn mức chung của dân số, đồng thời một ảnh hưởng đáng chú ý của rối loạn chức năng tuyến giáp lên thai nhi là tình trạng nhẹ cân và tỷ lệ trẻ phải nhập NICU điều trị cao hơn. Thật vậy, tổng quan có hệ thống từ của tác giả Tuija Männistö và cộng sự ghi nhận cả cường giáp và suy giáp ở mẹ đều có liên quan đến tăng nguy cơ nhẹ cân và cần chăm sóc đặc biệt sau sinh ở bé.<sup>15</sup> Ngoài ra, trong 53 ca, có 2 sản phụ (3,8%) phải nằm hồi sức tích cực sau sinh. Cả hai trường hợp đều thuộc nhóm cường giáp, do diễn biến bệnh nặng lên khi chuyển dạ. Thật vậy, cơn bão giáp - biến chứng nặng nề của cường giáp - tuy hiếm nhưng có thể xảy ra trong khoảng 1 - 2% thai kỳ có cường giáp và thường khởi phát do stress chuyển dạ.<sup>2</sup> Nhìn chung, việc đa số thai phụ trong nghiên cứu đang được điều trị nội tiết (62,3%) có thể đã góp phần dự phòng các biến chứng nặng. Mặc dù vậy cũng cần nhấn mạnh cả cường giáp và suy giáp đều liên quan đến kết cục bất lợi cao hơn. Theo Derakhshan và cộng sự (2020) các chỉ số TSH/FT4 của mẹ liên quan theo kiểu liều-đáp ứng với tăng trưởng thai và cân nặng sơ sinh gợi ý rằng đánh giá chức năng tuyến giáp không nên chỉ giới hạn ở giai đoạn đầu của thai kỳ.<sup>6</sup> Mặt khác, các bất thường phát hiện ở tam cá nguyệt thứ ba mới liên quan rõ rệt với nhiều kết cục bất lợi như nguy cơ sinh non và tiền sản giật.<sup>5</sup> Do đó, việc theo dõi rối loạn chức năng tuyến giáp trong 3 tháng cuối của thai kỳ, đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ, là hết sức quan trọng nhằm phát hiện sớm diễn biến nặng lên và kịp thời can thiệp, qua đó giảm nguy cơ biến cố cho cả mẹ và trẻ.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam tập trung vào đối tượng

thai phụ có bệnh lý tuyến giáp đến giai đoạn chuyển dạ. Tuy nhiên, nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế quan trọng. Thứ nhất, nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích, do đó chưa thể kết luận mối liên hệ nhân quả. Cỡ mẫu tương đối nhỏ, tiến hành tại một bệnh viện tuyến tỉnh, trên đối tượng thai phụ nhập viện sinh, do đó có nguy cơ sai lệch chọn mẫu và hạn chế khả năng ngoại suy cho quần thể chung. Cuối cùng, do phân nhóm từng thể khiến cỡ mẫu bị chia nhỏ, do đó hạn chế khả năng phân tích mối liên quan giữa rối loạn chức năng tuyến giáp với kết cục thai kỳ.

## V. KẾT LUẬN

Trong nhóm thai phụ nhập viện sinh có rối loạn chức năng tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương, các rối loạn theo hướng cường giáp chiếm đa số. Phần lớn các bệnh nhân đều có tiền căn mắc bệnh lý tuyến giáp trước đó và đa số đang được điều trị, do đó, các biến chứng sản khoa nghiêm trọng đã không xảy ra và không có trường hợp tử vong mẹ hoặc sơ sinh nào. Tuy nhiên, tỷ lệ sinh mổ, sinh non, trẻ nhẹ cân và cần được chăm sóc đặc biệt tương đối cao. Do đó, việc tầm soát và quản lý tốt bệnh lý tuyến giáp ở phụ nữ mang thai là rất cần thiết, qua đó góp phần cải thiện kết cục cho cả mẹ và con.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abadi KK, Jama AH, Legesse AY, et al. Prevalence of Hypothyroidism in Pregnancy and Its Associations with Adverse Pregnancy Outcomes Among Pregnant Women in A General Hospital: A Cross Sectional Study. *International journal of women's health*. 2023; 15: 1481-1490. doi:10.2147/ijwh.S429611.
2. Sorah K, Carlson K. Hyperthyroidism in Pregnancy. *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.; 2025.

3. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. Mar 2017; 27(3): 315-389. doi:10.1089/thy.2016.0457.
4. Lê Phú Quý, Nguyễn Thanh Trâm, Nguyễn Minh Phương, và cs. Nghiên cứu một số chức năng tuyến giáp bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang phân tách bằng vi hạt từ ở thai phụ trong ba tháng đầu thai kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 10/29 2024; 543(3). doi:10.51298/vmj.v543i3.11576.
5. Liu X, Zhang C, Lin Z, et al. Association of maternal mild hypothyroidism in the first and third trimesters with obstetric and perinatal outcomes: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. May 2025; 232(5): 480.e1-480.e19. doi:10.1016/j.ajog.2024.08.047.
6. Derakhshan A, Peeters RP, Taylor PN, et al. Association of maternal thyroid function with birthweight: a systematic review and individual-participant data meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. Jun 2020; 8(6): 501-510. doi:10.1016/s2213-8587(20)30061-9.
7. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*. Oct 2011; 21(10): 1081-125. doi:10.1089/thy.2011.0087.
8. Dosiou C, Medici M. Management of endocrine disease: Isolated maternal hypothyroxinemia during pregnancy: knowns and unknowns. *Eur J Endocrinol*. Jan 2017; 176(1): R21-r38. doi:10.1530/eje-16-0354.
9. Nguyễn Thuý Quỳnh, Nguyễn Quang Bảy, Đoàn Thị Cẩm Vân. Rối loạn chức năng tuyến giáp ở thai phụ có nguy cơ cao mắc bệnh tuyến giáp trong 3 tháng đầu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 12/02 2024; 544(3). doi:10.51298/vmj.v544i3.12010.
10. Nguyễn Thị Minh Nguyệt, Ngũ Quốc Vĩ. Nghiên cứu tình hình rối loạn hormon giáp, THS 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*. 09/15 2023; (63): 15-22. doi:10.58490/ctump.2023i63.1415.
11. Kanawala A, Shekhawat GS. Prevalence of hypothyroid dysfunction among third trimester pregnant women and its effect on maternal and fetal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2023; 12(10): 3033.
12. Dương Thị Phương Thảo, Bùi Chí Thương. Khảo sát rối loạn chức năng tuyến giáp trong ba tháng đầu thai kỳ ở những thai phụ nguy cơ cao (tại Bệnh viện Phụ Sản Quốc tế Sài Gòn). *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2017; 21(1): 61.
13. Kumar R, Bansal R, Shergill HK, et al. Prevalence of thyroid dysfunction in pregnancy and its association with fetomaternal outcomes: A prospective observational study from a tertiary care institute in Northern India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2023/01/01/ 2023; 19: 101201. doi:10.1016/j.cegh.2022.101201.
14. Adoueni VK, Azoh AJ, Kouame E, et al. Prevalence and correlates of hypothyroidism in pregnancy: a cross-sectional study at Bouget General Hospital, Ivory Coast. *The Pan African medical journal*. 2022; 41: 37. doi:10.11604/pamj.2022.41.37.32553.
15. Männistö T, Mendola P, Reddy U, et al. Neonatal outcomes and birth weight in pregnancies complicated by maternal thyroid disease. *American journal of epidemiology*. Sep 1 2013; 178(5): 731-40. doi:10.1093/aje/kwt031.

## Summary

# CHARACTERISTICS OF THYROID DYSFUNCTION AND PREGNANCY OUTCOMES AMONG HOSPITALIZED PREGNANT WOMEN AT BINH DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Thyroid dysfunction is the second most common endocrine disorder in pregnancy and may adversely affect both mother and fetus, particularly in the third trimester in general and in the intrapartum period in particular. Therefore, we conducted a cross-sectional study in 53 pregnant women diagnosed with thyroid dysfunction to describe clinical features, thyroid hormone levels, clinical phenotypes, and pregnancy outcomes among women admitted for delivery with thyroid dysfunction. Hyperthyroidism predominated, including overt (49.1%) and subclinical disease (30.2%). Overt and subclinical hypothyroidism accounted for 5.7% and 3.8%, respectively, while 11.3% had isolated low free thyroxine (FT4). The most common symptoms of hyperthyroidism were tachycardia (71.4%) and hand tremor (59.5%). Hypothyroidism was less symptomatic, with constipation being the most frequent manifestation (63.6%). No postpartum hemorrhage or maternal or neonatal deaths were observed. However, the hyperthyroidism group tended to have higher rates of preterm birth and postpartum complications. In conclusion, pregnancy-related thyroid dysfunction was predominantly hyperthyroidism; enhanced screening combining clinical assessment and laboratory testing is needed to enable timely treatment.

**Keywords:** Thyroid dysfunction, pregnant women, clinical characteristics, pregnancy outcomes.