

- Young, 2023. 33(1): p. 79-85.
4. **Duong, T.H.H., et al.**, Incidence Rate and Risk Factors of Central Line-Associated Bloodstream Infection. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences, 2023. 39(3).
 5. **Hoa, T.T., L.Q. Thùy, and N.T.L. Anh**, kiến thức và thái độ của điều dưỡng về chăm sóc duy trì ống thông tĩnh mạch trung tâm đặt từ ngoại vi tại bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 532(1B).
 6. **Tran, H.T.M., et al.**, Case report: PICC line for a toddler with bilateral bidirectional Glenn shunt, Fontan circulation, and persistent left superior vena cava. Clinical Case Reports, 2022. 10(5): p. e05868.
 7. **Westergaard, B., V. Classen, and S. Walther-Larsen**, Peripherally inserted central catheters in infants and children—indications, techniques, complications and clinical recommendations. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2013. 57(3): p. 278-287.
 8. **Kieran, E.A., et al.**, 2% chlorhexidine–70% isopropyl alcohol versus 10% povidone–iodine for insertion site cleaning before central line insertion in preterm infants: a randomised trial. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2018. 103(2): p. F101-F106.
 9. **Wilder, K.A., et al.**, CLABSI reduction strategy: a systematic central line quality improvement initiative integrating line-rounding principles and a team approach. Advances in Neonatal Care, 2016. 16(3): p. 170-177.
 10. **Khieosanuk, K., et al.**, Incidence rate and risk factors of central line-associated bloodstream infections among neonates and children admitted to a tertiary care university hospital. American Journal of Infection Control, 2022. 50(1): p. 105-107

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP Ở THAI PHỤ CÓ NGUY CƠ CAO MẮC BỆNH TUYẾN GIÁP TRONG 3 THÁNG ĐẦU

Nguyễn Thuý Quỳnh¹, Nguyễn Quang Bẩy², Đoàn Thị Cẩm Vân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp (RLCNTG) và các yếu tố liên quan đến RLCNTG ở thai phụ có nguy cơ cao mắc bệnh tuyến giáp trong 3 tháng đầu tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng và bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành trên 305 thai phụ mang thai 3 tháng đầu. Các thai phụ được khám lâm sàng, xét nghiệm FT₄, TSH tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng. Trường hợp bất thường được chuyển sang bệnh viện Việt Tiệp khám, siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm TrAb, AntiTPO tùy từng trường hợp. **Kết quả:** Dựa theo khuyến cáo của Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) 2011(1) tỷ lệ RLCNTG là 32,79%. Trong đó cường giáp 11,8%, cường giáp dưới lâm sàng 11,8%, suy giáp 0,98%, suy giáp dưới lâm sàng 3,93%, tình trạng giảm FT₄ đơn độc 4,28%. Các yếu tố nguy cơ có tuổi, BMI, tiền sử sảy thai, sinh non, tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp và gia đình có mối liên quan chặt với tỷ lệ RLCN tuyến giáp. **Từ khóa:** chức năng tuyến giáp, phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu

SUMMARY

THYROID DYSFUNCTION IN PREGNANT WOMEN AT HIGH RISK OF THYROID DISEASE IN THE FIRST 3 MONTHS

Objective: Review the rate of thyroid dysfunction and factors related to thyroid dysfunction in pregnant

women in the first 3 months of pregnancy at Hai Phong Obstetrics Hospital and Viet Tiệp Friendship Hospital. **Methods:** The study was conducted on 305 pregnant women in the first 3 months of pregnancy. Pregnant women were clinically examined and tested for FT₄ and TSH at Hai Phong obstetrics hospital. Abnormal cases are transferred to Viet Tiệp hospital for examination, thyroid ultrasound, TrAb and AntiTPO tests depending on each case. **Results:** Based on the recommendations of the American Thyroid Association (ATA) 2011(1), the rate of ED is 32.79%. Of which hyperthyroidism is 11.8%, subclinical hyperthyroidism is 11.8%, hypothyroidism is 0.98%, subclinical hypothyroidism is 3.93%, isolated FT₄ decrease is 4.28%. Risk factors such as age, BMI, history of miscarriage, premature birth, history of thyroid disease and family are closely related to the rate of thyroid disorders. **Keywords:** thyroid function, pregnant women in the first 3 months.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến giáp rất phổ biến ở phụ nữ có thai, ảnh hưởng đến kết cục sản khoa gây nguy cơ cho mẹ như sảy thai, đẻ non, rau bong non,... với thai nhi gây nhẹ cân, kém phát triển thần kinh, bệnh tuyến giáp bẩm sinh,... Việc phát hiện và điều trị kịp thời RLCNTG ở phụ nữ có thai giúp hạn chế các biến chứng, giảm tỷ lệ tử vong cho cả mẹ và con, trẻ lớn lên được đảm bảo thể chất và trí tuệ. Tuy nhiên rối loạn trong thời kỳ này thường kín đáo do bị che lấp bởi các triệu chứng của thai nghén nên cần phải dựa vào cận lâm sàng. Tiêu chuẩn nồng độ hormon giáp được so với khoảng tham chiếu của phụ nữ có thai theo từng giai đoạn (1).

Trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu về RLCNTG ở phụ nữ có thai (5) và được đồng

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thuý Quỳnh

Email: quynhechop@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

thuận bởi các hiệp hội. Tại Việt Nam, việc sàng lọc RLCNTG đã được quan tâm nhưng chưa thành thường quy, đặc biệt phối hợp giữa chuyên ngành sản khoa và nội tiết trong việc quản lý RLCNTG ở phụ nữ có thai. Tại Hải Phòng là thành phố được quan tâm chăm sóc y tế nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá RLCNTG ở phụ nữ có thai. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp và các yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ có thai 3 tháng đầu tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng và bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 305 thai phụ mang thai 3 tháng đầu khám tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng và bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Phụ nữ mang thai 6-13 tuần, thai tự nhiên, đơn thai, sàng lọc theo tiêu chuẩn ATA 2011 (1) gồm:
 - ✓ Trên 30 tuổi
 - ✓ Tiền sử (TS) mắc bệnh tuyến giáp (suy giáp, cường giáp, viêm tuyến giáp sau sinh, phẫu thuật tuyến giáp)
 - ✓ Có TS gia đình mắc bệnh lý tuyến giáp
 - ✓ Có bướu giáp to
 - ✓ Có kháng thể anti TPO (+) khi nồng độ ≥ 34 IU/ml
 - ✓ Có triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng gợi ý suy giáp hoặc cường giáp từ trước
 - ✓ ĐTD typ1 hoặc có bệnh tự miễn khác: Lupus, xơ cứng bì, viêm khớp dạng thấp,...
 - ✓ Vô sinh
 - ✓ TS sảy thai, sinh non
 - ✓ TS chiếu xạ vùng đầu cổ
 - ✓ Đang điều trị Amiodarone hoặc Lithium
 - ✓ Phụ nữ béo phì BIM ≥ 27 kg/m² (với đối tượng người châu Á)
 - ✓ Phụ nữ phơi nhiễm với Iot phóng xạ trong 6 tuần qua

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ dùng các thuốc ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm: corticoid, chống trầm cảm, ... dùng các thuốc hormon giáp hoặc kháng giáp trạng không đúng chỉ định.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.5. Thu thập số liệu. Tất cả thai phụ có nguy cơ sàng lọc theo tiêu chuẩn ATA 2011(1) được khám, xét nghiệm FT4, TSH tại bệnh viện

phụ sản Hải Phòng. Trường hợp có RLCNTG hoặc đang điều trị basedow, suy giáp được chuyển sang bệnh viện Hữu Nghị Tiệp Tiệp để khám và quản lý về nội tiết. Với TSH tăng từ 2,5 -10 mIU/l được chỉ định anti-TPO hoặc TSH giảm < 0,1 mIU/l, FT4 tăng được chỉ định TRAb. Xét nghiệm sinh hoá được thực hiện bằng máy Cobas 6000 Modul e601 với nguyên lý điện hoá phát quang thống nhất 2 bệnh viện. Kháng thể Anti-TPO dương tính khi ≥ 34 IU/ml, TRAb dương tính khi $\geq 1,75$ UI/L theo khuyến cáo hãng Roche. Siêu âm tuyến giáp được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

2.6. Chẩn đoán. Kết quả TSH bình thường của thai phụ trong 3 tháng đầu khoảng tham chiếu theo ATA 2011 (1) và theo hãng máy đo là 0,1- 2,5 mIU/l. Giá trị FT4 khuyến cáo tham khảo theo từng phòng thí nghiệm. Ở đây FT4 bình thường là 12-22 pmol/l. Chẩn đoán như sau:

- Bình giáp: TSH: 0,1-2,5 mIU/l, FT4: 12-24 pmol/l
- Suy giáp lâm sàng khi: TSH > 2,5 mIU/l với FT4 <12pmol/l hoặc TSH > 10mIU/l với mọi mức FT4
- Suy giáp dưới lâm sàng khi: TSH từ 2,5 đến 10 mIU/l với mọi mức FT4
- Cường giáp lâm sàng: TSH < 0,1 mIU/l, FT4 >22 pmol/l
- Cường giáp dưới lâm sàng: TSH < 0,1 mIU/l, FT4 trong giới hạn bình thường
- Giảm FT4 đơn độc khi: TSH trong giới hạn 0,1- 2,5 mIU/l, FT4 < 12 pmol/l

2.7. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 27

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

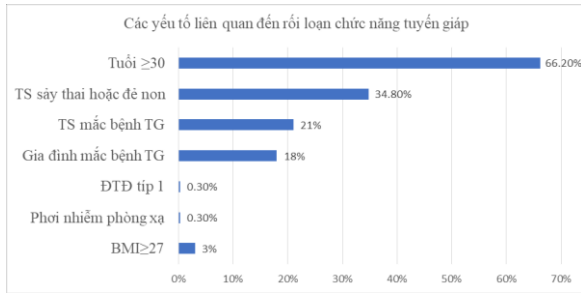
Qua nghiên cứu 305 thai phụ có nguy cơ cao mắc bệnh tuyến giáp trong 3 tháng đầu tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng và bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 8/2023 đến tháng 5/2024 chúng tôi thu được kết quả sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm nhóm đối tượng

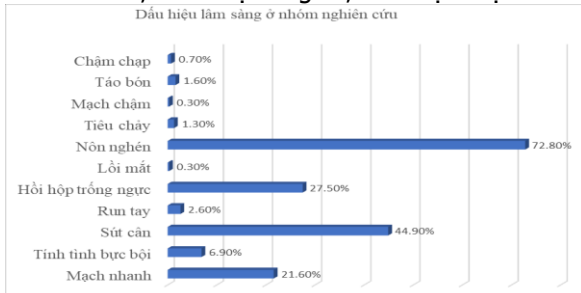
Đặc điểm	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Phân nhóm
Tuổi	31,17 ± 4,68	47	20	Nhóm <30 tuổi: 33,8%, nhóm ≥ 30 tuổi: 66,2%
Tuần thai	11,23 ± 1,67	13	6	
BMI	21,44 ± 1,63	35,65	15,81	BMI ≥ 27 : 3% BMI <27: 97%

Nhận xét: Các đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 31,17 tuổi, tuần thai trung bình 11,23 tuần, BMI trung bình 21,44



Biểu đồ 1: Các yếu tố liên quan đến RLCN tuyến giáp

Nhận xét: Các yếu tố gây rối loạn chức năng tuyến giáp được sàng lọc theo ATA 2011 thì tuổi ≥30 chiếm tỉ lệ cao nhất 66,2%, tiếp theo là tiền sử sảy thai hoặc đẻ non 34,8%, tiền sử mắc bệnh tuyến giáp 21%, chỉ có 1 thai phụ mắc ĐTĐ típ 1 và 1 thai phụ phơi nhiễm Iod phóng xạ trong vòng 6 tuần gần mang thai, không có trường hợp nào có tiền sử dùng Lithium, Amiodarone, chiếu xạ vùng cổ, mắc bệnh tự miễn.



Biểu đồ 2: Các triệu chứng nghi ngờ RLCNTG ở thai phụ 3 tháng đầu trên lâm sàng

Nhận xét: Hầu hết các triệu chứng đều biểu hiện của tình trạng nôn nghén 72,8%, sút cân 44,9%, hồi hộp trống ngực 27,5%, mạch nhanh 21,6%, có 1 trường hợp lỗi mắt do Basedow

3.2. Chẩn đoán

Bảng 3: Chẩn đoán các RLCN tuyến giáp

	TSH (mIU/l)	FT4 (pmol/l)	Số BN	%
Bình giáp	0,1 – 2,5	12 - 22	205	67,21
Suy giáp dưới LS	2,5- 10	12 - 22	12	3,93
Suy giáp	≥ 2,5	<12	3	0,98
Cường giáp dưới LS	< 0,1	12 - 22	36	11,80
Cường giáp	< 0,1	>22	36	11,80
Giảm FT4 đơn độc	0,1 – 2,5	<12	13	4,28
Tổng			305	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bình giáp là 67,21%, RLCN tuyến giáp là 23,79% trong đó cường giáp 11,8%, suy giáp 0,98%, giảm FT4 đơn độc 4,28%

3.3. Kết quả đặc điểm TrAb, Anti-TPO, siêu âm tuyến giáp ở nhóm đối tượng nguy cơ cao được kiểm soát tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

- Siêu âm tuyến giáp: 56 thai phụ được siêu âm tuyến giáp tại BV Việt Tiệp, hình ảnh siêu âm bình thường 39,3%, hình ảnh hướng tới bệnh tuyến giáp tự miễn 19,6%, bướu nhân 17,9%, đã cắt tuyến giáp toàn phần hoặc bán phần 21,4% (toàn các bệnh nhân K giáp), hình ảnh có nhân và tự miễn 1,8% trong số các thai phụ được siêu âm.

- TrAb: có 29 thai phụ được xét nghiệm TrAb thì có 19 trường hợp âm tính (TrAb < 1,75 UI/l), 10 trường hợp dương tính (TrAb ≥ 1,75 UI/L). Giá trị TrAb lớn nhất = 15,8 UI/L, nhỏ nhất = 0,6 UI/L.

- Anti-TPO: có 28 thai phụ được xét nghiệm Anti-TPO thì 22 trường hợp âm tính (78,6%), 6 trường hợp dương tính (21,4%), giá trị lớn nhất = 600 IU/ml, nhỏ nhất = 5 IU/ml

3.4. Môi liên các yếu tố nguy cơ và tình trạng RLCN tuyến giáp

Bảng 4: Môi liên các yếu tố nguy cơ và tình trạng RLCN tuyến giáp

	OR	CI (95%)	p
Tuổi ≥30	0,552	0,314-0,969	0,039
Tiền sử sảy thai	1,961	1,129-3,407	0,017
Tiền sử đẻ non	0,793	0,087-7,237	0,837
Tiền sử mắc basedow	1,008	0,165-6,159	0,993
Tiền sử suy giáp	2,803	0,631-6,876	0,229
Tiền sử mắc bướu nhân tuyến giáp	2,447	1,197-5,005	0,014
Tiền sử gia đình mắc bệnh TG	3,982	2,049-7,737	<0,001
BMI	0,842	0,149-4,763	0,846

Bảng 5: Môi liên quan dấu hiệu lâm sàng và RLCNTG

	OR	CI (95%)	p
Mạch nhanh	9,937	4,738-20,844	<0,001
Huyết áp tụt	0,868	0,062- 9,569	0,837
Sút cân	1,275	0,623- 2,608	0,506
Sợ nóng ảm	3,322	0,117- 94,608	0,482
Tính tình bức bối	0,832	0,255-2,719	0,761
Sút cân	1,275	0,623- 2,608	0,506
Hồi hộp trống ngực	2,196	1,079- 4,468	0,03
Nôn nghén	0,547	0,260- 1,150	0,112

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có 305 thai phụ trong độ tuổi từ 20-47 tuổi, trung bình 31,17 tuổi, tuần thai trung bình 11,23 tuần. Với điều kiện kinh tế hiện nay, tỷ lệ thai phụ có BMI ổn định cao, BMI trung bình 21,44 kg/m², BMI cao nhất 35,65 kg/m²

Theo tiêu chuẩn sàng lọc đối tượng nguy cơ cao có RLCNTG ở phụ nữ có thai tuổi ≥ 30 chiếm

66,2% tiếp theo là tiền sử sảy thai hoặc đẻ non 34,8%, tiền sử mắc bệnh tuyến giáp 21%, gia đình có người mắc bệnh tuyến giáp 18%, chỉ có 1 thai phụ mắc ĐTDĐ típ 1 và 1 thai phụ phơi nhiễm Iod phóng xạ trong vòng 6 tháng gần mang thai. Trong 21% trường hợp (64 thai phụ) có tiền sử bệnh lý tuyến giáp trừ trước thì 8 thai phụ đã có tiền sử basedow, 13 thai phụ có tiền sử suy giáp sau phẫu thuật tuyến giáp do ung thư tuyến giáp, còn lại bướu nhân tuyến giáp. Các trường hợp bệnh lý basedow và suy giáp sau phẫu thuật đều được quản lý tại đơn nguyên Nội tiết- Đái tháo đường bệnh viện Việt Tiệp từ trước khi có thai và đạt kết quả TSH trong giới hạn ổn định của 3 tháng đầu thai kỳ.

Các triệu chứng liên quan đến RLCNTG thường kín đáo, dễ bị ảnh hưởng triệu chứng của thai nghén. Tình trạng nôn nghén 72,8%, sút cân 44,9%, hồi hộp trống ngực 27,5%, mạch nhanh 21,6%, chỉ có 1 trường hợp lồi mắt được chẩn đoán basedow đang điều trị. Triệu chứng khác như tiêu chảy, táo bón, bực bội đều không điển hình với tỉ lệ thấp lần lượt là 1,3%, 1,6%, 6,9%.

4.2. Tỷ lệ rối loạn chức năng tuyến giáp trong nghiên cứu. Nghiên cứu chúng tôi đưa ra tỷ lệ RLCNTG là 32,8% trong đó tỉ lệ cường giáp là 11,8%, cường giáp dưới lâm sàng 11,8%, suy giáp 0,98%, suy giáp dưới lâm sàng 3,93%, giảm FT4 đơn độc 4,28%. Kết quả nghiên cứu này cũng gần tương đồng với nghiên cứu Đỗ Thị Tuyết Nhung 2015(2) tại bệnh viện phụ sản trung ương và nghiên cứu Phạm Tuấn Dương 2020(3) tại bệnh viện 19-8 Bộ công an đưa ra tỉ lệ RLCNTG lần lượt là 38,5% và 31,7% và cao hơn so với nghiên cứu Đinh Huy Cường 2019(4) tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 18,2%, cao hơn so với các nghiên cứu trong khu vực châu Á. Nghiên cứu của Wang(5) với RLCNTG gặp ở 10,2% số thai phụ (cường giáp gặp 1,8%, suy giáp gặp 7,5% và tình trạng giảm hormon FT4 là 0,9%), cao hơn Dinesh (Ấn Độ)(6), RLCNTG gặp ở 15,5% thai phụ với các tỷ lệ tương ứng là 0,3%, 14,3%.

Trường hợp có bất thường chức năng tuyến là suy giáp, suy giáp dưới lâm sàng, cường giáp tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng chuyển sang quản lý đơn nguyên Nội tiết- Đái tháo đường bệnh viện Việt Tiệp. Thai phụ bị giảm FT4 đơn độc được hướng dẫn chế độ ăn tăng Iod và trường hợp cường giáp dưới lâm sàng được xét nghiệm lại sau 4 tuần. Tại đơn nguyên Nội tiết- Đái tháo đường thai phụ có TSH >2,5 mIU/l được xét nghiệm Anti-TPO có 28 trường hợp thì 22 thai phụ kết quả âm tính (78,6%), 6 thai phụ dương tính (21,4%) , nồng độ Anti-TPO cao nhất

600 IU/ml. ATA 2011 đưa ra khuyến cáo ủng hộ điều trị SGDLS nếu Anti-TPO dương tính. Chúng tôi phát hiện và khởi động điều trị cho các trường hợp này để đạt TSH về mục tiêu. Các trường hợp có cường giáp và có tiền sử basedow đang điều trị đều được xét nghiệm TrAb để quản lý theo dõi. Kết quả có 29 trường hợp được xét nghiệm TrAb trong đó có 19 case âm tính (TrAb < 1,75 UI/L), 10 case dương tính (TrAb ≥ 1,75 UI/L). Cùng đó chúng tôi chỉ định siêu âm tuyến giáp cho 56 thai phụ để khẳng định chẩn đoán thì hình ảnh siêu âm bình thường 39,3%, hình ảnh hướng tới bệnh tuyến giáp tự miễn 19,6%, bướu nhân 17,9%, đã cắt tuyến giáp toàn phần hoặc bán phần 21,4% (toàn các bệnh nhân K giáp), hình ảnh có nhân và tự miễn 1,8%.

4.3. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng RLCN tuyến giáp. Thai phụ ≥30 tuổi có RLCNTG cao hơn có ý nghĩa OR= 0,552, CI (95%)= 0,314- 0,969 với p= 0,039. Các trường hợp có tiền sử sản khoa bất thường thì thai phụ có tiền sử sảy thai có nguy cơ RLCN tuyến giáp cao hơn có ý nghĩa p= 0,017, OR=0,196, CI (95%)= 1,129- 3,407. Về tiền sử mắc bệnh lý tuyến giáp từ trước của các thai phụ thì nhóm có bướu nhân tuyến giáp có RLCNTG cao OR= 2,447, p< 0,014, CI(95%)=1,197- 5,005. Nhóm các thai phụ có tiền sử mắc basedow hay suy giáp do phẫu thuật K giáp không thấy có mối liên quan đến RLCNTG, lý giải kết quả này là do tất cả các trường hợp bệnh lý đều được quản lý bởi đơn nguyên Nội tiết- Đái tháo đường của bệnh viện Việt Tiệp từ trước khi có thai đến thời điểm này và đều đạt TSH trong mục tiêu. Yếu tố gia đình có bố mẹ đẻ, anh chị em ruột mắc bệnh lý tuyến giáp rất quan trọng liên quan chặt chẽ với RLCNTG thời kỳ mang thai OR= 3,982, CI(95%)=2,049- 7,737, p< 0,001. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa BMI, tiền sử mắc đái tháo đường típ1, dùng các thuốc Amiodarone, Lithium, chiếu xạ vùng cổ hay nhiễm xạ do nghiên cứu trong thời gian ngắn, số lượng còn hạn chế gặp các trường hợp trên.

Về dấu hiệu lâm sàng thì các trường hợp có RLCNTG có mạch nhanh hơn các trường hợp bình giáp với OR= 9,937, CI(95%)= 4,738-20,844, p < 0,001. Triệu chứng hồi hộp trống ngực cũng điển hình hơn ở các trường hợp có RLCN tuyến giáp với OR= 2,196, CI(95%)= 1,079- 4,468, p< 0,03. Các triệu chứng khác như run tay, tính tình bực bội, sút cân, nôn nghén không có mối liên quan với RLCN tuyến giáp. Lý giải cho kết quả này là trong quý đầu thai kỳ, các triệu chứng thai nghén chồng lấp gây biểu hiện lâm sàng gần tương tự như RLCN tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Gần 1/3 số thai phụ trong nghiên cứu có RLCN tuyến giáp, các yếu tố nguy cơ của nhóm này là tuổi ≥ 30 , tiền sử sảy thai hoặc đẻ non, tiền sử mắc bệnh tuyến giáp hoặc gia đình mắc bệnh tuyến giáp. Tỷ lệ này thay đổi giữa các vùng miền, các quốc gia do còn phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, đặc điểm dân cư, dinh dưỡng, chế độ chăm sóc y tế. Cần tầm soát phát hiện và kịp thời phối hợp giữa chuyên ngành sản khoa và nội tiết để giảm thiểu biến chứng cho mẹ và con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, và c.s.** Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. *Thyroid*. Tháng Mười 2011;21(10):1081–125.

2. **Đỗ Thị Tuyết Nhung, PGS-TS. Nguyễn Khoa Diệu Vân, TS. Nguyễn Bích Thủy.** Nhận xét nồng độ Hormon tuyến giáp, anti TPO huyết thanh và hình ảnh siêu âm tuyến giáp ở phụ nữ trong 3 tháng đầu thai kỳ. Đại học Y Hà Nội;
3. **Thực trạng rối loạn chức năng tuyến giáp ở phụ nữ mang thai 3 tháng đầu tại Bệnh viện 19-8.pdf.**
4. **Đinh Huy Cường, TS. Nguyễn Mạnh Trí.** 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 Hà Nội [Luận văn]. Đại học Y Hà Nội; 2019.
5. **Wang W, Teng W, Shan Z, Wang S, Li J, Zhu L, và c.s.** The prevalence of thyroid disorders during early pregnancy in China: the benefits of universal screening in the first trimester of pregnancy. *European Journal of Endocrinology*. 1 Tháng Hai 2011;164(2):263–8.
6. **Dinesh K, Dhanwal.** High prevalence of subclinical hypothyroidism during first trimester of pregnancy in North India. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2013;

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH XỬ TRÍ SỐT CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Thúy Hương^{1,2}, Phạm Đắc Đức¹, Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thực hành xử trí sốt cho trẻ dưới 5 tuổi của người chăm sóc trẻ tại khoa Tự nguyện B – Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/01/2023 đến 31/03/2023 và nhận xét một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng là người chăm sóc cho trẻ dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại khoa Tự nguyện B – BVTEHP. **Kết quả:** Chúng tôi khảo sát 280 đối tượng tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ người chăm sóc trẻ có kiến thức về sốt ở mức đạt chiếm 41,79%, người chăm sóc trẻ thực hành đạt xử trí sốt chiếm 36,79%. Kết quả này phản ánh tỉ lệ người chăm sóc trẻ bị sốt có kiến thức và thực hành xử trí sốt đúng còn ở mức thấp. **Kết luận:** Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục để nâng cao kiến thức và thực hành xử trí sốt cho trẻ dưới 5 tuổi của người chăm sóc trẻ. **Từ khóa:** Kiến thức, thực hành, xử trí, sốt, trẻ em

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF FEVER MANAGEMENT AMONG CAREGIVERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Dương Tùng Anh

Email: ddtanh@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

HAIPHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: To examine knowledge and practice of fever management among caregiver who had children treated at General pediatric Department B – Hai Phong Children's Hospital from January to March in 2023 and comment related factors. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on the total of caregiver with children under 5 years old at General pediatric Department B – Hai Phong Children's Hospital. **Results:** We researched 280 study participants. The proportion of caregivers with satisfactory knowledge about fever accounted for 41.79%, and 36.79% of caregivers practiced an appropriate fever management. This result reflected that the proportion of caregivers of children with fever who have knowledge and practice of correct fever management was still low. **Conclusion:** It is necessary to strengthen educational communication work to improve caregivers' knowledge and practice of fever management for children under 5 years old.

Keywords: Knowledge, practice, treatment, fever, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt là trạng thái cơ thể chủ động tăng thân nhiệt do trung tâm điều hòa nhiệt bị tác dụng bởi các nhân tố gọi là chất gây sốt, đưa đến kết quả tăng sinh nhiệt và giảm thải nhiệt. Ở trẻ em, nhiệt độ khi vượt trên ngưỡng 37,5°C thì được gọi là sốt[1]. Đối với trẻ dưới 5 tuổi, hệ thống điều nhiệt và hệ thống miễn dịch chưa phát triển hoàn thiện, do vậy trẻ thường dễ mắc bệnh, hay sốt và đặc biệt ở lứa tuổi này xuất hiện biến