

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CƠN BÃO GIÁP Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TẠI BVQY 175

Bùi Đức Thành¹, Nguyễn Quang Tường¹, Hồ Ngọc Phát¹

TÓM TẮT

Cơn bão giáp là một cấp cứu nội khoa nặng có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân đòi hỏi phải chẩn đoán, cấp cứu và điều trị kịp thời. Cơn bão giáp là hậu quả của một số nguyên nhân như nhiễm khuẩn, phẫu thuật, bệnh lý cấp tính và hiếm gặp hơn là sau chấn thương. Việc nhận ra cơn bão giáp ở bệnh nhân chấn thương khá khó khăn do bác sĩ cấp cứu thường hay tập trung vào những tổn thương phổ biến (đầu, ngực, bụng, chi...). Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân đa chấn thương do tai nạn giao thông được chẩn đoán, phát hiện kịp thời cơn bão giáp. Từ đó giúp các bác sĩ ngoại khoa có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán, điều trị cơn bão giáp ở bệnh nhân chấn thương.

Từ khóa: Cơn bão giáp, chấn thương, bác sĩ cấp cứu, yếu tố nguy cơ, cường giáp.

THYROID STORM IN A PATIENT WITH TRAUMA

SUMMARY

Thyroid storm, a life-threatening illness, requires physicians to approach, diagnose and treat appropriately. It is recognized to rise as a consequence of several factors, including infection, surgery, acute illness, and rarely, trauma. Awareness of thyroid storm in a trauma patient is challenged because the emergency physician tends to attend to other common injuries. We report a multiple traumatic patient caused of traffic accident, who was diagnosed as thyroid storm opportunely. Hence, surgical doctors have more experience in diagnosis and management of thyroid storm in trauma patient.

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Quang Tường (quangtuongqy175@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/01/2022, ngày phản biện: 19/04/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2022

Keywords: thyroid storm; trauma; emergency physician; risk factors; hyperthyroidism

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơn bão giáp là một biến chứng hiếm gặp của tình trạng nhiễm độc giáp. Mặc dù chẩn đoán sớm, tỉ lệ tử vong vẫn ở mức cao 10%-30%. 4 đặc điểm lâm sàng chính của cơn bão giáp: rối loạn tri giác, sốt cao, mạch nhanh và rối loạn tiêu hóa. Cơn bão giáp thường bị thúc đẩy bởi một số yếu tố như nhiễm trùng, sử dụng chất cản quang chứa iod, thuốc nội khoa, mang thai, phẫu thuật hoặc một số bệnh lý cấp tính. Chấn thương là một yếu tố thúc đẩy hiếm gặp [4].

Nhận ra được tình trạng bão giáp ở bệnh nhân chấn thương là khá khó khăn

bởi các bác sĩ cấp cứu thường tập trung vào kiểm soát những tổn thương phổ biến hơn (đầu, ngực, bụng, chi...). Những biểu hiện của cơn bão giáp như mạch nhanh, rối loạn tri giác, hôn mê thường bị nhầm lẫn do nguyên nhân chấn thương. Khai thác kỹ bệnh sử và tinh táo nhận biết các yếu tố nguy cơ của bệnh có thể làm giảm tần suất chẩn đoán nhầm và hạn chế kết cục xấu cho người bệnh.

Ở bài viết này, chúng tôi báo cáo một bệnh nhân có “Cơn bão giáp sau chấn thương” và những vấn đề có liên quan đến việc xử trí chưa phù hợp do chưa có kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị.

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán Cơn bão giáp [3]

Rối loạn thân nhiệt: Độ C	Điểm	Nhịp tim (nhịp/phút)	Điểm
37.2-37.7	5	99-109	5
37.8-38.2	10	110-119	10
38.3-38.8	15	120-129	15
38.9-39.4	20	130-139	20
39.4-39.9	25	≥140	25
>40	30		
Rối loạn tri giác		Suy tim	
Không	0	Không	0
Nhẹ: Kích động	10	Nhẹ: phù chi dưới	5
Vừa: Mê sáng, lú lẫn, thờ ơ, ngủ gà	20	Vừa: Ral phổi	10
Nặng: Co giật, hôn mê	30	Nặng: phù phổi	15

Rối loạn tiêu hóa		Rung nhĩ	
Không	0	Không	0
Vừa: tiêu chảy, nôn/buồn nôn, đau bụng	10	Có	10
Nặng: vàng da	20		
Yếu tố thúc đẩy			
Có	0		
Không	10		

≥45 điểm: nguy cơ cao có cơn bão giáp; 25-44: nguy cơ có cơn bão giáp ; <25: ít nguy cơ có cơn bão giáp. Theo Burch và Wartofsky [3].

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nam, 34t, tiền sử đái tháo đường type 2 điều trị thường xuyên, nhập khoa cấp cứu sau 30 phút tai nạn giao thông xe máy- xe máy ngược chiều trong tình trạng: kích thích vật vã, GCS:10 điểm (E:2, V:4, M:4), đồng tử 2 bên đều 2mm, phản xạ ánh sáng (+). Sung nề vùng mặt, cổ. Không sốt. Mũi còn. Thở nhanh 35 lần/phút, SpO2 100%. Mạch nhanh 130 lần/phút. HA: 130/60 mmHg. Hình ảnh học: CT scanner sọ: vỡ xương thái dương và xương gò má P, tụ khí nội sọ thái dương P và lều tiểu não, máu tụ dưới màng cứng thái dương T lượng ít. CT scanner ngực: không gãy xương sườn, mờ nhẹ 2 đáy phổi theo dõi do dập phổi. Bụng, khung chậu, tử chi không phát hiện tổn thương. Xét nghiệm tại khoa cấp cứu: Ethyl alcohol: 51.44 mmol/l. Đường máu 13,6 mmol/l. HbA1C 7.9%. Các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu (hồng cầu, huyết sắc tố...) và nội môi khác trong giới hạn bình thường. Sau khi truyền tĩnh mạch 1000ml dịch tinh thể,

thuốc giảm đau và an thần nhẹ, tình trạng mạch xu hướng tăng 145 lần/phút. Nhập khoa ngoại thần kinh điều trị bảo tồn vào giờ thứ 3 của bệnh.

Diễn biến nặng vào giờ thứ 6, chuyển theo dõi tại khoa Hồi sức ngoại trong tình trạng:

GCS 8 điểm (E1, V2, M5), kích thích nhiều. Đồng tử 2 bên đều 1mm, phản xạ ánh sáng (+). Sốt cao 40 độ.

Thở Oxy nhánh 3L/phút, tần số thở 35 lần/phút. SpO2 96%. Ủn tắc đờm.

Mạch tăng nhanh từ 160 lên 205 lần/ phút. HA 108/50 mmHg. CVP= 2cm nước. ECG hình ảnh nhịp nhanh kịch phát trên thất.

Test đường mao mạch 20 mmol/l.

Khám tại chỗ ngoài các tổn thương nêu trên phát hiện vùng cổ trước, tương ứng vị trí tuyến giáp sưng nề nhiều. Siêu âm cấp cứu tại giường thấy nhu mô tuyến giáp không đồng nhất, 1 nhân ở thùy trái.

Các XN:

Công thức máu: HC: 4.53 T/l, Hb: 11.8 g/l. Hct: 36.6%.

Chức năng tuyến giáp TSH 0.32 uIU/ml; FT4: 78.31 pmol/L; FT3: 8.67 pmol/L.

Nhiễm toan chuyển hóa pH/pCO₂/pO₂/HCO₃⁻: 7.3/31/122/14.9. BE: -10.1; Lactat: 8.6 mmol/l.

Glucose máu: 19.6 mmol/L. Glucose niệu :4+. Ceton niệu (-).

Rối loạn nước điện giải : Na⁺ : 158 mmol/l. K⁺ : 6.15mmol/L, Cl⁻ : 128 mmol/L.

Sau khi loại trừ nguyên nhân sốc giảm thể tích và áp dụng thang điểm chẩn đoán cơn bão giáp của Buck và Wartofsky (Bảng 1), bệnh nhân có số điểm là 85 điểm (nhiệt độ 30 điểm, kích thích vật vã: 20 điểm, mạch: 25 điểm, rối loạn nhịp: 10 điểm). Nhận định: Cơn bão giáp/ Đa chấn thương (Chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt, chấn thương vùng cổ (tuyến giáp), chấn thương ngực kín) do TNGT.

Điều trị: Đặt NKQ, an thần thở máy. Thuốc kháng giáp tổng hợp PTU (propylthiouracil), corticoid. Hạ thân nhiệt chỉ huy, chống loạn nhịp bằng aminodarone, không hiệu quả chuyển digoxin. Kiểm soát đường huyết bằng insulin nhanh đường tĩnh mạch. Điều chỉnh các rối loạn về toan kiềm và nước - điện giải.

Ngày thứ 2: Sốt giảm, mạch giảm, huyết áp tạm kiểm soát, các rối loạn nội môi được điều chỉnh. Chuyển kiểm soát nhịp bằng propranolol. Xuất hiện tình trạng tổn thương gan cấp: AST/

ALT: 4103/3108 theo dõi do thuốc (PTU, paracetamol, fentanyl, midazolam). Hội ý với chuyên gia nội tiết, quyết định ngưng thuốc kháng giáp tổng hợp, chuyển dùng dung dịch Lugol 5% uống, phối hợp điều trị tổn thương gan cấp.

Huyết động ổn định vào ngày thứ 3 của bệnh. Các xét nghiệm chức năng tuyến giáp về gần bình thường. Men gan giảm. Cai máy thở và rút ống nội khí quản vào ngày thứ 5. Bệnh nhân còn di chứng tổn thương thần kinh (rối loạn tri giác, nhận thức và ngôn ngữ) khó phân biệt do chấn thương sọ não hay do cơn bão giáp.

3. BÀN LUẬN

Cơn bão giáp, xảy ra ở khoảng 1-10% bệnh nhân nhiễm độc giáp, lần đầu tiên được mô tả vào năm 1926, từ đó đến nay việc chẩn đoán và điều trị vẫn còn là thách thức. Bệnh xảy ra với tần suất cao hơn ở phụ nữ và ở những người bị bệnh Graves [7], [13], [14]. Mặc dù chưa tìm ra được chính xác cơ chế bệnh sinh, người ta đã xác định được một số yếu tố thúc đẩy, bao gồm: nhiễm khuẩn, chấn thương lớn, phẫu thuật, mang thai và sinh con, nhiễm toan ceton, tổn thương mạch máu, thuốc, chất cản quang chứa iod, quá liều amiodarone, stress tâm lý [4]. Chấn thương là nguyên nhân hiếm gặp. Trong một nghiên cứu cấp quốc gia ở các bệnh viện Nhật Bản, chấn thương chiếm khoảng 3.9% các bệnh nhân bị bão giáp [1]. Tuy nhiên, các triệu chứng của cơn bão giáp như rối loạn tri giác, mạch nhanh và tăng huyết áp có thể làm lúng túng cho các nhà lâm sàng ở các

bệnh nhân chấn thương. Việc chẩn đoán muộn cơn bão giập thường đem lại kết cục xấu cho bệnh nhân bởi thậm chí khi được chẩn đoán sớm, thì tỉ lệ tử vong của bệnh cũng vào khoảng 10-30% [13]. Năm 2016, Wang và cộng sự tiến hành tổng hợp 22 bài

báo cáo về Cơn bão giập sau chấn thương, phân tích thông tin của 25 bệnh nhân đưa ra được đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị bão giập sau chấn thương như trong bảng 2 [2],[15].

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị Cơn bão giập sau chấn thương [2]

Bệnh nhân	
Tuổi trung bình	32 (15-74)
Phụ nữ	60%
Tiền sử cường giập	47.8%
Điểm ISS trung bình	9 (1-33)
Vị trí chấn thương	
Đầu và cổ	60%
Chi	36%
Bụng	16%
Ngực	8%
Bông	4%
Điểm chẩn đoán trung bình	55 (25-85)
Chức năng tuyến giáp	
THS thấp	100%
T3 cao	80.9%
T4 cao	95.7%
Điều trị nội khoa	95.8%
Thioamide	95%
Chẹn beta	90%
Corticoid	40%
Iod	30%
Digoxin	20%
Can thiệp phẫu thuật	13%
Kết cục	
Tốt	84%
Di chứng thần kinh	12%
Chết	4%

ISS: Injury Severity Score [2]

Về cơ chế bệnh sinh, theo những nghiên cứu của Wang và cộng sự, độ tuổi các bệnh nhân trong khoảng từ 15- 74, trung bình là 32. Hầu hết các bệnh nhân là nữ (60%). Trong số các bệnh nhân có cơn bão giáp sau chấn thương, 47.8% có tiền sử cường giáp có điều trị hoặc không [15]. Sau khi đã loại ra những bệnh nhân bị chấn thương trực tiếp vào tuyến giáp, 62.5% bệnh nhân những bệnh nhân còn lại có tiền sử cường giáp. Điều này gợi ý rằng những bệnh nhân có tiền sử cường giáp sẽ có nguy cơ cao bùng phát cơn bão giáp sau chấn thương [10]. Chỉ số ISS trung bình là 9 (khoảng từ 1-33), tương ứng với chấn thương mức độ trung bình [2]. Điểm ISS thấp nhất là 1, điều đó cho thấy rằng thậm chí những chấn thương nhỏ nhất cũng có thể thúc đẩy cơn cường giáp và dường như tiến triển của cơn cường giáp không liên quan đến mức độ nặng của chấn thương. Về phương diện vị trí chấn thương, 15(60%) bệnh nhân bị chấn thương vùng đầu và cổ, và hơn một nửa số bệnh nhân (53.3%) bị chấn thương trực tiếp vào tuyến giáp. Cơn bão giáp sau chấn thương trực tiếp vào tuyến giáp có thể bởi sự giải phóng hormone giáp từ những nang tuyến bị tổn thương. Những vị trí tổn thương khác có thể gặp là chấn thương chi (n=9.36%), bụng (4.16%), ngực (n = 2.8%), và bồng (n=1.4%) [15]. Loại ra những bệnh nhân bị chấn thương trực tiếp vào tuyến giáp, thì cơn bão giáp sau chấn thương thậm chí xảy ra ở những vị trí tổn thương rất xa

so với tuyến giáp. Cơ chế bệnh sinh của những trường hợp này đến nay còn chưa rõ, có thể những stress bởi sự đau đớn, lo lắng sau pha chấn thương đóng vai trò quan trọng ở những bệnh nhân này và là yếu tố thúc đẩy cơn bão giáp. Bệnh nhân của chúng tôi ghi nhận có đái tháo đường type 2 ở tuổi còn khá trẻ (34 tuổi), đặt ra nghi vấn về tình trạng cường giáp dưới lâm sàng. Tuy nhiên, có lẽ cơ chế bệnh sinh chủ yếu của bệnh nhân này là chấn thương trực tiếp vào tuyến giáp. Stress sau chấn thương là cơ chế thứ yếu.

Biểu hiện lâm sàng của cơn bão giáp được nêu trong Bảng 3. Triệu chứng phổ biến nhất của cơn bão giáp sau chấn thương là **mạch nhanh (96%)**, và sốt (80%), rối loạn tri giác (52%). Bệnh nhân với cơn bão giáp sẽ biểu hiện tất cả những dấu hiệu của cường giáp nhưng ở mức độ cao hơn gồm sốt, dấu hiệu thần kinh trung ương, rối loạn tiêu hóa và giảm chức năng gan, suy thận cấp, rối loạn nhịp và các biến chứng về tim mạch khác. Triệu chứng thần kinh trung ương hay gặp có thể là mê sảng, kích động, lú lẫn và thậm chí hôn mê. Triệu chứng tiêu hóa như buồn nôn, nôn và tiêu chảy nhiều lần. Biểu hiện ở cơ quan tuần hoàn bao gồm hồi hộp đánh trống ngực, mạch nhanh, nẩy căng kèm khó thở khi gắng sức, thiếu máu cơ tim và rung nhĩ. Những triệu chứng này có thể dẫn đến suy tim sung huyết, trụy tim mạch và sốc [4]. Dữ liệu lớn nhất về các cơn bão giáp đến từ

các bệnh viện Nhật Bản với sự ghi nhận 356 trường hợp từ 2004 đến 2008, nghiên cứu này cung cấp những cơ sở dữ liệu rất đáng tin cậy về lâm sàng và dịch tễ học. Mạch nhanh hơn 130 lần/phút gặp ở 73% các trường hợp, theo đó là những biểu hiện đường tiêu hóa (68%), triệu chứng thần kinh (67%), sốt (42%) và suy tim (39%) [1]. Stress và sốc giảm thể tích sau chấn thương góp phần làm tỉ lệ mạch nhanh cao hơn đáng kể (96% so với 73%) ở những bệnh nhân chấn thương có bão giáp. Sự khác biệt về tỉ lệ mạch nhanh này chính là vấn đề khá tinh tế mà nếu không nhận ra có thể dẫn đến bỏ sót tổn thương của các bác sĩ cấp cứu. Vì vậy, nếu bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh vượt quá tỉ lệ có thể xảy ra ở những trường hợp chấn thương, cơn bão giáp nên được xem xét đến trong chẩn đoán phân biệt. Bệnh nhân báo cáo ở trên vào viện trong tình trạng mạch nhanh 130 lần/ phút. Tình trạng mạch này khá

thường gặp ở các bệnh nhân chấn thương, tuy nhiên lưu ý bệnh nhân có chấn thương sọ não gây tăng áp lực nội sọ. Một trong những đặc điểm của bệnh nhân tăng áp lực nội sọ là mạch chậm. Nếu nhạy bén, có lẽ bác sĩ ở khoa cấp cứu đã có thể nhận thấy tình trạng mạch nhanh này không phù hợp với một ca chỉ có chấn thương sọ não đơn thuần và nên tầm soát thêm các nguyên nhân mạch nhanh khác, đặc biệt khi có trong tay kết quả xét nghiệm máu và nội môi trong giới hạn bình thường. Một điểm đáng lưu ý khác là sau khi bù 1000 ml dịch tinh thể, được dùng giảm đau, và an thần nhưng tình trạng mạch không cải thiện, thậm chí tăng nhanh lên 145 lần/phút. Tham vấn chuyên gia tim mạch- nội tiết trong tình huống này phù hợp hơn là việc chuyển bệnh nhân lên khoa ngoại thần kinh. Tại khoa ngoại thần kinh, bệnh nhân đã bộc lộ rõ những triệu chứng lâm sàng điển hình của một cơn bão giáp.

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng của cơn bão giáp sau chấn thương (N=25)

Triệu chứng	n (%)
Mạch nhanh	24 (96)
Sốt	20 (80)
Rối loạn tri giác	13 (52)
Rối loạn tiêu hóa	6 (24)
Suy tim	6 (24)
Rung nhĩ	4 (16)
Tổn thương đa cơ quan	2 (18)

Chẩn đoán cơn bão giáp dựa vào các biểu hiện lâm sàng. Vào năm 1993, Buck và Wartosky đã đưa ra thang điểm

chẩn đoán cơn bão giáp. Mỗi sự khác biệt về dấu hiệu và triệu chứng sẽ có những điểm khác nhau (Bảng 2) [3]. 45 điểm

hoặc lớn hơn thì có nguy cơ cao mắc cơn bão giáp, 25-44 là có nguy cơ còn dưới 25 điểm thì ít khả năng bị. Nhóm những bệnh nhân trong báo cáo của Wang, điểm trung bình là 55 (từ 25-85), thuộc nhóm nguy cơ cao bị bão giáp, và thậm chí điểm thấp nhất 25 cũng có thể có nguy cơ [15]. Mặc dù hệ thống tính điểm không phải là hoàn toàn đặc hiệu, áp dụng nó cho các bệnh nhân bão giáp sau chấn thương thì rất hiệu quả trong việc chẩn đoán và tiên lượng.

Đánh giá chức năng tuyến giáp ở các bệnh nhân bão giáp sau chấn thương cho thấy tình trạng cường giáp, nó bao gồm giảm TSH (100%) và tăng T4 (95%), T3 (80.9%) [15]. Như đã nói ở trên, chẩn đoán cơn bão giáp dựa vào tiền sử bệnh và triệu chứng lâm sàng. Không có một mức T3, T4 cụ thể nào để phân biệt giữa nhiễm độc giáp và cường giáp, nhưng đánh giá toàn bộ cả TSH, T3, T4 giúp cho dễ dàng chẩn đoán xác định. Hơn nữa, những kết quả xét nghiệm thường tương quan với triệu chứng lâm sàng và cũng là biện pháp để đánh giá hiệu quả điều trị. Bệnh nhân minh họa ở trên có số điểm chẩn đoán cơn bão giáp theo thang điểm của Buck và Wartosky là 85, tức nguy cơ cao có cơn bão giáp, kết hợp với xét nghiệm TSH và T3, T4 hoàn toàn phù hợp.

Phương án đầu tay điều trị cơn bão giáp sau chấn thương là điều trị nội khoa [9],[12], tập trung vào quá trình tổng hợp và giải phóng hormone giáp kết hợp với

làm giảm tác dụng ngoại vi của hormone này để tránh tổn thương các cơ quan đích. Những thuốc phổ biến được lựa chọn để điều trị là thioamides (95%), chẹn beta như propranolol hoặc esmolol (90%), corticoid (40%), iod (30%) và digoxin (20%). Can thiệp phẫu thuật như cắt tuyến giáp được thực hiện ở 3 bệnh nhân (13%) - tất cả đều có tổn thương trực tiếp vào tuyến giáp [5],[6].

Bởi tỉ lệ tử vong cao, các biện pháp điều trị nên được tiến hành càng sớm càng tốt khi có nghi ngờ cơn bão giáp. Những bệnh nhân nặng thường được gửi tới ICU để được theo dõi sát và hồi sức tích cực. Điều trị nội khoa cơn bão giáp nhằm 3 mục tiêu: ức chế quá trình tổng hợp và giải phóng hormone giáp, ức chế tác động ngoại vi của hormone giáp và tăng sự đào thải hormone giáp.

Thioamides, sẽ chặn quá trình tổng hợp hormone giáp mới, bao gồm thiouracils (6 - propyl - 2 - thioracil) và imidazoles (methimazole và carbimazole). Những nhóm thuốc này thường được dùng như là lựa chọn đầu tay khi điều trị cơn bão giáp. Sử dụng Iod có thể chặn đứng sự giải phóng hormone giáp [3]. Dung dịch lugol và kali iotua là những thuốc mang đến hiệu quả trong việc ngăn quá trình này. Lithium cũng có thể được cân nhắc như là lựa chọn thứ 2 để làm giảm hormone giải phóng ra từ tuyến và giảm quá trình Iod hóa của tyrosine. Tuy nhiên, cơ chế tác

động chưa được tìm hiểu kỹ và nguy cơ ngộ độc thứ phát.

Chẹn beta, corticoid và digoxin là những thuốc ức chế tác động ngoại vi của hormone giáp. Chẹn beta là thuốc đóng vai trò quan trọng trong điều trị các trường hợp cường giáp có biến chứng hoặc không. Propranolol là thuốc chẹn beta thường được sử dụng nhất trong trường hợp này bởi đặc tính ức chế không chọn lọc beta giao cảm và cũng bởi vì nó có thể dùng được đường tĩnh mạch cùng khả năng giảm sự biến đổi T4 thành T3. Tuy vậy, tác dụng phụ của chẹn beta có thể xảy ra ở những bệnh nhân chấn thương có sốc. Khi những biểu hiện lâm sàng của cơn bão giáp diễn ra dai dẳng cùng với những tình trạng tuần hoàn tăng động, có thể cần trọng sử dụng chẹn beta cùng với theo dõi sát diễn biến lâm sàng và huyết động. Corticoid có thể được sử dụng để chống giảm chức năng tuyến thượng thận và làm giảm sự biến đổi T4 thành T3 ở ngoại vi. Việc sử dụng digoxin được ghi nhận ở ca lâm sàng đầu tiên vào năm 1995, tác dụng chống rối loạn nhịp của nó có thể có hiệu quả để kiểm soát tình trạng mạch nhanh ở bệnh nhân bão giáp [8],[11]. Tuy nhiên, phạm vi tác dụng hẹp của digoxin so sánh với lợi ích của chẹn beta có thể làm giới hạn sự sử dụng của thuốc này.

Can thiệp phẫu thuật cho cơn bão giáp là cắt gân hoàn toàn tuyến giáp [3]. Tất cả những bệnh nhân thất bại trong điều trị nội khoa nên được tiến hành thay

huyết tương hoặc can thiệp phẫu thuật sớm (trong vòng 12-72 giờ).

Quay trở lại bệnh nhân nói trên, việc điều trị có một số điểm còn chưa phù hợp. Bệnh nhân được điều trị mạch nhanh ban đầu bằng aminodarone- một hợp chất giàu iode có cấu trúc hóa học tương tự T4 và T3, đây không phải là khuyến cáo đầu tay do vậy thất bại trong kiểm soát nhịp. Sau khi dùng thuốc kháng giáp tổng hợp propylthiouracil (PTU) kết hợp những thuốc làm giảm tác dụng ngoại biên của hormone giáp như propranolol, corticoid và kiểm soát nhịp bằng digoxin, tình trạng lâm sàng cơn bão giáp có cải thiện nhanh chóng. Lưu ý tác dụng hủy hoại tế bào gan của PTU, thay thế bằng dung dịch lugol 5% vẫn đạt hiệu quả mong muốn. Hạ thân nhiệt chỉ huy trong trường hợp tăng thân nhiệt ác tính không đáp ứng với các biện pháp điều trị nội khoa là một phương án nên nghĩ tới để hạn chế di chứng tổn thương não. Không can thiệp ngoại khoa trên bệnh nhân này là hoàn toàn phù hợp

Kết cục của các bệnh nhân có cơn bão giáp phụ thuộc nhiều vào việc can thiệp đúng và kịp thời, tỉ lệ tử vong rơi vào khoảng 10-30% [1],[13]. Trong nghiên cứu của các bệnh viện tại Nhật Bản, nguyên nhân tử vong gồm: suy đa tạng (24%), suy tim sung huyết (21%) [1]. Ngoài ra, với cơ cấu bệnh đa dạng như tổn thương não, teo cơ, bệnh mạch máu não, giảm chức năng thận, rối loạn tâm thần làm kéo dài thời

gian chăm sóc. Nhóm bệnh nhân có cơn bão giáp do chấn thương dường như có tiên lượng tốt hơn nhóm bệnh có cơn bão giáp do nguyên nhân khác. Tuy nhiên, cơ chế của giả thuyết này vẫn chưa rõ ràng, yêu cầu cần phải có một nghiên cứu lớn hơn để tìm ra sự khác biệt của cơn bão giáp do chấn thương và cơn bão giáp không do chấn thương.

4. KẾT LUẬN

Chấn thương là nguyên nhân hiếm gặp của cơn bão giáp, và việc chẩn đoán thường gặp nhiều khó khăn bởi sự chồng lấn triệu chứng lâm sàng của tình trạng nhiễm độc giáp (mạch nhanh, rối loạn tri giác, đau bụng) với bệnh cảnh chấn thương. Bác sĩ cấp cứu phải luôn cân nhắc về chẩn đoán cơn bão giáp nếu bệnh nhân có tiền sử cường giáp hoặc có chấn thương ở những vùng gần tuyến giáp. Mạch quá nhanh, không phù hợp với bệnh cảnh chấn thương cũng là một gợi ý đến cơn bão giáp. Hệ thống điểm và các xét nghiệm có thể giúp cho việc chẩn đoán và theo dõi hiệu quả điều trị. Cơn bão giáp do chấn thương thường đáp ứng với các điều trị nội khoa cường giáp. Can thiệp phẫu thuật được chỉ định cho các bệnh nhân thất bại trong điều trị nội khoa hoặc bị chấn thương trực tiếp vào tuyến giáp. Kết cục thường là tốt trong những trường hợp được xử trí sớm và phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akamizu, T., et al. (2012). "Diagnostic criteria, clinical features, and incidence of thyroid storm based on nationwide surveys". *Thyroid*. 22. (7), 661-79.
2. Baker, S.P., et al. (1974). "The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care". *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 14. (3),
3. Burch, H.B. and L. Wartofsky (1993). "Life-Threatening Thyrotoxicosis: Thyroid Storm". *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 22. (2), 263-277.
4. Chiha, M., S. Samarasinghe, and A.S. Kabaker (2015). "Thyroid storm: an updated review". *J Intensive Care Med*. 30. (3), 131-40.
5. Delikoukos, S. and F. Mantzos (2007). "Thyroid storm induced by trauma due to spear fishing-gun trident impaction in the neck". *Emergency Medicine Journal*. 24. 355-6.
6. Delikoukos, S. and F. Mantzos (2007). "Thyroid storm induced by trauma due to spear fishing-gun trident impaction in the neck". *Emergency Medicine Journal*. 73. 1247-9.
7. Feldt-Rasmussen, U. and C.H. Emerson (2012). "Further thoughts on the diagnosis and diagnostic criteria for

- thyroid storm". *Thyroid*. 22. (11), 1094-5.
8. Gregg-Smith, S.J. (1993). "Thyroid storm following chest trauma". *Injury*. 24. (6), 422-423.
 9. Hagiwara, A., et al. (2007). "Thyroid Storm After Blunt Thyroid Injury: A Case Report". *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 63. (3),
 10. Hughes, S.C.A., L.A. David, and R. Turner (2003). "Storm in a T-CUP: thyroid crisis following trauma". *Injury*. 34. (12), 946-947.
 11. Jacobs, R.R. (1979). "Acute hyperthyroidism precipitated by trauma". *South Med J*. 72. (7), 890-1.
 12. Kasagi, K. and H. Hattori (2008). "A case of destructive thyrotoxicosis induced by neck trauma". *Thyroid*. 18. (12), 1333-5.
 13. Lahey, f.h. (1931). "Apathetic thyroidism". *Annals of surgery*. 93. (5), 1026-1030.
 14. Nayak, B. and K. Burman (2006). "Thyrotoxicosis and Thyroid Storm". *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 35. (4), 663-686.
 15. Wang, H.-I., et al. (2017). "Thyroid Storm in a Patient with Trauma – A Challenging Diagnosis for the Emergency Physician: Case Report and Literature Review". *The Journal of Emergency Medicine*. 52. (3), 292-298.