

XÉT NGHIỆM HÓC MÔN CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

TS. Tạ Mạnh Cường
Viện Tim Mạch Việt Nam

- Xét nghiệm hóc môn là loại xét nghiệm cần được tiến hành đối với những bệnh nhân THA kháng thuốc điều trị hoặc nghi ngờ tăng huyết áp do nguyên nhân nội tiết, nhất là u tuyến thượng thận.

CHẨN ĐOÁN PHÉOCROMOCYTOME

Định lượng các nội tiết tố métanéphrines và normétanéphrines trong nước tiểu cho phép loại trừ một cách chắc chắn chẩn đoán phéocromocytome nếu hàm lượng các nội tiết tố này trong nước tiểu bình thường. Đây cũng là xét nghiệm định lượng duy nhất cần chỉ định khi nghi ngờ phéocromocytome. Những xét nghiệm định lượng khác (định lượng VMA, catécholamines huyết tương hay nước tiểu, dopamine) không có giá trị chẩn đoán cũng như gợi ý chẩn đoán, vì vậy không nên chỉ định nếu không có những lý do đặc biệt.

Phéocromocytome được nghi ngờ trước những trường hợp tăng huyết áp có các dấu hiệu lâm sàng gợi ý như nhịp nhanh, mặt đỏ, ra nhiều mồ hôi, những trường hợp THA khởi phát đột ngột không đáp ứng với điều trị và kèm theo những cơn hạ HA tư thế đúng... Trên thực tế phéocromocytome không nhiều.

Kết quả xét nghiệm cho phép chẩn đoán phéocromocytome nếu lượng métanéphrines và normétanéphrines niệu vượt quá 700 mcg/24h.

Trước khi làm xét nghiệm, người bệnh không phải dừng các thuốc đang điều trị cũng như không phải thực hiện bất kỳ một chế độ ăn uống đặc biệt nào. Chỉ cần xét nghiệm một lần, các quy trình chẩn đoán trước đây đòi hỏi định lượng métanéphrines và normétanéphrines niệu trong 3 ngày liên tiếp là không cần thiết.

CHẨN ĐOÁN CƯỜNG ALDOSTÉRONE TIỀN PHÁT

Cường aldostérone tiên phát là nguyên nhân thường gặp nhất của THA do những bất thường về tuyến thượng thận nhưng không phải luôn luôn có dấu hiệu gợi ý.

Chẩn đoán cường aldostérone nên được đặt ra trước những trường hợp sau:

- Kali máu thấp dưới 3,7 mmol/l ở người THA khi chưa điều trị bằng các thuốc hạ áp, không dùng thuốc nhuận tràng, không dùng cam thảo hoặc những bệnh nhân THA đang điều trị bằng các thuốc ức chế men chuyển;
- Kali máu thấp dưới 3,4 mmol/l ở bệnh nhân THA đang được điều trị bằng lợi tiểu thiazide kết hợp với một loại lợi tiểu giữ kali;
- THA không đáp ứng với thuốc hạ áp;
- THA đáp ứng tốt với spironolactone nhưng khi điều trị bằng những thuốc hạ áp khác, HA trở nên khó kiểm soát.

Chẩn đoán cường aldostérone dựa vào xét nghiệm định lượng rénine huyết tương dạng hoạt động và aldostérone máu, aldostérone niệu.

Định lượng các hóc môn này không khó nhưng kết quả phụ thuộc nhiều vào điều kiện lấy bệnh phẩm, các thuốc đang điều trị, tình trạng nước trong cơ thể, tư thế bệnh nhân khi lấy bệnh phẩm ở tư thế nằm hay đứng, thời gian lấy bệnh phẩm, tuổi, giới và chủng tộc. Xét nghiệm chỉ nên tiến hành đối với những bệnh nhân không bị rối loạn nước và điện giải, chế độ ăn bình thường. Các thuốc hạ áp loại lợi tiểu, chẹn bê ta giao cảm, ức chế men chuyển và ức chế thụ thể AT1 phải ngừng trước khi xét nghiệm ít nhất 15 ngày. Chỉ có thuốc hạ áp loại chẹn dòng canxi và ức chế thần kinh trung ương không làm thay đổi kết quả xét nghiệm. Bệnh nhân nằm nghỉ trước khi lấy máu ít nhất 1 giờ.

Chẩn đoán xác định cường aldostérone nếu :

- rénine hoạt hoá thấp, dưới 5 pg/ml;
- aldostérone huyết tương tăng, trên 150 pg/ml và các thành phần của chúng trong nước tiểu cao trên 20 mcg/ml;
- aldostérone huyết tương/rénine huyết tương trên 23.

Một khi chẩn đoán cường aldostérone đặt ra, cần phải chẩn đoán nguyên nhân, nhất là chẩn đoán phân biệt giữa adé nome và phì đại (hyperplasie) thượng thận. Để có thể phân biệt được, ngoài các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp, cộng hưởng từ hạt nhân), chụp tĩnh mạch thượng thận và định lượng aldostérone, người ta còn làm các xét nghiệm động học hóc môn như:

- test captopril (1 mg/kg);
- test kích thích ở tư thế đứng (4 giờ ở tư thế đứng);
- test kìm hãm bằng muối ăn.

Quá sản tổ chức thượng thận có thể kìm hãm hay kích thích, ngược lại, adé nome không kìm hãm và không kích thích được.

CHẨN ĐOÁN ƯU NĂNG VỎ THƯỢNG THẬN

Hội chứng Cushing nói chung được đặt ra trước một số triệu chứng rất thường gặp trong thực tế lâm sàng nhưng cũng rất không đặc hiệu (béo phì, vết dạn da, rối loạn sinh dục...).

Chẩn đoán ưu năng vỏ thượng thận dễ dàng được loại trừ bằng xét nghiệm định lượng cortisol tự do trong nước tiểu 24 h. Loại trừ chẩn đoán nếu cortisol tự do trong nước tiểu dưới 60 mcg/24h, ngược lại, chẩn đoán xác định nếu cortisol tự do trong nước tiểu 24h trên 300 mcg. Đối với những hàm lượng ở mức độ trung gian, người ta phải làm nghiệm pháp kìm hãm ngắn. Nghiệm pháp kìm hãm ngắn này là người ta định lượng cortisol máu lúc 8 giờ sáng, sau khi cho bệnh nhân uống 1 mg dexaméthasone vào lúc nửa đêm. Cortisol máu lúc 8 giờ sáng dưới 40 mcg/ml giúp loại trừ hầu như chắc chắn chẩn đoán ưu năng vỏ thượng thận và cho phép ngừng các xét nghiệm thăm dò tiếp theo. Nếu không kìm hãm được thì bệnh nhân cần phải đến bác sĩ chuyên khoa để tiến hành những xét nghiệm phức tạp hơn để khẳng định chẩn đoán và xác định nguyên nhân.

ĐỊNH LƯỢNG CÁC HÓC MÔN KHÁC

Tùy theo từng trường hợp, một số nguyên nhân nội tiết khác cũng cần được làm sáng tỏ nếu có nghi ngờ và cần thiết phải định lượng một số học môn.

Nếu nghi ngờ rối loạn chức năng tuyến giáp, cần phải định lượng T4 và TSH, nếu nghi ngờ cường cận giáp trạng thì cần định lượng canxi máu và PTH.

Tóm lại

THA nghi ngờ nguyên nhân nội tiết	Định lượng học môn
Phéocromocytome	Métanéphrines, normétanéphrines niệu 24h.
Cường aldostérone tiên phát	Rénine huyết tương hoạt hoá, Aldostérone huyết tương và nước tiểu.
Tăng năng vỏ thượng thận	Cortisol tự do trong nước tiểu, Nghiệm pháp kìm hãm nhanh nếu nồng độ cortisol tự do niệu ở mức độ trung gian (từ 60 đến 300 mcg/24h).