

PHÂN THUẬT TUYẾN GIÁP

TK quét nge thanh quan : chạy mặt sau tuyến giáp, bên (L) sâu hơn.
bị tổn thương TK → liệt dây thanh \leftarrow hô
khứp

• Bị 1 bên : khản tiếng

2 bên : có âm thanh

TK thanh quản trên : trên tuyến giáp, nếu bị tách cao có thể thấy
được TK nằm hình vòng bắt ngang qua tuyến giáp

Nếu bị tổn thương : nơi lớn không được, nơi nhỏ đều được

Buyn cận giáp : KT = hạt đậu xanh, màu như mỡ mỡ (khe' pb)

$\left\{ \begin{array}{l} \text{ở tuyến trên} \\ \text{dưới} \end{array} \right\}$ mặt sau tuyến giáp

M. máu nuôi từ M. nuôi tuyến giáp + từ mô xung quanh

Nếu mổ cắt tuyến giáp, chừa tuyến cận giáp \rightarrow tìm thấy máu

nuôi tuyến cận giáp. Những nó có thể lọc tìm nguồn máu nuôi để

nhìn lỗ nữa có cắt đứt nguồn máu của nó rồi \rightarrow quấy nó vào mô mỡ
lại cho nó kiếm lại nguồn máu.

Nếu lỗ cắt \rightarrow bổ sung canxi

Phân loại:

Thể nhân : tuyến giáp có hình cầu \leftarrow đơn nhân 1/2 thực
nhiều nhân

Chất keo thối cái học \rightarrow thể nang.

Theo chức năng \leftarrow cường giáp
biến giáp
suy giáp

Basedow.

Δ : biến giáp nhân thực (D độ) cường giáp

nhân đại tuyến giáp (cường giáp gây q/hq toàn thân)
 \neq ác tính (KT tuyến giáp)



Chẩn đoán:

Khám:

Sờ & di động ^K
vòm giáp lan tỏa

Nghệ: ATTT

ELS:

- siêu âm: nhận nhò vòm mũi đầu khi khám & thấy được

+ Xác định KT mỗi tuyến giáp

+ tổn thương sâu

+ Nhận nắm ở vị trí nào

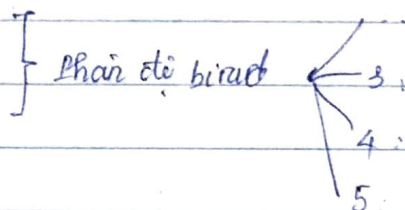
+ Nhận / nang / dạng hình hợp

+ Cười hạn, mặt đỏ của nhân đó

Đặc tính nghè nghệ với hoá

- g/hạn & n

- Echo kết



- (nang tuyến giáp: FT3, FT4, TSH

- Xạ hình tuyến giáp: nghè nghệ tuyến giáp lạc chỗ

1 nhân - cường giáp → như mô hay nhân gây cường giáp

K tuyến giáp: thường dùng sau mổ

- FNA tuyến giáp: 0 làm khi tổn thương tuyến giáp dạng nang (các tính < 1/2

Đời khi nang hh (60% nước, 40% đặc) có thể chọc mô đặc

+ Cường giáp huẩn khi gây k nên ngta cũng & chọc

X-quang phổi thẳng: đánh giá xem vùng trung thất trên có giãn rộng
(ngực xẹp) → tuyến giáp thong xuống trung thất

Khí quản: có bị chèn ép

ET scan: giúp rd chỉnh các hormon như sau. Nếu nghè nghệ có thong
tuyến giáp → chụp

vị trí

nguy cơ dính mô xung quanh hay &

nguy cơ tổn thương m. máu nếu mổ

Điều trị

Nội khoa:



- + Cung cấp hormone giáp \rightarrow \downarrow hết của tuyến giáp \rightarrow làm nhẹ KT tuyến giáp
- + Euclideanes mới cho rằng HG không nhiều + phiên tạo (bN phải uống liên tục + ktra thường xuyên)

Quan điểm mới: bệnh giáp nhân vừa phải

\rightarrow Theo dõi + điều chỉnh chế độ ăn: sù sù, sù hàu (cột chế độ giáp)

- Điều trị hormone tuyến giáp bổ sung: sau mổ cho uống bổ sung

- Thuốc kháng giáp: \pm cường giáp

- Can thiệp: đốt = sóng cao tần, microwave, laser

tổn thương dạng nang: ethanol tiêm trực làm xơ hóa

phẫu thuật:

+ đq mổ rãnh delta ngược \rightarrow thẩm mỹ

Chỉ định PT: bệnh giáp đơn nhân, đa nhân có KT > 2 cm
(lành tính) \rightarrow nguy cơ chèn ép có quan lân cận

cường giáp \pm nội khoa ổn định:

+ uống thuốc kháng giáp đợt gần

+ ảnh hq

\rightarrow cắt bớt tuyến giáp để lg hormone được sx phù hợp

Tốt phòng xq: cường giáp \rightarrow suy giáp rồi uống bổ sung
mở mà cắt ít quá \rightarrow còn cường giáp

cắt nhiều quá \rightarrow suy giáp rồi bổ sung

K-tuyến giáp

• Bệnh giáp thông

Thẩm mỹ: ở đai m: dc = sóng cao tần ms mở

PP PT:

- Cắt bán phần: nhân lành

- Cắt gần trọn: tổn thương nằm sâu

- Cắt giảm tuyến giáp: $2gr(T) - \frac{20}{1gr} - 2gr(P)$

Cắt toàn 1 thùy

đơn nhân nghị k
kết sớm

Cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo hạch : k gặt năng

Biến chứng:

- Bước cổ nhiều khi mổ & chết vì m. máu mà chết vì th suy hệ hấp.

- Máu tuyến giáp chảy 15-20ph vẫn không s. máu mất nhiều
(trì TH tăng sinh nhiều quá)

- Còn bảo giáp trạng : mỡ trên BN ở tuyến giáp X *

NĐ: BN ở tuyến giáp đang & chưa ổn định mà mổ ruột thừa

→ mỡ trên tuyến giáp nguy cơ gây bảo giáp cao hơn
(do vò TB tu giáp giữ pho hormone giáp)
mỡ ngoài giáp : ít nguy cơ bảo giáp hơn

- Xếp khí quản : $\left\{ \begin{array}{l} \text{thành} \text{ } \text{KQ} \text{ bị} \text{ } \text{mỏng} \\ \text{nhuyễn} \text{ } \text{khí} \text{ } \text{quản} \end{array} \right\} \text{KT-thành quản}$

→ khâu kho khí quản vào mô khác để đỡ dãn =>

lưu NC& lâu tí

- Tồn thương : dây TK Quạt ngọc thành quản.

+ liệt khớp → suy h^h cấp tính → mổ KQ

+ liệt mỏ → ăn uống dè dặt

Nhờ đơn vị TMTH xử lý

Số TH bị tổn thương dây-thành âm 1 bên từ trước nhưng đã được bù trừ, lúc mổ mình & biết gây liệt luôn dây thành → Hở kỹ lần mổ trước

- Hạ canxi máu :

+ sau mổ 1 tay → chân ép đấm rồi TK cánh tay/ tổn thương

+ Hạ calci máu → tê lú chi

- Nổi vết mổ : khi chăm sóc vết thương kém quá