

## UNG THƯ GIÁP

Tuyến giáp là tuyến nội tiết size lớn trong cơ thể

Về mặt giải phẫu: Giáp là khiên giáp, hình dạng giống. Có 2 thùy, eo giữa. Ngoại khoa tuyến giáp: mốc quan trọng: mm nuôi từ bó mạch giáp trên, thứ 2 là bó mạch giáp dưới. Bó mạch Giáp trên là nhánh 1st của đm cảnh ngoài, dưới là của thân giáp cổ (nhánh dưới đòn). Còn có mm ly ti nữa dính mặt sau và khí quản (ko official và ko tên)

Để khẳng định thì phải biết size: bt 6-8g, trung bình VN là V đo SA là 6-8ml/thùy. Lớn hơn là to. Tuyến giáp bt là nhu mô đồng đều, đồng nhất, không có nhân hay dịch gì bên trong.

Tiếp theo là dây TK quặt ngược TQ: ở mặt sau tuyến giáp, ở bên trái là nhánh của dây lang thang, dưới quai ĐMC quặt lên. Còn bên phải quặt từ thân tay đầu, chạy lên phía sau tuyến giáp, thường đến giữa thực quản và khí quản. Khi đi lên và đi vào sụn nhẫn, sụn giáp để nó điều khiển dây thanh âm. Có thần kinh TQ trên chạy hình vòng ở cực trên tuyến giáp. Có khi dây đó thấp xuống, thì dây tk TQ trên bị tổn thương thì ko nói lớn đc, ko la đc, còn tổn thương TQ quặt ngược thanh quản thì sẽ bị khàn tiếng (liệt khít thì dây bên kia điều tiết đc, còn liệt hở là bị xì hơi, khàn khàn ko ra tiếng). Dĩ nhiên sau 1 thời gian

Tuyến cận giáp thường rất nhỏ, như hạt đậu xanh, màu mô là vàng vàng như mỡ. Cứng hơn mỡ. Khi mổ đôi khi khó nhận ra, và có thể nhận biết đc nhưng wkhi cắt mà chừa lại thì máu tới nuôi kém. Như hạt đậu xanh đậu trên tuyến giáp. Khi mổ bóc tách có thể ảnh hưởng

### Phân loại

- theo hình dạng có 4 độ. Độ 1 khám kĩ mới thấy, độ 2 là ngồi gần có thể thấy rồi, độ 3 xa xa cũng nhìn thấy cổ to, đôi khi bấu cổ là người khác phát hiện, độ 4 là to lắm đến biến dạng cổ luôn.
  - theo hình dạng nhưng về tính chất u: thể nhân: dạng đặc (nhân bt) hoặc dạng nang, hocawj đơn nhân, đa nhân
  - tuyến giáp to lên, mô thay đổi so với mô bt: gọi là bướu, to hơn bt gọi là bướu giáp, tức là có tổn thương khu trú, hoặc chứa dịch thì gọi là nang. Đôi khi hỗn hợp giữa nhân và nang. Một đặc điểm phân độ quan trọng là về chức năng: bình giáp (ko tăng tiết hormone).
- Có thể bệnh đặc biệt có sl riêng là basedow: liên quan tự miễn, định nghĩa

của nó là bướu giáp lan tỏa, rồi có tình trạng cường giáp, có thể phù niêm trước xương chày và lồi mắt. Những người bị basedow lồi mắt. Khi dx bệnh nhân bướu giáp thì phải đầy đủ: loại gì, đơn nhân, đa nhân rồi ở thùy nào, thùy phải, 2 thùy hay thùy trái.

Dx Bướu giáp đơn nhân thùy trái, độ 3, có cường giáp. Bướu giáp ít khi nào suy giáp.

Trong cường giáp nhiều khi hay dùng từ bướu độc. Nhưng khái niệm độc là khó chịu hoặc ác tính => y khoa: nhân giáp mà có cường giáp thì hay dùng **nhân độc tuyến giáp** (toxic) tức là mang tính cường giáp. Vì thế đưa chẩn đoán phải chú ý người đối diện để giải thích

## Chẩn đoán

- ko có gõ

- nhìn là quan trọng để phát hiện. Sờ để thấy giới hạn ước lượng size rồi mới thấy đc chỗ cứng chắc của nó có di động được hay ko. Còn nghe để âm thổi đánh giá lưu lượng máu qua. Nhưng hiện nay, bn đến là có siêu âm nên tới khám. SA phát hiện rất sớm.

Tiếp theo khảo sát t3, t4, tsh. Tất nhiên có các pp khác nhau như elisa, md huỳnh quang. Hiện ngta xài fT3, fT4 vì đây là hormone giáp, khi giải phóng vào máu sẽ kết hợp protein HT, chỉ còn dạng tự do là tác động cơ quan đích.

XN tiếp theo ít khi làm là xạ hình tuyến giáp. Vai trò trong nhân giáp có thể + cường giáp. KL là nhân độc tuyến giáp thì chưa sure vì có thể nhân đó ko cường mà các nhu mô còn lại cường giáp ==> xài xạ hình. Ngta c bơm iod phóng xạ rồi dùng đầu dò phát hiện. Giúp phân biệt iod tập trung chỗ nhân đó hay mô xung quanh --> khẳng định đc nhân độc tuyến giáp hay cường giáp do mô giáp và nhân kia normal.

1 số tr hợp như tuyến giáp lạc chỗ thì xạ hình giáp có thể giúp đc. Khi có ct dựng hình, msCT thì vai trò xạ hình ko còn trong bướu giáp thông. Khi đó chỉ định CT dựng hình, msCT

Xn ko bao giờ thiếu khi phát hiện bướu giáp nhân là FNA/SA lấy mẫu tế bào, sau đó coi hình thái tế bào nhân ra sao? Phản ánh chính xác 75%, để có chiến lược lành hay ác. Nhưng dạng nang trước mổ hay can thiệp ko chọc vì chọc FNA ko lấy đc tế bào, toàn là dịch. Trừ khi nào dạng hỗn hợp 50 đặc 50 nước thì cố gắng chọc vô lấy tế bào. Chứ chọc nước là lấy keo giáp không, và khi rút kim ra gây xh trong nang và khi đó bn về có thể chảy máu lại. Cái này ko sách vở: chọc vậy rồi xẹp và bn thấy vậy sẽ ko can thiệp nữa và sau đó sẽ tái lại, đó là tất yếu.

XQ phổi: giúp định hướng bướu có thông trung thất hay ko. Sau đó mới chụp CT. Mỗi tj số bướu giáp to đẩy lệch khí quản --> coi KQ lệch kkieeru gì để giúp đặt NKQ, và xem KQ có hẹp khít lại hay ko, hoặc tiên đoán sau mổ có thể làm gì đó giữ đường thở

## ĐIỀU TRỊ

- Điều trị nội khoa: trước đây, một nhân giáp bt, FNA bt, ko cường giáp thì ngta dùng cơ chế bị này là do thiếu iod làm giáp bị kích thích --> tăng hoạt động --> hư tạo nhân. Nên bổ sung hormone giáp để ức chế tb. Nhưng sau đó hiện tại 2 trường phái nhưng xu hướng về hướng: khi phát hiện nhân giáp thì ko cần làm gì, chỉ theo dõi vì hiệu quả khi uống thuốc ức chế ko đáng kể. Vd nhân 8mm uống thuốc 2 năm vẫn 8mm, ít ra ko to thêm hoặc là lành chậm sự to thêm, có thể làm nhân đó nhỏ đi tuy nhiên bù lại phiền toái do uống + mỗi tháng đi thử máu xem có quá liều gây cường giáp do thuốc. Vì thế bn đến mình cho thuốc hoặc theo dõi ko uống cũng ko sai, nhưng phải giải thích cho bn hiểu

Hormone tuyến giáp bây giờ chỉ 1 thủy, thủy còn lại muốn ngừa phát triển K, gọi là ức chế tuyến giáp thì khuyến cáo mạnh uống hormone kháng giáp hơn (31p)

## Điều trị ngoại khoa

Ngày xưa bướu giáp chỉ có mổ, ngày nay có thể đốt sóng cao tần. Nguyên lý là dạng sóng siêu âm cao, và phát ra nguồn nhiệt, phá hủy mô, làm sôi tế bào --> TB chất bị hủy hoại nên tác dụng chích 100-120 độ.

Hoặc là laser, microwave vẫn ngta chung.

Sóng cao tần chỉ chỉ định cho TH sure là lành tính, hiện K là chưa cho phép. Người ta đang nghiên cứu thôi. K giáp ko tốt. Để khẳng định sure lành tính: khuyến cáo nhất là cho phép FNA 2 lần và KQ đều lành tính thì **CÓ THỂ GỌI LÀ LÀNH TÍNH**. Sóng cao tần là sử dụng kim to 14-16 đâm vào lòng nhân này rồi pahst hiện đốt, sau đốt lần 1 thì V giảm đc 15-20% và sau đó thì lại đốt tiếp, nguyên lý sóng cao tần là lần đầu là phỏng --> seco rút làm teo nhân lại, theo dõi đến khi sau 3m thì ko thể teo đc nữa thì mới làm lần 2, cho đến khi đạt size ngưỡng hoặc chỉ còn là mô xơ thôi thì stop

Phẫu thuật: đc chỉ định khi bướu giáp đơn nhân, đa nhân điều trị nội fail hiện nay thì do size là chính.

Cường giáp đt nội khoa ổn định: cường giáp mà chưa ổn định thì ko đc mổ vì sẽ lên cơn bão giáp cạn - nếu vô là khó kéo ra. Khi nội khoa ổn định

thì mổ để bn ko uống thuốc kháng giáp độc gan độc thận. Liều cường giáp thì năm nay 2 viên, năm sau 3 viên tăng lên => mổ cắt giảm tuyến giáp, chữa mỗi bên 2ml (2g) là vừa đủ. Nhiều khi chữa 2g là suy giáp. Thực tế đứng giữa 2 bên thì có guideline luôn, các bs đồng thuận là cắt nhiều đi, lỡ suy giáp thì uống sẽ bớt độc hơn thuốc kháng giáp.

Đồng vị phóng xạ trng cường giáp: khi cường giáp ko đáp ứng nội khoa/ tác dụng phụ thì xài đồng vị phóng xạ để phá toàn bộ tuyến giáp để từ cường giáp thành suy giáp và sau đó uống hormone. Vậy mổ thì đôi khi chữa đc và bn đỡ uống thuốc

K tuyến giáp: cỡ nào, tiêu chuẩn nào cắt 1 thùy, cắt 2 thùy. Tiêu chuẩn nào thì xạ trị kèm theo. Ngắn gọn như sau: vd một nhân đơn thuần <4cm + ko xâm lấn vỏ bao và thùy đối bên ko tổn thương thì có thể cắt 1 thùy. Nhưng ở người VN K >4cm mà ko xâm lấn vỏ bao thì hơi lạ nhưng áp dụng là chừng nhân <2cm + chưa xâm lấn vỏ bao thì cắt 1 thùy, >2 thì cắt 2 thùy cho rồi. Sau đó đọc GPB lại chỉ ko xạ trị khi nó ko xâm lấn vỏ bao hay đối bên.

Bướu giáp thông trung thất: phải mổ rồi

Phẫu thuật thẩm mỹ: giờ sẽ can thiệp bằng sóng cao tần

Phẫu thuật có các pp: Mổ mở đi trực tiếp hoặc nội soi (cũng sẹo à): có 2 đường đi ở quầng vú, nách, bờ ngoài cơ ngực lớn và như vậy phải bóc tách rộng, ảnh hưởng TK cảm giác. Nội soi vẫn là 1 pp và cái nào hay hơn thì hiện ko ủng hộ nội soi lắm vì bướu to quá mổ mở, còn nhỏ quá thì đốt sóng cao tần nên có vẻ ns lùi 1 bước. NS còn có đường tiền đình miệng, nói chung chỉ áp dụng 1 trường hợp thôi, cầm dài quá ko làm đc, thầy chưa làm, chỉ thấy qua sách vở nhưng chưa dám tự tin.

### **Phẫu thuật:**

Cắt bán phần: cắt 1/2, thường chữa mặt sau. Tức là cắt mặt trước 1 thùy tuyến giáp và cắt bên kia, chữa lại mặt sau + eo. Tránh tổn thương tk quặt ngược

Hoặc nhân to quá thì gần trọn: phần chữa lại mỏng hơn

Giảm tuyến giáp: trong cường giáp

Cắt thùy

Cắt toàn bộ + nạo hạch dành cho k

### **Biến chứng**

- Chảy máu: quan trọng vì vùng cổ chật, chảy 30-50cc là chèn ép đường

thở. Xử trí quan trọng là banh vết thương ra cho máu chảy ra ngoài, chứ ko phải cầm máu, chứ để là ảnh hưởng ko đặt NKQ được. Nói chung là khi chảy máu, vô cắt chỉ, rồi uống cà phê rồi vô nối sau. Cắt chỉ, cho chảy máu ra, quăng gạc vô, rồi lên phòng mổ tìm chỗ chảy máu nhưng tìm chỗ chảy máu ko phải quan trọng hàng đầu

- Xẹp khí quản do đè lâu ngày
- Hạ calci do tổn thương tuyến cận giáp
- suy giáp thì do mổ quá thì sẽ ko đủ giáp
- NT vết mổ: mọi ngoại khoa sẽ có thôi nhưng thầy chưa gặp