

PHÌNH GIÁP NHÂN

1-Đại cương:

Phình giáp nhân là giai đoạn diễn tiến muộn của phình giáp đơn thuần.

Phình giáp đơn thuần được định nghĩa là sự phì đại của tuyến giáp không do viêm nhiễm hay u bướu và ban đầu không kết hợp với rối loạn chức năng tuyến giáp.

Trong giai đoạn đầu, tuyến giáp phì đại lan toả, biểu hiện bằng sự tăng khối lượng tuyến giáp. Trên vi thể, có sự tăng sản của biểu mô nang tuyến giáp. Khi rối loạn tiếp tục diễn tiến, chủ mô tuyến giáp sẽ có sự biến đổi về cấu trúc. Trong tuyến giáp sẽ có những vùng thoái triển và xơ hoá xen lẫn với các vùng tăng sản khu trú, làm cho chủ mô tuyến giáp mất đi tính đồng nhất. Giai đoạn này được gọi là phình giáp nhân.

Về mặt chức năng, trong giai đoạn phình giáp nhân, trong tuyến giáp có thể xuất hiện những vùng tăng hoạt tự động. Các vùng tăng hoạt này không chịu sự kiểm soát của trục hạ đồi-tuyến yên. Tình trạng tăng hoạt tự động sẽ dẫn đến hội chứng cường giáp.

Phình giáp nhân có kèm theo hội chứng cường giáp được gọi là phình giáp nhân nhiễm độc giáp.

Phình giáp đơn thuần có thể là phình giáp dịch tễ (endemic goiter) hay phình giáp lẻ tẻ (sporadic goiter).

Nguyên nhân của phình giáp đơn thuần:

- o Thiếu hụt iod: dẫn đến phình giáp dịch tễ.
- o Dư thừa iod: hiếm gặp.
- o Các chất sinh bướu giáp (goitrogen):
 - Thuốc: propylthiouracil (PTU), lithium, phenylbutazone, aminoglutethimid.
 - Các yếu tố môi trường: dẫn xuất của ester phenolic và resorcinol tìm thấy ở các vùng mỏ than.
 - Thực phẩm: cải bắp, sắn, rong biển...
- o Khiếm khuyết bẩm sinh trong quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp.
- o Tiền căn chiếu xạ vùng cổ.

Ở vùng không thiếu hụt iod, phình giáp lẻ tẻ chiếm đa số.

Như trên đã nói, trong giai đoạn đầu (phình giáp lan toả), tất cả BN đều có chức năng tuyến giáp bình thường (bình giáp) (trừ trường hợp khiếm khuyết bẩm sinh trong quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp). Trong giai đoạn phình giáp nhân, BN có thể bình giáp (chiếm phần lớn các trường hợp), nhược giáp hay cường giáp (chiếm một tỉ lệ không đáng kể)

Các diễn tiến khác của phình giáp nhân:

- o Chèn ép vào khí quản, thực quản, thần kinh quặt ngược.
- o Thông vào trung thất.
- o Ung thư hoá.

Nữ giới có tần suất bị phình giáp cao hơn nam giới. Phình giáp dịch tể và phình giáp lể tể do khiếm khuyết bẩm sinh quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp thường xuất hiện trước tuổi dậy thì. Các phình giáp lể tể khác thường xuất hiện ở người lớn.

Quá trình diễn tiến của phình giáp diễn ra với tốc độ chậm. Tần suất phình giáp nhân tăng dần theo tuổi. Phình giáp nhân nhiễm độc giáp có tần suất thấp. Hội chứng cường giáp trong phình giáp nhân nhiễm độc giáp thường có mức độ nhẹ và xuất hiện khi BN đã lớn tuổi, vì thế chúng thường được chẩn đoán lầm với các bệnh lý tim mạch khác.

Ngược với phình giáp lan toả, phình giáp nhân là đối tượng của các phương pháp điều trị ngoại khoa.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Trong đa số các trường hợp, bệnh thường được phát hiện tình cờ, khi BN đi khám vì lý do khác hay thấy cổ to ra.

Khi thăm khám lâm sàng có thể thấy các dấu hiệu sau:

- o Bướu giáp đa nhân (thường cả hai thùy).
- o Kích thước bướu thay đổi (từ độ 1 đến độ 4):
 - Độ 1: bướu chỉ sờ được mà không nhìn thấy được.
 - Độ 2: bướu nhìn thấy được khi BN nuốt.
 - Độ 3: bướu phát triển to làm biến dạng chu vi cổ.
 - Độ 4: bướu rất to, nhô ra tới ngang cằm hay thông vào trung thất.

Phần lớn BN bình giáp. Cường giáp hay nhược giáp chiếm tỉ lệ không đáng kể.

BN có thể có biểu hiện của sự chèn ép:

- o Chèn ép vào khí quản, gây khó thở, thở rít.
- o Chèn ép vào thần kinh quặt ngược, gây khàn tiếng.
- o Đôi khi bướu phát triển ra phía sau và chèn vào thực quản, gây khó nuốt.
- o Thông vào trung thất, gây nặng ngực, khó thở, nghiệm pháp Pemberton dương tính (BN đứng, giơ cao hai tay và hít sâu: mặt đỏ bừng, tĩnh mạch cổ phồng).

Hội chứng cường giáp trong phình giáp nhân nhiễm độc giáp:

- o BN có thể không có triệu chứng gì (cường giáp dưới lâm sàng).
- o Hội chứng cường giáp, nếu có, thường không điển hình:
 - Sụt cân (triệu chứng thường gặp nhất)
 - Đánh trống ngực
 - Chán ăn, táo bón
 - Run tay (dễ lầm với run tay sinh lý ở người già).
 - Suy tim, loạn nhịp, cơn đau thắt ngực (dễ lầm với bệnh lý tim mạch do cao huyết áp).
 - Không có dấu hiệu lồi mắt hay phù niêm.

Hội chứng nhược giáp trong phình giáp nhân:

- o Chậm chạp, buồn ngủ
- o Tăng cân
- o Khàn giọng
- o Táo bón, sợ lạnh

Nghĩ đến khả năng hoá ác khi khám thấy một nhân giáp:

- o Phát triển nhanh trong thời gian gần đây.
- o Cứng chắc.
- o Xâm lấn vào khí quản (khó thở) hay thần kinh quặt ngược (khàn tiếng).
- o Có hạch cổ cùng bên.

2.2-Xét nghiệm sinh hoá:

Kết quả xét nghiệm chức năng tuyến giáp:

- o Bình giáp: TSH, FT₃, FT₄ bình thường.
- o Nhược giáp: TSH tăng, FT₃ giảm, FT₄ giảm.
- o Cường giáp:
 - Diễn hình: TSH giảm thấp hay bằng 0, FT₃ tăng, FT₄ tăng.
 - Cường giáp T₃: TSH giảm thấp, FT₄ bình thường, FT₃ tăng.
 - Cường giáp dưới lâm sàng: TSH giảm thấp, FT₄ hay FT₃ ở cực trên của giới hạn bình thường (tuy nhiên giá trị “bình thường” này có thể cao đối với cá nhân BN).

2.3-Chẩn đoán hình ảnh:

Siêu âm:

- o Là chỉ định gần như thường quy.
- o Có thể phân biệt bướu giáp lan toả hay bướu giáp nhân.
- o Có thể phân biệt nhân dạng nang, nhân đặc hay nhân hỗn hợp.
- o Có thể phát hiện hạch cổ.

Xạ hình tuyến giáp:

- o Phát hiện nhân nóng (tăng bắt chất phóng xạ) hay nhân lạnh (giảm bắt chất phóng xạ).
- o Đánh giá khả năng bắt phóng xạ của tuyến giáp để quyết định liều lượng I¹³¹ trong điều trị.
- o Chất được sử dụng: I¹²³ hay Technetium-99m

Chọc hút sinh thiết (FNA): được chỉ định khi có dấu hiệu nghi ngờ ung thư:

- o Nhân lạnh trên xạ hình
- o Nhân phát triển nhanh, cứng...

CT: được chỉ định khi bướu giáp thông trung thất, nhằm đánh giá:

- o Mức độ thông trung thất

- o Mức độ đẩy lệch và chèn ép khí quản

Các xét nghiệm khác: X-quang phổi, khí phế dung, ECG, siêu âm tim... nhằm đánh giá chức năng hô hấp và tim mạch ở BN có bướu thòng trung thất, nhiễm độc giáp.

3-Điều trị:

3.1-Ức chế tuyến giáp:

Chỉ định: phình giáp đơn thuần (không có nhiễm độc giáp).

Mục đích: ức chế sự phát triển của bướu bằng chế phẩm của hormone tuyến giáp (levothyroxin), duy trì nồng độ TSH thấp hơn bình thường nhưng không để cho BN có biểu hiện cường giáp rõ trên lâm sàng.

Nồng độ TSH được duy trì tốt nhất là trong khoảng: 0,1-0,5 $\mu\text{U/mL}$.

Thời gian điều trị thường kéo dài.

Phương pháp này cho hiệu quả thấp và dễ dẫn đến rỗng xương, đặc biệt nếu BN là phụ nữ lớn tuổi.

3.2-Thuốc kháng giáp:

Trong trường hợp phình giáp nhân nhiễm độc giáp, thuốc kháng giáp được chỉ định với mục đích đưa BN bị nhiễm độc giáp tạm trở về trạng thái bình giáp trước khi điều trị bằng I^{131} hay phẫu thuật.

3.3-Iod đồng vị phóng xạ (I^{131}):

Chỉ định: phình giáp lan toả hay đa nhân (đơn thuần hay có nhiễm độc giáp) ở BN lớn tuổi, không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật.

Bướu càng lớn, mức độ giảm khối lượng bướu càng ít.

Biến chứng và di chứng có thể xảy ra khi tiến hành điều trị bằng phương pháp này bao gồm: khó thở do bướu giáp phù nề chèn ép thanh quản, viêm giáp, cơn bão giáp, nhược giáp..

3.4-Phẫu thuật:

Phẫu thuật được chỉ định cho phình giáp nhân:

- o To (độ 3,4)
- o Có dấu hiệu chèn ép
- o Thòng trung thất
- o Nhiễm độc giáp
- o Chống chỉ định điều trị bằng I^{131} (thai kỳ, người trẻ)
- o BN muốn mổ vì lý do thẩm mỹ

Phương pháp: tùy thuộc vào số lượng và kích thước của các nhân, khối lượng mô giáp bình thường còn lại. Có thể chọn một trong các phương pháp sau:

- o Cắt bán phần tuyến giáp
- o Cắt gần trọn tuyến giáp
- o Cắt trọn tuyến giáp

Đối với bướu giáp thông trung thất, đa số các trường hợp lấy được bướu qua đường mổ ở cổ, hiếm khi phải mở xương ức.

Sau mổ cần bổ xung chế phẩm của hormone tuyến giáp (levothyroxine), điều chỉnh liều lượng để cho TSH và nồng độ T_3 , T_4 duy trì ở mức bình thường.

Biến chứng của phẫu thuật:

- o Chảy máu, chèn ép gây khó thở
- o Cơn bão giáp
- o Khàn tiếng do tổn thương thần kinh quặt ngược
- o Co giật do hạ can-xi huyết tương do tổn thương các tuyến cận giáp
- o Di chứng: nhược giáp, tạm thời hay vĩnh viễn.

Tỉ lệ tái phát: nhỏ hơn 10% sau 10 năm.

4-Những nguyên tắc chính trong phẫu thuật cắt tuyến giáp:

4.1-Khâu chuẩn bị:

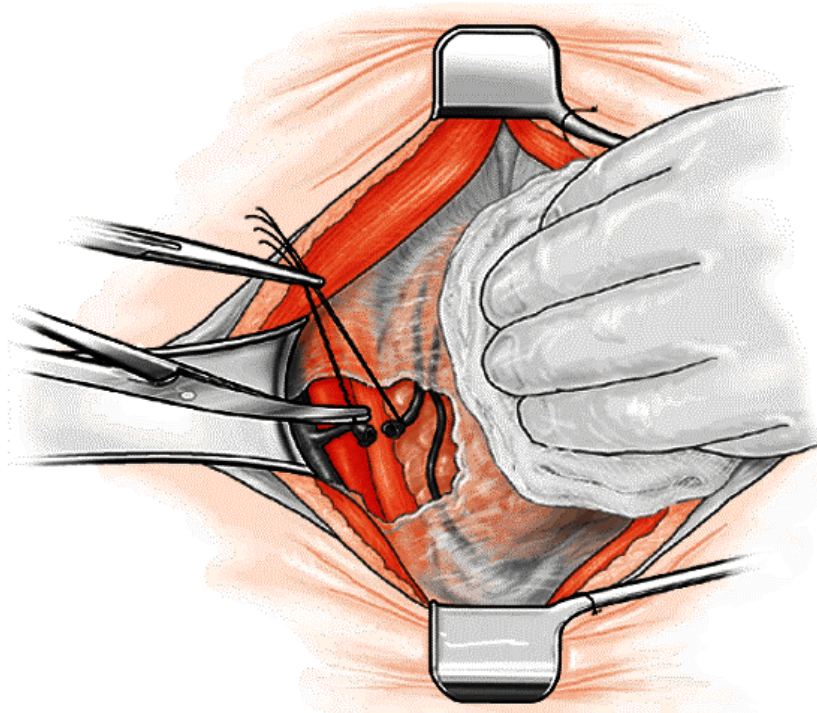
BN phải ở trạng thái bình giáp khi được chỉ định phẫu thuật.

Nếu BN có khàn tiếng hay đã được phẫu thuật vùng cổ trước đó, nên soi thanh quản BN trước mổ để đánh giá tình trạng hoạt động của các dây thanh.

Sau khi đã gây mê và đặt nội khí quản, đặt một gối cát dưới vai và kê một gối vòng dưới vùng cằm BN để làm cho cổ ngửa đồng thời BN cũng không bị đau cổ sau mổ.

BN ở tư thế Trendelenburg ngược 20° . Da vùng cổ được sát trùng với dung dịch iode 1% hay chlorhexidine.

4.2-Nguyên tắc phẫu thuật:



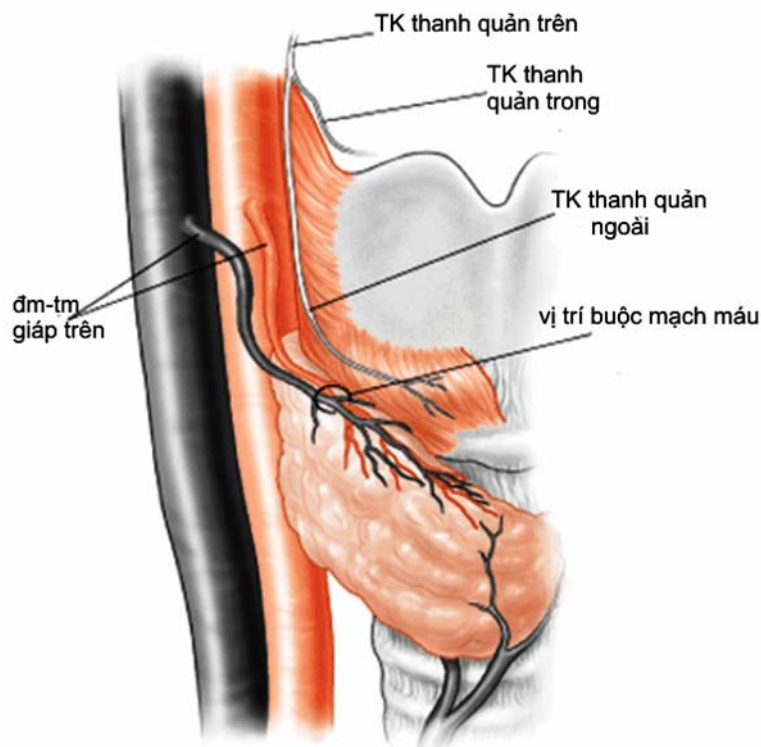
Hình 1- Việc cắt tĩnh mạch giữa giữa sẽ giúp di động tốt thùy giáp và quan sát mặt sau của cực trên thùy giáp

Bộc lộ tốt phẫu trường và di động tốt cả thủy giáp là yếu tố quan trọng giúp nhận định rõ các cấu trúc giải phẫu. Để bộc lộ tốt phẫu trường, cần bóc tách cùn ở tất cả các mặt của thủy giáp, đồng thời tĩnh mạch giáp giữa cũng phải được cắt để thủy giáp có thể được lật vào trong (hình 1).

Dù cho tuyến giáp được cắt theo phương pháp nào, có ba cấu trúc giải phẫu quan trọng cần phải được nhận diện và chừa lại, đó là các tuyến phó giáp, thần kinh quặt ngược thanh quản và nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên. Các kính phẫu thuật có độ phóng đại 2,5-3,5 lần được khuyến khích sử dụng để phẫu thuật viên có thể nhận định rõ các cấu trúc giải phẫu nói trên.

Phẫu thuật cắt tuyến giáp nên được tiến hành trong một phẫu trường hoàn toàn không có máu. Nếu có chảy máu, trước tiên cầm máu bằng lực ép. Các mạch máu đang chảy chỉ được kẹp nếu chúng được xác định rõ ràng, đồng thời thần kinh quặt ngược cũng phải được xác định là không nằm lân cận vị trí kẹp.

Nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên là nhánh vận động, có chức năng làm căng dây thanh âm, tạo ra giọng nói cao độ. Nhánh thần kinh này đi bên dưới cơ nhẫn giáp trong 80% các trường hợp, đi trên bề mặt cơ nhẫn giáp trong 10% các trường hợp và đi cùng với bó mạch giáp trên trong 10% các trường hợp còn lại. Trên thực tế, nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên rất nhỏ để có thể nhìn thấy, do đó để tránh phạm phải chúng, có hai thao tác kỹ thuật cần chú ý: thứ nhất, bóc tách khe giữa cực trên và cơ nhẫn giáp và thủy giáp phải được kéo xuống dưới và ra ngoài trước khi tiến hành thắt bó mạch giáp trên. Thứ hai, bó mạch giáp trên được thắt từng nhánh một, ở trên bề mặt của cực trên của thủy giáp (hình 2).



Hình 2- Để tránh phạm phải nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên, bó mạch giáp trên nên được thắt từng nhánh một và ở sát bề mặt của cực trên thủy giáp

Nhánh trong thần kinh thanh quản trên là nhánh cảm giác của vùng hầu sau. Nhánh này đi ở phía trên của sụn giáp. Tồn thương nhánh thần kinh này có thể làm cho BN bị sặc.

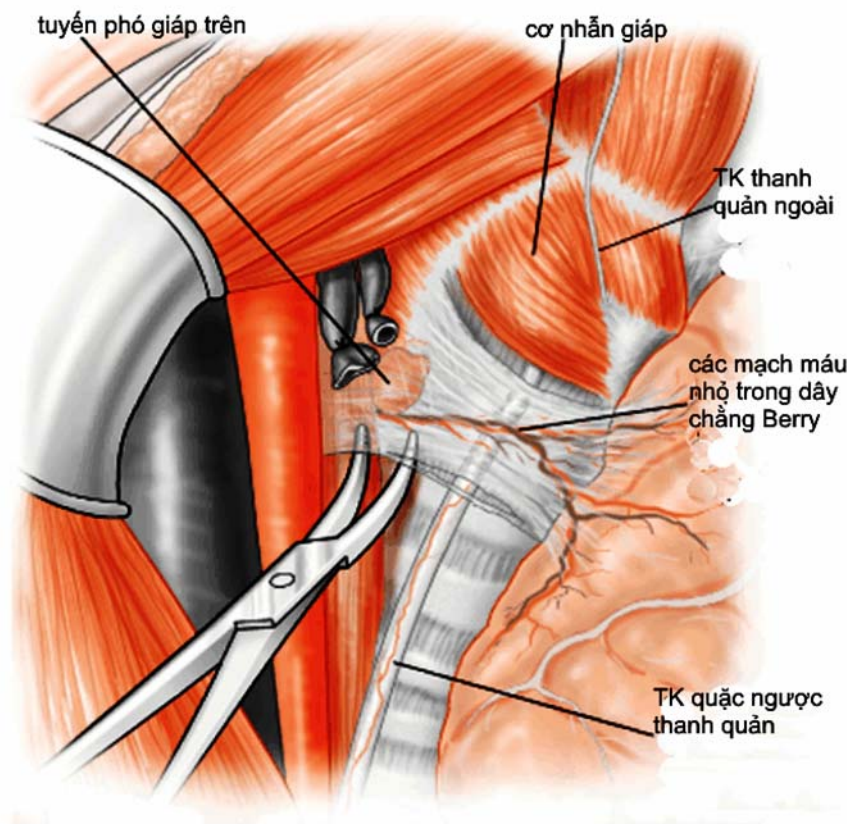
Các thao tác cắt thủy giáp bình thường ít khi ở phía trên sụn giáp, do đó tổn thương này ít xảy ra.

Cả hai nhánh thần kinh quặt ngược là cấu trúc giải phẫu bắt buộc phải được tìm thấy và chữa lại trước khi tiến hành bất cứ phẫu thuật tuyến giáp nào. Thần kinh quặt ngược trái có cấu trúc giải phẫu cố định hơn. Hầu như nhánh này luôn đi trong rãnh thực quản-khí quản. Cấu trúc giải phẫu của thần kinh quặt ngược phải không cố định như thần kinh quặt ngược trái. Nhánh này thường đi chéo, có thể đi ở trước hay sau động mạch giáp dưới. Trong 0,5% các trường hợp, thần kinh quặt ngược phải không “quặt ngược”. Nó xuất phát từ thần kinh X ở phía bên hay trên thủy giáp.

Thần kinh X đủ to để có thể quan sát bằng mắt thường. Nó có kích thước bằng một sợi chỉ 2-0. Nên tìm thần kinh quặt ngược ở vùng cổ dưới và theo suốt đường đi của nó cho đến khi nó kết thúc ở cơ nhẫn giáp.

Để tìm thần kinh quặt ngược ở mặt bên của thủy giáp, kéo nhẹ bao cảnh ra ngoài, đồng thời kéo nhẹ thủy giáp ra trước và vào trong. Động tác này sẽ làm căng động mạch giáp dưới, giúp nhận định rõ nhánh thần kinh hơn.

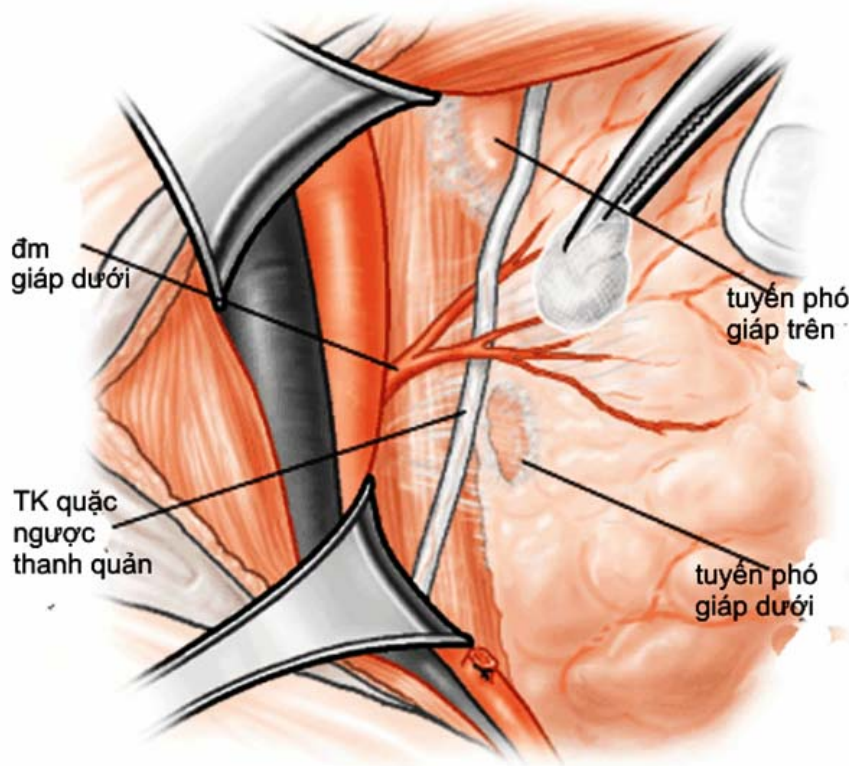
Dù cho đường đi có thay đổi, cả hai nhánh thần kinh quặt ngược đều đi bên dưới dây chằng Berri (dây chằng treo thủy giáp vào khí quản) và tận cùng ở phần sau giữa của thanh quản, trong cơ nhẫn giáp, ở mức ngang với sụn nhẫn (hình 3). Vì thế việc chữa lại một mẫu mô của thủy giáp, nơi nó bám vào khí quản, sẽ tránh làm tổn thương thần kinh quặt ngược ở đoạn này. Mẫu mô được chữa lại này còn được gọi là “mẫu mô khôn ngoan”.



Hình 3- Thần kinh quặt ngược đi vào cơ nhẫn giáp ở ngang mức sụn nhẫn, sau khi xuyên qua dây chằng Berry

Để nhận định và chữa lại các tuyến phó giáp, cần biết rõ hình dáng và vị trí giải phẫu của chúng.

Tuyến phó giáp trên thường nằm ở mặt sau thy giáp, ở mức ngang với nơi thần kinh quặt ngược đi vào cơ nhẫn giáp. Tuyến phó giáp dưới thường nằm ở phía trước thần kinh quặt ngược, nơi thần kinh quặt ngược bắt chéo động mạch giáp dưới (hình 4). Các tuyến phó giáp có hình dáng và kích thước của một “hạt lúa đập dẹp”, có màu vàng hơi nâu.



Hình 4-Tuyến phó giáp trên ở vị trí ngang với nơi thần kinh quặt ngược đi vào cơ nhẫn giáp (ngang mức sụn nhẫn), còn tuyến phó giáp dưới ở phía trước thần kinh quặt ngược, nơi thần kinh quặt ngược bắt chéo động mạch giáp dưới.

Do mỗi tuyến phó giáp đều có nhánh mạch máu nuôi riêng biệt, việc kẹp cắt các nhánh mạch máu ở phần thân và cực dưới thy giáp có thể làm thiếu máu tuyến phó giáp. Vì vậy, chỉ kẹp cắt thy giáp (ở phần thân và cực dưới) ở sát bao xơ thy giáp, bằng dụng cụ kẹp mạch máu có càng kẹp nhỏ như mosquito.

Hội chứng suy cận giáp chỉ xảy ra khi có hơn hai tuyến cận giáp bị tổn thương. Vì vậy, nếu việc cắt một thy giáp không cho một bảo đảm về sự nguyên vẹn của các tuyến phó giáp của thy bên đó, trong trường hợp phải cắt tiếp thy giáp còn lại, nhất thiết không nên cắt trọn thy đó.

Cuối cùng, mô giáp được chữa lại chỉ nên là mô giáp bình thường ở hai thy giáp. Trong tất cả các trường hợp phẫu thuật tuyến giáp, eo giáp nên được cắt bỏ. Sự phì đại bù trừ của eo giáp sau mổ sẽ làm cho BN lâm tưởng là nhân giáp tái phát.