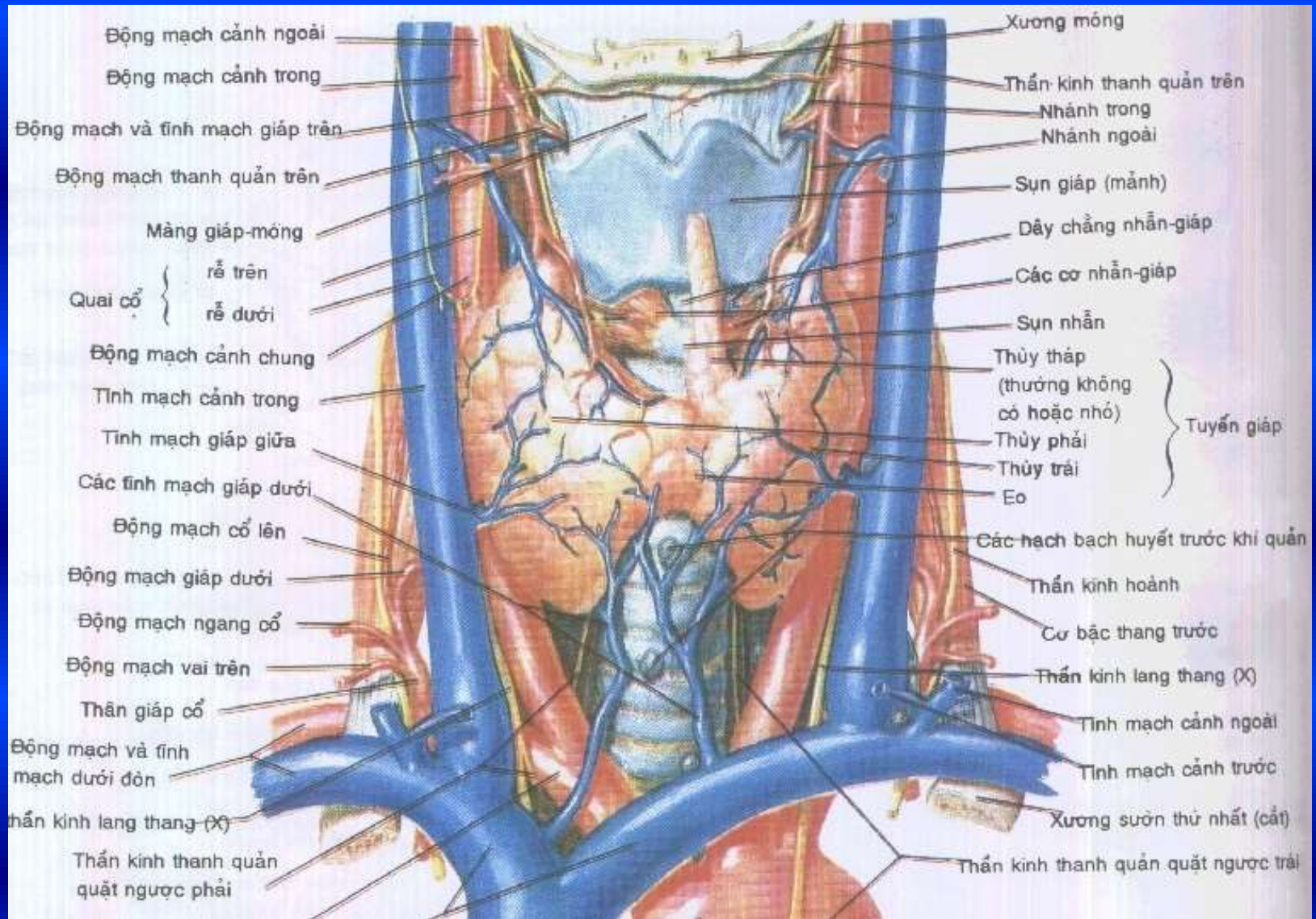


BIẾN CHỨNG TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP

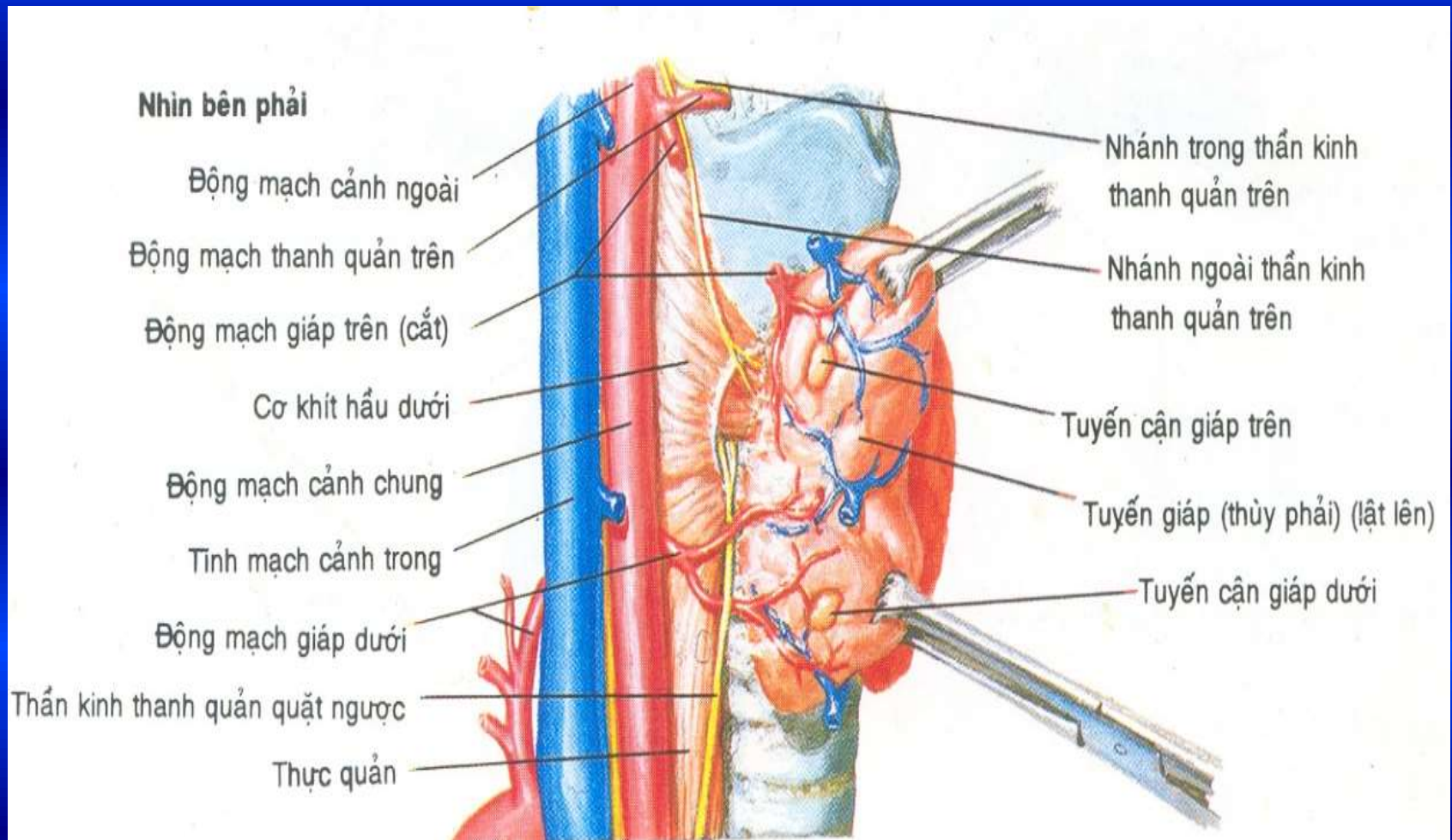
Mục tiêu bài giảng:

1. Nắm được giải phẫu của tuyến giáp và các tuyến liên quan
2. Nắm được một số biểu hiện, nguyên nhân, cách đề phòng, xử trí các biến chứng.

❖ Giải phẫu tuyến giáp



❖ Giải phẫu tuyến giáp



BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

1. Chảy máu

- Thường gặp 24 – 48 giờ đầu sau mổ,
- Dấu hiệu: vùng cổ phồng to có vân tím, DL ra máu đỏ tươi, máu cục; dấu hiệu chèn ép (+/-).
- Xử trí: tùy mức độ có thể băng ép kết hợp dùng thuốc cầm máu hoặc mổ cấp cứu cầm máu. Cần can thiệp kịp thời vì rất dễ chèn ép gây suy hô hấp.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT



BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

2. Suy hô hấp

- Là BC nặng: sau rút NKQ BN khó thở, tím, vã mồ hôi, rối loạn tim mạch, rối loạn thần kinh, ý thức.
- Nguyên nhân: do chảy máu chèn ép, tổn thương dây TKTQ 2 bên, xẹp KQ.
- Xử trí:
 - + Do chảy máu chèn ép: Mổ cấp cứu
 - + Do tổn thương dây TKTQ 2 bên: mở KQ cấp cứu
 - + Do xẹp KQ: Đặt lại ống NKQ

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

3. Liệt dây TKTQ quặt ngược

Là BC kinh điển của PTTG, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của BN: nói khàn, mất tiếng, uống sặc thậm chí khó thở... BC này phụ thuộc các yếu tố:

1. Kinh nghiệm của PTV.
2. Phương pháp PT.
3. PT từ lần 2 làm tăng BC liệt dây TKTQQN.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

3. Liệt dây TKTQ quặt ngược

- **Liệt dây TKTQ trên:** BN ko phát âm cao được.
- **Liệt dây TKTQ QN 1 bên:** gây mất khả năng khép chặt 2 nếp thanh âm → khàn giọng. Chức năng bảo vệ của khe thanh môn có thể bị mất → gây ra sặc (chất lỏng).
- **Liệt TKTQQN cả 2 bên:** gây suy hô hấp → phải MKQ.
- **Liệt TKTQQN vĩnh viễn:** trước đây > 6th. Hiện nay > 12th
- **Khắc phục di chứng BC này:** mổ tìm dây TK và nối lại - Bơm mỡ tự thân vào vỏ gốc cơ thanh quản bên liệt - Cấy điện cực.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

4. Suy cận giáp

- Thường xảy ra 8 – 10 giờ sau PT.
- Biểu hiện: BN tê bì môi, lưỡi, tay, chân, sau đó là co cơ khắp cơ thể.



BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

4. Suy cận giáp

- **Ng.nhân:** phù nề ĐM nuôi tuyến cận giáp; tụ máu xung quanh tuyến cận giáp hoặc cắt mất tuyến cận giáp.
- **Điều trị:** Bổ sung Calci, ...

BN thường ổn định ngay trong thời gian hậu phẫu.

- Suy tuyến cận giáp vĩnh viễn là trường hợp suy tuyến cận giáp sau PT đã điều trị nội khoa sau 3th không đỡ. Xét nghiệm Calci, PTH thấp.
- Để đề phòng BC này, trong PT phải bảo tồn các tuyến cận giáp, tránh tổn thương mạch nuôi các tuyến cận giáp.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

5. Rò bạch huyết

- Do tổn thương các nhánh bạch huyết, thậm chí là ống ngực, gặp trong NVH cổ, gặp nhiều bên (T).
- Biểu hiện:
 - + Dịch dưỡng chấp ra qua DL vết mổ, màu trắng đục như sữa; ra nhiều hơn sau uống sữa hoặc ăn đồ ăn giàu lipide.
 - + Rất hiếm gặp dịch dưỡng chấp ko hoặc ra ít tại vết mổ mà vào ổ bụng, màng phổi.
- Dịch dưỡng chấp ra nhiều gây mất dịch và mất chất dinh dưỡng dẫn đến suy kiệt nhanh chóng.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

5. Rò bạch huyết

Điều trị:

- Nếu lượng dịch dưỡng chấp $\geq 500\text{ml}/24\text{h}$: PT đóng lại đường rò. Không uống sữa, thức ăn nhiều lipide.

- Nếu lượng dịch $< 500\text{ml}/24\text{h}$: nhịn ăn, nuôi dưỡng TM.

+ Nếu lượng dịch không giảm: $\rightarrow$ mổ đóng lại đường rò.

+ Nếu lượng dịch giảm: $\rightarrow$ tiếp tục điều trị nội khoa.

(Hiện tại trên thực tế LS khi lượng dịch dưỡng chấp $> 300\text{ml}/24\text{h}$: cần nhắc PT đóng lại đường rò sớm).

- Hiện nay có thể ĐT bằng PP nút mạch vị trí rò dưỡng chấp qua da nhưng giá thành còn cao và không phải TH nào cũng thành công.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

6. Tụ dịch vết mổ

- Tụ dịch trong vết mổ có bản chất là dịch viêm phản ứng.
- Nếu SL dịch ít: dịch sẽ tự hấp thu.
- Nếu SL dịch tiết nhiều: vùng vết mổ có cảm giác như sưng lên, lúc này cần chọc hút dịch hoặc tách mép vết mổ ép dịch tụ.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

7. Nhiễm trùng vết mổ

- Là một BC hiếm gặp
- Biểu hiện: sưng tấy tại chỗ, đau tức vết mổ; có thể có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân.
- Xử trí: + KS toàn thân, chống phù nề, nâng thể trạng.
 - + Tại chỗ: chích tháo mủ, làm sạch ổ áp xe.
- Để phòng BC này: cần thực hiện tốt vô khuẩn trước, trong và sau mổ, chăm sóc tốt DL ko để tụ dịch vết mổ.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

8. Viêm phổi

- Rất hiếm gặp, có thể gặp trong 1 số tr/hợp có bệnh kèm theo: ĐTD 2, rối loạn hệ thống chất tạo keo, suy giảm miễn dịch...
- Biểu hiện: BN sốt, ho, đau tức ngực, khó thở, nghe phổi có rales ẩm, chụp X quang có biểu hiện viêm phổi.
- Xử trí: điều trị nội khoa tích cực viêm phổi và các bệnh kèm theo.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

9. Tổn thương thực quản

- Gặp trong trường hợp khối UT xâm lấn rộng.
- Biểu hiện:
 - + Dịch tiêu hóa và thức ăn (cháo, sữa...) ra theo ống DL
 - + Vết mổ sưng đau nhiều
 - + Soi thực quản: phát hiện vị trí và mức độ tổn thương.
- Xử trí:
 - + Tại vết mổ: tách rộng, truyền rửa - hút liên tục.
 - + Mở thông dạ dày để nuôi dưỡng.
 - + Nếu tổn thương nhỏ: có thể hồi phục sau 4-6 tuần.
 - + Nếu tổn thương lớn ko tự liền: mổ khâu, tạo hình lại thực quản.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

10. Cơn bão giáp sau mổ

- Cơn bão giáp có thể gặp sau PT bệnh nhiễm độc giáp mà chuẩn bị trước mổ ko tốt,
- BC này hiện tại rất hiếm gặp nhưng có thể gây tử vong.
- Biểu hiện: nhịp tim nhanh, THA , run, vã mồ hôi, tăng thân nhiệt, loạn nhịp tim, đau bụng, tiêu chảy, căng thẳng, bồn chồn, lú lẫn.
- Điều trị: giảm nhịp tim; hạ nhiệt bản, corticoid và sử dụng Propylthiouracil hay methimazole liều cao để giảm tổng hợp hormone TG, an thần.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

11. Một số biến chứng khác

- **Tràn khí dưới da:** do tổn thương KQ, màng phổi. Dấu hiệu: vùng mô cổ, nền cổ - dưới cằm phồng, lép bép khi sờ.

Xử trí: đặt DL hút liên tục.

- **TKMP, TDMP:** BN đau tức ngực, khó thở tùy mức độ, trên XQ thấy hình ảnh TKMP hay TDMP. TH nặng phải DLMP.
- **TDMB:** rất hiếm gặp, thường do tổn thương bạch mạch, dịch dưỡng chấp vào OB. BN đau bụng, bụng chướng, liệt ruột...

Xử trí: nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, KS, chống viêm.

Nếu ko cải thiện cần xét PT hay can thiệp nút vị trí rò qua da.

Xin trân trọng cảm ơn!

