

# **GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp**

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

- 4 tuyến cận giáp
- Vị trí trên và dưới mặt sau 2 thùy tuyến giáp
- Vị trí bất thường: sau thực quản, sau khí quản, trong tuyến giáp và trong trung thất (6 – 22%)
- 13% có tuyến thứ 5

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

- Tiết hormone cận giáp (parathormone = PTH)
- Điều hòa tiết PTH: Nồng độ Calci máu (chủ yếu)
- Vai trò quan trọng trong:
  - + Chuyển hóa xương
  - + Hoạt động của P và Ca
  - + Thận tăng thải P và tái hấp thu Ca
  - + Hấp thu P và Ca của ruột

# Sinh lý tuyến cận giáp – Tác dụng củ PTH lên cơ quan đích

	Tác dụng
Thận	Tăng tái hấp thu calci Tăng thải Phosphore Tăng thanh thải $\text{HCO}_3^-$ , kiềm hóa nước tiểu, acid hóa ống thận gần Tăng thanh thải nước tự do Tăng hoạt động vit D
Xương	Ức chế nguyên bào xương Kích thích hấp thu xương thông qua hủy cốt bào
Ruột	Gián tiếp qua điều hòa tổng hợp $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$
Khác	Tăng cung lượng máu tạng Tăng ly giải mỡ Tăng tân tạo glycogen gan và thận

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

- Tăng tiết PTH → cường cận giáp
- Cường cận giáp nguyên phát:
  - + Nữ > Nam, 30 – 50t
  - + U tuyến cận giáp (adenoma)
  - + Carcinoma hiếm gặp
  - + Chẩn đoán: Tăng Calci máu (bt 2,15 – 2,55mmol/L),  
Calci ion hóa và PTH

$$\text{Calci ion hóa} = \text{Calci tổng} + (40 - \text{Alb}) \times 0,02$$

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

- Cường cận giáp nguyên phát (80%): Có thể liên quan
  - + U tủy nội tiết và Adenoma tuyến yên (Hội chứng Werner hay MEN)
- Cường cận giáp thứ phát (20%):
  - + Kích thích tuyến cận giáp mạn tính do giảm Calci máu
  - + Thường gặp nhất: Suy thận

# Hội chứng ác tính nhiều tuyến nội tiết (MEN)

Hội chứng	Bệnh ác tính nội tiết	Bệnh ác tính không nội tiết
MEN 1	Tuyến cận giáp (90%) Mô nội tiết tuyến tụy tiêu hóa Vùng trên yên U carcinoide Vỏ thượng thận	U xơ mạch máu (angiofibroma) U collagen U mỡ U cơ trơn U màng não, u màng nội tủy, não thất
MEN 2	Tuyến cận giáp (10 – 25%) Pheochromocytoma Ảnh hưởng lên tuyến giáp (tế bào C)	U thần kinh (neuromes) (MEN 2b)

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Đánh giá trước mổ

- Tổng trạng
- Bệnh lý đi kèm
- Tình trạng nặng của bệnh lý cường cận giáp
  - + Tiểu nhiều – khát
  - + Suy thận
  - + RL nhịp (rút ngắn PR và QT)
  - + Tăng HA, RL tiêu hóa (buồn nôn, nôn, táo bón, loét TH)
  - + RL thần kinh – cơ (bệnh cơ, RL tâm thần, co giật...)



# Tác động của PTH lên cấu trúc và chức năng tim mạch

Huyết áp	Giảm HA (cấp tính) Tăng HA (mạn tính)
Co bóp cơ tim	Giảm lực co bóp và tần số tim (cấp tính) Tăng lực co bóp (mạn tính) Giảm sản xuất năng lượng từ ty thể trong TB cơ tim (mạn)
Tăng khối lượng thất trái	Phì đại tế bào cơ tim Tăng xơ hóa mô kẽ
Tăng xơ vữa mạch máu (mạn tính)	Rối loạn chuyển hóa lipoprotein Tăng đề kháng Insuline Tăng Calci nội bào tế bào cơ trơn mạch máu Tăng lắng đọng Calci phosphate trên thành mạch Tăng HA Nhưng: Ức chế di chuyển/tăng sinh TB cơ trơn mạch máu
Calci hóa TB cơ tim (mạn tính)	
Calci hóa van tim (mạn tính)	

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Đánh giá trước mổ

- Calci máu → Điều trị cấp cứu nếu  $> 3,3\text{mmol/L}$

<b>Điều chỉnh giảm thể tích tuần hoàn</b>	Nước muối sinh lý
<b>Lợi tiểu</b>	Furosemide liều thấp
<b>Mithramycine</b>	25 mcg/kg trong 500mL nước muối sinh lý trong 3 – 6h
<b>Calcitonine</b>	Calcitonine 4 – 8UI/kg/ngày trong 500mL nước muối sinh lý trong 6h Sau đó 4 – 8UI/kg/ngày TDD chia làm 4 lần/ngày
<b>Diphosphonates</b>	Aredia: 30 – 60mg trong 500mL trong 4h (tối đa 90mg) Clastoban, Lytos 300mg/ngày trong 500mL nước muối sinh lý trong 2h (lặp lại theo kết quả xét nghiệm)

→ **HỘI CHẨN NỘI TIẾT**

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Đánh giá trước mổ

- Đánh dấu tuyến cận giáp với xạ hình trước mổ
- Tổng kê Calci, Phosphore, Ion đồ máu, CN thận
- Công thức máu → Thiếu máu?
- KMĐM → Toan (suy thận)? Hay kiềm (nôn ói/tăng Calci máu)?
- ECG → Nhịp tim? RL điện giải?
- Siêu âm tim → Phì đại thất T? Hội chấn Tim mạch?

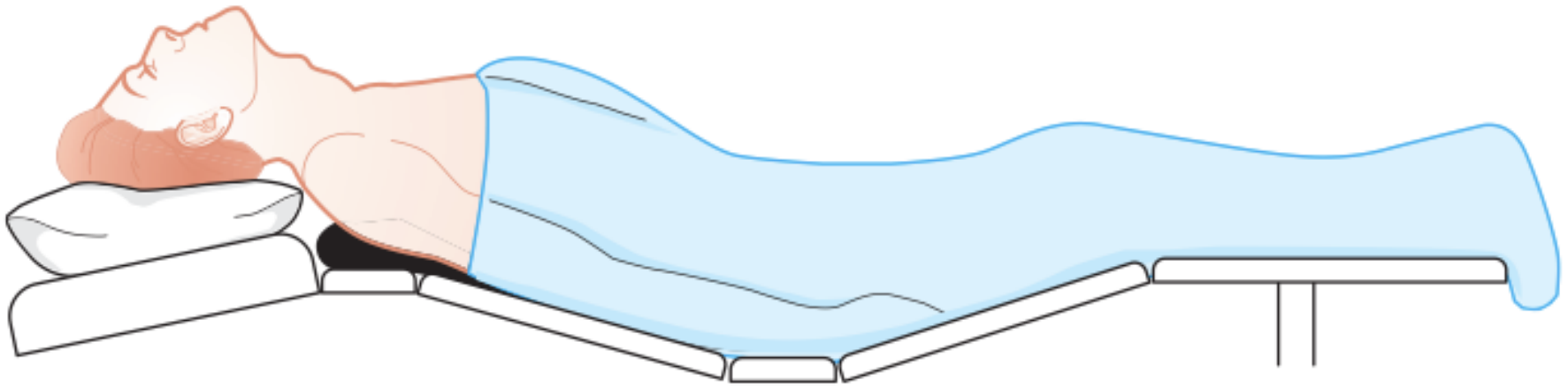
# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Đánh giá trước mổ - ECG

<b>Tăng Calci máu</b>	<b>Giảm Calci máu</b>	<b>Tăng Kali máu</b>	<b>Giảm Kali máu</b>
QT ngắn Bloc xoang nhĩ Bloc nhĩ thất	QT kéo dài Xoắn đỉnh	Sóng T nhọn, đối xứng PR kéo dài QRS dẫn rộng (nếu > 7mmol/L) Nhịp tự thất chậm	Sóng T dẹt ST chênh xuống Xuất hiện sóng U

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ



Tư thế bệnh nhân trong PT tuyến giáp và tuyến cận giáp

BN nằm ngửa, ngửa cổ, kê vai. Tay của BN đặt dọc theo chiều dài cơ thể.  
BS GMHS rất khó tiếp cận BN khi đã trải khăn mổ vô trùng

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ

- Hoãn mổ nếu Calci máu  $> 3\text{mmol/L}$
- Tư thế BN tương tự PT tuyến giáp
- Thời gian PT phụ thuộc thời gian tìm tuyến cận giáp
- Đo PTH trong mổ:
  - + Nhanh (30 phút)
  - + Lợi ích đv PT lại, vị trí bất thường
- Sonde tiểu (giảm lượng nước tiểu sau khi lấy bỏ u tuyến)
- BN suy thận: PT chương trình sau khi lọc máu

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

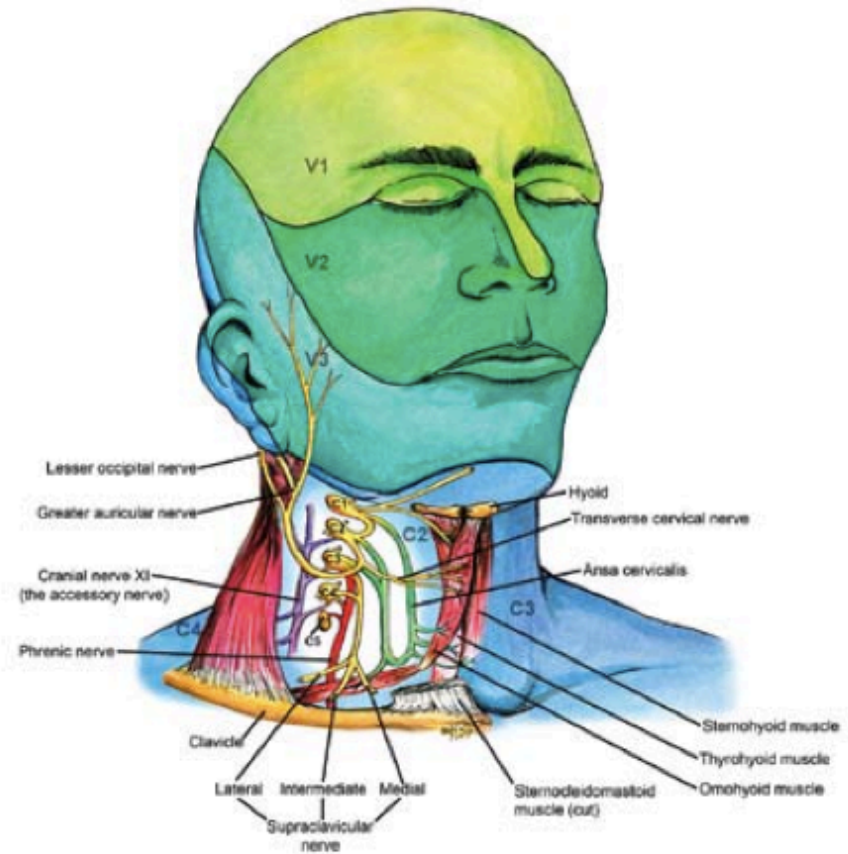
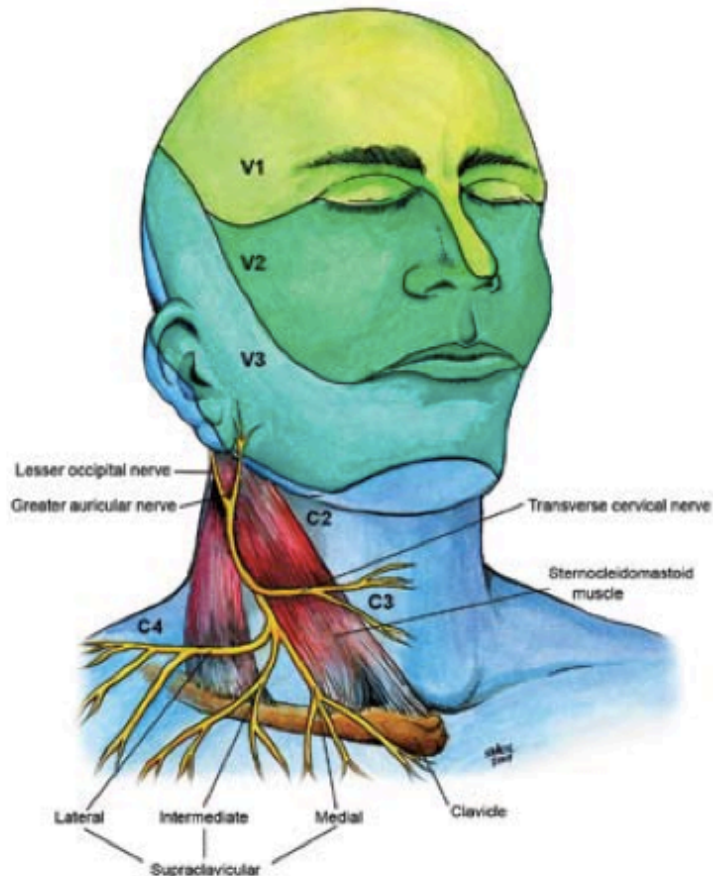
## Giai đoạn trong mổ

- Gây mê toàn diện: Nếu cắt 2 bên
- Halogen và Propofol: gây mê sâu và tỉnh nhanh
- Tăng Kali máu: Lưu ý succinylcholine
- Tăng Calci máu: Tăng liều dẫn cơ không khử cực 30% → Đạt dẫn cơ mong muốn
- Gây tê vùng: Nếu can thiệp tối thiểu (mini-invasive), BN lớn tuổi, tổng trạng kém
- Gây tê vùng: Ropivacaine > Bupivacaine

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ

- Gây tê vùng: Đám rối cổ nông và cổ sâu





# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ

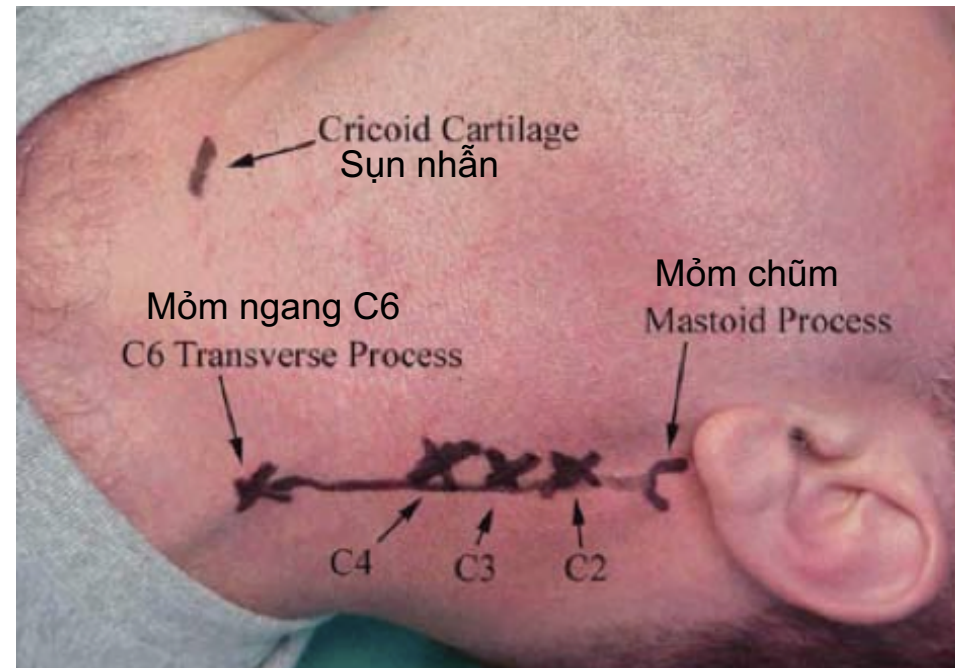
- Gây tê đám rối cổ nông:
  - BN nằm ngửa, xoay đầu sang bên không PT
  - Trung điểm bờ sau cơ ức đòn chũm
  - Đi kim khoảng  $\frac{1}{2}$  bề dày lớp cơ, gây tê với 3mL thuốc tê
  - Tiếp tục gây tê 3mL khi rút kim ra
  - Cuối cùng gây tê dưới da 3 – 4mL thuốc tê



# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ

- Gây tê đám rối cổ sâu:
  - Mỏm ngang C6 (củ Chassaignac)  
ngang sụn nhẫn
  - Đường thẳng từ mỏm chũm đến mỏm ngang C6
  - Xác định mỏm ngang C2, C3, C4
  - Đi kim chạm mỏm ngang, rút ra 1 – 2 cm, gây tê mỗi vị trí C2, C3, C4 từ 3 – 5mL thuốc tê
  - Có thể gây tê chỉ C3 với 15mL thuốc tê
  - PTV gây tê thêm nếu cần



# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ

Gây đám rối cổ nông và cổ sâu: Chống chỉ định

-BN từ chối

-Nhiễm trùng vùng gây tê

-Dụng cụ dẫn lưu não thất

-Dị ứng thuốc tê

-Rối loạn đông máu

-Suy hô hấp nặng (vì phong bế TK hoành cùng bên)

-Tổn thương TK hoành đối bên

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn trong mổ

Gây đám rối cổ nông và cổ sâu: Biến chứng

-Gây tê đám rối cổ nông: Gây tê sâu → cổ sâu

-Gây tê đám rối cổ sâu:

+ Tiêm vào mạch máu (ĐM đốt sống) → co giật (luôn luôn rút ngược ống tiêm)

+ Phong bế đám rối cánh tay

+ Phong bế TK thanh quản trên → Khàn tiếng

+ Hội chứng Claude Bernard – Horner

+ Phong bế TK hoành cùng bên

+ Tiêm vào khoang NMC → ảnh hưởng ngực và chi cùng bên

+ Gây tê tủy sống toàn bộ

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ

Giảm đau sau mổ:

- Phong bế đám rối cổ nông: Thường không đủ
- Phong bế đám rối cổ sâu: Hiệu quả (lưu ý biến chứng)
- Giảm đau tĩnh mạch:
  - + Paracetamol
  - + Thuốc phiện
  - + Kháng viêm non-steroids (lưu ý suy thận)

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng sớm

Liệt thần kinh thanh quản trên:

-Tỷ lệ 1 – 5%

-Do tổn thương trong mổ (cắt, dập)

-YTNC: mổ lại, bóc tách khó khăn

-Một bên: Thường gặp, không nguy hiểm tính mạng → Khó nói, khàn tiếng

-2 bên ở vị trí đóng: Hiếm và nặng, suy hô hấp ngay sau khi rút NKQ

-2 bên ở vị trí mở: Nguy cơ hít sặc

-Soi thanh quản chẩn đoán

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng sớm

Buồn nôn và nôn ói sau mổ:

-Thường gặp

-Propofol làm giảm tỷ lệ buồn nôn và nôn ói hơn Halogen

-Phác đồ chống buồn nôn và nôn ói sau mổ

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng muộn

Hạ Calci máu cấp sau mổ:

-Thường chắc chắn sẽ gặp

-Nếu không xảy ra → Cắt bỏ toàn bộ mô?

-Mệt, co rút cơ và/hoặc tetanie

-Nặng hơn → RL tri giác, co giật, co thắt thanh phế quản

-Điều trị khi có triệu chứng cho đến khi Calci máu tự điều chỉnh vào ngày thứ 4, 5.



# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng muộn

Hạ Calci máu cấp sau mổ:

-Calci máu  $< 1,9\text{mmol}$  + triệu chứng cơ hay ECG  $\rightarrow$  Calci gluconate 100mg truyền TM trong 15ph

-Sau đó 1 – 2 mg/kg/giờ trong 24 – 48 giờ

-Hạ calci máu kéo dài  $\rightarrow$  Nhu cầu của xương: Cần bổ sung Calci, Phosphore và vitamine D

-Hạ calci máu thường đi kèm hạ Magné máu làm tăng nguy cơ loạn nhịp và biểu hiện TK-cơ  $\rightarrow$  Xét nghiệm và bổ sung Mg

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng muộn

Suy thận sau mổ:

- Thường do mất cân bằng cung cấp muối nước trước mổ (suy thận chức năng)
- Theo dõi sonde tiểu → phát hiện thiếu niệu
- Bù nước điện giải + furosémide

Viêm tụy cấp:

- Thường gặp nếu có tăng calci máu nặng trước mổ

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng muộn

Phẫu thuật thất bại:

- Không hạ Calci máu sau mổ
- Tái xuất hiện tăng Calci máu sau vài ngày – vài tuần
- Cần PT lại
- Chẩn đoán hình ảnh tìm vị trí u tuyến (siêu âm, xạ hình, MRI)
- Tìm u tuyến lạc chỗ, tuyến cận giáp thứ 5, tăng sản không thấy trước mổ

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Giai đoạn sau mổ - Biến chứng muộn

Biến chứng muộn khác:

- BN suy thận mạn: Tăng nhiễm trùng do RL chức năng bạch cầu (tăng Calci nội bào làm giảm chức năng thực bào của BC đa nhân trung tính) --> Điều trị vit D + thuốc giảm Calci đang trong quá trình nghiên cứu
- Biến chứng tim mạch: Tránh được nếu đánh giá trước mổ tốt về cấu trúc và chức năng tim mạch

# GMHS và bệnh lý tuyến cận giáp

## Kết luận

- Các vấn đề chu phẫu rất thay đổi
- Tỷ lệ biến chứng thấp → PT ít nguy cơ
- Nguy cơ cao hơn trên BN suy thận đang lọc máu,  
ASA 3
- Cần hiểu rõ các biến chứng chu phẫu
- Phối hợp nội – ngoại khoa

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Traité d'anesthésie générale – Bernard DALENS  
2004
- Anesthesiology, Longnecker 2008, McGrawHill
- Anesthésie-réanimation dans la chirurgie des parathyroïdes, EMC Anesthésie-Réanimation  
2009