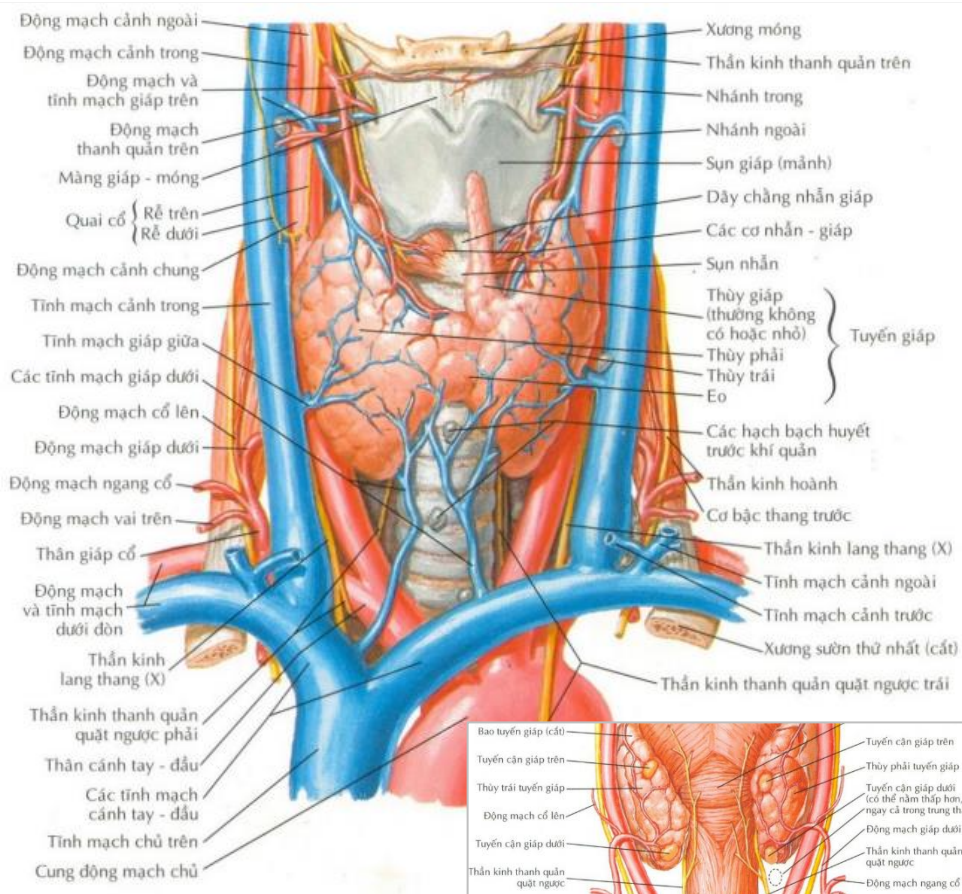
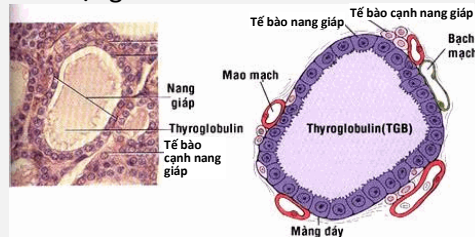


SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU – SINH LÝ TUYẾN GIÁP



Tuyến giáp:

- Nằm ở giữa, về phía trước – dưới cổ, giới hạn hai bên bởi cơ ức đòn chũm, gồm hai thùy nối với nhau bởi eo tuyến giáp, nằm ngang trước các vòng sụn khí quản 2, 3, dưới mức sụn nhẫn.
- Nặng khoảng 20 – 30g.
- Được bao bọc bởi một vỏ xơ dính vào mô tuyến.
- Di động khi nuốt.



- Ở mặt sau thùy bên tuyến giáp, giữa bao xơ và bao tạng tuyến giáp:
 - ▲ Tuyến cận giáp trên nằm ngang mức sụn nhẫn.
 - ▲ Tuyến cận giáp dưới nằm cách cực dưới thùy bên tuyến giáp khoảng 1.5cm về phía trên.
- ĐM: ĐM giáp trên, ĐM giáp dưới, ĐM giáp dưới cùng.
- TM: TM giáp trên, TM giáp giữa, TM giáp dưới.
- TK liên quan: TK thanh quản trên, TK quặt ngược thanh quản.
- Tế bào nang giáp: tiết T3, T4 – tăng chuyển hoá tế bào, nhịp tim, hô hấp, hoạt động TK và não bộ.
- Tế bào cạnh nang giáp: tiết calcitonin – làm hạ calci máu (đối lập với PTH tiết ra từ tuyến cận giáp)

- Bn phát hiện bướu giáp khi nào? Diễn tiến thay đổi kích thước của bướu giáp? Bướu giáp mới thay đổi kích thước gần đây gợi ý xuất huyết trong nang, K giáp, viêm giáp bán cấp.
- Cảm giác nghẹt ở cổ, nuốt khó, khó thở, khàn tiếng do bướu lớn, đè vào các cơ quan lân cận.
- Đau tuyến giáp
 - ▲ Nang giáp xuất huyết: xuất hiện đột ngột, đau tại vị trí XH
 - ▲ Viêm giáp bán cấp: đau thường ở 2 thùy, hoặc đau một bên trước sau đó lan qua thùy giáp còn lại, đôi khi lan lên cổ, họng, tai và thường có sốt
 - ▲ Ung thư giáp
- Triệu chứng gợi ý rối loạn chức năng tuyến giáp
 - ▲ Cường giáp: cầu gắt, dễ xúc động, gầy sút, sợ nóng, đổ mồ hôi, hồi hộp, mạch nảy mạnh, nhanh, nhịp tim nhanh, tiếng tim mạnh, run ở đầu ngón tay, teo cơ, run giật cơ, dấu ghê đầu, khát nhiều, uống nhiều, tiêu nhiều, tiêu chảy, thiếu kinh, tắt kinh...
 - ▲ Suy giáp: thờ ơ, chậm chạp, hay quên, phù mi (dưới), sợ lạnh, da lạnh, khô, giảm tiết mồ hôi, mạch chậm, teo cơ, giảm phản xạ gân xương, uống ít, tiểu ít, chậm bài niệu, táo bón, kinh nguyệt kéo dài, kinh nhiều...
- Tiền căn bệnh lý. Mức độ tuân thủ điều trị. Tiền căn phẫu thuật.
- Kinh chót – Thai kỳ. Chế độ ăn (iod).
- Tiền căn dị ứng. Tiền căn gia đình.

KHÁM TUYẾN GIÁP

1. Nhìn

Kỹ thuật

- Bn ở tư thế ngồi, bộc lộ vùng cổ.
- Cho bn **thực hiện động tác nuốt** bằng cách cho uống vài ngụm nước nhỏ.

Ghi nhận

- **Tính chất di động của bướu giáp**
Bướu giáp, nang giáp lười – di động theo nhịp nuốt. NGL có thể di động khi bn đưa lưỡi ra ngoài. Bướu giáp không/ít di động theo nhịp nuốt: viêm giáp xơ hóa Riedel hoặc ung thư giáp
- **Bướu to lan tỏa (đều 2 thùy) hay bướu giáp nhân (một hay nhiều nhân)**
To: một bên to hơn bên còn lại, có lồi ở vùng cổ, eo giáp vượt quá đường nối từ sụn giáp – xương ức
- **Kích thước của bướu giáp, các giới hạn của bướu giáp**
- **Các dấu hiệu viêm cấp tính: sưng, đỏ viêm giáp cấp sinh mủ / viêm giáp De Quervain**
- Có thể nhìn thấy những hạch vùng có liên quan đến bướu giáp: trước cơ ức đòn chũm, cạnh cổ...
- Sẹo mổ cũ, sẹo do dán thuốc cao, cắt lể...
- Vùng đập bất thường ở cổ.

2. Sờ - kết hợp tìm hạch vùng và cảm giác rung miêu

Khám tuyến giáp từ phía sau



Khám tuyến giáp từ phía trước



Lưu ý: thăm khám nhẹ nhàng, không đè mạnh, không dùng các ngón tay bóp bướu giáp sẽ gây đau, gây các sang thương nặng hơn như XH trong nang tuyến / vỡ các nang sẵn có.

Ghi nhận

- **Hình dạng:** xem tuyến giáp to lan tỏa hay có nhân (một hay nhiều nhân).
Nếu có nhân: vị trí, kích thước, mật độ, giới hạn, di động, có đau khi sờ hay không, hạch kèm theo
- **Kích thước:** ước tính kích thước tuyến giáp. Chú ý khám bờ dưới tuyến giáp, không sờ được bờ dưới tuyến giáp ở bn có tuyến giáp lớn gợi ý bn có bướu giáp thông.
- **Mật độ:** mềm – bướu giáp đơn thuần, nang chứa nước, basedow; đàn hồi: nang giáp chứa keo giáp; chắc – viêm giáp; cứng – viêm giáp Riedel / ung thư giáp.
- **Di động hay không.**
- **Nóng, nhạy đau:** có thể là do viêm giáp (cấp hay bán cấp) hay do nang giáp xuất huyết.

Phân loại bướu giáp theo WHO 1960 (hiệu chỉnh năm 1994)

Độ	Đặc điểm
0	Không có bướu giáp
IA	Mỗi thùy tuyến giáp to hơn đốt 1 ngón tay cái của người được khám/bn, sờ nắn được.
IB	Bn ngửa đầu tối đa, nhìn thấy tuyến giáp to – bướu sờ nắn được.
II	Tuyến giáp to, nhìn thấy khi đầu ở tư thế bình thường và ở gần (1 – 2m) – bướu nhìn thấy.
III	Bướu giáp rất lớn, nhìn thấy dù ở xa (≈ 5m) Bướu lớn làm biến dạng cổ.

3. Đo bướu giáp – không thực hiện trên lâm sàng.

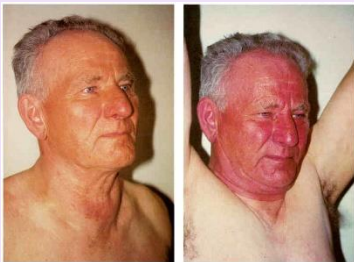
Nghiệm pháp Pemberton

Chỉ định:

- Khi nghi ngờ bướu giáp chèn sau xương ức.
- Có triệu chứng phù áo khoác hay tuần hoàn bàng hệ vùng cổ - vai.

Tiến hành:

- Bn gơ hai tay thẳng lên khỏi đầu, lòng bàn tay hướng vào trong, cánh tay ép sát vào mang tai, hít thật sâu rồi nín thở.
- Nghiệm pháp (+): bn đỏ bừng mặt, có thể chóng mặt, choáng váng.
- Nghiệm pháp (+) chứng tỏ có khối choán chỗ ở trung thất trên (bướu giáp chèn, u tuyến ức, hạch phì đại...)



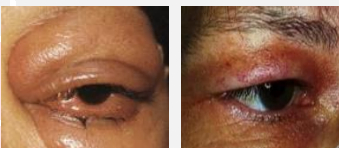
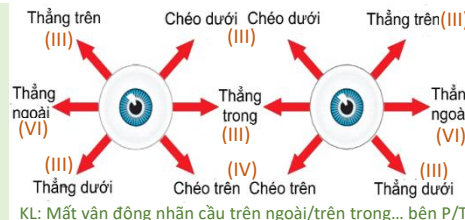
4. Nghe – xác định bướu giáp mạch (gia tăng lưu lượng máu – Basedow, bướu giáp khổng lồ)

- Trước khi nghe: làm ấm ống nghe để tránh gây co mạch.
- Luôn bắt mạch khi nghe âm thổi.
- Nghe tại 2 cực trên và dưới tuyến giáp nơi ĐM giáp trên và dưới đổ vào.
- Nghe ở tư thế nằm để phát hiện âm thổi hơn.
- Phân biệt với âm thổi do bệnh van ĐM chủ (âm thổi từ vùng van ĐMC lan tới), âm thổi ĐM cảnh (âm thổi dọc theo ĐM cảnh), âm thổi TM (mất khi đè nhẹ ống nghe xuống).
- Ghi nhận: âm thổi liên tục hay tâm thu, cường độ, âm sắc, hướng lan, (kết thúc nên khám lại rung miu)

Thường tăng sinh mạch máu ở vùng ĐM giáp trên.

KHÁM MẮT TRONG BỆNH BASEDOW

Chia độ tổn thương mắt theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ

Độ	Biểu hiện (NOSPECS)		
0	No signs or symptoms – Không có triệu chứng (cơ năng và thực thể)		
	Only signs – Co cơ mi trên (do cường giao cảm)		
1	Dấu Dalrymple Hở khe mi. Thấy được màu trắng của củng mạc giữa mi trên và đồng tử khi bn nhìn thẳng, ngang tầm mắt 	Dấu Stellwag Mắt nhắm không kín (hai hàng lông mi không đan vào nhau) và rất ít nháy	Dấu von Graefe (lid lag) Khi cho bn nhìn một vật từ trên xuống (nhánh), mí mắt bị “lag”, thấy được củng mạc giữa mi trên và đồng tử.
	Soft tissues involvement – Tổn thương phần mềm mô quanh hốc mắt Bn than có cảm giác xốn ở mắt, chảy nước mắt.		
2	Phù mi mắt Do tích tụ glycosaminoglycan háo nước Phù không đều như trong HCTH		
	Dấu Jellinek Viền sạm màu bao quanh hốc mắt		
	Proptosis – Lồi mắt Mắt lồi >3mm so với trị số sinh lý (theo chủng tộc, quốc gia...), đo bằng thước Hertel Ước lượng: củng mạc vượt ra khỏi đường nối mi trên – mi dưới Triệu chứng lồi mắt đơn độc không đủ để chẩn đoán Basedow, có thể gặp trong béo phì, giả u sau hốc mắt, xơ gan...		
3			
	Extraocular muscle involvement – Tổn thương cơ vận nhãn		
4	Dấu Mobius Mất khả năng duy trì hội tụ 2 mắt khi nhìn ngón tay hay đầu viết chì 	Khám cử động mắt Mất / giảm cử động theo chiều tương ứng với cơ tổn thương. Dấu Joffroy, Gorelick, song thị...	 KL: Mắt vận động nhãn cầu trên ngoài/trên trong... bên P/T
5	Corneal involvement – Tổn thương giác mạc (viêm giác mạc) Viêm: giác mạc sung huyết, phù, mất trơn láng. <i>Do mắt bị đẩy ra trước, tiếp xúc không khí, khô mắt.</i>		
	Sight loss – Tổn thương dây thần kinh thị giác Bn có thể bị giảm thị lực, mù lòa do các cơ vận nhãn sưng lên đè vào dây thần kinh thị giác.		
6	Khám thị lực • Biểu đồ Snellen Cách 5 – 6m, ánh sáng đủ, cho mắt nghỉ ngơi thích hợp. KL: 1/10 – 10/10 • Đếm ngón tay 2m – 5m Kết luận: 1/5m – 5/5m	Khám thị trường • Máy đo thị trường Landol • Khám thị trường đối chứng Người khám đứng/ngồi đối diện bn sao cho tầm mắt ngang nhau, khoảng cách từ ngón tay đến đồng tử người khám và bn bằng nhau. So sánh thị trường bn và người khám.	• Soi đáy mắt • Siêu âm: đo bề dày cơ vận nhãn
Triệu chứng cơ năng thường là cảm giác chói mắt, cộm như có bụi bay vào mắt hoặc đau nhức hốc mắt, chảy nước mắt. Bệnh mắt do Basedow thường là 2 bên.			

Triệu chứng cơ năng thường là cảm giác chói mắt, cộm như có bụi bay vào mắt hoặc đau nhức hố mắt, chảy nước mắt. Bệnh mắt do Basedow thường là 2 bên.