

## NANG GIÁP LƯỖI

### 1. ĐỊNH NGHĨA

- Là một dị tật bẩm sinh thường gặp.
- Nang + đường rò đi từ nang dính vào mặt sau xương móng và đi tới lỗ tịt.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Đường rò được tạo ra trong quá trình di chuyển của tuyến giáp từ lỗ tịt xuống vùng cổ không khép kín.

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

##### 3.1.1. Lâm sàng

Thường có khối nang nằm giữa cổ, dưới xương móng, bề mặt trơn láng và di chuyển theo nhịp nuốt.

##### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm vùng cổ.
- CT scan vùng cổ: chẩn đoán và xác định đường đi của đường rò nhằm có phương pháp phẫu thuật thích hợp.
- Chức năng tuyến giáp (FT3, FT4, TSH), xạ hình tuyến giáp (khi nghi ngờ nang tuyến giáp lạc chỗ)

#### 3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Tuyến giáp lạc chỗ.
- U vùng giữa cổ (lipoma, nang khe mang...).

### 4. ĐIỀU TRỊ

#### 4.1. Nội khoa: khi có nhiễm trùng, áp-xe đường rò

##### 4.1.1. Điều trị tại chỗ

- Chích rạch dẫn lưu áp-xe.
- Thay băng.

**4.1.2. Điều trị toàn thân:** khi có nhiễm trùng, áp-xe đường rò.

## **4.2. Ngoại khoa**

### **4.2.1. Chỉ định**

Các trường hợp chẩn đoán xác định nang ống giáp lưỡi.

### **4.2.2. Chống chỉ định**

Chống chỉ định tương đối:

- Nang ống giáp lưỡi đang viêm tấy, áp-xe: nên chích rạch dẫn lưu mủ, khi ổn định sẽ phẫu thuật lấy nang - đường rò.
- Các chống chỉ định phẫu thuật nói chung.

### **4.2.3. Chuẩn bị**

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật đầu mặt cổ.
- Thuốc tê xylocain 2%.
- Người bệnh: thông nhất với bệnh nhân về phương pháp mổ và những điều cần lưu ý sau phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án: Làm các xét nghiệm cơ bản và hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo quy định chung.

### **4.2.4. Các bước tiến hành**

- Tư thế người bệnh: BN nằm thẳng, kê gối dưới vai, ngửa cổ.
- Vô cảm: Gây mê nội khí quản.
- Quy trình kỹ thuật:
  - + Rạch da vùng cổ trước ngang mức khối phồng. Rạch tiếp tục qua lớp mỡ dưới da và lớp cơ bám da cổ, bóc tách vạt da bộc lộ mặt trước của các cơ dưới móng cho đến tận bờ trên xương móng.
  - + Rạch đường trắng giữa, bóc tách khối u nang ra khỏi các lớp cơ dưới móng cho đến tận chỗ bám của khối vào thân xương móng.
  - + Bóc tách chỗ bám của các cơ trên móng và dưới móng vào thân xương móng. Cắt thân xương móng.

- + Tiếp tục bóc tách đường rò đến lỗ tịt. Kẹp buộc và cắt bỏ đường rò ở sát lỗ tịt.
- + Khâu đáy lưỡì, khâu cơ trên móng và dưới móng, đặt dẫn lưu, khâu phục hồi các lớp cơ da và da theo bình diện giải phẫu.
- + Đặt dẫn lưu.
- + Khâu da.
- + Băng ép.

#### 4.2.5. Theo dõi và chăm sóc

- Thay băng mỗi ngày. Cắt chỉ (nếu có) sau 5 ngày.
- Rút dẫn lưu sau 48 giờ.
- Thuốc: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng dị ứng sử dụng 5 - 7 ngày.

#### Thuốc:

- ❖ Kháng sinh: 7 – 10 ngày, sử dụng kháng sinh uống. Trong trường hợp kèm nhiễm trùng khác làm cho tình trạng bệnh nặng hơn có thể thay thế bằng kháng sinh tĩnh mạch.
  - Nhóm Betalactam
    - Amoxicillin + Acid Clavulanic
      - + Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
      - + Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
  - Nhóm Cephalosporine
    - Cefuroxime 0,75g
      - + Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày (TMC).
      - + Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
    - Cefotaxime 1g
      - + Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).
      - + Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
    - Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g
      - + Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).
      - + Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
- Cefepime:
  - + Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM).

- + Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM)
  - Nhóm Macrolid
    - Clarithromycin:
      - + Người lớn 250 - 500mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).
      - + Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.
    - Spiramycin:
      - + Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).
      - + Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.
    - Azithromycin
      - + Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).
      - + Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).
  - Nhóm Lincomycin:
    - Clindamycine (Dalacin C):
      - + Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).
      - + Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).
  - ❖ Kháng viêm:
    - Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
    - Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,...
    - Hoặc kháng viêm dạng men: Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.
  - ❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt
    - Người lớn: tùy mức độ đau
      - Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai \* 2 - 3 lần/ngày.
      - Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v \* 2 - 4 lần/ngày.
    - Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg \* 3 - 4 lần/ngày.
- Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể

dùng một trong các loại kháng viêm sau:

+ Diclofenac: TB 75mg/2ml \* 2 lần/ngày.

Hoặc 50mg 1v \* 2 - 3 lần/ngày.

+ Ibuprofen 200mg: 1v \* 2 - 3 lần/ngày.

(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg \* 2 - 3 lần/ngày).

## 5. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm khuẩn vết mổ -> điều trị kháng sinh, kháng viêm.
- Chảy máu hình thành khối máu tụ vùng cổ, đôi khi gây khó thở -> băng ép nếu không hiệu quả cần mở lại vết mổ, lấy sạch máu đọng, cầm máu.
- Thủng hạ họng trong quá trình bóc tách lấy bỏ khối u -> khâu phục hồi niêm mạc hạ họng.

## 6. PHÒNG NGỪA

- Đây là bệnh lý bẩm sinh nên hiện nay vẫn chưa có phương pháp phòng ngừa hiệu quả.
- Phẫu thuật lấy hết nang – đường rò – thân xương móng nhằm giảm tỷ lệ tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anuradha R. Bhamra, M.D., Richard J. Smith, M.D., Robert A. Robinson, M.D., Ph.D., Ronald J. Weigel, M.D., Ph.D., Sonia L. Sugg, M.D., James R. Howe, M.D., Geeta Lal, M.D (2014). Preoperative evaluation of thyroglossal duct cysts: children versus adults—is there a difference? *The American Journal of surgery*, 207(6): 902–906
2. Alex Kessler MD, Ephraim Eviatar MD, Judith Lapinsky MD, Tifha Horne MD, Nathan Shlamkovitch MD and Shmuel Segal MD (2001). Thyroglossal Duct Cyst: Is Thyroid Scanning Necessary in the Preoperative Evaluation? *IMAJ*, 3:409-410

3. Dong Hoon Lee, Se Hee Jung, Tae Mi Yoon, Joon Kyoo Lee, Young Eun Joo, and Sang Chul Lim (2012). Computed Tomographic Evaluation of Thyroglossal Duct Cysts in Children Under 11 Years of Age. *Chonnam Med J.*, 48(3): 179–182.
4. Gioacchini FM, Alicandri-Ciufelli M, Kaleci S, Magliulo G, Presutti L, Re M (2015). Clinical presentation and treatment outcomes of thyroglossal duct cysts: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.*, 44(1):119-26
5. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, Silver CE, Fagan JJ, Devaney KO, Rinaldo A (2008). Thyroglossal duct cyst: personal experience and literature review. *Auris Nasus Larynx.*, 35(1):11-25
6. Nguyễn Thị Tố Uyên (2001). *Nghiên cứu hình thái lâm sàng, mô bệnh học và phẫu thuật của u nang và rò giáp lưỡi.* Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú – Trường Đại học Y Hà Nội