

## **KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CƯỜNG CẬN GIÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2016-2018**

*Nguyễn Ngọc Huân<sup>1</sup>, Trần Ngọc Lương<sup>1</sup>, Phùng Duy Hồng Sơn<sup>2</sup>*

*1. Bệnh viện Nội tiết Trung ương*

*2. Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*

DOI: 10.47122/vjde.2021.50.6

### **ABSTRACT**

***Early results of surgical treatment of Primary Hyperparathyroidism at National hospital of Endocrinology during the period 2016-2018***

**Objective:** Describe the clinical manifestations, laboratory findings and evaluate early results of surgical treatment of Primary Hyperparathyroidism (PHPT) at National hospital of Endocrinology during the period 2016-2018. **Methodology:** Descriptive retrospective study. There were 35 consecutive patients, including in study. 27(77,1%) of patients were women and 8 (22,9%) -man, aged from 15 to 81 average 44,9 years. **Results:** Clinical signs and symptoms were differences: fatigue, polydipsia, arthralgia, weight loss... Paraclinical parameters saw: increase PTH level in all cases, hypercalcemia-93,5%(32). Ultrasound and Tc 99m sestamibi scan help to localize the tumor with sensitivity 85,7% (30/35) and 82,9% (29/35) respectively. PTH level decreased more than 50% in all patients after tumor extirpation 10 minutes and became normal after 24 hours. Blood calcium returns normal after 3 days. **Conclusion:** PHPT is rare disease, variable clinical manifestations with non-specific signs and symptoms. Diagnosis was based on hypercalcemia and elevated PTH. Ultrasound and scintigraphy have high sensitivity, specificity. They were good guidances for surgical extirpation of tumor. Intraoperative PTH analysis was a reliable maker for estimate result of operation.

**Keywords:** *hyperparathyroidism, parathyroid gland, parathyroid tumor.*

### **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cường cận giáp nguyên phát và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị cường cận giáp nguyên phát tại Bệnh Viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2016-2018. **Đối tượng:** 35 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. **Kết quả:** 35 bệnh nhân bao gồm 27(77,1%) nữ và 8 (22,9%) nam. Độ tuổi từ 15 đến 81, trung bình là 44,9. Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp: mệt mỏi, tiểu nhiều, đau xương khớp, gầy sút. Cận lâm sàng: tăng PTH- 100%(35), tăng canxi máu chiếm 93,5 %(32). Độ nhạy của siêu âm và xạ hình cận giáp tìm thấy vị trí u lần lượt là 85,7% (30/35) và 82,9% (29/35). Tất cả bệnh nhân đều có giảm nồng độ PTH trên 50% sau phẫu thuật 10 phút. Nồng độ PTH trở về bình thường sau 24h, canxi máu trở về bình thường sau 3 ngày. **Kết luận:** Cường cận giáp nguyên phát là một bệnh hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, không điển hình, thường phát hiện ở giai đoạn có triệu chứng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, xét nghiệm canxi máu và PTH. Siêu âm và xạ hình cận giáp có độ nhạy cao, giúp định hướng cho phẫu thuật lấy u. Định lượng PTH trong mổ cho phép đánh giá nhanh kết quả phẫu thuật.

**Từ khóa:** *cường cận giáp nguyên phát, tuyến cận giáp, u cận giáp.*

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Huân

Email: Huan.zorro.osd@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 10/11/2021

Ngày duyệt bài: 15/12/2021

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Cường cận giáp nguyên phát (CCGNP) là một rối loạn nội tiết hiếm gặp. Tỷ lệ bệnh tại Mỹ khoảng 0,03% dân số chung, 0,1 -0,3% phụ nữ sau mãn kinh và tần suất mắc vào khoảng 21,6 ca mỗi 100.000 người mỗi năm [1]. Nguyên nhân chủ yếu của CCGNP là do u tuyến cận giáp. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn là ung thư tuyến cận giáp, hội chứng liên quan gen hiếm gặp, đa u tuyến nội tiết [2]. Phương pháp chính điều trị CCGNP là phẫu thuật cắt tuyến cận giáp bệnh lý. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu bộc lộ trực tiếp vào tuyến cận giáp bệnh lý, kết hợp định lượng PTH máu trong khi phẫu thuật đã làm giảm đáng kể thời gian phẫu thuật, ít gây tổn thương cho bệnh nhân hơn [3, 4]. Ở Việt nam, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về CCGNP, cũng như kết quả điều trị bệnh bằng phẫu thuật. Vì vậy để có thêm kinh nghiệm, cũng như hiểu biết thêm chẩn đoán cũng như điều trị phẫu thuật CCGNP, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Kết quả sớm phẫu thuật CCGNP tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2016-2018”**.

Với hai mục tiêu nghiên cứu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh CCGNP đã phẫu thuật tại Bệnh Viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2016-2018.
2. Đánh giá kết quả sớm điều trị bằng phẫu thuật.

**2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

**Tiêu chuẩn chọn:**

Bệnh nhân được chẩn đoán CCGNP, đã điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2016-2018 và có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ: mô tả rõ triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học, được điều trị phẫu thuật và có biên bản ghi rõ cách thức phẫu thuật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán CCGNP nhưng không điều trị phẫu thuật và hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

**3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Chọn mẫu toàn bộ. Cỡ mẫu: 35 bệnh nhân.

**4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2018 chúng tôi có 35 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn với 27 (77,1%) nữ, 8 (22,9%) nam, tỷ lệ nữ/nam là 3,3:1, tuổi trung bình 48,3 ± 15,2 năm (15-81).

Lý do bệnh nhân đến khám bệnh được liệt kê ở bảng 1:

**Bảng 1.** Lý do đến viện

Lý do khám bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	27	77,1
Đau xương	19	54,3
Tiểu nhiều	6	17,1
Nuốt vờng	3	8,6
Sờ thấy u	5	14,3
Khám sức khỏe	9	25,7

Qua thăm khám và hỏi bệnh phát hiện các triệu chứng lâm sàng được liệt kê ở bảng 2:

**Bảng 2.** Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Dấu hiệu thận	Sỏi thận	20	57,1
	Suy thận	4	11,4
	Tiểu nhiều	8	22,9
Dấu hiệu xương	Đau xương	18	51,4
	Loãng xương	17	48,6
Các dấu hiệu không	Mệt mỏi	27	77,1

đặc hiệu	Gày sút	12	34,3
	Khát nhiều	7	20
	Viêm dạ dày	16	45,7
	Đau đầu	16	45,7
	THA	12	34,3
	Buồn nôn	10	28,6

Trong số 35 bệnh nhân có 27 bệnh nhân (77,1%) bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng trên xương (loãng xương, đau xương), trên thận (sỏi thận). 8/35 bệnh nhân (22,9%) không biểu hiện triệu chứng điển hình của CCGNP.

Các bệnh nhân được chỉ định làm các xét nghiệm chuyên sâu: định lượng PTH, nồng độ Canxi máu. Kết quả 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tăng nồng độ PTH máu, 32 bệnh nhân có tăng canxi máu chiếm 91,4 %, 3 bệnh nhân có nồng độ canxi máu bình thường chiếm 9,6%, trong đó có 1 bệnh nhân đi khám sức khỏe phát hiện, 1 bệnh nhân do sờ thấy u vùng cổ đi khám phát hiện, 1 bệnh nhân do đau nhức xương đi khám phát hiện.

Chúng tôi tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ PTH máu trước mổ với nồng độ canxi máu trước mổ thấy nồng độ PTH máu có tương quan đồng biến chặt chẽ với với nồng độ canxi máu với hệ số tương quan  $r = 0,504$  ( $p = 0,002$ ), được thể hiện ở bảng 3:

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa nồng độ PTH máu với nồng độ Canxi máu

		Nồng độ PTH trước mổ	Nồng độ Catp trước mổ
Nồng độ PTH trước mổ	Pearson Correlation	1	.504**
	Sig. (2-tailed)		.002
	N	35	35
Nồng độ Catp trước mổ	Pearson Correlation	.504**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	35	35

Tất cả bệnh nhân được chỉ định siêu âm tuyến giáp và xạ hình tuyến giáp nhằm xác định vị trí khối u tuyến cận giáp. Kết quả được thể hiện ở bảng 4:

**Bảng 4.** Phát hiện vị trí u

Phương pháp	Phát hiện vị trí u	Không phát hiện
Xạ hình cận giáp	30(85,7%)	5(14,3%)
Siêu âm	29(82,9%)	6(17,1%)

Sau khi chẩn đoán xác định CCGNP, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật. Cắt u đơn thuần được tiến hành ở 30 bệnh nhân chiếm 85,7%, những bệnh nhân này chỉ có tổn thương đơn thuần ở tuyến cận giáp. Cắt u + một thùy tuyến giáp ở 2 bệnh nhân chiếm 5,7 %, những bệnh nhân này có tổn thương là u cận giáp và bướu đa nhân một thùy tuyến giáp. Cắt u + toàn bộ tuyến giáp ở 3 bệnh nhân chiếm 8,6 %, trong đó có 2 bệnh nhân có tổn thương là u tuyến cận giáp và bướu đa nhân 2 thùy tuyến giáp, 1 bệnh nhân có tổn thương là u tuyến cận giáp và ung thư tuyến giáp. Vị trí u hay gặp nhất là cũng u tuyến cận giáp dưới

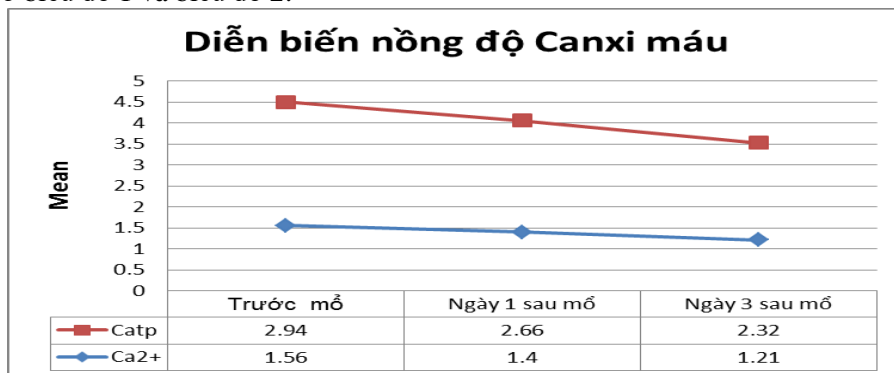
phải 15(42,9 %), u tuyến cận giáp dưới trái 13(37,1%), u tuyến cận giáp trên phải 4(11,4%), u cận giáp trên trái 2(5,7%). Một trường hợp u cận giáp có ở 2 vị trí trên phải và trên trái chiếm 2,9%. Trong tổng số 35 bệnh nhân có 13 (37,1%) có khối u kích thước trên 2cm, khối u kích thước 10-20mm có 18 (51,4%), nhỏ hơn 10mm có 4 (11,4%). Chúng tôi tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ PTH máu trước mổ với kích thước khối u cận giáp, thấy nồng độ PTH máu có tương quan đồng biến chặt chẽ với kích thước khối u cận giáp với hệ số tương quan  $r = 0,53$  ( $p = 0,001$ ), được thể hiện ở bảng 4.

**Bảng 5.** Mối liên quan giữa nồng độ PTH máu trước mổ với kích thước khối u cận giáp.

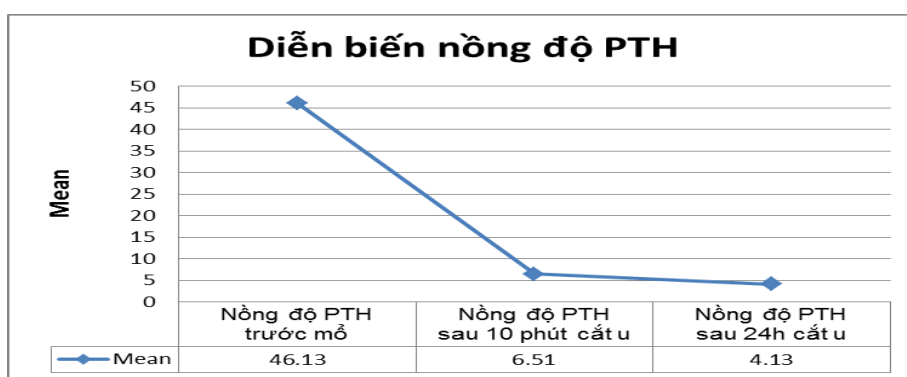
		<b>Nồng độ PTH trước mổ</b>	<b>Kích thước u</b>
Nồng độ PTH trước mổ	Pearson Correlation	1	.530**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	35	35
Kích thước u	Pearson Correlation	.530**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	35	35

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy đa phần bệnh nhân là u tuyến cận giáp lành tính 34 (97,1%) và 1(2,9%) bệnh nhân là ung thư tuyến cận giáp.

Để đánh giá kết quả của phẫu thuật, chúng tôi tiến hành định lượng PTH ngay trong mổ, sau khi cắt bỏ khối u 10 phút, theo dõi lâm sàng và định lượng: PTH, Canxi 2+, Canxi toàn phần ngày thứ nhất và ngày thứ 3 sau mổ. Kết quả: toàn bộ 31 bệnh nhân, lượng PTH sau mổ 10 phút, giảm rõ rệt trên 50% và trở về bình thường sau 24h, nồng độ Canxi máu trở về bình thường trong vòng 72h sau mổ. Diễn biến nồng độ PTH máu và Canxi máu trước, trong và sau mổ được biểu diễn ở biểu đồ 1 và biểu đồ 2:



**Biểu đồ 1.** Diễn biến nồng độ Canxi máu



**Biểu đồ 2.** Diễn biến nồng độ PTH máu

Biến chứng tê tay, gập ở 2 bệnh nhân, xét nghiệm canxi máu giảm ở ngày thứ 3, điều trị bằng bổ sung canxi đường uống hoặc đường

tiêm với liều 1,5-3g/ngày. Bệnh nhân ra viện ổn định. Không gặp các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ khác.

## **4. BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm về tuổi**

Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình không khác biệt so với nhóm bệnh nhân tại Trung Quốc là  $51,3 \pm 15,6$  [5]. Tuy nhiên, tuổi trung bình các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tuổi trung bình so nhóm bệnh nhân tại các nước phát triển như Mỹ, Canada, tuổi trung bình nhóm bệnh nhân CCGNP tại Mỹ theo Liu và cộng sự báo cáo tại Mỹ là  $66,4 \pm 12,742$  [6]. Sự khác biệt này có thể do tại các nước đang phát triển như Việt Nam và Trung Quốc, xét nghiệm canxi máu không được làm như một xét nghiệm sàng lọc, thêm vào đó tỉ lệ người dân có điều kiện khám bệnh định kì chưa cao, không được tầm soát bệnh đầy đủ, dễ bỏ sót chẩn đoán.

### **2. Đặc điểm về giới**

Các nghiên cứu ở Trung Quốc, Ấn Độ, Mỹ cũng cho kết quả tỉ lệ gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, đặc biệt nữ giới ở độ tuổi mãn kinh và tiền mãn kinh [5-7]. Tỉ lệ nữ/ nam trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với nhóm bệnh nhân tại Trung Quốc từ 2000-2010 là 2,07:1, ở các nghiên cứu tại Mỹ từ 2010 đến 2013 là 3- 4,5 :1 [6].

### **3. Bàn luận về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nhóm bệnh nhân**

#### **3.1. Lý do đến khám**

Trong khi ở các nước phát triển như Mỹ, Canada, châu Âu, CCGNP thường phát hiện do khám định kỳ hoặc xét nghiệm sàng lọc canxi máu [2], thì ở nước ta, phần lớn các bệnh nhân đến khám khi đã có triệu chứng lâm sàng do bệnh nhân thường đến ở giai đoạn muộn, bệnh đã có nhiều biến chứng.

#### **3.2. Triệu chứng lâm sàng**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như ở các quốc gia đang phát triển như Trung Quốc, Ấn Độ ngay cả trong những năm gần đây cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng lâm sàng cổ điển của bệnh còn khá cao [5, 7]. Trái lại, các biểu hiện lâm sàng này hiện nay ít gặp ở các nước phát triển do bệnh chủ yếu ở giai đoạn sớm [2, 6].

#### **3.3. Các triệu chứng cận lâm sàng**

##### **3.3.1 Xét nghiệm canxi và PTH máu**

Do bệnh thường phát hiện ở giai đoạn

muộn, nồng độ PTH máu trung bình và canxi máu trung bình của nhóm bệnh nhân của chúng tôi cao hơn so với nhóm bệnh nhân CCGNP tại Trung Quốc theo nghiên cứu của Zhao và cộng sự, đặc biệt cao hơn nhiều so với các nước phát triển như Mỹ, Canada [2, 6]. Không phải tất cả các bệnh nhân CCGNP đều có tăng canxi máu trước mổ, vì vậy để chẩn đoán cần kết hợp các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm nồng độ PTH trước mổ [8].

##### **3.3.2 Siêu âm vùng cổ**

S Jha và cộng sự nghiên cứu trên 57 bệnh nhân tại Ấn Độ, siêu âm có độ nhạy 92% [7]. Vũ Trung Lương nghiên cứu trên 20 bệnh nhân, siêu âm có độ nhạy phát hiện u cận giáp là 85% [9]. Tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc nhiều vào trình độ, kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ phát hiện u cận giáp trên siêu âm cao 82,9% có thể do tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được siêu âm bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

##### **3.3.3 Xạ hình tuyến cận giáp với $^{99m}\text{Tc}$ -Sestamibi**

Kết quả xạ hình tuyến cận giáp ở 35 bệnh nhân với tỉ lệ dương tính phát hiện u cận giáp là 85%. Do số lượng bệnh nhân còn ít nên có thể chưa đánh giá hoàn toàn chính xác giá trị chẩn đoán dương tính của phương pháp này. Các kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy kết quả độ nhạy cao của chụp xạ hình tuyến cận giáp bằng  $^{99m}\text{Tc}$ - Sestamibi trong chẩn đoán vị trí u cận giáp [10].

## **4. Bàn luận về đặc điểm u cận giáp**

### **4.1 Vị trí u cận giáp**

Đa số các u cận giáp là u tuyến cận giáp dưới. Shah.V.N và cộng sự báo cáo nghiên cứu trên 131 bệnh nhân CCGNP tại Ấn Độ, 46,4% bệnh nhân có u tuyến cận giáp dưới trái, 30,1% bệnh nhân có u tuyến cận giáp dưới phải [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng hay gặp nhất là u các tuyến cận giáp dưới hai bên. Vị trí u hay gặp nhất là cũng u tuyến cận giáp dưới phải chiếm 42,9 % các u cận giáp, tỉ lệ u tuyến cận giáp dưới trái 37,1%, u tuyến cận giáp trên ít gặp. Một trường hợp u cận giáp có ở 2 vị trí trên phải và trên trái.

#### **4.2 Kích thước u cận giáp**

Đường kính trung bình u cận giáp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $1,97 \pm 0,93$  cm (0,5- 5,3). Kết quả này tương đương với kích thước u ở 91 bệnh nhân CCGNP tại Italia với đường kính trung bình  $1,93 \pm 0,94$  cm [10]. Hầu hết các u cận giáp kích thước nhỏ - trung bình, hơn nửa nằm sau tuyến giáp nên khó thăm khám thấy trên lâm sàng.

#### **5. Liên quan**

##### **5.1. Liên quan giữa nồng độ PTH máu và nồng độ canxi máu**

CCGNP là nguyên nhân phổ biến nhất gây tăng canxi máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ PTH và canxi máu có mối tương quan đồng biến rất chặt chẽ, với  $r=0,504$ ,  $p=0,002$ . Mối liên quan này cũng được mô tả trong nhiều nghiên cứu của các tác giả khác, như tác giả Khan và cộng sự báo cáo trong phân tích gộp PTH và canxi có tương quan thuận chặt chẽ [2].

##### **5.2. Liên quan giữa nồng độ PTH máu và kích thước u cận giáp**

Kích thước u cận giáp có mối tương quan thuận chặt chẽ với nồng độ PTH máu với  $r=0,53$ ,  $p=0,001$ . Nghiên cứu của Li Fang và cộng sự có sự liên quan giữa kích thước u cận giáp ở bệnh nhân cường cận giáp thứ phát với nồng độ PTH máu [12]. Tuy nhiên có rất ít nghiên cứu liên quan giữa kích thước u cận giáp và nồng độ PTH máu ở bệnh nhân CCGNP, do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, vấn đề này cần nghiên cứu thêm.

#### **6. Cách thức phẫu thuật**

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật xâm lấn tối thiểu với đường mổ nhỏ và bộc lộ trực tiếp vào tuyến cận giáp bệnh lý đã được xác định trước mổ bởi hình ảnh của siêu âm và xạ hình. Các trường hợp cắt u cận giáp đơn thuần, chúng tôi không đặt dẫn lưu sau mổ. Các trường hợp cắt u cận giáp kết hợp với cắt một thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp, chúng tôi đặt dẫn lưu và rút sau mổ 24-48h.

Việc chẩn đoán xác định các tổn thương phối hợp của tuyến giáp và tuyến cận giáp trước mổ và xử trí đồng thời tổn thương tuyến giáp và tuyến cận giáp trong mổ là vô cùng quan trọng, nó giúp giảm tỷ lệ phải mổ lại vì

sốt tổn thương cũng như giảm tỷ lệ biến chứng của việc mổ lại gây ra, điều này cũng đã được mô tả trong các nghiên cứu trên thế giới [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp ung thư tuyến cận giáp, giai đoạn sớm, chưa xâm lấn và di căn, nên chúng tôi chỉ tiến hành cắt u đơn thuần và tiến hành theo dõi sau mổ, mà không điều trị hóa chất hay xạ trị bổ sung. Nhiều nghiên cứu trên thế giới, cũng cho thấy quan điểm tương tự trong điều trị ung thư tuyến cận giáp giai đoạn sớm [3, 14].

#### **7. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

Tỉ lệ K tuyến cận giáp tại các nghiên cứu tại Mỹ là  $< 1\%$  [14], tại Ấn Độ là  $1,7\%$  [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ K cận giáp cao hơn trong nhóm CCGNP ở 2 quốc gia này, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi số liệu còn ít nên chưa đánh giá đúng được tỉ lệ này ở Việt Nam.

Theo Zhao, Lin và các cộng sự (2000-2010) tỉ lệ K tuyến cận giáp tại Trung Quốc là  $5,96\%$  và đang có xu hướng tăng [5]. Nghiên cứu gần đây tại Úc và Mỹ cũng ghi nhận tỉ lệ K tuyến cận giáp đang có xu hướng tăng [14].

#### **8. Định lượng PTH và Canxi trong & sau mổ**

Toàn bộ 35 bệnh nhân, lượng PTH sau mổ 10 phút, giảm rõ rệt trên  $50\%$  và trở về bình thường sau 24h. Việc định lượng này giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, đảm bảo khối u cận giáp đã được lấy bỏ. Những nghiên cứu ở Việt Nam và các quốc gia như Ấn độ, Italia cũng mô tả vai trò quan trọng của việc định lượng PTH máu trong mổ [9-11, 15].

Nồng độ canxi máu trở về bình thường trong vòng 72h sau mổ. Có 2 bệnh nhân bị tê tay vào ngày thứ 3 sau mổ, xét nghiệm máu thấy nồng độ Canxi máu giảm. Kết quả về diễn biến nồng độ Canxi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới [3, 13], cũng như các tác giả trong nước [9, 15].

#### **8. Tai biến trong và biến chứng sau mổ:**

Chúng tôi chỉ gặp biến chứng tê tay, gập ở 2 bệnh nhân, xét nghiệm canxi máu giảm ở ngày thứ 3, chúng tôi điều trị bằng bổ sung canxi đường uống hoặc đường tiêm với liều  $1,5-3g/ngày$ . BN ra viện ổn định. Không gặp

các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ khác. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới [3, 5], tuy nhiên do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên chưa đánh giá đúng được tỉ lệ này ở Việt Nam.

### 5. KẾT LUẬN

CCGNP là một bệnh hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, không điển hình, thường phát hiện ở giai đoạn có triệu chứng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, xét nghiệm canxi máu và PTH. Siêu âm và xạ hình cận giáp có độ nhạy cao, giúp định hướng cho phẫu thuật lấy u tuyến cận giáp, giúp làm giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện và giảm tỉ lệ các biến chứng và khả năng phẫu thuật thất bại cho bệnh nhân. Định lượng PTH trong mổ cho phép đánh giá nhanh kết quả phẫu thuật. Cắt bỏ u tuyến cận giáp can thiệp tối thiểu là biện pháp điều trị hiệu quả.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Melton 3rd, L. (2002). The epidemiology of primary hyperparathyroidism in North America. *Journal of bone and mineral research: the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research*. **17**, N12-7.
- Khan, A., et al. (2017). Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. *A Canadian and international consensus. Osteoporosis International*. **28(1)**, 1-19.
- Salem I. Noureldine, M., et al. (2015). Minimally invasive parathyroid surgery. *Gland Surg*. **4(5)**, 410–419.
- Angela A.Khan, Y., et al. (2015). Role of intraoperative PTH monitoring and surgical approach in primary hyperparathyroidism. *Ann Med Surg (Lond)*. **4(3)**, 301–305.
- Zhao, Let al. (2013). The changing clinical patterns of primary hyperparathyroidism in Chinese patients: data (2000-2010) in a single clinical center. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. **98(2)**, 721-728.
- Liu, J.-m., et al. (2013). Primary hyperparathyroidism: a tale of two cities revisited—New York and Shanghai. *Bone research*. **1(2)**, 162.
- Jha, S., et al. (2016). Primary hyperparathyroidism: A changing scenario in India. **20(1)**, 80.
- P.Bilezikian, N.E.C.J.S. (2014). Normocalcemic Primary Hyperparathyroidism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. **16(1)**, 33–39.
- Luong, V.T. (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả cắt u tuyến cận giáp tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Bạch Mai. *Y học thực hành*. **(893)- số 11/2013**, 81-84.
- Lumachi, F., et al. (2000). Advantages of combined technetium-99m-sestamibi scintigraphy and high-resolution ultrasonography in parathyroid localization: comparative study in 91 patients with primary hyperparathyroidism. *European journal of endocrinology*. **143(6)**, 755-760.
- Shah, V.N., et al. (2014). Changes in clinical & biochemical presentations of primary hyperparathyroidism in India over a period of 20 years. *The Indian journal of medical research*. **139(5)**, 694.
- Li Fang, B.T., et al. (2015). Relationship between parathyroid mass and parathyroid hormone level in hemodialysis patients with secondary hyperparathyroidism. *BMC Nephrology*. **82**.
- Marie-Christine Wright1, K., et al. (August 2017). Concomitant thyroid disease and primary hyperparathyroidism in patients undergoing parathyroidectomy or thyroidectomy. *Gland surgery*. **6**, 4.