

RESULTS OF PARACHIZOMETRIC TUMOR REMOVAL SURGERY FOR PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AT THE THORACIC SURGERY DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL PERIOD 2024-2025

Vu Anh Tuan, Nguyen Van Minh*, Hoang Vu, Pham Quang Huy

Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 16/12/2025

Revised: 26/12/2025; Accepted: 26/02/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical symptoms and early postoperative outcomes of primary hyperparathyroidism treated with parathyroidectomy at the Thoracic Surgery Department of Bach Mai Hospital during the period 2024-2025.

Subjects and methods: A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 38 eligible patients who underwent surgery at the Thoracic Surgery Department of Bach Mai Hospital from March 2024 to June 2025.

Results: The female/male ratio was 2.8/1, the average age was 58.68 years, the average surgical time was 56.18 ± 13.73 minutes, 1/38 patients had parathyroid cancer, all patients showed a reduction in parathyroid hormone and blood calcium levels after surgery, there were no cases of bleeding, and no deaths.

Conclusion: Minimally invasive surgical resection of parathyroid tumors for the treatment of primary hyperparathyroidism is a very safe and effective surgical method.

Keywords: Primary hyperparathyroidism, parathyroid hormone, blood calcium.

*Corresponding author

Email: bsntn41nvm@gmail.com **Phone:** (+84) 345804502 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4437**



KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN CẬN GIÁP ĐIỀU TRỊ CƯỜNG CẬN GIÁP NGUYÊN PHÁT TẠI KHOA PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC, BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2024-2025

Vũ Anh Tuấn, Nguyễn Văn Minh*, Hoàng Vũ, Phạm Quang Huy

Bệnh Viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 26/12/2025; Ngày duyệt đăng: 26/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sớm sau phẫu thuật bệnh cường cận giáp nguyên phát được phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2024-2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 38 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2024 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Tỷ lệ nữ/nam là 2,8/1, tuổi trung bình là 58,68 tuổi, thời gian mổ trung bình là 56,18 ± 13,73 phút, có 1/38 người bệnh là ung thư tuyến cận giáp, tất cả các bệnh nhân sau mổ đều giảm được hormon tuyến cận giáp và canxi máu, không có trường hợp nào chảy máu, không có trường hợp nào tử vong.

Kết luận: Phẫu thuật can thiệp tối thiểu cắt u tuyến cận giáp điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát là phương pháp phẫu thuật rất an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Cường cận giáp nguyên phát, hormon tuyến cận giáp, canxi máu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường tuyến cận giáp là bệnh lý tăng quá mức lượng hormon tuyến cận giáp (parathyroid hormone: PTH) của cơ thể dẫn tới tăng canxi máu, ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của nhiều loại tế bào khác nhau trong cơ thể. Cường tuyến cận giáp bao gồm cường tuyến cận giáp nguyên phát và cường tuyến cận giáp thứ phát.

Cường tuyến cận giáp nguyên phát thường do một u lành tính tuyến cận giáp, chỉ khoảng dưới 1% là ung thư, tuy nhiên khoảng 15-20% bệnh nhân có nhiều hơn một u [1-2]. Khối u tăng chế tiết PTH, từ đó làm tăng canxi và giảm phospho máu. Hậu quả là nhiều cơ quan bị ảnh hưởng, trong đó chủ yếu là hệ cơ xương khớp, thận tiết niệu, tâm thần kinh... ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh [3]. Hiện nay, điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Tuy nhiên đa số các trường hợp cường tuyến cận giáp nguyên phát điều trị nội khoa không đạt được hiệu quả tốt. Phương pháp điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát chủ yếu là phẫu thuật cắt tuyến cận giáp bệnh lý.

Ở Việt Nam, cường tuyến cận giáp nguyên phát không phải là một bệnh hiếm gặp, nhưng lại thường phát hiện ở giai đoạn muộn tại các chuyên khoa thận tiết niệu, nội tiết, cơ xương khớp... Phần lớn các trường hợp ở giai đoạn đã có biến chứng, chỉ một số rất ít các trường hợp phát hiện tình cờ do xét nghiệm máu kiểm tra định kỳ. Điều này

đặt ra vấn đề cần được phát hiện bệnh sớm để có thể điều trị kịp thời, hạn chế các biến chứng và di chứng. Hiện nay chưa có nhiều báo cáo nghiên cứu về cường tuyến cận giáp nguyên phát ở Việt Nam, cũng như kết quả điều trị bệnh bằng phẫu thuật can thiệp tối thiểu. Vì vậy, để có thêm kinh nghiệm, hiểu biết thêm chẩn đoán cũng như hiệu quả điều trị phẫu thuật cường tuyến cận giáp nguyên phát, chúng tôi nghiên cứu đề tài “Kết quả phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp điều trị cường cận giáp nguyên phát tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai” với 2 mục tiêu: (1) Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh cường cận giáp nguyên phát được phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2024-2025; (2) Nhận xét kết quả của người bệnh trong thời gian nằm viện được thực hiện phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp điều trị cường cận giáp nguyên phát ở nhóm bệnh nhân trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu: phương pháp nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2024 đến tháng 6/2025.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật lồng ngực và Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai.

*Tác giả liên hệ

Email: bsntn41nvm@gmail.com Điện thoại: (+84) 345804502 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4437>

- Đối tượng nghiên cứu: những người bệnh được chẩn đoán là cường cận giáp nguyên phát do u tuyến cận giáp và được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2024 đến tháng 6/2025. Những người bệnh có bệnh lý tuyến giáp kèm theo cũng được lựa chọn, loại trừ người bệnh cường cận giáp thứ phát do suy thận mạn.

- Cỡ mẫu: tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ. Nghiên cứu này có cỡ mẫu là 38 người bệnh.

- Chọn mẫu: mẫu thuận tiện.

- Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: hỏi bệnh và dựa trên hồ sơ bệnh án.

- Xử lý và phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình điều trị thường quy của người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm giới tính người bệnh (n = 38)

Giới tính	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	10	26,32
Nữ	28	73,68

Bảng 2. Phân bố tuổi người bệnh (n = 38)

Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 45 tuổi	8	21,05
Từ 45-60 tuổi	11	28,95
Trên 60 tuổi	19	50,0

- Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%.

- Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, cao tuổi nhất là 82 tuổi; tuổi trung bình là 58,68 ± 11,25 tuổi.

Bảng 3. Lý do đến khám bệnh (n = 38)

Lý do khám bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mệt mỏi	18	47,37
Đau xương, khớp	14	36,84
Xét nghiệm canxi máu cao	4	10,53
Đau bụng, chán ăn, rối loạn tiêu hóa	6	15,79
Kiểm tra sỏi thận	12	31,58
Gầy sút	4	10,53

Lý do đến khám bệnh nhiều nhất là mệt mỏi, đau nhức xương khớp và kiểm tra sỏi thận.

Bảng 4. Đặc điểm thời gian phẫu thuật (n = 38)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian ≥ 60 phút	Cắt u cận giáp kèm tuyến giáp	6	15,79
	Chỉ cắt u cận giáp	15	39,47
Thời gian < 60 phút	Cắt u cận giáp kèm tuyến giáp	0	0
	Chỉ cắt u cận giáp	17	44,74

Thời gian mổ trung bình của nhóm bệnh nhân chỉ cắt u cận giáp là 51,94 ± 8,76 phút; thời gian mổ trung bình của nhóm bệnh nhân cắt u cận giáp kèm cắt tuyến giáp là 78,83 ± 13,72 phút; thời gian mổ trung bình của tất cả các bệnh nhân là 56,18 ± 13,73 phút; thời gian mổ dài nhất là 98 phút, ngắn nhất là 30 phút; thời gian mổ cắt u cận giáp đơn thuần dài nhất là 60 phút, thời gian mổ cắt u cận giáp kèm cắt tuyến giáp ngắn nhất là 60 phút.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng trước và sau mổ (n = 38)

Đặc điểm cận lâm sàng	Trước mổ	Sau mổ 1 ngày
Canxi toàn phần trung bình (mmol/l)	3,18 ± 0,46	2,42 ± 0,22
PTH trung bình (pmol/l)	50,66 ± 53,6	2,9 ± 2,67

Trong số các bệnh nhân mổ, có duy nhất 1 bệnh nhân bị ung thư tuyến cận giáp, chiếm tỷ lệ 2,63% số bệnh nhân và chiếm 2,44% số u cận giáp được cắt bỏ.

Tai biến, biến chứng trong và sau mổ:

Không gặp tai biến, biến chứng nào trong và sau mổ như chảy máu vết mổ, tổn thương thần kinh quặt ngược tạm thời, rò đường chấp, tử vong.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng

- Về giới: kết quả nghiên cứu cho thấy u tuyến cận giáp gặp ở nữ (73,68%) nhiều hơn nam (26,32%), tỷ lệ nữ/nam là 2,8/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Trung Lương (tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1) [5], Nguyễn Ánh Ngọc (3,75/1) [6]. Các nghiên cứu cho thấy cường cận giáp nguyên phát nói chung và u tuyến cận giáp lành tính nói riêng gặp ở nữ nhiều hơn, tỷ lệ dao động từ 2-3,8/1, thay đổi theo từng nước, khu vực [4-6].

- Về tuổi: bệnh gặp chủ yếu ở người lớn trên 45 tuổi, trung bình 58,68 tuổi; nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi, chiếm 50%. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Vũ Trung Lương (49,32 tuổi) [5] và Nguyễn Ánh Ngọc (trung bình 47,6 tuổi, hay gặp nhất ở độ tuổi từ 45-60 [6], thấp hơn độ tuổi của các nghiên cứu tại các nước phát triển (Hoa Kỳ, Tây Âu...) từ 59-65 tuổi. Một số tác giả cho rằng nguyên nhân sự khác biệt về độ tuổi ở các nước có thể liên quan đến tình trạng thiếu vitamin D, chế độ ăn ít canxi.

- Lý do đến khám bệnh hay gặp nhất là mệt mỏi (47,37%), sau đó là đau xương, khớp (36,84%), kiểm tra sỏi đường tiết niệu (31,58%), xét nghiệm kiểm tra sức khỏe tình cơ phát hiện canxi máu cao (10,53%). Các lý do khác ít gặp như đau bụng, đau đầu, gầy sút. Sự đa dạng, không đặc hiệu lý do đến khám làm các thầy thuốc dễ bỏ qua, không nghĩ đến bệnh.

Hoàn cảnh phát hiện bệnh trong nghiên cứu này có khác biệt so với các nước phát triển. Tại các nước này, bệnh được phát hiện khi đi làm xét nghiệm máu kiểm tra thường quy phát hiện canxi cao hoặc khi tìm nguyên nhân giảm mật độ xương ở phụ nữ tiền mãn kinh, khi chưa có biểu hiện triệu chứng [7]. Ở nước ta, xét nghiệm kiểm tra canxi máu không được tiến hành rộng rãi, thường quy. Điều này dẫn tới bệnh không được phát hiện ở giai đoạn sớm (mới

chi tăng PTH và canxi máu), chưa biểu hiện triệu chứng. Ngoài ra, thói quen của bệnh nhân tại Việt Nam chỉ đi khám bệnh khi có biểu hiện triệu chứng.

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Canxi máu: nồng độ canxi toàn phần trước phẫu thuật trung bình là $3,18 \pm 0,46$ mmol/L. Cao nhất là $4,28$ mmol/L, thấp nhất là $2,6$ mmol/L. Phần lớn các bệnh nhân đều tăng canxi máu ở mức độ trung bình từ $2,7-3,5$ mmol/L với 24 bệnh nhân, chiếm 63,16%. Theo Vũ Trung Lương, tất cả bệnh nhân đều tăng canxi máu toàn phần, thấp nhất $2,55$ mmol/L, cao nhất $4,15$ mmol/L, trung bình $3,06 \pm 0,34$ mmol/L [5]. Theo Nguyễn Ánh Ngọc, canxi máu toàn phần trung bình là $2,83 \pm 0,32$ mmol/L [6]. Các nghiên cứu tại các nước phát triển cho thấy canxi máu thường tăng nhẹ hoặc trung bình, rất ít khi gặp cao quá $3,0$ mmol/L [1]. Nghiên cứu của Hamidi S và cộng sự thấy canxi máu cao chủ yếu mức độ nhẹ (77%) và trung bình (17%), ít gặp nặng (5%) [8].

Trong u tuyến cận giáp lành tính, canxi máu thường tăng không cao như trong ung thư. Nghiên cứu của Levin K.E và cộng sự cho thấy nồng độ canxi máu cao trên $3,5$ mmol/L là một triệu chứng gợi ý ung thư tuyến cận giáp [9]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, u lành nếu phát hiện muộn cũng có thể gây canxi máu cao tương tự như ung thư tuyến cận giáp.

Tăng canxi máu là hậu quả tăng PTH máu. Ngoài ra có yếu tố khác ảnh hưởng nồng độ canxi máu như: chức năng thận, thiếu vitamin D, chế độ ăn, nồng độ phospho máu. Tăng canxi máu là biểu hiện sớm của bệnh, đôi khi cùng với tăng PTH máu là triệu chứng duy nhất. Để phát hiện bệnh sớm, tránh bỏ sót u, cần làm xét nghiệm canxi máu rộng rãi, nhất là trường hợp có nguy cơ cao như sỏi thận, loãng xương.

- PTH máu: trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều tăng PTH máu, trung bình là $50,66 \pm 53,6$ pmol/L, cao nhất là $244,57$ pmol/L, thấp nhất là $11,9$ pmol/L. Theo Vũ Trung Lương, nồng độ PTH trung bình là $63,12 \pm 67,34$ pmol/L [5], theo Nguyễn Ánh Ngọc kết quả trên là $43,05 \pm 45,06$ pmol/L [6]. Tại các nước phát triển, nồng độ PTH máu trong u tuyến cận giáp thường chỉ tăng nhẹ, dưới 2 lần mức bình thường, trong khi ung thư tuyến cận giáp tăng rất cao, trung bình 3-10 lần mức bình thường [9]. Nguyên nhân nồng độ PTH máu trong nghiên cứu này cao do bệnh nhân đến muộn, u to, chế tiết nhiều.

4.1.3. Bệnh lý tuyến giáp kèm theo

Trong nghiên cứu này, bệnh lý tuyến giáp kèm theo rất hay gặp, chiếm 15,79%, trong đó có 3 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp lành tính (chiếm 7,89%) và cũng có 3 bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp thể nhú kèm theo. Tỷ lệ ung thư tuyến giáp cao hơn của Vũ Trung Lương (2,6%), có thể do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Vũ Trung Lương. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ nhân giáp kèm theo từ 12-29% (chủ yếu lành tính), ít gặp ung thư tuyến giáp (từ 1-4,9%). Các tác giả cho rằng đây là sự kết hợp bệnh kèm theo. Bệnh lý tuyến giáp rất hay gặp trong quần thể dân cư, nhất là ở nữ, trên 50 tuổi, cũng có thể gặp trên bệnh nhân u tuyến cận giáp. Một số giả thuyết cho rằng tăng canxi, PTH máu là yếu tố nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp thể nhú.

Sự có mặt nhân tuyến giáp tác động tới chẩn đoán và điều trị. Về chẩn đoán, nhân tuyến giáp gây nhầm với u

tuyến cận giáp trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, xạ hình, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ). Về điều trị, nhân tuyến giáp gây nhầm với u trong khi phẫu thuật. Phân biệt dựa vào vị trí, hình ảnh đại thể u, cắt lạnh. Nếu có chỉ định, phẫu thuật cắt tuyến giáp nên được tiến hành đồng thời với cắt u tuyến cận giáp do thực hiện trên cùng phẫu trường, giảm biến chứng.

4.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình của nhóm bệnh nhân chỉ cắt u cận giáp là $51,94 \pm 8,76$ phút; của nhóm bệnh nhân cắt u cận giáp kèm cắt tuyến giáp là $78,83 \pm 13,72$ phút; và của tất cả các bệnh nhân là $56,18 \pm 13,73$ phút. Thời gian mổ dài nhất là 98 phút, ngắn nhất là 30 phút, trong đó bệnh có thời gian mổ cắt u cận giáp đơn thuần dài nhất là 60 phút, thời gian mổ cắt u cận giáp kèm cắt tuyến giáp ngắn nhất là 60 phút.

So với Nguyễn Ánh Ngọc có thời gian mổ trung bình là $36,7 \pm 7,7$ phút (25-60 phút), thời gian của chúng tôi dài hơn có thể do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có cả những người có bệnh lý tuyến giáp kèm theo phải phẫu thuật.

4.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy đa phần bệnh nhân cường tuyến cận giáp nguyên phát là u tuyến cận giáp lành tính với 37 bệnh nhân (97,36%) và chỉ 1 bệnh nhân (2,63%) là ung thư tuyến cận giáp. Theo Nguyễn Ánh Ngọc, trong số 38 bệnh nhân cường cận giáp nguyên phát cũng có 1 trường hợp ung thư tuyến cận giáp. Trường hợp ung thư tuyến cận giáp trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nữ, 51 tuổi, tiền sử sỏi thận, đau xương vùng thắt lưng kèm mệt mỏi, khám lâm sàng phát hiện khối bất thường vùng cổ trước bên trái ngang mức dưới cực dưới thùy trái tuyến giáp, mật độ chắc, kích thước khoảng 30 mm, còn di động. Siêu âm trước mổ phát hiện khối giảm âm gần cực dưới thùy phải tuyến giáp, theo dõi u tuyến cận giáp, kích thước 25×30 mm. Xét nghiệm máu trước mổ: PTH $244,57$ pmol/L, canxi toàn phần $4,2$ mmol/L. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp dưới trái (vị trí E). Sau mổ 1 ngày: PTH $3,57$ pmol/L, canxi toàn phần $2,4$ mmol/L. Bệnh nhân này được phẫu thuật, kiểm tra thấy u mật độ chắc, chưa xâm lấn và di căn hạch cổ trung tâm nên được cắt u đơn thuần và theo dõi mà không cần hóa chất hay xạ trị bổ sung.

Ung thư biểu mô tuyến cận giáp không được điều trị sẽ dẫn đến cường cận giáp nghiêm trọng, với các dấu hiệu và triệu chứng bao gồm tăng canxi máu, đau xương, loãng xương, gãy xương và sỏi thận hoặc các tổn thương thận khác.

Tỷ lệ ung thư tuyến cận giáp theo các nghiên cứu tại các nghiên cứu là dưới 1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ung thư tuyến cận giáp cao hơn trong nhóm cường tuyến cận giáp nguyên phát, tuy nhiên do số lượng bệnh nhân còn ít nên chưa đánh giá đúng được tỷ lệ này ở Việt Nam. Zhao Lin và cộng sự báo cáo từ năm 2000-2010, tỷ lệ ung thư tuyến cận giáp tại Trung Quốc là 5,96% và đang có xu hướng tăng [10].

Những trường hợp cường cận giáp do ung thư tuyến cận giáp, phẫu thuật là phương pháp điều trị đầu tiên và hiệu quả để kiểm soát chứng tăng canxi máu và loại bỏ khối u. Các phương pháp điều trị khác như xạ trị, hóa chất hay miễn dịch thường ít hiệu quả. Khoảng một nửa số bệnh nhân ung thư tuyến cận giáp đã phẫu thuật cắt u cận giáp,

tái phát từ 2-5 năm sau khi cắt bỏ ban đầu, nồng độ canxi và PTH trong huyết thanh tăng dần sau phẫu thuật. Di căn xa xảy ra ở khoảng 25% bệnh nhân, các vị trí phổ biến ở phổi (40%), gan (10%), rất hiếm khi di căn xương, màng phổi, màng ngoài tim và tuyến tụy. Phương pháp điều trị chính cho khối u tái phát và di căn là phẫu thuật cắt bỏ khối u tái phát và khối di căn bất cứ khi nào có thể.

4.4. Định lượng PTH và canxi sau mổ

Toàn bộ 38 bệnh nhân cường tuyến cận giáp nguyên phát có nồng độ PTH sau mổ ngày 1 trung bình là $2,9 \pm 2,67$ pmol/L, cao nhất là 12,5 pmol/L và thấp nhất là 0,13 pmol/L.

Có nhiều nghiên cứu định lượng PTH trong mô, thời điểm là 10 phút sau cắt u cận giáp, việc định lượng này đảm bảo khối u cận giáp đã được lấy bỏ. Những nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới cũng mô tả vai trò quan trọng của việc định lượng PTH máu trong mô. Tuy nhiên định lượng PTH trong mô theo nghiên cứu của chúng tôi là không cần thiết đối với các trường hợp đã xác định được rõ khối u trong mô, tương ứng với kết quả chẩn đoán hình ảnh, vì ngày nay các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trước mổ như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, xạ hình giúp xác định chính xác khối u.

Canxi toàn phần sau mổ ngày thứ nhất là $2,42 \pm 0,22$ mmol/L, cao nhất 2,97 mmol/L, thấp nhất 2 mmol/L. Phần lớn bệnh nhân đều có nồng độ canxi toàn phần ở ngưỡng bình thường từ 2,15-2,55 mmol/L với 27 bệnh nhân chiếm 71,05%. Kết quả về diễn biến nồng độ PTH và canxi sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, cũng như các tác giả trong nước.

4.5. Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Tất cả các nhóm bệnh cường tuyến cận giáp, chúng tôi không gặp tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ánh Ngọc thì cường tuyến cận giáp nguyên phát chỉ gặp biến chứng chảy máu vết mổ ở 1 bệnh nhân (2,6%) và được mổ cầm máu ngay trong ngày [6]. Theo nghiên cứu của Vũ Trung Lương, có 1 bệnh nhân bị tụ máu vết mổ chiếm 1,3% [5].

Đây là loại phẫu thuật an toàn, hầu như không có biến chứng. Loại biến chứng hay gặp nhất là tụ máu, chảy máu, liệt thần kinh thanh quản quặt ngược, có liên quan đến mức độ can thiệp phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều thành công phẫu thuật, giảm được nồng độ PTH và canxi máu, không có trường hợp nào tử vong. Như vậy phẫu thuật tối thiểu cắt u

tuyến cận giáp điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát là phương pháp phẫu thuật rất an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên đây mới là nghiên cứu, đánh giá trong giai đoạn nằm viện sau mổ, chúng tôi cần có nghiên cứu xa hơn đánh giá tái phát và những cải thiện triệu chứng trên lâm sàng và cận lâm sàng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Brandi M.L. Primary hyperparathyroidism. Parathyroid Disorders: Focusing on Unmet Needs. Front Horm Res, 2019, 51: 1-12. doi: 10.1159/000491034.
- [2] Rao S.D. Epidemiology of parathyroid disorders. Best Practice Research Clinical Endocrinology Metabolism, 2018, 32 (6): 773-780. doi: 10.1016/j.beem.2018.12.003.
- [3] Silva B.C, Cusano N.E, Bilezikian J.P. Primary hyperparathyroidism. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 2018, 32 (5): 593-607.
- [4] Yeh M.W, Ituarte P.H.G, Zhou H.C et al. Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism in a racially mixed population. J Clin Endocrinol Metab, 2013, 98 (3), 1122-1129.
- [5] Vũ Trung Lương. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến cận giáp lành tính. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [6] Nguyễn Ánh Ngọc. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ngoại khoa cường tuyến cận giáp. Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108, 2024.
- [7] Griebeler M.L, Kearns A.E, Ryu E et al. Secular trends in the incidence of primary hyperparathyroidism over five decades (1965-2010). Bone, 2015, 73: 1-7.
- [8] Hamidi S, Soltani A, Hedayat A et al. Primary hyperparathyroidism: A review of 177 cases. Medical Science Monitor, 2006, 12 (2): CR86-89.
- [9] Levin K.E, Galante M, Clark O.H. Parathyroid carcinoma versus parathyroid adenoma in patients with profound hypercalcemia. Surgery, 1987, 101 (6): 649-660.
- [10] Zhao L, Liu J, He X.Y et al. the changing clinical patterns of primary hyperparathyroidism in Chinese patients: Data from 2000 to 2010 in a single clinical center. J Clin Endocrinol Metab, 2013, 98 (2): 721-728. doi: 10.1210/jc.2012-2914.