

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN CẬN GIÁP

Bùi Thị Phương*, Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến cận giáp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả chùm bệnh. **Đối tượng:** 15 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/ nam: 1,14/1, tuổi trung bình $53,47 \pm 12,21$. Lý do khám bệnh chủ yếu là đi khám sức khỏe định kỳ. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là mệt mỏi (10/15 bệnh nhân), biểu hiện trên xương thận vẫn còn gặp với tỷ lệ cao như đau xương (7/15), đau thắt lưng (2/15), ngoài ra có các triệu chứng không đặc hiệu khác như chán ăn, khát nước, mất ngủ. Có 9/15 bệnh nhân có tiền sử sỏi tiết niệu. Nồng độ trung bình của PTH là $31,69 \pm 16,39$ pmol/l, canxi toàn phần $3,05 \pm 0,43$ mmol/l và canxi ion hóa $1,62 \pm 0,22$ mmol/l. Có 10/15 bệnh nhân siêu âm phát hiện ra u. Xạ hình phát hiện được 7/11 bệnh nhân. CT được tiến hành ở 1 bệnh nhân và phát hiện ra khối u. MRI được thực hiện ở 1 bệnh nhân tuy nhiên cho kết quả âm tính. 3 bệnh nhân được tiến hành lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormone tuyến cận giáp và xác định được u. Tất cả 15 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu. Kết quả 15/15 bệnh nhân có 1 khối u, chủ yếu ở tuyến cận giáp dưới. PTH sau lấy u 20 phút giảm > 50% với mức giảm trung bình là $86,04 \pm 5,52\%$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $61,33 \pm 8,12$ phút. Kích thước khối u chủ yếu nằm trong khoảng 1-2 cm. Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật ở tất cả 15 bệnh nhân. Theo dõi sau 6 tháng tất cả bệnh nhân có nồng độ canxi ion, canxi toàn phần, PTH máu trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy bệnh u tuyến cận giáp có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, biểu hiện ở nhiều cơ quan, dễ bỏ sót chẩn đoán. Chẩn đoán xác định hội chứng cường cận giáp nguyên phát dựa vào xét nghiệm PTH và canxi máu tăng. Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định vị trí u, trong đó siêu âm và xạ hình là 2 phương pháp thường được sử dụng. Khi các phương pháp không xâm lấn không có kết quả, lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormone tuyến cận giáp được thực hiện. Phẫu thuật đem lại kết quả tốt, đặc biệt phương pháp cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu đạt tỷ lệ thành công cao, thời gian ngắn và ít gây ra biến chứng.

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

SUMMARY

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Phương
Email: Buiphuong1005@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF SURGERY OF ADENOMA PARATHYROID

Objective: To study the clinical and paraclinical characteristics, evaluate the results of surgery of adenoma parathyroid. **Methods:** Case series. **Materials:** 15 patients were diagnosed and operated on for adenoma parathyroid at Hanoi Medical University Hospital. **Results:** Female / male ratio = 1,14/1, average age is $52 \pm 11,21$. The main reason for medical examination is periodic health examination. Common symptoms are fatigue (10/15 patients), manifestations of bone and kidney with high rate, including bone pain (7/15 patients), low back pain (2/15 patients), and other non-specific symptoms such as anorexia, thirst and insomnia. 9/15 of patients have history of urinary stones. The mean concentration of PTH is $31,69 \pm 16,39$ pmol/l, total calcium concentration is $3,05 \pm 0,43$ mmol/l and ionized calcium concentration is $1,62 \pm 0,22$ mmol/l. 10/15 patients were detected tumors by ultrasound. Scintigraphy detected 7/11 patients. CT was conducted in 1 patient and a parathyroid tumor was found. MRI performed in a patient but the result was negative. Selective venous sampling tests for PTH in 3 patients were performed and helped to identify tumors. All 15 patients underwent minimally invasive parathyroidectomy. Each patient had a tumor, mainly in the inferior parathyroid gland. Intraoperative PTH concentration decreased more than 50% with an average drop $86,04 \pm 5,52\%$. The average operative time was $61,33 \pm 8,12$ minute. Common tumor size were 1-2 cm. No patient had complications during or after surgery. Follow-up after 6 months, all patients had ionized calcium concentration, total calcium concentration, PTH within normal ranges. **Conclusion:** The research showed that clinical symptoms of adenoma parathyroid were non-specific and in many different organs. Diagnosis primary hyperparathyroidism is based on an increase in calcium and parathyroid hormone levels. The ^{99m}Tc-Sestamibi scintigraphy and ultrasound have high sensitivity. When non-invasive imaging methods are negative, selective venous sampling is performed. Especially minimally invasive parathyroidectomy has a high success rate, short operative time, and few complications.

Keywords: Primary hyperparathyroidism, adenoma parathyroid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường cận giáp tiên phát là một rối loạn nội tiết hiếm gặp, nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do u tuyến cận giáp (85%). Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, phụ nữ thường bị ảnh hưởng gấp 2-3 lần nam giới. Nguyên nhân gây bệnh không

rõ ràng, đã có những báo cáo cho thấy sự liên quan giữa chiều xạ vùng cổ, đột biến gen di truyền với u tuyến cận giáp. Triệu chứng bệnh gây ra do PTH, canxi máu tăng tác động lên các cơ quan đích. Lâm sàng có thể gặp là các rối loạn trên xương, thận, ruột, thần kinh cơ, tim mạch tuy nhiên thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với bệnh ở các cơ quan khác nhau. Hiện nay, xét nghiệm sàng lọc canxi máu trở nên phổ biến, phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh qua thăm khám sức khỏe định kỳ thấy canxi máu tăng.² Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm máu. Phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị dứt điểm bệnh. Ngày nay với sự phát triển vượt bậc của chẩn đoán hình ảnh đã giúp cho việc xác định vị trí khối u, cải thiện chất lượng phẫu thuật. Nhằm giúp hiểu rõ thêm về bệnh u tuyến cận giáp, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u tuyến cận giáp*" với 2 mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chùm ca bệnh u tuyến cận giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

- *Đánh giá kết quả phẫu thuật của nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 15 bệnh nhân được phẫu thuật u tuyến cận giáp tại khoa TMH Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhân được được chẩn đoán hội chứng cường cận giáp nguyên phát dựa vào xét nghiệm cận lâm sàng.

- Được phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Giải phẫu bệnh sau mổ là u tuyến cận giáp.

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân có hội chứng cường cận giáp thứ phát.

- Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm bệnh.

Các biến số nghiên cứu

- Tuổi: tuổi bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu.

- Giới: nam hoặc nữ

- Lý do đến khám bệnh: Là lý do chính mà bệnh nhân đi khám: mệt mỏi, đau vùng thắt lưng, đau xương khớp, đi khám sức khỏe định kỳ.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Các biểu hiện thận, tiết niệu: tiểu nhiều, đau vùng thắt lưng, sỏi thận.

+ Các biểu hiện xương: đau xương, gãy xương.

+ Các biểu hiện tiêu hóa: buồn nôn, nôn, chán ăn, khó tiêu, táo bón.

+ Các biểu hiện thần kinh và biểu hiện toàn thân: mất ngủ, mệt mỏi...

- Nồng độ canxi toàn phần, canxi ion (mmol/l), nồng độ PTH máu (pmol/l).

- Đánh giá kết quả các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, xạ hình tuyến cận giáp, CT, MRI, lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormone tuyến cận giáp để xác định u.

- Nồng độ PTH ngay trước mổ và sau lấy u 20 phút, mức độ giảm PTH tính theo %.

- Vị trí khối u : dưới phải, dưới trái, trên phải, trên trái, lạc chỗ.

- Kích thước khối u: kích thước chiều lớn nhất của khối u, tính bằng cm.

- Thời gian phẫu thuật: từ lúc rạch da đến lúc đóng xong vết mổ, tính bằng phút.

- Các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

- Nồng độ PTH, canxi toàn phần, canxi ion máu sau phẫu thuật 6 tháng.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Stata 14.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 15 bệnh nhân, tỷ lệ nữ/nam: 1,14/1. Tuổi trung bình 53,47 ± 12,21, thấp nhất là 34, cao nhất là 74 tuổi. Nhóm nữ có 6/8 bệnh nhân tuổi trên 50.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Lý do vào viện: Bệnh nhân đến khám vì nhiều lý do khác nhau, lý do chính là đi khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra tăng canxi máu, gồm 9/15 bệnh nhân. Ngoài ra có các bệnh nhân đi khám vì có triệu chứng như đau xương (3/15), mệt mỏi (2/15) và đau vùng thắt lưng (1/15).

- Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng bệnh nhân (n)
Biểu hiện xương	Đau xương	7
Biểu hiện thận	Đau thắt lưng	2
	Tiểu nhiều	2
Biểu hiện tiêu hóa	Chán ăn	3
	Buồn nôn	1
Triệu chứng không đặc hiệu	Mệt mỏi	10
	Khát nước	1
	Mất ngủ	2

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là mệt mỏi; các biểu hiện cổ điển ở xương và thận vẫn chiếm tỷ lệ cao: đau xương có 7 bệnh nhân, đau

thắt lưng, tiểu nhiều gặp ở 2 bệnh nhân. Có 1 bệnh nhân đi khám sức khỏe phát hiện canxi máu tăng, hỏi bệnh và thăm khám không có triệu chứng lâm sàng.

- Tiền sử sỏi tiết niệu gặp ở 9/15 bệnh nhân.

3.2 Đặc điểm cận lâm sàng

- Nồng độ trung bình của PTH : 31.69 ± 16.39 pmol/l; canxi toàn phần: 3.05 ± 0.43 mmol/l, còn canxi ion hóa là 1.62 ± 0.22 mmol/l.

- Đặc biệt, có 3 bệnh nhân có nồng độ canxi máu tăng ở mức độ nặng, > 3.5 mmol/l.

- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh:


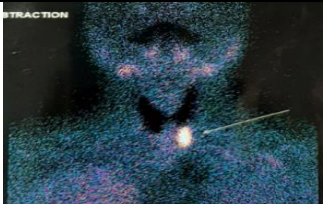
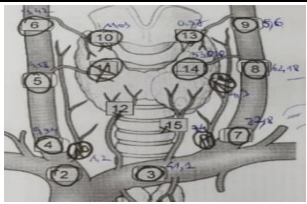
Các phương pháp CDHA	Số bệnh nhân được thực hiện	Số bệnh nhân phát hiện được u cận giáp
Siêu âm	15	10
Xạ hình	11	7

CT	1	1
MRI	1	0
Lấy máu tĩnh mạch chọn lọc	3	3

+ Siêu âm: có 10/15 bệnh nhân xác định được khối u tuyến cận giáp.

+ Xạ hình tuyến cận giáp: Có 11 bệnh nhân được thực hiện, kết quả phát hiện được 7 bệnh nhân có tăng hoạt tính phóng xạ theo dõi khối u tuyến cận giáp. + CT, MRI: có 1 bệnh nhân được chụp CT phát hiện khối u vị trí tuyến cận giáp dưới trái, 1 bệnh nhân được chụp MRI nhưng không phát hiện u.

+ Lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormone tuyến cận giáp: Trong nghiên cứu 3 bệnh nhân được thực hiện, kết quả đều xác định được khối u.

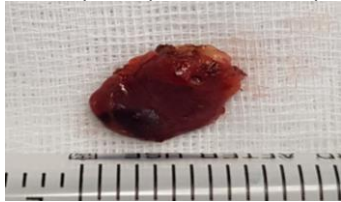
		
<p>Hình 3.1: Hình ảnh cận giáp trên siêu âm. BN Nguyễn Thị D. Mã BN:2002280439</p>	<p>Hình 3.2: Hình ảnh tuyến cận giáp dưới trái trên xạ hình. BN Nông Văn T. Mã BN: 17940778</p>	<p>Hình 3.3. Hình ảnh kết quả phương pháp lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormon tuyến cận giáp. BN Nguyễn Văn H. Mã BN: 17973496</p>

3.3.Kết quả phẫu thuật

- 15 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trải qua phẫu thuật cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu. Tất cả các bệnh nhân đều có PTH sau lấy u 20 phút giảm so với ngay trước phẫu thuật lớn hơn 50% với độ tin cậy 99%.

- Các bệnh nhân đều có 1 khối u, vị trí chủ yếu là ở tuyến cận giáp dưới, trong đó dưới trái gặp ở 7 bệnh nhân, dưới phải là 6 bệnh nhân.

- Kích thước khối u trung bình là $1,5 \pm 0,59$ cm; lớn nhất là 2,5 cm; nhỏ nhất là 0,5 cm.



Hình 3.4. Hình ảnh khối u tuyến cận giáp sau phẫu thuật

BN Phạm Công Q. Mã bệnh nhân 10200008207

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $61,33 \pm 8,12$ phút.

- Không có bệnh nhân nào có biến chứng

trong và sau phẫu thuật.

- Xét nghiệm canxi toàn phần, canxi ion, PTH sau phẫu thuật 6 tháng trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nữ/nam: 1,14/1. Tuổi trung bình là $53,47 \pm 12,21$. Trong nhóm nữ có 6/8 bệnh nhân trên 50 tuổi. Các nghiên cứu ở Trung Quốc, Mỹ chỉ ra rằng bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam, với tỷ lệ 2-3/1, độ tuổi thường gặp là 50- 70 tuổi.² Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ nữ/nam, nhưng nghiên cứu của chúng tôi cũng khẳng định rằng bệnh thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh.

4.1 Lâm sàng

- Lý do đến khám chủ yếu đi khám sức khỏe định kỳ xét nghiệm thấy nồng độ canxi máu tăng cao (9/15 bệnh nhân). Bên cạnh đó, số bệnh nhân đi khám vì các triệu chứng cổ điển vẫn còn: 3 bệnh nhân đi khám vì đau xương, mệt mỏi có 2 bệnh nhân. Ngày nay, ở các nước phát triển, xét nghiệm sàng lọc canxi máu được sử dụng rộng rãi, số lượng bệnh nhân phát hiện tình cờ qua xét nghiệm canxi máu tăng, không biểu hiện triệu chứng tỷ lệ hơn 80%.² Lý do

khám bệnh của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là qua khám sức khỏe định kỳ, tuy nhiên qua hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, nhiều bệnh nhân có triệu chứng nhưng bệnh nhân không chú ý đến.

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là mệt mỏi, gặp ở 10/15 bệnh nhân. Các biểu hiện ở cơ quan đích vẫn thường gặp: có 7/14 bệnh nhân than phiền đau xương; tiểu nhiều, đau thắt lưng gặp ở 2 bệnh nhân. Ngoài ra còn gặp các triệu chứng tiêu hóa và các triệu chứng không đặc hiệu khác. Tiền sử sỏi thận gặp ở 9/15 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu khác ở các quốc gia đang phát triển, các triệu chứng bệnh biểu hiện ở nhiều cơ quan, phản ánh tác động kéo dài của PTH, canxi máu lên các cơ quan.³ Trong nghiên cứu này có 1 bệnh nhân đến khám sức khỏe định kỳ phát hiện tăng canxi máu, qua thăm khám cho thấy bệnh nhân không có triệu chứng. Như vậy thể bệnh cường cận giáp nguyên phát có triệu chứng vẫn là thể bệnh chủ yếu, tương tự với các nước đang phát triển và cao hơn rất nhiều so với các quốc gia phát triển như Mỹ, Canada.²

4.2 Cận lâm sàng

4.2.1. Xét nghiệm máu: - Nồng độ trung bình canxi toàn phần là 3.05 ± 0.43 mmol/l, canxi ion là 1.62 ± 0.22 mmol/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu ở các nước đang phát triển như Ấn Độ, Nam Phi, Ả Rập Xê-Út, và cao hơn ở các nước phát triển như Hoa Kỳ.^{2,4-6} Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân nồng độ canxi toàn phần trên 3.5 mmol/dl. Tăng canxi máu ở mức độ này thường ít gặp trong u tuyến cận giáp, và có thể gây ra các ảnh hưởng lên tim: Giảm hoạt động co bóp cơ tim, rối loạn nhịp tim và có thể đe dọa tính mạng, cần phải điều trị cấp cứu nội khoa trước khi tiến hành các thăm dò khác tìm nguyên nhân.

- Nồng độ PTH máu trung bình là 31.69 ± 16.39 pmol/ml. Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu ở Ấn Độ, Nam Phi, Ả Rập Xê-Út, tuy nhiên vẫn cao hơn so với các nước phát triển như Hoa Kỳ.^{2,4-6}

4.2.2. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Bệnh nhân được chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát có chỉ định phẫu thuật, sẽ được thực hiện các phương pháp chẩn đoán hình ảnh xác định vị trí u.

- Siêu âm: 10/15 bệnh nhân phát hiện ra khối u tuyến cận giáp là khối giảm âm đồng nhất, ranh giới rõ. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán

hình ảnh được sử dụng đầu tiên ở bệnh nhân nghi ngờ u tuyến cận giáp, tuy nhiên kết quả phụ thuộc vào trình độ, kinh nghiệm của bác sĩ cũng như kích thước của khối u.

- Xạ hình tuyến cận giáp bằng ^{99m}Tc-Sestamibi phát hiện được 7/11 bệnh nhân. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả xạ hình có độ nhạy cao trong phát hiện u tuyến cận giáp. Masaya Ikuno và cộng sự báo cáo trong 1 nghiên cứu vào năm 2018, độ nhạy của xạ hình là 69,2%.⁷ Siêu âm và xạ hình có độ nhạy khá cao, rẻ tiền, dễ thực hiện, ít nguy hiểm cho bệnh nhân nên được ứng dụng rộng rãi trong xác định vị trí u tuyến cận giáp.

- CT: có 1 bệnh nhân được chụp CT vùng cổ có tiêm thuốc phát hiện khối u giảm tỷ trọng, tăng ngấm thuốc sau tiêm, ranh giới rõ, vị trí tại tuyến cận giáp dưới trái. 1 bệnh nhân được chụp MRI nhưng không phát hiện thấy u. Bệnh nhân này sau đó đã được lấy máu tĩnh mạch chọn lọc xác định u ở tuyến cận giáp dưới trái. Trong phẫu thuật, lấy được khối kích thước 4x5 mm, giải phẫu bệnh là u tuyến cận giáp. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn không phát hiện được khối u có thể do kích thước u quá nhỏ.

- Lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormon tuyến cận giáp: Có 3 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành lấy máu tĩnh mạch chọn lọc và tất cả đều phát hiện thấy khối u tuyến cận giáp. Đây là 1 phương pháp chẩn đoán hình ảnh xâm lấn, cần thiết bị đắt tiền và 1 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có trình độ cao, nên thường chỉ được chỉ định trong trường hợp thất bại với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn hoặc tái phát sau phẫu thuật.⁷ Phương pháp lấy máu tĩnh mạch chọn lọc xác định u tuyến nội tiết là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đang được thực hiện và đạt kết quả cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

4.3 Kết quả phẫu thuật

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 15 bệnh nhân đều có chỉ định phẫu thuật vì có hội chứng cường cận giáp nguyên phát có biểu hiện triệu chứng lâm sàng hoặc bệnh nhân không có triệu chứng đáp ứng hướng dẫn của hội thảo quốc tế lần thứ 4 năm 2014 về quản lý cường cận giáp nguyên phát.

- Mức giảm PTH sau lấy u so với trước phẫu thuật lớn hơn 50%, đáp ứng điều kiện phẫu thuật lấy u thành công.

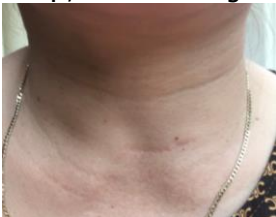
- Vị trí khối u: có 13/15 khối u ở cận giáp dưới, trong đó u cận giáp dưới trái gặp ở 7 bệnh nhân, dưới phải là 6 bệnh nhân, và không phát

hiện ra u cận giáp lạc chỗ. Trong hầu các nghiên cứu đều chỉ ra khối u cận giáp thường gặp ở đôi tuyến cận giáp dưới. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hani trên 147 bệnh nhân, trong đó u tuyến cận giáp dưới trái chiếm 41,32%, dưới phải là 33,06%, còn trên phải và trên trái lần lượt là 15,7% và 8,26%. Điểm khác biệt là ở nghiên cứu này của ông cho thấy có 1,65% u tuyến cận giáp lạc chỗ.⁸

- Kích thước trung bình các khối u sau phẫu thuật là $1,5 \pm 0,59$ cm. Hầu hết các khối u tuyến cận giáp có kích thước trong khoảng 1-2 cm, lại nằm sau tuyến giáp nên khó thăm khám trên lâm sàng. Kích thước nhỏ cũng là nguyên nhân khối u có thể bị bỏ sót trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $61,33 \pm 8,12$ phút, trong đó ngắn nhất là 45 phút và dài nhất là 90 phút. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Marcel Jinih, thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của ông là 64,2 phút.⁹ Thời gian phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên cũng như phương pháp phẫu thuật. Cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu mất ít thời gian phẫu thuật hơn phương pháp thăm dò vùng cổ 2 bên.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Đường mổ của chúng tôi dài trung bình 2 - 3 cm, lệch về bên có u, tương ứng với nếp lằn cổ, đảm bảo về mặt thẩm mỹ. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy biến chứng sau phẫu thuật cắt tuyến cận giáp, đặc biệt phương pháp cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu ít gặp. Nghiên cứu của Usman H Malabu trên 46 bệnh nhân sau phẫu thuật, chỉ có 2 bệnh nhân xuất hiện hạ canxi máu, 2 bệnh nhân tồn tại bệnh dai dẳng sau phẫu thuật, các biến chứng khác không gặp.⁴



Hình 4.1. sẹo mổ cũ của bệnh nhân sau 3 năm. BN Nguyễn Thị H.Mã bệnh nhân 18229578

- Sau phẫu thuật 6 tháng các bệnh nhân có nồng độ canxi toàn phần và canxi ion, PTH máu đều trở về giới hạn bình thường. Theo nghiên cứu của Pradeep chỉ ra sau phẫu thuật u cắt u tuyến cận giáp, tỷ lệ tái phát thấp, dao động từ 0 đến 4,16%.⁶

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng: Bệnh u tuyến cận giáp có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, bệnh biểu hiện ở nhiều cơ quan như: thận tiết niệu, cơ xương khớp, tâm thần kinh, tiêu hóa..., vì vậy dễ bỏ sót chẩn đoán.

- Đặc điểm cận lâm sàng:

+ Chẩn đoán xác định hội chứng cường cận giáp nguyên phát dựa vào xét nghiệm PTH và canxi máu tăng.

+ Chẩn đoán vị trí u: Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định vị trí u, trong đó siêu âm và xạ hình là 2 phương pháp thường được sử dụng. Khi các phương pháp không xâm lấn không xác định được vị trí u, lấy máu tĩnh mạch chọn lọc định lượng hormon tuyến cận giáp là được thực hiện.

- Phẫu thuật đem lại kết quả tốt, đặc biệt phương pháp cắt tuyến cận giáp xâm lấn tối thiểu đạt tỷ lệ thành công cao, thời gian ngắn và ít gây ra biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yeh MW., Ituarte PHG., Zhou HC. et al (2013). Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism in a racially mixed population. J Clin Endocrinol Metab, **98(3)**, 1122-1129.
2. Liu JM., Natalie E., Barbara C. et al (2013), Primary Hyperparathyroidism: A Tale of Two Cities Revisited — New York and Shanghai. Bone Research, **2**, 162-169
3. Yadav SK., Johri G., Bichoo RA. et al (2020). Primary hyperparathyroidism in developing world: a systematic review on the changing clinical profile of the disease. Arch Endocrinol Metab, **64**, 105-110.
4. Malabu UH. (2007), Primary Hyperparathyroidism in Saudi Arabia: A Review of 46 Cases. Med J Malasia, **62(5)**, 4.
5. Paruk IM., Esterhuizen TM., Maharaj S. et al (2013). Characteristics, management and outcome of primary hyperparathyroidism in South Africa: a single-centre experience. Postgrad Med J, **89(1057)**, 626-631.
6. Pradeep PV., Jayashree B., Mishra A. (2011). Systematic Review of Primary Hyperparathyroidism in India: The Past, Present, and the Future Trends. Int J Endocrinol, **2011**, e921814.
7. Ikuno M., Yamada T., Shinjo. (2018), Selective venous sampling supports localization of adenoma in primary hyperparathyroidism. Acta Radiol Open, **7(2)**.
8. Yazici P., Mihmanli M., Aygun N. et al (2015). Location of Parathyroid Adenomas in Primary Hyperparathyroidism: Where to look? World J Endocr Surg, **7**, 1-5.
9. Jinih M., O'Connell E., O'Leary DP. (2017). Focused Versus Bilateral Parathyroid Exploration for Primary Hyperparathyroidism: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg Oncol, **24(7)**, 1924-1934.