

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CƯỜNG TUYẾN CẬN GIÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

MAI AN GIANG¹, NGÔ VI HẢI¹, LÊ HẢI SƠN¹,
NGUYỄN VĂN XUÂN HÀ², ĐẶNG TRUNG DŨNG¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Học viện Quân y

Tác giả liên hệ: **Đặng Trung Dũng**

Email: bstrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 11/07/2025

Ngày nhận phản biện khoa học: 28/07/2025

Ngày duyệt đăng: 28/07/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát bằng phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 43 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán xác định cường tuyến cận giáp nguyên phát được phẫu thuật tại Khoa Ngoại Lồng Ngực - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn 2021-2024. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, kết quả và biến chứng được thu thập và phân tích. Nghiên cứu thực hiện tuân thủ các nguyên tắc đạo đức y sinh học. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $49,5 \pm 13,1$; tỷ lệ nam:nữ = 1,53. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó các triệu chứng về xương và thận thường gặp. Trước phẫu thuật, nồng độ calci và PTH tăng rõ rệt. Thời gian phẫu thuật trung bình là $57,16 \pm 14,67$ phút; thời gian nằm viện sau mổ $3,3 \pm 2,5$ ngày; biến chứng sau mổ gặp ở 1 trường hợp. Sau phẫu thuật, nồng độ PTH và calci máu giảm rõ rệt ngay ngày đầu và duy trì ổn định sau một tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát là phương pháp an toàn và hiệu quả, giúp cải thiện rõ rệt các chỉ số sinh hóa với tỷ lệ biến chứng thấp. Việc chẩn đoán chính xác và can thiệp phẫu thuật kịp thời đóng vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: cường tuyến cận giáp nguyên phát; phẫu thuật tuyến cận giáp; PTH; tăng calci máu.

SURGICAL OUTCOMES OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL**ABSTRACT**

Objective: To evaluate the surgical treatment outcomes of primary hyperparathyroidism. **Methods:** A retrospective study was conducted on 43 medical records of patients with confirmed diagnosis of primary hyperparathyroidism who underwent surgical treatment at the Department of Thoracic Surgery, 108 Military Central Hospital during the period 2021-2024. Clinical characteristics, paraclinical findings, surgical methods, outcomes, and complications were collected and analyzed. The study was conducted in compliance with bioethical principles. **Results:** The mean age of the study patients was 49.5 ± 13.1 years; the male-to-female ratio was 1.53. Clinical manifestations were diverse, with skeletal and renal symptoms being the most common. Preoperatively, serum calcium and parathyroid hormone (PTH) levels were significantly elevated. The mean operative time was 57.16 ± 14.67 minutes; the mean postoperative hospital stay was 3.3 ± 2.5 days; postoperative complications occurred in 1 case. Postoperatively, PTH and serum calcium levels decreased significantly on the first day and remained stable after one month. **Conclusion:** Surgical treatment of primary hyperparathyroidism is a safe and effective method that significantly improves biochemical parameters with a low complication rate. Accurate diagnosis and timely surgical intervention play an important role in improving treatment efficacy.

Keywords: primary hyperparathyroidism; parathyroid surgery; PTH; hypercalcemia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường tuyến cận giáp nguyên phát là một rối loạn nội tiết không thường gặp, đặc trưng bởi sự tăng bài tiết hormon tuyến cận giáp (PTH-Parathyroid Hormone) dẫn đến tăng calci máu. Trước đây, bệnh thường chỉ được phát hiện khi bệnh nhân có các triệu chứng điển hình như sỏi thận, loãng xương, đau xương hoặc rối loạn thần kinh-cơ. Tuy nhiên hiện nay nhờ các xét nghiệm sinh hóa được sử dụng rộng rãi, phần lớn các trường hợp cường tuyến cận giáp nguyên phát được chẩn đoán ở giai đoạn ít triệu chứng hoặc không triệu chứng [1,2]. Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 0,1-0,4% dân số, phổ biến hơn ở nữ giới và tăng theo tuổi [1]. Khoảng 80-85% các trường

hợp CTCGNP do u tuyến cận giáp đơn độc, 10-15% do tăng sản đa tuyến và chỉ có khoảng dưới 1% các trường hợp có nguyên nhân do ung thư tuyến cận giáp [3]. Nếu không được điều trị, CTCGNP có thể gây ra nhiều biến chứng như sỏi tiết niệu, giảm mật độ xương dẫn đến gãy xương, rối loạn tâm thần-thần kinh và tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch hoặc làm nặng thêm tình trạng bệnh lý tim mạch nền sẵn có [1,4]. Nguy cơ gãy xương đùi hoặc nhập viện do biến chứng thận ở nhóm được điều trị muộn cũng cao hơn so với nhóm được điều trị sớm [1].

Theo hướng dẫn của Hiệp hội Phẫu thuật Nội tiết Hoa Kỳ, bệnh nhân cường tuyến cận giáp nguyên phát có chỉ định

phẫu thuật khi có tăng calci máu kéo dài, có triệu chứng lâm sàng, giảm mật độ xương, suy thận... [3]. Đây đồng thời cũng là phương pháp điều trị có thể giúp người bệnh khỏi hoàn toàn [3,5]. Ngày nay, cùng với sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, xạ hình tuyến cận giáp và chụp cắt lớp vi tính giúp xác định chính xác vị trí u tuyến cận giáp trước mổ đã góp phần thúc đẩy xu hướng phẫu thuật ít xâm lấn với nhiều lợi ích như giảm thời gian mổ, giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện [6-8]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm bước đầu đánh giá kết quả của phẫu thuật đối với các bệnh nhân cường tuyến cận giáp nguyên phát.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện dựa trên việc thu thập thông tin thứ cấp từ 43 hồ sơ bệnh án lưu trữ tại đơn vị trong thời gian từ 01/01/2021 đến 30/12/2024 của các bệnh nhân được chẩn đoán xác định cường tuyến cận giáp nguyên phát đã phẫu thuật cắt tuyến tại khoa Ngoại lồng ngực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tiêu chuẩn lựa chọn hồ sơ nghiên cứu như sau:

- Các hồ sơ của bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa có đầy đủ thông tin cá nhân, quá trình bệnh lý, diễn biến cuộc mổ, theo dõi chăm sóc và điều trị sau mổ.

- Bệnh nhân có kết quả xét nghiệm calci toàn phần, calci ion và PTH sau mổ 1 ngày và sau mổ 1 tháng.

Nghiên cứu cũng loại trừ các hồ sơ bệnh án đủ thông tin nhưng chuyển tuyến, chuyển viện trong quá trình điều trị hoặc các trường hợp bệnh nhân không tái khám sau 1 tháng.

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 22.0. Với độ tin cậy 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Nghiên cứu thực hiện đảm bảo tuân thủ chặt chẽ các tiêu chuẩn đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các thông tin về người bệnh được bảo mật tuyệt đối. Nghiên cứu được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho phép sử dụng dữ liệu hồ sơ bệnh án điện tử và bệnh án giấy của đơn vị.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

43 bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $49,5 \pm 13,1$ (tuổi), nữ giới nhiều hơn nam giới, tỷ lệ nam:nữ = 1,53, phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trước đây. Kết quả này cho thấy cường tuyến cận giáp nguyên phát thường gặp ở nhóm tuổi

trung niên và cao tuổi. Trong nghiên cứu của Fraser, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 55 - 60 tuổi [5]. Nghiên cứu của Walker và Silverberg cũng chỉ ra rằng tuổi càng tăng thì tỷ lệ phát hiện bệnh càng cao, đặc biệt ở những bệnh nhân được xét nghiệm sinh hóa định kỳ [6]. Điều này phản ánh xu hướng lâm sàng hiện nay, khi đa số trường hợp được phát hiện tình cờ thông qua xét nghiệm định kỳ hơn là do triệu chứng rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam là 26/17, tương đồng với nhiều báo cáo trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam, với tỷ lệ khoảng 2-3:1 [7]. Fraser lý giải rằng sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố nội tiết và cơ chế điều hòa calci khác nhau giữa hai giới [5]. Một số nghiên cứu còn cho thấy estrogen có thể ảnh hưởng đến hoạt động của tuyến cận giáp, làm tăng độ nhạy và tần suất mắc bệnh ở nữ giới [7]. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh được mô tả ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh (n=43)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	Biểu hiện xương	26	35,6
	Biểu hiện thận	17	23,3
	Biểu hiện tiêu hoá	9	12,3
	Không đặc hiệu	21	28,8
Chỉ số xét nghiệm (Mean ± SD)	Calci toàn phần (mmol/L)	$2,92 \pm 0,71$	
	Calci ion (mmol/L)	$1,58 \pm 0,69$	
	PTH (pg/mL)	$57,65 \pm 17,92$	

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí khối u	Trên phải	9	20,9
	Dưới phải	12	27,9
	Trên trái	8	18,6
	Dưới trái	13	30,2
	2 vị trí	1	2,4
Kích thước khối u (mm)	Mean ± SD	1,2 ± 0,6	

Biểu hiện lâm sàng trong nghiên cứu khá đa dạng. Khoảng 35% bệnh nhân có triệu chứng liên quan đến hệ xương, như đau xương, thay đổi cấu trúc xương và loãng xương; 23% có tổn thương thận như sỏi thận hoặc giảm chức năng thận. Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng không đặc hiệu chiếm một phần đáng kể. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Silverberg, trong đó hơn 50% bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng không đặc hiệu như mệt mỏi, đau cơ, rối loạn giấc ngủ và rối loạn tâm thần [7]. Các triệu chứng cơ xương và thận nổi bật trong nghiên cứu phản ánh tác động sinh lý của tình trạng tăng PTH kéo dài lên

quá trình tái tạo xương và dự trữ calci tại thận. Tăng PTH gây tăng hủy xương thông qua hoạt hóa tế bào hủy xương, dẫn đến đau xương và loãng xương; cơ chế này đã được mô tả rõ trong nghiên cứu của Silverberg [3].

Các chỉ số sinh hóa trước mổ cho thấy tình trạng tăng calci máu (calci toàn phần $2,92 \pm 0,71$ mmol/L) và tăng hormon PTH ($57,65 \pm 17,92$ pg/mL), phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán cường tuyến cận giáp nguyên phát. Kết quả này tương thích với nhiều báo cáo trước đây, trong đó bệnh nhân thường có calci máu $>2,6$ mmol/L và nồng độ PTH tăng vượt ngưỡng bình thường [8]. Bilezikian cũng nhấn mạnh rằng nồng độ PTH không bị ức

chế trong bối cảnh tăng calci máu là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán cường tuyến cận giáp nguyên phát [1].

Việc xác định vị trí tuyến cận giáp bệnh lý trước mổ bằng siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và/hoặc xạ hình tuyến cận giáp đã giúp phẫu thuật viên tiếp cận chính xác vị trí tổn thương, đặc biệt trong các trường hợp khối u có kích thước nhỏ. Nhiều nghiên cứu cũng đồng thuận rằng việc phối hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp tăng độ chính xác trong định vị tuyến cận giáp trước phẫu thuật [3,4]. Điều này phản ánh thực tiễn ứng dụng các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại nhằm tối ưu hóa kết quả phẫu thuật.

Bảng 2. Các thông số phẫu thuật

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở	38	88,4
	Nội soi	5	11,6
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) (Mean ± SD)		57,2 ± 14,7	
Thời gian hậu phẫu trung bình (ngày) (Mean ± SD)		3,3 ± 2,5	
Tai biến, biến chứng		1	2,3

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $57,16 \pm 14,67$ phút và thời gian nằm viện sau mổ là $3,3 \pm 2,5$ ngày, cho thấy phẫu thuật điều trị cường tuyến cận giáp nguyên phát có hiệu quả và độ an toàn cao. Phẫu thuật mổ mở vẫn là phương pháp được áp dụng chủ yếu trong giai đoạn nghiên cứu, trong khi phẫu thuật nội soi chỉ được triển khai ở một số trường hợp chọn lọc. Theo hướng dẫn của

Hiệp hội Phẫu thuật Nội tiết Hoa Kỳ, phẫu thuật ít xâm lấn hoặc nội soi mang lại lợi ích về giảm đau sau mổ và tính thẩm mỹ, tuy nhiên đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như việc định vị chính xác tuyến cận giáp bệnh lý trước mổ [3].

Tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, chỉ ghi nhận một trường hợp. Kết quả này tương đồng với nhiều báo cáo

trong y văn, trong đó tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cường tuyến cận giáp nguyên phát dao động từ 2–10%, chủ yếu là hạ calci máu thoáng qua và tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản [2,9]. Tỷ lệ biến chứng thấp cho thấy phẫu thuật cường tuyến cận giáp nguyên phát là phương pháp điều trị an toàn khi được thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa với đầy đủ phương tiện và nhân lực.

Bảng 3. Sự thay đổi chỉ số calci máu và PTH tại các thời điểm nghiên cứu

	Kết quả	Trung bình (Mean ± SD)
Xét nghiệm sau mổ 1 ngày	Calci toàn phần (TC 2,2 - 2,65 mmol/L)	2,38 ± 0,91
	Calci ion (TC 1,12 - 1,32 mmol/L)	1,29 ± 0,32
	PTH (TC 15 -65 pg/mL)	9,12 ± 6,17
Xét nghiệm sau mổ 1 tháng	Calci toàn phần (TC 2,2 - 2,65 mmol/L)	2,28 ± 0,68
	Calci ion (TC 1,12 - 1,32 mmol/L)	1,22 ± 0,27
	PTH (TC 15 -65 pg/mL)	13,46 ± 5,43

TC= tham chiếu

Kết quả theo dõi sau mổ cho thấy nồng độ PTH và calci máu giảm rõ rệt ngay trong ngày đầu tiên và duy trì ổn định sau một tháng. Điều này chứng tỏ phẫu thuật đã loại bỏ hiệu quả mô tuyến cận giáp bệnh lý và cải thiện các chỉ số sinh hóa, phù hợp với nghiên cứu của Wilhelm và cộng sự, trong đó sự giảm PTH sau mổ được xem là dấu hiệu sớm của phẫu thuật thành công [3]. Nghiên cứu của Udelsman cũng chỉ ra rằng hầu hết bệnh nhân có nồng độ PTH trở về bình thường trong vòng vài giờ đến vài ngày sau phẫu thuật thành công [10].

4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trong cường tuyến cận giáp nguyên phát. Kết quả nghiên cứu cho

thấy phẫu thuật giúp cải thiện rõ rệt các chỉ số sinh hóa, đặc biệt là nồng độ PTH và calci máu, với tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện ngắn. Việc chẩn

đoán chính xác và can thiệp phẫu thuật kịp thời đóng vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bilezikian JP, Bandeira L, Khan A, Cusano NE. Hyperparathyroidism. *Lancet Lond Engl*. 2018 Jan 13;391(10116):168–78.
2. Lew JI, Solorzano CC (2009). Surgical management of primary hyperparathyroidism: state of the art. *Surg Clin North Am*. 2009 Oct;89(5):1205–25.
3. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, Lee JA, Asa SL, Duh QY, et al. (2016). The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. *JAMA Surg*. 2016 Oct 1;151(10):959–68.
4. Khan AA, Hanley DA, Rizzoli R, Bollerslev J, Young JEM, Rejnmark L, et al. (2017). Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2017 Jan;28(1):1–19.
5. Fraser WD. Hyperparathyroidism (2009). *Lancet Lond Engl*. 2009 July 11;374(9684):145–58.
6. Walker MD, Silverberg SJ. (2018). Primary hyperparathyroidism. *Nat Rev Endocrinol*. 2018 Feb;14(2):115–25.
7. Silverberg SJ, Clarke BL, Peacock M, Bandeira F, Boutroy S, Cusano NE, et al. (2014). Current issues in the presentation of asymptomatic primary hyperparathyroidism: proceedings of the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014 Oct;99(10):3580–94.
8. Yeh MW, Ituarte PHG, Zhou HC, Nishimoto S, Liu ILA, Harari A, et al. (2013). Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism in a racially mixed population. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013 Mar;98(3):1122–9.
9. Palazzo FF, Delbridge LW. (2004). Minimal-access/minimally invasive parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism. *Surg Clin North Am*. 2004 June;84(3):717–34.
10. Udelsman R, Lin Z, Donovan P. (2011). The superiority of minimally invasive parathyroidectomy based on 1650 consecutive patients with primary hyperparathyroidism. *Ann Surg*. 2011 Mar;253(3):585–91.