

ĐẶC ĐIỂM CƯỜNG CẬN GIÁP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ

Ngô Thị Nguyệt¹, Đỗ Trung Quân¹, Nguyễn Hữu Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỉ lệ cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện Bạch Mai, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cường cận giáp ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng nghiên cứu:** Lựa chọn ngẫu nhiên 107 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có lọc máu tại trung tâm thận - tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỉ lệ cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ là 57.0%, nồng độ PTH trung bình là 39.99 ± 25.68 pmol/l, có mối tương quan chặt chẽ giữa nồng độ PTH, calci, phospho. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ngứa, nhìn mờ và tê bì/rối loạn cảm giác. **Kết luận:** Cường cận giáp là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ nên cần được phát hiện và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** cường cận giáp, PTH, đái tháo đường típ 2, lọc máu chu kỳ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HYPERPARATHYROIDISM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND END-STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS

Objectives: To determine the prevalence of hyperparathyroidism in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and end-stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis at the Center for Nephrology, Urology, and Hemodialysis, Bach Mai Hospital, and to describe the clinical, laboratory characteristics, and related factors of hyperparathyroidism in this patient group. **Patients and method:** A random sample of 107 patients with T2DM undergoing hemodialysis at the Center for Nephrology, Urology, and Hemodialysis, Bach Mai Hospital, from July 2024 to July 2025. **Results:** The prevalence of hyperparathyroidism in T2DM patients undergoing hemodialysis was 57.0%, with an average parathyroid hormone (PTH) level of 39.99 ± 25.68 pmol/L. There was a strong correlation between PTH, calcium, and phosphorus levels. Common clinical symptoms included pruritus, blurred vision, and numbness/sensory disturbances. **Conclusion:** Hyperparathyroidism is a common complication in T2DM patients undergoing

hemodialysis, necessitating early detection and timely treatment. **Keywords:** Hyperparathyroidism, PTH, type 2 diabetes mellitus, hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD - End Stage Renal Disease) trên toàn thế giới, đòi hỏi các phương pháp điều trị thay thế thận như lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận[1]. Theo thống kê tại Hoa Kỳ, đái tháo đường chiếm khoảng 50% các trường hợp suy thận mới trong ba thập kỷ qua, và con số này đang gia tăng do sự phổ biến của bệnh lý này trên toàn cầu[2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối cũng ngày càng tăng, kéo theo gánh nặng lớn về y tế và kinh tế.

Cường cận giáp thứ phát là một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đặc biệt ở những người lọc máu chu kỳ. Biến chứng này xảy ra do rối loạn chuyển hóa calci, phospho và vitamin D, dẫn đến tăng tiết hormone tuyến cận giáp (PTH). Cường cận giáp thứ phát làm tăng nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng như bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch (ASCVD), suy tim, gãy xương, thiếu máu kháng trị, vôi hóa mạch máu và mô mềm, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong sớm[1]. Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, tình trạng rối loạn chuyển hóa do bệnh lý nền càng làm trầm trọng thêm các biến chứng liên quan đến cường cận giáp.

Việc phát hiện sớm và điều trị cường cận giáp thứ phát đóng vai trò quan trọng trong quản lý bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối[3]. Các xét nghiệm như đo nồng độ PTH, calci, phospho, và siêu âm tuyến cận giáp đã trở thành công cụ hữu ích trong chẩn đoán sớm[4]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc sàng lọc và chẩn đoán cường cận giáp ở nhóm bệnh nhân này chưa được thực hiện đồng bộ và thường xuyên. Các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ còn hạn chế, ngay cả tại các cơ sở y tế chuyên sâu.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ" với hai mục tiêu chính:

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Nguyệt

Email: ngonguyet7898@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

1. Xác định tỉ lệ cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai.

2. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cường cận giáp ở nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 107 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có lọc máu tại trung tâm thận – tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo tiêu chuẩn của ADA 2024[5], đái tháo đường típ 2 theo Bộ y tế 2020[6] và được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối theo tiêu chuẩn của KDIGO 2024[7], được lọc máu chu kỳ, mức lọc cầu thận < 15 ml/phút/1,73m² da, chu kỳ lọc máu ≥ 2 buổi lọc/tuần, đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh cường tuyến cận giáp nguyên phát, có tiền sử ghép thận, chấn thương trong vòng 3 tháng gần đây, mắc bệnh lý ác tính: ung thư tuyến giáp, ung thư di căn xương, u lympho, Kahler..., các bệnh lý cấp tính: suy thận cấp, viêm não màng não cấp, viêm thận bể thận cấp,..., nhiễm HIV, bỏ cuộc trong quá trình tham gia nghiên cứu, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Một số tiêu chuẩn khác: Tiêu chuẩn chẩn đoán cường cận giáp[8]: Nồng độ PTH > 33 pmol/l ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn Calci máu[8]:

+ Ca máu thấp: < 2.1 mmol/l (8.4 mg/dl)

+ Ca máu bình thường: $2.1 - 2.37$ mmol/l (8.4 – 9.5 mg/dl)

+ Ca máu cao: > 2.54 mmol/l (10.2 mg/dl)

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn Phospho máu[8]:

+ P máu thấp: < 1.13 mmol/l (3.5 mg/dl)

+ P máu bình thường: $1.13 - 1.78$ mmol/l (3.5 – 5.5 mg/dl)

+ P máu cao: > 1.78 mmol/l (5.5 mg/dl)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:**

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: kích thước cỡ mẫu cần xác định

✓ Z: giá trị bảng phân phối Z dựa vào độ tin cậy lựa chọn là 95% thì Z = 1,96

✓ p: tỷ lệ ước lượng cỡ mẫu thành công. Dựa vào nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh, Phan Hoàng Hiệp, Nguyễn Minh Hùng (2023), thấy tỉ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân đái tháo đường típ2 có bệnh thận mạn là 55.3%[9]

✓ d: sai số cho phép, nghiên cứu chọn d = 0.1

Thay vào công thức trên n = 95

Chọn mẫu: bằng phương pháp thuận tiện, liên tục cho đến khi tính đủ cỡ mẫu

- **Các chỉ số nghiên cứu:**

Các chỉ tiêu chung: Tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, thời gian mắc đái tháo đường, thời gian lọc máu

Các chỉ tiêu lâm sàng:

Đau xương: Cảm giác đau thường mơ hồ, đau sâu vùng thắt lưng cùng, khớp háng, gối và hai bên cẳng chân. Có thể gãy xương ở cổ xương đùi và xẹp đốt sống.

Yếu cơ: đặc biệt là các cơ gốc chi có thể làm giảm khả năng vận động.

Ngứa: do lắng đọng calci trong da, rất hay gặp ở bệnh nhân cường cận giáp thứ phát nặng.

Hoại tử da do calci: do thiếu máu cục bộ ngoại biên hoặc do calci hóa các tiểu động mạch gây loét da.

Viêm quanh khớp: đau dữ dội kèm sưng, nóng đỏ quanh khớp.

Đứt gân tự phát: Thường ở gân cơ tứ đầu, tam đầu, gân duỗi các ngón tay.

Biến dạng xương: Uốn cong xương chày, xương đùi, biến dạng đầu xương.

Calci hóa ngoài xương: Calci hóa các động mạch kích thước trung bình, calci hóa cạnh khớp và khối u calci, calci hóa nội tạng: tim, phổi, thận...

Chậm phát triển: Gặp ở trẻ em bị suy thận mạn.

Các triệu chứng khác: Đau bụng, buồn nôn, nôn, chán ăn, viêm tụy, loét dạ dày, lú lẫn, suy giảm trí nhớ, bệnh lý thần kinh ngoại biên, thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm chức năng tiểu cầu, tăng huyết áp, bệnh lý cơ tim (phì đại thất trái).

Các chỉ tiêu cận lâm sàng: Glucose máu, HbA1c, Hb, Creatinin, PTH, Calci tp, Phospho, Siêu âm tuyến cận giáp

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn 5 do đái tháo đường có lọc máu chu kỳ tại trung tâm đều được hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm và thu thập số liệu theo mẫu bệnh án có sẵn.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu sẽ được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Tuổi		Giới		Tổng
		Nam	Nữ	
<45	N	3	0	3
	% so với N=107	2.8%	0.0%	2.8%
45-59	N	20	9	29
	% so với N=107	18.7%	8.4%	27.1%
≥60	N	44	31	75
	% so với N=107	41.1%	30.0%	71.1%
Tổng	N	67	40	107
	% so với N=107	62.6%	37.4%	100.0%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65.16 ± 9.97 tuổi, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 60 tuổi trở lên chiếm 71.1%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.01$ giữa các nhóm tuổi. Điều này phù hợp với xu hướng bệnh thận mạn giai đoạn cuối thường gặp ở người lớn tuổi, đặc biệt ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tỷ lệ nam chiếm 62.6% cao gấp 1.7 lần so với bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$

3.2. Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát

Bảng 2. Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát

Thời gian lọc máu	PTH thấp	PTH bình thường	PTH cao	Tổng
Dưới 1 năm	N	14	28	51
	% so với N= 107	13.1%	26.1%	47.7%
1-5 năm	N	2	1	3
	% so với N= 107	1.9%	0.95%	2.8%
Trên 5 năm	N	0	1	7
	% so với N= 107	0.0%	0.95%	6.5%
Tổng	N	16	30	61
	% so với N= 107	15.0%	28.0%	57.0%

Nhận xét: Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát là 57 %. Nhóm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm có tỷ lệ cường cận giáp thứ phát cao nhất (87.5%), so với 55.3% ở nhóm dưới 1 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.01$. Điều này cho thấy thời gian lọc máu kéo dài có mối liên hệ chặt chẽ với nguy cơ cường cận giáp, có thể do rối loạn chuyển hóa calci, phospho và vitamin D.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	N	%
Nhìn mờ	64	59.8
Đục thủy tinh thể	41	38.3
Tê bì, rối loạn cảm giác	60	56.1
Đau cơ	11	10.3
Yếu cơ	17	15.9
Ngứa	57	53.3
Hoại tử da do calci	3	2.8

Nhận xét: Các triệu chứng như: nhìn mờ (59.8%), tê bì/rối loạn cảm giác (56.1%), và ngứa (53.3%). Đây là những biểu hiện đặc trưng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 kết hợp bệnh thận mạn, trong đó ngứa là triệu chứng nổi bật của cường cận giáp thứ phát, có thể do lắng đọng calci trong da. Các triệu chứng nặng như calci hóa ngoài xương, viêm quanh khớp, hoặc biến dạng xương không được ghi nhận, có thể do phát hiện sớm hoặc điều trị kịp thời tại trung tâm.

Bảng 4. Chỉ số nghiên cứu

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	N
Glucose (mmol/l)	13.5 ± 8.3	3.4	42.2	82
HbA1c (%)	7.5 ± 1.8	4.9	10.7	20
Hb (g/l)	89.8 ± 16.0	59	137	107
PTH (pmol/l)	39.99 ± 25.68	1.48	153.4	107
Calci hc (mmol/l)	2.17 ± 0.32	1.39	3.58	106
Phospho (mmol/l)	1.89 ± 0.60	0.56	3.43	79
Vitamin D3 (ng/ml)	12.8 ± 3.5	8.5	16.7	4

Nhận xét: Nồng độ PTH: Trung bình 39.99 ± 25.68 pmol/l, cao hơn ngưỡng chẩn đoán cường cận giáp (> 33 pmol/l)

Nồng độ Calci máu: Trung bình 2.17 ± 0.32 mmol/l, nằm trong giới hạn bình thường ($2.1 - 2.37$ mmol/l), cho thấy kiểm soát calci máu ở mức chấp nhận được.

Nồng độ Phospho máu: Trung bình 1.89 ± 0.60 mmol/l, cao hơn ngưỡng bình thường (> 1.78 mmol/l). So với nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh (1.09 ± 0.24 mmol/l ở bệnh nhân chưa lọc máu), mức phospho cao hơn phản ánh giảm khả năng đào thải phospho do suy thận mạn giai đoạn cuối.

Glucose máu (13.5 ± 8.3 mmol/l) và HbA1c ($7.5 \pm 1.8\%$) cho thấy kiểm soát đường huyết còn hạn chế, có thể làm trầm trọng thêm các biến chứng.



Biểu đồ 5. Biểu đồ phân bố nồng độ PTH, Calci toàn phần, Phospho theo giới hạn khuyến cáo

Nồng độ PTH vượt ngưỡng bình thường (> 33 pmol/l) là 57.0%, tỷ lệ bình thường là 28.0% và thấp là 15.0%,

Nồng độ calci toàn phần: tỷ lệ bình thường chiếm cao nhất (50.9%), cho thấy hơn nửa số bệnh nhân có nồng độ calci máu nằm trong

khoảng bình thường (2.1 – 2.37 mmol/l). Tỷ lệ Thấp là 37.7%, cao hơn đáng kể so với cao 11.3%. Tỷ lệ các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0.01$

Nồng độ phospho: Tỷ lệ cao chiếm ưu thế (50.6%), tương tự nhóm PTH, cho thấy tình trạng tăng phospho máu (> 1.78 mmol/l) phổ biến, phù hợp với giảm khả năng đào thải phospho ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Tỷ lệ bình thường là 40.5%, trong khi thấp chỉ chiếm 8.9%,

Biểu đồ thể hiện rõ ràng sự phân bố không đồng đều của PTH, Calci, và Phospho ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ. Tỷ lệ tăng PTH (57.0%) và tăng phospho máu (50.6%) là nổi bật, trong khi calci máu có xu hướng bình thường hoặc thấp.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi của bệnh nhân phân bố rộng từ 40 đến 89 tuổi, trung bình là 65.16 ± 9.97 tuổi, với nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (71.1%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, như nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh và cộng sự (2023), ghi nhận độ tuổi trung bình là 67.6 ± 9.23 ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận. Tỷ lệ nam giới (62.6%) cao gấp 1.7 lần so với nữ giới (37.4%), phản ánh xu hướng bệnh thận mạn giai đoạn cuối ở nam giới cao hơn, có thể liên quan đến các yếu tố như lối sống, bệnh lý nền hoặc tiếp cận y tế.

Thời gian lọc máu chu kỳ cũng là một yếu tố quan trọng. Nhóm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm có tỷ lệ cường cận giáp thứ phát cao nhất (87.5%), so với 55,3% ở nhóm dưới 1 năm ($p < 0,01$). Điều này cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa thời gian lọc máu kéo dài và sự gia tăng nguy cơ cường cận giáp, có thể do suy giảm chức năng thận làm rối loạn chuyển hóa calci, phospho và vitamin D, kích thích tiết PTH.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm nhìn mờ (59.8%), tê bì/rối loạn cảm giác (56.1%), và ngứa (53.3%). Đây là những biểu hiện đặc trưng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 kết hợp bệnh thận mạn giai đoạn cuối, trong đó ngứa là triệu chứng nổi bật liên quan đến cường cận giáp thứ phát, có thể do lắng đọng calci trong da. Tuy nhiên, các triệu chứng nặng như calci hóa ngoài xương, viêm quanh khớp hay biến dạng xương không được ghi nhận, có thể do phát hiện sớm hoặc điều trị kịp thời tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu Bệnh viện Bạch Mai. So với nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh và cộng sự (2023), tỷ lệ triệu chứng ngứa ở nghiên cứu này cao hơn (53.3% so với

khoảng 40%), có thể do đặc điểm bệnh nhân lọc máu chu kỳ có mức độ rối loạn khoáng xương nghiêm trọng hơn.

Nồng độ PTH trung bình là 39.99 ± 25.68 pmol/l, cao hơn ngưỡng chẩn đoán cường cận giáp (> 33 pmol/l), xác nhận tỷ lệ cường cận giáp thứ phát là 57.0%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh và cộng sự (2023), báo cáo tỷ lệ 55.3% ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn. Nồng độ calci máu trung bình là 2.17 ± 0.32 mmol/l, nằm trong giới hạn bình thường (2.1 – 2.37 mmol/l), nhưng phospho máu trung bình là 1.89 ± 0.60 mmol/l, cao hơn ngưỡng bình thường (> 1.78 mmol/l). So với nghiên cứu của Bùi Thị Quỳnh và cộng sự (phospho máu 1.09 ± 0.24 mmol/l ở bệnh nhân chưa lọc máu), mức phospho cao hơn ở nghiên cứu này có thể do chức năng thận suy giảm nghiêm trọng, làm giảm khả năng đào thải phospho, dẫn đến tăng phospho máu.

Mối tương quan thuận chặt chẽ giữa nồng độ PTH và calci máu (biểu đồ 5) cho thấy rối loạn chuyển hóa calci là yếu tố quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của cường cận giáp thứ phát. Tăng nồng độ PTH kích thích huy động calci từ xương, làm tăng nguy cơ loãng xương, gãy xương và các biến chứng tim mạch như vôi hóa mạch máu. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát nồng độ PTH và calci máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Glucose máu trung bình (13.5 ± 8.3 mmol/l) và HbA1c ($7.5 \pm 1.8\%$) cho thấy kiểm soát đường huyết ở nhóm bệnh nhân này còn hạn chế, có thể làm trầm trọng thêm các biến chứng của bệnh thận mạn và cường cận giáp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ là 57.0%, với nồng độ PTH trung bình là 39.99 ± 25.68 pmol/l. Tỷ lệ này tăng cao ở nhóm bệnh nhân lọc máu trên 5 năm (87.5%),

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ngứa (53.3%), nhìn mờ (59.8%) và tê bì/rối loạn cảm giác (56.1%), trong đó ngứa là biểu hiện nổi bật liên quan đến cường cận giáp thứ phát.

Nồng độ phospho máu trung bình cao (1.89 ± 0.60 mmol/l), trong khi nồng độ calci máu trung bình nằm trong giới hạn bình thường (2.17 ± 0.32 mmol/l).

Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc định kỳ các xét nghiệm PTH, calci và phospho để phát hiện sớm và điều trị kịp thời cường cận giáp thứ phát,

Cần thực hiện sàng lọc định kỳ các xét nghiệm PTH, calci, và phospho để phát hiện sớm cường cận giáp thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **de Boer IH, Caramori ML, Chan JCN, et al.** Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 2022;45(12):3075-3090. doi:10.2337/dci22-0027
2. **Linan R, Xiao X, Cai Y, Liu S, Gang X, Wang G.** Clinical features and new perspectives on follow-up and treatment of secondary hyperparathyroidism in patients with chronic kidney disease. *Research Square*. 2024. doi:10.21203/rs.3.rs-4010889/v1
3. **Naaman SC, Bakris GL.** Slowing diabetic kidney disease progression: where do we stand today? In: *Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes*. Arlington (VA): American Diabetes Association; 2021:23-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571719/>
4. **Drüeke TB.** Hyperparathyroidism in chronic kidney disease. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al, editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278975/>
5. **American Diabetes Association Professional Practice Committee.** 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002
6. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán điều trị đái tháo đường típ 2. Hà Nội: Bộ Y tế; 2020. (Ban hành kèm theo quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-5481-QĐ-BYT-2020-tai-lieu-chuyen-mon-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2-460925.aspx>
7. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO).** KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018
8. **Eknoyan G, Levin A, Levin NW.** Bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2003;42:1-201. doi:10.1016/S0272-6386(03)00905-3
9. **Bùi Thị Quỳnh, Phan Hoàng Hiệp, Nguyễn Minh Hùng.** Khảo sát tỉ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thần kinh mạn tính. *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam*. 2024;(68):19-22. doi:10.47122/VJDE.2023.68.3

TỔNG QUAN VỀ ĐẶT ỐNG THÔNG KHÍ Ở TRẺ EM CÓ KHE HỞ VÒM MIỆNG

Trần Văn Hùng¹, Phạm Thị Bích Đào^{1,2},
Nguyễn Quý Đôn², Nguyễn Thị Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp và đánh giá các nghiên cứu về hiệu quả của phẫu thuật đặt ống thông khí (OTK) ở trẻ em có khe hở vòm miệng, nhằm hỗ trợ chỉ định và tối ưu điều trị viêm tai giữa ứ dịch (VTGUĐ). **Phương pháp:** Tổng quan hệ thống các nghiên cứu từ năm 2000 đến 2025 trên PubMed, Google Scholar và thư viện Trường Đại học Y Hà Nội. Bài báo được lựa chọn theo tiêu chí đưa vào – loại trừ rõ ràng, tuân thủ quy trình PRISMA 2009. **Kết quả:** Chín nghiên cứu được phân tích. Tỷ lệ tai hết dịch sau đặt OTK dao động từ 45,8% đến 93,1%. Thính lực cải thiện rõ, với 73,5%–86% bệnh nhân đạt ngưỡng nghe bình thường. Đặt ống sớm và duy trì lưu ống đủ thời gian liên quan đến kết quả điều trị tốt hơn. **Kết luận:** Đặt OTK là phương pháp hiệu quả trong điều trị VTGUĐ ở trẻ có khe hở

vòm miệng, góp phần bảo tồn chức năng nghe, hỗ trợ phát triển ngôn ngữ và nâng cao chất lượng sống. Việc chuẩn hóa chỉ định, kỹ thuật và theo dõi chặt chẽ có vai trò then chốt để đạt hiệu quả tối ưu.

Từ khóa: Khe hở vòm miệng, ống thông khí, viêm tai giữa ứ dịch, trẻ em, thính lực.

SUMMARY

OVERVIEW OF TYMPANOSTOMY TUBE PLACEMENT IN CHILDREN WITH CLEFT PALATE

Objective: To summarize and evaluate studies on the effectiveness of tympanostomy tube (TT) placement in children with cleft palate, aiming to support indications and optimize treatment of otitis media with effusion (OME). **Methods:** A systematic review of studies published from 2000 to 2025 was conducted using PubMed, Google Scholar, and the Hanoi Medical University Library. Articles were selected based on clear inclusion and exclusion criteria following the PRISMA 2009 framework. **Results:** Nine studies were included. The rate of OME resolution after TT placement ranged from 45.8% to 93.1%. Hearing outcomes improved significantly, with 73.5%–86% of patients achieving normal hearing levels. Early tube placement and appropriate retention duration were associated with better outcomes. **Conclusion:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hùng

Email: thanhcong959697@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025