

- middle temporal artery flap", Otolaryngol Head Neck Surg. 137(3), 433-8.
3. **Nguyễn Tân Phong** (2018), "Xử lý tai biến và di chứng hố mỏ tiết cận xương chũm", Chuyên đề Tai Mũi Họng và Phẫu Thuật Đầu Cổ, Hội Tai Mũi Họng Tp. Hồ Chí Minh, Nhà Xuất Bản Y Học, 118-121.
  4. **R. P. Mehta J. P. Harris** (2006), "Mastoid obliteration", Otolaryngol Clin North Am. 39(6), 1129-42.
  5. **Phạm Thanh Thế** (2017), Nghiên cứu chỉnh hình tai giữa trên hố mỏ tiết chũm tiết cận. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
  6. **Nguyễn Hoàng Huy** (2018), Đánh giá kết quả chỉnh hình màng nhĩ xương con, đồng thời với phẫu thuật khoét chũm tiết cận. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
  7. **Nguyễn Thị Tố Uyên** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết cận xương chũm đường trong ống tai ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

## NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA MÁU Ở NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH CƯỜNG TUYẾN CẬN GIÁP

Nguyễn Ánh Ngọc<sup>1</sup>, Trần Ngọc Lương<sup>1</sup>, Mai Văn Viện<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá biến đổi sinh hóa các chỉ số nồng độ parathyroidhormone (PTH), canxi toàn phần và canxi ion hóa máu sau phẫu thuật điều trị bệnh cường tuyến cận giáp (CTCG), các biến chứng liên quan như hạ canxi, hội chứng xương đói, cường cận giáp tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả 244 BN CTCG được chẩn đoán xác định và điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 3/2016 đến tháng 9/2019. **Kết quả:** Tổng 244 BN CTCG gồm 38 BN CTCG nguyên phát (NP), 141 BN CTCG thứ phát (TP), 65 BN CTCG tam phát (TaP) được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật. Nồng độ PTH, canxi toàn phần và canxi ion máu giảm nhanh sau phẫu thuật ở tất cả trường hợp. Hạ canxi máu sau mổ CTCG NP: 10,5%, CTCG TP: 64,5% và CTCG TaP: 69,2%. Hội chứng xương đói: CTCG NP: 2,6%, CTCG TP: 46,1% và CTCG TaP: 46,2%. Cường tuyến cận giáp tái phát sau phẫu thuật: CTCG NP: 0%, CTCG TP: 9,2% và CTCG TaP: 6,2%. **Kết luận:** Sau phẫu thuật các chỉ số sinh hóa đều được cải thiện. Hạ canxi máu sau mổ ít gặp ở CTCG NP, hay gặp ở CTCG TP và CTCG TaP. Hội chứng xương đói gặp nhiều ở CTCG TP và CTCG TaP. Cường cận giáp tái phát sau phẫu thuật chỉ gặp ở CTCG TP và CTCG TaP.

**Từ khóa:** phẫu thuật tuyến cận giáp, hạ canxi máu, hội chứng xương đói, CTCG tái phát.

### SUMMARY

#### RESEARCH ON SOME BIOCHEMICAL CHANGES AFTER SURGERY FOR TREATMENT OF HYPERPARATHYROIDISM

**Objectives:** To evaluate some biochemical changes after surgery to treat hyperparathyroidism and some associated complications such as

hypocalcemia, starvation bone syndrome, recurrent hyperparathyroidism. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 244 patients diagnosed with hyperparathyroidism and treated by surgery at the National Hospital of Endocrinology from 3/2016 to 9/2019. **Results:** A total of 244 patients including 38 primary HPT (pHPT), 141 secondary HPT (sHPT), 65 tertiary HPT (tHPT) were diagnosed and treated by surgery. The concentration of PTH, total calcium and ionic calcium in the blood decreased rapidly after surgery in all cases. Postoperative hypocalcemia: pHPT: 10.5%, sHPT: 64.5% and tHPT: 69.2%. Hunger bone syndrome: pHPT: 2.6%, sHPT: 46.1%, tHPT: 46.2%. Recurrent hyperparathyroidism after parathyroidectomy: pHPT: 0%, sHPT: 9.2%, tHPT: 6.2%. **Conclusion:** After parathyroidectomy, the biochemical indicators were improved. Postoperative hypocalcemia is uncommon in pHPT, and is common in sHPT and tHPT. Hungry bone syndrome is common in sHPT and tHPT. Recurrent hyperparathyroidism after parathyroidectomy is only seen in sHPT and tHPT. **Keywords:** parathyroid surgery, hypocalcemia, hungry bone syndrome, recurrent hyperparathyroidism.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường tuyến cận giáp (CTCG) là bệnh lý do tăng quá mức hormone PTH của tuyến cận giáp do u hay quá sản tuyến cận giáp gây ra.

Cường tuyến cận giáp bao gồm: CTCG nguyên phát, CTCG thứ phát, CTCG tam phát và giả CCG cận ung thư. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, CTCG sẽ dẫn đến những triệu chứng nặng nề trên xương, thận, thần kinh cơ, da, mô mềm [1]...

Điều trị CTCG hiện nay bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Điều trị ngoại khoa bệnh CTCG hiện nay là phương pháp chủ yếu và hiệu quả nhất. Tuy nhiên ở nước ta hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị bệnh CTCG. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá một số biến đổi sinh hóa sau

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ánh Ngọc

Email: drmimeo@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023

phẫu thuật điều trị CTCG.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 244 bệnh nhân CTCG, bao gồm: 38 CTCG NP, 141 CTCG thứ phát, 65 CTCG tam phát được chẩn đoán xác định bằng các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và được điều trị phẫu thuật tuyến cận giáp tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 3/2016 đến tháng 9/2019.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu mô tả

**2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN:** các bệnh nhân được chẩn đoán xác định CTCG có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật tại bệnh viện Nội tiết TƯ. Chia thành 3 nhóm bệnh theo Brashers (2015):

- CTCG nguyên phát: nguyên nhân do u hay ung thư tuyến cận giáp, chẩn đoán với PTH và canxi máu tăng, phospho máu giảm.

- CTCG thứ phát: nguyên nhân do suy thận mạn hoặc thiếu vitamin D, chẩn đoán với PTH máu tăng, canxi máu giảm hoặc bình thường.

- CTCG tam phát: nguyên nhân do suy thận mạn kéo dài hoặc sau ghép thận, chẩn đoán với PTH và canxi máu tăng cao, phospho máu tăng. [2]

**2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân được chẩn đoán CTCG nhưng không phẫu thuật, thời gian theo dõi dưới 6 tháng hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Nồng độ Canxi ion, Canxi toàn phần (Canxi TP), PTH máu được định lượng trên máy xét nghiệm sinh hóa máu tại khoa Hóa sinh – Bệnh viện Nội tiết TƯ.

- + Canxi máu toàn phần: được định lượng theo phương pháp so màu. Bình thường nồng độ là 2,2 - 2,65mmol/l, tăng khi > 2,65mmol/l, thấp khi <

2,2mmol/l (theo tiêu chuẩn của khoa Hóa sinh).

- + Canxi ion hóa: Nồng độ được định lượng theo phương pháp so màu, bình thường là 1,17 – 1,29mmol/l, tăng khi > 1,29mmol/l, giảm khi < 1,17mmol/l (theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế).

- + PTH máu: Bình thường là 1,06- 6,9 pmol/L (15- 65 pg/ml). Kết quả > 6,9pmol/l (65 pg/ml) là cao, < 1,06pmol/l (15 pg/ml) là thấp (theo tiêu chuẩn Bộ Y Tế).

- Nồng độ Canxi ion, Canxi toàn phần, PTH máu sau mổ 10 phút, sau mổ 1 ngày sau mổ 3 ngày, sau mổ 3 tháng, sau mổ 6 tháng.

- Tình trạng hạ canxi máu sau mổ: không/có, ngày và thời gian hạ calci. Tiêu chuẩn hạ canxi máu sau PT: < 2,15mmol/l là thấp. Xác định các triệu chứng hạ canxi máu: tê bì chi, co rút cơ (cơn tetani).

- Hội chứng xương đói (Hungry bone syndrome): Tiêu chuẩn: canxi máu giảm dưới 2,1mmol/l kéo dài liên tục quá 4 ngày [3]. Xác định có/ không.

- Cường cận giáp tái phát: tiêu chuẩn PTH trên 100pmol/l. Xác định có/ không.

**2.2.4. Cách thức phẫu thuật:**

- Tiến hành các bước như trong phẫu thuật tuyến giáp thông thường theo đường bên vào bộc lộ tuyến giáp và tất cả các tuyến cận giáp ở mặt sau tuyến giáp.

- Kiểm tra tuyến giáp và tất cả các tuyến cận giáp. Xác định chính xác số lượng và vị trí khối bệnh lý để thực hiện: Cắt u TCG với CCG NP, Cắt gần toàn bộ các tuyến cận giáp quá sản với CCG TP và CCG tam phát, để lại 35-40mg tuyến cận giáp giống bình thường nhất.

- Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu nếu cần. Đóng vết mổ 2 lớp.

**2.2.5. Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Nồng độ canxi máu toàn phần trước mổ (mmol/l)**

Nồng độ canxi máu toàn phần	CTCG NP n=38 (%)	CTCG TP n=141 (%)	CTCG TaP n=65 (%)	Cộng n=244 (%)	P
<b>̄X + SD (Min-Max)</b>	2,83+0,32 (2,26-3,57)	2,39+0,12 (2,08-2,63)	2,83+0,44 (2,52-6,10)	2,58+0,35 (2,08-6,10)	<0,001
<b>Giảm (&lt;2,2)</b>	0	2 (1,4%)	0	2 (0,8%)	<0,001
<b>Bình thường (2,2-&lt;2,65)</b>	9 (23,7%)	139 (98,6%)	9 (13,8%)	157 (64,3%)	
<b>Tăng (≥2,65)</b>	29 (76,3%)	0 (0%)	56 (86,2%)	85 (34,9%)	
<b>Cộng</b>	38(100%)	141 (100%)	65 (100%)	244(100%)	

**Nhận xét:** Nồng độ canxi máu toàn phần trung bình trước mổ cao ở CTCG NP và CTCG TaP nhưng ở mức bình thường ở CTCG TP và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Không có trường hợp CCG TP nào có tăng canxi toàn phần.

**Bảng 3.2. Nồng độ canxi máu ion hóa trước mổ (mmol/l)**

Nồng độ canxi máu ion hóa	CTCG NP	CTCG TP	CTCG TaP	Cộng	P
---------------------------	---------	---------	----------	------	---

	n=38 (%)	n=141 (%)	n=65 (%)	n=244 (%)	
<b><math>\bar{X}</math> + SD (Min-Max)</b>	1,50±0,23 (1,17-2,15)	1,21±0,04 (1,10-1,29)	1,34±0,09 (1,16-1,59)	1,23±0,15 (1,10-2,15)	<0,001
<b>Giảm (&lt;1,17)</b>	0	15 (10,6%)	1 (1,5%)	16 (6,6%)	<0,001
<b>Bình thường (1,17-1,29)</b>	7 (18,4%)	126(89,4%)	14 (21,5%)	147 (60,2%)	
<b>Tăng (&gt;1,29)</b>	31 (81,6%)	0	50 (76,9%)	81 (33,2%)	
<b>Cộng</b>	38 (100%)	141 (100%)	65 (100%)	244 (100%)	

**Nhận xét:** Nồng độ canxi ion hóa máu trung bình trước mổ tăng ở CTCG NP và CTCG TaP nhưng ở ngưỡng bình thường ở CTCG TP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Hầu hết BN CTCG NP (81,6%) và CTCG TaP (76,9%) có tăng canxi ion máu trước mổ. Không có BN CTCG TP tăng canxi ion máu trước mổ.

**Bảng 3.3. Nồng độ PTH máu trung bình (pmol/l) trước mổ**

Nồng độ PTH	CTCG NP n=38	CTCG TP n=141	CTCG TaP n=65	Cộng n=244	P
<b><math>\bar{X}</math> + SD (Min-Max)</b>	43,05±45,06 (8,60-260)	295,9±205,2 (43,5-1681)	289,4±140,8 (66,6-531)	254,8±195,2 (8,6-1681)	<0,001
<b>Trung vị</b>	25,31	262,0	245,86	225,75	

**Nhận xét:** Nồng độ PTH máu trung bình của các bệnh nhân CTCG là 254,8±195,2 pmol/l (8,6 - 1681 pmol/l), ở nhóm CTCG NP (43,05±45,06 pmol/l) cho thấy có sự giao động của mức độ PTH máu rất lớn giữa các BN trong nhóm, ở các nhóm CTCG TP và CTCG TaP nồng độ PTH máu

trung bình tăng rất cao (295,9±205,2 pmol/l và 289,4±140,8 pmol/l) và cũng có sự giao động của mức độ PTH khá lớn giữa các bệnh nhân trong từng nhóm. So sánh giá trị trung vị của nồng độ PTH máu cũng cho thấy nhóm CTCG TP và CTCG TaP cao hơn nhiều CTCG NP.

**Bảng 3.4. Tương quan giữa nồng độ canxi máu (mmol/l) và PTH (pmol/l) trước mổ**

Tương quan giữa nồng độ canxi máu và PTH		CTCG NP n=38	CTCG TP n=141	CTCG TaP n=65	Cộng n=244
<b>Giữa Canxi toàn phần và PTH</b>	R - Pearson	0,416**	- 0,014	0,187	-0,098
	P	0,009	0,869	0,137	0,129
<b>Giữa Canxi Ion hóa và PTH</b>	R - Pearson	0,470**	- 0,017	- 0,186	-0,287**
	P	0,003	0,841	0,138	0,000

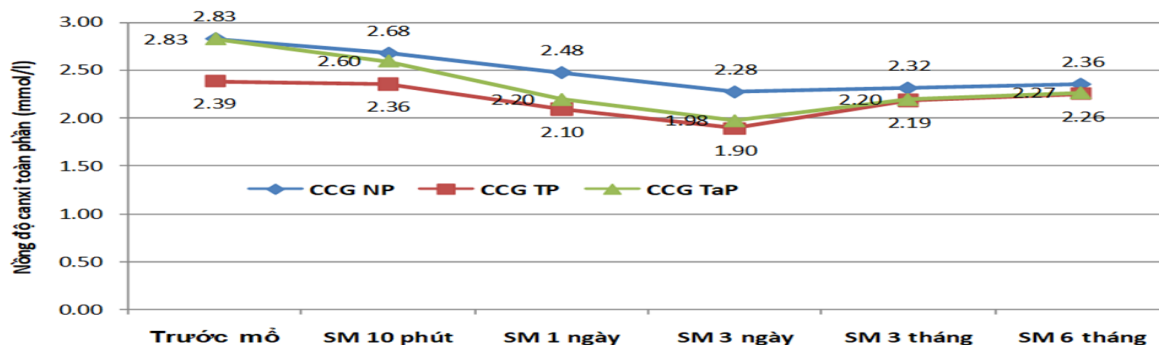
**Nhận xét:** Về tương quan giữa nồng độ Canxi máu ion hóa và PTH máu trước mổ:

+ Giữa nồng độ Canxi máu ion hóa và PTH máu có mối tương quan nghịch mức độ yếu (R-Pearson = -0,287) nhưng thực sự có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

+ Không có mối tương quan thực sự giữa nồng độ Canxi máu ion hóa và PTH máu trước mổ ở các nhóm CTCG TP và CTCG TaP. Ngược lại ở nhóm CTCG NP giữa nồng độ Canxi máu ion

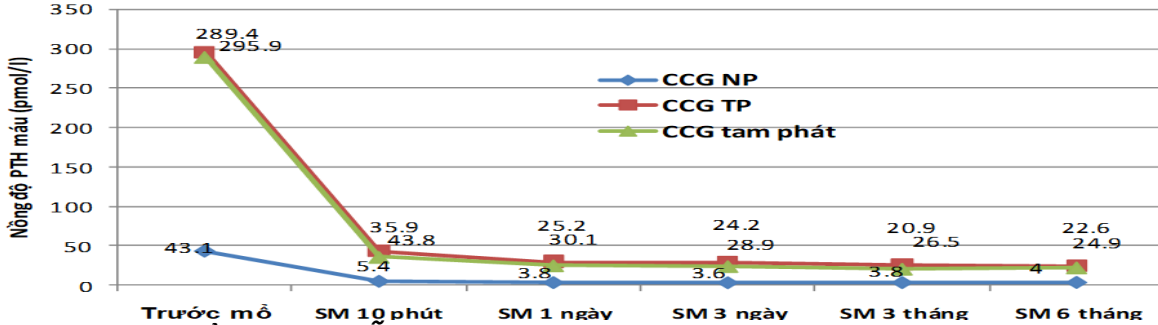
hóa và PTH máu trước mổ lại có mối tương quan thuận mức độ trung bình (R-Pearson = 0,470) và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Về tương quan giữa nồng độ Canxi máu toàn phần và PTH trước mổ: ở bệnh nhân CTCG không có mối tương quan thực sự (R-Pearson là -0,098 với  $p > 0,05$ ). Tuy nhiên riêng ở nhóm CTCG NP giữa Canxi máu toàn phần và PTH có mối tương quan thuận mức độ trung bình và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 3.1. Diễn biến nồng độ canxi máu toàn phần theo thời gian điều trị**

**Nhận xét:** Nồng độ canxi máu toàn phần và canxi ion máu giảm sau mổ 10 phút, tiếp tục giảm ở thời điểm sau mổ 1 ngày và 3 ngày. Với CTCG NP, nồng độ canxi về mức ổn định từ sau mổ 3 ngày. CTCG TP và CTCG TaP, nồng độ canxi giảm sâu sau mổ 3 ngày và ổn định mức bình thường thấp thời điểm 3 tháng và 6 tháng.



**Biểu đồ 3.2. Diễn biến nồng độ PTH máu theo thời gian điều trị**

**Nhận xét:** Nồng độ PTH máu đều giảm nhanh ngay sau mổ 10 phút và giảm về mức ổn định dần sau 1 ngày, 3 ngày, 3 tháng và 6 tháng ở tất cả các nhóm bệnh CTCG. Tuy nhiên CTCG NP nồng độ PTH giảm về mức bình thường ngay sau mổ 10 phút, trong khi CTCG TP và CTCG TaP về mức PTH khoảng 25 – 30 pmol/l sau mổ 1 – 3 ngày và vẫn duy trì sau 3 – 6 tháng tiếp theo.

**Bảng 3.5. Tình trạng hạ canxi máu sau mổ**

Hạ canxi máu sau mổ	CTCG NP n=38 (%)	CTCG TP n=141 (%)	CTCG TaP n=65 (%)	Cộng n=244 (%)	P
Có	4 (10,5%)	91 (64,5%)	45 (69,2%)	140 (57,4%)	<0,001
Không	34 (89,5%)	50 (35,5%)	20 (30,8%)	104 (42,6%)	
<b>Cộng</b>	<b>38 (100%)</b>	<b>141 (100%)</b>	<b>65 (100%)</b>	<b>244 (100%)</b>	

**Nhận xét:** Tình trạng hạ canxi máu sau mổ xét nghiệm thấy ở 57,4% số bệnh nhân, tỉ lệ này ở nhóm CTCG NP là 10,5% trong khi ở nhóm CTCG TP là 64,5% và ở nhóm CTCG TaP là 69,2%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p<0,001).

**Bảng 3.6. Tiến triển của hạ canxi và PTH**

Triệu chứng	CTCG NP n=38 (%)	CTCG TP n=141 (%)	CTCG TaP n=65 (%)	Cộng n=244 (%)
Hội chứng xương đối	1 (2,6%)	65 (46,1%)	30 (46,2%)	96 (39,3%)
Cường cận giáp tái phát	0	13 (9,2%)	4 (6,2%)	17 (7,0%)

**Nhận xét:** Hội chứng xương đối gặp 39,3%, Cường cận giáp tái phát gặp 7%, đa số là CTCG TP và CTCG TaP.

**IV. BÀN LUẬN**

**Về nồng độ PTH trước mổ.** Cường tuyến cận giáp được chẩn đoán xác định bởi tăng nồng độ PTH, giá trị trung vị của nồng độ PTH trước mổ ở các bệnh nhân CCG trong nghiên cứu này là 225,86 pmol/l (thấp nhất 8,6 pmol/l và cao nhất là 1681 pmol/l), như vậy là cao hơn bình thường rất nhiều (bình thường là 1,06-6,9 pmol/l).

Nồng độ PTH máu trước mổ có giá trị trung vị ở nhóm CTCG NP là 25,31 (thấp nhất 8,60 pmol/l và cao nhất 260 pmol/l) cho thấy mức PTH máu cao hơn bình thường và có sự giao động của mức độ PTH máu rất lớn giữa các bệnh nhân trong nhóm, trong khi đó ở bệnh nhân các nhóm CTCG TP và CTCG TaP giá trị trung vị của nồng độ PTH máu trước mổ tăng rất cao (262,0

pmol/l và 245,86 pmol/l) và cũng có sự giao động của mức độ PTH khá lớn giữa các bệnh nhân trong từng nhóm. Giá trị trung vị nồng độ PTH máu trước mổ của CTCG TP và CTCG TaP cao gấp khoảng 10 lần CTCG NP.

**Về tương quan giữa nồng độ Canxi máu toàn phần và PTH trước mổ:** ở bệnh nhân CTCG không có mối tương quan thực sự (R-Pearson là -0,098 với p>0,05). Tuy nhiên riêng ở nhóm CTCG NP giữa Canxi máu toàn phần và PTH có mối tương quan thuận mức độ trung bình và có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Về tương quan giữa nồng độ Canxi máu ion hóa và PTH máu trước mổ: có mối tương quan nghịch mức độ yếu nhưng thực sự có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Tuy nhiên phân tích cụ thể hơn cho thấy: không có mối tương quan thực sự giữa nồng độ Canxi máu ion hóa và PTH máu trước mổ ở các nhóm CTCG TP và CTCG TaP. Ngược lại ở nhóm CTCG NP giữa nồng độ Canxi

máu ion hóa và PTH máu trước mổ lại có mối tương quan thuận mức độ trung bình và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Biến động của nồng độ canxi máu và PTH sau mổ.** Nồng độ Canxi máu toàn phần, Canxi máu ion hóa và PTH máu đều giảm ngay sau mổ 10 phút và giảm dần về mức ổn định sau 1 ngày, 3 ngày. Tuy nhiên, các chỉ số Canxi ion và Canxi toàn phần máu giảm về mức bình thường với CTCG NP ngay từ sau mổ 3 ngày nhưng với CTCG TP và CTCG TaP thì thường giảm thấp hơn bình thường trong 3 ngày nằm viện và về ngưỡng bình thường sau mổ 3 và 6 tháng. Chỉ số PTH máu giảm về bình thường ngay sau mổ ở CTCG NP (5,4pmol/l) nhưng ở CTCG TP là 43,8pmol/l, CTCG TaP là 35,9pmol/l phù hợp với mục tiêu điều trị và nồng độ PTH máu giảm dần về mức ổn định từ sau mổ 3 ngày. Việc định lượng này giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, đảm bảo khối bệnh lý tuyến cận giáp đã được lấy bỏ. Những nghiên cứu ở Việt Nam và các tác giả trên thế giới cũng mô tả vai trò quan trọng của việc định lượng PTH máu trong mổ. 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 [4], cũng như các tác giả trong nước [5].

**Các tình trạng sau mổ liên quan đến phẫu thuật cắt bỏ tuyến cận giáp.** Tình trạng hạ canxi máu sau mổ xét nghiệm thấy ở 57,4% số bệnh nhân, tỉ lệ này ở nhóm CTCG NP là 10,5% trong khi ở nhóm CTCG TP là 64,5% và ở nhóm CTCG TaP là 69,2%. Có thể thấy tỉ lệ có hạ canxi máu sau mổ ở nhóm CTCG TP và CTCG TaP đều lớn hơn 60% số bệnh nhân và lớn hơn rõ rệt so với nhóm CTCG NP (với  $p < 0,001$ ). Tỉ lệ biến chứng hạ canxi máu sau mổ trong nhóm CTCG NP của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Cafer Kaya trên 164 bệnh nhân là 36,4% [4]. Do hạ canxi máu nên những ngày đầu sau mổ BN CTCG TP và CTCG TaP thường có triệu chứng hạ canxi huyết với tê bì tay chân, mặt, toàn thân, bồn chồn, có thể tăng trương lực cơ gây đau bụng, khó thở.

Trong số 140 bệnh nhân có tình trạng hạ canxi máu sau mổ chỉ có 44 trường hợp (31,4%) có biểu hiện triệu chứng (biến chứng sau mổ) tetani trên lâm sàng, còn đa số các trường hợp (96/140 = 68,6%) không có triệu chứng trên lâm sàng.

Hội chứng xương đói có ở 39,3% số bệnh nhân CTCG sau mổ, trong đó chủ yếu là ở nhóm CTCG TP và CTCG TaP. Kết quả này tương tự kết

quả của Prasartong-Osoth tại Thái Lan (22%) [6]. Nghiên cứu của Bhansali cho thấy tỷ lệ hội chứng xương đói canxi hay gập, chiếm tới 48% [7]. Hội chứng này thường xuất hiện ở những bệnh nhân có khối bệnh lý lớn hoặc có triệu chứng đau xương, loãng xương nặng, nồng độ PTH, canxi máu tăng ở mức rất cao. Bệnh nhân CTCG TP đã quen với nồng độ canxi và PTH rất cao trong máu và giảm đột ngột ngay vài giờ sau mổ khiến BN gặp tình trạng thiếu canxi rất phổ biến. Nguyên nhân: Do lượng lớn canxi từ dịch máu vào trong xương phục vụ cho tạo xương. Hậu quả làm canxi máu giảm nặng và kéo dài. Điều trị: Bổ xung canxi máu bằng đường tiêm truyền tĩnh mạch, uống canxi kết hợp bổ xung vitamin D. Có thể phòng tránh hội chứng này bằng cách cho dùng các thuốc nhóm Biphosphonate, vitamin D trước phẫu thuật [3].

Để đánh giá tình trạng suy cận giáp sau phẫu thuật, bao gồm: suy cận giáp tạm thời diễn ra sau mổ 3 – 6 tháng (nguyên nhân do: để lại quá ít nhu mô tuyến cận giáp hoặc hoại tử thứ phát phần tuyến cận giáp được để lại), suy cận giáp vĩnh viễn sau 6 tháng không hồi phục, chúng tôi tiến hành định lượng PTH và canxi sau mổ 3 tháng và 6 tháng cho thấy không có trường hợp nào suy cận giáp sau phẫu thuật. Việc định lượng này cũng cho phép đánh giá tình trạng cường cận giáp tái phát.

Tình trạng cường cận giáp tái phát xảy ra ở 7,0% số bệnh nhân sau mổ, trong đó đều là các trường hợp thuộc nhóm CCG TP và CCG TaP. Nhiều nghiên cứu cho rằng sau mổ cắt gần toàn bộ các tuyến cận giáp ở CCG TP và CTCG TaP, mức PTH đạt mục tiêu điều trị là khoảng dưới 100 pmol/l. Vì vậy các trường hợp sau mổ có nồng độ PTH  $\geq 100$  pmol/l có thể coi là CCG thứ phát tái phát [8]. Nguyên nhân có thể do để lại nhiều nhu mô tuyến cận giáp hoặc bỏ sót tuyến cận giáp lạc chỗ.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị bệnh cường tuyến cận giáp là phương pháp hiệu quả với các chỉ số sinh hóa như Canxi toàn phần, canxi ion và PTH máu đều được cải thiện sau mổ. CTCG NP các chỉ số sinh hóa về bình thường sau phẫu thuật, không có tái phát. CTCG TP và CTCG TaP các chỉ số sinh hóa phần lớn về được mức mục tiêu điều trị, chỉ 7% có CTCG tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Norman parathyroid center (2013). Hyperparathyroidism - Disease of the parathyroid glands – Parathyroid.com.

2. **Barbara Austin** (2017). Primary Hyperparathyroidism A Case-based Review. Clinician Reviews.
3. **Witteveen J.E, Thiel S.V et al** (2013). Hungry bone syndrome: still a challenge in the post-operative management of primary hyperparathyroidism: a systematic review of the literature. European Journal of Endocrinology, 168, R45-R53.
4. **Angela A Khan, Yasmin Khatun, Abigail Walker et al** (2020). Role of Intraoperative PTH Monitoring and Surgical Approach in Primary Hyperparathyroidism. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26468374>. Journal, 22, 122-124.
5. **Vũ Trung Lương**. 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, 2013: p. 81-84.
6. **Prasarttong-Osoth P, Wathanaoran P, Imruetaicharoenchoke W et al** (2012). Primary hyperparathyroidism: 11-year experience in a single institute in Thailand. International Journal of Endocrinology, 1-4.
7. **Bhansali A, Masoodi S.R, Reddy S et al** (2005). Primary hyperparathyroidism in north India: a description of 52 cases. Annals of Saudi Medicine, 25(1), 1-7.
8. **Alexander Shifrin** (2020). Atlas of Parathyroid Surgery – p: 173-185.

## ĐẶC ĐIỂM ĐA HÌNH RS1333040 GEN ANRIL Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ CỬU LONG

Trần Thị Thu Lan<sup>1</sup>, Phạm Thị Ngọc Nga<sup>2</sup>, Đỗ Hoàng Long<sup>2</sup>,  
Trịnh Thị Hồng Cúa<sup>2</sup>, Huỳnh Võ Hoài Thanh<sup>3</sup>, Dương Hồng Quân<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đa hình đơn nucleotide rs1333040 gen ANRIL được biết đến có liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm đa hình rs1333040 gen ANRIL ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 80 người bệnh. NMCT cấp được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. **Kết quả:** đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 66,8±10,47; nam giới chiếm 58,8%. Tăng huyết áp (83,8%) và rối loạn lipid máu (80,0%) là các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành thường gặp nhất. 55,0% người bệnh thuộc nhóm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Đặc điểm đa hình rs1333040: kiểu gen TT, TC, CC lần lượt là 58,8%, là 33,7 %, 7,5%, kiểu alen T với 75,6%, alen C 24,4%. Nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ 3 kiểu gen TT, TC và CC với các đặc điểm: tuổi, giới tính, thể lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tim mạch. **Kết luận:** Khảo sát đa hình rs1333040 ở 80 người bệnh NMCT cấp tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long ghi nhận kiểu gen TT và alen T chiếm tỉ lệ cao nhất. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu mối liên quan giữa tỷ lệ đa hình với các nguy cơ tim mạch.

**Từ khoá:** nhồi máu cơ tim, ANRIL, rs1333040

### SUMMARY

#### CHARACTERISTIC OF THE rs1333040 POLYMORPHISM OF THE ANRIL GENE IN HUMAN AMERICAN MISCELLANEOUS AT THE HOAN MY CUU LONG GENERAL HOSPITAL

**Background:** Single nucleotide polymorphism rs1333040 ANRIL gene is known to be associated with some clinical and subclinical features in patients with acute myocardial infarction. **Objectives:** To investigate the characteristics of rs1333040 ANRIL gene polymorphism in patients with acute myocardial infarction at Hoan My Cuu Long General Hospital. **Materials and methods:** a cross-sectional descriptive study with analysis on 80 patients with acute myocardial infarction diagnosed and treated at Hoan My Cuu Long General Hospital. **Results:** The study subjects had an average age of 66.8±10.47; Men accounted for 58.8%. Hypertension (83.8%) and dyslipidemia (80.0%) were the most common coronary heart disease risk factors. 55.0% of patients were in the non-ST-segment elevation acute myocardial infarction group. Characteristics of polymorphism rs1333040: genotype TT, TC, CC were 58.8%, 33.7%, 7.5%, respectively, T allele with 75.6%, C allele 24.4%. The study had not recorded a statistically significant difference between the rates of three genotypes TT, TC and CC with the following characteristics: age, sex, clinical forms and some cardiovascular risk factors. **Conclusion:** Surveying polymorphism rs1333040 in 80 patients with acute myocardial infarction at Hoan My Cuu Long General Hospital recorded the highest percentage of TT genotype and T allele. Further studies with larger numbers of patients are needed to determine the association of polymorphism rates with cardiovascular risks. **Keywords:** Acute myocardial infarction, ANRIL, rs1333040.

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

<sup>4</sup>Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023