

ca (13,8%) cố định để đạp. Tổn thương sức nghe: có 18/30 ca (60%) sức nghe ở mức vừa, nặng, Có 11/30 ca (36,7%) sức nghe ở mức rất nặng, đặc biệt. PTA trung bình là $66,4 \pm 21,2$; ABG trung bình là $38,5 \pm 11,6$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. F. Bento A. C. Fonseca** (2013), "A brief history of mastoidectomy", Int Arch Otorhinolaryngol. 17(2), 168-78.
2. **M. I. Kos** (2004), "Anatomic and functional long-term results of canal wall-down mastoidectomy", Ann Otol Rhinol Laryngol. 113(11), 872-6.
3. **V. Singh M. Atlas** (2007), "Obliteration of the persistently discharging mastoid cavity using the middle temporal artery flap", Otolaryngol Head Neck Surg. 137(3), 433-8.
4. **Nauvên Hoàng Huv** (2018). Đánh giá kết quả chỉnh hình màng nhĩ xương con, đồng thời với

phẫu thuật khoét chũm tiết căn. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. **Nquyên Thị Tố Uyên** (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tiết căn 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.
6. **Trần Thịnh và cộng sự** (2019), Đánh giá kết quả phẫu thuật khoét rỗng đá chũm xương thấp có chỉnh hình tai giữa trong điều trị viêm tai giữa mạn có cholesteatoma. Tạp chí Y học Tp.Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 23, số 3, 2019.
7. **Phạm Thanh Thế** (2017), Nghiên cứu chỉnh hình tai giữa trên hố mổ khoét chũm tiết căn. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lê Hoàng Phụng và cộng sự** (2013). Tiêu chuẩn đánh giá trước phẫu thuật trong tái tạo hố mổ. Tạp chí Y học Tp.Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản của số 1, 2013.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHUYỂN VỊ CÁC NHÁNH ĐOẠN QUAI TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT STENT – GRAFT ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

Lâm Văn Nút*, Huỳnh Văn Duy

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Để có được vùng hạ đặt thích hợp trước khi đặt Stent – graft trong can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý quai động mạch chủ, trong một số trường hợp cần phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch của quai động mạch chủ. Tuy nhiên, kết quả của kỹ thuật này hiện nay vẫn chưa đồng nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả ngắn hạn phương pháp chuyển vị các nhánh của quai động mạch chủ trên bệnh nhân đặt Stent – graft động mạch chủ ngực. **Phương pháp:** mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Có 21 trường hợp phình động mạch chủ ngực (70%), 9 trường hợp bóc tách động mạch chủ (30%). Thời gian phẫu thuật trung bình $151 \pm 34,2$ phút, lượng máu mất trung bình $157 \pm 43,6$ ml, số ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình $6,83 \pm 3,7$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật chuyển vị các nhánh trên quai động mạch chủ trên bệnh nhân đặt Stent – graft động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TRANSFORMATION OF QUARTER BRANDS IN PATIENTS WITH STENT-GRAFT AREA THORACIC AORTA

Background: In order to obtain a suitable

lowering area before placing a stent graft in endovascular intervention for the treatment of aortic arch disease, in some cases, surgical transposition of the arterial branches of the aortic arch is required. However, the results of this technique to date have not been uniform. **Objectives:** To evaluate the short-term results of transposition of the aortic arch branches on patients with thoracic aortic stent-graft placement. **Methods:** A retrospective descriptive series. **Results:** There were 21 cases of thoracic aortic aneurysm (70%) and 9 cases of aortic dissection (30%). The average surgical time was 151 ± 34.2 minutes; the average blood loss was 157 ± 43.6 ml, and the average number of days after surgery was 6.83 ± 3.7 days. **Conclusion:** Transposition of branches above the aortic arch on patients with thoracic aortic stent graft was performed safely and effectively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Trung tâm Kiểm Soát Và Phòng Chống Bệnh Tật thì bệnh lý động mạch chủ và các nhánh của nó là nguyên nhân của 43.000 đến 47.000 ca tử vong hàng năm tại Mỹ [4]. Trước đây việc điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện chủ yếu bằng mổ mở, tỷ lệ thành công ghi nhận từ 89,9 – 100%, tuy nhiên bệnh nhân phải trải qua cuộc phẫu thuật lớn và kéo dài, thời gian nằm viện kéo dài, phải sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể [1],[3].

Thành công của phẫu thuật chuyển vị các nhánh trên quai động mạch chủ đóng vai trò không nhỏ trong kết quả điều trị chung, nhưng

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

do đây là một quy trình được thực hiện trước khi tiến hành can thiệp nội mạch nên các nghiên cứu thường chỉ đề cập đến kết quả chung của điều trị can thiệp nội mạch bệnh lý động mạch chủ ngực mà ít đề cập đến kết quả của các phương pháp phẫu thuật này. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu báo cáo về kết quả của phương pháp này, tuy nhiên ở Việt Nam hiện tại chưa có nghiên cứu nào báo cáo về kết quả của các phương pháp trên. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đánh giá kết quả ngắn hạn phương pháp chuyển vị các nhánh của quai động mạch chủ trên bệnh nhân đặt Stent – graft động mạch chủ ngực*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

Từ tháng 01/2015 đến tháng 01/2021. Tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân được đặt ống ghép nội mạch điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực, để có được vùng hạ đặt ống ghép thích hợp bệnh nhân được phẫu thuật chuyển vị các nhánh của quai động mạch chủ.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có tiền căn mổ mở hoặc can thiệp động mạch chủ ngực trước đây.

Đánh giá sau can thiệp đến lúc xuất viện

Thời gian nằm hồi sức sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

Những biến chứng sau phẫu thuật.

Cận lâm sàng sau mổ: Xquang ngực, creatinin máu, men gan, men tim, công thức máu, ion đồ.

Đánh giá theo dõi sau xuất viện

Các biến cố xảy ra trong quá trình theo dõi tại thời điểm 1 tháng, 6 tháng: tử vong, đột quy, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận, yếu liệt hai chi dưới và các biến cố liên quan đến kỹ thuật mổ.

Hình thái học của động mạch chủ ngực sau can thiệp qua hình ảnh cắt lớp vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2015 đến 01/2021, chúng tôi ghi nhận có 30 bệnh nhân điều trị tại khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy. Ghi nhận có 16 nam (53,3%) và 14 nữ (46,7%), tuổi trung bình là 67,2 ± 11,2 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=30)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	67,2 ± 11,2	
Giới nam	16	53,3%

Hút thuốc lá	21	70%
Tăng huyết áp	24	80%
Bệnh mạch vành	19	63,3%
Hẹp động mạch cảnh	8	26,7%
Phình/bóc tách động mạch chủ bụng đi kèm	1	3,3%
Bệnh mạch máu ngoại biên	5	16,6%
Rối loạn lipid máu	12	40%
Đái tháo đường	11	36,6%
Bệnh thận mạn	4	13,3%
Bệnh phổi mạn tính	5	16,6%
Phình động mạch chủ ngực	21	70%
Triệu chứng nhập viện		
Đau ngực	18	60%
Khó thở	6	20%
Ho ra máu	1	3,3%
Tụ máu trung thất	1	3,3%
Không có triệu chứng	7	23,3%

Bảng 2. Đặc điểm hình thái động mạch chủ ngực.

Đặc điểm hình thái	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Đường kính lớn nhất (mm)	60,3 ± 4,1	110	40
Chiều dài đoạn bệnh lý (mm)	118,1 ± 17	200	60

Bảng 3. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật.

Đặc điểm can thiệp	Số bệnh nhân (n=30)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp vô cảm: Mê nội khí quản	30	100
Chuyển vị các nhánh động mạch trên quai động mạch chủ		
Động mạch dưới đòn trái	21	70%
Động mạch dưới đòn trái, cảnh chung trái	9	30%
Cả 3 nhánh của động mạch chủ ngực	0	0%
Phẫu thuật chuyển vị	3	10%
Phẫu thuật bắc cầu động mạch	27	90%
Che các nhánh động mạch trên quai ngoài ý muốn	0	0%
Che phủ động mạch thân tạng	1	3,3%

Bảng 4. Các thông số phẫu thuật và chu phẫu.

Thông số	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	151 ± 34,2	240	90
Số lượng ống ghép sử dụng (cái)	1,9 ± 0,78	3	1
Lượng máu mất trong phẫu thuật (ml)	157 ± 43,6	200	50
Lượng chất cản quang sử dụng (ml)	68,3 ± 24,1	100	50

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	6,83 ± 3,7	21	4
--	------------	----	---

Bảng 5. Kết quả trong 6 tháng

Kết quả	Số bệnh nhân (n=30)	Tỷ lệ (%)
Thành công	28	93,3%
Không thành công	2	6,7%

Bảng 6. Biến chứng phẫu thuật

Kết quả	Số bệnh nhân n=30)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương động mạch đường vào	1	3,3%
Lắp động mạch nuôi tạng	1	3,3%
Nhồi máu cơ tim	2	6,7%
Bệnh thận do thuốc cản quang	2	6,7%
Suy thận cần điều trị thay thế thận	0	0%
Viêm phổi/suy hô hấp cần thở máy kéo dài	3	10%
Đột quy	1	3,3%
Yếu hoặc liệt hai chi dưới	3	10%
Rò miệng nối	1	3,3%
Tổn thương thần kinh sọ	3	10%
Tổn thương thần kinh giao cảm	1	3,3%
Cần phẫu thuật lần 2	0	0%

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm dân số nghiên cứu có tuổi trung bình là 67,2 ± 11,2 tuổi, tỷ lệ nam giới là 53,3%. Theo y văn và nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới đã cho thấy bệnh lý động mạch chủ ngực hay gặp ở người lớn tuổi và giới nam chiếm ưu thế. Về các yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh lý kèm theo, nghiên cứu của chúng tôi tuy cỡ mẫu còn nhỏ nhưng cũng thể hiện được đặc điểm của dân số mắc bệnh lý động mạch chủ ngực khi cho kết quả tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới. Hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu được chứng minh là những yếu tố thúc đẩy quá trình thoái hoá lớp giữa của thành động mạch chủ gây ra phình và bóc tách động mạch chủ ngực. Cũng như các nghiên cứu trên thế giới, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm trên 50%. Điều đó cho thấy việc kiểm soát huyết áp ổn định, điều trị rối loạn lipid máu để đạt mức tối ưu rất cần thiết trong chiến lược điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực [9].

Có 18/30 bệnh nhân có triệu chứng đau ngực lúc nhập viện (60%), 7/30 bệnh nhân không có triệu chứng (23,3%) được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ. Điều này cho thấy

việc tầm soát và chẩn đoán bệnh lý động mạch chủ ngực là thật sự cần thiết, đặc biệt là ở những bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

Tất cả bệnh nhân đều được gây mê nội khí quản trong lúc phẫu thuật và can thiệp nội mạch. Theo các công trình nghiên cứu đã được công bố, cho thấy không có sự khác biệt tỷ lệ tử vong chu phẫu giữa các phương pháp vô cảm [5]. Ở những bệnh nhân nguy cơ cao như lớn tuổi, có nhiều bệnh lý nặng đi kèm thì phương pháp gây tê tại chỗ được khuyến cáo sử dụng nhiều hơn vì giúp bệnh nhân tránh được tác dụng phụ của thuốc mê và biến chứng suy hô hấp sau mổ. Một số tác giả khuyến cáo gây mê toàn thân trong đặt ống ghép nội mạch vì phương pháp gây mê giúp phẫu thuật viên kiểm soát dễ dàng huyết áp trong lúc bung ống ghép nội mạch [5]. Không những thế, phương pháp gây mê giúp bệnh nhân nằm yên trong lúc thao tác, điều này tránh việc tăng huyết áp do cường giao cảm khi đau, tránh được những tổn thương động mạch đường vào, các cấu trúc lân cận trong quá trình phẫu thuật tái tưới máu các nhánh và trong lúc can thiệp đặt ống ghép nội mạch.

Vì lý do vòng nối bàng hệ giữa động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên rất tốt nên nhiều tác giả khuyến cáo che phủ động mạch thân tạng [8]. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng sau che động mạch thân tạng thấp, có thể chấp nhận được nếu chụp kiểm tra vòng nối động mạch thân tạng – động mạch mạc treo tràng trên tốt [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp che phủ động mạch thân tạng để đạt được vùng hạ đặt thích hợp ở đầu xa cho ống ghép nội mạch. Trường hợp này sau can thiệp không ghi nhận triệu chứng thiếu máu các tạng trong ổ bụng.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 151 ± 34,2 phút, nhanh nhất là 90 phút, dài nhất là 240 phút. Để rút ngắn thời gian can thiệp và phẫu thuật cho bệnh nhân, trong một số trường hợp chúng tôi thường thực hiện song song cả 2 quy trình. 1 ê kíp sẽ chịu trách nhiệm phẫu thuật tái tưới máu các nhánh động mạch trên quai, 1 ê kíp khác sẽ phụ trách bóc lộ động mạch đùi chung để chuẩn bị cho việc đưa dụng cụ can thiệp vào. Khi các nhánh động mạch trên quai đã được phẫu thuật chuyển vị, phẫu thuật viên chính sẽ tiến hành can thiệp đặt ống ghép nội mạch, làm rút ngắn thời gian cuộc mổ từ 30 – 60 phút.

Về lượng máu mất trong lúc can thiệp, nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy mức độ máu mất trong lúc can thiệp rất

ít, trung bình khoảng $157 \pm 43,6\text{ml}$, nhiều nhất là 200ml , ít nhất là 50ml . Trong khi đó, lượng máu mất của các phẫu thuật mở kinh điển thông thường hơn 1000ml [1],[3]. Lượng máu trong mổ mở mất do việc đóng mở ngực, bóc tách mô xung quanh động mạch chủ ngực. Ngoài ra, việc cầm máu sau mổ có thể gặp khó khăn nếu bệnh nhân có sử dụng kết tập tiểu cầu kép nếu có can thiệp mạch vành trước đó. Trong khi đó, lượng máu mất trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trong phẫu thuật tái tưới máu các nhánh động mạch trên quai và khâu bọc lộ hai động mạch chậu đùi làm đường vào can thiệp 2 bên. Hiện nay với những kinh nghiệm bước đầu của ê kíp phẫu thuật được tích lũy trong can thiệp và việc sử dụng thường quy hơn dụng cụ khâu mạch máu tự động qua da, thời gian phẫu thuật và lượng máu mất hứa hẹn sẽ còn rút ngắn hơn nữa trong tương lai.

Theo tiêu chuẩn đánh giá thành công của tác giả Fillinger năm 2010 [10] tỷ lệ thành công của phương pháp đặt ống ghép nội mạch của nghiên cứu chúng tôi là 93,3%. Điều này cho thấy kết quả bước đầu của điều trị can thiệp đặt ống ghép nội mạch cấp cứu rất khả quan với lợi thế là một phương pháp điều trị xâm lấn tối thiểu, tỷ lệ tử vong và các biến chứng thấp.

Tỷ lệ tử vong trong vòng 6 tháng, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả là 2/30 trường hợp, chiếm tỷ lệ 6,7%. Cả 2 trường hợp tử vong đều do nguyên nhân nhồi máu cơ tim. Theo nhiều nghiên cứu, nhồi máu cơ tim vẫn là nguyên nhân hàng đầu tử vong sau can thiệp mạch máu nói chung và can thiệp điều trị động mạch chủ ngực nói riêng [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh lý mạch vành chiếm tỷ lệ cao (63,3%). Dù đã được tầm soát và can thiệp điều trị trước khi điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực, tuy nhiên biến cố tim mạch vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong phẫu thuật điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá kết quả ngắn hạn trong vòng 6 tháng ghi nhận 1 trường hợp đột quy (3,3%) và 3 trường hợp yếu hai chi dưới (10%). Mặc dù phương pháp đặt ống ghép nội mạch giảm được nguy cơ tử vong và các biến cố nghiêm trọng về tim mạch, hô hấp... nhưng tỷ lệ biến chứng thần kinh và thiếu máu nuôi tủy sau can thiệp vẫn là một thử thách đối với phẫu thuật viên. Theo y văn và các công trình nghiên cứu gần đây, tỷ lệ yếu liệt hai chi dưới do thiếu máu nuôi tủy sau mổ là 0 – 6,5% [6]. Nguy cơ thiếu máu nuôi tủy sống trong và can thiệp đặt ống ghép nội mạch hay gặp ở những

trường hợp sau [6]:

- Can thiệp đặt ống ghép nội mạch một đoạn dài, từ động mạch dưới đòn trái đến hết đốt sống ngực 12.

- Tổn thương động mạch chậu ngoài trong lúc can thiệp vì động mạch chậu ngoài cho những nhánh bàng hệ nối với động mạch tuỷ sống trước.

- Động mạch chủ ngực đoạn xuống vôi hoá nặng

- Phẫu thuật phình động mạch chủ bụng trước đó vì sẽ giảm những nhánh bàng hệ từ động mạch thắt lưng và động mạch chậu trong nối với động mạch tuỷ sống trước

Tổn thương thần kinh sọ là biến chứng phổ biến trong nghiên cứu với 3/30 trường hợp (10%), 1/30 trường hợp tổn thương thần kinh giao cảm (3,3%), những trường hợp này đều cải thiện triệu chứng trong thời gian theo dõi. Ngoài ra còn ghi nhận 1/30 trường hợp rò miệng nối (3,3%) trong thời gian chờ phẫu thuật và được khắc phục thành công tại hậu phẫu. Những bệnh nhân trong thời gian tái khám được chụp cắt lớp vi tính kiểm tra, không có trường hợp nào hẹp/tắc miệng nối cần phẫu thuật lần 2 để giải quyết biến chứng.

Đánh giá kết quả ngắn hạn các phương pháp phẫu thuật chuyển vị ở bệnh nhân đặt ống ghép nội mạch động mạch chủ ngực là an toàn, tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật chuyển vị các nhánh động mạch của quai động mạch chủ kết hợp can thiệp đặt ống ghép nội mạch là một phương pháp ít xâm lấn, thành công cao, biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. H. Black, 3rd, R. P. Cambria (2006). "Current results of open surgical repair of descending thoracic aortic aneurysms", *J Vasc Surg*, 43 Suppl A, pp. 6A-11A.
2. A. M. Ganapathi, B. R. Englum, M. A. Schechter, et al. (2014), "Role of cardiac evaluation before thoracic endovascular aortic repair", *J Vasc Surg*, 60 (5), pp. 1196-1203.
3. R. R. Gopaldas, T. K. Dao, S. A. LeMaire, et al. (2011), "Endovascular versus open repair of ruptured descending thoracic aortic aneurysms: a nationwide risk-adjusted study of 923 patients", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 142 (5), pp. 1010-8.
4. L. F. Hiratzka, G. L. Bakris, J. A. Beckman, et al. (2010), "2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SV M guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task

- Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine", *Circulation*, 121 (13), pp. e266-369.
5. **W. Hogendoorn, F. J. Schlosser, B. E. Muhs, et al. (2014)**, "Surgical and anesthetic considerations for the endovascular treatment of ruptured descending thoracic aortic aneurysms", *Curr Opin Anaesthesiol*, 27 (1), pp. 12-20.
 6. **D. Janczak, A. Ziomek, J. Kobecki, et al. (2019)**, "Neurological complications after thoracic endovascular aortic repair. Does the left subclavian artery coverage without revascularization increase the risk of neurological complications in patients after thoracic endovascular aortic repair?", *J Cardiothorac Surg*, 14 (1), pp. 5.
 7. **M. K. Rose, B. J. Pearce, T. C. Matthews, et al. (2015)**, "Outcomes after celiac artery coverage during thoracic endovascular aortic aneurysm repair", *J Vasc Surg*, 62 (1), pp. 36-42.
 8. **T. G. Walker (2009)**, "Mesenteric vasculature and collateral pathways", *Semin Intervent Radiol*, 26 (3), pp. 167-74.
 9. **T. K. M. Wang, M. Y. Desai (2020)**, "Thoracic aortic aneurysm: Optimal surveillance and treatment", *Cleve Clin J Med*, 87 (9), pp. 557-568.
 10. **M. F. Fillinger, R. K. Greenberg, J. F. McKinsey, et al. (2010)**, "Reporting standards for thoracic endovascular aortic repair (TEVAR)", *J Vasc Surg*, 52 (4), pp. 1022-33, 1033 e15.

NHẬN XÉT MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG BỆNH CƯỜNG TUYẾN CẬN GIÁP

Nguyễn Ánh Ngọc¹, Trần Ngọc Lương¹, Mai Văn Viện²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của bệnh cường tuyến cận giáp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang 244 bệnh nhân (BN) cường tuyến cận giáp (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 10/2019. **Kết quả:** Tổng 244 BN gồm 38 CTCG nguyên phát (NP), 141 CTCG thứ phát (TP), 65 CTCG tam phát (TaP). Tuổi mắc bệnh trung bình là 43,5±11,8 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp 31- 60 tuổi. BN CTCG NP tỉ lệ nữ cao hơn nam rõ rệt so với CTCG TP và tam phát nam cao hơn nữ. Triệu chứng đau xương và mệt mỏi 100% ở CTCG thứ phát và tam phát, CTCG NP: đau xương 55,3%, mệt mỏi 76,3%. Rối loạn nước tiểu và đi tiểu gặp 100% CTCG TP và tam phát, chỉ 42,1% CTCG NP. Khám lâm sàng thấy khối bệnh lý vùng tuyến cận giáp 52,2%, chủ yếu là cận giáp dưới (79,2%). **Kết luận:** Bệnh CTCG biểu hiện lâm sàng chủ yếu trên xương, thận, thần kinh, khám thấy khối bệnh lý. Triệu chứng lâm sàng nhóm CTCG TP và CTCG TaP nhiều và rõ ràng hơn CTCG NP.

Từ khóa: cường tuyến CG, CTCG nguyên phát, CTCG thứ phát, CTCG tam phát.

SUMMARY

REVIEW SOME CLINICAL FEATURES OF HYPERPARATHYROIDISM

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ánh Ngọc

Email: drmimeo@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

Objectives: To review some clinical features of hyperparathyroidism. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 244 patients with hyperparathyroidism (HPT) diagnosed and treated by surgery at the National Hospital of Endocrinology from 03/2016 to 10/2019. **Results:** A total of 244 patients included 38 cases primary HPT (pHPT), 141 cases secondary HPT (sHPT), 65 cases tertiary HPT (tHPT). The mean age was 43.5±11.8 years old. The most common age group is 31- 60 year-old. The proportion of women of pHPT is significantly higher than that of men, but the percentage of men of sHPT and tHPT is higher than that of women. Symptoms of bone pain and fatigue 100% in secondary and tertiary HPT, pHPT: bone pain 55.3%, fatigue 76.3%. Urinary and urinary disorders were found in 100% of sHPT and tHPT, only 42.1% of pHPT. Clinical examination revealed a pathological mass in the parathyroid gland region 52.2%, mainly lower parathyroid gland (79.2%). **Conclusion:** Hyperparathyroidism manifests clinically mainly on bones, kidneys, nerves and a pathological mass is found. The clinical symptoms in both the sHPT and tHPT are more obvious and diversified than the pHPT.

Keywords: clinical features of hyperparathyroidism, primary hyperparathyroidism, secondary hyperparathyroidism, tertiary 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 NP, CTCG TP, CTCG TaP và giả CTCG cận ung thư. Tần suất mắc CTCG trong dân số Mỹ là 28/100.000 người hàng năm. Trong đó CTCG NP