

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

### 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 CTGG nguyên phát (NP), 141 CTGG thứ phát (TP), 65 CTGG tam phát (TaP). Tuổi mắc bệnh trung bình là 43,5±11,8 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp 31- 60 tuổi. BN CTGG NP tỉ lệ nữ cao hơn nam rõ rệt so với CTGG TP và tam phát nam cao hơn nữ. Triệu chứng đau xương và mệt mỏi 100% ở CTGG thứ phát và tam phát, CTGG NP: đau xương 55,3%, mệt mỏi 76,3%. Rối loạn nước tiểu và đi tiểu gặp 100% CTGG TP và tam phát, chỉ 42,1% CTGG 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 CTGG biểu hiện lâm sàng chủ yếu trên xương, thận, thần kinh, khám thấy khối bệnh lý. Triệu chứng lâm sàng nhóm CTGG TP và CTGG TaP nhiều và rõ ràng hơn CTGG NP.

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

### SUMMARY

#### REVIEW SOME CLINICAL FEATURES OF HYPERPARATHYROIDISM

<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: 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 (CTGG) 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: CTGG NP, CTGG TP, CTGG TaP và giả CTGG cận ung thư. Tần suất mắc CTGG trong dân số Mỹ là 28/100.000 người hàng năm. Trong đó CTGG NP

ước tính từ 1 trên 500 đến 1 trên 1000 người [1]. CTCG TP gặp tỉ lệ 40 - 80% với bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối [2]. Tình trạng CTCG TP này kéo dài sẽ dẫn đến CTCG TaP với những triệu chứng nặng nề hơn.

Có đến 70% bệnh nhân CTCG NP không được phát hiện cho đến khi có những triệu chứng lâm sàng nặng đặc biệt trên xương, thận, thần kinh cơ [1]. Ở giai đoạn muộn của CTCG TP và TaP, bệnh nhân có thể có những triệu chứng nặng nề trên các cơ quan đích, đặc biệt là hội chứng calciphylaxis biểu hiện hoại tử ở da và các mô.

Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét đặc điểm một số triệu chứng lâm sàng bệnh CTCG của các bệnh nhân được chẩn đoán CTCG được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Nội tiết Trung ương.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 244 bệnh nhân CTCG 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 10/2019, chia làm 3 nhóm: CTCG nguyên phát, thứ phát và tam phát.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, dựa trên 3 nhóm bệnh nhân CTCG được điều trị bằng phẫu thuật.

**2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn BN:** Các bệnh nhân được chẩn đoán CTCG (tăng PTH máu, có hoặc không tăng Canxi toàn phần và Canxi ion máu, có hoặc không có triệu chứng lâm sàng kèm theo) có chỉ định phẫu thuật. Chia ra 3 nhóm theo Brashers (2015):

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

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

- CTCG TaP: nguyên nhân do suy thận mạn kéo dài hoặc sau ghép thận, chẩn đoán với PTH và canxi máu tăng cao, phospho máu tăng. [3]

**2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định CTCG hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Tuổi. Giới tính.

- Triệu chứng lâm sàng chung:

- + Đau xương: Là cảm giác đau trong các xương, có thể từ mức độ nhẹ, tăng lên khi đi lại cho đến mức độ nặng, đau liên tục. Dựa vào hỏi bệnh, xác định có/không, vị trí, thời gian bị đau.

- + Mệt mỏi: Theo Jeffrey (2015) là triệu chứng không đặc hiệu, do nhiều nguyên nhân gây ra. Mệt mỏi là cảm giác mất sức lực, năng lượng, khó tạo ra và duy trì hoạt động thể lực, tinh thần. Dựa vào hỏi bệnh, xác định có/không. [4]

- + Ngứa da: Là cảm giác ngứa toàn thân kéo dài, được xác định không do bệnh lý da liễu nào. Hỏi bệnh xác định có/không.

- + Tăng huyết áp: theo tiêu chuẩn Hiệp hội Tim mạch Châu Âu ESC (2018) là tình trạng huyết áp tối đa từ 140mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu từ 90mmHg trở lên. Dựa vào hỏi bệnh, kết quả đo huyết áp, xác định có/không, giai đoạn phân chia theo bảng sau: nhẹ - vừa - nặng

Phân loại	Huyết áp tâm thu (HATT: mmHg)	Huyết áp tâm trương (HATTr)
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	< 130	< 85
Tăng huyết áp độ 1 (nhẹ)	140 - 159	90 - 99
Tăng huyết áp độ 2 (trung bình)	160 - 179	100 - 109
Tăng huyết áp độ 3 (nặng)	≥ 180	≥ 110
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90

- Triệu chứng thận, tiết niệu: suy thận, sỏi thận, sỏi niệu quản, vôi hóa thận.

- Khám lâm sàng phát hiện khối bệnh lý: vị trí, kích thước, mật độ, di động.

**2.3. Xử lý số liệu:** Sử dụng chương trình thống kê SPSS 22.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Các đặc điểm chung**

**Bảng 3.1. Nhóm bệnh cường cận giáp**

	Nhóm bệnh cường cận giáp			Tổng
	Nguyên phát	Thứ phát	Tam phát	
Số bệnh nhân	38	141	65	244
Tỉ lệ %	15,6	57,8	26,6	100

**Bảng 3.2. Giới tính theo nhóm bệnh**

Giới tính	CTCG NP n=38 (%)	CTCG TP n=141 (%)	CTCG TaP n=65 (%)	Cộng n=244 (%)	P
Nam giới	8(21,1%)	87(61,7%)	36(55,4%)	131(53,7%)	<0,001

<b>Nữ giới</b>	30(78,9%)	54(38,3%)	29(44,6%)	113(46,3%)
<b>Cộng</b>	38(100%)	141(100%)	65(100%)	244(100%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ nam/nữ trong bệnh CTCG gần tương đương nhau (53,7% và 46,3%). Trong nhóm bệnh CTCG NP, tỷ lệ nam giới (21,1%) thấp hơn nữ giới (78,9%), ngược lại ở nhóm bệnh CTCG TP và CTCG TaP tỷ lệ nam giới (60,9% và 57,5%) đều cao hơn nữ giới (39,1% và 42,5%). Sự khác biệt giữa nhóm CTCG NP với CTCG TP và CTCG TaP có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 3.3. Tuổi bệnh nhân và nhóm bệnh**

<b>Giới tính</b>	<b>CTCG NP n=38 (%)</b>	<b>CTCG TP n=141 (%)</b>	<b>CTCG TaP n=65 (%)</b>	<b>Cộng n=244 (%)</b>
<b>≤ 15 tuổi</b>	1(2,6%)	0	0	1(0,4%)
<b>16 – 30 tuổi</b>	4(10,5%)	14(9,9%)	9(13,8%)	27(11,1%)
<b>31 – 45 tuổi</b>	13(34,2%)	79(56,0%)	23(35,4%)	115(47,1%)
<b>46 – 60 tuổi</b>	14(36,8%)	40(28,4%)	28(43,1%)	82(33,6%)
<b>&gt; 60 tuổi</b>	6(15,8%)	8(5,7%)	5(7,7%)	19(7,8%)
<b>Tổng</b>	38(100%)	141(100%)	65(100%)	244(100%)
<b>Tuổi trung bình</b>	47,6+ 14,6 (15 – 81)	41,6+ 10,9 (19 – 70)	45,1+11,0 (22-67)	43,5+ 11,8 (15 – 81)
<b>P*</b>	p <sub>12</sub> <0,05; p <sub>13</sub> >0,05; p <sub>23</sub> <0,05			

\*Giá trị p của kiểm định t-test giá trị trung bình: p<sub>12</sub> = p kiểm định giữa CTCG NP và CTCG TP; p<sub>13</sub> = p kiểm định giữa CTCG NP và CTCG TaP và p<sub>23</sub> = p kiểm định giữa CTCG TP và CTCG TaP.

**Nhận xét:** Phần lớn BN ở cả 3 nhóm bệnh CTCG đều ở lứa tuổi 31 – 60 (80,7%), ở nhóm

CTCG NP là 71,0%; nhóm CTCG TP là 84,4% và nhóm CTCG TaP là 78,5%. Tuổi trung bình của BN CTCG là 43,5+ 11,8, tuổi trung bình nhóm CTCG NP và CTCG TaP đều cao hơn với nhóm CTCG TP và có ý nghĩa thống kê.

### 3.2. Các triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng chung toàn thân**

<b>Triệu chứng</b>	<b>CTCG NP n=38 (%)</b>	<b>CTCG TP n=141 (%)</b>	<b>CTCG TaP n=65 (%)</b>	<b>Cộng n=244 (%)</b>	<b>P</b>
<b>Mệt mỏi</b>	29 (76,3%)	141 (100%)	65 (100%)	235(96,3%)	<0,001
<b>Ngứa da</b>	5 (13,2%)	51 (36,2%)	17 (26,2%)	73 (29,9%)	P <sub>1/2</sub> <0,05
<b>Đau xương</b>	21 (55,3%)	141 (100%)	65 (100%)	227 (93,0%)	<0,001

**Nhận xét:** - Triệu chứng mệt mỏi kéo dài ở đại đa số bệnh nhân bị CTCG, ở nhóm CTCG NP tỷ lệ này là 76,3%, thấp hơn rõ rệt so với ở các nhóm CTCG TP (100%) và CTCG TaP (100%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

- Triệu chứng ngứa da toàn thân kéo dài có ở 29,9% bệnh nhân CTCG, ở nhóm CTCG NP tỷ lệ có ngứa da (13,2%) thấp hơn nhóm CTCG TP (36,2%) ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.5. Các triệu chứng lâm sàng liên quan đến thận, tiết niệu**

<b>Các triệu chứng bệnh thận, tiết niệu</b>	<b>CTCG NP n=38 (%)</b>	<b>CTCG TP n=141 (%)</b>	<b>CTCG TaP n=65 (%)</b>	<b>Cộng n=244 (%)</b>	<b>P</b>
<b>Rối loạn đi tiểu và nước tiểu</b>	16(42,1%)	141(100%)	65(100%)	222(91,0%)	<0,001
Tiểu ít	0	138	64	202	
Tiểu nhiều	10	3	1	14	
Tiểu ra máu	1	0	0	1	
Tiểu nhiều và ra sỏi	1	0	0	1	
Tiểu máu và ra sỏi	2	0	0	2	
Tiểu nhiều, ra máu, sỏi	2	0	0	2	
<b>Đã có sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản</b>	19 (50,0%)	7 (5,0%)	8 (12,3%)	34 (13,9%)	<0,001
<b>Đã mổ cắt thận</b>	0	2 (1,4%)	0	2 (0,8%)	

**Nhận xét:** 100% BN CTCG TP và CTCG TaP đều có biểu hiện rối loạn đi tiểu, đa số là tiểu ít, chỉ có 42,1% số CTCG NP có các rối loạn đi tiểu và nước tiểu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.6. Đặc điểm khối bệnh lý tuyến cận giáp trên khám lâm sàng**

Đặc điểm khối bệnh lý		CTCG NP n=22 (%)	CTCG TP n=71 (%)	CTCG TaP n=35 (%)	Cộng n=128 (%)	P
Vị trí	Trên P	4 (18,2%)	7 (9,9%)	3 (8,6%)	14 (11,2%)	>0,05
	Dưới P	11 (50,0%)	20 (28,2%)	10 (28,6%)	38 (30,4%)	
	Trên T	0	6 (8,5%)	3 (8,6%)	11 (8,8%)	
	Dưới T	7 (31,8%)	35 (49,3%)	18 (51,4%)	61 (48,8%)	
	Dưới P + Trên T	0	1(1,4%)	0	1 (0,8%)	
	Dưới P + Dưới T	0	2(2,8%)	1(2,9%)	3(2,3%)	
Mật độ	Chắc	20 (90,9%)	70 (98,6%)	31 (88,6%)	121(94,5%)	>0,05
	Mềm	2 (9,1%)	1 (1,4%)	4 (11,4%)	7(5,5%)	
Độ di động	Tốt	22 (100%)	71 (100%)	35 (100%)	128(100%)	

**Nhận xét:** 244 trường hợp CTCG chỉ 128 trường hợp khám lâm sàng xác định được có khối bệnh lý ở vùng tuyến cận giáp (52,5%), cả 3 nhóm CTCG đều có tỉ lệ khám lâm sàng xác định được có khối bệnh lý tuyến cận giáp đạt trên 50% và không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm bệnh lý CTCG ( $p>0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 244 ca CTCG, trong đó 38 ca CCG NP, 141 CTCG TP và 65 ca CTCG TaP. Số BN mắc CTCG TP và TaP gấp 5,4 lần CTCG NP cho thấy mức độ hiếm gặp của CTCG NP so với CTCG thứ phát. Tất cả BN CTCG TP và TaP trong nghiên cứu của chúng tôi đều do nguyên nhân suy thận mạn.

Tỉ lệ nam/nữ trong bệnh CTCG nói chung gần tương đương nhau (53,7% và 46,3%). Tuy nhiên nhóm bệnh CTCG NP, tỉ lệ nam giới (21,1%) thấp hơn nữ giới (78,9%) rõ rệt, ngược lại ở nhóm bệnh CTCG TP và CTCG TaP tỉ lệ nam giới (60,9% và 57,5%) đều cao hơn nữ giới (39,1% và 42,5%). Sự khác biệt này giữa nhóm CTCG NP với CTCG TP và CTCG TaP có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Các nghiên cứu ở Trung Quốc, Ấn Độ, Mỹ cũng cho kết quả tỉ lệ gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, đặc biệt nữ giới ở độ tuổi mãn kinh và tiền mãn kinh [5], [6], [7]. Tỉ lệ nữ/ nam ở nhóm CTCG NP trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với nhóm BN tại Trung Quốc từ 2000- 2010 là 2,07:1, tại Mỹ từ 2010 đến 2013 là 3- 4,5: 1 và tương tự như Vũ Trung Lương là 3,5/1 [8]. Nhóm CTCG TP và CTCG TaP của chúng tôi với tỉ lệ nam/ nữ là 1,56 và 1,35 tương tự như Aleksander Konturek: tỉ lệ nam/ nữ là 1,08 và Komaba (2015) trên 4428 BN tỉ lệ này là 1,26 [2], [5].

Phần lớn bệnh nhân ở cả 3 nhóm bệnh CTCG đều ở lứa tuổi 31 – 60 (80,7%), trong đó ở nhóm CTCG NP là 71,0%; ở nhóm CTCG TP là 84,4% và ở nhóm CTCG TaP là 78,5%. Tuổi

trung bình của các bệnh nhân CTCG là 43,5+ 11,8 (thấp nhất 15, cao nhất 81 tuổi), trong đó tuổi trung bình của nhóm CTCG NP (47,6+ 14,6) và CTCG TaP (45,1+11,0) đều cao hơn rõ rệt so với nhóm CTCG TP (41,6+ 10,9) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với  $p_{12}$  và  $p_{23}$  đều  $<0,05$ ). Nhóm bệnh nhân CTCG NP của chúng tôi có độ tuổi trung bình không khác biệt so với nhóm bệnh nhân của Vũ Trung Lương trên 77 BN ở Việt Nam là 49,32 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là 45 – 60 tuổi [8]. Tại Trung Quốc, theo Zao, tuổi trung bình là 51,3 ± 15,6 nhóm tuổi bệnh nhân CTCG NP hay gặp nhất là 45- 55 tuổi [6]. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân CTCG NP tại Mỹ theo Liu và cộng sự báo cáo tại Mỹ là 66,4 ± 12,4 tuổi. Với CTCG TP, theo Aleksander Konturek (2016), nghiên cứu trên 297 bệnh nhân suy thận mạn tính Ba Lan trong giai đoạn 1995–2014 thì tuổi trung bình là 44,5 ± 13,7 tuổi [2].

Triệu chứng mệt mỏi kéo dài có ở đại đa số bệnh nhân bị CTCG, tuy nhiên ở các bệnh nhân CTCG NP tỉ lệ này là 76,3%, thấp hơn rõ rệt so với các bệnh nhân ở các nhóm CTCG TP (100%) và CTCG TaP (100%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ . Tuy nhiên, BN CTCG TP và TaP trong nghiên cứu này đều sau suy thận nên triệu chứng mệt mỏi không đặc hiệu cho bệnh. Theo nghiên cứu CTCG NP ở Trung Quốc thì mệt mỏi chiếm 38,6%, Ấn Độ là 66,4%.

Triệu chứng ngứa da toàn thân kéo dài có ở 29,9% bệnh nhân CTCG, trong đó ở nhóm CTCG NP tỉ lệ có ngứa da toàn thân (13,2%) thấp hơn rõ rệt so với nhóm CTCG TP (36,2%) ( $p<0,05$ ). Tỉ lệ ngứa da ở nhóm CTCG TaP (26,2%) cao hơn nhóm CTCG NP nhưng sự khác biệt không thực sự có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Nguyên nhân do canxi và phospho máu tăng.

Triệu chứng đau xương khớp kéo dài có ở đại đa số (93,0%) các bệnh nhân CTCG. Tuy nhiên trong khi 100% số bệnh nhân CTCG TP và CTCG TaP đều có triệu chứng đau xương kéo dài

thì chỉ có 55,3% số bệnh nhân CCG NP có triệu chứng đau xương, sự khác biệt này giữa các nhóm CTCG nói trên là có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ đau xương gặp ở nhóm CTCG NP Trung Quốc là 42,9%, Ấn Độ là 53,5%. Nguyên nhân đau xương trong bệnh CTCG do tăng PTH máu dẫn tới tăng hủy xương, giảm khoáng chất trong xương. Loãng xương làm giảm khả năng chống đỡ trọng lượng cơ thể gây cảm giác đau trong xương. Bên cạnh đó, một số vùng của xương có thể bị chảy máu gây đau. Vị trí đau thường ở những vùng chịu đựng trọng lực của cơ thể: cột sống, xương dài (xương đùi, cẳng chân, cánh tay...). Canxi lắng đọng ở mô sụn trong các khớp dẫn tới đau khớp, giảm vận động.

Toàn bộ số bệnh nhân bị CTCG TP và CTCG TaP đều có biểu hiện rối loạn đi tiểu, đặc biệt là tiểu ít, trong khi đó chỉ có 42,1% số CTCG NP có các rối loạn về đi tiểu và nước tiểu. Sự khác biệt này thực sự có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Hơn nữa rối loạn đi tiểu và nước tiểu của nhóm CTCG TP và CTCG TaP chủ yếu là tiểu ít và không có trường hợp nào tiểu máu hoặc ra sỏi, trong khi đó ở nhóm CTCG NP chủ yếu là tiểu nhiều và có các trường hợp tiểu máu và ra sỏi. Điều này cũng phù hợp với việc có tới 50% số bệnh nhân CTCG NP đã bị sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản từ trước đây, trong khi tỷ lệ đã từng bị sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản ở nhóm CTCG TP và CTCG TaP chỉ là 5% và 12,3%. Nghiên cứu CTCG NP gặp tiểu nhiều ở Trung Quốc là 29%, Ấn Độ là 21,4% [7].

Chỉ có 128/244 trường hợp CTCG khám lâm sàng xác định được có khối bệnh lý ở vùng tuyến cận giáp (chiếm tỷ lệ 52,5%), cả 3 nhóm CTCG đều có tỷ lệ khám lâm sàng xác định được có khối bệnh lý tuyến cận giáp đạt trên 50%. Các trường hợp khám lâm sàng không thấy khối bệnh lý tuyến cận giáp trong nghiên cứu đều xác định được bằng siêu âm và xạ hình tuyến cận giáp. Khám lâm sàng xác định được 131 khối bệnh lý tuyến cận giáp trong số 128 trường hợp CTCG, trong đó có 3 bệnh nhân (nhóm CTCG TP) xác định được ở mỗi thùy bên tuyến giáp đều có 2 khối bệnh lý tuyến cận giáp. Có thể nhận thấy khám lâm sàng thường xác định được các khối bệnh lý tuyến cận giáp ở vùng gần các cực dưới của các thùy bên tuyến giáp, nhất là thùy giáp bên trái. Tuy nhiên ở nhóm CTCG NP tỷ lệ khám thấy khối bệnh lý tuyến cận giáp nằm ở gần cực dưới thùy giáp bên phải (50,0%) cao hơn so với bên trái, trong khi đó ở nhóm CTCG TP và CTCG

TaP tỷ lệ này (28,2% và 28,6%) lại thấp hơn so với bên trái (49,3% và 51,4%). Tuy nhiên sự khác biệt này giữa các nhóm CTCG không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Shah báo cáo nghiên cứu trên 131 bệnh nhân CTCG NP tại Ấn Độ cũng cho thấy 46,4% bệnh nhân có u tuyến cận giáp dưới trái, 30,1% bệnh nhân có u tuyến cận giáp dưới phải [6].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 244 BN CTCG được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Nội tiết Trung ương bao gồm: 38 ca CTCG NP, 141 ca CTCG TP và 65 ca CTCG TaP. BN mắc CTCG NP tỷ lệ nữ cao hơn nam rõ rệt so với CTCG TP và CTCG TaP nam cao hơn nữ. Tuổi mắc bệnh CTCG nói chung chủ yếu 31-60 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng CTCG nói chung hay gặp là mệt mỏi, đau xương, rối loạn nước tiểu và đi tiểu, khám thấy khối bệnh lý tuyến cận giáp. Các triệu chứng lâm sàng của CTCG TP và CTCG TaP rầm rộ hơn CTCG nguyên phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Norman parathyroid center** (2013). Hyperparathyroidism - Disease of the parathyroid glands - Parathyroid.com.
2. **Aleksander Konturek, Marcin Barczyński, Małgorzata Stopa, et al** (2016): Subtotal parathyroidectomy for secondary renal hyperparathyroidism: a 20-year surgical outcome study. *Langenbecks Arch Surg*. 2016; 401(7): 965-974. doi: 10.1007/s00423-016-1447-7.
3. **Barbara Austin** (2017). Primary Hyperparathyroidism A Case-based Review. *Clinician Reviews* • MAY 2017.
4. **Kasper D. L et al** (2015). Harrison's principles of internal medicine, 19th edition, Mc Graw Hill, New York. Chap 20: Fatigue.
5. **Komaba H, Takeda Y, Shin J, et al** (2018). Reversed whole PTH/intact PTH ratio as an indicator of marked parathyroid enlargement: Five case studies and a literature review. *NDT Plus*. 2008; 1(Suppl 3): 54-58.
6. **Shah VN, Bhadada S, Bhansali A, Behera A, Mittal BR** (2014). Changes in clinical & biochemical presentations of primary hyperparathyroidism in India over a period of 20 years. *Indian J Med Res*; 139(5):694-699.
7. **Zhao L, Liu J, He X-Y, et al** (2013). The Changing Clinical Patterns of Primary Hyperparathyroidism in Chinese Patients: Data from 2000 to 2010 in a Single Clinical Center. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98(2):721-728. doi:10.1210/jc.2012-2914.
8. **Vũ Trung Lương, Lê Công Định** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên 77 bệnh nhân u tuyến cận giáp lành tính tại Bệnh viện Bạch mai. *Tạp chí Y học thực hành*, số 5 (1033), 105 - 108.