

- Diagnosis and Management of Cervical Spondylotic Myelopathy. *Global spine journal*. Sep 2017;7(6): 572-586. doi:10.1177/2192568217699208
7. **Nouri A, Martin AR, Mikulis D, Fehlings MG.** Magnetic resonance imaging assessment of degenerative cervical myelopathy: a review of structural changes and measurement techniques. *Neurosurgical focus*. Jun 2016;40(6):E5. doi:10.3171/2016.3.FOCUS1667
  8. **Tetreault L, Kopjar B, Nouri A, et al.** The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. *Eur Spine J*. Jan 2017;26(1):78-84. doi:10.1007/s00586-016-4660-8
  9. **Fehlings MG, Wilson JR, Kopjar B, et al.** Efficacy and safety of surgical decompression in patients with cervical spondylotic myelopathy: results of the AOSpine North America prospective multi-center study. *J Bone Joint Surg Am*. Sep 18 2013;95(18):1651-8. doi:10.2106/JBJS.L.00589
  10. **Hirabayashi K, Satomi K.** Operative procedure and results of expansive open-door laminoplasty. *Spine*. Jul 1988;13(7): 870-6. doi:10.1097/00007632-198807000-00032

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U TUYẾN THƯỢNG THẬN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Bích Nhàn<sup>1</sup>, Nguyễn Khoa Diệu Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến thượng thận được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân có u tuyến thượng thận được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2023 đến 06/2024. **Kết quả:** Ở nhóm tiết aldosterone, tuổi trung bình là 50,76; nữ giới chiếm 42,9%; 100% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện; tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu khi nhập viện là 90,5%, tỷ lệ bệnh nhân có ARR > 3,8 là 95,2%; 81% bệnh nhân có u nằm ở bên trái, kích thước u trung bình đo được trên phim cắt lớp vi tính là 1,70 ± 0,59 cm. Ở nhóm tiết cortisol, tuổi trung bình của bệnh nhân là 27,50; tất cả bệnh nhân ở nhóm này đều là nữ, 100% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và kết quả xét nghiệm ACTH < 5 pg/ml; 75% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước trung bình của u trên phim cắt lớp vi tính là 6,95 ± 4,95 cm. Ở nhóm u tủy thượng thận, tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,25; tất cả bệnh nhân ở nhóm này đều là nam; 50% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện; 75% bệnh nhân có u nằm ở bên trái, kích thước u trung bình trên phim cắt lớp vi tính là 5,68 ± 2,45 cm. Ở nhóm phát hiện tình cờ, tuổi trung bình là 51,95; tỷ lệ bệnh nhân nữ giới là 43,9%; 51,2% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước u trung bình trên phim cắt lớp vi tính là 4,36 ± 2,27 cm; tỷ lệ u tiết aldosteron là 12,2%, u tiết cortisol là 22%, u tủy thượng thận là 22% và u không chế tiết là 43,9%. **Kết luận:** Bệnh lý u tuyến thượng thận có thể biểu hiện trên lâm sàng những triệu

chứng và hội chứng khác nhau tùy thuộc vào bản chất của khối u. Cắt lớp vi tính đóng vai trò chủ đạo trong phát hiện các khối u thượng thận, cần bổ sung hóa sinh để xác định bản chất tổn thương.

**Từ khóa:** tuyến thượng thận, u vỏ thượng thận, u tủy thượng thận.

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ADENONEPHROID TUMOR SURGERY AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

**Objective:** Description of clinical and paraclinical characteristics of patients with adrenal tumors who underwent surgery at 108 Central Military Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 70 patients with adrenal tumors who underwent surgery at 108 Central Military Hospital from January 2023 to June 2024. **Results:** In the aldosterone-secreting group, the mean age was 50.76 years; 42.9% were female; 100% of patients had hypertension on admission; the proportion of patients with hypokalemia on admission was 90.5%; the proportion of patients with ARR > 3.8 was 95.2%; 81% of patients had tumors on the left side, the average tumor size measured on CT was 1.70 ± 0.59 cm. In the cortisol-secreting group, the mean age of patients was 27.50 years; all patients in this group were female, 100% of patients had a history of hypertension and ACTH test results < 5 pg/ml; 75% of patients had tumors on the left side, the average tumor size on CT was 6.95 ± 4.95 cm. In the pheochromocytoma group, the mean age of patients was 56.25 years; all patients in this group were male; 50% of patients had hypertension on admission; 75% of patients had tumors on the left side, the mean tumor size on CT was 5.68 ± 2.45 cm. In the incidentally discovered group, the mean age was 51.95 years; the proportion of female patients was 43.9%; 51.2% of patients had tumors on the left side, the mean tumor size on CT was 4.36 ± 2.27 cm; the

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bích Nhàn

Email: lebichnhan031188@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

proportion of aldosterone-secreting tumors was 12.2%, cortisol-secreting tumors was 22%, pheochromocytoma was 22%, and nonsecreting tumors was 43.9%. **Conclusion:** Adrenal tumors can present clinically with different symptoms and syndromes depending on the nature of the tumor. Computed tomography plays a key role in detecting adrenal tumors, and biochemistry is needed to determine the nature of the lesion.

**Keywords:** adrenal gland, adrenal cortex tumor, pheochromocytoma

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết có vai trò quan trọng đối với hoạt động sống của cơ thể. Triệu chứng lâm sàng của u TTT thay đổi tùy theo rối loạn nội tiết mà khối u gây ra, tuy nhiên chỉ có 15% bệnh nhân có khối u TTT có triệu chứng lâm sàng rõ rệt do tăng tiết hormone của TTT. Các khối u tăng tiết aldosterone hay tăng tiết catecholamine có tỉ lệ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng không rõ rệt khoảng 6-7%. Điều này nhấn mạnh việc am hiểu và thăm khám tìm những biểu hiện lâm sàng đặc trưng của các rối loạn nội tiết thượng thận và chỉ định đầy đủ và hợp lý những xét nghiệm khảo sát nội tiết nhằm xác định có hay không có rối loạn nội tiết khi tiến hành thực hiện chẩn đoán hình ảnh. Đánh giá thích hợp đặc điểm khối u TTT là một bước thiết yếu trước khi điều trị phẫu thuật, đặc biệt qua chụp cắt lớp vi tính vùng bụng nhằm dự đoán bản chất khối u, phân biệt lành tính và ác tính.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân u TTT đã phẫu thuật tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân có u TTT điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán u TTT dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.
- Được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
- Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u TTT

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư di căn vào TTT
- Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm để chẩn đoán u TTT
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu..

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

### 2.2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024

- Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

**2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian thực hiện.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone**

Đặc điểm lâm sàng (n=21)	Kết quả
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	50,76±10,46
Giới nữ, n (%)	9 (42,9%)
Tiền sử tăng huyết áp, n (%)	20 (95,2%)
Triệu chứng mỏi cơ, chuột rút, n(%)	5 (23,8%)
Triệu chứng yếu, liệt chi, n (%)	5 (23,8%)
Triệu chứng yếu mỏi cơ, n (%)	0 (0%)
Tăng huyết áp khi nhập viện, n (%)	21 (100%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 50,76, nữ giới chiếm 42,9%. 100% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện, 23,8% bệnh nhân có triệu chứng yếu, liệt chi.

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone**

Đặc điểm cận lâm sàng (n=21)	Kết quả
Hạ Kali máu khi nhập viện, n (%)	19 (90,5%)
Nồng độ kali máu (mmol/L), TB±ĐLC	2,87±0,61
Aldosterone huyết thanh (ng/dl), TB ± ĐLC	34,55±23,27
Renin HT (μIU/mL), TB ± ĐLC	1,77±1,78
ARR > 3,8, n (%)	20 (95,2%)
U bên trái, n (%)	17 (81%)
Kích thước u trên cắt lớp vi tính (cm), TB ± ĐLC	1,70±0,59

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu khi nhập viện là 90,5%, tỷ lệ bệnh nhân có ARR > 3,8 là 95,2%. 81% bệnh nhân có u nằm ở bên trái, kích thước u trung bình là 1,70 ± 0,59 cm.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u vỏ thượng thận tiết cortisol**

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng u vỏ thượng thận tiết cortisol**

Đặc điểm lâm sàng (n=4)	Kết quả
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	27,50±9,15
Giới nữ, n (%)	4 (100%)
Tiền sử tăng huyết áp, n (%)	4 (100%)
Triệu chứng thay đổi hình thể, n (%)	4 (100%)
Triệu chứng mặt tròn, đỏ, n (%)	4 (100%)

Triệu chứng yếu mỏi cơ, n (%)	4 (100%)
Triệu chứng rậm lông, n (%)	4 (100%)
Triệu chứng rạn da, n (%)	4 (100%)
Triệu chứng rối loạn kinh nguyệt, n(%)	4 (100%)
Triệu chứng rối loạn tâm thần, n (%)	1 (25%)
Triệu chứng đau đầu, n (%)	0 (0%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 27,50; tất cả bệnh nhân ở nhóm này đều là nữ, 100% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp.

**Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng u vỏ thượng thận tiết cortisol**

Đặc điểm cận lâm sàng (n=4)	Kết quả
Nồng độ kali máu (mmol/L), TB ± ĐLC	3,30±0,55
ACTH < 5 pg/ml, n (%)	4 (100%)
Cortisol máu 8 giờ sáng (µg/dl), TB±ĐLC	935,50 ±547,78
Cortisol niệu 24 giờ (µg/24 giờ), TB±ĐLC	1114,00 ±501,43
U bên trái, n (%)	3 (75%)
Kích thước u trên cắt lớp vi tính (cm), TB ± ĐLC	6,95±4,95
Cortisol HT sau NPUC DEXA ≥ 1,8 µg/dl, n (%)	4 (100%)

**Nhận xét:** Tất cả các trường hợp đều có kết quả xét nghiệm ACTH < 5 pg/ml. 75% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước trung bình của u trên phim cắt lớp vi tính là 6,95 ± 4,95 cm.

**3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u tủy thượng thận**

**Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng u tủy thượng thận**

Đặc điểm lâm sàng (n=4)	Kết quả
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	56,25±16,92
Giới nữ, n (%)	0 (0%)
Tiền sử tăng huyết áp, n (%)	1 (25%)
Tăng huyết áp lúc nhập viện, n (%)	2 (50%)
Triệu chứng đau đầu, n (%)	3 (75%)
Triệu chứng ra mồ hôi, n (%)	3 (75%)
Triệu chứng hồi hộp trống ngực, n(%)	3 (75%)
Triệu chứng mệt mỏi, n (%)	2 (50%)
Triệu chứng run chân tay, n (%)	3 (75%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,25, tất cả bệnh nhân ở nhóm này đều là nam. 50% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện.

**Bảng 6. Đặc điểm cận lâm sàng u tủy thượng thận**

Đặc điểm cận lâm sàng (n=4)	Kết quả
Nồng độ kali máu (mmol/L), TB ± ĐLC	3,60±0,18
Dopamin nước tiểu 24 giờ, TB±ĐLC	319,00 ±65,85
Noradrenalin nước tiểu 24 giờ, TB±ĐLC	774,30 ±1309,87
Adrenalin nước tiểu 24 giờ, TB±ĐLC	216,65

	±232,70
U bên trái, n (%)	3 (75%)
Kích thước u trên cắt lớp vi tính (cm), TB ± ĐLC	5,68±2,45

**Nhận xét:** Nồng độ Dopamin nước tiểu 24 giờ trung bình là 319,00 ± 65,85 µg/24h, nồng độ Noradrenalin nước tiểu 24 giờ trung bình là 774,30 ± 1309,87 µg/24h, nồng độ Adrenalin nước tiểu 24 giờ trung bình là 216,65 ± 232,70 µg/24h. 75% bệnh nhân có u nằm ở bên trái, kích thước u trung bình trên phim cắt lớp vi tính là 5,68 ± 2,45 cm.

**3.4. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u thượng thận phát hiện tình cờ**

**Bảng 7. Đặc điểm lâm sàng u thượng thận phát hiện tình cờ**

Đặc điểm lâm sàng (n=41)	Kết quả
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	51,95±14,36
Giới nữ, n (%)	18 (43,9%)
Tiền sử tăng huyết áp, n (%)	12 (29,3%)
Triệu chứng đau bụng, lưng, n (%)	18 (43,9%)
Khám sức khỏe, n (%)	19 (46,3%)
Triệu chứng khác, n (%)	4 (9,7%)
Tăng huyết áp lúc nhập viện, n (%)	18 (43,9%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình là 51,95, tỷ lệ bệnh nhân nữ giới là 43,9%; bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau bụng, lưng chiếm tỷ lệ 43,9%, vì khám sức khỏe chiếm 46,3%; 43,9% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện.

**Bảng 8. Đặc điểm cận lâm sàng u thượng thận phát hiện tình cờ**

Đặc điểm cận lâm sàng (n=41)	Kết quả
U bên trái, n (%)	21 (51,2%)
Kích thước u trên cắt lớp vi tính (cm), TB ± ĐLC	4,36±2,27
U tiết aldosterone, n (%)	5 (12,2%)
U tiết cortisol, n (%)	9 (22%)
U tủy thượng thận, n (%)	9 (22%)
U không chế tiết, n (%)	18 (43,9%)

**Nhận xét:** 51,2% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước u trung bình trên phim cắt lớp vi tính là 4,36 ± 2,27 cm. Tỷ lệ u tiết aldosteron là 12,2%, u tiết cortisol là 22%, u tủy thượng thận là 22% và u không chế tiết là 43,9%.

**IV. BÀN LUẬN**

**U vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone.** Ở nhóm này, tuổi trung bình là 50,76; nữ giới chiếm 42,9%; Trong nghiên cứu của Phạm Thiên Tùng (2022) trên 127 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Conn được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2018 đến 2021 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 47,1, tỷ lệ bệnh nhân nữ là 77,2%.<sup>1</sup> Theo tác giả Sukor

(2010) tuổi trung bình là 50 tuổi, nữ chiếm 63,6%.

Về biểu hiện lâm sàng, 100% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện, 23,8% bệnh nhân có triệu chứng yếu, liệt chi; Trong nghiên cứu của Phạm Thiên Tùng (2022), triệu chứng lâm sàng thường gặp khi nhập viện là tăng huyết áp với 96,1%, nhược cơ 16,5%.

Về đặc điểm sinh hóa, ở nhóm bệnh nhân này tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu khi nhập viện là 90,5%, tỷ lệ bệnh nhân có ARR > 3,8 là 95,2%; Theo Phạm Thiên Tùng (2022), tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu khi nhập viện là 96,9%, tỷ lệ bệnh nhân có ARR > 3,8 là 95,3%.<sup>1</sup> Theo Sukor (2010) số bệnh nhân có kali giảm chiếm 73%.<sup>2</sup>

Về đặc điểm u trên chẩn đoán hình ảnh, trên phim chụp cắt lớp vi tính 81% bệnh nhân có u nằm ở bên trái, kích thước u trung bình là  $1,70 \pm 0,59$  cm. Theo Phạm Thiên Tùng (2022), 55,9% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước u trung bình trên cắt lớp vi tính là  $19,0 \pm 5,4$  mm.<sup>1</sup> Theo Wierdak (2018), tỷ lệ u bên trái là 72,7%, kích thước u trung bình là  $24 \pm 17$  mm.<sup>3</sup>

**U vỏ thượng thận tiết cortisol.** Ở nhóm u vỏ thượng thận tiết cortisol, tuổi trung bình của bệnh nhân là 27,50; tất cả bệnh nhân ở nhóm này đều là nữ. Trong nghiên cứu của Vũ Minh Hồng (2023), tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân này là  $50 \pm 4,0$ , tỉ lệ nữ giới là 25%.<sup>4</sup>

Về đặc điểm lâm sàng, ở nhóm bệnh lý này, 100% bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, thay đổi hình thể, tình trạng yếu mỗi cơ, rậm lông, rạn da, mặt tròn đỏ và rối loạn kinh nguyệt; Trong nghiên cứu của tác giả Reibetanz (2022), tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 73,3%.<sup>7</sup>

Về các xét nghiệm và nghiệm pháp chẩn đoán tình trạng tăng tiết cortisol, nồng độ Cortisol máu 8 giờ sáng trung bình là  $935,50 \pm 547,78$  nmol/l, tất cả các trường hợp đều có kết quả xét nghiệm ACTH < 5 pg/ml; 100% bệnh nhân không ức chế được khi làm nghiệm pháp ức chế bằng DEXA 1mg qua đêm.

Về đặc điểm trên chẩn đoán hình ảnh, 75% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước trung bình của u là  $6,95 \pm 4,95$  cm; Trong nghiên cứu của Reibetanz (2022), kích thước u có giá trị trung vị là 3,5 cm.

**U tủy thượng thận.** Ở nhóm này, tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,25; tất cả bệnh nhân ở nhóm này đều là nam; Trong nghiên cứu của Vũ Minh Hồng (2023), tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân này là  $51 \pm 13,4$ , tỉ lệ ở nữ giới cao hơn so với nam giới (55,5% và 45,5%).

Về biểu hiện lâm sàng, 50% bệnh nhân có

tăng huyết áp khi nhập viện; bệnh nhân vào viện với triệu chứng đau đầu chiếm 75%, hồi hộp đánh trống ngực 75%, run chân tay 75%; Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Duy (2023), tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 84,4%, đau đầu là 68,8%, nhịp nhanh là 56,3%, run chân tay là 21,9%.

Về kết quả xét nghiệm sinh hóa, trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân u tủy thượng thận đều có tăng catecholamin máu. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Duy (2023) là 84,3%. Trong nghiên cứu của Chirag LU (2023), kết quả trung vị Metanephrines huyết tương là 146 pg/ml, Normetanephrines huyết tương là 786 pg/ml và Metanephrines niệu 24h là 968 mcg/24 hours.

Về đặc điểm u trên chẩn đoán hình ảnh, 75% bệnh nhân có u nằm ở bên trái, kích thước u trung bình trên phim cắt lớp vi tính là  $5,68 \pm 2,45$  cm. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Duy (2023) cho thấy 34,4% u nằm bên trái, kích thước u trung bình là  $50,03 \pm 19,15$  mm.

**U thượng thận phát hiện tình cờ.** Trong nhóm này, tuổi trung bình là 51,95; tỷ lệ bệnh nhân nữ giới là 43,9%; Trong nghiên cứu của tác giả Thái Kinh Luân (2022), tuổi trung bình của bệnh nhân u thượng thận phát hiện tình cờ là  $44,1 \pm 13,6$ , nữ giới chiếm 64,9%.<sup>9</sup>

Về đặc điểm lâm sàng, bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đau bụng, lưng chiếm tỷ lệ 43,9%, vì khám sức khỏe chiếm 46,3%; 43,9% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Vinh (2020), 47,4% bệnh nhân tình cờ phát hiện u TTT khi khám sức khỏe định kỳ, 55,1% bệnh nhân có tăng huyết áp khi nhập viện.<sup>10</sup>

Về các đặc điểm u trên chẩn đoán hình ảnh, trong nghiên cứu này 51,2% bệnh nhân có u nằm bên trái, kích thước u trung bình trên phim cắt lớp vi tính là  $4,36 \pm 2,27$  cm; Theo Nguyễn Thành Vinh (2020), u bên trái chiếm 53,8%, kích thước u trung bình  $3,63 \pm 1,88$  cm.

Về phân loại u theo mô bệnh học, tỷ lệ u tiết aldosteron là 12,2%, u tiết cortisol là 22%, u tủy thượng thận là 22% và u không chế tiết là 43,9%. Trong nghiên cứu của Thái Kinh Luân (2022), bệnh nhân mắc hội chứng Conn chiếm tỷ lệ 27,1%, hội chứng Cushing 25,4%, u tủy TTT 15,9% và ung thư vùng TTT 10,6%.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh lý u tuyến thượng thận có thể biểu hiện trên lâm sàng những triệu chứng và hội chứng khác nhau tùy thuộc vào bản chất của khối u. Cắt lớp vi tính đóng vai trò chủ đạo trong

phát hiện các khối u thượng thận, cần bổ sung hóa sinh để xác định bản chất tổn thương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thiên Tùng** (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận điều trị hội chứng Conn tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Sukor N, Kogovsek C, Gordon RD, Robson D, Stowasser M.** Improved quality of life, blood pressure, and biochemical status following laparoscopic adrenalectomy for unilateral primary aldosteronism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010; 95(3):1360-1364. doi:10.1210/jc.2009-1763
3. **Wierdak M, Sokołowski G, Natkaniac M, et al.** Short- and long-term results of laparoscopic adrenalectomy for Conn's syndrome. *Videosurgery Miniinvasive Tech.* 2018;13(3): 292-298. doi:10.5114/wiitm.2018.74833
4. **Vũ Minh Hồng** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học của bệnh nhân u tuyến thượng thận đã phẫu thuật tại bệnh viện nhân dân 115. Luận văn bác sĩ chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
5. **He HC, Dai J, Shen ZJ, et al.** Retroperitoneal adrenal-sparing surgery for the treatment of Cushing's syndrome caused by adrenocortical adenoma: 8-year experience with 87 patients. *World J Surg.* 2012;36(5):1182-1188. doi:10.1007/s00268-012-1509-0
6. **Nguyễn Thị Trà Giang** (2020). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến thượng thận. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Reibetanz J, Kelm M, Uttinger KL, et al.** Differences in morbidity and mortality between unilateral adrenalectomy for adrenal Cushing's syndrome and bilateral adrenalectomy for therapy refractory extra-adrenal Cushing's syndrome. *Langenbecks Arch Surg.* 2022;407(6):2481-2488. doi:10.1007/s00423-022-02568-8
8. **Dương Thị Mai Chi** (2015). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật của bệnh nhân u vỏ tuyến thượng thận. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Thái Kinh Luận** (2022). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bướu tuyến thượng thận phát hiện tình cờ. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
10. **Nguyễn Thành Vinh** (2021) Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý, chỉ định và kết quả phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận phát hiện tình cờ. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH NGOÀI GAN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT TRONG MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI (GIAI ĐOẠN 2018 – 2023)

Nguyễn Bá Vượng<sup>1</sup>, Trần Bảo Long<sup>2,3</sup>, Trịnh Quốc Đạt<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả sớm của điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, giai đoạn 2018 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 115 người bệnh (NB) bị sỏi đường mật chính ngoài gan, điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) kết hợp nội soi đường mật trong mổ (NSDMTM) tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, giai đoạn 2018 – 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ sạch sỏi là 100%, thời gian phẫu thuật trung bình 95,1±21,7 phút, thời gian nằm viện trung bình 7,7±4,0 ngày, thời gian nằm viện sau phẫu thuật 4,7±1,7 ngày, tỷ lệ khâu kín chỗ mở ống mật chủ ngay thì đầu là 17,4%, biến chứng chung sau mổ 8,7%: tụ dịch dưới gan 4,3%, viêm phổi 2,6%, viêm tụy cấp 0,9%, nhiễm trùng trocar rốn 0,9%. Mức độ

kết quả: Tốt 91,3%(105TH), trung bình 8,7 %(10TH), không có trường hợp nào kết quả xấu hay tử vong trong thời gian chu phẫu. **Kết luận:** Điều trị sỏi kết hợp nội soi đường mật trong mổ là phương pháp an toàn, hiệu quả. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, nội soi đường mật, sỏi đường mật chính.

### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC COMMON BILE DUCT EXPLORATION IN TREATMENT COMMON BILE DUCT STONES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2018 – 2023

**Background:** Retrospective study on 115 patients diagnosed with extrahepatic main bile duct stones underwent laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE) at Hanoi Medical University Hospital in the period 2018 – 2023. **Results:** Stone clearance rate is 100%, average surgery time 95,1±21.7 minutes, average hospital stay 7.7±4.0 days, post-operative hospital stay 4.7±1.7 days, primary closure after LCBDE is 17.4%, general complications 8.7%: fluid collection subhepatic 4.3%, pneumonia 2.6%, acute pancreatitis 0.9%, umbilical trocar infection 0.9%, classified by general results: Good 91.3% (105 patients), average 8.7 % (10

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Vượng

Email: bsvuong1983@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024