

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT MỘT SỐ U THƯỢNG THẬN THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Bích Nhân¹, Nguyễn Thị Thúy¹, Lưu Thúy Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sau điều trị phẫu thuật u tuyến thượng thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng trên 70 bệnh nhân có u tuyến thượng thận được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Ở nhóm u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone, tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp giảm từ 100% xuống còn 19%; Tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu giảm từ 90,5% xuống còn 9,5%; bệnh nhân còn tăng huyết áp sau phẫu thuật đều giảm được số lượng thuốc cần sử dụng. Ở nhóm hội chứng cushing, nồng độ cortisol 8h sau phẫu thuật đã giảm so với trước phẫu thuật; Tất cả bệnh nhân đều có suy thượng thận sau phẫu thuật. Ở nhóm u tủy thượng thận, trước phẫu thuật tỷ lệ này chỉ còn 25%. Ở nhóm u thượng thận phát hiện tình cờ, sau phẫu thuật 1 tháng, 26,8% bệnh nhân có suy thượng thận. **Kết luận:** Điều trị u tuyến thượng thận gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Phẫu thuật giúp loại bỏ các tình trạng liên quan đến dư thừa hormon ở phần lớn bệnh nhân. Điều trị nội khoa trước và sau mổ để giải quyết các tình trạng như suy thượng thận, rối loạn điện giải. **Từ khóa:** tuyến thượng thận, u vỏ thượng thận, u tủy thượng thận

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF COMMON ADRENAL TUMORS AT CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

Objective: Evaluation of results after adrenalectomy surgery at Military Central Hospital 108. **Subjects and methods:** Descriptive study, 1-month postoperative follow-up on 70 patients with adrenal tumors treated at Central Military Hospital 108 from January 2023 to June 2024. **Results:** In the group of Primary aldosteronism, the rate of patients with hypertension decreased from 100% to 19%; the rate of patients with hypokalemia decreased from 90.5% to 9.5%; patients with hypertension after surgery all had a reduction in the amount of medication needed. In the group of Cushing's syndrome, the cortisol concentration 8 hours after surgery decreased compared to before surgery; all patients had adrenal insufficiency after surgery. In the group of pheochromocytoma, before surgery 75% of patients had hypertension, after surgery this rate was

only 25%. In the group of incidentally discovered adrenal tumors, 1 month after surgery, 26.8% of patients had adrenal insufficiency. **Conclusion:** Treatment of adrenal tumors includes medical and surgical treatment. Surgery helps to eliminate conditions related to excess hormones in most patients. Medical treatment before and after surgery to address conditions such as adrenal insufficiency and electrolyte disturbances. **Keywords:** adrenal gland, adrenal cortex tumor, pheochromocytoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận (TTT) là một bệnh tương đối hiếm gặp. Việc phát hiện trở nên phổ biến hơn trong những năm gần đây chủ yếu là do sự tiến bộ cả về số lượng và chất lượng của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ khi bệnh nhân đến khám vì các bệnh lý khác. Theo y văn, tỷ lệ này có thể lên tới 3-10%.¹

Đại đa số các u TTT đều được điều trị bằng phẫu thuật và kết hợp điều trị nội khoa. Vai trò của điều trị nội khoa không chỉ dừng lại trước mổ mà còn là theo dõi, điều trị sau mổ để giải quyết các tình trạng như suy thượng thận, rối loạn điện giải, góp phần quan trọng quyết định thành công trong điều trị u TTT.

Năm 1926, S. Roux và C. Mayo là những người đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật u TTT, mở ra khả năng điều trị bệnh lý các u TTT.² Ngày nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật về phương tiện mổ, cũng như gây mê hồi sức, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật robot, phẫu thuật điều trị u thượng thận đã ngày càng được thực hiện rộng rãi và mang lại kết quả tốt.

Ở Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu về kết quả phẫu thuật u TTT, tuy nhiên vẫn còn có sự khác biệt về kết quả giữa các tác giả. Nhằm góp phần làm phong phú thêm về kết quả điều trị u TTT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét kết quả điều trị 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 01/2023 đến 06/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

– Bệnh nhân được chẩn đoán u TTT dựa trên hình ảnh siêu âm, cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ, xét nghiệm hormon trong máu và

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bích Nhân

Email: lebichnhan031188@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

nước tiểu.

- 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

- 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 theo dõi trước, sau điều trị

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.

2.2.4. Công cụ thu thập số liệu: Thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thiết kế sẵn.

2.2.5. Chỉ định phẫu thuật u TTT

- + U thượng thận chức năng: u tiết aldosterone, u tiết cortisol, u tiết catecholamin
- + U thượng thận nghi ngờ ác tính hoặc u ác tính
- + U không hoạt động có nguy cơ ác tính: kích thước u > 4 cm

2.3. Đánh giá kết quả. Bệnh nhân được tái khám sau phẫu thuật 1 tháng, đo huyết áp và xét nghiệm các chỉ số sinh hóa (điện giải, hormon).

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 25.0. Các biến định lượng được biểu diễn bằng số trung bình ± độ lệch chuẩn (X ± SD), nếu tuân theo phân phối chuẩn, ngược lại sẽ được biểu diễn bằng trung vị và khoảng tứ vị. Các biến số định tính được biểu diễn bằng tần số (tỉ lệ %).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm

Bảng 4. Kết quả điều trị u vỏ thượng thận tiết cortisol (N=4)

Loại u	Tiêu chí	Thời điểm	
		Khi nhập viện	Sau phẫu thuật 1 tháng
U vỏ thượng thận tiết cortisol (n=4)	Tỷ lệ tăng huyết áp	4 (100%)	1 (25%)
	Cortisol máu 8h, (X±SD)	935,50±547,78	32,05±37,90
U tuỷ thượng thận (n=4)	Tỷ lệ tăng huyết áp	3 (75%)	1 (25%)
U thượng thận phát hiện tình cờ (n=41)	Tỷ lệ tăng huyết áp	18 (43,9%)	8 (19,5%)

Nhận xét: - Trước phẫu thuật, 100% bệnh nhân ở nhóm u tiết cortisol có tăng huyết áp, sau phẫu thuật tỷ lệ này còn 25%. Nồng độ cortisol 8h sau phẫu thuật đã giảm so với trước phẫu thuật.

sàng (N=70)

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	Trung bình	50,44±14,19 (16-77)	
	Nam	39	55,7%
Giới	Nữ	31	44,3%
	Tăng huyết áp	14	20%
Lý do vào viện	Yếu mỏi chi	6	8,6%
	Phát hiện tình cờ	41	58,6%
	Khác	9	12,9%
Vị trí u trên CLVT	Phải	26	37,1%
	Trái	44	62,9%

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 50,44 ± 14,19. Nam giới chiếm 55,7%. Chiếm đa số là u thượng thận phát hiện tình cờ với 58,6%. Đa số bệnh nhân nhập viện vì phát hiện u tình cờ qua khám sức khỏe tổng quát (58,6%). Vị trí u thường gặp là ở bên trái (62,9%).

Bảng 2. Kết quả điều trị u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone (N=21)

Tiêu chí	Khi vào viện	Sau phẫu thuật 1 tháng
Tăng huyết áp, N(%)	21(100%)	14(66,7%)
Hạ Kali máu, N (%)	19(90,5%)	2(9,5%)
Kali máu trung bình, X±SD	2,87±0,61	4,09±0,48

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp sau phẫu thuật là 19%, giảm so với tỷ lệ này trước phẫu thuật là 100%. Tỷ lệ bệnh nhân có hạ Kali máu sau phẫu thuật là 9,5%, giảm so với tỷ lệ này trước phẫu thuật là 90,5%.

Bảng 3. Thay đổi thuốc hạ huyết áp sau 1 tháng ở nhóm u tiết aldosterone (N=14)

Thay đổi thuốc huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm liều	14	100
Giữ nguyên	0	0
Tổng	14	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân còn tăng huyết áp sau phẫu thuật đều đã giảm được số lượng thuốc cần sử dụng.

- Ở nhóm u tuỷ thượng thận, Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp giảm từ 75% xuống còn 25% sau phẫu thuật, ở bệnh nhân này số lượng thuốc huyết áp sử dụng cũng được giảm so với trước phẫu thuật.

- Ở nhóm u thượng thận phát hiện tình cờ, trước phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 43,9%, sau phẫu thuật 1 tháng tỷ lệ này còn 19,5%.

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân suy thượng thận sau 1 tháng (N=70)

Nhóm	Suy thượng thận sau 1 tháng			
	Có		Không	
	N	%	N	%
U vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone	1	4,8	20	95,2
U vỏ thượng thận tiết cortisol	4	100	0	0
U tủy thượng thận	0	0	4	100
U thượng thận phát hiện tình cờ có kích thước lớn	11	26,8	30	73,2
Tổng	16	22,9	54	77,1

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ suy thượng thận chung là 22,9%. Tính riêng ở nhóm u vỏ thượng thận tiết cortisol là 100%, ở nhóm u thượng thận phát hiện tình cờ có kích thước lớn là 26,8%, và ở nhóm u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone là 4,8%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 50,44 tuổi. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu Nguyễn Thị Trà Giang (2020) là 49,5 tuổi,³ nhưng lớn hơn so với những nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Weifeng Xu (2015) là 36,9 tuổi.⁴

Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm đa số (55,7%), tỉ lệ nam/nữ là 1,26. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trà Giang (2020), u tuyến thượng thận gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ nữ : nam là 2,4 : 1.³ Trong một nghiên cứu về tầm soát u thượng thận ở Nhật Bản ghi nhận tỉ lệ giới tính nữ/nam là 1/1,07.⁵

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu vào viện chủ yếu vì khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra khối u TTT, chiếm tỉ lệ 58,6%. Bên cạnh đó, ở các bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp từ trước, bệnh nhân vào viện vì cơn tăng huyết áp cũng chiếm tỉ lệ không nhỏ với 20%. Một lý do khiến bệnh nhân vào viện nữa là yếu mỗi chi do hạ kali chiếm 8,6%. Trong nghiên cứu của Vũ Minh Hồng (2023), triệu chứng yếu 2 chân là lý do đến khám thường gặp nhất (chiếm 46,5%), đến khám vì cơn THA (21,2%), u phát hiện tình cờ qua siêu âm vùng bụng hoặc chụp MSCT bụng vì nguyên nhân khác (33,3%).⁶ Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trà Giang (2020), bệnh nhân vào viện vì khám sức khỏe định kỳ chiếm 39,2%, cơn tăng huyết áp chiếm 23,5%; đau bụng, đau

lưng, chiếm 21,6%.³

Về vị trí khối u, kết quả thống kê cho thấy u nằm bên trái thường gặp hơn so với bên phải (tương ứng là 62,9% và 37,1%). Tác giả Nguyễn Thị Trà Giang (2020) ghi nhận tỉ lệ u bên phải là 54,9%.³ Trong nghiên cứu của Ôn Quang Phóng, tỉ lệ u ở bên trái là 56,6%.⁷ Về phân loại khối u theo tỷ lệ thường gặp, chúng tôi ghi nhận chiếm đa số là u thượng thận phát hiện tình cờ có kích thước lớn, không tiết hormon với 41 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 58,6%, tiếp theo là u tăng tiết aldosterone với 21 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 30%. Với u vỏ thượng thận tăng tiết cortisol và u tủy thượng thận, mỗi nhóm chỉ có 4 bệnh nhân cùng chiếm tỷ lệ 5,7%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trà Giang (2020) ghi nhận tỉ lệ u không tiết chiếm phần lớn với 58,8%, tỉ lệ u tiết aldosterone là 25,5%, tỉ lệ u tiết cortisol và u tiết catecholamine chiếm tỉ lệ thấp nhất là 7,8%.³ Nghiên cứu của tác giả Ôn Quang Phóng trên 83 bệnh nhân ghi nhận tỉ lệ u vỏ không chế tiết chiếm phần lớn với 60,2%, tiếp theo là u tiết cortisol với tỉ lệ 16,9%, u tủy không chế tiết chiếm 10,8%.⁷

Kết quả điều trị u vỏ thượng thận tăng tiết aldosterone. Lợi ích lâm sàng thường được báo cáo nhiều nhất của phẫu thuật cắt TTT đối với HC Conn là việc kiểm soát huyết áp. Tỷ lệ cải thiện hoàn toàn tình trạng tăng huyết áp sau khi cắt TTT ở những bệnh nhân mắc HC Conn được báo cáo dao động từ 20-66% tùy từng nghiên cứu. Các nghiên cứu này cho thấy rằng phần lớn bệnh nhân không khỏi hoàn toàn nhưng vẫn có sự cải thiện đáng kể trong việc kiểm soát huyết áp, thể hiện qua việc giảm chỉ số huyết áp và/hoặc giảm nhu cầu dùng thuốc chống tăng huyết áp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp giảm từ 100% trước phẫu thuật xuống còn 66,7% sau phẫu thuật 1 tháng. Ở nhóm bệnh nhân còn tăng huyết áp sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều đã giảm số lượng thuốc hạ huyết áp cần sử dụng. Sự khác biệt về kết quả tỷ lệ cải thiện hoàn toàn về huyết áp cũng như trên sinh hóa giữa các nghiên cứu là do khác biệt về tiêu chuẩn đáp ứng, thời gian theo dõi, cách chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu.

Kết quả điều trị u vỏ thượng thận tiết cortisol. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân có hội chứng Cushing cao gấp 4 lần so với những người cùng tuổi và giới là do các biến chứng của hội chứng Cushing. Phần lớn các biến chứng này là do sự tác động trực tiếp hoặc gián tiếp của sự dư thừa glucocorticoid, vì vậy, mục tiêu chính

trong việc phòng ngừa và điều trị các biến chứng là điều chỉnh sự tăng cortisol máu. Trong một phân tích gộp từ 61 nghiên cứu gồm các bệnh nhân từ 40 – 69 tuổi, Lewington và cộng sự đã kết luận rằng mỗi 20 mmHg huyết áp tâm thu hoặc 10 mmHg huyết áp tâm trương tăng lên sẽ làm tăng gấp đôi tỷ lệ tử vong do thiếu máu cơ tim và đột quỵ.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật tất cả bệnh nhân u tiết cortisol đều có tăng huyết áp, sau phẫu thuật 1 tháng tỷ lệ này giảm còn 25%. Nồng độ cortisol máu 8h sau phẫu thuật đã giảm so với trước phẫu thuật, tương ứng là $32,05 \pm 37,90$ và $935,50 \pm 547,78$.

Kết quả điều trị u tuyến thượng thận.

Trong nghiên cứu này, trước phẫu thuật có 75% bệnh nhân u tuyến thượng thận có tăng huyết áp, sau phẫu thuật 1 tháng tỷ lệ này giảm còn 25%, ở bệnh nhân này số lượng thuốc huyết áp sử dụng cũng được giảm so với trước phẫu thuật. Nghiên cứu của tác giả Niren Rao (2016) trên 24 bệnh nhân u tuyến thượng thận cho thấy 18 bệnh nhân (75%) không cần dùng bất kỳ loại thuốc THA nào sau phẫu thuật trong khi 6 trong số 24 bệnh nhân cần dùng liều thấp hơn.⁹ Sự khác nhau giữa tỷ lệ này giữa các tác giả có thể do khác biệt trong cách chọn mẫu và cỡ mẫu. Tăng huyết áp ở các bệnh nhân này có thể do tăng huyết áp kéo dài có ảnh hưởng đến cơ quan đích hoặc có tăng huyết áp vô căn kèm theo. Những bệnh nhân có tăng huyết áp sau phẫu thuật phải được theo dõi và điều trị tăng huyết áp để phòng các biến chứng do tăng huyết áp gây ra.

Các bệnh nhân u tuyến thượng thận cần phải theo dõi nồng độ catecholamin nước tiểu 24h sau 6 tuần và 6 tháng sau phẫu thuật, khám định kỳ và làm xét nghiệm hàng năm trong vòng 5 năm. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, do thời gian theo dõi có hạn, chưa định lượng được catecholamin nước tiểu 24h nên chưa có kết quả theo dõi lâu dài cho bệnh nhân, chúng tôi vẫn khuyên bệnh nhân nên kiểm tra định kỳ mỗi 6 tháng kể từ lần tái khám đầu tiên.

Kết quả điều trị u thượng thận phát hiện tình cờ có kích thước lớn, không tiết hormon. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm u thượng thận phát hiện tình cờ có kích thước lớn, không tiết hormon, sau phẫu thuật 1 tháng, có 19,5% bệnh nhân còn tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân suy tuyến thượng thận là 26,8%. Tác giả Nguyễn Thành Vinh (2020) nghiên cứu trên 78 bệnh nhân u tuyến thượng thận lành tính được phát hiện tình cờ không tiết hormon và có kích thước lớn đã được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018. Thời gian

theo dõi xa trung bình kể từ sau khi phẫu thuật là $24,03 \pm 12,04$ tháng, ngắn nhất 7 tháng, dài nhất là 42 tháng. Kết quả thấy đa phần bệnh nhân (70,0%) không có biểu hiện lâm sàng tại thời điểm khám lại, chiếm 70,0%. Có 19 bệnh nhân tăng huyết áp, đây đều là những bệnh nhân trên 40 tuổi, đã có tiền sử tăng huyết áp từ trước và trong thời gian theo dõi không ghi nhận cơn tăng huyết áp kịch phát, do vậy tác giả nhận định triệu chứng tăng huyết áp ở những bệnh nhân này do nguyên nhân khác không liên quan đến bệnh lý u tuyến thượng thận. Ngoài ra tác giả không ghi nhận các biến chứng xa như đau mạn tính vùng mổ, suy tuyến thượng thận, hay tử vong.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Điều trị u TTT gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa. Phẫu thuật giúp loại bỏ các tình trạng liên quan đến dư thừa hormon ở phần lớn bệnh nhân. Vai trò của điều trị nội khoa không chỉ dừng lại trước mổ mà còn là theo dõi, điều trị sau mổ để giải quyết các tình trạng như suy thượng thận, rối loạn điện giải, góp phần quan trọng quyết định thành công trong điều trị u TTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lubomski A, Falhammar H, Torpy DJ, Rushworth RL.** The epidemiology of primary and secondary adrenal malignancies and associated adrenal insufficiency in hospitalised patients: an analysis of hospital admission data, NSW, Australia. *BMC Endocr Disord.* 2021; 21(1):141. doi:10.1186/s12902-021-00787-6
2. **Pisarska M, Pędziwiatr M, Budzyński A.** Perioperative hemodynamic instability in patients undergoing laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma. *Gland Surg.* 2016;5(5): 50611-50511. doi:10.21037/gs.2016.09.05
3. **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.
4. **Xu W, Li H, Ji Z, et al.** Comparison of retroperitoneoscopic versus transperitoneoscopic resection of retroperitoneal paraganglioma: a control study of 74 cases at a single institution. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(7):e538. doi:10.1097/MD.0000000000000538
5. **Ichijo T, Ueshiba H, Nawata H, Yanase T.** A nationwide survey of adrenal incidentalomas in Japan: the first report of clinical and epidemiological features. *Endocr J.* 2020; 67(2):141-152. doi:10.1507/endocrj.EJ18-0486
6. **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.
7. **Ôn Quang Phóng (2017).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 1 lỗ điều trị các u tuyến thượng thận lành tính. Luận An tiến sĩ y học -

- Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R**, Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet Lond Engl.* 2002;360(9349):1903-1913. doi:10.1016/s0140-6736(02)11911-8
9. **Rao N, Ramachandran R, Tandon N, Singh P, Kumar R.** Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma-does size matter? A single surgeon comparative study. *Transl Androl Urol.* 2016;5(5): 78083-78783. doi:10.21037/tau.2016.08.10
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.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH LÝ VIÊM MŨI XOANG CẤP BIẾN CHỨNG Ổ MẮT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Đức Huy¹, Phí Thị Quỳnh Anh¹,
Phạm Đăng Hoàng Giang¹, Nguyễn Quang Trung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mũi xoang cấp là tình trạng viêm cấp tính niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi. Đây là bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Ở Mỹ, ước tính khoảng 5% - 13% trẻ bị viêm xoang. Tại Việt Nam, tỉ lệ viêm xoang ở trẻ em ước tính 6,3% - 6,6%. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, viêm xoang cấp có thể tiến triển gây ra các biến chứng nặng như nhiễm trùng mô mềm, viêm xương, biến chứng ổ mắt, biến chứng nội sọ gây nguy hiểm tới tính mạng trẻ. Biến chứng ổ mắt do sự lan rộng ổ nhiễm trùng từ các xoang sàng các tổ chức lân cận trong hốc mắt, đây là một trong những biến chứng thường gặp nhất, chiếm khoảng 80% trong tất cả các biến chứng. Vấn đề nhận biết sớm các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để kịp thời chẩn đoán và điều trị phù hợp, kịp thời có vai trò quan trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh viêm mũi xoang cấp biến chứng ổ mắt ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 2019 đến 2025. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Trong 51 bệnh nhi, tỷ lệ nam chiếm ưu thế (64,71%), tuổi trung bình 31,02 ± 36,52 tháng. Triệu chứng vào viện thường gặp nhất là sưng mắt kèm sốt (49,0%). Phân bố theo Chandler cho thấy độ I chiếm 52,94%, độ II: 13,73%, độ III: 31,37% và độ IV: 1,96%. Trên phim CT, tổn thương chủ yếu ở xoang sàng và xoang hàm cùng bên hoặc hai bên (70,6%), phù hợp với đặc điểm lan truyền viêm từ hệ thống xoang trước đến ổ mắt. **Kết luận:** Viêm mũi xoang cấp biến chứng ổ mắt ở trẻ em gặp chủ yếu ở lứa tuổi nhỏ, nam giới chiếm ưu thế. Lý do vào viện chủ yếu là sốt và sưng mắt. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sưng mắt, ngạt mũi, chảy mũi mủ cùng bên hoặc cả 2 bên, sốt mức độ trung bình đến cao. Đặc điểm trên CT scanner là phân độ Chandler 2 và 3 chiếm tỉ lệ chủ

yếu, xoang hàm và xoang sàng là các xoang bị tổn thương thường gặp nhất. Nghiên cứu góp phần cung cấp dữ liệu đặc trưng về lâm sàng và hình ảnh học, hỗ trợ chẩn đoán sớm và định hướng điều trị hợp lý cho bệnh lý này.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RHINOSINUSITIS WITH ORBITAL COMPLICATIONS IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Acute rhinosinusitis is an acute inflammation of the nasal mucosa and the paranasal sinuses. It is a common condition in the field of Otorhinolaryngology. In the United States, it is estimated that approximately 5%–13% of children develop sinusitis. In Vietnam, the prevalence of sinusitis among children is estimated to be 6.3%–6.6%. If not diagnosed and treated promptly, acute sinusitis can progress and lead to severe complications such as soft tissue infection, osteitis, orbital complications, or intracranial complications, which may be life-threatening. Orbital complications occur due to the spread of infection from the paranasal sinuses to adjacent orbital tissues and represent the most common type of complication, accounting for approximately 80% of all cases. Therefore, early recognition of clinical and paraclinical manifestations for timely diagnosis and appropriate management plays a crucial role. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and imaging features of acute rhinosinusitis with orbital complications in children treated at the Vietnam National Children's Hospital from 2019 to 2025. This is a retrospective study. **Results:** Among 51 pediatric patients, males predominated (64.71%), with a mean age of 31.02 ± 36.52 months. The most common presenting symptom was periorbital swelling accompanied by fever (49.0%). According to Chandler's classification, Grade I accounted for 52.94%, Grade II for 13.73%, Grade III for 31.37%, and Grade IV for 1.96%. Computed tomography (CT) findings revealed that inflammatory lesions were primarily located in the ipsilateral or bilateral ethmoid and maxillary sinuses

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: huy.phamduc95@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 2.12.2025