

- different in HBeAg(+) and HBeAg(-) patients.* World J Gastroenterol, 2011. **17**(6): p. 708-16.
5. **Zheng, Z., et al.,** *Effect of nucleos(t)ide analogue on serum HBsAg level in chronic hepatitis B patients: A 3-years study.* Biomed Pharmacother, 2020. **122**: p. 109698.
 6. **Heathcote, E.J., et al.,** *Three-year efficacy and safety of tenofovir disoproxil fumarate treatment for chronic hepatitis B.* Gastroenterology, 2011. **140**(1): p. 132-43.
 7. **Gish, R.G., et al.,** *Loss of HBsAg antigen during treatment with entecavir or lamivudine in nucleoside-naïve HBeAg-positive patients with chronic hepatitis B.* J Viral Hepat, 2010. **17**(1): p. 16-22.
 8. **Hsu, Y.C., et al.,** *Incidences and Determinants of Functional Cure During Entecavir or Tenofovir Disoproxil Fumarate for Chronic Hepatitis B.* J Infect Dis, 2021. **224**(11): p. 1890-1899.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Đinh Thị Mỹ Dung¹,
Vũ Thị Thi Hồng¹, Bùi Xuân Trường^{1,*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận và so sánh kết quả phẫu thuật giữa nhóm cắt toàn bộ và bảo tồn tuyến thượng thận; khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng bảo tồn tuyến thượng thận. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổng cộng 32 bệnh nhân (BN) phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận được đưa vào nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trung bình: $48,9 \pm 15,8$, không có sự khác biệt về giới tính; Phần lớn các bệnh nhân được phát hiện tình cờ và qua triệu chứng tăng huyết áp chiếm 84,4%. Kích thước u trung bình: $3,5 \pm 2,2$ cm, thời gian mổ trung bình là $76,6 \pm 15,3$ phút. Các kết quả trong và sau phẫu thuật như thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, thời gian lưu ống dẫn lưu, lượng máu mất và biến chứng đều tương tự nhau giữa hai nhóm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi là phương pháp an toàn, ít xâm lấn và hiệu quả trong điều trị các khối u tuyến thượng thận. Kết quả ngắn hạn cho thấy bảo tồn tuyến thượng thận là khả thi về mặt kỹ thuật và mang lại kết quả lâm sàng tương tự trong, sau phẫu thuật so với phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận trong điều trị u tuyến thượng thận. Cần một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn để chứng minh thêm về mức độ an toàn và hiệu quả của hai phương pháp này. **Từ khóa:** U tuyến thượng thận, bảo tồn tuyến thượng thận, cắt toàn bộ tuyến thượng thận, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

ABSTRACT

OUTCOMES OF RETROPERITONEOSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF ADRENAL TUMORS AT E HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to evaluate the surgical outcomes of retroperitoneoscopic adrenal tumor resection; to compare surgical outcomes between total adrenalectomy and adrenal-sparing surgery; and to investigate several factors related to the feasibility of adrenal preservation. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** A total of 32 patients undergoing retroperitoneoscopic adrenal tumor resection were included in the study. The mean age was 48.9 ± 15.8 years, with no significant difference in sex distribution. Most patients were incidentally diagnosed or presented with hypertension, accounting for 84.4%. The mean tumor size was 3.5 ± 2.2 cm, the mean operative time was 76.6 ± 15.3 minutes. Intraoperative and postoperative outcomes, including operative time, length of hospital stay, duration of drainage, estimated blood loss, and complication rates, were comparable between the total adrenalectomy group and the adrenal-sparing group, with no statistically significant differences ($p > 0.05$). **Conclusion:** Retroperitoneoscopic surgery is a safe, minimally invasive, and effective approach for the treatment of adrenal tumors. Short-term outcomes suggest that adrenal-sparing surgery is technically feasible and provides comparable intraoperative and postoperative clinical results to total adrenalectomy in the management of adrenal tumors. Further large-scale randomized controlled studies are required to further validate the safety and efficacy of these two approaches. **Keywords:** Adrenal tumor; adrenal-sparing surgery; total adrenalectomy; retroperitoneoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận gồm các khối u chức năng và không chức năng, ngày càng được phát

¹ Bệnh viện E

² Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Xuân Trường

Email: bsngoabuitruong96@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026

hiện sớm nhờ sự phổ biến của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, với tỷ lệ phát hiện tình cờ khoảng 4–7% ở người trưởng thành và tăng theo tuổi.¹ Phần lớn các khối u là lành tính và không chức năng, tuy nhiên một số trường hợp có thể tiết hormon (như pheochromocytoma, hội chứng Cushing, hội chứng Conn) hoặc có nguy cơ ác tính. Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận được chỉ định khi khối u có hoạt tính nội tiết, kích thước lớn hoặc nghi ngờ ác tính trên hình ảnh học.²

Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến thượng thận, được giới thiệu lần đầu năm 1992 bởi tác giả Michael Garger,³ hiện đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho các khối u tuyến thượng thận. Kỹ thuật nội soi sau phúc mạc, được chuẩn hoá từ năm 1995 bởi Mercan và cộng sự, từ đó ngày càng phổ biến nhờ tính an toàn, hiệu quả, ít xâm lấn, không xâm nhập ổ bụng và giúp bệnh nhân hồi phục nhanh.⁴ Xu hướng gần đây là cắt u và bảo tồn tổ chức tuyến thượng thận lành nhằm duy trì chức năng tuyến thượng thận và giảm phụ thuộc điều trị thay thế hormon, tuy nhiên vẫn còn những lo ngại về khả năng tái phát và tính triệt để của phẫu thuật.⁵⁻⁷ Trong nghiên cứu này chúng tôi có so sánh kết quả phẫu thuật ngắn hạn giữa cắt bỏ toàn bộ và bảo tồn một phần tuyến thượng thận ở bệnh nhân mắc u tuyến thượng thận, tập trung vào thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật, thời gian đặt ống dẫn lưu sau phẫu thuật, thời gian nằm viện sau phẫu thuật và các biến chứng quanh phẫu thuật, và khảo sát một số yếu tố có liên quan đến việc lựa chọn bảo tồn và cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận trong phẫu thuật nội soi sau phúc mạc. Nghiên cứu này có ý nghĩa lâm sàng vì nó làm nổi bật sự cân bằng giữa việc bảo tồn một phần chức năng tuyến thượng thận và đảm bảo tính toàn vẹn của phẫu thuật đồng thời giảm thiểu nguy cơ tái phát và biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật là u tuyến thượng thận và được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận trong thời gian nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN không làm đầy đủ các xét nghiệm để chẩn đoán u tuyến thượng thận.

2.2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2025 tại Khoa Ngoại tiết niệu và Nam học, Bệnh viện E.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu thập được 32 mẫu nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Tất cả BN được thu nhập các thông tin về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị phẫu thuật. Các biến số được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

Tiêu chuẩn chẩn đoán u tuyến thượng thận có tăng tiết hormone bao gồm có hội chứng Cushing (Xét nghiệm cortisol máu lúc 8h > 138 nmol/l); Hội chứng Conn (Nồng độ Aldosteron máu > 35,3 ng/dL hoặc tỷ số Aldosterone/ renin >30 và Aldosterone máu >20 ng/dL); U tăng tiết Catecholamin (Nồng độ các mảnh catecholamin tự do trong nước tiểu 24h > 341 mcg/24h).⁸

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên trình bày, giải thích nội dung, mục đích nghiên cứu rõ ràng với người bệnh, người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu để cải thiện chất lượng và an toàn người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN (n = 32)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi (trung bình ± SD)		48,9 ± 15,8 (Min:19; Max:73)	
BMI		22,8 ± 3,0 (Min:18,4; Max:29,6)	
Giới tính	Nam	17	53,1 %
	Nữ	15	46,9 %
Triệu chứng lâm sàng	Tình cờ, sàng lọc	13	40,6 %
	Tăng huyết áp	14	43,8 %
	Mặt to tròn, đỏ, da mỏng	3	9,4 %
	Mỏi cơ, chuột rút	2	6,3 %
Đặc điểm tiết hormone của khối u	U tiết Aldosterone	12	37,5 %
	U tiết Costisol	3	9,4 %
	U tiết Catecholamine	4	12,5 %
	U không chế tiết	13	40,6 %

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh thường gặp ở tuổi trung niên. Tỷ lệ gặp ở hai giới là tương đương nhau. Phần lớn các bệnh nhân được phát hiện tình cờ và triệu chứng tăng huyết áp chiếm 84,4%.

Bảng 2. Đặc điểm khối u tuyến thượng thận (n=32)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Kích thước khối u (trên CLVT/MRI)		3,5 ± 2,2 cm (Min:1,2; Max:9,8)	
Bên tổn thương	Trái	17	53,1 %
	Phải	15	46,9 %
Vị trí khối u	Trung tâm	11	34,4 %
	Ngoại vi	21	65,6 %
Loại u / Bảo tồn tuyến thượng thận (%)	U không tiết hormone	13/7	40,6% / 53,8%
	U tiết hormone	19/10	59,4% / 52,6%
Kết quả giải phẫu bệnh	U vỏ tuyến thượng thận	20	62,5 %
	U tuỷ tuyến thượng thận	8	25 %
	U nang tuyến thượng thận	3	9,4 %
	Ung thư biểu mô tuyến	1	3,1 %

Nhận xét: Đa phần các khối u là u chế tiết hormone chiếm 59,4% và nằm ở ngoại vi tuyến thượng thận chiếm 65,6%. Tỷ lệ bảo tồn khối u tiết hormone và không tiết tương đương nhau 52,6% và 53,8%.

Bảng 3. So sánh kết quả phẫu thuật giữa nhóm cắt toàn bộ và bảo tồn tuyến thượng thận (n=32)

	Bảo tồn	Cắt toàn bộ	P
Thời gian mổ trung bình ± SD (phút)	77 ± 17	75 ± 13	0,172
	Trung bình 2 nhóm: 76,6 ± 15,3		
Lượng máu mất trong mổ (ml)	22 ± 5	28 ± 9	0,263
	Trung bình 2 nhóm: 25,1 ± 7,6		
Thời gian lưu ống dẫn lưu (ngày)	3 ± 0,9	3,1 ± 0,9	0,389
Thời gian nằm viện (ngày)	7 ± 3,4	7,3 ± 3,1	0,621
Biến chứng sau phẫu thuật theo Clavien – Dindo	Có	1	1
	Không	16	15

Nhận xét: Không có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê trong thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, thời gian lưu ống dẫn lưu và thời gian nằm viện (p>0,05).

Bảng 4. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng bảo tồn tuyến thượng thận (n=32).

	Bảo tồn	Cắt toàn bộ	Tổng	p
BMI	<18.5	1	0	1
	18.5-23	6	5	11
	23-25	7	6	13
	>25	3	4	7
Kích thước u trên CLVT	< 2 cm	7	2	9
	> 2 cm	10	13	23
Vị trí khối u	Trung tâm	4	7	11
	Ngoại vi	13	8	21

Nhận xét: Khả năng bảo tồn được tuyến thượng thận của khối u vị trí trung tâm thấp hơn so với khối u ngoại vi tỷ lệ lần lượt là 4/11 (30,7%) và 13/21 (61,9%), và với những u kích thước nhỏ hơn 2 cm khả năng bảo tồn cao hơn những khối u có kích thước lớn hơn 2 cm với tỷ lệ lần lượt là 7/9 (78%) và 10/23 (43%) với giá trị p rất nhỏ p=0,08. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố chỉ số BMI, kích thước u và vị trí khối u với việc lựa chọn bảo tồn hay cắt bỏ tuyến thượng thận (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm BN, trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của BN là 48,9 ± 15,8 (Bảng 1), tương đồng với một số nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức (Nguyễn Việt Tuấn: 44 tuổi); bệnh viện Đại học Y Hà Nội (Trần Quốc Hoà: 44,8 tuổi)^{9,10} và phù hợp với đặc điểm lứa tuổi hay gặp u tuyến thượng thận ở người trưởng thành.¹ Tỷ lệ hai giới là tương đương, không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới – điều này phù hợp với ghi nhận của nhiều nghiên cứu quốc tế, cho thấy u tuyến thượng thận không có xu hướng lệch giới tính rõ ràng.³ Tỷ lệ phát hiện khối u qua triệu chứng tăng huyết áp hoặc khám tình cờ là phổ biến chiếm 84,4% (Bảng 1). Có 59,4% u có hoạt tính nội tiết, trong đó khối u tiết Aldosterol chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%), tiếp theo là u tiết Costisol và u tiết Catecholamine chiếm lần lượt là 9,4 % và 12,5% (Bảng 2). Tỷ lệ này cao hơn so với báo cáo của Vũ Văn Hà (46,2%), điều này cũng có thể phản ánh xu hướng lựa chọn BN có chỉ định rõ ràng để mổ, đặc biệt trong bối cảnh nội soi sau phúc mạc đòi hỏi kỹ thuật cao và chuẩn bị kỹ lưỡng.¹¹

Đa số trường hợp có kích thước u dưới 5 cm, trung bình 3,5 ± 2,2 cm (Bảng 2), lớn hơn so với tác giả Nguyễn Việt Tuấn là 20,15 ± 7,18 mm,

và Trần Quốc Hoà là $2,58 \pm 1,35$ cm,^{9,10} phù hợp với khuyến cáo hiện hành về chỉ định phẫu thuật đối với u nhỏ nhưng tiết hormon hoặc nghi ngờ ác tính.^{1,8} Đây cũng là kích thước lý tưởng cho lựa chọn đường mổ sau phúc mạc, vốn phù hợp hơn với các u nhỏ, không dính và không có xâm lấn, trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước u lớn nhất là 9,8cm, tuy nhiên đây là trường hợp u nang tuyến thượng thận vì vậy BN vẫn được phẫu thuật đường sau phúc mạc. Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là $76,6 \pm 15,3$ phút, tương đồng so với báo cáo của Trần Quốc Hoà ($76,3 \pm 15$ phút), cao hơn so với tác giả Nguyễn Việt Tuấn ($58,81 \pm 16,73$ phút).^{9,10} Trong phẫu thuật chúng tôi thường ưu tiên bảo tồn tuyến thượng thận, trong một số trường hợp nghi ngờ có làm sinh thiết tức thì trong mổ, thời gian chờ kết quả sinh thiết tức thì trong mổ khiến tăng thời gian phẫu thuật, và so với tác giả Nguyễn Việt Tuấn thì kích thước u trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình lớn hơn 1cm,⁹ đặc biệt có 1 trường hợp bệnh nhân nam 66 tuổi, vào viện vì cơn tăng huyết áp và hạ Kali máu (2,6) chẩn đoán trước mổ là Hội chứng Conn do U tuyến thượng thận/ U phổi, trong mổ sinh thiết tức thì kết quả là ác tính, kích thước u trước mổ là 3x2 cm, sau mổ tiếp tục được nhuộm hoá mô miễn dịch cho kết quả ung thư biểu mô tuyến thượng thận nguồn gốc phổi.

Bảo tồn chức năng vỏ tuyến thượng thận được mô tả từ những năm 1982, trong phẫu thuật điều trị u tuỷ thượng thận 2 bên, và ngày nay được áp dụng rộng rãi giúp giảm phụ thuộc vào hormone do suy tuyến thượng thận sau mổ, và ngày càng có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng cắt bỏ một phần hay bảo tồn tuyến thượng thận có tỷ lệ chữa khỏi tương tự như cắt toàn bộ tuyến thượng thận trong một số trường hợp nhất định như u tăng tiết aldosterone và cortisol.^{7,12,13}

Kết quả ngắn hạn của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê mặt kỹ thuật trong thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, và sau phẫu thuật ở thời gian lưu ống dẫn lưu và thời gian nằm viện (Bảng 3) ($p > 0,05$) trong hai nhóm bảo tồn tuyến thượng thận so với phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận để điều trị bệnh nhân mắc u tuyến thượng thận một bên.^{7,12} Lượng máu mất trong mổ rất ít, trung bình là $25,1 \pm 7,6$ ml (Bảng 3), do đa phần các u đều là lành tính, không dính và trước và trong mổ bệnh nhân được điều chỉnh huyết áp, chủ động kiểm soát các nhánh mạch tuyến thượng thận. Về biến chứng hậu phẫu, đa số BN không có biến

chứng sau mổ, các biến chứng gặp phải chỉ ở độ I theo phân độ của Clavien-Dindo gồm 1 bệnh nhân nhóm bảo tồn và 1 bệnh nhân nhóm cắt toàn bộ và không gặp các biến chứng khác với phân độ cao hơn độ I (Bảng 3).¹³ Đây là thông tin quan trọng đối với các bác sĩ phẫu thuật đang cân nhắc phẫu thuật cắt bỏ một phần tuyến thượng thận như một lựa chọn khả thi, đặc biệt trong các trường hợp cần phẫu thuật bảo tồn tuyến thượng thận. Ngoài ra khi khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng bảo tồn tuyến thượng thận chúng tôi nhận thấy các khối u ở vị trí trung tâm khó bảo tồn một phần tuyến thượng thận lành hơn so với các khối u ở vị trí ngoại vi với tỷ lệ bảo tồn lần lượt là 4/11 (30,7%) và 13/21 (61,9%); (%), và với những u kích thước nhỏ hơn 2 cm khả năng bảo tồn cao hơn những khối u có kích thước lớn hơn 2 cm với tỷ lệ lần lượt là 7/9 (78%) và 10/23 (43%) với giá trị p rất nhỏ $p = 0,08$ (Bảng 4). Tuy nhiên một phần vì cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên thống kê cho thấy không có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố chỉ số BMI, kích thước u và vị trí khối u với việc lựa chọn bảo tồn hay cắt bỏ tuyến thượng thận ($p > 0,05$).

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, thiếu tính ngẫu nhiên, kết hợp với cỡ mẫu tương đối nhỏ, có thể hạn chế khả năng khái quát hóa các kết quả của chúng tôi. Hơn nữa, nghiên cứu này thiếu dữ liệu theo dõi dài hạn, bao gồm các kết quả liên quan đến bảo tồn chức năng tuyến thượng thận và nguy cơ tái phát. Cần có các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi kéo dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zeiger Ma, Thompson Gb, Duh Qy, et al.** American Association of Clinical Endocrinologists and American Association of Endocrine Surgeons Medical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentalomas: executive summary of recommendations. *Endocr Pr* 2009 Jul-Aug;15:450-3 Doi 10.4158/EP.15.450 PMID 19632968.
- Alemanno G, Bergamini C, Proserpi P, Valeri A.** Adrenalectomy: indications and options for treatment. 2017. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28421470/>
- Gagner M, Lacroix A, Bolté E.** Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *PubMed*. Published online 1992. Accessed June 25, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1387700/>
- Mercan S, Seven R, Ozarmagan S, Tezelman S.** Endoscopic retroperitoneal adrenalectomy. 1995. Accessed June 25, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7491525/>
- Sergiy P Styopushkin, Viktor P Chaikovskiy, et al.** Partial laparoscopic adrenalectomy -

- anatomical basis and operation technique. *PubMed*. Accessed January 1, 2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33148844/>
6. **Jian Hu Liu, Xue Dong Wei, et al.** Long-Term Results of Laparoscopic Partial Versus Total Adrenalectomy for Aldosterone Producing Adenoma. *PubMed*. Published online 2020. Accessed January 1, 2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32309875/>
 7. **Kong W, Zhang N, Li H, Hong B, Zhao J, Zhang N.** A propensity score analysis of outcome in retroperitoneal laparoscopic partial versus total adrenalectomy: a cohort study. *Ann Laparosc Endosc Surg*. 2025;10(0). doi:10.21037/ales-24-61
 8. **Corssmit Epm, Dekkers Om.** Screening in adrenal tumors. 2019 May 31;3243-246. *Doi* 10.1097/CCO000000000000528 PMID 30844886.
 9. **Nguyễn Việt Tuấn, Hoàng Long, Võ Văn Minh, Nguyễn Văn Linh.** Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng conn do u tuyến thượng thận. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2023;522(1):1. doi:10.51298/vmj.v522i1.4216
 10. **Trần Quốc Hoà, Nguyễn Đình Bắc.** Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận có tăng tiết hormone. 2023. *Tạp chí nghiên cứu y học* 270 tcnycy 170 (9)-2023.
 11. **Vũ Văn Hà, Lê Huy Bình, Nguyễn Ngọc Sơn, Hoàng Long.** Kết quả phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận qua đường sau phúc mạc tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh* - 2015. <https://tapchihoctpHCM.vn/articles/14327>
 12. **Giordano WC.** Preservation of Adrenocortical Function During Surgery for Bilateral Pheochromocytoma. *J Urol*. Published online January 1982. doi:10.1016/S0022-5347(17)53627-7
 13. **Long-term outcome of retroperitoneoscopic partial versus total adrenalectomy in patients with Cushing's syndrome** - *PubMed*. Accessed January 25, 2026. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38651548/>
 14. **Miyamoto S, Nakao J, Higashino T, Yoshimoto S, Hayashi R, Sakuraba M.** Clavien–Dindo classification for grading complications after total pharyngolaryngectomy and free jejunum transfer. *PLoS ONE*. 2019;14(9):e0222570. doi:10.1371/journal.pone.0222570

CÁC ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VÚ CÓ THỂ DỰ ĐOÁN UNG THƯ VÚ THỂ BỘ BA ÂM TÍNH?

Trần Thị Huệ^{1,2}, Nguyễn Thu Hương², Nguyễn Duy Hùng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm cộng hưởng từ (CHT) vú của ung thư vú thể bộ ba âm tính (TNBC) và không phải thể bộ ba âm tính (non-TNBC), đồng thời xác định dấu hiệu CHT dự đoán TNBC trên hệ thống 3.0T. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 181 bệnh nhân ung thư vú xâm nhập được chụp MRI vú 3.0T trước phẫu thuật (01/2018 – 05/2025), phân nhóm TNBC (n = 21) và non-TNBC (n = 160). Đặc điểm CHT mô tả theo ACR BI-RADS 2013; phân tích hồi quy logistic để tìm yếu tố dự đoán TNBC. **Kết quả:** TNBC thường gặp khối u đơn ổ hơn, hay biểu hiện dạng khối tròn/bầu dục, bờ tương đối đều, tăng tín hiệu T2W và ngấm thuốc dạng viền. Trong hồi quy đa biến, ngấm thuốc dạng viền liên quan độc lập với TNBC (OR = 5,12), trong khi bờ không đều/tua gai ít gặp hơn ở TNBC (OR = 0,16). **Kết luận:** Ngấm thuốc dạng viền là yếu tố dự báo độc lập cho TNBC, còn bờ không đều/tua gai ít gặp hơn; các dấu hiệu này giúp gợi ý TNBC trước điều trị. **Từ khóa:** CHT vú; ung thư vú, bộ ba âm tính

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

³ Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huệ

Email: cadopkull@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2026

Ngày duyệt bài: 9.4.2026

ABSTRACT

CAN MRI-DERIVED BIOMARKERS PREDICT TRIPLE-NEGATIVE BREAST CANCER?

Objective: To compare breast MRI features of triple-negative breast cancer (TNBC) and non-triple-negative breast cancer (non-TNBC), and to identify MRI predictors of TNBC on a 3.0T system. **Methods:** A retrospective study of 181 patients with invasive breast cancer who underwent preoperative 3.0T breast MRI (01/2018 – 05/2025), grouped into TNBC (n = 21) and non-TNBC (n = 160). MRI characteristics were described according to ACR BI-RADS 2013. Logistic regression analysis was performed to identify predictors of TNBC. **Results:** TNBC more commonly presented as a unifocal mass, frequently with a round/oval shape, relatively smooth margins, high signal intensity on T2-weighted images, and rim enhancement. In multivariable logistic regression, rim enhancement was independently associated with TNBC (OR = 5.12), whereas irregular/spiculated margins were less common in TNBC (OR = 0.16). **Conclusion:** Rim enhancement is an independent predictor of TNBC, while irregular/spiculated margins are less frequently observed. These MRI features may help suggest TNBC prior to treatment. **Keywords:** Breast MRI; breast cancer; triple-negative.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý không đồng nhất, khác nhau về hình thái, diễn tiến lâm sàng, đáp