LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY FOR BENIGN ADRENAL TUMORS AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Dang Quang Dai*, Hoang Minh Duc, Le Tu Hoang, Nguyen Hoang, Le Van Lap

Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/07/2025
Revised: 02/08/2025; Accepted: 04/12/2025

ABSTRACT

Introduction: This study aims to evaluate the clinical features and early outcomes of laparoscopic adrenalectomy for benign adrenal tumors at Viet Duc Friendship Hospital.

Patients and Methods: A retrospective analysis was conducted on patients who underwent transperitoneal laparoscopic adrenalectomy for benign adrenal tumors from January 2022 to December 2024.

Results: A total of 104 patients underwent transperitoneal laparoscopic adrenalectomy during the study period. The mean patient age was 49.5 ± 14.5 years, with the 51–77 age group accounting for the highest proportion (49.0%). Female patients predominated, making up 56.9% of cases, while males accounted for 40,4%. Most adrenal tumors were incidentally discovered during routine abdominal ultrasound or CT scans. The tumor sizes ranged from 11 to 30 mm and were evenly distributed between the left (45,2%) and right (54,8%) adrenal glands. Regarding surgical outcomes, 94.2% of patients were successfully treated with laparoscopic surgery, while 6 out of 104 cases required conversion to open surgery. The mean operative time was short; 7.7% of patients required blood transfusion during or after surgery. Intraoperative hypertension occurred in 7.7% of cases. Importantly, no severe postoperative complications were observed. The average hospital stay was short, with most patients discharged within 3–5 days.

Conclusion: Transperitoneal laparoscopic adrenalectomy is confirmed to be a safe, effective, and minimally invasive technique, suitable for widespread application in the treatment of benign adrenal tumors.

*Corresponding author
Email: quangdai98bk@gmail.com **Phone**: (+84) xxx **DOI:** 10.52163/yhc.v66i6.3968

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đặng Quang Đại*, Hoàng Minh Đức, Lê Tư Hoàng, Nguyễn Hoàng, Lê Văn Lập

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 14/07/2025
Ngày sửa: 02/08/2025; Ngày đăng: 04/12/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu các người bệnh được PTNS cắt u tuyến thượng thận lành tính từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Có 104 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi trong phúc mạc cắt u tuyến thượng thận lành tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2022–2024, trong đó, tuổi trung bình của bệnh nhân là 49,5 + 14,5, với nhóm tuổi 51–77 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,0%). Nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỷ lệ 56,9 % so với 40,4 % ở nam giới. Trong nhiều trường hợp các khối u được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng định kỳ, với kích thước chủ yếu nằm trong khoảng từ 11-30 mm và được phân bố khá đồng đều giữa hai bên (trái: 51%, phải: 59%). Về kết quả phẫu thuật, 94,2% bệnh nhân được điều trị thành công bằng kỹ thuật nội soi qua đường trong phúc mạc, có 06/104 ca phải chuyển mổ mở. Thời gian mổ trung bình ngắn, có 7,7% phải truyền máu trong hoặc sau mổ. Ghi nhận 7,7% tai biến tăng huyết áp khi phẫu tích trong mổ. Ghi nhân 6 trường hợp chuyển mổ mở và không có trường hợp tử vong nào. Thời gian nằm viện trung bình cũng được rút ngắn, phần lớn bệnh nhân xuất viện sau 3–5 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi qua đường trong phúc mạc được khẳng định là an toàn, hiệu quả, ít xâm lấn và phù hợp để áp dụng rộng rãi trong điều trị các khối u lành tuyến thượng thận.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận là một tuyến nội tiết nhỏ nằm trên thận, sau phúc mạc, có vai trò quan trọng trong chuyển hóa đường, điện giải và điều hòa huyết áp thông qua các hormone như catecholamine. U tuyến thượng thận (UTTT) là khối u ít gặp, thường lành tính, nhưng gây rối loạn nội tiết tố, dẫn đến nhiều hội chứng bệnh lý phức tạp. Tùy theo nguồn gốc (vùng vỏ hay vùng tủy) và tính chất (lành hay ác tính), UTTT biểu hiện triệu chứng khác nhau và thường khó điều trị dứt điểm bằng phương pháp nội khoa. Một nghiên cứu tại Mỹ ghi nhận 92,5% UTTT là lành tính. Do tuyến thượng thận nằm sâu và liên quan nhiều cấu trúc giải phẫu, phẫu thuật truyền thống có nhiều hạn chế như vết mổ lớn, thời gian hồi phục dài, nguy cơ tổn thương tạng lân cận cao. Tuy nhiên, từ năm 1992, khi Gagner [1] thực hiện thành công ca cắt tuyến thượng thận qua nội soi đầu tiên, phương pháp này ngày càng được ưa chuộng nhờ nhiều ưu điểm vượt trội. Năm 2020, Jingdong Li [2] và cộng sự phân tích dữ liệu từ 14 nghiên cứu (743 bệnh nhân) cho thấy phẫu thuật nội soi an toàn hơn, hồi phục nhanh hơn và ít biến chứng hơn so với mổ mở. Năm 2021, Igor Hartmann [3] cùng cộng sự nghiên cứu 87 ca nội soi cắt u thượng thận ở bệnh nhân tăng aldosteron nguyên phát, cho thấy phần lớn bệnh nhân cải thiện rõ rệt về lâm sàng và sinh hóa, gần 25% khỏi hẳn không cần dùng thuốc huyết áp. Tại Việt Nam, năm 2000, bác sĩ Trần Bình Giang và Nguyễn Đức Tiến [4] thực hiện nghiên cứu đầu tiên trên 100 bệnh nhân cắt u qua nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đạt kết quả khả quan. Năm 2010, bác sĩ Trương Thanh Tùng [5] tiếp tục nghiên cứu trên 475 ca phẫu thuật nội soi tại cùng bệnh viện, khẳng định hiệu quả điều trị cao với khối u kích thước trung bình 52 mm. Với sự hỗ trợ của thiết bị hiện đại, việc chẩn đoán và điều trị UTTT ngày càng hiệu quả. Do đó, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường trong

*Tác giả liên hệ
Email: quangdai98bk@gmail.com **Điện thoại**: (+84) xxx **DOI:** 10.52163/yhc.v66i6.3968

phúc mạc cắt u tuyến thượng thận lành tính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" nhằm góp phần tổng kết và cải tiến phương pháp điều trị hiện nay.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định u tuyến thượng thận lành tính có chỉ định phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2022 – 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến thượng thận.

+ Bệnh nhân được PTNS cắt U tuyến thượng thận.

+ Giải phẫu bệnh sau mổ là U tuyến thượng thận lành tính.

+ Hồ sơ bệnh án đủ các tiêu chi nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đủ các tiêu chí nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

-Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ thu được 104 bệnh nhân thỏa mãn các tiểu chuẩn lựa chọn và loại từ.

- Các bước tiến hành: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh trước phẫu thuật(tuổi, giới, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, kết quả siêu âm, cắt lớp vi tinh hoặc cộng hưởng từ

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính ở nhóm người bệnh trên

- Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu thu thập trên sẽ được đưa vào máy vi tính, xử lý theo các chương trình toán thống kê y học chuẩn SPSS 25.0.

- Đạo đức nghiên cứu:

+ Nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng thông qua đề cương.

+ Nghiên cứu về mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh và không vì mục đích nào khác.

+ Các thông tin về dữ liệu nghiên cứu được giữ bí mật, đảm bảo quyền lợi cho bệnh nhân.

+ Dữ liệu lấy từ hồ sơ nghiên cứu được sự đồng ý và cho phép của phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 có 104 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến thượng thận lành tính được phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận nội soi đường trong phúc mạc thuộc đề tài nghiên cứu với đầy đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu, kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số BN (N)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Từ 17 – 30	11	10,6
Từ 31 – 50	42	40,4
Trên 51	51	49
Tuổi trung bình	49,5 + 14,5	
Giới		
Nam	42	đã40,4
Nữ	62	59,6
Triệu chứng		
Tăng cân	7	6,7
Đau đầu	11	10,6
Đau bụng	28	26,9
Rạn da	04	3,8
Tê bì	11	10,6
Mệt mỏi	20	19,2
Tăng huyết áp	72	69,2
Phát hiện tình cờ	24	23,1

Bảng 2. Cận lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Kích thước		
< 10	08	7,7
11 - < 30	64	61,5
>31	32	30,8
Trung bình	28,3 ± 16,8	
GPB		
U vỏ	80	76,9
U tuỷ	20	19,2
Nang	04	3,8

Đặc điểm	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Số bệnh nhân giảm điện giải đồ trước mổ		
Kali (N = 104)	35	36,65%
Calci (N = 104)	10	9,62%
Natri (N = 104)	10	9,62%

Hormon trước mổ	
Nội tiết u TTT	Số bệnh nhân tăng (N/%)
Adre máu (pg/ml)(N= 64)	14 (21,88)
Adre NT (µg /24h) (N = 48)	10 (20,83)
Noradre máu (pg/ml) (N = 64)	07 (11.11)
Noradre NT (µg /24h) (N = 48)	8 (17,19)
Dopa máu (pg/ml) (N = 64)	11 (17,19%)
Dopa NT (µg / 24h) (N = 48)	5 (10,42%)
Corti Máu S (µg/dl) (N = 83)	13 (15.66%)
Corti Máu C (µg/dl) (N = 53)	11 (20,75%)
Aldos (pg/ml) tư thế đứng (N = 48)	5 (10,0%)

(Do xét nghiệm hormon tuyến thượng thận chưa được làm đồng bộ và nhất quán giữa các bác sĩ và các cơ sở lấy mẫu, các bệnh nhân sẽ được xét nghiệm các chỉ số khác nhau)

Bảng 3. Phương pháp điều trị và kết quả phẫu thuật

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
PTNS cắt u thành công	98	94,2
Chuyển mổ mở	**6**	**5,8**
- Cầm máu dùng Ligasure	49	50
- Cầm máu bằng cặp Clip và Ligasure	49	50
Thời gian mổ trung bình (phút)	106,35 + 53,50 (Nhỏ nhất: 20; Lớn nhất: 280)	Phải: 99,8 + 37
		Trái: 112,9 + 64
Tai biến		
Chảy máu (phải truyền máu trong hoặc sau mổ)	8	7,7
Tổn thương mạch	0	0
Tổn thương tạng	0	0
Tăng HA khi phẫu tích	8	7,7
Hạ HA sau cắt TMTT	0	0
Khác	0	0
Thời gian nằm viện (ngày)	4,48 ± 1,47 (Nhỏ nhất: 2; Lớn nhất: 9)	
Biến chứng		
Hạ kali máu sau mổ	20	20,4
Hạ huyết áp sau mổ	41	41,8

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh u tuyến thượng thận lành tính

	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Giải phẫu bệnh		
U vỏ	80	76,9
U tuỷ	20	19,2
Nang	04	3,8
Kích thước khối u (mm)		
< 10	8	7,7
11 - < 30	64	61,5
>31	32	30,8
Kích thước trung bình	28,3 ± 16,8 (mm)	

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của bệnh lý u tuyến thượng thận lành tính: U tuyến thượng thận lành tính là một loại khối u phát triển chậm, thường không xâm lấn và có khả năng bài tiết hormone hoặc không. Trong nhiều trường hợp, u được phát hiện một cách tình cờ, không gây triệu chứng rõ rệt. Việc nhận diện đặc điểm lâm sàng của loại bệnh lý này đóng vai trò quan trọng trong chỉ định điều trị và đánh giá hiệu quả phẫu thuật. Tuyến thượng thận nằm ở vị trí sâu trong khoang bụng, phía trên hai quả thận, và được chia thành hai vùng chính: vùng vỏ (chiếm khoảng 90% khối lượng) và vùng tủy. Mỗi vùng đảm nhận chức năng nội tiết khác nhau. Vùng vỏ sản xuất các hormone steroid như cortisol, aldosterone và androgen, trong khi vùng tủy tiết ra catecholamine như adrenaline và noradrenaline. Do đó, biểu hiện lâm sàng của u tuyến thượng thận có thể rất đa dạng, tùy thuộc vào vị trí phát sinh và tính năng bài tiết hormone của khối u.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 23,1% bệnh nhân được phát hiện có u tuyến thượng thận một cách tình cờ khi thực hiện siêu âm bụng trong quá trình khám sức khỏe định kỳ. Đây là một tỷ lệ tương đối cao, phản ánh xu hướng tầm soát chủ động ngày

càng phổ biến trong cộng đồng, giúp phát hiện sớm các tổn thương tiềm ẩn chưa có biểu hiện lâm sàng rõ rệt. Việc phát hiện u một cách tình cờ thường gặp ở các bệnh nhân không có triệu chứng, góp phần làm tăng cơ hội điều trị sớm và giảm nguy cơ biến chứng về sau.

Ngoài ra, có 26,9% bệnh nhân nhập viện do triệu chứng đau tức vùng hạ sườn hoặc thắt lưng. Đây là những dấu hiệu tương đối phổ biến nhưng không đặc hiệu cho bệnh lý tuyến thượng thận, có thể gây nhầm lẫn với các bệnh lý tiêu hóa, tiết niệu hoặc cơ xương khớp. Mặc dù vậy, các cơn đau này đôi khi là yếu tố gợi ý giúp bác sĩ chỉ định các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, qua đó phát hiện u.

Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (69,2%) nhập viện vì tình trạng tăng huyết áp không kiểm soát được bằng thuốc. Trong nhóm này, phần lớn không có biểu hiện cường catecholamine trên xét nghiệm nội tiết – điều này gợi ý rằng không phải tất cả u tuyến thượng thận đều là u tủy tiết catecholamine (như u pheochromocytoma). Thay vào đó, nhiều khối u có thể không chức năng hoặc tiết hormone yếu, gây khó khăn trong chẩn đoán phân biệt.

So với nghiên cứu của Trương Thanh Tùng và cộng sự (2010) [5], tỷ lệ phát hiện u một cách tình cờ qua siêu âm trong nghiên cứu hiện tại thấp hơn, nhưng vẫn cho thấy vai trò quan trọng của kỹ thuật hình ảnh trong sàng lọc và phát hiện sớm.

Một số bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ có các biểu hiện mơ hồ, không đặc hiệu như mệt mỏi, hồi hộp nhẹ, lo âu, hoặc hoàn toàn không có triệu chứng cơ năng. Những biểu hiện này dễ bị bỏ qua hoặc quy cho các nguyên nhân tâm lý - thần kinh, dẫn đến chẩn đoán chậm trễ nếu không có sự nghi ngờ lâm sàng hợp lý.

Về mặt nội tiết, trong một số trường hợp hiếm, u tuyến thượng thận lành tính có thể hoạt động và tiết hormone quá mức, gây nên các hội chứng nội tiết:

- Hội chứng Cushing: Do u tiết quá nhiều cortisol, biểu hiện lâm sàng gồm mặt tròn đỏ, béo bụng, teo cơ chi, mỏng da, rạn da tím, yếu cơ và loãng xương.

- Hội chứng Conn (cường aldosterone nguyên phát): do u tiết aldosterone, gây tăng huyết áp kháng trị kèm theo hạ kali máu, yếu cơ, chuột rút.

- Hội chứng androgen hóa: do u tiết androgen, gây rậm lông, mụn trứng cá, kinh nguyệt không đều hoặc vô kinh ở nữ.

Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các khối u không có hoạt động nội tiết rõ rệt, điều này góp phần khẳng định bản chất lành tính và không chức năng của u – giúp phân biệt với các khối u ác tính hoặc u tiết hormone mạnh thường có biểu hiện rầm rộ, dễ nhận biết hơn. Việc không có triệu chứng nội tiết đặc hiệu cũng cho thấy vai trò quan trọng của các phương pháp cận lâm sàng như CLVT, MRI và xét nghiệm nội tiết định kỳ trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân.

Theo một nghiên cứu của Mansmann và cộng sự (2004) [7], khoảng 70% u thượng thận phát hiện tình cờ không có chức năng nội tiết, và chỉ một phần nhỏ liên quan đến rối loạn hormone. Điều này càng khẳng định xu hướng hiện nay là phát hiện sớm các tổn thương nhờ các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại, ngay cả khi bệnh nhân không có triệu chứng điển hình.

Một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng mô tả triệu chứng mơ hồ như: Khó chịu vùng bụng, mệt mỏi dai dẳng, hồi hộp nhẹ hay cảm giác lo âu không rõ nguyên nhân. Đây là những biểu hiện dễ bị bỏ sót hoặc quy kết cho các nguyên nhân khác. Chỉ sau khi tiến hành siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT-scan), tổn thương mới được phát hiện và xác định là u tuyến thượng thận.

Đáng chú ý, việc đánh giá hormone máu cho thấy phần lớn bệnh nhân không có sự thay đổi đáng kể về nồng độ cortisol, aldosterone hay catecholamine, trừ một số rất ít trường hợp có biểu hiện rối loạn nội tiết mức độ nhẹ. Điều này củng cố thêm nhận định rằng các u tuyến thượng thận lành tính đa phần không hoạt động nội tiết, và lâm sàng thường nghèo nàn, không điển hình.

Trên lâm sàng, việc đánh giá mức độ nghiêm trọng của u tuyến thượng thận lành tính không chỉ dựa vào triệu chứng mà còn dựa vào kích thước khối u và khả năng bài tiết hormone. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ (Endocrine Society), những khối u có kích thước trên 4 cm hoặc có nghi ngờ bài tiết hormone nên được chỉ định phẫu thuật, kể cả khi bệnh nhân không có triệu chứng rõ rệt.

Các đặc điểm lâm sàng của u tuyến thượng thận lành tính có thể rất mờ nhạt, đa phần được phát hiện tình cờ. Đau tức vùng thắt lưng – hạ sườn và tăng huyết áp không kiểm soát là hai biểu hiện thường gặp nhất nhưng lại không đặc hiệu. Do đó, việc khai thác tiền sử lâm sàng kết hợp với hình ảnh học và xét nghiệm nội tiết là cần thiết để xác định chẩn đoán chính xác và hướng xử trí phù hợp.

Cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong đánh giá bản chất khối u tuyến thượng thận, đặc biệt trong việc xác định chức năng nội tiết và nguy cơ ác tính. Trong nghiên cứu này, kích thước trung bình của u đo trên hình ảnh học (Siêu âm và cắt lớp vi tính) là 28,3 ± 16,8 mm, với phần lớn u nằm trong khoảng 11–30 mm (62,5%), tương đương với nghiên cứu của Ôn Quang Phóng (2017) ghi nhận kích thước trung bình là 25,5 ± 15,9 mm, và nghiên cứu của Nguyễn Đức Tiến – Trần Bình Giang (2000) với kích thước trung bình 27,2 mm.

Các xét nghiệm điện giải trước mổ cho thấy có 36,65% hạ kali máu, gặp trong các trường hợp u tiết aldosteron (hội chứng Conn). Đây là tỷ lệ cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Đức Tiến (2000) (23,5%), phản ánh khả năng tầm soát nội tiết tốt hơn trong thời gian gần đây.

Về đánh giá nội tiết, kết quả xét nghiệm cho thấy một phần đáng kể bệnh nhân có rối loạn nồng độ hormone trong máu hoặc nước tiểu 24h. Tỷ lệ tăng adrenalin máu là 21,88%, noradrenalin máu là 11,11%, trong khi ở nước tiểu 24h, tương ứng là 20,83% và 17,19%. Những chỉ số này phản ánh sự hiện diện của các u tủy thượng thận có hoạt tính (pheochromocytoma) ở mức độ vừa phải. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác: Li J. et al. (2020) ghi nhận gần 40% pheochromocytoma có tăng catecholamine rõ rệt, điều này cho thấy rằng bệnh nhân trong nghiên cứu hiện tại đa phần là u tủy không chế tiết hoặc tiết hormone mức độ thấp.

Về cortisol, 15,66% bệnh nhân có tăng Cortisol máu sáng (S) và 20,75% tăng Cortisol máu chiều (C). Điều này gợi ý đến các trường hợp hội chứng Cushing tiềm tàng, tuy nhiên phần lớn không có biểu hiện điển hình trên lâm sàng. Nghiên cứu của Ôn Quang Phóng cũng ghi nhận tỷ lệ cường cortisol không rõ triệu chứng lâm sàng là 18,3%, tương đồng với kết quả nghiên cứu này.

Nồng độ aldosteron tăng ở 10% bệnh nhân, trong khi tỷ lệ u vỏ gây hội chứng Conn trong mô bệnh học là 19,2%, cho thấy có thể có một số trường hợp chưa biểu hiện rõ rệt trên xét nghiệm nhưng được xác định qua GPB. Trong nghiên cứu của Trần Bình Giang (2000), tỷ lệ hội chứng Conn là 14%, thấp hơn, điều này phản ánh xu hướng ngày càng tăng trong việc phát hiện các u chức năng nhờ tiến bộ trong xét nghiệm nội tiết.

Tổng quan, đa số các khối u trong nghiên cứu là không chức năng (45,2%), phù hợp với xu hướng chung trong các nghiên cứu hiện đại khi tỷ lệ u tình cờ không chế tiết ngày càng được phát hiện nhiều hơn nhờ vào kỹ thuật hình ảnh. Mansmann et al. (2004) từng ghi nhận hơn 70% u thượng thận phát hiện tình cờ không có rối loạn nội tiết rõ rệt, điều này càng khẳng định vai trò của chẩn đoán hình ảnh định kỳ và xét nghiệm nội tiết mục tiêu trong phát hiện sớm các u tuyến thượng thận.

Sự phối hợp giữa siêu âm, CT, MRI và xét nghiệm nội tiết đã giúp sàng lọc, định hướng bản chất u trước mổ, đồng thời phân tầng nguy cơ và chỉ định đúng phương pháp điều trị. Tuy nhiên, kết quả mô bệnh học hậu phẫu vẫn đóng vai trò quyết định trong xác định loại u và đánh giá toàn diện hoạt động nội tiết của khối u.

Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi trong phúc mạc đối với u tuyến thượng thận lành tính: Phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính qua đường trong phúc mạc hiện nay được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị các tổn thương tuyến thượng thận có chỉ định phẫu thuật. Kỹ thuật này ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ các ưu điểm vượt trội như: Ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn, ít biến chứng hậu phẫu và đảm bảo tính thẩm mỹ cao [1]. Trong nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, toàn bộ 104 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính qua đường trong phúc mạc trong đó có 06 trường hợp nào phải chuyển mổ mở chiếm 5,8%.

Đường mổ và tư thế bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân được đặt tư thế nằm nghiêng 90 độ về bên đối diện tổn thương, tư thế phổ biến giúp tối ưu việc tiếp cận khoang sau phúc mạc. Trong phẫu thuật, ba trocar được sử dụng: một trocar 10 mm tại đường trắng bên trên rốn dành cho camera và hai trocar thao tác ở hạ sườn và gần mũi ức cùng bên, có thể thêm 1 trocar để vén gan hoặc lách nếu cần. Cách bố trí này giúp thao tác dễ dàng, phẫu tích chính xác và kiểm soát chảy máu hiệu quả.

Đường vào trong phúc mạc được ưu tiên lựa chọn vì thuận tiện trong quan sát và thao tác, đặc biệt hiệu quả với các khối u có kích thước lớn hoặc dính nhẹ. Kỹ thuật này được nhiều tác giả như Walz (2010) [9], Vidal (2012) [10] công nhận là an toàn, hiệu quả hơn so với đường sau phúc mạc trong nhiều trường hợp lâm sàng.

Thời gian mổ

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là 106,35 + 53,50 phút, thấp hơn so với nhiều báo cáo trước đây. Cụ thể, Trần Bình Giang (2000) ghi nhận thời gian mổ trung bình là 115 ± 35 phút, còn Trương Thanh Tùng (2010) [14] trên 475 bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Đức báo cáo thời gian là 108 ± 26 phút. So với các nghiên cứu quốc tế như Kwak (2011), Wang (2012) và Lin (2012), với thời gian trung bình dao động từ 90–130 phút, kết quả nghiên cứu tại Việt Đức cho thấy hiệu quả cao trong phối hợp ê-kíp tốt và sử dụng thiết bị hiện đại.

Chảy máu (phải truyền máu trong hoặc sau mổ)

Có 8 bệnh nhân với tỷ lệ 7,7% phải truyền máu trong hoặc sau mổ. Kết quả này cao hơn với nghiên cứu của Vidal (2012) [10], Jeong (2009) [12] và Shi (2011) [13], trong đó ghi nhận lượng máu mất trung bình <100 ml và tỷ lệ truyền máu <1%.

Kích thước u và bên tổn thương

Kích thước khối u trung bình đo trên CT là 28,3 ± 16,8mm, dao động từ 6 mm đến 120 mm. Phần lớn u nằm trong khoảng 11–30 mm, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn điều trị nội soi cho u lành tuyến thượng thận. Trong số 104 ca, có 53 trường hợp u bên trái và 51 trường hợp u bên phải. Không có sự khác biệt đáng kể nào về độ khó kỹ thuật hoặc kết

quả điều trị giữa hai bên. Walz (2010) [9] và Trương Thanh Tùng (2010) [5] cũng kết luận rằng phẫu thuật nội soi cho u tuyến thượng thận bên trái hay phải đều cho kết quả tương đương, dù u bên phải đôi khi khó kiểm soát tĩnh mạch thượng thận hơn.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 4,48 ± 1,47 ngày. Phần lớn bệnh nhân được xuất viện trong vòng 3–5 ngày. So với phương pháp mổ mở – có thể kéo dài từ 7 đến 10 ngày, kết quả này cho thấy ưu thế rõ rệt của kỹ thuật nội soi về mặt hồi phục và chi phí điều trị. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Hasegawa (2014) [11], Saraki (2013) và Ôn Quang Phóng (2017) [14], trong đó thời gian nằm viện sau mổ nội soi trung bình là 2–4 ngày.

Biến chứng – tai biến

Trong toàn bộ 104 trường hợp, ghi nhận 08 trường hợp tăng huyết áp trong mổ, có 06 ca phải chuyển mổ mở chủ yếu do u lớn khó bóc tách và kiểm soát chảy máu. Không ghi nhận các tai biến thường gặp như tổn thương tạng lân cận (lách, gan, ruột, tụy), tổn thương ống niệu, chảy máu không kiểm soát hay nhiễm trùng vết mổ. Không có bệnh nhân nào cần đặt dẫn lưu ổ bụng, không có tụ dịch tồn lưu hay tái nhập viện trong 30 ngày sau mổ.

So sánh với các báo cáo trước đó, kết quả này nổi bật về độ an toàn. Cụ thể, Trần Bình Giang (2000) [4] ghi nhận tỷ lệ tai biến 2% và biến chứng sau mổ là 3%, Trương Thanh Tùng (2010) [5] báo cáo tỷ lệ tai biến 0,84% và biến chứng nhẹ sau mổ là 2,1%. Các nghiên cứu quốc tế như Walz (2010) [9] và Vidal (2012) [10] cho thấy tỷ lệ tai biến từ 0–5%, chủ yếu là chảy máu nhẹ hoặc nhiễm trùng mức độ nhẹ.

Yếu tố góp phần làm giảm biến chứng bao gồm: kinh nghiệm phẫu thuật viên, lựa chọn đúng chỉ định mổ, thao tác phẫu tích đúng lớp mô giải phẫu, kiểm soát tốt chảy máu và sử dụng dụng cụ nội soi chuyên biệt.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã khẳng định rõ ràng tính hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật nội soi qua đường trong phúc mạc trong điều trị u tuyến thượng thận lành tính. Với tỷ lệ biến chứng sau mổ bằng 0%, không có tai biến trong mổ, thời gian hồi phục nhanh, kỹ thuật này hoàn toàn có thể trở thành phương pháp lựa chọn đầu tay trong thực hành lâm sàng tại các trung tâm ngoại khoa hiện đại. Đồng thời, kết quả nghiên cứu là tiền đề quan trọng để mở rộng chỉ định mổ nội soi, rút ngắn thời gian điều trị, giảm chi phí và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Gagner M, Lacroix A, Bolté E. (1992). Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. New England Journal of Medicine, 327(14):1033.

[2] Li J, Zhou J, Xu M, Liu Y, Zhang X. Laparoscopic versus open adrenalectomy for pheochromocytoma: a meta-analysis. BMC Surgery. 2020;20(1):55. doi:10.1186/s12893-020-00712-1.

[3] Hartmann I, Groeben H, Peters A, Dietz AS, Walz MK. Long-term results after laparoscopic adrenalectomy for primary aldosteronism: a retrospective single-center study of 87 patients. Langenbeck's Archives of Surgery. 2021;406(4):1105–1112. doi:10.1007/s00423-021-02072-4.

[4] Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến. (2000). Nghiên cứu 100 ca cắt u tuyến thượng thận nội soi tại Bệnh viện Việt Đức.

[5] Trương Thanh Tùng. (2010). Nghiên cứu 475 ca phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

[6] Trương Thanh Tùng và cộng sự (2010). Nghiên cứu 475 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

[7] Mansmann, G., Lau, J., Balk, E., Rothberg, M., Miyachi, Y., & Bornstein, S. R. (2004). The clinically inapparent adrenal mass: update in diagnosis and management. Endocrine Reviews, 25(2), 309–340.

[8] Zeiger, M. A., Thompson, G. B., Duh, Q. Y., Hamrahian, A. H., Angelos, P., & Elaraj, D. (2009). American Association of Clinical Endocrinologists and American Association of Endocrine Surgeons Medical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentalomas. Endocr Pract, 15(Suppl 1):1–20.

[9] Walz MK, Peitgen K, Hoermann R, et al. (2010). Posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy: lessons learned within five years. World Journal of Surgery, 34(3):602–609.

[10] Vidal I, Berney T, Giusti V, et al. (2012). Laparoscopic adrenalectomy: a 10-year experience. Surgical Endoscopy, 26(6):1655–1660.

[11] Hasegawa M, Miyajima A. (2014). Laparoscopic adrenalectomy: experience in 100 cases. International Journal of Urology, 21(1):30–35.

[12] Jeong Y, et al. (2009). Outcomes of laparoscopic adrenalectomy: a single-center experience. Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques, 19(3):194–197.

[13] Shi Y, et al. (2011). Laparoscopic versus open adrenalectomy: a meta-analysis. Journal of Surgical Research, 171(1):e49–e58.

[14] Ôn Quang Phóng. (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận tại Việt Nam. Tạp chí Y học Thực hành.