

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TRAPERITONAL REMOVAL OF ADRENALINEAL TUMORS AT NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Ngô Văn Bằng^{1,2}, Trần Ngọc Lương², Hoàng Long¹, Trần Xuân Hưng², Vũ Minh Tuấn^{1*}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²National Hospital of Endocrinology - Nguyen Bo street, Yen So ward, Hanoi, Vietnam

Received: 04/12/2025

Revised: 19/12/2025; Accepted: 22/01/2026

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with adrenal cortex tumors and evaluate the results of laparoscopic surgery through the peritoneum to remove adrenal cortex tumors.

Research methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 48 patients with adrenal cortex tumors who underwent conventional laparoscopic surgery at National Hospital of Endocrinology from 2022-2025, data were collected using a structured questionnaire.

Results: Patients had an average age of 47.6 ± 11.5 years (19-69 years old); female/male ratio is 2.43/1; tumors had endocrine activity of 79.2%. Paraclinical results according to CT or MRI: right-sided tumors 54.2%, left-sided tumors 45.8%, bilateral tumors 2.1%; average tumor size 2.4 ± 0.97 cm (0.5-5 cm). Average surgery time 86.7 ± 17.96 minutes (50-120 minutes). 4/48 patients (8.3%) had complications during surgery (bleeding at the incision site); patients with abdominal drains accounted for 79.2%, the larger the tumor size, the higher the rate of abdominal drains ($p = 0.007$); 2/48 patients (4.2%) had deep surgical wound infections; 12.5% of patients had severe and very severe pain after surgery. Average time to defecate after surgery was 1.7 ± 0.47 days (1-2 days). The average postoperative hospital stay was 6.45 ± 0.85 days (4-8 days).

Conclusion: Regular health check-ups are an active measure to detect early adrenal tumors and the age group 40-59 years old is the age group most often detected with adrenal tumors, especially in women. Laparoscopic surgery through the peritoneum to remove adrenal tumors is a safe, highly effective, and minimally invasive method.

Keywords: Laparoscopic surgery, adrenal tumors, National Hospital of Endocrinology.

*Corresponding author

Email: vuminhtuan@hmu.edu.vn Phone: (+84) 904929862 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4212>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC CẮT U VỎ THƯƠNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Ngô Văn Bằng^{1,2}, Trần Ngọc Lương², Hoàng Long¹, Trần Xuân Hưng², Vũ Minh Tuấn^{1*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương - Đường Nguyễn Bô, phường Yên Sở, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 19/12/2025; Ngày duyệt đăng: 22/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh u vỏ tuyến thượng thận và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt u vỏ thượng thận.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 48 người bệnh u vỏ tuyến thượng thận được phẫu thuật nội soi truyền thống tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ năm 2022-2025, dữ liệu thu thập bằng bộ câu hỏi cấu trúc.

Kết quả: Người bệnh có tuổi trung bình là $47,6 \pm 11,5$ tuổi (19-69 tuổi); tỷ số nữ/nam là 2,43/1; u có hoạt động nội tiết 79,2%. Kết quả cận lâm sàng theo cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ: u bên phải 54,2%, u bên trái 45,8%; kích thước u trung bình $2,4 \pm 0,91$ cm (0,5-5 cm). Thời gian phẫu thuật trung bình $86,7 \pm 17,96$ phút (50-120 phút). 4/48 người bệnh (8,3%) có tai biến trong mổ (chảy máu diện cắt); người bệnh đặt dẫn lưu ổ bụng chiếm 79,2%, kích thước u càng lớn thì tỷ lệ đặt dẫn lưu ổ bụng càng cao ($p = 0,007$); 2/48 người bệnh (4,2%) có nhiễm khuẩn vết mổ sâu; 12,5% người bệnh sau mổ đau nhiều và rất nhiều. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $1,7 \pm 0,47$ ngày (1-2 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $6,45 \pm 0,85$ ngày (4-8 ngày).

Kết luận: Khám sức khỏe định kỳ là biện pháp tích cực để phát hiện sớm u tuyến thượng thận và nhóm 40-59 tuổi là độ tuổi thường phát hiện u vỏ thượng thận nhất, đặc biệt ở nữ giới. Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt u vỏ thượng thận là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, ít xâm lấn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u vỏ thượng thận, Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận có vai trò quan trọng đối với hoạt động sống, là tuyến nội tiết của cơ thể, các quá trình chuyển hóa phức tạp do hormon của TTT vận hành. U tuyến thượng thận (TTT) là quá trình tăng tiết các nội tiết tố, gây nên nhiều hội chứng bệnh lý và điều trị bằng nội khoa thì khó có khả năng triệt để [1].

Khi khám sức khỏe, người bệnh (NB) làm các xét nghiệm và một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường phát hiện tình cờ u TTT, một số ít NB được phát hiện khi có các dấu hiệu lâm sàng như tăng huyết áp (HA) điều trị nội khoa không đỡ, sau đó phát hiện khi chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Tỷ lệ mắc u TTT tăng theo tuổi, từ 0,2% ở người từ 18-25 tuổi, tăng lên 3,2% ở người trên 65 tuổi. Trong số người có khối u TTT thì tỷ lệ mắc u tuyến vỏ thượng thận là chủ yếu (96%) [2-4].

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bỏ TTT là phương pháp được ứng dụng phổ biến trong điều trị u TTT. PTNS có ưu điểm lớn như: cho phép tiếp cận, phẫu tích dễ dàng ở những vùng sâu như TTT, tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, giảm tỷ lệ sa lồi thành bụng sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, NB có thể sớm quay trở về hoạt động bình thường [5-6].

Tại Việt Nam, từ năm 1998 phẫu thuật cắt u TTT qua nội soi ổ bụng được Trần Bình Giang thực hiện [7]. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng thực hiện thành công ca đầu tiên cắt u TTT qua nội soi sau phúc mạc năm 2004 [8]. Một số nghiên cứu của Phạm Trung Thông, Nguyễn Văn Trường, Nguyễn Việt Tuấn cũng chỉ ra rằng PTNS cắt u TTT là phương pháp an toàn, khả thi và cho kết quả tốt [9-11]. Bệnh viện Nội tiết Trung ương đã triển khai phẫu thuật cắt u TTT qua nội soi ổ bụng, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả PTNS qua phúc mạc cắt u vỏ thượng thận. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu kết quả PTNS qua phúc mạc cắt u vỏ thượng thận tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương giai đoạn 2022-2025 với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của NB u vỏ thượng thận được PTNS qua phúc mạc tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương; (2) Đánh giá kết quả PTNS qua phúc mạc cắt u vỏ thượng thận ở nhóm NB trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

*Tác giả liên hệ

Email: vuminhluan@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 904929862 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4212>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, thời gian nghiên cứu từ năm 2022 đến tháng 6/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

NB được chẩn đoán là u vỏ TTT và được điều trị bằng PTNS cắt u vỏ TTT.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB phát hiện u vỏ TTT dựa vào 1 trong các thăm dò hình ảnh như siêu âm, CLVT, cộng hưởng từ (CHT) mà không có triệu chứng lâm sàng của u TTT như đau bụng, đau đầu, mệt mỏi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB không có khả năng gây mê toàn thân, có bệnh nội khoa nặng. Điểm phân loại sức khỏe trước gây mê hồi sức ASA > III, có rối loạn đông máu hoặc đang có nhiễm khuẩn toàn thân.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn toàn bộ 48 NB đủ điều kiện theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu được chỉ định PTNS u vỏ thượng thận trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2025.

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, lý do đến khám.

- Đặc điểm cận lâm sàng: đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ; chẩn đoán hình ảnh: siêu âm ổ bụng, chụp CLVT hoặc CHT ổ bụng; đặc điểm hoạt động nội tiết u: tất cả NB u TTT được phát hiện bởi chẩn đoán hình ảnh đều được làm các xét nghiệm hormon TTT để đánh giá tình trạng hoạt động nội tiết của u.

- Kết quả PTNS qua phúc mạc cắt u vỏ thượng thận: chỉ định PTNS cắt u vỏ thượng thận theo các hướng dẫn của Jung-Min Lee (2017) [5] và Lorenz K (2019) [6]: u hoạt động chức năng nội tiết (nghiệm pháp ức chế bằng Dexamethasone liều thấp 1 mg qua đêm); u ≥ 4 cm trên chẩn đoán hình ảnh.

Phân loại yếu tố nguy cơ gây mê theo bảng điểm ASA của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ; thời gian phẫu thuật trung bình; NB có tai biến trong mổ; NB đặt dẫn lưu ổ bụng; NB có nhiễm khuẩn vết mổ; NB đau sau mổ; thời gian trung tiện sau mổ; thời gian nằm viện sau mổ.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Điều tra viên được tập huấn kỹ về bộ công cụ. Thông tin được thu thập bằng phương pháp ghi chép trên hồ sơ bệnh án với bộ công cụ theo dõi NB được thiết kế sẵn.

- Phương pháp thu thập thông tin: thăm khám NB trước khi phẫu thuật; tham gia trực tiếp các ca phẫu thuật. Đối với các trường hợp không thể tham gia được, chúng tôi ghi lại hình ảnh các kỹ thuật trong phẫu thuật; NB được theo dõi điều trị trong quá trình nằm viện và đánh giá tại thời điểm ra viện; ghi nhận các thông tin theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm EpiData 3.1; phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bao gồm tần số, tỉ lệ cho biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Sử dụng test t-student, ANOVA so sánh kết quả giữa các biến định tính

với biến định lượng. Sự khác biệt giữa các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Phương pháp PTNS qua phúc mạc điều trị u TTT đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Nội tiết Trung ương thông qua, đảm bảo tính an toàn và khả thi của phẫu thuật.

- Những NB tham gia vào nghiên cứu được giải thích kỹ về phương pháp điều trị và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Những NB không tham gia, không bị phân biệt đối xử trong điều trị.

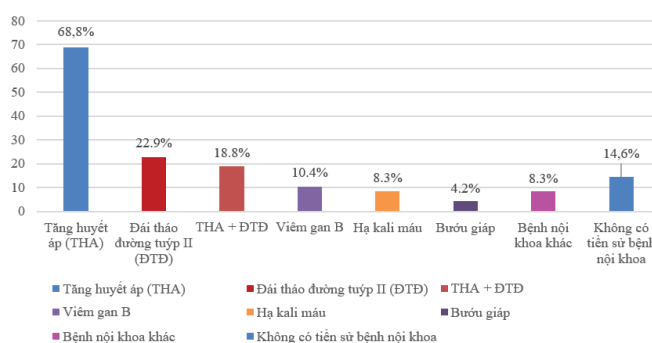
- Số liệu thu thập có tính khách quan, trung thực. Thông tin NB được bảo mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố NB theo tuổi, giới tính, tiền sử phẫu thuật vùng bụng (n = 48)

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18-39 tuổi	12	25,0
	40-59 tuổi	29	60,4
	≥ 60 tuổi	7	14,6
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	$47,6 \pm 11,48$	
	Min-max (tuổi)	19-69	
Giới tính	Nam	14	29,2
	Nữ	34	70,8
Tiền sử phẫu thuật vùng bụng	Không có	42	87,4
	PTNS cắt ruột thừa	3	6,3
	Phẫu thuật khác ở vùng bụng	3	6,3

Tuổi trung bình của NB là $47,6 \pm 11,5$ tuổi, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 69 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm 40-59 tuổi (60,4%), nữ chiếm 70,8%. Có 12,6% NB có tiền sử phẫu thuật vùng bụng.



Hình 1. Phân bố tiền sử bệnh nội khoa của NB

Có 41/48 NB (85,4%) có tiền sử bệnh nội khoa. NB có tăng HA chiếm tỷ lệ cao nhất (68,8%); có 11/48 NB (22,9%) đái tháo đường type 2; 9/48 NB (18,8%) có tiền sử bệnh tăng HA kết hợp đái tháo đường. Ngoài ra, NB còn có tiền sử các bệnh nội khoa: 5/48 NB (10,4%) viêm gan B; 4/48 NB (8,3%) hạ kali máu; 2/48 NB (4,2%) bướu giáp và 4/48 NB (8,3%) có bệnh nội khoa khác.

Bảng 2. Đặc điểm u vô thương thận theo kết quả CLVT hoặc CHT và giải phẫu bệnh (n = 48)

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)
Phân bố vị trí u theo CLTV/CHT	Bên phải	26	54,2
	Bên trái	22	45,8
Kích thước u theo CLVT hoặc CHT	< 2 cm	11	22,9
	2 đến dưới 4 cm	31	64,6
	≥ 4 cm	6	12,5
	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	2,4 ± 0,91	
	Min-max (cm)	0,5-5,0	
Kích thước u theo giải phẫu bệnh	< 2 cm	11	22,9
	2 đến dưới 4 cm	24	50,0
	≥ 4 cm	13	27,1
	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	3,3 ± 2,85	
	Min-max (cm)	0,2-16,5	

Phân bố vị trí u theo kết quả CLVT hoặc CHT cho kết quả 54,2% ở bên phải, 45,8% ở bên trái. Kích thước u trung bình theo CLVT hoặc CHT là 2,4 ± 0,91 cm, nhỏ nhất 0,5 cm, lớn nhất 5,0 cm. Trong đó kích thước u hay gặp từ 2 đến dưới 4 cm, chiếm 64,6%. Kích thước u trung bình theo giải phẫu bệnh là 3,3 ± 2,85 cm, nhỏ nhất 0,2 cm, lớn nhất 16,5 cm. Trong đó kích thước u hay gặp từ 2 đến dưới 4 cm, chiếm 50%.

Bảng 3. Đặc điểm u vô thương thận của NB được chỉ định mổ (n = 48)

Đặc điểm		Số NB	Tỷ lệ (%)
U hoạt động chức năng nội tiết	Có	38	79,2
	Không	10	20,8
Chỉ định mổ theo kích thước u	U hoạt động chức năng nội tiết	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	2,34 ± 0,87
		Min-max (cm)	0,5-4,5
	U ≥ 4 cm (không hoạt động nội tiết)	$\bar{X} \pm SD$ (cm)	4,5 ± 0,71
		Min-max (cm)	4,0-5,0

Chỉ định mổ do u hoạt động chức năng nội tiết chiếm 79,2%. Nhóm u không hoạt động nội tiết có kích thước u trung bình 4,5 ± 0,71 cm (4,0-5,0 cm). Nhóm u hoạt động nội tiết có kích thước trung bình 2,34 ± 0,87 cm (0,5-4,5 cm).

Bảng 4. So sánh sự khác biệt giữa các đặc điểm trong mổ u vô thương thận với kích thước u (n = 48)

Phương pháp xử lý u		Số NB	Kích thước u (theo CLVT hoặc CHT)		p
			$\bar{X} \pm SD$ (cm)	Min-max (cm)	
Kỹ thuật xử lý tĩnh mạch thượng thận chính	Kẹp clip	39	2,6 ± 0,94	1,5-5,0	0,146
	Dao siêu âm	9	2,3 ± 1,06	1,5-3,0	

Phương pháp xử lý u		Số NB	Kích thước u (theo CLVT hoặc CHT)		p
			$\bar{X} \pm SD$ (cm)	Min-max (cm)	
Tai biến trong mổ	Không tai biến	44	2,38 ± 0,97	0,5-5,0	0,55
	Chảy máu	4	2,73 ± 1,1	2,0-4,0	
Đặt dẫn lưu ổ bụng	Có	38	2,58 ± 0,94	1,0-5,0	0,007
	Không	10	1,53 ± 0,51	0,5-2,0	

Không có sự khác biệt giữa phương pháp xử lý u, kỹ thuật xử lý tĩnh mạch thượng thận chính, tai biến trong mổ với kích thước u. Kích thước u càng lớn thì tỷ lệ đặt dẫn lưu ổ bụng càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu (n = 48)

Thời gian	$\bar{X} \pm SD$	Min-max
Thời gian phẫu thuật (phút)	86,7 ± 17,96	50-120
Thời gian trung tiện (ngày)	1,7 ± 0,47	1-2
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	2,11 ± 0,9	1-4
Thời gian đau sau mổ (ngày)	1,89 ± 0,96	1-4
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	6,45 ± 0,85	4-8

Thời gian phẫu thuật trung bình 86,7 phút; thời gian trung bình NB trung tiện được sau phẫu thuật 1,91 ngày; rút dẫn lưu sau 2,11 ngày; thời gian NB đau sau mổ trung bình 1,89 ngày; thời gian nằm viện sau mổ trung bình 6,45 ngày.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của NB là 47,6 ± 11,48 tuổi, nhỏ nhất 19, lớn nhất là 69 tuổi; nhóm từ 40-59 tuổi chiếm đa số với 64,6%. Tuổi trung bình của NB trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu trên thế giới: Coste T và cộng sự (2017) tổng hợp 20 năm kinh nghiệm PTNS cắt u TTT với 520 NB thấy tuổi trung bình là 49,6 ± 14,2 [11]; Amodru V và cộng sự (2019) nghiên cứu 81 NB u TTT phát hiện tình cờ thấy tuổi trung bình là 57,6 [12]. Tại Việt Nam, tuổi trung bình của NB trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Khánh (42,62 ± 15,84 tuổi) [13], Đỗ Trường Thành (43,3 ± 11,8 tuổi) [14], Nguyễn Thành Vinh (45,22 ± 13,39 tuổi) [15], và tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trường (47,7 ± 12,3 tuổi) [10]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ NB nữ chiếm đa số với 70,8% tương đồng với một số tác giả khác [11], [15].

Nghiên cứu này có 41 NB có bệnh nội khoa, chiếm 85,4%. Tăng HA đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (68,8%); sau đó là đái tháo đường (22,9%); NB có tăng HA và đái tháo đường chiếm 18,8%. Trong bệnh lý u TTT, tăng HA và có bệnh phối hợp, cũng có thể là hậu quả của u TTT. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tăng HA đơn thuần (68,8%) cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Vinh (55,4%) [15].

Tỷ lệ mắc u TTT lành tính tăng theo lứa tuổi và thường đi kèm với béo phì, đái tháo đường hoặc tăng HA. Các hướng

dẫn điều trị u TTT lành tính đều cho rằng, cần khai thác đầy đủ các bệnh nội khoa phối hợp, hội chẩn nội tiết, chuyên khoa tim mạch, gây mê đánh giá toàn trạng NB và phối hợp điều trị ổn định bệnh lý nội khoa (nếu có) trước mổ. Việc cân bằng điện giải và kiểm soát HA ở NB có khối u TTT tăng hoạt động nội tiết trong giai đoạn này cũng cần được thực hiện [5]. Chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả: tình trạng của NB và các bệnh nội khoa phối hợp có ảnh hưởng lớn tới chỉ định và kết quả phẫu thuật, đặc biệt trong PTNS điều trị u TTT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả NB đều được kiểm soát bệnh lý nội khoa ổn định trước khi phẫu thuật, qua đó giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng.

Đối với khối u TTT phát hiện tình cờ trên siêu âm rất có ý nghĩa trong chỉ định điều trị, dựa vào kích thước và độ xâm lấn của u, cũng như hạch lân cận. Theo Iñiguez-Ariza N.M, giá trị của siêu âm trong việc phân biệt u lành hay ác tính là rất thấp, trừ khi thấy di căn vào cơ quan lân cận, nhưng nó có giá trị gợi ý hướng tới một chẩn đoán bản chất khối u: khi một khối u > 50 mm kết hợp có dấu hiệu vôi hóa, hoại tử, hạch to trong ổ bụng, xâm lấn mô và tạng lân cận thì khả năng ác tính là rất lớn; và ngược lại một khối u ≤ 50 mm, đồng âm, bờ đều, ranh giới rõ thì thường là lành tính [16]. Bên cạnh đó, do siêu âm phụ thuộc vào trình độ của người thực hiện nên độ nhạy của xét nghiệm này cũng khác nhau trong các nghiên cứu. Iñiguez-Ariza có nhận định độ nhạy siêu âm rất thấp đối với u TTT có kích thước nhỏ hơn 1 cm. Tuy nhiên với những khối u kích thước lớn thì dễ chẩn đoán nhầm do kích thước u lớn thì tỷ lệ ác tính cao, u xâm lấn xung quanh làm cho ranh giới giữa u và thành phần xung quanh không rõ trên siêu âm [16].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả siêu âm cho thấy: 14 trường hợp (29,2%) không phát hiện được u; kích thước u trung bình là $2,37 \pm 0,92$ cm, nhỏ nhất 1,0 cm, lớn nhất 4,5 cm, trong đó kích thước u hay gặp từ 2 cm đến dưới 4 cm, chiếm 58,8%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Vinh (15,4%) [15] không phát hiện thấy u trên siêu âm. Kích thước u trung bình theo siêu âm của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Vinh ($3,4 \pm 1,98$ cm), tuy nhiên tỷ lệ kích thước u từ 2 cm đến dưới 4,0 cm trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn (58,8% so với 44,9) [15].

Sự phát triển của khoa học kỹ thuật đã góp phần có được nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc phát hiện và đánh giá u TTT không triệu chứng. Phổ biến nhất bao gồm chụp CLVT, chụp CHT [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình của u TTT đo được trên hình ảnh CLVT (hoặc CHT) là $2,4 \pm 0,97$ cm, nhỏ nhất 0,5 cm, lớn nhất 5 cm. Kích thước u hay gặp từ 2 đến dưới 4 cm, chiếm 60,5%. Nghiên cứu của Amodru V: u từ 4-6 cm ở 66 NB (81,5%) và u > 6 cm ở 15 NB (18,5%) [12]. Kích thước u trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thành Vinh là $2,95 \pm 1,37$ cm (0,8-8 cm) [15]; theo nghiên cứu của Phạm Trung Thông và cộng sự, kích thước u trung bình đo được trên CLVT là $4,11 \pm 1,42$ cm (nhỏ nhất 1,5 cm và lớn nhất 8,5 cm), kích thước u trung bình của nhóm u vô thương thận lành tính là 2,5 cm [9]. Như vậy, kích thước u trung bình đo được trên hình ảnh CLVT/CHT trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với các tác giả trên [9], [12], [15].

Theo hướng dẫn của Hội Phẫu thuật Nội tiết Đức (2019), nên chỉ định PTNS đối với các khối u TTT không hoạt động có đường kính < 6 cm, không nghi ngờ ác tính [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần u hoạt động nội tiết, chiếm 79,2%, u không hoạt động nội tiết chiếm 20,8%. Tương tự các nghiên cứu trên, chúng tôi chỉ định PTNS đối với kích thước u trung bình $2,44 \pm 0,98$ cm (0,5-5,0 cm), đa phần là do u hoạt động nội tiết (72,9%).

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 3 trường hợp có tai biến trong mổ là chảy máu diện cắt, chiếm 8,3%. Kích thước u càng tăng thì tỷ lệ tai biến càng cao. Kích thước u ở nhóm không tai biến là $2,38 \pm 0,97$ cm, thấp hơn nhóm có tai biến là $2,73 \pm 1,1$ cm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Coste T (2017) ghi nhận 81 trường hợp tai biến trong mổ, chiếm 15,6%. Chảy máu là tai biến gặp nhiều nhất với 33,3% (bao gồm chảy máu từ diện lách 7,4%, tổn thương tĩnh mạch 22,2%, tổn thương động mạch 1,2% và 2,5% không xác định), đây cũng là nguyên nhân chính trong 1/4 trường hợp phải chuyển mổ mở để khâu cầm máu do vết thương bên phải của tĩnh mạch chủ và tĩnh mạch thận trái - đều là những tình huống thực sự nguy hiểm [11]. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành ghi nhận tai biến trong mổ: 2 trường hợp chảy máu, những trường hợp này đều là u kích thước > 5 cm có xâm lấn tổ chức xung quanh, quá trình bóc tách giải phóng u khó khăn dẫn đến chảy máu; có 5 trường hợp tràn khí dưới da, không có tràn khí màng phổi [14].

Nghiên cứu có 36/48 NB (75%) phải đặt dẫn lưu ổ bụng, chủ yếu do tai biến chảy máu, chúng tôi chủ động đặt dẫn lưu để dự phòng và theo dõi biến chứng chảy máu hoặc ổ dịch tồn dư sau mổ. Kích thước u càng tăng thì tỷ lệ đặt dẫn lưu ổ bụng càng cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ trung bình $2,11 \pm 0,9$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 4 ngày. Nghiên cứu của Coste T (2017) có 63,3% trường hợp phải đặt dẫn lưu ổ bụng [11].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $86,7 \pm 17,96$ phút (50-120 phút), thấp hơn của Lê Đình Khánh là $151,46 \pm 54,44$ phút (90-260 phút) [13], tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trường Thành là 86,2 phút [14] và cao hơn của Nguyễn Thành Vinh $79,7 \pm 31,96$ phút [15]. Kích thước u cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật. Thời gian mổ lâu hơn ở những khối u có kích thước > 6 cm, dẫn đến chèn ép xung quanh, xâm lấn, làm hẹp trường mổ, tăng sinh mạch máu, khó khăn khi di động, phẫu tích giải phóng u, đặc biệt khi kiểm soát tĩnh mạch thượng thận chính bên phải [15].

Thời gian NB trung tiện được trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình $1,7 \pm 0,47$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 2 ngày. Trong nghiên cứu của Coste T, thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa sau mổ là $2,71 \pm 1,2$ ngày (1-9 ngày), tác giả nhận thấy ưu điểm của PTNS cắt u TTT là ít xâm lấn, chạm thương các tạng trong ổ bụng ít hơn, NB ít đau sau mổ, qua đó thời gian phục hồi nhu động ruột cũng sớm hơn [11]. Như vậy, thời gian NB trung tiện được trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Coste T [11] và Nguyễn Thành Vinh $1,95 \pm 0,65$ ngày [15] và cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Trung Thông $1,64 \pm 0,55$ ngày [9].

Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của Coste T là $4,4 \pm 2,8$ ngày (1-32) [11], của Phạm Trung Thông là $4,52 \pm 1,03$ ngày [9]. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,45 \pm 0,85$ ngày (4-8 ngày). Như vậy, thời gian nằm viện sau mổ của NB trong nghiên cứu của chúng tôi lâu hơn so với hai tác giả trên.

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của NB là $47,6 \pm 11,48$; nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi. Nhóm từ 40-59 tuổi chiếm đa số (64,6%); đa số là nữ giới (70,8%). NB có tiền sử bệnh nội khoa (87,4%). 33/48 NB (68,8%) có tăng HA chiếm tỷ lệ cao nhất; 11/48 NB (22,9%) đái tháo đường type 2; 9/49 NB (18,8%) có tiền sử bệnh nội khoa kết hợp tăng HA và đái tháo đường. 12,6% NB có tiền sử phẫu thuật vùng bụng.

Thời gian phẫu thuật trung bình $86,7 \pm 17,96$ phút (50-120 phút). 3/48 NB (6,3%) có tai biến trong mổ (chảy máu diện cắt); NB đặt dẫn lưu ổ bụng chiếm 79,2%, kích thước u càng lớn thì tỷ lệ đặt dẫn lưu ổ bụng càng cao ($p = 0,007$); có 2/48 NB (4,2%) có nhiễm khuẩn vết mổ sâu; 12,5% NB sau mổ đau nhiều và rất nhiều. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $1,7 \pm 0,47$ ngày (1-2 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $6,45 \pm 0,85$ ngày (4-8 ngày). PTNS là phương pháp khả thi, an toàn trong điều trị các u TTT lành tính: 100% được áp dụng PTNS truyền thống. Đánh giá kết quả sớm: 100% đạt kết quả tốt.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hoàng Long. Các u tuyến thượng thận. Trong: Bệnh học Tiết niệu. Nhà xuất bản Y học, 2007, 614-644.
- [2] Jing Y et al. Prevalence and characteristics of adrenal tumors in an unselected screening population: A cross-sectional study. *Ann Intern Med*, 2022, 175 (10): 1383-1391.
- [3] Ebbelohj A et al. Epidemiology of adrenal tumours in Olmsted County, Minnesota, USA: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 2020, 8 (11): 894-902.
- [4] Terzolo M et al. AME position statement on adrenal incidentaloma. *Eur J Endocrinol*, 2001, 163: 851-870.
- [5] Jung-Min Lee et al. Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. *Endocrinol Metab (Seoul)*, 2017, 32 (2): 200-218.
- [6] Lorenz K et al. Surgical therapy of adrenal tumors: Guidelines from the German Association of Endocrine Surgeons (CAEK). *LangeNBCK's Archives of Surgery*, 2019, 404 (4): 385-401.
- [7] Trần Bình Giang, Lê Ngọc Từ. Cắt u tuyến thượng thận qua nội soi nhân 2 trường hợp. *Ngoại khoa, số đặc biệt: chuyên đề nội soi*, 2000: 16-8.
- [8] Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Thanh Phong. Nhân một trường hợp cắt bướu tuyến thượng thận qua nội soi sau phúc mạc vùng hông lưng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2005, 313: 198-204.
- [9] Phạm Trung Thông và cộng sự. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận lành tính tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, 518 (1): 162-166.
- [10] Nguyễn Văn Trường, Đỗ Trường Thành. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị u tuyến thượng thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, 521 (1): 14-17.
- [11] Coste T et al. Laparoscopic adrenalectomy by transabdominal lateral approach: 20 years of experience. *Surg Endosc*, 2017, 31 (7): 2743-2751.
- [12] Amodru V et al. Large adrenal incidentalomas require a dedicated diagnostic procedure. *Endocrine Practice*, 2019, 25 (7): 669-677.
- [13] Lê Đình Khánh và cộng sự. Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 2012, 16 (3): 488-491.
- [14] Đỗ Trường Thành, Trịnh Hoàng Giang. Đánh giá kết quả điều trị u vỏ tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi qua đường bụng. *Tạp chí Y học thực hành*, 2013, 893: 84-86.
- [15] Nguyễn Thành Vinh. 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 y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [16] Iñiguez-Ariza N.M et al. Clinical, biochemical, and radiological characteristics of a single-center retrospective cohort of 705 large adrenal tumors. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*, 2018, 2: 30-39.