

25,3%, mổ mở bóc u là 66,9%, nội soi chuyển mổ mở chiếm 7,8%

- Có 6 bệnh nhân phải cắt tử cung (2,8%). Trong đó 3 bệnh nhân dưới 40 tuổi. Có 3 bệnh nhân chưa đủ con: 1 bệnh nhân có 1 con, đặc biệt có tới 2 bệnh nhân chưa có con nào. Các nguyên nhân dẫn đến bảo tồn tử cung thất bại bao gồm như: Dính, chảy máu, u to, và gặp nhiều nhất là ở các vị trí khó để bóc u như u mặt sau, ở eo tử cung, nằm sâu trong cơ và dây chằng rộng (68,8%).

- Số bệnh nhân bị tổn thương niêm mạc tử cung mổ mở bóc u chiếm 9,2% (20/217), cao hơn nhóm nội soi bóc u 1,8%(4/217)

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Vy**, U xơ tử cung, Bài giảng sản phụ khoa dành cho sau đại học, Nhà xuất bản Y học. 2019; 311-315
2. **Rossetti A, Sizzi O, Soranna L, Mancuso S, Lanzone A**. Fertility outcome: long-term results after laparoscopic myomectomy. *Gynecol Endocrinol*.

- 2001; Apr;15(2):129-34. PMID: 11379009.
3. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi**, Đánh giá bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bóc nhân xơ tử cung, *Nội san sản phụ khoa*. 2005; 115-121.
4. **Vũ Thị Thanh Vân**, Nghiên cứu kết quả phẫu thuật tách bóc u xơ tử cung tại Viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 5 năm 1996-2000, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2002
5. **Nguyễn Đức Hình**, Tổng kết chặng đường 10 năm nội soi ổ bụng của Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, *Nội san sản phụ khoa, Số đặc biệt hội nghị đại biểu Hội sản phụ khoa và sinh đẻ có kế hoạch Việt Nam, khóa XV kỳ họp thứ 3*. 2005; 107-114.
6. **Nguyễn Mạnh Thăng**, Các phương pháp phẫu thuật u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018;470(2),11-14
7. **Nguyễn Thị Phương Loan**, Nghiên cứu tình hình xử trí u xơ tử cung bằng phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2004, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội; 2005
8. **Đặng Thị Minh Nguyệt, Trần Thị Mai Anh**. Nhận xét một số kết quả bóc u cơ trơn tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương . *Tạp Chí Phụ sản*. 2017; 15(2), 119 - 124.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CONN DO U TUYẾN THƯỢNG THẬN

Nguyễn Việt Tuấn<sup>1</sup>, Hoàng Long<sup>1</sup>,  
Võ Văn Minh<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Linh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Đại học Y. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu đánh giá trên 88 bệnh nhân bị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Đại học Y từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022. Kết quả được đánh giá thông qua xét nghiệm và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 44,01 ± 11,18 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi và nhỏ nhất là 24 tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 2,82. 95,4% bệnh nhân có tăng huyết áp trên lâm sàng. Về mặt chẩn đoán hình ảnh, 91,3% có hình ảnh giảm âm trên siêu âm, 89,9% có hình ảnh đậm độ u ≤ 25 HU trên cắt lớp vi tính. Thời gian phẫu thuật trung bình là 58,8 ± 16,7 phút, thời gian hậu phẫu trung bình là 3,9 ± 1,6 ngày, không có bệnh nhân tử vong và chuyển mổ mở. 100% bệnh nhân có xét nghiệm Kali trở về bình thường và siêu âm không còn u, triệu chứng tăng

huyết áp cải thiện ở 86,6% số bệnh nhân. Mức độ rất hài lòng của bệnh nhân sau mổ đạt 87,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận là phương pháp phẫu thuật an toàn, hậu phẫu ngắn, tính thẩm mỹ cao, đạt kết quả tốt về lâm sàng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, hội chứng Conn do u tuyến thượng thận, cường aldosteron nguyên phát...

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF RETROPERITONEOSCOPIC ADRENALECTOMY IN CONN'S SYNDROME CAUSED BY ADRENAL ADENOMAS

**Introduction:** Evaluation of the outcomes of retroperitoneoscopic adrenalectomy in Conn's syndrome caused by adreanal adenomas. **Method:** We retrospectively reviewed the results of 88 patients with Conn's syndrome were operated on endoscopically between January 2018 and June 2022 in Viet Duc hospital and Medical University Hospital. The results was assessed by blood test and image after surgery. **Result:** Mean age was 44,01 ± 11,18 years old, the oldest was 69 years old and the youngest was 24 years old, femal/male ratio is 2,82. 95,4% of patients had clinical hypertension. In term of imaging, 91,3% have hypoechoic images on ultrasound, 89,9% have images with tumor grade ≤

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Tuấn

Email: nguyenviettuantuan711@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 12.12.2022

25 HU on computed tomography. The mean operative time was  $58,8 \pm 16,7$  minutes, the mean postoperative time was  $3,9 \pm 1,6$  days, no patient die and open surgery was 0 %/ 100% of the patients had normal potassium test and no tumor on ultrasound, improved symptoms of hypertension in 86,6% of patients, very satisfied patients after surgery reached 87,8%. **Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic surgery for treatment of Conn's syndrome due to adrenal adenoma is a safe surgical method with short postoperative period, high aesthetics and good results in sieving as well as quality of life patients.

**Keywords:** Retroperitoneal laparoscopic surgery, Conn's syndrome due to adenoma, primary hyperaldosteronism...

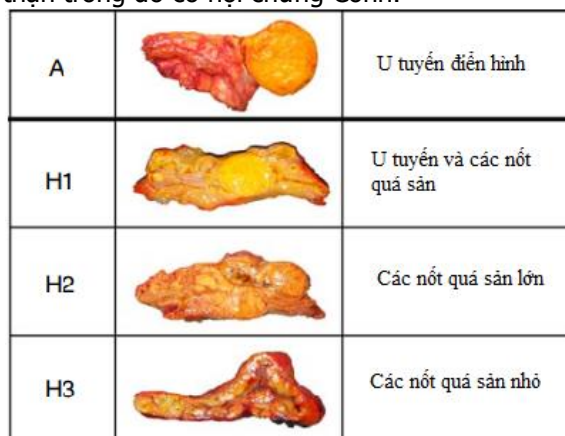
## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết có tính sinh mạng đối với cơ thể. Hormon của tuyến tham gia vào các quá trình chuyển hóa đường, điện giải, điều hòa huyết áp động mạch. Sự tăng tiết các nội tiết tố do u tuyến thượng thận đã gây nên nhiều bệnh lý phức tạp, trong đó có hội chứng Conn do u lành tính tuyến thượng thận. Hội chứng Conn được Conn.J.W mô tả năm 1955. Hội chứng bao gồm những rối loạn về lâm sàng và sinh hóa do lớp cầu của vỏ thượng thận tiết quá nhiều aldosteron. Biểu hiện thường gặp của hội chứng Conn là tăng huyết áp, hạ kali máu, chuột rút, yếu cơ, đôi khi liệt cơ, đa niệu. Nếu không được dùng thuốc liên tục hoặc không được phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận, các triệu chứng trên rất khó kiểm soát.

Trước đây chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và các xét nghiệm sinh học nên khó chẩn đoán do không thể xác định được vị trí, bản chất khối u TTT dẫn đến việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn. Từ khoảng những năm 70 của thế kỷ 20, chẩn đoán hình ảnh có nhiều tiến bộ, cho phép chẩn đoán xác định u với độ nhạy và độ đặc hiệu cao<sup>1</sup>.

Điều trị ngoại khoa là một biện pháp điều trị quan trọng bệnh lý u tuyến thượng thận và đối với hội chứng Conn do u tuyến thượng thận thì ngoại khoa là phương pháp điều trị có hiệu quả rất cao. Trên thế giới, điều trị u tuyến thượng thận bằng ngoại khoa đã được nhiều tác giả nghiên cứu. Năm 1926, Roux S. và Mayo C. thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u tuyến thượng thận. Tuy nhiên, phẫu thuật kinh điển vẫn là một thách thức: đường tiếp cận u TTT khó, rối loạn huyết động cao trong mổ, hậu phẫu phức tạp, thời gian nằm viện kéo dài (12-16 ngày), nhất là tỷ lệ tử vong rất cao (10-20%), vì thế cho đến nay phẫu thuật mổ mở u TTT vẫn luôn là phẫu thuật nặng nề. Năm 1992, Gagner thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u TTT

qua nội soi. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị u TTT đã bắt đầu áp dụng từ năm 2000 tại hai bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Bình Dân<sup>2</sup>, nó đã khắc phục được những nhược điểm của phẫu thuật kinh điển, mở ra thời kỳ mới trong lịch sử điều trị ngoại khoa u tuyến thượng thận trong đó có hội chứng Conn.



**Hình 1: Hình thái u trong hội chứng Conn**

Do vị trí giải phẫu đặc biệt nên có rất nhiều đường vào TTT đã được mô tả trong phẫu thuật cắt TTT<sup>3</sup>. Trong các đường mổ nội soi, ngày nay có hai đường vào chính tiếp cận TTT là đường vào sau phúc mạc và trong phúc mạc. Một số tác giả cho rằng đường vào trong phúc mạc là thuận tiện hơn, tuy nhiên gần đây một số nghiên cứu lại cho thấy đường vào sau phúc mạc đang dần là một lựa chọn thay thế với nhiều ưu điểm như thời gian mổ, thời gian hậu phẫu ngắn hơn, thời gian tái thiết lập đường tiêu hóa nhanh hơn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 88 bệnh nhân được chẩn đoán là aldosteronoma (hội chứng Conn) do u tuyến thượng thận lành tính và được điều trị phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2018 đến 6/2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là hội chứng Conn do u tuyến thượng thận (bảng lâm sàng, cận lâm sàng) và đồng ý phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là u vỏ tuyến thượng thận.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Conn do u tuyến thượng thận nhưng không mổ hoặc mổ mở, bệnh nhân có hội chứng Conn do tăng sản vỏ tuyến thượng thận hai bên, các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin.

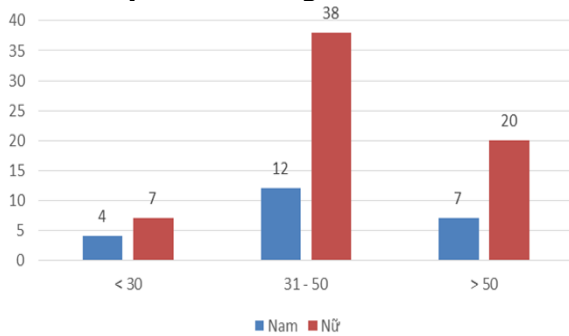
**- Các biến nghiên cứu:**

**+ Đặc điểm chung:** Tuổi, giới, lý do vào viện, kích thước u trên siêu âm và cắt lớp vi tính, đậm độ u, xét nghiệm Kali máu, rennin aldsteron máu, thời gian mổ.

**+ Kết quả điều trị:** Thời gian hậu phẫu, biến chứng sau mổ, kết quả khám lại sau 1 tháng, 6 tháng bằng sinh hoá, hormon, sự cải thiện huyết áp, mức độ hài lòng sau phẫu thuật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**



**Biểu đồ 1: Phân bố u theo tuổi**

**Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm	N	%
Tuổi	< 30	11	12,5
	31 - 50	50	56,8
	> 50	27	30,7
Giới	Nam	23	26,14
	Nữ	65	73,86
Lý do vào viện	Tăng huyết áp	84	95,4
	Cơ rút cơ	13	14,8
	Tê bì	1	1,1
	Đau thắt lưng	3	3,4
	Không triệu chứng	3	3,4
Kích thước u trên CLVT	1-10mm	4	4,5
	11-30mm	79	89,8
	> 30mm	5	5,7
Đậm độ u trên CLVT	≤ 25 HU	79	89,8
	> 25 HU	9	10,2
Xét nghiệm	Hạ Kali	80	90,9
	Hạ rennin	53/59	89,8
	Tăng aldosteron	59/59	100
Thời gian mổ	58,8 ± 16,7 phút		

- Tuổi trung bình: 44,01 ± 11,18 (nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 69 tuổi)

- Tỷ lệ nữ/nam: 2,82

- Tăng huyết áp là triệu chứng điển hình của bệnh chiếm 95,4% số bệnh nhân, đa số u có kích thước 11-30mm, trung bình là 20,15 ± 7,18mm, khối kích thước lớn nhất là 47mm và nhỏ nhất là 8mm, đậm độ u trên cắt lớp vi tính ≤ 25 HU là chủ yếu chiếm 89,8%.

- Tất cả bệnh nhân được xét nghiệm đều có tăng aldosteron, đây là nguyên nhân cơ chế chính của bệnh, có 89,8% bệnh nhân hạ renin và 90,9% hạ kali máu.

- Thời gian mổ trung bình 58,8 ± 16,7 phút, không có trường hợp nào chuyển mổ mở.

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 2: Kết quả sau phẫu thuật**

Kết quả điều trị	Nhóm	N	%
Thời gian hậu phẫu	< 3 ngày	1	1,1
	3-4 ngày	70	79,5
	> 4 ngày	17	19,3
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	2	2,3
	Suy tuyến thượng thận cấp	0	0,0
	Đọa phù phổi cấp	0	0,0
Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật	Tăng huyết áp	23	28,0
	Cơ rút cơ	0	0,0
	Tê bì	0	0,0
	Đau thắt lưng	0	0,0
Cận lâm sàng sau phẫu thuật	Hạ Kali	0	0,0
	Hạ Rennin	0	0,0
	Tăng aldosteron	0	0,0
Siêu âm và chụp CLVT sau mổ	Còn u	0	0,0
	Không còn u	70	100,0
Mức độ hài lòng sau phẫu thuật	Rất hài lòng	72	87,8
	Hài lòng	9	11,0
	Không hài lòng	1	1,2

- Bệnh nhân có thời gian hậu phẫu trung bình 3,9 ± 1,6 ngày, so sánh với vị trí u và kích thước u thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và được điều trị ổn định.

- Sau mổ 6 tháng huyết áp được cải thiện rõ rệt, số bệnh nhân còn tăng huyết áp là 23/82 bệnh nhân, trong đó giảm liều thuốc huyết áp và không còn dùng thuốc là 71/82 bệnh nhân chiếm 86,6%, chỉ có 13,4% không cải thiện, các chỉ số sinh hoá và hormon đều trở về bình thường ở tất cả các bệnh nhân. Siêu âm và chụp CLVT sau mổ đều không còn u.

- 87,8% bệnh nhân rất hài lòng với cuộc phẫu thuật, chỉ có 1 bệnh nhân không hài lòng.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi hay gặp nhất là ở lứa tuổi từ 31-50, chiếm 56,8%. Độ tuổi trung bình là 44,01 ± 11,18; lớn nhất là 69 tuổi, nhỏ nhất là 24 tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Martin K. Walz là 49,6 ± 12,8<sup>4</sup>. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ nữ mắc bệnh là 73,86%; nam mắc

bệnh là 26,14%. Nữ gấp 2,82 lần của nam. Ở một số nghiên cứu của các tác giả khác như Trần Bình Giang tỉ lệ nữ/nam là 38/23(1,65), Serkan Teksöz (2019) tỉ lệ này là 91/40 (2,28).

Tăng huyết áp: Là triệu chứng đặc trưng của hội chứng Conn, có đặc điểm là kháng trị với các thuốc điều trị huyết áp thông thường, chỉ có thể kiểm soát được khi loại bỏ được khối u tuyến thượng thận. Co rút cơ, kèm theo liệt nhẹ từng đợt nhóm triệu chứng không gặp thường xuyên. Các dấu hiệu đái nhiều, uống nhiều về đêm là dấu hiệu của hạ kali máu, gặp tỷ lệ không cao, mặc dù xét nghiệm hạ kali máu gặp trong 80-100%.

Kali máu giảm: là biểu hiện thường gặp của HC Conn. Cơ chế gây ra do aldosteron làm tăng tái hấp thu  $\text{Na}^+$  ở ống thận vào dịch ngoại bào, tăng thể tích dịch ngoại bào và lượng  $\text{Na}^+$  vào trong cơ thể.  $\text{K}^+$  được thải ra ngoài để hấp thu  $\text{Na}^+$ ,  $\text{H}^+$  đi vào nội bào gây tình trạng kiềm chuyển hóa.  $\text{K}^+$  giảm gây ra giảm tình trạng dung nạp với glucose và đề kháng với vasopresine. Mai Thế Trạch và Nguyễn Thụy Khuê cho rằng trong HC Conn, 20%  $\text{K}^+$  máu có thể ở mức bình thường. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Tiến  $\text{K}^+$  máu giảm trong 88% với trị số trung bình 2,6 mmol/l thay đổi từ 1,5-3,6 mmol/l, nghiên cứu của Nguyễn Trinh Cơ, Nguyễn Như Bằng  $\text{K}^+$  máu giảm 100%. Aldosterone máu: Theo Young U. F. nồng độ aldosterone huyết tương trên hoạt tính renin huyết tương  $> 30$  và nồng độ aldosterone huyết tương  $> 20\text{ng/dl}$  có thể chẩn đoán cường aldosteron nguyên phát với độ nhạy 90%<sup>5</sup>, Trong nghiên cứu của chúng tôi có 59/59 bệnh nhân có aldosterone máu cao hơn mức bình thường, chiếm 100% số bệnh nhân làm xét nghiệm. Renin máu: Còn được gọi là angiotensinogenase, là một protein enzym được tiết ra bởi các tế bào cạnh cầu thận tham gia vào hệ thống renin-angiotensin-aldosterone (RAAS) có vai trò điều chỉnh thể tích dịch ngoại bào, gây co mạch, nhờ đó điều chỉnh huyết áp trung bình của cơ thể. Khi aldosteron trong máu tăng gây tăng tái hấp thu muối và nước gây tăng huyết áp, do đó ức chế hệ renin-angiotensin làm giảm tiết renin máu. Nghiên cứu của chúng tôi có 89,8% bệnh nhân giảm renin máu.

Nghiên cứu cho thấy nhóm u tuyến thượng thận kích thước  $< 30\text{mm}$  có 83/88 trường hợp chiếm 94,3%, nhóm u tuyến thượng thận kích thước  $> 30\text{mm}$  có 5/88 trường hợp chiếm 5,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước trung bình của u TTT đo được trên hình ảnh CLVT là  $20,15 \pm 7,18$ , kích thước nhỏ nhất 8mm,

lớn nhất 47mm. Nghiên cứu của Lee.M.J kích thước trung bình của nhóm u lành tính là 21mm và nhóm u ác tính là 39mm; Nghiên cứu của M. K Walz<sup>4</sup> kích thước trung bình u là  $1,5 \pm 0,8$  mm. Có 79/88 bệnh nhân có u đậm độ trước tiêm  $\leq 25\text{HU}$ , trung bình là  $12,6 \pm 9,3$  HU, kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu như Nguyễn Minh Châu<sup>6</sup> là 11,5HU, Park S.H, Mohamed R.E có kết quả trung bình lần lượt là 16,3HU và 12,9HU, về ngưỡng tối ưu cũng phù hợp với nghiên cứu của Park S.H là 25HU, Nguyễn Minh Châu<sup>6</sup> là 25HU. Như vậy hình ảnh u vô tuyến thượng thận nói chung hay u tuyến thượng thận do hội chứng Conn nói riêng có thể được chẩn đoán sơ bộ một cách chính xác trên cắt lớp vi tính.

Phẫu thuật nội soi có ưu thế cho những u TTT có kích thước nhỏ, có ý kiến chỉ nên mổ nội soi với u kích thước  $< 60\text{mm}$ , phần đông các ý kiến khác đề nghị giới hạn chuẩn mổ nội soi u TTT từ 70-90mm. Nhìn chung các tác giả đều cho rằng với u có kích thước lớn ( $> 50\text{mm}$ ) thường có biểu hiện xâm lấn, đè đẩy xung quanh, làm hẹp trường mổ, thao tác nội soi bị hạn chế, phẫu tích khó, dễ chảy máu đặc biệt tỷ lệ ung thư cao vì thế hiệu quả phẫu thuật không cao. Đối với đường mổ sau phúc mạc, Bonjer cho rằng chỉ nên áp dụng với các khối u có kích thước  $< 6\text{cm}$ . Nghiên cứu của chúng tôi kích thước trung bình chỉ định mổ nội soi là  $20,15 \pm 7,18\text{mm}$ , u có kích thước lớn nhất là 47mm, u có kích thước nhỏ nhất là 8mm.

Thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là  $58,81 \pm 16,73$  phút. Nhìn chung các tác giả đều có kết quả thời gian mổ đường sau phúc mạc là nhanh hơn đường trong phúc mạc<sup>7</sup>. Không có trường hợp nào tử vong và không có trường hợp nào chuyển mổ mở, thời gian nằm viện trung bình là  $3,9 \pm 1,6$  ngày.

Triệu chứng tăng huyết áp ở bệnh nhân khám lại sau 1 tháng và sau 6 tháng còn 23/82 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 28,0%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của O.Celen, Nguyễn Khoa Diệu Vân là còn khoảng 30-40% và của Young<sup>8</sup> là còn 31%, hoặc Walz<sup>4</sup> là 27% bệnh nhân còn tăng huyết áp sau phẫu thuật điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận. Sau 6 tháng có 12/82 bệnh nhân tương ứng 12% giảm liều thuốc tăng huyết áp. Có thể tăng huyết áp do nhiều nguyên nhân bệnh lý khác nhau, nhiều bệnh nhân có tăng huyết áp vô căn kèm theo, do đó phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận chưa giải quyết được hết triệu chứng tăng huyết áp, nhưng triệu chứng tăng huyết áp sẽ chuyển từ không đáp ứng với điều trị nội khoa trước khi

phẫu thuật thành đáp ứng với điều trị nội khoa sau khi phẫu thuật cắt bỏ u tuyến thượng thận. Các triệu chứng khác khác như co rút cơ, tê bì hay đau thắt lưng của bệnh nhân cũng đã hết.

Nhóm khám lại có 70/70 bệnh nhân đều có Kali máu trở về giới hạn bình thường. Có 23 bệnh nhân được xét nghiệm lại rennin và aldosteron, tất cả đều trở về bình thường, kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác. Điều này chứng minh hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị hội chứng Conn do u tuyến thượng thận. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính sau mổ tất cả các trường hợp đều không còn u.

Trong số các bệnh nhân được khảo sát mức độ hài lòng sau phẫu thuật, có 72 bệnh nhân cảm thấy rất hài lòng chiếm 87,8%, chỉ có 1 bệnh nhân không hài lòng vì suy tuyến thượng thận sau mổ. I. Christakis đánh giá trên 23 bệnh nhân thì 19 bệnh nhân (82,6%) cảm thấy hài lòng sau phẫu thuật, sức khỏe cải thiện, ít ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.

## V. KẾT LUẬN

Áp dụng phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc cho hội chứng Conn do u tuyến thượng thận có tính an toàn, khả thi với nhiều ưu điểm như: hiệu quả phẫu thuật cao, thời gian mổ ngắn, hậu phẫu ngắn và nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao, cải thiện chất lượng cuộc sống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Funder JW, Carey RM, Mantero F, et al.** The Management of Primary Aldosteronism: Case

Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(5):1889-1916. doi:10.1210/jc.2015-4061

2. **Vũ Đức Hợp, Vũ Lê Chuyên.** Một Số Nhận Xét về Điều Trị u Tuyến Thượng Thận Tại Bệnh Viện Bình Dân Từ Năm 1992-1999, *Y Học Việt Nam.* 2001; Tập 4, Số 5, Tr193-195.
3. **Madani A, Lee JA.** Surgical Approaches to the Adrenal Gland. *Surg Clin North Am.* 2019; 99(4):773-791. doi:10.1016/j.suc.2019.04.013
4. **Walz MK, Gwosdz R, Levin SL, et al.** Retroperitoneoscopic adrenalectomy in Conn's syndrome caused by adrenal adenomas or nodular hyperplasia. *World J Surg.* 2008; 32(5):847-853. doi:10.1007/s00268-008-9513-0
5. **Young WF.** Minireview: primary aldosteronism--changing concepts in diagnosis and treatment. *Endocrinology.* 2003;144(6):2208-2213. doi: 10.1210/en.2003-0279
6. **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u tuyến thượng thận | Hội Điện Quang và Y Học Hạt Nhân.** Accessed October 10, 2022. <https://www.radiology.com.vn/bao-cao-khoa-hoc/nguyen-cuu-dac-diem-hinh-anh-va-gia-tri-cua-cat-lop-vi-tinh-64-day-trong-chan-doan-u-tuyen-thuong-than-n333.html>
7. **Tuncel A, Langenhuijsen J, Erkan A, et al.** Comparison of synchronous bilateral transperitoneal and posterior retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy: results of a multicenter study. *Surg Endosc.* 2021;35(3):1101-1107. doi:10.1007/s00464-020-07474-y
8. **Young WF.** Diagnosis and treatment of primary aldosteronism: practical clinical perspectives. *J Intern Med.* 2019;285(2):126-148. doi: 10.1111/joim.12831

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TẾ BÀO GAN TRÊN NỀN VIÊM GAN VIRUS C TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2016-2020

Nguyễn Quang Nghĩa<sup>2</sup>, Phạm Văn Tấn<sup>1</sup>, Đỗ Hải Đăng<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tế bào gan trên nền viêm gan virus C (HCC/VGC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu 36 trường hợp HCC/VGC được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2016 đến 12/2020. **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình 53,03 ± 9,85; giới

nam:nữ 6,2; 30,6% đã điều trị thuốc chống virus VGC. Tỷ lệ đến viện vì đau HSP chiếm 50%, tình cờ phát hiện u là 38,9%, chức năng gan trước mổ Child – Pugh A chiếm 97,2%. Kích thước u trung bình là 56,7 mm. Thời gian mổ trung bình là 162,5 ± 51,9 phút. Một bệnh nhân (BN) (2,8%) có tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 41,7%. 1 BN (2,8%) tử vong trong 30 ngày sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình là 40 ±17 tháng. Thời gian sống thêm trung bình là 94,3%, 76,9% và 45,5%.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, viêm gan C, phẫu thuật

## SUMMARY

### SURGICAL OUTCOMES OF HEPATITIS C-RELATED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

<sup>2</sup>Trung tâm ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Tấn

Email: phamvantan14051991@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 14.12.2022