

thường là độ tuổi lao động nên nhu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau mổ là rất quan trọng, kết quả cho thấy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vis khóa mang lại hiệu quả hồi phục cao và sớm cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Đức** (2004), Chấn thương chỉnh hình chi trên, Nhà xuất bản lao động - xã hội, TP.HCM, 381 - 390.
2. **Anderson, L.D** (1991), "Fractures of the shafts of the radius and ulna", Fractures in Adults of Rockwood C.A Lippincott Co3rd Edit 1991, pp. 728 - 739.
3. **Browner** (1992), "Diaphyseal fractures of the forearm", Skeletal trauma W.B. Saunders Co 3rd Edit, pp. 1113 -1114..
4. **Hughston JC.** Fracture of the distal radial shaft; mistakes in management. J Bone Joint Surg Am.

- 1957;39-A(2):249-264; passim.
5. **Zenke Y, Sakai A, Oshige T, Moritani S, Nakamura T.** Treatment with or without internal fixation for ulnar styloid base fractures accompanied by distal radius fractures fixed with volar locking plate. Hand Surg Int J Devoted Hand Up Limb Surg Relat Res J Asia-Pac Fed Soc Surg Hand. 2012;17(2):181-190. doi:10.1142/S0218810412500177.
6. **Nguyễn Minh Châu** (2014), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy Galeazzi , Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Việt Đức.
7. **Vũ Trọng Tùng** (2004), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín Galeazzi, Masters, Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Việt Đức Hà Nội.
8. **Mikić ZD.** Galeazzi fracture-dislocations. J Bone Joint Surg Am. 1975;57(8):1071-1080.
9. **Trương Công Đạt** (2002), Điều trị phẫu thuật gãy trật Galeazzi, Specialist II, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP HCM.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ U TỦY THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018-2022

Nguyễn Văn Trường¹, Đỗ Trường Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u tủy thượng thận bằng phương pháp phẫu thuật nội soi sau phức mạc tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc phối hợp hồi cứu và tiền cứu trên 33 trường hợp (27BN hội cứu, 6BN tiền cứu) có u tủy thượng thận được phẫu thuật nội soi sau phức mạc tại khoa Phẫu thuật tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2018 – 4/2022. Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, cận lâm sàng, theo dõi các chỉ số trong và sau mổ để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** 33 BN gồm 11 nam (33,3%) và 22 nữ (67,3%). Tuổi trung bình 47.70 ± 12.30 tuổi (31-69). U tủy thượng thận bên phải chiếm 60,6%, u bên trái 39,4%. Kích thước trung bình trên CLVT: 41.27 ± 11.23mm (25-62mm). Thời gian phẫu thuật trung bình: 77.3 ± 16.3 phút (50-105 phút). Không có rối loạn huyết động trong mổ. Biến chứng sau mổ: có 1BN (3%) chảy máu phải mổ mở để khâu cầm máu; 1BN (3%) hạ huyết áp điều trị ổn sau 2 ngày; không có biến chứng suy tuyến thượng thận. Thời gian hậu phẫu trung bình: 3.79 ± 0.70 ngày (3-6 ngày). Kết quả kiểm tra sau mổ: tốt 80,9%, trung bình 19,1%, xấu 0%. **Kết luận:** Phẫu

thuật nội soi sau phức mạc điều trị u tủy thượng thận là phương pháp an toàn và khả thi với nhiều ưu điểm như: thời gian mổ ngắn, hậu phẫu ngắn và nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao, kết quả phẫu thuật tốt.

Từ khóa: u tủy thượng thận, nội soi sau phức mạc.

SUMMARY

TO EVALUATE THE RESULTS OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY FOR PHEOCHROMOCYTOMA AT VIET DUC HOSPITAL IN THE PERIOD 2018-2022

Objective: To evaluate the results of retroperitoneal laparoscopic surgery for pheochromocytoma at Viet Duc Hospital in the period 2018-2022. **Subjects and methods:** A prospective and retrospective longitudinal follow-up study on 33 pheochromocytoma cases (27 patients retrospectively, 6 prospectively) undergoing retroperitoneal laparoscopic surgery at the Urological Surgery Department, Viet Duc Hospital from January 2018 to April 2022. Patients were clinically and subclinically examined during and postoperation to evaluate study indicators. **Results:** 33 patients included 11 men (33.3%) and 22 women (67.3%). Average age 47.70 ± 12.30 (31-69). The right side were 60.6%, the left side were 39.4%. Average size on CT: 41.27 ± 11.23mm (25-62mm). Average surgery time: 77.3 ± 16.3 minutes (50-105 minutes). There was no intraoperative hemodynamic instability. Postoperative complications: 1 patient (3%) bleeding required open surgery to stop bleeding; 1 patient (3%) had low

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trường Thành

Email: thanhtietnieucd@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biên khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

blood pressure and stabilized after 2 days; no adrenal insufficiency complication. Average postoperative time: 3.79 ± 0.70 days (3-6 days). Postoperative examination results: good 80.9%, average 19.1%, bad 0%. **Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic surgery for pheochromocytoma is a safe and feasible method with many advantages: short operation time, short postoperative period, high aesthetics and good examination results.

Keywords: pheochromocytoma, retroperitoneal laparoscopic surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến thượng thận là nguyên nhân gây tăng tiết bệnh lý các nội tiết tố, trong đó u tủy thượng thận là nguyên nhân gây tăng huyết áp nặng và nguy hiểm, chiếm khoảng 0,1-0,6% trong các nguyên nhân gây tăng huyết áp. Có thể gây tử vong nếu không được chẩn đoán hoặc điều trị không đúng.

Bên cạnh phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật u TTT ngày càng có nhiều tiến bộ, đặc biệt là phẫu thuật nội soi, giúp làm giảm các biến chứng do phẫu thuật và rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân. Trong các đường mổ nội soi, có hai đường vào chính tiếp cận u TTT là đường vào sau phúc mạc và qua phúc mạc. Nội soi sau phúc mạc, được báo cáo lần đầu tiên vào năm 1995, đã trở thành một phẫu thuật được ưa chuộng do thời gian phẫu thuật giảm, điểm đau giảm, cần ít chăm sóc hậu phẫu hơn và thời gian hồi phục ngắn hơn^{1, 2}. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt u tuyến thượng thận nói chung và u tủy thượng thận nói riêng đã và đang được áp dụng tại nhiều cơ sở y tế. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị u tủy thượng thận bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 33 bệnh nhân u tủy thượng thận được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tại khoa Phẫu thuật tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2018 – 4/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng có hội chứng u tủy thượng thận hoặc phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u tủy thượng thận một bên.

+ Kết quả giải phẫu bệnh: u tủy thượng thận.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu theo dõi dọc, phối hợp hồi cứu và tiền cứu.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc mạc được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, giải thích và cam kết đồng ý phẫu thuật. Ghi nhận các chỉ số cần thiết nghiên cứu như sinh hóa máu, nước tiểu; kích thước, vị trí u trên siêu âm và CLVT; thời gian phẫu thuật, tai biến và biến chứng trong và sau mổ; kết quả sau tái khám.

Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị theo phân loại của Nguyễn Đức Tiến (2007)³:

- Tốt: Lâm sàng tiến triển tốt, các triệu chứng giảm và ổn định dần. Sinh hoá bình thường. Siêu âm và CLVT khẳng định đã cắt hết u và không có u tái phát.

- Trung bình: Có một số dấu hiệu lâm sàng chưa ổn định, sinh hoá bình thường, SA và CLVT khẳng định không có u tái phát.

- Xấu: Lâm sàng và cận lâm sàng không giảm, xuất hiện biến chứng. Kết quả kiểm tra SA và CLVT không cắt hết u hoặc có u tái phát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- 33 BN gồm 11 nam chiếm 33,3% và 22 nữ chiếm 66,7%. Tuổi trung bình là 47.70 ± 12.30 tuổi (31-69). Độ tuổi nhiều nhất là 30-50 tuổi gặp ở 18BN chiếm 54,5%.

- Triệu chứng hay gặp nhất là tăng huyết áp thường xuyên ở 23BN chiếm 70%, có 7BN tăng huyết áp kịch phát chiếm 21,2%, đau đầu ở 24BN chiếm 79%.

- Xét nghiệm: Catecholamine là xét nghiệm đặc trưng trong u tủy thượng thận. 26/33 BN có XN catecholamin máu tăng chiếm 78,8%. XN catecholamin nước tiểu 24h tăng ở 13/19BN được làm XN chiếm 68,4%.

- Chẩn đoán hình ảnh: Vị trí gồm 13 u bên trái chiếm 39,4%, có 20 u bên phải chiếm 60,6%. Kích thước trung bình là 41.27 ± 11.23 mm (25-62). Siêu âm phát hiện được 31 trường hợp chiếm 93,9%. CLVT phát hiện 33 trường hợp chiếm 100%.

*Quá trình phẫu thuật: Tất cả trường hợp đều cắt toàn bộ tuyến.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 77.3 ± 16.3 phút (50-105).

Không có rối loạn huyết động trong mổ. Có 2 trường hợp tràn khí dưới da chiếm 6,1%.

*Diễn biến sau mổ: 1BN (3%) chảy máu sau mổ nội soi cắt u bên phải do tụt Hemolock tĩnh mạch thượng thận chính sát TM chủ dưới, được mổ mở khâu TM chủ dưới; 1BN (3%) hạ huyết áp điều trị ổn sau 2 ngày; không có biến chứng suy tuyến thượng thận.

Thời gian trung tiện của nhóm <24 giờ là 45,5%; 24-48 giờ là 48,4% và > 48h là 6,1%, trung bình là 1,38 ± 0,39 ngày.

Thời gian hậu phẫu trung bình là 3.79 ± 0.70 ngày (3 - 6).

*Kết quả khám, kiểm tra lại sau mổ: Có 21 BN đến khám và kiểm tra lại sau mổ (63.6%), thông tin từ 12 BN không có điều kiện đến khám lại được điều tra bằng gọi điện

Biểu hiện	Thời gian mổ		Sau mổ		P
	n= 33	Tỷ lệ %	n= 33	Tỷ lệ %	
Tăng huyết áp thường xuyên	23	70.0	4	12.1	<0,05
Tăng huyết áp kịch phát	7	21.1	0	0	
Đau đầu	24	79.2	1	3.0	
Ra mồ hôi	12	36.4	1	3.0	
Nhịp nhanh lo lắng	17	51.5	1	3.0	
Run chân tay	6	18.2	0	0	
Mệt mỏi, suy nhược	5	15.2	0	0	

Các dấu hiệu lâm sàng của BN sau mổ được cải thiện rõ, có sự khác biệt so trước mổ với p<0,05. Các BN đến khám lại đều được siêu âm kiểm tra lại, và không phát hiện u tái phát.

Kết quả phẫu thuật: tốt đạt 80,9% và trung bình 19,1%.

IV. BÀN LUẬN

U tủy thượng thận là một bệnh lý phức tạp, bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng. Về chẩn đoán

chủ yếu dựa vào lâm sàng, sinh hóa máu, nước tiểu, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính.

Bên cạnh phẫu thuật kinh điển, phẫu thuật u TTT ngày càng có nhiều tiến bộ, đặc biệt là phẫu thuật nội soi, giúp làm giảm các biến chứng do phẫu thuật và rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân. Hallffeldt⁴ cho thấy sự khác biệt của hai nhóm mổ mở và mổ nội soi có ý nghĩa thống kê với p <0,05

Bảng 4.1: So sánh mổ mở và mổ nội soi u tuyến thượng thận của Hallffeldt

Kết quả phẫu thuật	Nội soi	Mổ mở	p
Thời gian mổ (phút)	135 ± 39	106 ± 31	< 0,05
Lượng máu mất (ml)	260 ± 105	380 ± 220	< 0,05
Chuyển mổ mở	2		
Thời gian nằm viện (ngày)	7 ± 3	10 ± 3	< 0,05
Biến chứng trong mổ	1	1	
Biến chứng sớm sau mổ	4	7	< 0,05
Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)	2,9 ± 1,8	6,4 ± 5,9	

Sự tiếp cận tuyến thượng thận trong mổ nội soi gồm có đường trong phúc mạc và sau phúc mạc. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy phẫu thuật nội soi sau phúc mạc đang dần là một lựa chọn thay thế và ngày càng được sử dụng rộng rãi hơn bởi thời gian mổ, thời gian hậu phẫu ngắn hơn, thời gian tái thiết lập đường tiêu hóa nhanh hơn. Bonjer⁵ khuyến nghị các khối u TTT lành tính kích thước <6cm nên cân nhắc lựa chọn phương pháp mổ nội soi đường sau phúc mạc.

Bảng 4.2: Nghiên cứu của Qing. và cộng sự so sánh hai đường mổ ở 99BN u tủy thượng thận⁶

Kết quả	Sau phúc mạc (n= 59)	Trong phúc mạc (n=40)	p
Kích thước u (cm)	4,3 ± 0,8	4,5 ± 0,5	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	84 ± 17	117 ± 24	< 0,05
Lượng máu mất (ml)	200 ± 22,5	340 ± 41,7	< 0,05

Thời gian mổ trung bình của nhóm nghiên cứu là 77,3 ± 16,3 phút (50-105), phù hợp với các tác giả Lê Tuấn Anh⁷ là 71,04 ± 23,50 phút, của Lê Quang Ánh là 91,06 ± 21,20 phút. Theo các tác giả, thời gian mổ phụ thuộc vào các yếu tố: kinh nghiệm của phẫu thuật viên, thể trạng bệnh nhân, vị trí u và kích thước u. Theo Nguyễn Đức Tiến³ với những khối u có kích thước > 50mm thời gian mổ lâu hơn do tăng sinh mạch

máu, xâm lấn, chèn ép xung quanh làm hẹp trường mổ, khó khăn khi di động, phẫu tích giải phóng u, đặc biệt khi kiểm soát tĩnh mạch thượng thận chính bên phải, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,03. Tuy nhiên theo kết quả trên nhóm nghiên cứu thì sự khác biệt về thời gian mổ theo kích thước khối u trong đề tài là không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Không có rối loạn huyết động trong mổ. Có 2

trường hợp tràn khí dưới da chiếm 6,1%.

Biến chứng sau mổ nhìn chung không gây hậu quả nghiêm trọng, 1BN (3%) chảy máu sau mổ nội soi cắt u bên phải do tụt Hemolock tĩnh mạch thượng thận chính sát TM chủ dưới, được mổ mở khâu TM chủ dưới; 1BN (3%) hạ huyết áp điều trị ổn sau 2 ngày; không có biến chứng suy tuyến thượng thận. Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Prudhomme⁸ tỷ lệ biến chứng sau mổ ở 259BN nội soi sau phúc mạc là 3,9%, của Hallfeldt⁴ là 12,5%.

Thời gian trung tiện của nhóm < 24 giờ là 45,5%; 24-48 giờ là 48,4% và > 48h là 6,1%, trung bình là $1,38 \pm 0,39$ ngày. Các tác giả cho rằng thời gian trung tiện của bệnh nhân với đường mổ sau phúc mạc là ngắn hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với đường mổ trong phúc mạc⁹.

Diễn biến trong và sau mổ nhẹ, thời gian nằm viện giảm là một ưu điểm đặc thù của phẫu thuật nội soi, dẫn tới tiết kiệm chi phí điều trị. Trong nhóm nghiên cứu, thời gian hậu phẫu trung bình là $3,79 \pm 0,70$ ngày (3 - 6). Kết quả phù hợp với các nghiên cứu của Qing⁶ là $4,8 \pm 1,6$ ngày, của Xu⁹ là $6,2 \pm 2,9$ ngày.

Khám kiểm tra sau mổ: có 4 bệnh nhân huyết áp còn cao sau mổ (12,1%), trong đó cả 4 trường hợp huyết áp trước mổ >190/140mmHg, sau mổ huyết áp có giảm, nhưng không trở về bình thường, luôn dao động ở mức 140/90-160/100mmHg. Kết quả của Nguyễn Huy Hoàng có 3,5% huyết áp còn cao sau mổ. Các biểu hiện lâm sàng khác có sự khác biệt rõ so trước mổ với $p < 0,05$. Toàn bộ bệnh nhân tái khám có kết quả siêu âm không thấy u tái phát. Kết quả kiểm tra sau mổ tốt 80,9%; trung bình 19,1% và xấu là 0%.

V. KẾT LUẬN

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI VIỆN Y HỌC PHÓNG XẠ VÀ U BƯỚU QUÂN ĐỘI

Lê Ngọc Phúc¹, Nguyễn Xuân Hậu²

tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp tại Viện Y học phóng xạ và u bướu quân đội từ 01/2018 đến 01/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $48,5 \pm 12,2$ tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là < 55 tuổi (77,4%). 95,2% nữ giới, tỉ lệ nữ/ nam là 19,7/1. Phần lớn BN đi khám vì phát hiện u qua khám sức khỏe (46,8%) và sờ thấy u vùng cổ (27,4%). Thời điểm vào viện từ lúc có triệu chứng đầu tiên phần lớn là < 6 tháng. Vị trí u hay gặp ở thùy phải (46,5%); kích thước

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được điều trị

¹Viện Y học Phóng xạ và U bướu Quân đội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

Áp dụng phẫu thuật nội soi đường sau phúc mạc điều trị u tuyến thượng thận có tính an toàn, khả thi với nhiều ưu điểm như: thời gian mổ ngắn, thời gian có trung tiện nhanh, hậu phẫu ngắn và nhẹ nhàng, tính thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Constantinides VA, Christakis I, Touska P, et al.** Retroperitoneoscopic or laparoscopic adrenalectomy? A single-centre UK experience. *Surg Endosc.* 2013;27:4147-4152.
2. **Kiriakopoulos A, Economopoulos KP, Poullos E, et al.** Impact of posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy in a tertiary care center: a paradigm shift. *Surg Endosc.* 2011;25:35849.
3. **Nguyễn Đức Tiến** (2007), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi các u tuyến thượng thận lành tính tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1998-2005. Luận án tiến sỹ y học trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Hallfeldt K.K.J., Mussack T., Trupka A., et al.** (2003). Laparoscopic lateral adrenalectomy versus open posterior adrenalectomy for the treatment of benign adrenal tumors. *Surg Endosc.* 17(2), 264-267.
5. **Bonjer H.J., Sorm V., Berends F.J., et al.** (2000). Endoscopic retroperitoneal adrenalectomy: lessons learned from 111 consecutive cases. *Ann Surg.* 232(6), 796-803.
6. **Qing Yuan Li** (2010), "Laparoscopic Adrenalectomy in Pheochromocytoma: Retroperitoneal Approach Versus Transperitoneal Approach". *Journal of endourology*, 24(9), 1441-1445.
7. **Lê Tuấn Anh.** Kết quả phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lành tính đường sau phúc mạc tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
8. **Prudhomme T, et al.** Comparison between retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: Are both equally safe? *Journal of Visceral Surgery.* 2021; 158, 204-210.
9. **Xu W., Li H., Ji Z. et al.** Comparison of Retroperitoneoscopic Versus Transperitoneoscopic Resection of Retroperitoneal Paraganglioma. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94(7), 156-178.