

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

**NGUYỄN TRỌNG THẢO**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI  
ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN  
TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 2010 ĐẾN 2013**

**Chuyên ngành: Ngoại khoa**

**Mã số: NT 62.72. 07. 50**

**LUẬN VĂN TỐT NGHIỆP BÁC SỸ NỘI TRÚ BỆNH VIỆN**

**Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. ĐỖ TRƯỜNG THÀNH**

**THÁI NGUYÊN - 2013**

## DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

ACTH	: Adreno Cortico Trophine Hormone
A.S.A	: Hiệp hội gây mê Mỹ ( <i>American Social Anesthetist</i> )
CLVT	: Cắt lớp vi tính
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
ĐMTT	: Động mạch thượng thận
PAC	: Nồng độ Aldosteron trong huyết tương ( <i>Plasma Aldosterone Concentration</i> )
PRA	: Hoạt tính renin huyết tương ( <i>Plasma Renin Activity</i> )
PT	: Phẫu thuật
TTT	: Tuyến thượng thận
TMTTC	: Tĩnh mạch thượng thận chính

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận văn là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

*Thái Nguyên, tháng 10 năm 2013*

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Trọng Thảo**

## LỜI CẢM ƠN

***Trong trang đầu của luận văn này, tôi xin trân trọng cảm ơn.***

- Ban giám hiệu, phòng quản lý đào tạo sau đại học, bộ môn Ngoại trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

- Ban giám đốc, phòng kế hoạch tổng hợp, khoa phẫu thuật tiết niệu, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - Hà Nội.

Đã luôn nhiệt tình giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, công tác và hoàn thành luận văn này.

***Với lòng biết ơn chân thành, tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới:***

PGS.TS. Đỗ Trường Thành - người Thầy đã trực tiếp chỉ bảo, hướng dẫn tận tình trong suốt quá trình học tập và chỉ bảo, sửa chữa giúp tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi cũng xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành đến các Thầy, Cô trong Hội đồng bảo vệ đã dành thời gian đọc và đóng góp nhiều ý kiến quý báu cho luận văn. Cảm ơn các đồng nghiệp, bạn bè gần, xa đã luôn giúp đỡ, động viên tôi trong quá trình học tập và thực hiện đề tài.

Với tình cảm thân thương nhất, tôi xin dành cho những người thương yêu trong toàn thể gia đình, nơi đã tạo điều kiện tốt nhất, là điểm tựa, nguồn động viên tinh thần giúp tôi thêm niềm tin và nghị lực trong suốt quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu này.

*Thái Nguyên, tháng 10 năm 2013*

**Tác giả luận văn**

**Nguyễn Trọng Thảo**

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Giải phẫu học tuyến thượng thận .....	3
1.2. Sinh lý tuyến thượng thận .....	8
1.3. Các bệnh lý do u tuyến thượng thận gây ra .....	10
1.4. Các phương pháp thăm dò chẩn đoán hình ảnh.....	16
1.5. Các phương pháp phẫu thuật u tuyến thượng thận .....	19
1.6. Lịch sử nghiên cứu về u tuyến thượng thận .....	22
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	25
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	25
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	25
2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu .....	32
2.5. Thu thập và xử lý số liệu .....	39
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu .....	40
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	41
3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu .....	41
3.2. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân u tuyến thượng thận...43	
3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh u tuyến thượng thận .....	47
3.4. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận .....	52
3.5. Kết quả khám lại bệnh nhân sau phẫu thuật.....	526
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	62
4.1. Đặc điểm dịch tễ học các u tuyến thượng thận.....	62
4.2. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân u tuyến thượng thận.....	63
4.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh u tuyến thượng thận .....	70
4.4. Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận .....	73
4.5. Kết quả khám lại bệnh nhân sau phẫu thuật .....	80
KẾT LUẬN.....	83
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	85

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố u tuyến thượng thận theo giới.....	41
Bảng 3.2. Phân bố u tuyến thượng thận theo tuổi.....	42
Bảng 3.3. Đặc điểm vị trí u tuyến thượng thận.....	42
Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng ở 23 bệnh nhân có hội chứng Cushing .....	43
Bảng 3.5: Triệu chứng lâm sàng ở 25 bệnh nhân có hội chứng Conn.....	44
Bảng 3.6: Xét nghiệm điện giải đồ .....	45
Bảng 3.7: Triệu chứng lâm sàng ở 36 bệnh nhân Pheochromocytoma .....	45
Bảng 3.8: Xét nghiệm catécholamine máu .....	46
Bảng 3.9: Khả năng phát hiện u tuyến thượng thận qua siêu âm .....	47
Bảng 3.10: Đặc điểm kích thước u tuyến thượng thận trên siêu âm.....	48
Bảng 3.11: Đặc điểm đậm độ âm của u tuyến thượng thận trên siêu âm .....	48
Bảng 3.12: Các đặc điểm khác của u tuyến thượng thận trên siêu âm .....	49
Bảng 3.13: Khả năng phát hiện u tuyến thượng thận qua CLVT .....	49
Bảng 3.14: Đặc điểm kích thước u tuyến thượng thận trên chụp CLVT.....	50
Bảng 3.15: Đặc điểm cấu trúc u tuyến thượng thận trên chụp CLVT .....	51
Bảng 3.16. Các đặc điểm khác của u tuyến thượng thận trên chụp CLVT ....	51
Bảng 3.17: Phương pháp phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận qua nội soi .....	52
Bảng 3.18: Thời gian phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận.....	52
Bảng 3.19: Lượng máu mất trong phẫu thuật .....	53
Bảng 3.20: Tai biến trong phẫu thuật.....	53
Bảng 3.21: Biến chứng sau phẫu thuật .....	55
Bảng 3.22: Thời gian nằm điều trị sau phẫu thuật.....	55
Bảng 3.23: Yếu tố liên quan kết quả phẫu thuật với kích thước và vị trí u ....	56
Bảng 3.24: Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật hội chứng Cushing .....	57
Bảng 3.25: Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật hội chứng Conn .....	58
Bảng 3.26: Triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật Pheochromocytoma.....	59
Bảng 3.27: Kết quả xét nghiệm catécholamine, kali máu sau phẫu thuật .....	60
Bảng 3.28: Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính sau phẫu thuật .....	61

## DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1: Giải phẫu tuyến thượng thận.....	3
Hình 1.2: Cấu trúc tuyến thượng thận.....	4
Hình 1.3: Động mạch thượng thận bên phải .....	5
Hình 1.4: Động mạch thượng thận bên trái .....	5
Hình 1.5: Tĩnh mạch thượng thận chính phải .....	6
Hình 1.6: Tĩnh mạch thượng thận chính trái.....	6
Hình 1.7: Đường ngang.....	19
Hình 1.8: Đường giữa .....	19
Hình 1.9: Đường dưới bờ sườn 2 bên .....	19
Hình 1.10: Đường ngực-bụng .....	20
Hình 2.1: Tư thế bệnh nhân .....	26
Hình 2.2: Vị trí đặt trocar bên phải .....	27
Hình 2.3: Kẹp tĩnh mạch thượng thận chính bên phải .....	28
Hình 2.4: Kẹp động mạch thượng thận trên và giữa bên phải .....	28
Hình 2.5: Kẹp động mạch thượng thận dưới bên phải.....	29
Hình 2.6: Lấy bỏ u .....	29
Hình 2.7: Vị trí đặt trocar bên trái.....	30
Hình 2.8: Mở phúc mạc sau bên trái .....	30
Hình 2.9: Kẹp tĩnh mạch thượng thận chính bên trái.....	31
Hình 2.10: Kẹp động mạch thượng thận trên bên trái .....	32
Hình 2.11: Kẹp động mạch thượng thận dưới bên trái .....	32
Hình 2.12: Kẹp động mạch thượng thận giữa bên trái.....	32
Hình 3.1: Hình ảnh u tuyến thượng thận trên siêu âm.....	47
Hình 3.2: Hình ảnh u tuyến thượng thận trên chụp cắt lớp vi tính .....	50
Hình 3.3: Dấu hiệu rạn da .....	58

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận 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 và điều hòa huyết áp động mạch, cũng như chống stress và phát triển các đặc tính về giới của cơ thể. U tuyến thượng thận là nguyên nhân gây tăng tiết bệnh lý các nội tiết tố của tuyến, dẫn đến nhiều hội chứng bệnh lý phức tạp, thuộc lĩnh vực điều trị ngoại khoa [3].

Năm 1886, Félix Frankel mô tả trường hợp u tuyến thượng thận đầu tiên. Năm 1912, Harvey Cushing thông báo lâm sàng bệnh Cushing và 25 năm sau (1937-1938), Lawrence đã mô tả biểu hiện lâm sàng hội chứng Cushing. Năm 1954, Jerome Conn mô tả hội chứng tăng tiết aldosteron nguyên phát (hay hội chứng Conn). Hai tác giả Apert (1910) và Gallais (1912) đã phát hiện dấu hiệu nam hóa trên bệnh nhân nữ, khi mổ tử thi phát hiện có u vỏ tuyến thượng thận (hội chứng Apert – Gallais) [37].

Năm 1926, Roux. S và Mayo. C thực hiện thành công phẫu thuật mở cắt bỏ u tuyến thượng thận [37]. Tuy nhiên, do vị trí giải phẫu, chức năng sinh lý phức tạp và tỷ lệ tái biến, biến chứng đặc biệt là tỉ lệ tử vong còn rất cao cho nên phẫu thuật u tuyến thượng thận vẫn luôn là một phẫu thuật nặng nề. Năm 1992, Gagner thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt bỏ u tuyến thượng thận, đánh dấu bước ngoặt trong lịch sử điều trị ngoại khoa u tuyến thượng thận [57].

Tại Việt Nam, bệnh lý u tuyến thượng thận đã được các tác giả nghiên cứu, như Tôn Thất Tùng (1981), Nguyễn Trinh Cơ (1982), Nguyễn Bửu Triều, Lê Ngọc Từ (1977),...với những nghiên cứu về chẩn đoán và phẫu thuật mở cắt u tuyến thượng thận [6], [38], [41], [43]. Sau này là các tác giả Vũ Lê Chuyên (2004), Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiên (2000), Ngô Xuân Thái,



Trần Ngọc Sinh (2009)... với những thông báo về phẫu thuật cắt bỏ u tuyến thượng thận qua nội soi tại bệnh viện Việt Đức và bệnh viện Bình Dân [5], [10], [28].

Tuy nhiên, trước đây việc chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, các xét nghiệm sinh học, không cho phép xác định chính xác vị trí, bản chất khối u, cũng như giúp đưa ra được định hướng điều trị thích hợp hay phục vụ cho việc theo dõi và đánh giá tiên triển của bệnh. Phẫu thuật mở điều trị u tuyến thượng thận đến nay vẫn là một phẫu thuật nặng nề vì đường tiếp cận u khó khăn, nguy cơ rối loạn huyết động trong mổ cao, hậu phẫu phức tạp và tỷ lệ tử vong còn cao [15], [67]. Phẫu thuật nội soi bước đầu được triển khai, mới chỉ tập trung tại các trung tâm ngoại khoa lớn của Việt Nam.

Trải qua hơn một thập niên, với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, sự thuận lợi trong việc xét nghiệm các nội tiết tố, những tiến bộ trong công tác gây mê hồi sức, cũng như kỹ thuật và kinh nghiệm của các phẫu thuật viên nội soi, đã giúp thay đổi chất lượng chẩn đoán và kết quả điều trị bệnh lý u tuyến thượng thận. Vì đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “**Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận tại bệnh viện Việt Đức từ 2010 đến 2013**” nhằm 2 mục tiêu:

**1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến thượng thận trước phẫu thuật.**

**2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 01 năm 2013.**

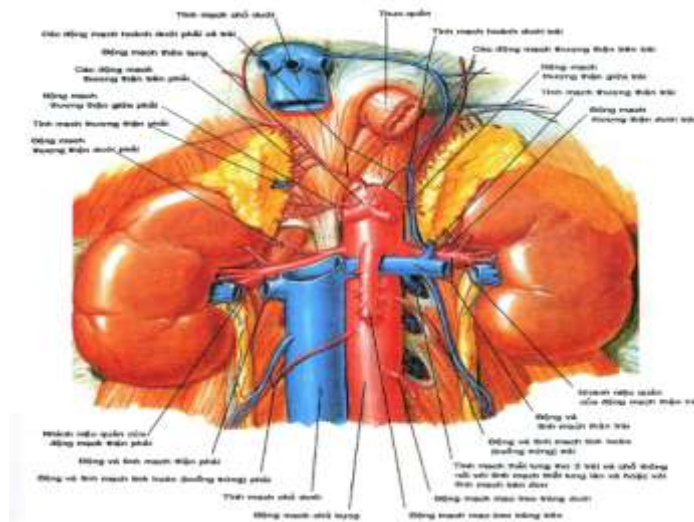
## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Tuyến thượng thận (TTT) được Batholomus Eustachius mô tả năm 1563 gồm hai tuyến nhỏ hình chữ V ngược, nằm úp sát cực trên hai thận. Năm 1805, Georges Cuvier đã phân biệt hai cấu trúc mô tạo nên tuyến thượng thận. Năm 1845, Emile Huschk lần đầu tiên sử dụng các thuật ngữ vỏ thượng thận và tuỷ thượng thận [52].

#### 1.1. GIẢI PHẪU HỌC TUYẾN THƯỢNG THẬN

##### 1.1.1. Vị trí, hình thể ngoài và cấu tạo [7], [21], [26], [27]



**Hình 1.1: Giải phẫu tuyến thượng thận**  
(Atlas giải phẫu người- Frank H. Netter) [26]

Tuyến thượng thận gồm hai tuyến nhỏ, nằm sâu trong khoang sau phúc mạc, ở sát phía trên hai thận. Tuyến nói chung có hình gần tam giác, tuyến bên phải gần như hình tháp không đều, tuyến bên trái gần như hình bán nguyệt. Tuyến cao 3 - 5cm, rộng 2 - 3cm và dày dưới 1cm, nặng trung bình 5g, ở nam nặng hơn nữ khoảng 30%. Tuyến có màu vàng nhạt, bề mặt không đều, có những gờ và đường rãnh, mặt trước được vạch bằng một rãnh sâu hơn là rốn tuyến, nơi thoát ra của tĩnh mạch thượng thận chính.