

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP  
DO U TUYẾN THƯỢNG THẬN**

TS. Tạ Mạnh Cường  
Viện Tim Mạch Việt Nam

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh thường gặp trong cộng đồng, đồng thời đây là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Chính vì vậy, phát hiện và điều trị THA là rất cần thiết.

Điều trị nguyên nhân THA là biện pháp điều trị cơ bản giúp bình ổn số đo huyết áp (HA), tránh những biến chứng do hậu quả của THA gây ra, tiết kiệm được chi phí cho bệnh nhân và giảm thiểu chi phí xã hội. Với một số nguyên nhân gây THA sau khi được loại trừ, HA có thể trở về bình thường, không phải dùng thuốc hạ áp hàng ngày. Trong những căn nguyên gây THA có thể điều trị triệt để như thế phải kể đến u tuyến thượng thận (TT).

Với sự phát triển của các phương pháp điều trị THA, nhất là phẫu thuật tuyến TT bằng nội soi người bệnh đã được hưởng những lợi ích thực sự của những tiến bộ của y học đem lại. Những biến chứng trong quá trình phẫu thuật ít gặp hơn, thời gian hậu phẫu rút ngắn lại và người bệnh chóng bình phục hơn.

Chẩn đoán u tuyến TT không quá khó nhưng để có thể quyết định phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc cắt tuyến TT nhằm loại bỏ nguyên nhân THA thì luôn không dễ dàng nhất là trong hoàn cảnh nước ta hiện nay, khi các phương pháp thăm dò chức năng tuyến TT còn rất thiếu ngay tại các cơ sở chuyên sâu, các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được trang bị không đồng bộ, chất lượng máy móc chưa cao, nhân tố con người còn nhiều hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tăng huyết áp do u tuyến thượng thận.

2. Bước đầu nêu lên những kinh nghiệm trong việc phân tích những triệu chứng lâm sàng và phối hợp các phương pháp cận lâm sàng trong chẩn đoán xác định căn nguyên tăng huyết áp do u tuyến thượng thận.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu.**

Đối tượng nghiên cứu là 41 bệnh nhân (bn) THA được chẩn đoán xác định do nguyên nhân u tuyến TT và phẫu thuật nội soi tuyến TT tại khoa Phẫu thuật bụng bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ năm 2002 đến năm 2006. Bn được điều trị trước mổ và theo dõi sau mổ tại Viện Tim Mạch Việt Nam.

**2. Phong pháp nghiên cứu.**

Nghiên cứu tiến hành theo phong pháp mô tả hồi cứu và tiến cứu, kết hợp theo dõi bn theo chiều dọc. Khi bn THA nhập viện hoặc đến khám tại phòng khám, những bn có những triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) như sau sẽ hướng tới căn nguyên u tuyến TT:

1. *Hội chứng Conn do u vỏ thượng thận:*

- Kali máu < 3,7 mmol/l ở người THA khi chưa điều trị bằng các thuốc hạ áp, không dùng thuốc nhuận tràng, không dùng cam thảo hoặc những bn THA đang điều trị bằng các thuốc ức chế men chuyển dạng Angiotensin II hoặc thuốc ức chế thụ thể AT1 của nó.
- Kali máu < 3,4 mmol/l ở bn THA đang được điều trị bằng lợi tiểu thiazide kết hợp với một loại lợi tiểu giữ kali.

- THA không đáp ứng với thuốc hạ áp thường quy.
  - THA đáp ứng tốt với spironolacton nhưng khi điều trị bằng những thuốc hạ áp khác, HA trở nên khó kiểm soát.
2. *Pheocromocytome do u tuỷ thượng thận*: THA kịch phát từng cơn kèm theo nhịp nhanh, mặt đỏ, ra nhiều mồ hôi; THA khởi phát đột ngột không đáp ứng với điều trị và kèm theo những cơn hạ HA tư thế đứng; THA kịch phát kèm theo những cơn tụt HA nặng.
3. *Hội chứng Cushing*: béo nửa người trên, nửa người dưới nhỏ, lớp mỡ dưới da bụng và gáy dày, mặt có nhiều trứng cá, có nhiều vết rạn da, nhất là ở bụng và mặt trong đùi.

Khi nghi ngờ THA do nguyên nhân tuyến TT bn sẽ được tiến hành làm thêm về các xét nghiệm sinh hoá và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bao gồm siêu âm (SÂ) bụng, SÂ Doppler động mạch chủ, động mạch thận, chụp cắt lớp (CT) tuyến TT, chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) tuyến TT. Nếu chụp CT chẩn đoán xác định u TT, kết hợp với các dấu hiệu LS và xét nghiệm sinh hoá, bn sẽ được chẩn đoán theo bảng sau:

Hội chứng Conn	Hội chứng Cushing	Pheocromocytoma
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ THA.</li><li>▪ Hạ kali máu.</li><li>▪ Khối u tuyến TT trên phim CT.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ THA.</li><li>▪ Dấu hiệu LS của Cushing.</li><li>▪ Tăng cortisol tự do nước tiểu 24h.</li><li>▪ Hình ảnh u tuyến TT trên phim CT.</li><li>▪ Hình ảnh tuyến yên bình thường trên phim chụp CT sọ não hoặc MRI.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dấu hiệu LS THA do u tuỷ TT.</li><li>▪ Hình ảnh u tuyến TT trên phim CT.</li></ul>

+ Nếu chụp CT vì tính không thấy u tuyến TT nhưng LS vẫn nghi ngờ THA do u tuyến TT thì sẽ chỉ định MRI tuyến TT. Nếu chụp MRI tuyến TT có khối u, bn sẽ được chẩn đoán u tuyến TT và chuẩn bị xem xét chỉ định điều trị phẫu thuật nội soi. Nếu MRI không thấy u tuyến TT thì bn sẽ được điều trị THA bằng thuốc và hẹn khám lại định kỳ.

Ngoài những xét nghiệm trên, bn THA do u tuyến TT còn được làm những xét nghiệm sau: Định lượng catecholamin máu, catecholamin niệu 24h; cortisol máu và cortisol tự do niệu 24h; hơter HA 24h; điện tim, X.quang tim phổi, SÂ tim, SÂ mạch cảnh; xét nghiệm sinh hoá và huyết học thường quy đối với bn THA.

Bn được điều trị HA ổn định ít nhất 2 tuần trước khi phẫu thuật. Đối với bn cường aldosteron máu, kali máu phải ổn định trước khi phẫu thuật ít nhất 2 tuần bằng verospirone 50 - 100 mg/ngày.

Kết quả phẫu thuật và mô bệnh học sẽ là tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bn THA do u tuyến TT. Trên cơ sở đó, chúng tôi sẽ hồi cứu và tiến hành phân tích độ nhạy, độ chính xác, độ đặc hiệu của các triệu chứng LS, kết quả xét nghiệm sinh hóa, huyết học và chẩn đoán hình ảnh.

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu đọc xử lý theo phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 13.0.

## KẾT QUẢ

41 bn THA được chẩn đoán xác định do u tuyến TT đã được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 16 nam và 25 nữ, tuổi đời từ 18 đến 75. Bảng 1 trình bày sự phân bố 41 bn theo tuổi và giới.

41 bn sau khi LS và CLS chẩn đoán xác định là u tuyến TT đã được điều trị bằng phẫu thuật nội soi. Căn cứ vào kết quả chẩn đoán mô bệnh học bệnh phẩm sau phẫu thuật thì 19 bn là u vỏ TT (46%), 20 bn được chẩn đoán là u tuỷ TT (48,8%), 1 bn có khối u là hạch giao cảm (bảng 2). Bảng 3 trình bày số đo huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATTr) (trung bình ± độ lệch), tần số tim, bảng 4, 5, 6 trình bày một số đặc điểm LS của các bn nghiên cứu.

**Bảng 1- Phân bố tuổi và giới của các bệnh nhân trong nghiên cứu**

Độ tuổi	Giới				Cộng	
	Nam		Nữ			
	n	%	n	%	n	%
< 30	5	31,3	7	28,0	12	29,3
30 - 39	1	6,4	10	40,0	11	28,7
40 - 50	5	31,3	5	20,0	10	24,6
> 50	5	31,3	3	12,0	8	19,5
Tổng	<b>16</b>	100	<b>25</b>	100	<b>41</b>	100
%	39		61		100	

**Bảng 2 - Vị trí u thượng thận và kết quả mô bệnh học của bệnh nhân phân theo giới tính**

Giới	Vị trí u				Chẩn đoán mô bệnh học							
	Phải		Trái		U vỏ		U tuỷ		Hạch giao cảm		Tuyến TT	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	10	24,4	6	14,6	5	11,2	9	22,0				
Nữ	9	22	16	39	14	34,2	11	26,8	1	2,4	1	2,4
Cộng	19	46,3	22	53,7	19	45,4	20	48,8				

**Bảng 3 - Huyết áp, tần số tim, thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu**

Thông số	Trung bình ± độ lệch		
HATT (mmHg)	165,7	±	29,3
HATTr (mmHg)	149,3	±	14,3
Tần số tim (lân/ph)	84,6	±	10,8
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,1	±	3,5

Như vậy kết hợp giữa các triệu chứng LS và kết quả xét nghiệm CLS thì 39 bn được chẩn đoán u tuyến TT, đạt độ chính xác 95%. Một bn có triệu chứng LS và CLS của u tuyến TT nhưng kết quả chẩn đoán mô bệnh học là hạch thần kinh giao cảm và 1 bn THA không phải là do u tuyến TT. Trong số 19 bn u vỏ TT có 2 bn được chẩn đoán h/c Cushing trên LS, 1 bn không có dấu hiệu LS gợi ý u tuỷ TT và kali máu bình thường nhng cortisone tự do trong nước tiểu tăng cao. Bn này được chúng tôi chẩn đoán là h/c Cushing. Căn cứ vào LS và mô bệnh học, nghiên cứu có 3 bn Cushing và 16 bn mắc h/c Conn. Đối chiếu với LS và xét nghiệm CLS trước phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy :

- 3 bn có cơn hạ HA nặng sau cơn THA, HA thấp nhất là 70/50 mmHg phải xử trí nâng huyết áp bằng các thuốc vận mạch (Dobutamine) trong 2 giờ, sau đó HA trở về bình thường và tiếp tục tăng kịch phát cho đến khi phẫu thuật. Cả 3 bn này đều nằm trong số 33 bn có cơn THA kịch phát.

- Trong số 20 bn được chẩn đoán mô bệnh học là u tuỷ TT chúng tôi nhận thấy 90% bn có cơn THA kịch phát, cơn THA kịch phát cao nhất là 230/130 mmHg.

## 2. Diễn biến số đo huyết áp, xét nghiệm cận lâm sàng của bệnh nhân trong quá trình điều trị và theo dõi

### 2.1. Đối với nhóm bệnh nhân u tuỷ thượng thận

**Bảng 4 - Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân u tuỷ thượng thận**

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
THA	20	100
Cơn THA kịch phát	18	90
Cơn hạ huyết áp	3	15
Đau đầu	18	90
Chóng mặt	9	45
Nóng mặt	8	43
Đánh trống ngực	13	65
Vã mồ hôi	9	45
Tê tay chân	4	20
Đau bụng	7	35
Đau thắt lng	5	25

**Bảng 5 - Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân mắc hội chứng Conn**

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
THA	16	100
Đau đầu	16	100
Chóng mặt	5	31,3
Nóng mặt	5	31,3
Đánh trống ngực	2	12,5
Vã mồ hôi	2	12,5
Tê tay chân	4	25,0
Yếu chi	6	37,5
Đau bụng	1	6,3
Đau thắt lng	3	18,8
Di chứng TBMN	2	12,5

**Bảng 6 - Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân Cushing**

Triệu chứng	Số bn	Tỷ lệ %
THA	3	100
Đau đầu	3	100
Chóng mặt	3	100
Đánh trống ngực	3	100
Tê tay chân	1	33,3
Mặt tròn	2	66,3
Đau bụng	1	33,3
Rạn da bụng	1	33,3
Rìa mép	1	33,3

Các triệu chứng LS kinh điển của bn THA do u tuỷ TT đều được ghi nhận qua các bn u tuỷ TT trong nghiên cứu của chúng tôi, đó là cơn THA kịch phát, nhịp tim nhanh và ra nhiều mồ hôi... Tuy nhiên những dấu hiệu này cũng có thể gặp ở những bn u vỏ TT. Một dấu hiệu đạt độ Trang nghiên cứu khoa học, website <http://cardionet.vn>  
TS. Tạ Mạnh Cường – Viện Tim Mạch Việt Nam

đặc hiệu cao trong chẩn đoán u tuỷ TT đó là những cơn hạ HA xuất hiện ở những bn có cơn THA kịch phát. Hầu hết các bn có cơn tụt HA mà đã được chẩn đoán u tuyến TT đều được chẩn đoán mô bệnh học là u tuỷ TT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bn vào viện với những cơn hạ HA rất nặng và kéo dài, trong cơn hạ HA bn rất mệt mỏi, vật vã, kích thích dữ dội. Chúng tôi phải sử dụng Dopamine để nâng áp. Điều đặc biệt là HA của bn không thể nâng lên được bằng Dopamin với liều trên 15 mcg/kg/1 phút trong nhiều giờ nhng có lúc HA lại đột ngột tăng trên 200 mmHg và sau đó bất ngờ lại tụt xuống 70/50 mmHg ngay khi đang truyền Dopamine... Bn có khối u TT bên trái, kích thước 4 cm trên phim chụp CT và sau khi phẫu thuật, HA của bn hoàn toàn ổn định. Chẩn đoán mô bệnh học là u tuỷ TT.

**Bảng 7 - Một số thông số huyết động và sinh hóa của 3 nhóm bệnh nhân Pheocromocytoma, Conn và Cushing**

Thông số	Pheocromocytoma n=20	HC Conn n=16	HC Cushing n=3	p
HATT(mmHg)	167 ±28	164 ±35	177 ±15	> 0,05
HATTr (mmHg)	102 ± 12	100,6 ± 18,1	100 ± 10	> 0,05
Nhịp tim (ck/ph)	84,30 ±6,94	81,4 ±8,2	103 ± 24	< 0,05
Cortisol máu (mmol/l)	361 ± 200	368,4±142	425 ± 190	> 0,05
Cathecolamin máu(mmol/l)	0,68 ± 0,37	0,23 ±0,15	0,25±0,01	< 0,05
Cathecolamin niệu pmol/l)	2153,8 ± 2321,9	301,4 ±103,2		< 0,05
Natri máu(mmol/l)	140,25 ± 3,49	143 ± 3,3	140 ± 5	> 0,05
Ka li máu (mmol/l)	4,12 ± 0,59	3,25 ± 0,93	3,73 ± 1,36	< 0,01

**Bảng 8 - Độ nhạy, độ chính xác của các phương pháp siêu âm, chụp cắt lớp và chụp cộng hưởng từ hạt nhân trong chẩn đoán u tuyến thượng thận**

Phương pháp	Số bn (n)	(+) thật (n)	(+) giả (n)	(-) giả (n)	Độ nhạy %	Độ chính xác (%)
Siêu âm	39	30	2	7	81,1	93,7
CT	41	39	2	0	100	95,7
MRI	3	3	0	0	100	100

Tuy nhiên không phải bn nào có cơn THA kèm theo cơn tụt HA đều là u tuỷ TT, thậm chí là u tuyến TT nói chung. Một bn nữ trẻ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi đã xác định được cơn THA và cơn tụt HA trong tiền sử cũng như trên Holter HA 24 giờ, HA có lúc tăng tới 200 mmHg, có lúc tụt xuống 70 mmHg, xét nghiệm catecholamin máu tăng, chụp 2 lần CT với lát cắt mỏng (3 mm) được chẩn đoán là phì đại u thượng thận nhưng sau khi phẫu thuật lại không thấy khối u trên tiêu bản mô bệnh học. Bệnh nhân bị suy tuyến TT kéo dài sau phẫu thuật và HA luôn luôn thấp sau phẫu thuật là một minh chứng cho nhận xét này của chúng tôi.

Phân tích hồi cứu chúng tôi nhận thấy với bn này chúng ta cần làm những xét nghiệm thăm dò chức năng tuyến TT đầy đủ trước khi quyết định phẫu thuật. Đối với những bn nghi ngờ u tuỷ TT cần xét nghiệm catecholamin niệu. Rất tiếc trong thời gian bn nằm viện (năm 2004), xét nghiệm này triển khai được tại các bệnh viện Hà nội. Một điểm nữa chúng tôi cần nhấn mạnh là khi kết quả chụp cắt lớp tuyến TT của bn không chắc chắn thì nên chỉ định chụp MRI để có thêm căn cứ chẩn đoán.

Chụp MRI còn được chỉ định trong trường hợp LS vẫn nghi ngờ nguyên nhân THA do u tuyến tuyến TT nhưng siêu âm, chụp CT kết luận là không có khối u.

Chụp MRI theo chúng tôi cũng rất nên chỉ định cho những bn tiền sử đã phẫu thuật cắt bỏ u tuyến TT, nay lại xuất hiện cơn THA mang tính chất của u tuỷ TT, trên phim chụp CT mới lại phát hiện hình ảnh u tuyến TT, nhất là cùng bên tuyến TT đã phẫu thuật trước đó.

Xét nghiệm catecholamin máu không chẩn đoán được loại u TT. Hầu hết bn u tuyến TT đều tăng catecholamin máu (83%) nhưng chỉ có một nửa trong đó là u tuỷ TT (50%). Xét nghiệm catecholamin niệu đạt độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán. 80% bn có nồng độ VMA trong nước tiểu cao đều là u tuỷ TT. Bên cạnh đó, tất cả các bn u tuỷ TT và h/c Conn đều có nồng độ cortisol máu trong giới hạn bình thường.

## **2.2. Đối với nhóm bn hội chứng Conn do u vỏ thượng thận**

Một nhận xét của chúng tôi rút ra qua quá trình điều trị và theo dõi là HA của bn rất dao động, có thể có những cơn tăng áp kịch phát rất dữ dội, thậm chí HA tăng cao hơn cả những bn u tuỷ TT. Huyết áp chỉ có thể kiểm soát được khi điều trị phối hợp với thuốc lợi tiểu kháng aldosterone. Một điểm chúng tôi cần lưu ý là kali máu không thể bình thường ở người có h/c Conn nếu không dùng thuốc kháng aldosterone, cho dù chúng ta bồi phụ kali trong một thời gian dài. Qua theo dõi bn chúng tôi nhận thấy, bên cạnh những nhận định LS thì xét nghiệm điện giải giữ vai trò đặc biệt quan trọng. Nếu không có những nguyên nhân khác làm mất kali thì tất cả bn có kali máu dưới 3 mmol/l đều là u tuyến TT. Xét nghiệm cortisol máu và catecholamine máu không có giá trị ở những bn này. Tất cả bn h/c Conn trong nghiên cứu của chúng tôi đều có Cortisol máu bình thường và tăng catecholamine máu, có những bn tăng gấp 3 lần so với bình thường nhưng là h/c Conn điển hình trên lâm sàng.

## **2.3. Đối với nhóm bn hội chứng Cushing do u vỏ thượng thận**

Chẩn đoán h/c Conn chủ yếu vẫn căn cứ trên LS có THA, hình dạng cơ thể đặc biệt của bệnh Conn, xét nghiệm Cortisol tự do niệu tăng và chụp CT phát hiện đợc u tuyến TT, chụp CT sọ não cho kết quả bình thường. Đây là bệnh gây ra nhiều rối loạn về LS và sinh hoá cho bn.

Về lâm sàng chúng tôi nhận thấy HA của bn thường dao động, không đáp ứng tốt với các thuốc hạ áp thường quy. Tuy số đo HA tăng không nặng, bn không có những cơn THA kịch phát và cũng không có những cơn tụt áp nhưng bn thường rối loạn cơ năng nhiều. Bên cạnh đó, bn thường mệt mỏi kéo dài.

## **3. Một số nhận xét về vai trò của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh trong xác định u tuyến thượng thận ở bệnh nhân THA**

### **3.1. Siêu âm bụng**

Qua kết nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SÁ đạt độ nhạy là 81,1% và độ chính xác 93,7% trong chẩn đoán u tuyến TT. Những trường hợp không chẩn đoán được thường là khối u TT bên trái, kích thước khối u nhỏ, hoặc phì đại tuyến TT hoặc khối u là khối hạch thần kinh giao cảm.

### **3.2. Chụp cắt lớp vi tính**

Nghiên cứu của chúng tôi chụp CT đạt độ nhạy là 100% và độ chính xác là 95,1% trong chẩn đoán khối u TT và các kết quả chụp CT đều mô tả khối tính chất lành tính, không có trường hợp nào kết quả chụp CT gợi ý khối u có tính chất ác tính.

Nguyễn Duy Huệ [1] khi nhận xét về hình ảnh CT của 55 bn u tuyến TT đối chiếu với kết quả sau phẫu thuật cho cấu trúc không đều trước và sau khi tiêm thuốc cản quang trên phim CT gợi ý u tuỷ TT. Chụp CT đạt độ nhạy 100% và khả năng dự báo dương tính 89% trong chẩn đoán khối u tuyến TT.

### **3.3. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân**

MRI đạt độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán u tuyến TT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, MRI đạt độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 89% và 99% đối với chẩn đoán Pheocromocytoma, 70% và 100% đối với chẩn đoán h/c Conn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bn SÂ, chụp CT không phát hiện được u tuyến TT nhưng khi chụp MRI đều thấy khối u tuyến TT cho thấy nếu vẫn nghi ngờ u tuyến TT trên LS thì nên chỉ định chụp MRI nếu CT cho kết quả bình thường hoặc không chắc chắn.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng của 41 bệnh nhân tăng huyết áp do u tuyến thượng thận, đối chiếu với phẫu thuật nội soi và chẩn đoán mô bệnh học, chúng tôi nhận thấy:

1. Lâm sàng nên hướng tới căn nguyên tăng huyết áp do u tuyến thượng thận ở những bệnh nhân:
  - Trẻ tuổi
  - Huyết áp tăng cao nhiều, khó kiểm soát bằng các thuốc hạ áp thường quy
  - Thường có cơn tăng huyết áp kịch phát kèm theo những cơn tụt huyết áp nặng và kéo dài
  - Tăng huyết áp có kali máu < 3 mmol/l không giải thích được nguyên nhân. Kali máu không trở về bình thường khi bồi phụ kali nhưng huyết áp và kali máu lại được kiểm soát một cách có hiệu quả khi điều trị bằng thuốc kháng aldosterone.
2. Trong các xét nghiệm sinh hoá, các thông số có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh nhân tăng huyết áp do u tuyến thượng thận đó là kali máu (với hội chứng Conn), cortisol tự do niệu (với hội chứng Cushing) và catecholamine niệu (với Pheocromocytoma).
3. Chụp cắt lớp vi tính đạt độ nhạy và độ chính xác cao trong chẩn đoán khối u tuyến thượng thận. Nếu chụp cắt lớp không khẳng định rõ ràng hoặc cho kết quả bình thường mà lâm sàng vẫn nghi ngờ thì nên chỉ định chụp cộng hưởng từ hạt nhân để xác định chẩn đoán. Chụp cộng hưởng từ hạt nhân cũng nên chỉ định đối với những bệnh nhân chẩn đoán phì đại tuyến thượng thận trên phim cắt lớp vi tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Huê: Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u tuyến thượng thận nhân 55 trường hợp. Tạp chí Y học thực hành 2003; số 5, tr. 32- 35.
2. Honigschnabl S, Gallo S, Niederle B, Prager G, Kaserer K, Lechner G, Heinz-Peer G How accurate is MR imaging in characterisation of adrenal masses: update of a long-term study. Eur J Radiol 2002; 41:113-122.
3. Lenders JW, Pacak K, Walther MM, Linehan WM, Mannelli M, Friberg P, Keiser HR, Goldstein DS, Eisenhofer G Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best? JAMA 2002; 287:1427-1434.

**Tóm tắt: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau phẫu thuật nội soi của bệnh nhân tăng huyết áp do u tuyến thượng thận.** Qua nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng của 41 bệnh nhân tăng huyết áp do u tuyến thượng thận, đối chiếu với phẫu thuật nội soi và chẩn đoán mô bệnh học, chúng tôi thấy nên hướng tới căn nguyên tăng huyết áp do u tuyến thượng thận ở những bệnh nhân trẻ tuổi, huyết áp tăng cao nhiều, khó kiểm soát bằng các thuốc hạ áp thường quy, kali máu thấp kéo dài. Các xét nghiệm sinh hóa cần lưu ý là kali máu (với hội chứng Conn), cortisol tự do niệu (với hội chứng Cushing) và catecholamine niệu (với Pheocromocytoma). Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ hạt nhân có độ nhạy và độ chính xác cao trong chẩn đoán khối u tuyến thượng thận để chuẩn bị cho phẫu thuật nội soi.