

loạn tâm thần hơn những nhân viên y tế đã có tuổi nghề lâu hơn. Mặt khác, nỗi sợ hãi về COVID-19 dường như có liên quan tích cực đến chứng trầm cảm và mất an toàn việc làm. Đối với tình trạng biểu hiện stress, lo âu, nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa thời gian công tác trong ngành y, thời gian công tác tại bệnh viện với biểu hiện stress, lo âu của nhân viên y tế Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội. Tương tự tình trạng stress, chúng tôi cũng thấy rằng nhân viên y tế giữ chức vụ nhân viên thường mắc trầm cảm nhiều hơn nhân viên y tế giữ chức vụ lãnh đạo. Ngoài ra, theo nghiên cứu của chúng tôi, mức thu nhập cũng có liên quan tới tình trạng mắc trầm cảm của nhân viên y tế Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội. Những nhân viên y tế có thu nhập hàng tháng dưới 5 triệu đồng cũng có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn 2,7 lần so với những nhân viên y tế có thu nhập từ 5 triệu đồng trở lên. Ở thành phố lớn như Hà Nội, mức thu nhập dưới 5 triệu đồng là tương đối thấp để có cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng chức vụ đảm nhận, hình thức lao động và thời gian công tác là những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng stress, lo âu và trầm cảm của nhân viên y tế tại Bệnh viện

Quốc gia Hà Nội trong bối cảnh đại dịch Covid-19. Do vậy, các nhà quản lý cần có những biện pháp hợp lý và kịp thời để hỗ trợ sức khỏe tinh thần cho nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, et al.** The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders.* 2020; 19: 1967-1978.
2. **Bùi Thị Thanh Vân, Trần Nguyễn Ngọc và Đào Đức Thao.** Thực trạng sức khỏe tinh thần của nhân viên Y tế tham gia công tác phòng chống dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp (Covid-19) ở một số bệnh viện tại Hà nội năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 501 (2).
3. **Vũ Thị Cúc, Võ Văn Thắng.** Tình trạng căng thẳng của nhân viên Y tế tại một số bệnh viện điều trị bệnh nhân Covid-19 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021. 508(2).
4. **Lê Thành Tài, Trần Ngọc Xuân, Trần Trúc Linh.** Tình hình stress nghề nghiệp của nhân viên điều dưỡng. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2008; 12 (4): 216 - 220.
5. **Nguyễn Mạnh Tuấn và Đàm Thị Tâm Hương.** Stress, trầm cảm, lo âu của nhân viên y tế Bệnh viện Trưng Vương năm 2018. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2018; 22(6): 71-79.
6. **Ngô Thị Kiều My, Trần Đình Vinh, và Đỗ Mai Hoa.** Đánh giá tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng và hộ sinh khối lâm sàng Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng năm 2014. *Trường Đại học Y tế công cộng.* 2014.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN YÊN ĐƯỜNG NỘI SOI QUA XOANG BướM CỔ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ TỪ

Nguyễn Xuân Nam¹, Cao Minh Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên bằng phương pháp nội soi qua xoang bướm có sử dụng định vị từ. **Đối tượng nghiên cứu:** 34 bệnh nhân u tuyến yên được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi qua xoang bướm có sử dụng định vị từ tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp. **Kết quả:** 12 bệnh nhân nam, 22 bệnh nhân nữ, tuổi trung bình là 42. Có 30/34 bệnh nhân là u tuyến yên. 2/34 bệnh nhân là u sọ hầu. Triệu chứng thường gặp: đau đầu 76.5%, giảm thị lực 61.8%, tăng tiết sữa 14.7%, vô kinh 2,9%, to viễn cực 5,8%. Thời gian lắp đặt định vị

trung bình là 11 ± 4 phút, bao gồm cố định đầu, định vị, đăng kí định vị. Độ chính xác của máy định vị là: 0.7 ± 0.2 mm. Với sự hướng dẫn của định vị, lỗ thông xoang bướm, sàn hố yên và các cấu trúc quan trọng được xác định dễ dàng, chính xác. Các biến chứng trong mổ: 20,6% rò dịch não tủy, 8,8% chảy máu. Không có tử vong, chảy dịch não tủy sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật u tuyến yên đường nội soi qua xoang bướm có sử dụng định vị từ là phương pháp xâm lấn tối thiểu, có khả năng lấy u cao, ít biến chứng, bảo tồn được chức năng sinh lý cho bệnh nhân. **Từ khóa:** định vị từ, phẫu thuật qua xoang bướm, u tuyến yên

SUMMARY

EVALUATION THE RESULT OF ENDOSCOPIC TRANSPHENOIDAL SURGERY WITH NEURONAVIGATION FOR PIYUITARY TUMOR

Objective: evaluate the results of endoscopic transsphenoidal surgery (ETS) for pituitary tumor with Neuronavigation. **Patient:** 34 consecutives patients underwent ETS for removal of pituitary tumor in Ha

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Nam

Email: nguyennam8990@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Noi Medical University Hospital. **Research method:** descriptive prospective study. **Results:** 12 male, 22 female patients, mean age of 42 years. The serie of 34 case reported 30 pituitary adenomas, 2 craniopharyngioma. Common signs: 76,5% headache, 61,8% vision loss, 14,7% increasing lactiferous occupation, 2,9% without menstruation. The average time for setting up the system was 11 min \pm 4, which included head fixation, headset positioning, registration, calibration and verification of the system. The system accuracy (root mean square), calculated by the computer automatically, showed a mean value of 0.7 \pm 0.2 mm. With the guidance of the navigation system, the ostium, sellar floor and adjacent structures encountered during EPS could be identified easily. Complication: intraoperative 8,8% hemorrhage, 20,6% CSF leak. No morbidity, no postoperative CSF leaks. **Conclusions:** ETS for pituitary tumor is minimal invasive, effective, los rhinological sequelae.

Keywords: Neuronavigation, transsphenoidal surgery, pituitary adenoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u tuyến yên chiếm khoảng 5 -15 % các u nội sọ. Có 2 nhóm u tuyến yên chính là u không tăng tiết và u tăng tiết hormone. Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, u phát triển gây chèn ép nội sọ và gây biến chứng nguy hiểm.

Điều trị cần phối hợp nhiều chuyên khoa như phẫu thuật, nội tiết và xạ trị nhưng phẫu thuật vẫn là chủ yếu. Phẫu thuật u tuyến yên được thực hiện đầu tiên bởi Horsley mổ qua trán, năm 1907 Scholoffe mổ qua mũi. Năm 1959 Guiot và Thibaut phẫu thuật đường qua xoang bướm và năm 1969 Hardy đã sử dụng kính hiển vi phẫu thuật và trở thành phương pháp chủ yếu điều trị bệnh lý này. Gần đây nhiều trung tâm phẫu thuật thần kinh trên thế giới cũng như Việt Nam đã áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi đường qua xoang bướm với nhiều ưu điểm như ánh sáng tốt, quan sát rõ ràng chi tiết hơn làm tăng khả năng lấy u và giảm biến chứng.

Hệ thống định vị hình ảnh ba chiều ra đời và bắt đầu sử dụng trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi tại Hoa Kỳ vào những năm cuối của thập niên 1990 và những năm đầu của thập niên 2000 đã giúp khắc phục được những hạn chế của phẫu thuật nội soi, làm cho cuộc mổ an toàn và triệt để hơn: giúp định vị và tránh làm tổn thương các cấu trúc giải phẫu quan trọng như ổ mắt, sần sọ, thần kinh thị, động mạch cảnh trong...

Hiện nay khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đại học y Hà Nội đã áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi có sử dụng định vị từ trong phẫu thuật u tuyến yên từ năm 2014. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên bằng nội soi có sử dụng*

định vị từ đường qua xoang bướm".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Số lượng bệnh nhân nghiên cứu: 34 bệnh nhân

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đại học y Hà Nội

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: - Bệnh nhân chẩn đoán u tuyến yên hoặc u sọ hầu

- Bệnh nhân được chụp MRI hoặc CLVT navigation

- Bệnh nhân được phẫu thuật sử dụng định vị từ

Phẫu thuật gồm các bước sau:

- Dụng cụ: bộ nội soi Karlortz với ống kính O độ, 30 độ, 45 độ, hệ thống định vị từ Medtronic, khoan hơi, các dụng cụ phẫu thuật Tai – Mũi – họng, thìa nạo vòng lấy u, ống hút, dao điện đơn cực, lưỡng cực

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản, vệ sinh mũi, vùng quanh mũi bằng cồn trắng, đặt meches tấm coldi B co mạch chống phù nề. Lắp và cài đặt hệ thống định vị Tai – Mũi – Họng vào vùng trán của bệnh nhân, cài đặt và đăng kí định vị, kiểm tra độ chính xác của định vị.



- Bước 1: Mở thành trước xoang bướm. Xác định lỗ thông xoang bướm. Đốt niêm mạc xung quanh lỗ. Mở thành trước xoang bướm bằng khoan mài hoặc kerrison.

- Bước 2: Lấy bỏ vách xoang bướm. Xác định vị trí, số lượng vách ngăn xoang bướm. Xác định vị trí khối u, động mạch cảnh trong, xoang tĩnh

mạch hang, giao thoa thị giác so với vách xoang bướm bằng quan sát cấu trúc giải phẫu xoang bướm, sử dụng hệ thống định vị từ. Cắt bỏ vách xoang bướm. Lấy bỏ niêm mạc xoang bướm.

- Bước 3: Mở sàn hố yên. Định vị vị trí khối u bằng hệ thống định vị từ. Khoan mài bằng mũi kim cương, mở rộng để lấy u dễ dàng hơn.

- Bước 4: Lấy u. PTV Thần kinh đốt điện, mở màng cứng. Dùng thìa nạo vòng (curettes) lấy u tuyến yên, lấy từ trong u ra ngoài. Sử dụng navigation để xác định mức độ lấy u

- Bước 5: Đóng sàn hố yên. Nếu không rò nước não tủy, đặt lại mảnh xương thay thế sàn hố yên. Nếu có rò dịch não tủy, phải vá rò. Đầu tiên, đặt mỡ lấy từ dưới da bụng hoặc dưới da đùi. Sau đó sử dụng keo sinh học để cố định vị trí vá. Sử dụng Merocel cho vào 2 mũi để cầm máu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi trung bình là 42, tuổi nhỏ nhất là 6, tuổi lớn nhất là 73

- Giới: tỷ lệ 2 Nữ/ 1 Nam:

- Đặc điểm lâm sàng

| Triệu chứng | N | % |
|-------------------|----|-------|
| Đau đầu | 26 | 76,5% |
| Giảm thị | 21 | 61,8% |
| Tăng tiết sữa | 5 | 14,7% |
| Vô kinh | 1 | 2,9% |
| To viên cực | 2 | 5,8% |
| Hội chứng Cushing | 2 | 5,8% |

3.2. Phẫu thuật

3.2.1. Thời gian phẫu thuật

+ Thời gian lắp đặt định vị 11 ± 4 phút, độ chính xác 0,7 ± 0,2 mm

+ Thời gian bộc lộ u: 55 ± 17 phút, ngắn nhất 30 phút, dài nhất 90 phút

+ Thời gian lấy u: 33 ± 13 phút, ngắn nhất 15 phút, dài nhất 60 phút

3.2.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến phẫu thuật:

- Đặc điểm xoang bướm

| | N | % |
|----------------------|----------------------|----------|
| Phân loại | Sau hố yên | 31 91,2% |
| | Trước hố yên | 3 8,8% |
| | Thiếu sản sản | 0 0 |
| Lỗ thông xoang bướm | Có lỗ thông | 25 73,6% |
| | Không có lỗ thông | 08 23,5% |
| | Che phủ bởi niêm mạc | 01 2,9% |
| Vách ngăn xoang bướm | 1 vách ngăn | 29 85,3% |
| | Nhiều vách ngăn | 05 14,7% |

- Một số dị hình giải phẫu ảnh hưởng đến phẫu thuật

| | N | % |
|--|---|---|
| | | |

| | | |
|----------------------|----------------------------|----------|
| | Cuốn trên quá phát | 13 38,2% |
| | Xoang hơi cuốn giữa | 1 2,9% |
| | Dị hình vách ngăn | 1 2,9% |
| Động mạch cảnh trong | Lồi động mạch cảnh trong | 5 14,7% |
| | Không có lồi ĐMC | 29 85,3% |
| | Không có vỏ xương che phủ | 0 0 |
| Thần kinh thị | Lồi thần kinh thị | 3 8,8% |
| | Không có lồi thần kinh thị | 31 91,2% |
| | Không có vỏ xương che phủ | 0 0 |

3.3.3. Biến chứng phẫu thuật

| Biến chứng | Số ca | % |
|-----------------|-------|-------|
| Chảy máu | 03 | 8,8% |
| Dò dịch não tủy | 07 | 20,6% |
| Đái tháo nhạt | 0 | 0 |
| Viêm màng não | 0 | 0 |
| Thần kinh | 0 | 0 |
| Tử vong | 0 | 0 |

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình là 42 tuổi, tuổi thấp nhất là 6, tuổi cao nhất là 73 tuổi. U tuyến yên gặp chủ yếu ở độ tuổi trung niên, hiếm gặp ở trẻ em. Tỷ lệ nữ/ nam là 2/1. Trong các loại u thì u không tăng tiết thường gặp hơn, chiếm tỷ lệ 64,7%, u tăng tiết chiếm tỷ lệ 35,3%. Về kích thước u, chủ yếu là u loại macroadenoma chiếm tỷ lệ 79,4%, loại microadenoma chiếm tỷ lệ 20,6%

Về triệu chứng lâm sàng của u tuyến yên nổi bật nhất là rối loạn thị giác (61,8%) và đau đầu (76,5%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lý Ngọc Liên và có sự vượt trội so với các tác giả khác như: Xuefei S tỷ lệ này lần lượt là 67% và 69%, Benvenite RJ là 24% và 7,3%... Điều này có thể do đa số các UTY chúng tôi là Macroadenoma (79,4%) và u có kích thước lớn, xâm lấn nhiều chèn ép giao thoa thị và dây II gây rối loạn thị giác và chèn ép các cấu trúc nhạy cảm đầu do nhánh V1 chi phối gây đau đầu.

Về Thời gian lắp đặt định vị trung bình là 11 ± 4 phút, bao gồm cố định đầu, định vị, đăng kí định vị. Độ chính xác của máy định vị là: 0.7 ± 0.2mm. Với sự hướng dẫn của định vị, lỗ thông xoang bướm, sàn hố yên và các cấu trúc quan trọng được xác định dễ dàng, chính xác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, xoang bướm có 1 vách ngăn chiếm, nhiều vách ngăn. Chúng tôi chưa thấy trường hợp nào vách ngăn bám vào vách xương của động mạch cảnh trong. Tuy nhiên theo nghiên cứu của các tác giả, tỷ lệ là khoảng 12 -15%.

Lỗ thông xoang bướm nằm phía trên ngách bướm sang khoảng 1,5 cm, đôi khi bị che phủ bởi niêm mạc. Nghiên cứu của chúng tôi, 73,6 %

xác định được lỗ thông xoang bướm. Những trường hợp không xác định được lỗ thông xoang bướm nên sử dụng định vị từ để có thể vào được xoang bướm an toàn và chính xác.

Một số dị hình giải phẫu như xoang hơi cuốn giữa hoặc mào vách ngăn, vẹo vách ngăn có thể làm hẹp phẫu trường. theo tác giả, tỉ lệ xoang hơi cuốn giữa khoảng 5 %, tuy nhiên trong số 34 bệnh nhân được phẫu thuật, chúng tôi không chỉ phải cắt cuốn giữa một trường hợp để làm rộng phẫu trường, không có bệnh nhân nào phải chỉnh hình vách ngăn trong mổ. Có 17,7% bệnh nhân phải cắt cuốn trên để bộc lộ rõ thành trước xoang bướm và xác định lỗ thông xoang bướm

Trong một số trường hợp, động mạch cảnh trong và thần kinh thị lộ trần trong xoang bướm, không có vỏ xương bao phủ, tỉ lệ trong nghiên cứu của một số tác giả là từ 20 -25%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không gặp, có thể do cỡ mẫu còn thấp. Vì thế khi phẫu thuật vào trong xoang bướm cần tránh các động tác cạy, kéo các phần mềm trong xoang bướm khi chưa xác định rõ ràng, khi không xác định rõ ràng có thể sử dụng máy định vị từ để xác định các cấu trúc giải phẫu quan trọng, tránh làm tổn thương.

Về biến chứng phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng thường gặp nhất là chảy máu (8,8%) và chảy dịch não tủy (20,6 %), các biến chứng này chỉ xảy ra trong quá trình lấy u. Vì thế phẫu thuật mở vào xoang bướm qua đường lỗ thông tự nhiên và bước mở vào thành sau xoang bướm vào hố yên với sự hỗ trợ của định vị từ khá an toàn, ít xảy ra tai biến. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp những biến chứng chảy máu nặng như tổn thương động mạch cảnh trong, tĩnh mạch xoang hang. Những trường hợp chảy máu chủ yếu ở các trường hợp

u có kích thước lớn macroadenoma. Đối với biến chứng rò dịch não tủy, chúng tôi phát hiện ngay trong mổ và tiến hành vá rò bằng mỡ bụng + keo sinh học. Kết quả không có trường hợp nào chảy dịch não tủy kéo dài sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi kết hợp định vị Navigation u tuyến yên là một phẫu thuật cho kết quả tốt, an toàn. Điểm quan trọng là có sự kết hợp chặt chẽ giữa các bác sỹ Phẫu Thuật Thần Kinh và các bác sỹ Tai Mũi Họng cùng hệ thống trang thiết bị phẫu thuật hiện đại gồm giàn máy nội soi và hệ thống định vị Navigation.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Văn Hệ, Lý Công Định và T. T. T. Hằng** (2013), "Phẫu thuật nội soi u tuyến yên- kết quả bước đầu và triển vọng mới", Tạp chí y học Việt Nam, 405, tr. 67-68.
2. **Kiều Đình Hùng, Nguyễn Tiến Hùng và Cao Minh Thành** (2012), "Phẫu thuật nội soi u vùng hố yên tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Y học Thành phố Hồ Chí Minh 201.
3. **Mortini P, B. R. Losa M và Boari N** (2005), "Results of transsphenoidal surgery in a large series of patients with pituitary adenoma", Neurosurgery, 56(6), tr. 1222-1233.
4. **B. Anusha, A. Baharudin, R. Philip và các cộng sự.** (2015), "Anatomical variants of surgically important landmarks in the sphenoid sinus: a radiologic study in Southeast Asian patients", Surg Radiol Anat.
5. **Priyadarshini D1, Latha V PRABHU1, Ashvini KUMAR2 và các cộng sự.** (2015, Vol: 25, No: 2, 289-293), "The Anatomical Variations in the Neurovascular Relations of the Sphenoid Sinus: An Evaluation by Coronal Computed Tomography", Turk Neurosurg, 25(2), tr. 289 - 293.
6. **William T. Couldwell** (2004), "Transsphenoidal and Transcranial Surgery for Pituitary Adenomas", Journal of Neuro-Oncology, 69(1), tr. 237-256.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CẤP CỨU TRẺ NGỪNG TIM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

**Lê Ngọc Duy¹, Đặng Thị Thuý Nga¹,
Trịnh Tuấn Anh¹, Phạm Văn Tuấn¹, Lê Thị Hà¹**

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Duy

Email: drduy2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Ngừng tim ở trẻ em là một cấp cứu tối khẩn cấp, có tỷ lệ tử vong cao, thường để lại nhiều di chứng và có thể di chứng thần kinh suốt đời. Sự phát triển của học y nói chung và kỹ thuật cấp cứu nói riêng đã ngày càng cứu sống được nhiều bệnh nhi, nhưng tỷ lệ tử vong do ngừng tim nội viện ở trẻ sơ sinh và trẻ em là khoảng 65%. Nhằm góp phần làm tăng hiệu quả của việc cấp cứu bệnh nhi và giảm thiểu những di chứng thần kinh sau này, nghiên cứu được thực hiện. **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan tới kết quả cấp