

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC SAU MỔ U TUYẾN YÊN QUA ĐƯỜNG XOANG BướM TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Đức Liên¹, Nguyễn Thị Thúy Hồng¹

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc sau mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm tại bệnh viện K.

Đối tượng, phương pháp: gồm 50 bệnh nhân u tuyến yên phẫu thuật qua đường xoang bướm từ tháng 2/2021 – 1/2023 tại khoa phẫu thuật thần kinh – Bệnh viện K.

Kết quả: Quy trình chăm sóc bệnh nhân u tuyến yên tại Bệnh viện K đã được thực hiện tốt (100%), nhưng quy trình hướng dẫn vệ sinh mũi miệng (88%), cũng như hướng dẫn bệnh nhân về nhà chưa được thực hiện (0%). Gần một nửa số bệnh nhân u tuyến yên chế tiết nội tiết không được hướng dẫn điều trị chuyên khoa nội tiết hoặc kê đơn nội tiết về nhà.

Kết luận: Cần phổ biến quy trình chăm sóc sau mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm cho điều dưỡng, và phát tài liệu hướng dẫn chăm sóc tại nhà cho bệnh nhân.

Từ khóa: chăm sóc sau mổ u tuyến yên.

Background: Evaluation of the result of treatment and nursing care after pituitary tumors surgery by transphenoidal approach in K national hospital.

Methods: 50 patients with pituitary tumors who underwent operation by transphenoidal surgery in the department of neurosurgery - K Hospital, from 2/2021 - 1/2023.

Results: The process of preparing pituitary tumor surgery has done well (96.6%), but the process of guiding the nose and mouth hygiene, as well as guiding the patient to go home (30%). Half of patients with pituitary tumor secretion of endocrine did not get the follow up by neuroendocrinologist.

Conclusions: We should have retraining course about the nursing care preoperative and postoperative pituitary tumor surgery by transphenoidal approach, and documentation for home care patients.

Keywords: Caring after pituitary tumors surgery.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT AND NURSING CARE AFTER PITUITARY TUMORS SURGERY AT K HOSPITAL

¹Khoa ngoại thần kinh - Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

SĐT: 0912863359

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/7/2024

Ngày phản biện: 28/7/2024

Ngày chấp nhận đăng: 30/7/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên là những khối u xuất phát từ các tế bào của thùy trước tuyến yên, phần lớn là lành tính. Đây là loại u thường gặp chiếm tỷ lệ 5-10% các loại khối u trong hộp sọ [1], [2]. Trước kia việc điều trị u tuyến chủ yếu phẫu thuật qua đường trán trước bằng cách mở nắp sọ nên có nhiều tai biến. Từ những năm 1960 chủ yếu phẫu thuật qua đường xoang bướm bằng kính vi phẫu đã làm giảm biến chứng và cho kết quả khả quan hơn. Gần đây, với sự phát triển của ứng dụng nội

soi trong phẫu thuật u tuyến yên cho kết quả tốt, đa số các u tuyến yên được phẫu thuật qua đường xoang bướm, việc phẫu thuật qua đường mở nắp sọ chỉ còn được áp dụng ở một vài trường hợp như u phát triển chủ yếu ra trước giao thoa thị giác hoặc u phát triển lên trên và sang hố sọ giữa. Việc điều trị phẫu thuật ngoài mục đích lấy bỏ khối u tuyến yên, còn mục đích điều trị các rối loạn nội tiết tuyến yên kèm theo do tuyến yên là một tuyến nội tiết trung ương có chức năng tiết nhiều loại hormon (TSH, FSH, GH, prolactin...) [3]. Do vậy việc chuẩn bị mổ cũng như chăm sóc sau mổ bệnh nhân u tuyến yên có tính chất đặc thù và chuyên biệt trong ngành ngoại khoa phẫu thuật thần kinh. Một ca phẫu thuật được coi là có thành công hay không, nó phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, kết quả không chỉ đánh giá dựa trên thời gian khi làm phẫu thuật xong mà nó còn

phụ thuộc vào cách chăm sóc người bệnh sau mổ, bởi vì sau khi mổ xong bệnh nhân có thể sẽ có những biểu hiện rối loạn tâm lý hay những biến chứng mà phải cần thời gian theo dõi. Do vậy chúng tôi làm đề tài này nhằm mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị và chăm sóc sau mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm tại bệnh viện K.

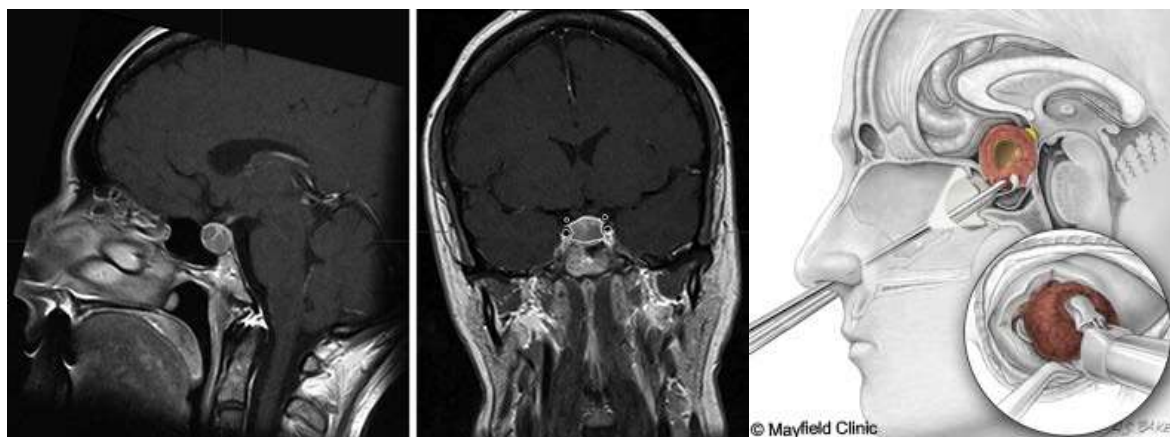
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 50 bệnh nhân được phẫu thuật u tuyến yên qua đường xoang bướm tại khoa ngoại thần kinh, bệnh viện K từ 2/2021 đến 1/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả không đối chứng.



Hình 1: Hình minh họa mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm

Loại trừ tất cả các trường hợp không được chụp phim cộng hưởng từ sọ não, không có xét nghiệm nội tiết, không được khám mắt, và những bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nặng ảnh hưởng đến cuộc mổ (suy tim, suy thận, suy gan...).

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

(1) Tình trạng và thông tin người bệnh trước mổ

- Tuổi, giới tính. Triệu chứng trước mổ.

(2) Chuẩn bị mổ: Gội đầu, tắm. Vệ sinh mũi, xịt rửa mũi bằng nước muối sinh lý. Khí dung bằng thuốc kháng sinh.

(3) Phương pháp mổ: Nội soi qua đường xoang bướm.

(4) Chăm sóc sau mổ: Hướng dẫn tư thế nằm sau mổ, theo dõi tri giác, dùng thuốc hydrocortisol, theo dõi nước tiểu, điều trị đái nhạt bằng thuốc, xét nghiệm điện giải, hướng dẫn vệ sinh mũi sau mổ, các biến chứng.

(5) Tình trạng khi ra viện: đơn về, chuyển viện tỉnh, chuyển viện nội tiết.

(6) Hướng dẫn người bệnh khi ra viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm chung: Tổng số bệnh nhân: 50.

Tuổi: trung bình là $42,2 \pm 7,6$ tuổi (thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 72 tuổi).

Giới: nam/nữ = 2/3. Số ngày nằm viện trung bình $10 \text{ ngày} \pm 2,3 \text{ ngày}$.

Bảng 1: Lý do đến viện

Triệu chứng	Đau đầu	Nhìn mờ	Tiết sữa	Vô kinh	Giảm sinh lý	Buồn nôn	To đầu chi	Cushing	Béo phì
Số lượng	40	40	16	6	30	6	16	12	2
Tỉ lệ %	80	80	32	12	60	12	32	24	4

Chuẩn bị mổ:

Gội đầu trước mổ: 50/50 (100%)

Khí dung kháng sinh trước mổ: 50/50 (100%)

Hướng dẫn vệ sinh mũi trước mổ: 50/50

(100%)

Phương pháp mổ: nội soi 50/50 (100%)

Bảng 2: Chăm sóc sau mổ

	N	%
Hướng dẫn nằm đầu cao	40	88
Điều trị hydrocortisol	50	100
Được theo dõi nước tiểu	50	100
Hướng dẫn vệ sinh mũi miệng	44	88
Hướng dẫn thở bằng miệng	30	60
Xét nghiệm điện giải hàng ngày	50	100

Bảng 3: Các biến chứng sau mổ

	N	%
Đái tháo nhạt sau mổ (nước tiểu > 200 ml/h)	24	48
Chảy máu mũi, phải nhét meche mũi sau 2 lần	6	12
Rò dịch não tủy sau mổ	16	32
Chọc thất lưng điều trị rò dịch não tủy	8	16
Sốt > 38,5 độ	6	12
Viêm màng não sau mổ	6	12
Tử vong	0	0
Hôn mê, giãn não thất sau mổ	0	0

Bảng 4: Hướng dẫn khi ra viện

	N	%
Vệ sinh mũi miệng	30	60
Khám chuyên khoa nội tiết sau mổ	36	72
Được kê đơn về nhà điều trị nội tiết sau mổ	16	32
Được hướng dẫn phát hiện các biến cố bất thường: chảy máu mũi, chảy dịch não tủy, sốt	6	12
Phát tài liệu hướng dẫn chăm sóc sau mổ	0	0

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu này có 50 bệnh nhân được đưa vào trong nhóm nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật qua đường xoang bướm, trong đó có 100% được phẫu thuật nội soi. Tuổi trung bình là $42,2 \pm 7,6$ tuổi (thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 72 tuổi). Bệnh nhân đồng đều ở cả hai giới nam và nữ (tỷ lệ nam/nữ = 2/3). Đa số bệnh nhân đến viện với các triệu chứng chính: đau đầu (80%), nhìn mờ (80%).

Trong nghiên cứu này: 40% là u tuyến yên tiết Prolactin (với các triệu chứng: đau đầu, vô kinh, yếu sinh lý, tiết sữa, xét nghiệm Prolactin máu tăng cao); 20% là u tuyến yên thể to đầu chi (Acromegaly); 8% bệnh nhân bị hội chứng Cushing, có 32% bệnh nhân u tuyến yên không chế tiết.

Đánh giá quy trình chăm sóc trước mổ: Hầu hết các bệnh nhân được gội đầu trước mổ (100%), và được hướng dẫn vệ sinh mũi trước mổ (100%), khí dung bằng kháng sinh trước mổ chiếm tỷ lệ 100%. Với những bệnh nhân mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm việc vệ sinh mũi miệng trước mổ rất quan trọng, làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ, tất cả các bệnh nhân được hướng dẫn vệ sinh mũi bằng nước muối sinh lý.

Chăm sóc sau mổ: 88% bệnh nhân được hướng dẫn nằm đầu cao 30 độ, được dùng

Hydrocortisol sau mổ để tránh suy tuyến thượng thận sau mổ, và được theo dõi nước tiểu. Tuy việc chăm sóc mũi trước mổ được chuẩn bị và quan tâm thích đáng, nhưng việc hướng dẫn vệ sinh mũi miệng (88%) cũng như hướng dẫn thở bằng miệng (60%) lại chưa được quan tâm đầy đủ. Các bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi u tuyến yên được đặt merocelle ở hốc mũi có tác dụng cầm máu tại chỗ, do vậy việc chăm sóc mũi miệng cần lưu ý: cần hướng dẫn bệnh nhân nhỏ nước muối sinh lý 0,9% vào mũi mỗi 6 giờ để làm ẩm niêm mạc mũi. Đồng thời việc bệnh nhân phải thở bằng miệng sau mổ rất dễ gây viêm họng do khô miệng, nên phải hướng dẫn bệnh nhân súc họng nước muối 4-6 h/lần. Mũi họng là nơi có rất nhiều vi khuẩn sinh sống, việc phẫu thuật qua đường này đã có nguy cơ nhiễm khuẩn nhất định, do vậy việc hướng dẫn vệ sinh răng miệng, súc họng bằng nước muối sinh lý là hết sức quan trọng cho việc dự phòng nhiễm khuẩn tại chỗ cho bệnh nhân.

Theo dõi và phát hiện các biến chứng sau mổ: Có 48% bệnh nhân biểu hiện đái tháo nhạt sau mổ (đái tháo nhạt khi nước tiểu theo dõi trên 200 ml/h trong 3 giờ liên tục). Do vậy với việc theo dõi nước tiểu sau mổ u tuyến yên là công việc bắt buộc của điều dưỡng, nhằm phát hiện sớm các biến chứng

về nội tiết sau mổ. Khi bệnh nhân xuất hiện đái tháo nhạt, việc cần làm là phải báo bác sĩ trực, làm xét nghiệm điện giải, bù đủ lượng dịch đã mất, và dùng thuốc chống đái tháo nhạt đường uống (Minirin). Có 100% bệnh nhân được xét nghiệm điện giải hàng ngày là cần thiết để điều chỉnh cân bằng nước và điện giải cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, đa số các bệnh nhân sau khi rút meche mũi đều có biểu hiện ngạt tắc mũi do phù nề niêm mạc, và hiện tượng có ít dịch nhầy chảy ra mũi. Việc này là diễn biến bình thường sau mổ, người điều dưỡng cần động viên và giải thích cho bệnh nhân hiểu các diễn biến này. Sau đó, hướng dẫn bệnh nhân nhỏ nước mũi để làm ẩm niêm mạc, trường hợp mũi quá ngạt có thể cho bệnh nhân dùng thuốc nhỏ mũi có chất co mạch (tuy nhiên cần hạn chế lạm dụng thuốc này do sẽ làm co thắt mạch niêm mạc kéo dài sẽ dẫn đến hạn chế liền vết thương sau mổ). Có 12% bệnh nhân có chảy máu mũi sau mổ, nhét meche sau 3 ngày. Hướng dẫn bệnh nhân phát hiện chảy dịch nhiều qua mũi hoặc dịch chảy ở trong họng có vị mặn, cần phải báo lại với nhân viên y tế để phát hiện sớm biến chứng rò dịch não tủy sau mổ. Có 32% bệnh nhân rò dịch não tủy sau mổ và 16% bệnh nhân phải đặt dẫn lưu dịch não tủy thất lưng. Phác đồ điều trị rò dịch não tủy sau mổ u tuyến yên của chúng tôi luôn xuất phát là điều trị nội khoa bao gồm: nằm đầu cao 30 độ, chọc dẫn lưu dịch não tủy thất lưng, mỗi ngày để dịch chảy ra khoảng 200-300ml dịch, dùng kháng sinh dự phòng, thường sau 3-5 ngày 90% các bệnh nhân sẽ hết rò dịch não tủy. Trường hợp điều trị nội mà không

có kết quả bệnh nhân cần được phẫu thuật nội soi tìm lỗ rò và bịt lỗ rò bằng cân đùi.

Không có bệnh nhân nào bị tử vong, viêm màng não sau mổ. Thời gian nằm điều trị tại viện trung bình $10 \pm 2,3$ ngày. Khi ra viện tất cả các bệnh nhân này cần được hướng dẫn tiếp tục vệ sinh mũi miệng, tránh hít xì hơi qua mũi, cũng như cần biết các dấu hiệu phải quay lại khám ngay: sốt, đau đầu, buồn nôn, chảy nước mũi nhiều, chảy máu mũi. Nhưng trong nghiên cứu này chỉ có 60% bệnh nhân được hướng dẫn vệ sinh mũi miệng, và 12% được hướng dẫn phát hiện các biến cố bất thường, và không có trường hợp nào được phát tài liệu hướng dẫn chăm sóc sau mổ.

Trong nghiên cứu này, có 40% bệnh nhân là u tuyến yên chế tiết nội tiết, việc điều trị cho bệnh nhân u chế tiết nội tiết cần phải phối hợp với chuyên khoa nội tiết. Có 48% bệnh nhân có biểu hiện đái tháo nhạt sau mổ, những bệnh nhân này cũng cần được điều trị tiếp sau mổ bởi các bác sĩ chuyên khoa nội tiết. Trong nghiên cứu này chỉ có 72% bệnh nhân được chuyển khám chuyên khoa nội tiết hoặc được kê đơn nội tiết về nhà. Như vậy, bệnh nhân u tuyến yên chế tiết nội tiết được quan tâm điều trị nội tiết sau mổ chưa đầy đủ, điều này sẽ làm giảm hiệu quả điều trị bệnh nhân u tuyến yên.

Phát hiện các biến chứng sau mổ u tuyến yên:

+ Chảy máu nội sọ: biểu hiện bệnh nhân thay đổi tri giác (vật vã kích thích, tụt tri giác sau mổ, nôn nhiều sau mổ, đau đầu nhiều sau mổ. Xử trí: báo bác sĩ trực, xử trí tình trạng cấp cứu (cho bệnh nhân nằm đầu cao 30 độ, thở oxy, theo dõi mạch huyết áp, nhiệt độ,

tình trạng nước tiểu. Nếu bệnh nhân hôn mê Glasgow dưới 8 điểm: cần báo bác sĩ đặt ống nội khí quản, thở oxy, đặt sonde dạ dày, sonde tiêu, truyền dịch để kiểm soát huyết áp trước khi đi chụp phim cắt lớp vi tính sọ não kiểm tra). Tất cả các bệnh nhân có diễn biến bất thường về tri giác sau mổ u tuyến yên cần được chụp cắt lớp vi tính sọ não để kiểm tra tình trạng chảy máu sau mổ, hoặc giãn não thất sau mổ; và làm xét nghiệm điện giải đồ.

+ Chảy máu mũi miệng: Thường sau khi rút merocelle mũi sẽ có chảy máu rỉ rả với số lượng ít. Cho người bệnh nhỏ thuốc mũi có tác dụng co mạch như naphazolin 0,05% sẽ giúp cải thiện triệu chứng. Trường hợp bệnh nhân vẫn tiếp tục rỉ máu nhiều qua mũi, cần hướng dẫn cho người nằm nghiêng sang một bên nhằm tránh chảy máu vào đường hô hấp gây ngừng thở, kiểm tra mạch, huyết áp, và báo bác sĩ trực để nhét mũi cầm máu bằng Merocell. Những trường hợp chảy máu nhiều, người bệnh được điều trị bước đầu bằng bằng thuốc co mạch (Naphazolin) và nhét meche mũi; trường hợp điều trị nội không hiệu quả thường phải mổ nội soi để cầm máu lại.

+ Đái tháo nhạt: Biểu hiện có đái nhạt: nước tiểu trên 200 ml/h trong 3 giờ liên tục, nước tiểu thường nhạt màu, hoặc có màu trắng. Xử trí: báo bác sĩ trực, xét nghiệm điện giải, dùng thuốc chống đái tháo nhạt (Minirin dạng viên uống), truyền bù đủ dịch đã mất, hướng dẫn người bệnh uống đủ nước theo nhu cầu người bệnh.

+ Rò dịch não tủy sau mổ: Đây là biến chứng hay gặp sau mổ u tuyến yên qua đường xương bướm. Biểu hiện sớm là bệnh nhân có biểu hiện chảy dịch trong qua mũi ở

những ngày đầu sau mổ, chảy sẽ rõ hơn khi cho bệnh nhân nằm nghiêng, làm nghiệm pháp nhin thờ. Cần báo với bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời bằng cách điều trị nội khoa hoặc can thiệp đặt dẫn lưu lưng để làm giảm áp lực nội sọ; bên cạnh đó điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh chăm sóc vệ sinh mũi miệng để tránh gây nhiễm ngược dòng gây viêm màng não. Những trường hợp dò dịch não tủy muện có thể xuất hiện 2-3 tuần sau mổ. Giai đoạn đầu bệnh nhân do còn ngạt mũi nên không nên định được việc có chảy dịch não tủy hay không, khi tổ chức niêm mạc hết phù nề bệnh nhân hết ngạt mũi và sẽ nhận thấy có dịch chảy ở cổ họng thường xuyên. Do vậy trước khi ra viện cần dặn bệnh nhân nếu có dấu hiệu chảy dịch bất thường ở cổ họng, cần quay lại bệnh viện để khám lại ngay để được điều trị kịp thời.

Hướng dẫn bệnh nhân trước khi ra viện:

Hướng dẫn cách vệ sinh mũi sau mổ, không xì, ngoáy mũi.

Bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến yên tiết prolactin: Hướng dẫn người bệnh tiếp tục dùng thuốc dostinex theo đơn của bác sĩ.

Bệnh nhân bị suy tuyến yên trước và sau mổ, cần được tư vấn khám bác sĩ chuyên khoa nội tiết trước khi về nhà.

Hướng dẫn người quay lại viện khám lại ngay nếu có các dấu hiệu sau: Mơ, nói linh tinh, đái nhiều >200ml/h, nước tiểu nhạt màu, sốt không rõ nguyên nhân, chảy máu, dịch trong qua mũi.

Giáo dục sức khỏe: Việc kiểm soát thành công bệnh lý u tuyến yên đòi hỏi người cần phối hợp và tuân thủ quy trình điều trị và chăm sóc, tuân thủ sử dụng thuốc, nên có sự

phối hợp nhiều chuyên khoa: ngoại thần kinh, nội tiết nhằm điều trị khối u cũng như điều trị các rối loạn thần kinh nội tiết, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 trường hợp sau mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm tại Khoa ngoại thần kinh, Bệnh viện K3 từ 2/2021 tới 1/2023, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

Quy trình chăm sóc bệnh nhân u tuyến yên tại Bệnh viện K đã được thực hiện tốt (100%), nhưng quy trình hướng dẫn vệ sinh mũi miệng (88%), cũng như hướng dẫn bệnh nhân về nhà chưa được thực hiện (0%). Gần một nửa số bệnh nhân u tuyến yên chế tiết nội tiết không được hướng dẫn điều trị chuyên khoa nội tiết hoặc kê đơn nội tiết về nhà.

Cần phổ biến quy trình chăm sóc sau mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm cho điều dưỡng, và phát tài liệu hướng dẫn chăm sóc tại nhà cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amir R, Dehdashti, Ahmed Ganna, Konstantina Karabatsou, et al.** Pure endoscopic endonasal approach for pituitary adenomas: early surgical results in 200 patients and comparison with previous. *Neurosurgery*. 2008; 62:1006-1017.
2. **Tabaee A, Anand VK, Fraser JF, Brown SM, Singh A and Schwartz TH.** Three-dimensional endoscopic pituitary surgery. *Neurosurgery*. 2009; 64:288-93.
3. **Rodziewicz GS, Kelley RT, Kellman RM and Smith MV.** Transnasal endoscopic surgery of the pituitary gland: technical note. *Neurosurgery*. 1996; 39:189-92.
4. **Hadad G, Bassagasteguy L, Carrau RL, Mataza JC, Kassam A, Snyderman CH and Mintz A.** A novel reconstructive technique after endoscopic expanded endonasal approaches: vascular pedicle nasoseptal flap. *Laryngoscope*. 2006; 116:1882-6
5. **Gondim JA, Almeida JP, Albuquerque LA, Gomes EF, Schops M.** Giant pituitary adenomas: Surgical outcomes of 50 cases operated on by the endonasal endoscopic approach. *World Neurosurg*. 2014;82:e281–90.
6. **Xiaolin Chen, Wei Huang, Hongjuan Li, Yan Huan, Guoying Mai, Luming Chen, Hongqiang Huang.** Comparison of outcomes between endoscopic and microscopic transsphenoidal surgery for the treatment of pituitary adenoma: a meta-analysis. *Gland Surg*. 2020 Dec; 9(6): 2162–2174.
7. **D'Haens J, Van Rompaey K, Stadnik T, Haentjens P, Poppe K and Velkeniers B.** Fully endoscopic transsphenoidal surgery for functioning pituitary adenomas: a retrospective comparison with traditional transsphenoidal microsurgery in the same institution. *Surg Neurol*. 2009; 72:336-40.
8. **Dehdashti AR, Ganna A, Karabatsou K and Gentili F.** Pure endoscopic endonasal approach for pituitary adenomas: early surgical results in 200 patients and comparison with previous microsurgical series. *Neurosurgery*. 2008; 62:1006-15
9. **Jane JA, Jr. and Laws ER, Jr.** The surgical management of pituitary adenomas in a series of 3,093 patients. *J Am Coll Surg*. 2001; 193:651-9.