

"Evolution of Guidelines for Testosterone Replacement Therapy", Journal of clinical medicine, 8 (3), pp. 410.

8. Paruk. I. M, Pirie. F. J, Nkwanyana. N. M, et al (2019), "Prevalence of low serum testosterone levels among men with type 2 diabetes mellitus attending two outpatient diabetes clinics in

KwaZulu-Natal Province, South Africa", S Afr Med J, 109 (12), pp. 963-970.

9. Sepu. N, Adeleye. J. O, Kuti. M. O (2021), "Serum testosterone in Nigerian men with type 2 diabetes mellitus and its relationship with insulin sensitivity and glycemic control", J Natl Med Assoc, 113 (3), pp. 285-293.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG MŨI XOANG BướM ĐIỀU TRỊ U TUYẾN YÊN TĂNG CHẾ TIẾT ACTH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thành Nam¹, Nguyễn Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: đánh giá kết quả điều trị u tuyến yên tăng chế tiết ACTH (bệnh Cushing) bằng phương pháp phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 29 trường hợp được chẩn đoán u tuyến yên tăng chế tiết ACTH (bệnh Cushing) dựa vào triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật lấy u tuyến yên nội soi qua đường mũi xoang bướm tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2018 đến tháng 09/2021. **Kết quả:** tuổi trung bình 42.72; tỉ lệ nữ/nam: 9/1. Microadenoma chiếm 20.7%, Macroadenoma chiếm 79.3%. Sau mổ có 01 trường hợp chảy máu mũi, 01 trường hợp đái tháo nhạt, 01 trường hợp rò dịch não tủy, 05 trường hợp rối loạn điện giải và đều không cần can thiệp ngoại khoa; có 01 trường hợp giãn não thất phải dẫn lưu não thất ổ bụng. **Kết quả:** 6/6 ca Microadenoma lấy u hoàn toàn; 20/23 ca Macroadenoma lấy u trên 70%. Tái khám sau mổ 3 tháng ở nhóm kiểu hình Cushing điển hình: tỉ lệ thay đổi kiểu hình ở nhóm Microadenoma và Macroadenoma lần lượt là 83.3% và 33.3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm thể hiện nhiều ưu điểm, an toàn, hiệu quả trong điều trị u tuyến yên tăng chế tiết ACTH.

Từ khóa: u tuyến yên, hội chứng Cushing, phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm

SUMMARY

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC ENDONASAL TRANSSPHENOIDAL SURGERY FOR ACTH-SECRETING PITUITARY ADENOMAS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To analyze results and complications of endoscopic transsphenoidal surgery in patients with ACTH- secreting pituitary adenomas. **Methods:** Retrospective and prospective study on 29 cases with

ACTH- secreting pituitary adenomas (Cushing's disease) confirmed based on clinical features, laboratory findings, magnetic resonance imaging and treated by endoscopic transsphenoidal surgery at Viet Duc Hospital from October 2018 to September 2021.

Results: The mean age was 42.7 years. There were 03 males (10%), and 26 females (90%), the ratio of female to male: 9/1. There were 6 cases of Microadenoma (20.7%), 23 cases of Macroadenoma (79.31%), the ratio of Microadenoma to Macroadenoma: 1/4. Surgical complications included transient diabetes insipidus (1 case), cerebrospinal fluid leak (1 case), symptomatic hyponatremia (5 cases) and all only needed medical treatment except 01 case of hydrocephalus treated by ventriculoperitoneal (VP) shunt. All Microadenoma cases were achieved gross total removal, twenty of 23 Macroadenoma cases were achieved subtotal removal. In total 9 cases admitted because of typical Cushing's syndrome, five of 6 cases of Microadenoma group and one of 3 cases of Macroadenoma group showed better changes in phenotype when re-examination after 3 months. **Conclusion:** endoscopic transsphenoidal pituitary surgery showed advantages such as safety and efficacy for ACTH- secreting pituitary adenomas treatment.

Keyword: ACTH- secreting pituitary adenomas, Cushing's disease, endoscopic transsphenoidal surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên tiết ACTH (Adrenocorticotrophic hormone) có nguồn gốc từ các tế bào ưa kiềm (corticotrophs) ở thùy trước tuyến yên^[5]. Hầu hết chúng tiết quá nhiều ACTH dẫn đến tình trạng tăng tiết quá mức nhóm hormone glucocorticoid của tuyến vỏ thượng thận trong thời gian dài hay bệnh Cushing. Để chẩn đoán bệnh trước tiên cần xác định bệnh nhân có hội chứng Cushing không chủ yếu vào tình trạng lâm sàng điển hình kết hợp các xét nghiệm máu. Hội chứng Cushing điển hình gồm có: béo trung tâm, yếu cơ/teo cơ gốc chi, khuôn mặt "mặt trăng", da mỏng, rạn da ở bụng, mông, đùi. Các xét nghiệm cận lâm sàng giúp xác định hội chứng

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trung tâm PTTK Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: drxuan.vd@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 21.01.2022

Cushing phụ thuộc ACTH hay không và/hoặc nguyên nhân tăng tiết ACTH đến từ khối u tuyến yên hay khối u lạc chỗ.

Vai trò của chẩn đoán hình ảnh là giúp xác định khối u tuyến yên, từ đó chẩn đoán bệnh Cushing. Đặc điểm của Microadenoma (<1cm) trên phim chụp cộng hưởng từ (CHT): thường đồng tín hiệu (47% trường hợp^[2]) hoặc giảm tín hiệu rất nhẹ so với tuyến yên lành trên xung T1, còn trên chuỗi xung có tiêm chất tương phản thì thể hiện vùng bắt thuốc muộn và không đồng nhất^[1]. Macroadenoma (>1cm) có đặc điểm khá tương đồng nhưng tính chất bắt thuốc thường sớm hơn và đa dạng hơn Microadenoma^[4], có thể xuất hiện các vách, hoặc nang chảy máu trong u. Với các khối u khổng lồ (>5cm), phim chụp CHT còn cho biết mức độ xâm lấn xoang hang, xoang bướm, dốc nền, bể dịch trên yên, mức độ chèn ép giao thoa thị giác^[5]. Khi so sánh với chụp CHT 1.5T, chụp CHT 3.0 T thậm chí còn thể hiện độ nhạy hơn gấp đôi (67-70%) so với 30%^[3]; độ đặc hiệu cũng vượt trội (84% so với 58%)^[7].

Hiện nay, phẫu thuật loại bỏ khối u tuyến yên được xem là phương pháp điều trị chính nhờ có ưu điểm khả năng lấy u tốt, tỉ lệ biến chứng thấp, rút ngắn thời gian phẫu thuật^[5]. Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật nội soi lấy u tuyến yên nói chung và điều trị bệnh Cushing không có gì khác biệt. Tuy nhiên, yêu cầu đối với điều trị bệnh Cushing nói riêng là phải lấy được toàn bộ tổn thương, bởi nếu như để sót một phần nhỏ u thì tỉ lệ tái phát sau mổ cũng rất cao^[2]. Cùng với đặc điểm đa số u thường nhỏ (Microadenoma), khó phát hiện ngay cả trong mổ, việc bảo tồn các cấu trúc quan trọng, đặc biệt là tuyến yên lành không hề dễ dàng. Nói chung phẫu thuật cắt u nội soi qua đường mũi xoang bướm điều trị bệnh Cushing hiện vẫn còn là thách thức nhất là với những phẫu thuật viên trẻ. Từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm điều trị bệnh u tuyến yên tăng tiết tiết ACTH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiền cứu tại trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, bệnh viện Việt Đức. Thời gian: từ tháng 10/2018 đến tháng 09/2021. Đối tượng tham gia: 29 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Cushing dựa vào:

- Lâm sàng: bệnh nhân có kiểu hình đặc trưng
- Xét nghiệm: cortisol máu tăng, test liều thấp dexamethasone qua đêm không ức chế được, test liều cao dexamethasone ức chế được
- Phim chụp cộng hưởng từ sọ não: khối u

vùng hố yên (bao gồm Microadenoma và Macroadenoma)

- Bệnh nhân được phẫu thuật lấy u bằng phương pháp nội soi qua đường mũi xoang bướm, kết quả mô bệnh học sau mổ phù hợp với u tuyến yên tăng tiết tiết ACTH

Đánh giá kết quả:

- Dựa vào mức độ lấy u qua phim chụp lại sau mổ hoặc thông tin có trong cách thức mổ

- Đánh giá tỉ lệ các biến chứng sớm sau phẫu thuật như chảy máu mũi, rối loạn điện giải, đại tháo nhạt, viêm màng não, giãn não thất...

- Đánh giá cải thiện về ngoại hình bệnh nhân so với trước mổ ở thời điểm đến khám lại tối thiểu là 3 tháng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Giá trị	%
Số lượng bệnh nhân	29	
Tuổi trung bình	42.72	
Nam	3	10.3
Nữ	26	89.7
Microadenoma	6	20.7
Macroadenoma	23	79.3

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng 29 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 42.72, nam giới gồm có 3 bệnh nhân (10.3%), nữ giới có 26 bệnh nhân (89.7%), tỉ lệ nữ/nam: 9/1. Trong số đó có 6 trường hợp Microadenoma (20.7%), còn lại 23 trường hợp Macroadenoma (79.3%), tỉ lệ Microadenoma/Macroadenoma: 1/4.



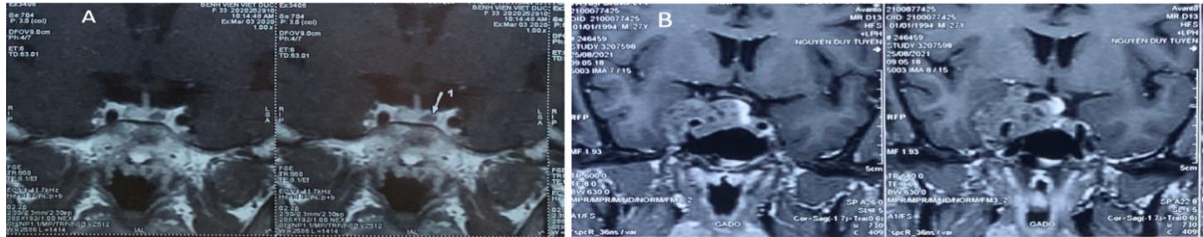
Hình 1: Gương mặt điển hình của bệnh nhân mắc bệnh Cushing: mặt tròn như mặt trăng, da mỏng, béo trung tâm

Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì 3 lí do chính là mờ mắt, đau đầu và thay đổi kiểu hình. Trong đó hay gặp nhất là mờ mắt với 16 trường hợp (55.2%;) tiếp đến là đau đầu với 14 trường hợp (48.3%) và kiểu hình Cushing với 9 trường hợp (31.8%). Ngoài ra còn một số lí do ít gặp hơn như rối loạn sinh dục (6 trường hợp mất kinh-vô

sinh; 2 trường hợp yếu sinh lý và 1 trường hợp vào viện vì chóng mặt).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Lí do vào viện	Giá trị	%
Mờ mắt	16	55.2
Đau đầu	14	48.3
Kiểu hình Cushing điển hình	9	31.8
Mất kinh	6	20.7
Yếu sinh lý	2	6.9
Chóng mặt	1	3.5



Hình 2: A: Microadenoma: khối u với kích thước dưới 4x6mm bên trái thùy trước tuyến yên; B: Macroadenoma: kích thước trên 35x32mm xâm lấn xoang hang 2 bên chủ yếu bên phải

Các khối u Microadenoma vì kích thước nhỏ nên chỉ nằm trong hố yên mà không gây chèn ép các cấu trúc lân cận. Ngược lại, ở nhóm Macroadenoma chỉ có 2 trường hợp u không xâm lấn chiếm 8.7%, số còn lại đều xâm lấn ít nhất một tổ chức xung quanh. Hay gặp nhất là đặc điểm chèn ép giao thoa thị giác với 18 trường hợp chiếm 78.3%; xếp sau đó là xâm lấn xoang hang 2 bên với 15 trường hợp (65.2%); xâm lấn vào xoang bướm với 8 trường hợp (34.8%); xâm lấn xoang hang 1 bên với 5 trường hợp (21.7%). Điểm này giải thích lí do vì sao nguyên nhân vào viện hay gặp nhất là nhìn mờ, xếp sau đấy mới là đau đầu.

Bảng 3: Đặc điểm xâm lấn trên phim chụp cộng hưởng từ

	Macroadenoma
Xâm lấn xoang bướm	8 (34.8)
Xâm lấn xoang hang 1 bên	5 (21.7)
Xâm lấn xoang hang 2 bên	15 (65.2)
Chèn ép giao thoa thị giác	18 (78.3)
Không xâm lấn lân cận	2 (8.7)

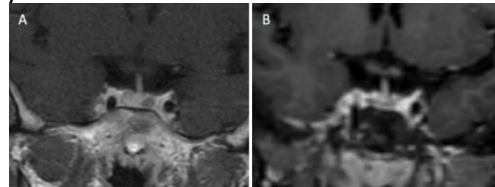
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường mũi xoang bướm điều bệnh nhân Cushing

Bảng 4: Biến chứng sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ	Giá trị	%
Chảy máu mũi	1	3.5
Đái nhạt	1	3.5
Viêm màng não	0	
Rò dịch não tủy	1	3.5
Rối loạn điện giải	5	17.2
Giãn não thất	1	3.5

Các trường hợp Microadenoma đều thể hiện tính chất khá điển hình trên phim chụp CHT như đều đồng hoặc giảm nhẹ tín hiệu so với tổ chức tuyến yên lành, bắt thuốc chậm sau tiêm, trong đó có 4/6 ca bắt thuốc đồng đều dạng nốt, chiếm 83%, còn lại ngấm thuốc không đồng dạng vòng, chêm 17%. Trong khi đó ở nhóm Macroadenoma, con số này lần lượt là 11/23 (48%) và 10/23 (43%). Đáng chú ý có 2 trường hợp không ngấm thuốc sau tiêm, chiếm 9%.

Biến chứng chỉ có 1 trường hợp chảy máu mũi sau mổ, 1 trường hợp đái tháo nhạt, 1 trường hợp rò dịch não tủy, 5 trường hợp rối loạn điện giải. Tất cả chỉ cần điều trị nội khoa mà không cần phải can thiệp gì thêm. Không ghi nhận trường hợp viêm màng não sau mổ nào. Đáng chú ý có 01 trường hợp xuất hiện lơ mơ, giảm tri giác sau mổ, trên phim chụp cắt lớp vi tính phát hiện giãn não thất và bệnh nhân cũng đã được phẫu thuật dẫn lưu não thất-ổ bụng ngay sau đó.



Hình 3: A: Trước mổ: Microadenoma kích thước 4x6mm bên trái thùy trước tuyến yên; B: Hình ảnh sau mổ không còn tổ chức ngấm thuốc trên phim chụp cộng hưởng từ

Các tổn thương Microadenoma trên phim chụp sau mổ đều thấy ghi nhận không còn tổ chức ngấm thuốc, trường hợp không được chụp lại ngay sau mổ thì dựa vào cách thức mổ cũng có thể xác định được trong mổ đã lấy toàn bộ u (>95%). Trong khi đó ở nhóm Macroadenoma, vì tính chất u lớn lại xâm lấn nhiều các tổ chức quan trọng, tỉ lệ lấy toàn bộ u chỉ có 10/23 trường hợp chiếm 43.5%, còn lại có tới 10/23 ca chỉ cắt được gần toàn bộ (lấy được 70% u theo ước lượng của phẫu thuật viên) chiếm 43.5%. Có 01 ca trong mổ chỉ sinh thiết một phần u (<10%)

và 02 ca không có phim chụp lại sau mổ.



Hình 4: hình ảnh trước mổ và khi khám trước mổ và khi khám lại 6 tháng sau mổ

Trong tổng số 9 trường hợp đến viện vì có thay đổi kiểu hình dạng Cushing, nhóm Microadenoma có 6 trường hợp thì có 5 bệnh nhân ghi nhận có sự thay đổi rõ rệt về kiểu hình khi khám lại sau 3 tháng, chiếm tỉ lệ 83.2%. Trong khi đó con số này ở nhóm Macroadenoma chỉ là 1 trên 3 trường hợp, chiếm 33.3%.

IV. BÀN LUẬN

Có 6 bệnh nhân thuộc nhóm Microadenoma và 23 bệnh nhân Macroadenoma, tỉ lệ Microadenoma chỉ chiếm khoảng 20%. Đặc điểm chung của nhóm Microadenoma là đều có biểu hiện lâm sàng là kiểu hình Cushing đặc trưng, các kết quả xét nghiệm máu và test chẩn đoán đều cho chẩn đoán xác định là bệnh Cushing. Tuy nhiên khối u có kích thước nhỏ, dễ gây bỏ sót tổn thương đặc biệt với hệ thống máy chụp có độ phân giải thấp, có thể nhiều trường hợp đã được chẩn đoán hội chứng Cushing do nguyên nhân khác vì không tìm được tổn thương thực sự vùng hố yên trên phim chụp CHT. Qua đây nhóm nghiên cứu xin nhấn mạnh vai trò của hệ thống chụp CHT hiện đại từ 3.0T trở lên và kinh nghiệm của bác sĩ đọc kết quả chẩn đoán hình ảnh, nhằm tránh các trường hợp âm tính giả như đã kể trên^[3,7].

Đối với bệnh Cushing nói riêng, đặc biệt là những trường hợp Microadenoma, để đạt được mục đích điều trị sau mổ là giúp bệnh nhân cải thiện triệu chứng về kiểu hình-trở lại cuộc sống bình thường, thì trong mổ cần lấy bỏ toàn bộ u, vì dù chỉ để lại một chút tổn thương cũng có thể gây tăng chế tiết ACTH và triệu chứng lâm sàng như trước mổ^[2]. Tuy nhiên đây lại là một thách thức vì đây đều là những khối u có kích thước rất nhỏ, trong mổ để xác định chính xác vị trí u cũng không phải là một điều dễ dàng. Thậm chí để đạt được đích phẫu thuật, có thể cần nhắc đến khả năng cắt bỏ u rộng rãi, thậm chí hi sinh tổ chức tuyến yên lành nếu cần thiết.

Ngược lại ở nhóm Macroadenoma chỉ có 3 bệnh nhân có đặc điểm lâm sàng kiểu hình của hội chứng Cushing, phần còn lại có kết quả xét nghiệm máu cũng như test chẩn đoán ở nhóm này lại thường cho kết quả bình thường hoặc không được chỉ định. Nhóm này được gọi là u tuyến yên tăng tiết ACTH thể im lặng (SCA-Silent corticotroph adenomas), thường biểu hiện dưới dạng các khối u tuyến lớn, với các triệu chứng liên quan đến hiệu ứng khối choán chỗ do sự xâm lấn ra bên ngoài hố yên chứ không gây biểu hiện của việc tăng tiết Glucocorticoid trên lâm sàng^[6]. Thực tế, các xét nghiệm sàng lọc đối với bệnh Cushing thường không được thực hiện nếu bệnh nhân không có các dấu hiệu đặc trưng của chứng tăng tiết cortisol. Do đó, chẩn đoán SCA có tính tùy ý, và không thể loại trừ khả năng một số ca bệnh SCA được báo cáo thực tế có thể đã mắc bệnh Cushing cận lâm sàng. Đối với các u tuyến yên không chế tiết, mục đích trong mổ là giảm chèn ép đối với các cấu trúc lân cận từ đó làm giảm triệu chứng, chính vì vậy mục tiêu bảo tồn các cấu trúc xung quanh được đặt lên ưu tiên hàng đầu.

Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu không cao, các biến chứng nhìn chung cũng không quá nghiêm trọng. Cụ thể thì chỉ có 01 trường hợp hợp chảy máu mũi sau mổ (3.5%), 01 trường hợp đái tháo nhạt (chiếm 3.5%), 01 trường hợp rò dịch não tủy (3,5%), 05 trường hợp rối loạn điện giải (17.2%). Không ghi nhận trường hợp nào viêm màng não. Các biến chứng kể trên nếu có xuất hiện cũng đều chỉ cần điều trị nội khoa. Trừ một trường hợp duy nhất có ghi nhận giãn não thất tiến triển trên phim chụp cắt lớp vi tính sau mổ. Trường hợp này sau đó được phẫu thuật dẫn lưu não thất-ổ bụng và ra viện sau lần mổ thứ hai 10 ngày với tình trạng hoàn toàn ổn định. Kết quả lấy u ở nhóm Microadenoma đạt 100% đều lấy toàn bộ u, giải thích lí do khi đến khám lại tất cả các bệnh nhân ở nhóm này đều cải thiện rất tích cực về ngoại hình. Ở nhóm Macroadenoma, ghi nhận 20/23 số ca là được lấy u toàn bộ hoặc gần toàn bộ (>70% thể tích u). Điều này được lí giải bởi các khối u ở nhóm này có đặc điểm xâm lấn xung quanh nhiều, cùng với đó đa số các trường hợp lại ở thể im lặng nên mục tiêu đặt ra trong phẫu thuật là giảm chèn ép, ưu tiên bảo tồn các cấu trúc quan trọng. Cũng chính vì thế nên bệnh nhân có hội chứng Cushing ở nhóm này khi đến khám lại chỉ có 1 trường hợp thể hiện sự cải thiện về lâm sàng, chiếm tỉ lệ 33.3%, còn lại 2 trường hợp cải thiện không đáng kể và tái phát lại các triệu chứng về

như cũ rất nhanh.

Phẫu thuật lấy u tuyến yên nội soi qua đường mũi xoang bướm đã được nhiều nghiên cứu từ cả các tác giả trong và ngoài nước, các ưu điểm có thể kể ra như cách tiếp cận an toàn, ít xâm lấn trong khi vẫn mang lại hiệu quả cao^[2], rút ngắn thời gian mổ, tỉ lệ biến chứng thấp, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh hơn, rút ngắn thời gian và chi phí nằm viện^[5]. Tuy nhiên đây vẫn được xem là kỹ thuật mổ không dễ để triển khai do đòi hỏi dụng cụ phẫu thuật phức tạp cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Mặc dù tỉ lệ biến chứng thấp nhưng một số khi xảy ra lại rất nặng nề, ví dụ như tổn thương xoang hang động mạch cảnh trong mổ, tổn thương cuống tuyến yên, rò dịch não tủy ... có thể gây nhiều khó khăn với các phẫu thuật viên trẻ ít kinh nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Bệnh Cushing chủ yếu gặp ở nữ giới, có đặc điểm lâm sàng rất đặc trưng về kiểu hình. Để chẩn đoán xác định cần kết hợp lâm sàng và các xét nghiệm máu cũng như chụp cộng hưởng từ. Trong đó nhóm nghiên cứu khuyến cáo chụp phim cộng hưởng từ với độ phân giải cao (3.0 T trở lên) để tránh việc bỏ sót những tổn thương u vùng hố yên đặc biệt là Microadenoma.

Về mặt điều trị, phẫu thuật lấy u vẫn được xem là phương pháp điều trị chính. Trong đó phẫu thuật nội soi đã thể hiện được các ưu điểm như tỉ lệ biến chứng thấp, khả năng hồi phục

nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện trong khi vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Buchfelder M, Nistor R, Fahlbusch R, Huk WJ.** The accuracy of CT and MR evaluation of the sella turcica for detection of adrenocorticotrophic hormone-secreting adenomas in Cushing disease. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1993;14:1183–90.
- Daniel M. Prevedello, M.D., NaDer Pouratian, M.D.,** Management of Cushing's disease: outcome in patients with microadenoma detected on pituitary magnetic resonance imaging. *Journal of Neurosurg* 109:751–759, 2008.
- Erickson D, Erickson B, Watson R, et al.** 3 Tesla magnetic resonance imaging with and without corticotropin releasing hormone stimulation for the detection of microadenomas in Cushing's syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010;72(6):793–9.
- FitzPatrick M, Tartaglino LM, Hollander MD, Zimmerman RA, Flanders AE.** Imaging of sellar and parasellar pathology. *Radiol Clin North Am.* 1999;37:101–21. x.
- Samuel S. Shin, M.D., Ph.D., Paul A. Gardner, M.D.** Endoscopic Endonasal Approach for ACTH-Secreting Pituitary Adenomas: Outcomes and Analysis of Remission Rates and Tumor Biochemical Activity with Respect to Tumor Invasiveness. *World Neurosurgery.* 2015. doi: 10.1016/j.wneu.2015.07.065.
- Swearingen and B.M.K. Biller (eds.),** Cushing's Disease, *Endocrine Updates*, DOI 10.1007/978-1-4614-0011-0, © Springer Science+Business Media, LLC 2011.
- Wolfsberger S, Ba-Ssalamah A, Pinker K, et al.** Application of three-tesla magnetic resonance imaging for diagnosis and surgery of sellar lesions. *J Neurosurg.* 2004;100: 278–86.

TÍNH TIN CẬY VÀ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐO STRESS TẠI NƠI LÀM VIỆC (WSS), ỨNG PHÓ THÍCH NGHI (BRCS) VÀ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI (BRS) TRÊN NHÂN VIÊN Y TẾ

Trần Minh Quang¹, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính tin cậy và giá trị của thang đo stress tại nơi làm việc (WSS), ứng phó thích nghi (BRCS) và khả năng phục hồi (BRS) trên nhân viên y tế. **Đối tượng và phương pháp:** Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 100 nhân viên y tế tại Bệnh viện quận 8 Thành phố Hồ Chí Minh

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh

Email: hhnquynhytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 25.01.2022

trong tháng 5 năm 2021. Nhân viên y tế được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi tự điền (WSS, BRCS và BRS tiếng Việt). Tính tin cậy của các thang đo được đánh giá bằng chỉ số Cronbach's Alpha, tính giá trị được xác định bằng phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phân tích nhân tố khẳng định (CFA). **Kết quả:** Thang đo WSS, BRCS và BRS tiếng Việt có tính tin cậy cao với hệ số Cronbach's Alpha lần lượt là 0,84, 0,83 và 0,87. Tính giá trị của các thang đo được xác định bằng phân tích nhân tố khám phá (EFA) và phân tích nhân tố khẳng định (CFA) với cho kết quả đáp ứng được các tiêu chuẩn, phản ánh sự phù hợp từ mức độ "phù hợp chấp nhận được" đến "phù hợp tốt" giữa mô hình với dữ liệu thực tế thu được. **Kết luận:** Thang đo WSS, BRCS và BRS tiếng Việt trong nghiên cứu này cho thấy độ tin cậy cao và tính giá trị phù hợp để đánh giá tình