

ĐÁNH GIÁ THANG ĐIỂM BIS TẠI THỜI ĐIỂM NHẬP VIỆN VÀ SAU 72 GIỜ Ở BỆNH NHÂN SAU NGỪNG TUẦN HOÀN CÓ TÁI LẬP TUẦN HOÀN TỰ NHIÊN TẠI KHOA CẤP CỨU

Nguyễn Anh Tuấn¹, Trương Vinh Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu quan trọng của cấp cứu bệnh nhân ngừng tuần hoàn là tái lập lại vòng tuần hoàn tự nhiên của bệnh nhân. Tuy nhiên trên thực tế, sự hồi phục của các tổn thương thần kinh (nếu có) đóng vai trò quyết định đến tiên lượng chung của bệnh nhân sau cấp cứu ngừng tuần hoàn. Có nhiều biện pháp để theo dõi và đánh giá tổn thương thần kinh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn, trong đó có thang điểm BIS (bispectral index). Bằng cách phân tích thuật toán trên điện não đồ của bệnh nhân, thông qua đó có thể đánh giá mức độ ý thức của bệnh nhân sau này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu và đánh giá điểm BIS lúc vào viện và sau 72 giờ trên 31 bệnh nhân có tái lập vòng tuần hoàn tự nhiên sau khi được cấp cứu ngừng tuần hoàn làm cơ sở cho việc tiên lượng hồi phục chức năng thần kinh sau 30 ngày. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Điểm BIS trung bình lúc nhập viện là $35,6 \pm 18,1$, nhóm có kết cục thần kinh tốt là $51,7 \pm 14,1$, nhóm kết cục thần kinh xấu là $30,9 \pm 16,5$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Điểm BIS trung bình lúc tại thời điểm 72 giờ sau ngừng tuần hoàn là $44,9 \pm 19,9$, nhóm có kết cục thần kinh tốt là $62,4 \pm 18,2$, nhóm kết cục thần kinh xấu là $36,1 \pm 14,4$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. **Kết luận:** Điểm BIS tại thời điểm nhập viện và sau 72 giờ có giá trị nhất định trong việc hồi phục tổn thương thần kinh ở nhóm bệnh nhân sau cấp cứu ngừng tuần hoàn tại khoa cấp cứu.

Từ khóa: thang điểm BIS, ngừng tuần hoàn, tái lập tuần hoàn

SUMMARY

THE BIS SCORE ON ADMISSION AND AFTER 72H OF POST CARDIAC ARREST PATIENT WITH SPONTANEOUS CIRCULATION RESTORATION WHO PRESENTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

The purpose of resuscitation for cardiac arrest is to establish the ROSC (return of spontaneous circulation). However, the restoration of brain function have great impact on the overall outcome of the patient. Multiple method can be used to assess and predict the future prognosis, include the BIS (bispectral index). By monitoring the change of EEG,

we are able to interpret the lesion and the action. We conducted the study on 31 patient with ROSC, by measure the BIS, the result showed the average BIS on admission was $35,6 \pm 18,1$, the group with neurologic good outcome had the BIS score of $51,7 \pm 14,1$, compare to the worse outcome $30,9 \pm 16,5$, significantly different, $p < 0,01$. The average BIS after 72 hour from admission was $44,9 \pm 19,9$, good outcome of $62,4 \pm 18,2$, compare to the unfavour outcome of $36,1 \pm 14,4$, $p < 0,01$. **Conclusion:** the BIS score on admission and after 72h had a meaningful contribution to the prognosis factors in patient with ROSC. **Keywords:** BIS score, cardiac arrest, circulation restoration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là tình trạng mất mạch và mất ý thức đột ngột được gây ra do mất khả năng bơm máu một cách có hiệu quả của tim đến não và cơ thể, là một thách thức trong hồi sức cấp cứu. Theo báo cáo của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), tại Mỹ có khoảng 420.000 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện hàng năm. Trong số đó có khoảng 10% các bệnh nhân còn sống sót tại thời điểm nhập viện và chỉ có khoảng 5% là có phục hồi thần kinh tốt khi xuất viện¹.

Thang điểm BIS ban đầu được sử dụng để đánh giá mức độ gây mê khi sử dụng thuốc. Tuy nhiên một số tác giả đề nghị dùng trong việc theo dõi tổn thương não nói chung, nhất là các bệnh nhân có tổn thương thần kinh sau ngừng tuần hoàn để có thể trả lời được câu hỏi rất khó là: sau khi tái lập lại vòng tuần hoàn tự nhiên, thì tiên lượng tổn thương não của bệnh nhân hồi phục ra sao.

Điểm BIS được giới thiệu lần đầu năm 1994, và đã được Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt năm 1996, là một công cụ để đánh giá hiệu quả của thuốc gây mê. Từ đầu những năm 2000, nhiều nghiên cứu về điểm BIS trong tiên lượng hồi phục thần kinh trên bệnh nhân ngừng tuần hoàn đã được đưa ra và bước đầu chứng minh được giá trị của nó. Tuy nhiên, các nghiên cứu này vẫn còn nhiều khác biệt trong việc đưa ra một cách đánh giá chung cũng như điểm cắt để đánh giá, tiên lượng. Tại Việt Nam, nghiên cứu về điểm BIS trên bệnh nhân ngừng tuần hoàn còn hạn chế.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 26.12.2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân ngừng tuần hoàn được chuyển đến điều trị tại Trung tâm Cấp cứu - A9 - Bệnh viện Bạch Mai, tái lập được tuần hoàn tự nhiên; thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 9/2021

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ngừng tuần hoàn (theo tiêu chuẩn AHA 2020) ³:

- + Đột ngột mất ý thức.
- + Mất mạch cảnh và hoặc mạch bẹn.
- + Ngừng thở hoặc thở ngáp.

-Tái lập được tuần hoàn tự nhiên (ROSC) sau cấp cứu hồi sinh tim phổi.

Thời gian tái lập tuần hoàn tự nhiên đến lúc nhập viện khoa Cấp cứu < 24 giờ

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chấn thương vùng đầu mặt, không thể lắp các điện cực BIS

Người đại diện hợp pháp của bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân tử vong tại viện trước 24 giờ sau nhập viện.

Bệnh nhân được ghi nhận có điểm CPC trước ngừng tuần hoàn ≥ 3

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

+ Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2020 đến tháng 9/2021.

+ Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân NTH hoặc NTH đã được tái lập tuần hoàn được chuyển đến Trung tâm Cấp cứu

- A9 - Bệnh viện Bạch Mai

+ Với bệnh nhân NTH, tiến hành cấp cứu NTH theo phác đồ điều trị của Bộ Y tế và Trung tâm Cấp cứu - A9 Bệnh viện Bạch Mai.

+ BN tái lập được tuần hoàn tự nhiên.

+ Khai thác: tiền sử bệnh, các thuốc đang sử dụng, thời điểm phát hiện NTH; đánh giá sơ bộ nguyên nhân NTH.

+ Tiến hành theo dõi điểm BIS liên tục trong 24 giờ

+ Ghi nhận các thông số: điểm Glasgow, điểm SOFA, kích thước đồng tử, phản xạ giác mạc, xét nghiệm: pH, lactat, NSE.

+ Sàng lọc chỉ định sử dụng phương pháp kiểm soát thân nhiệt theo đích (TTM).

+ Tại thời điểm 72 giờ sau tái lập tuần hoàn tự nhiên, đánh giá điểm Glasgow, kích thước đồng tử, phản xạ giác mạc, điểm BIS

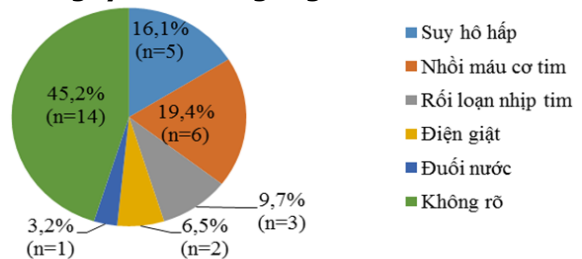
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng số 31 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $50,5 \pm 18,8$

- Nhóm tuổi: chiếm tỉ lệ cao nhất với. Trong đó, cao nhất là 89 tuổi, thấp nhất là 15 tuổi

Nguyên nhân ngừng tuần hoàn



Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân ngừng tuần hoàn

Bảng 3.1. Kết quả một số xét nghiệm lâm sàng khi nhập viện

	Chung (n=31)		Nhóm có kết cục thần kinh tốt (n=7)		Nhóm có kết cục thần kinh xấu (n=24)		p
	Trung bình	Min - Max	Trung bình	Min - Max	Trung bình	Min - Max	
Điểm SOFA lúc nhập viện	$7,33 \pm 2,71$	3 - 15	$9,43 \pm 3,60$	3 - 15	$11,13 \pm 2,35$	4 - 15	0,406
pH máu động mạch lúc nhập viện	$7,195 \pm 0,179$	6,78 - 7,48	$7,238 \pm 0,103$	7,04 - 7,36	$7,185 \pm 0,196$	6,78 - 7,48	0,119
Lactat máu lúc nhập viện	$8,56 \pm 5,58$	0,51 - 24,2	$10,43 \pm 6,60$	4,1 - 24,2	$8,01 \pm 5,28$	0,51 - 20,13	0,968

Nhận xét: Điểm SOFA trung bình lúc nhập viện là $7,33 \pm 2,71$, sự khác biệt không có ý nghĩa giữa hai nhóm kết cục thần kinh

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa điểm BIS và điểm Glasgow

	Điểm Glasgow ≤ 8		Điểm Glasgow > 8		p
	n	Điểm BIS (Trung bình \pm SD)	n	Điểm BIS (Trung bình \pm SD)	
Thời điểm nhập viện	29	$33,8 \pm 17,3$	2	$61 \pm 5,7$	0,017

Thời điểm 72 giờ sau ngừng tuần hoàn	14	35,2 ± 15,2	7	64,1 ± 18,7	0,005
--------------------------------------	----	-------------	---	-------------	-------

Nhận xét: - Tại thời điểm nhập viện, điểm BIS nhóm bệnh nhân có Glasgow ≤ 8 là 33,8 ± 17,3 thấp hơn có ý nghĩa với nhóm bệnh nhân có Glasgow > 8 với điểm BIS trung bình là 61 ± 5,7

- Tại thời điểm 72 giờ sau ngừng tuần hoàn, điểm BIS nhóm bệnh nhân có Glasgow ≤ 8 là 35,2 ± 15,2 thấp hơn có ý nghĩa với nhóm bệnh nhân có Glasgow > 8 với điểm BIS trung bình là 64,1 ± 18,7.

Bảng 3.3. Điểm BIS lúc nhập viện và sau 72 giờ

	Chung		Nhóm có kết cục thần kinh tốt		Nhóm có kết cục thần kinh xấu		p
	n	Trung bình	n	Trung bình	n	Trung bình	
Điểm BIS lúc nhập viện	31	35,6 ± 18,1	7	51,7 ± 14,1	24	30,9 ± 16,5	0,008
Điểm BIS sau 72 giờ	21	44,9 ± 19,9	7	62,4 ± 18,2	14	36,1 ± 14,4	0,007

Nhận xét: Điểm BIS lúc nhập viện trung bình là 35,6 ± 18,1. Điểm BIS lúc nhập viện của nhóm có kết cục thần kinh tốt là 51,7 ± 14,1, cao hơn nhóm có kết cục thần kinh xấu với điểm BIS lúc nhập viện trung bình là 30,9 ± 16,5.

Bảng 3.4. Điểm BIS với điều trị kiểm soát thân nhiệt

	Chung		Có kiểm soát thân nhiệt		Không kiểm soát thân nhiệt		p
	n	Trung bình	n	Trung bình	n	Trung bình	
Điểm BIS lúc nhập viện	31	35,6 ± 18,1	18	35,2 ± 17,4	13	36,1 ± 19,7	0,511
Điểm BIS sau 72 giờ	21	44,9 ± 19,9	14	46,8 ± 21,6	7	41,0 ± 16,8	0,901

Nhận xét: - Điểm BIS trung bình lúc nhập viện của nhóm bệnh nhân có kiểm soát thân nhiệt là 35,2 ± 17,4 không có sự khác biệt với nhóm không kiểm soát thân nhiệt với điểm BIS trung bình là 36,1 ± 19,7

- Điểm BIS trung bình sau 72 giờ của nhóm bệnh nhân có kiểm soát thân nhiệt là 46,8 ± 21,6 không có sự khác biệt với nhóm không kiểm soát thân nhiệt với điểm BIS trung bình là 41,0 ± 16,8.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân trong độ tuổi lao động với độ tuổi từ 20 đến 60 chiếm 58,1%, có một tỉ lệ thấp hơn nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi với tỉ lệ 38,7%.

Tỉ lệ này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Linh² năm 2017 với tỉ lệ nhóm tuổi từ 20 đến 60 là 74,3%, tỉ lệ nhóm tuổi ≥ 60 tuổi là 25,7%².

Nguyên nhân hô hấp và tim mạch là các nguyên nhân hay gặp nhất, điều này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Quốc Linh (2017), nguyên nhân tim mạch chiếm 22,8%, suy hô hấp chiếm 31,4% và 28,6% bệnh nhân không rõ nguyên nhân, theo Veerapong Vattanavanit năm 2020, nguyên nhân tim mạch chiếm 45%, suy hô hấp chiếm 33,3% và 10,1% bệnh nhân không rõ nguyên nhân³. Theo nghiên cứu của chúng tôi, điểm SOFA trung lúc nhập viện là 7,33 ± 2,71, pH máu động mạch trung bình lúc nhập viện là 7,195 ± 0,179, nồng độ lactat máu trung bình lúc nhập viện là 8,56 ± 5,58, không có sự khác biệt về điểm SOFA, pH

máu động mạch và lactat máu lúc nhập viện giữa nhóm có kết cục thần kinh tốt và nhóm có kết cục thần kinh xấu. Theo tác giả Trần Hùng Mạnh⁴, tại thời điểm nhập viện, điểm SOFA trung bình là 9, pH máu động mạch trung bình là 7,25, lactat máu trung bình là 6,62. Kết quả này tương tự với tác giả Niklas Nielsen⁵, tại thời điểm nhập viện, pH máu động mạch trung bình là 7,2 ± 0,2, lactat máu trung bình là 6,7 ± 4,5

Sau ngừng tuần hoàn, dù đã được tái lập tuần hoàn tự nhiên, ngoài tổn thương về não, hầu hết các bệnh nhân được ghi nhận tình trạng suy chức năng đa cơ quan, với điểm SOFA cao, điều này tương tự ở các nghiên cứu. Ngoài ra, các tổn thương thiếu máu/tái tưới máu vẫn tiếp tục diễn biến; sự thiếu oxy mô vẫn tồn tại, thể hiện bằng tình trạng toan máu, tăng lactat máu xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân sau ngừng tuần hoàn. Điều này là tương đồng ở các nghiên cứu. Tuy nhiên, điểm SOFA, pH máu động mạch hay lactat máu đều không có sự khác biệt giữa hai nhóm kết cục thần kinh. Việc sử dụng độc lập các yếu tố này trong tiên lượng kết cục thần kinh của bệnh nhân có thể sẽ không chính xác.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điểm BIS trung bình được ghi nhận tại thời điểm nhập viện là 35,6 ± 18,1, của nhóm có kết cục thần kinh tốt là 51,7 ± 14,1, của nhóm kết cục thần kinh xấu là 30,9 ± 16,5, có sự khác biệt về điểm BIS tại thời điểm nhập viện của nhóm có kết cục thần kinh tốt và xấu.

Tại thời điểm 72 giờ, điểm BIS trung bình

được ghi nhận được là $44,9 \pm 19,9$, của nhóm có kết cục thần kinh tốt là $62,4 \pm 18,2$, của nhóm kết cục thần kinh xấu là $36,1 \pm 14,4$, có sự khác biệt về điểm BIS tại thời điểm nhập viện của nhóm có kết cục thần kinh tốt và xấu.

Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Romain Jouffroy⁶, điểm BIS trung bình điểm BIS trung bình tại thời điểm nhập viện là 39, và tại thời điểm sau khi kết thúc giai đoạn làm ấm của quá trình hạ thân nhiệt là 59, có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm kết cục thần kinh tốt và nhóm kết cục thần kinh xấu.

Kết quả này có sự khác biệt với các nghiên cứu của tác giả Jeong Ho Park, tại thời điểm nhập viện, điểm BIS trung bình chung là 12,9, với điểm BIS trung bình cho nhóm kết cục thần kinh tốt là $35,6 \pm 13,1$, cao hơn đáng kể so với điểm BIS trung bình cho nhóm kết cục thần kinh xấu là $5,5 \pm 9,2$ ⁷

Sự khác biệt của nghiên cứu chúng tôi so với nghiên cứu của các tác giả Jeong Ho Park và tác giả Sang Bum Lee⁸ là do trong nghiên cứu của hai tác giả trên, các bệnh nhân ngừng tuần hoàn được sử dụng các thuốc ức chế thần kinh cơ với mục đích làm giảm các hoạt động điện cơ về gần bằng không trước khi đánh giá điểm BIS và đây là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến điểm BIS đã được chúng tôi đề cập đến trong phần tổng quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đây là nghiên cứu hoàn toàn là nghiên cứu quan sát, không tác động đến quá trình điều trị bệnh nhân của các bác sĩ điều trị. Trong quy trình điều trị tại Trung tâm Cấp cứu, bệnh viện Bạch Mai, các thuốc ức chế thần kinh cơ chỉ được sử dụng để kiểm soát hiện tượng run trong hạ thân nhiệt khi thất bại bởi các phương pháp khác. Chính vì vậy, điểm BIS tại thời điểm nhập viện của chúng tôi thấp hơn đáng kể các nghiên cứu của hai tác giả trên.

Mặc dù có sự khác biệt về điểm BIS trung bình, tuy nhiên các nghiên cứu đều đưa ra một kết luận chung, điểm BIS tại thời điểm nhập viện có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm kết cục thần kinh tốt và nhóm kết cục thần kinh xấu

Trong các giai đoạn trong hội chứng sau ngừng tuần hoàn, thời điểm 72 giờ sau ngừng tuần hoàn là thời điểm bắt đầu giai đoạn phục hồi của các tổn thương não, đây cũng là thời điểm các phương pháp tiên lượng thần kinh trên lâm sàng, cùng với các phương pháp tiên lượng khác, được khuyến cáo thực hiện. Tại thời điểm này, quá trình hạ thân nhiệt nếu được thực hiện cũng đã kết thúc giai đoạn làm ấm, bệnh nhân được tiếp tục hồi sức và đánh giá tiên lượng khả năng phục hồi thần kinh bằng các phương pháp

khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm BIS ghi nhận được thời điểm này có giá trị trung bình là $44,9 \pm 19,9$ cao hơn thời điểm nhập viện, đồng thời nhóm bệnh nhân có kết cục thần kinh tốt có điểm BIS trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân có kết cục xấu, với $p < 0,01$.

Một nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành kiểm soát thân nhiệt với nhiệt độ đích là 33°C trong 24 giờ. Việc lựa chọn này hoàn toàn là quyết định của bác sĩ điều trị và người giám hộ của bệnh nhân phụ thuộc vào các chỉ định, chống chỉ định của kỹ thuật, khả năng chi trả viện phí cũng như sự đồng ý của người giám hộ. Việc đánh giá, so sánh điểm BIS giữa hai nhóm tại thời điểm nhập viện và thời điểm 72 giờ sau ngừng tuần hoàn được đưa ra. Tại thời điểm nhập viện, điểm BIS trung bình của nhóm được điều trị kiểm thân nhiệt là $35,2 \pm 17,4$, và của nhóm không được điều trị kiểm thân nhiệt là $36,1 \pm 19,7$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tại thời điểm, 72 giờ sau ngừng tuần hoàn, điểm BIS trung bình của nhóm được điều trị kiểm thân nhiệt là $46,8 \pm 21,6$, và của nhóm không được điều trị kiểm thân nhiệt là $41,0 \pm 16,8$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

V. KẾT LUẬN

- Điểm BIS trung bình lúc nhập viện là $35,6 \pm 18,1$, nhóm có kết cục thần kinh tốt là $51,7 \pm 14,1$, nhóm kết cục thần kinh xấu là $30,9 \pm 16,5$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$

- Điểm BIS trung bình lúc tại thời điểm 72 giờ sau ngừng tuần hoàn là $44,9 \pm 19,9$, nhóm có kết cục thần kinh tốt là $62,4 \pm 18,2$, nhóm kết cục thần kinh xấu là $36,1 \pm 14,4$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Emelia J. B et al.** Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137:67-492
2. **Nguyễn Quốc Linh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và theo dõi điện não liên tục ở bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn. Đại học Y Hà Nội. 2017. Luận văn Thạc sỹ y học
3. **Vattanavanit V, Uppanisakorn S, Nilmoje T.** Post out-of-hospital cardiac arrest care in a tertiary care center in southern Thailand: From emergency department to intensive care unit. *Hong Kong J Emerg Med*. 2020;27(3):155-161.
4. **Trần Hùng Mạnh.** Nghiên cứu chỉ số NSE trong dự báo kết cục thần kinh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn. Đại học Y Hà Nội. 2019. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II.
5. **Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg T, et al.** Targeted Temperature Management at 33°C

versus 36°C after Cardiac Arrest. N Engl J Med. 2013;369(23):2197-2206.

6. **Jouffroy R, Lamhaut L, Guyard A, et al.** Early detection of brain death using the Bispectral Index (BIS) in patients treated by extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (E-CPR) for refractory cardiac arrest. Resuscitation. 2017; 120:8-13.

7. **Jeong Ho Park, Lee SB, Wee JH, Choi SP, Park JH.** Bispectral Index in Early Target Temperature Management Could Be a Good Predictor of Unfavourable Neurological Outcome After Cardiac Arrest. Circulation. 2017; 136(suppl_1):A12405-A12405

U QUÁI THÀNH THỰC LÀNH TÍNH TRONG TRUNG THẤT Ở BỆNH NHI - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XEM XÉT TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Cung Văn Công¹

TÓM TẮT

Phân loại u tế bào mầm trung thất 2015 (cập nhật 2021) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bao gồm: (1) U tế bào mầm tinh hoàn (Seminoma); (2) Ung thư biểu mô phôi (Embryonal carcinoma); (3) U túi noãn hoàng (Yolk sac tumour); (4) Ung thư gai nhau thai (Choriocarcinoma); (5) U quái (Teratoma); (6) U tế bào mầm hỗn hợp (Mixed germ cell tumours); (7) U tế bào mầm đặc ác tính (Germ cell tumours with somatic-type solid malignancy); (8) U tế bào mầm ác tính liên quan huyết học (Germ cell tumours with associated haematological malignancy). Trong đó nhóm u quái (Teratoma) lại được chia thành: (a) Nhóm chưa trưởng thành: Những khối u này được liệt kê vào nhóm nguy hiểm, bởi chúng có khả năng phát triển thành các khối u ác tính; (b) Nhóm u trưởng thành (thành thực): Nhóm này là những khối u lành tính, được chia thành u nang, u đặc và u hỗn hợp. Nhóm này tuy không gây ung thư tuy nhiên chúng có khả năng tái phát cao sau mỗi lần điều trị. U quái có thể thấy từ trong bào thai, khi trẻ ra đời u tiếp tục phát triển. Khi u nhỏ thường không gây triệu chứng và thường phát hiện tình cờ. U lớn có biến chứng hoặc biến đổi ác tính thường bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh nhi hiếm gặp, được chẩn đoán u quái thành thực với phương pháp tiếp cận chẩn đoán và điều trị để các đồng nghiệp cùng tham khảo. **Từ khóa:** U tế bào mầm trung thất; u quái trung thất; u quái thành thực; u quái lành tính; chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

BENIGN MATURE TERATOMA IN MEDIASTINUM AT CHILDREN'S PATIENTS - CASE REPORT AND REVIEW OF RELEVANT DOCUMENTATION

Classification of mediastinal germ cell tumors 2015 (updated 2021) of the World Health Organization (WHO), including: (1) Seminoma; (2) Embryonal

carcinoma; (3) Yolk sac tumor; (4) Choriocarcinoma; (5) Teratoma; (6) Mixed germ cell tumours; (7) Germ cell tumours with somatic-type solid malignancy; (8) Hematologic malignancies with associated haematological malignancy. In which, the group of teratomas is divided into: (a) Immature group: These tumors are listed in the dangerous group, because they have the ability to develop into malignant tumors; (b) Mature group: This group is benign tumors, divided into cysts, solid tumors and mixed tumors. Although this group does not cause cancer, but they have a high chance of recurrence after each treatment. The teratoma can be seen in the fetus; When the baby is born, the tumor continues to grow. Small tumors often cause no symptoms and are often discovered incidentally. Large tumors with complications or malignant changes often patients have clinical signs. We present a rare pediatric case diagnosed a mature teratoma with a diagnostic and therapeutic approach for colleagues' reference.

Keywords: Mediastinal germ cell tumor; mediastinal teratoma; mature teratoma; benign teratoma; Computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ thể phát triển nhờ vào sự phân chia của các tế bào mầm, trong suốt quá trình phân chia và biệt hóa nếu xảy ra hiện tượng đột biến thì các khối u quái sẽ được hình thành. Tế bào mầm có khả năng chuyển hóa thành bất kỳ tế bào nào trong cơ thể. Chính vì thế mà trong các khối u quái thường tìm thấy các mô khác nhau như: tóc, cơ, xương,... Do đó dựa vào vị trí xuất hiện của chúng, chúng ta có thể biết được chúng được sinh ra từ những tế bào mầm nguyên thủy nào. Xương cụt, buồng trứng, tinh hoàn là những nơi dễ tìm thấy u quái nhất, chúng cũng có thể xuất hiện ở những nơi khác trong cơ thể nhưng hiếm hơn, trong đó có trung thất. U quái xuất hiện nhiều hơn ở nữ giới, có thể tồn tại trong cơ thể của bất kỳ đối tượng độ tuổi nào, từ trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ đến người trưởng thành, người cao tuổi.¹⁻³

Hầu hết các u quái là lành tính và phát triển chậm. Mặc dù u quái có thể xuất hiện ở mọi lứa

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022