

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 cách 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

tuổi song thường phát hiện được ở BN trong thập kỷ đầu tiên và thứ hai của cuộc đời. Các triệu chứng của u quái thay đổi tùy theo nhiều yếu tố, bao gồm kích thước, vị trí và tình trạng viêm nhiễm. Không có mối liên quan giữa kích thước của u quái và độ ác tính.³⁻⁵

U quái ác tính trung thất có tiên lượng xấu. Một biến chứng chính của u quái là vỡ khối u mà người ta cho rằng là do các enzym tiêu hóa hoặc phân giải protein do chính khối u tiết ra. Sự vỡ của u quái vào màng tim có thể gây chèn ép tim, tạo ra tình trạng cấp cứu y tế.⁶

Việc xử trí u quái lành tính được khuyến nghị là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn. Nếu không phẫu thuật cắt bỏ khối u có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng bao gồm ho ra máu nhiều, khối u to ra, hội chứng suy hô hấp ở người lớn và cuối cùng là tử vong.¹⁻⁶

Bệnh nhân mắc u quái trung thất thường không có triệu chứng, và khối u phần lớn được phát hiện tình cờ trên phim chụp X quang phổi. Hầu hết các triệu chứng liên quan đến sự chèn ép của u lên các cấu trúc lân cận như đau ngực, khó thở, ho hoặc nhiễm trùng phổi. CT ngực thường là phương thức hình ảnh được lựa chọn để chẩn đoán u quái trung thất. Hình ảnh CT cho thấy vị trí, mức độ, kích thước, cấu trúc của u cũng như các cấu trúc lân cận. Các thành phần nội tại của u thường thấy bao gồm mô mềm, thành phần mỡ và vôi hóa. Sự hiện diện của dịch mỡ được coi là đặc hiệu để chẩn đoán u quái nhưng không thể nhìn thấy trên X quang ngực qui ước. Siêu âm tim thường thấy khối ngoài màng tim và chèn ép các mạch máu lớn. MRI cho thấy khối có cường độ tín hiệu không đồng nhất, chuỗi xung xoá mỡ thường được sử dụng như một kỹ thuật phụ trợ rất tốt cho chẩn đoán.¹⁻⁹

Điều trị phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn u vẫn là phương pháp điều trị được lựa chọn cho u quái trung thất để giải quyết/phòng các biến chứng có thể xảy ra như chèn ép các cấu trúc lân cận, vỡ hoặc chuyển dạng ác tính.³

Kết quả MBH u sau mổ thường cho thấy rõ phân loại u thành thực (trưởng thành) hoặc chưa thành thực (chưa trưởng thành) để từ đó các bác sỹ có thể đưa ra chiến lược điều trị thích hợp tiếp theo.^{1,2}

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 14 tuổi, bệnh viện (BV) đa khoa tuyến tỉnh chuyển đến BV Phổi trung ương với chẩn đoán u trung thất.

Bệnh sử: Cách vào viện khoảng 1 tháng BN

thấy xuất hiện đau tức ngực, ho nhiều về đêm, không sốt, không khó thở. Bệnh nhân đã đến khám tại bệnh viện đa khoa tỉnh, được chụp phim X quang ngực thấy trung thất rộng, được chụp CT ngực với kết luận u trung thất. Sau đó BN được chuyển đến BV Phổi trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh, tiếp xúc tốt; thể trạng trung bình; da xanh; niêm mạc kém hồng; không phù; không xuất huyết dưới da; tuyến giáp không to; hạch ngoại vi không sờ thấy; phổi nghe rì rào phế nang hai bên rõ; bụng mềm; gan lách không to. Khám các hệ cơ quan khác (tiêu hoá, tim mạch, xương khớp, thần kinh, tiết niệu – sinh dục) không bất thường. Mạch: 87 CK/phút; nhiệt độ: 37,4^oC; Huyết áp: 110/70 mmHg; thở 22 lần /phút; nặng 45 kg; cao 170 cm, BMI: 15.6. Bệnh nhân đã được tiêm phòng 2 mũi vắc xin Covid -19 và hiện chưa bị nhiễm bệnh này.

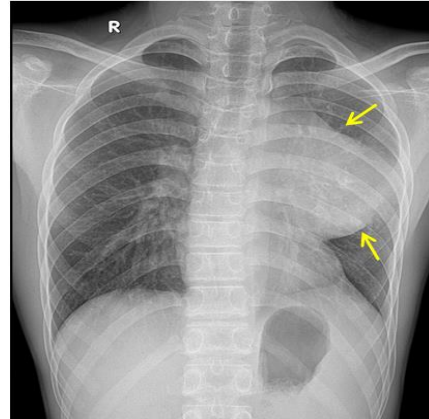
Bệnh nhân được làm xét nghiệm máu cơ bản (CTM, SHM, đông cầm máu; khí máu) tất cả cho kết quả bình thường, ngoại trừ bạch cầu dao động từ 6.8 – 15.1 G/l (trong tuần đầu tiên khi vào viện).

Các XN về lao (AFB đờm trực tiếp, GeneXpert, nuôi cấy MGIT): âm tính

Các test nhanh: HIV, HbsAg, HCV, Sar-CoV-2) đều cho kết quả âm tính.

Điện tâm đồ, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng tổng quát: Không thấy bất thường.

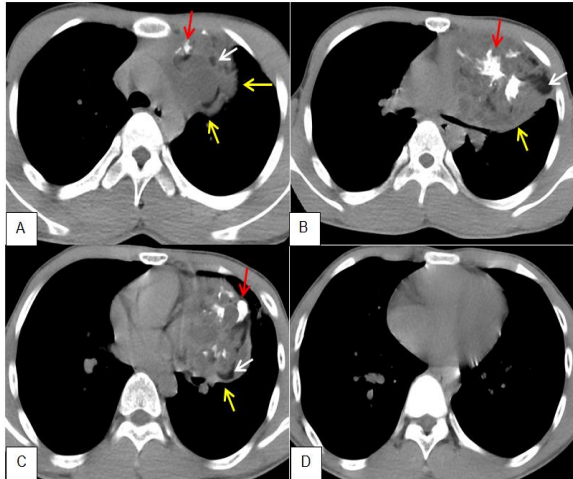
Bệnh nhân được chụp phim X quang ngực chuẩn, kết quả chi tiết thể hiện tại hình 1.



Hình 1. X quang ngực thẳng khi BN vào viện

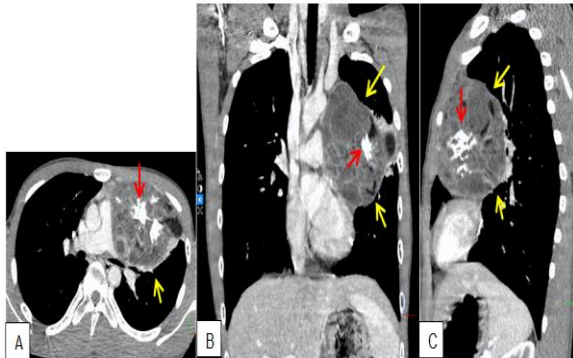
Xuất hiện khối mờ, xoá bờ trung thất trái; phần lồng vào trường phổi trái thấy đường bờ rõ (mũi tên). Hướng chẩn đoán: TD U trung thất trước.

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ngực, có tiêm cản quang tĩnh mạch. Kết quả chi tiết được thể hiện tại hình 2 và 3.



Hình 2. CT ngực, cửa sổ trung thất, trước tiêm cản quang, các lát từ trên xuống dưới

Xuất hiện khối bất thường lớn trung thất trước (các mũi tên vàng); bên trong có nhiều cấu trúc vôi (các mũi tên đỏ) và các vùng có tỷ trọng mỡ (các mũi tên trắng). Khối có dấu hiệu bám dính thành ngực trước.

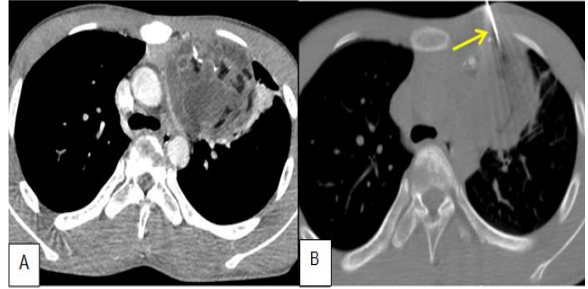


Hình 3. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm; A: Axial; B: Coronal; C: Sagital

Khối bất thường không đồng nhất tỷ trọng, trong có cấu trúc nhiều nang (mũi tên vàng), có vôi (mũi tên đỏ), gianh giới rõ, ngấm cản quang chủ yếu vùng vỏ và thành nang trong khối. Khối bám dính thành ngực trước và đường bờ trung thất trái 2/3 trên. Kích thước khối: 99 x 73 x 97 mm.

***Kết luận của CT ngực:** theo dõi u quái trung thất trước; rất cần xác định bản chất lành hay ác tính.

Bệnh nhân được hội chẩn, quyết định sinh thiết xuyên thành ngực lấy bệnh phẩm chẩn đoán GPB là cần thiết. Do BN còn trong tình trạng viêm (BC tăng cao) nên điều trị chống viêm được tiến hành. Ngày sau xét nghiệm lại bạch cầu 8,3 G/L; thủ thuật STXTN dưới hướng dẫn CLVT đã được tiến hành. Chi tiết được thể hiện tại hình 4.



Hình 4. Sinh thiết u trung thất xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT

A: lát cắt chọn điểm sinh thiết (sau tiêm cản quang); B: Hình đường dẫn kim sinh thiết đi vào trong khối và vị cắt mảnh tổ chức u (mũi tên vàng)

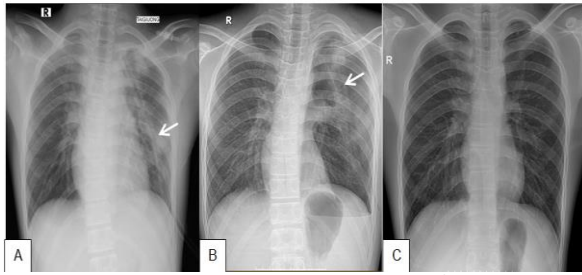
Thủ thuật diễn ra an toàn, 4 mảnh bệnh phẩm đã được bảo quản đúng quy định gửi GPB, nuôi cấy vi sinh, dự trữ cho XN sinh học phân tử (nếu cần).

*** Kết quả MBH mảnh sinh thiết:** Mảnh sinh thiết là mô u gồm các thành phần đã biệt hoá rõ: Biểu mô trụ giả tầng có lòng chuyển của đường hô hấp, vách nang mô liên kết xơ cơ mỡ mạch. Không thấy các thành phần ác tính hay biệt hoá. **Kết luận:** Hình ảnh MBH phù hợp với u quái thành thực.

Bệnh nhân được hội chẩn, xét thấy đây là trường hợp u quái trung thất, đã thành thực, lành tính song kích thước u quá lớn, có dấu hiệu viêm nhiễm dính thành ngực, đường bờ trung thất, cần phẫu thuật cắt bỏ để tránh các biến chứng của u, đặc biệt khả năng u vỡ.

*** Phẫu thuật cắt u bằng phương pháp nội soi đã được tiến hành. Các nét chính của quá trình phẫu thuật được thể hiện trong biên bản như sau:** Troca vào lồng ngực từ phía trước; nhu mô phổi hồng, dính nhiều vào thành ngực khu vực thùy trên, 1 phần thùy dưới. Khối tổn thương vị trí trung thất trước, kích thước # 10 x 8 mm, trong lòng có dịch vàng, tổ chức can xi hoá cứng chắc, không có hạch lớn rốn phổi và trung thất. Phẫu tích tách khối u bằng dao Ligasure. Cắt chân khối u bằng 2 Stapler. Lấy 1 phần tổ chức u làm xét nghiệm. Phổi nở không lấp đầy được khoang u đã cắt. Tiến hành gỡ dính, bóc bỏ phần màng phổi dày, giải phóng thùy trên, dưới thấy phổi nở hoàn toàn. Đặt 1 sonde dẫn lưu khoang màng phổi. Đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu.

Sau mổ BN diễn tiến tốt, được rút sonde DL sau 3 ngày và ra viện sau 1 tuần. Kết quả chi tiết được thể hiện trong các phim X quang ngực tại hình 5.



Hình 5. X quang ngực sau mổ của BN

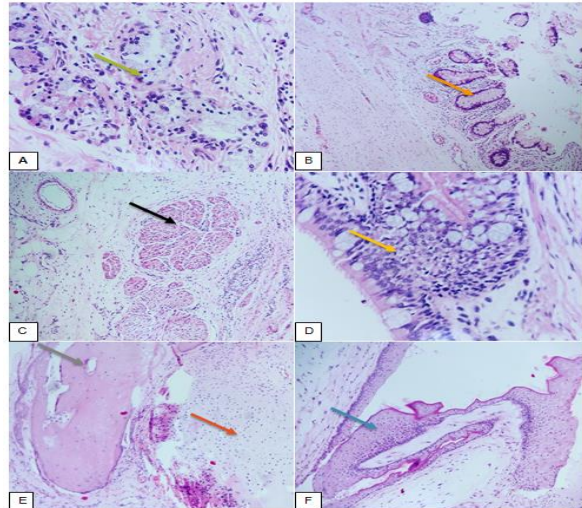
A: sau mổ 1 ngày (chụp tại giường) có hình sonde DL (mũi tên đen); B: sau rút sonde DL (ngày thứ 4 sau mổ) quan sát thấy màng phổi dày theo hướng mặt mũi tên; C: 1 tháng sau mổ X quang ngực trở về bình thường.

Hiện tại BN vẫn được chúng tôi theo dõi, khám lại theo hẹn. Bệnh nhân đã đi học trở lại bình thường.

***Kết quả GPB bệnh phẩm sau mổ:**

- Đại thể: Khối bệnh phẩm kích thước 10 x 10 cm, cắt ngang có vùng cứng chắc, có vùng tạo kén. Vùng nang chứa dịch nhầy; có vùng hoại tử.

- Vi thể: Mảnh ST là u mô dạng nang gồm các thành phần đã biệt hoá rõ: Các thành phần phụ thuộc da, biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển của đường hô hấp, vách nang mô liên kết xơ cơ mỡ mạch, mô cơ trun và mô sụn, thành phần can xi hoá tạo xương, có vùng mô gợi ý tuyến vô thượng thận. Không thấy thành phần ác tính hoặc biệt hoá kém. **Kết luận:** U quái thành thực (Mature Teratoma)



Hình 6. HE bệnh phẩm u quái thành thực

Hình A (HE x 100): Vùng mô tuyến nước bọt lành tính (mũi tên xanh lá)

Hình B (HE x 400): Vùng mô tuyến tiêu hóa (mũi tên cam)

Hình C (HE x 100): Vùng mô cơ vân (mũi tên đen)
Hình D (HE x 400): Vùng biểu mô hô hấp: Biểu mô trụ giả tầng có lông chuyển (mũi tên vàng)

Hình E (HE x 100): Mô xương (mũi tên xám);
Mô sụn (mũi tên đỏ)

Hình F: (HE x 100): Biểu mô vảy sừng hóa lành tính (mũi tên xanh dương)

***Chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh:** U quái thành thực, lành tính trung thất trước ở bệnh nhi 14 tuổi.

III. BÀN LUẬN

U quái được phân loại là một khối u có nguồn gốc từ tế bào mầm, bao gồm các mô biệt hóa có nguồn gốc từ hơn một trong cả ba lớp tế bào phôi: ngoại bì, trung bì và nội bì. U thường được tìm thấy ở trong các cơ quan tuyến sinh dục và ở các vị trí ngoài tuyến như trung thất, vùng tuyến tụy, xương cùng. Nếu khối u bao gồm các yếu tố biệt hóa tốt, thì khối u được gọi là u quái trưởng thành. U quái trưởng thành của trung thất nói chung là lành tính, mặc dù chúng có khả năng ác tính. U quái trung thất lành tính được thấy với tần suất ngang nhau ở phụ nữ và nam giới, nhưng u quái ác tính phổ biến hơn ở nam giới. U quái trưởng thành của trung thất thường phát triển chậm. Bệnh nhân thường không có triệu chứng, và khối u được phát hiện tình cờ trên phim chụp X quang phổi. Hầu hết các triệu chứng xuất hiện đều liên quan đến sự chèn ép của u lên các cấu trúc lân cận như đau ngực, khó thở, ho hoặc nhiễm trùng phổi. Chụp X quang ngực thường thấy một khối bất thường trung thất trước với đường bờ ngoài rõ nét. CT ngực thường là phương thức hình ảnh được lựa chọn để chẩn đoán u quái trung thất. CT cho thấy vị trí, mức độ và các cấu trúc nội tại bao gồm mô mềm, thành phần mỡ và vôi hóa trong u. Sự hiện diện của tổ chức mỡ trong u được coi là khá đặc hiệu để chẩn đoán u quái nhưng hiếm khi được nhìn thấy trên X quang. Siêu âm tim thường thấy khối ngoài màng tim và chèn ép các cấu trúc mạch máu lớn. Cộng hưởng từ (CHT) cũng được sử dụng để đánh giá u quái trung thất. U quái thường có tín hiệu không đồng nhất, rất nhạy trong việc đánh giá sự xâm nhập của u vào các cấu trúc lân cận bằng cách sử dụng chuỗi xung xóa mỡ. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn u hiện nay vẫn là phương pháp điều trị được lựa chọn, vừa điều trị triệt căn, vừa giải quyết được các biến chứng có thể xảy ra như chèn ép các cấu trúc lân cận, vỡ hoặc chuyển dạng ác tính.¹⁻⁹

U quái được phân loại là trưởng thành, chưa

trường thành hoặc ác tính tùy thuộc vào số lượng tế bào biệt hóa khi tiến hành làm GPB tổ chức u. U quái của trung thất là khối u tế bào mầm hiếm gặp. Hầu hết các trường hợp được báo cáo xảy ra ở trẻ em là các phân nhóm chưa trưởng thành hoặc ác tính.² U quái trung thất lành tính chiếm 60% tổng số u tế bào mầm trung thất và trung thất trước là vị trí phổ biến nhất. Trung thất trước là khu vực hay gặp nhất của các khối u tế bào mầm ngoại biên.^{1,4,9,10}

Liew WX và CS cũng đã báo cáo một trường hợp u quái dạng nang trưởng thành trung thất trước ở một cháu bé 12 tuổi. Bệnh nhân đã có dấu hiệu ho, sốt dai dẳng trong 7 tháng, CT ngực cho thấy một khối lớn trung thất trước có kích thước 11,2 x 9,9 x 14 cm với vôi hóa bên trong. Bệnh nhân đã được phẫu thuật bóc dọc xương ức và mở rộng dưới sườn trái (đường rạch chữ L) và cắt bỏ khối u. Mô bệnh học của khối u cho thấy một u quái dạng nang trưởng thành, lành tính. Theo dõi sau mổ 18 tháng BN ổn định sức khỏe, CT ngực không thấy tái phát.²

Sự xuất hiện của u quái dạng nang trưởng thành trung thất là không phổ biến ở giai đoạn sơ sinh. Sereke SG và CS có báo cáo trường hợp u quái ở trung thất trước, được phát hiện ở trẻ mới 4 tháng tuổi. Bệnh nhân đến khoa nhi của bệnh viện với dấu hiệu khó thở diễn biến đã 2 tuần. Bệnh nhi đã được sử dụng liệu trình kháng sinh uống và tiêm tĩnh mạch với chẩn đoán lâm sàng bệnh viêm phổi. Sau 2 tuần bệnh nhi đỡ khó thở và nằm yên khi ngủ. Chụp X quang và siêu âm ngực cho thấy khối u trung thất trước, sau đó được khẳng định bằng CT ngực có cản quang. Sinh thiết khối u có hướng dẫn bằng siêu âm và mô bệnh học cho thấy u quái dạng nang trưởng thành. Phẫu thuật cắt bỏ khối u đã được thực hiện thành công. Tác giả cho rằng, phẫu thuật cắt bỏ sớm và hoàn toàn khối u mang lại tiên lượng tốt nhất có thể mặc dù trẻ còn rất nhỏ.³

Một trong những biến chứng đáng sợ nhất là u quái trung thất vỡ gây viêm trung thất. Nakajima E và CS đã báo cáo trường hợp một phụ nữ 29 tuổi bị viêm trung thất nặng do u quái trưởng thành ở trung thất vỡ vào trung thất và khoang màng phổi phải. Bệnh nhân đến viện trong tình trạng đau ngực mạnh, khó thở và độ bão hòa oxy máu giảm nghiêm trọng. Phẫu thuật cắt bỏ u được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện cấp cứu. Các phát hiện trong phẫu thuật cho thấy khối u vỡ, có chất trắng bên trong lộ ra, trông giống như da và mỡ, và mô hoại tử ở trung thất trước. Khối u dính vào thùy trên bên phải, động mạch chủ lên và màng

tim. Do sự kết dính nghiêm trọng của khối u với các mô xung quanh, một phần nhỏ của khối u không thể được loại bỏ. Về giải phẫu bệnh lý, khối u bao gồm một phần rắn (85 x 55 mm) và một phần nang (90 x 50 mm) có độ kết dính nghiêm trọng với phần phổi đã được cắt bỏ, bao gồm da và mô mỡ. Mô bệnh học kết luận là u quái trưởng thành vì không quan sát thấy thành phần chưa trưởng thành cũng như biến đổi ác tính. Bệnh nhân có một quá trình hậu phẫu không ổn định do tình trạng viêm trung thất trước phẫu thuật, phẫu thuật cấp cứu trong tình trạng hữu trùng. Tác giả cho rằng trong những trường hợp u quái trung thất vỡ, mặc dù hết sức khó khăn song phẫu thuật sớm cho BN là điều hết sức cần thiết để tránh viêm nhiễm nặng nề cho trung thất và phải tùy từng trường hợp cụ thể mà quyết định có cắt hoàn toàn hay để lại 1 phần u, nhất là khi u viêm dính vào các mạch máu lớn.⁴

Deng H và CS có báo cáo 1 trường hợp u quái vùng cổ kéo dài xuống trung thất ở một người đàn ông 21 tuổi. Đây là trường hợp đầu tiên được báo cáo về một u quái ở vùng cổ lan rộng vào trung thất trước. X quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ cho thấy một khối lớn hình bầu dục không đồng nhất bao quanh và đè ép lên tuyến giáp và khí quản. Dựa trên các bằng chứng trước phẫu thuật, chẩn đoán là một khối u quái lành tính đã được đưa ra. Phẫu thuật thành công, khối u được loại bỏ hoàn toàn. Tác giả khuyến cáo, mặc dù hiếm gặp song những khối u dạng này nên được loại bỏ hoàn toàn trong quá trình điều trị các khối u ở vùng cổ.⁵

Ngoài các vị trí u quái thường xuất hiện như các y văn đã nêu, một số tác giả đã có những báo cáo vô cùng hiếm gặp của u quái. Basmaci M và CS đã giới thiệu 1 ca u quái thành thực ở BN nam, 5 tuổi xuất hiện trong ống sống đoạn ngang mức D12. Bệnh nhi đến viện trong tình trạng đau ngang vùng thắt lưng và tê, yếu tăng dần hai chi dưới. Hình ảnh CHT cho thấy một khối dạng nang một phần ở trong trong và một phần ngoài màng cứng, kích thước 40 x 17 x 16 mm, ở ngang mức T12 và đè vào rễ thần kinh ngang mức bên phải. Bệnh nhân đã được phẫu thuật, rạch đường giữa của màng cứng, khối u đã được lấy ra trọng vẹn. Đánh giá bệnh lý phù hợp với chẩn đoán u quái trưởng thành dạng nang. Kiểm tra mô bệnh học cho thấy một sự hình thành nang được bao phủ bởi mô biểu mô trụ ở một số vùng và cũng có dạng giả mạc ở một số vùng. Sự hình thành tuyến nhầy, mô sụn

trưởng thành và các phần mạch và dây thần kinh cũng được phát hiện trong thành nang. Theo dõi sau mổ cho thấy thần kinh phục hồi nhanh.⁶

Carannante F và CS báo cáo một trường hợp khá thú vị u quái trưởng thành phát triển trong mô tuyến ức. Bệnh nhân nam giới 29 tuổi, được phát hiện có khối u trung thất tĩnh cờ và không có triệu chứng. CT ngực cho thấy một khối 6,8 × 4,5 cm ở trung thất trước, nằm bên dưới tĩnh mạch cánh tay đòn trái, bên cạnh cung động mạch chủ, được bao quanh trọn vẹn bằng tổ chức mỡ được cho là di tích của tuyến ức ở người trưởng thành. Việc cắt bỏ hoàn toàn khối u đã được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi có trợ giúp VIDEO (VAST) đơn cổng. Quá trình hậu phẫu diễn ra thuận lợi, không có rò rỉ khí hoặc các biến chứng phổi khác. Báo cáo đã chứng minh rằng VATS đơn lỗ cũng có thể được sử dụng để loại bỏ khối khổng lồ trung thất, không gây biến chứng cho BN, giảm thời gian nằm viện, ít đau sau phẫu thuật và kết quả thẩm mỹ tốt hơn. Tác giả tin rằng bàn tay của các bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm, phương pháp phẫu thuật này có thể là một lựa chọn an toàn, hiệu quả ngay cả đối với những bệnh nhân có khối u trung thất lớn.⁷

U quái thành thực có thể chuyển đổi ác tính sau được điều trị phẫu thuật nhiều năm với biểu hiện di căn xương và phổi. Le Fèvre C và CS đã báo cáo trường hợp BN nam 12 tuổi đã phát hiện có di căn sau 6 năm phẫu thuật cắt bỏ u quái trưởng thành trong trung thất. Khuyến cáo của tác giả là việc xem xét bệnh phẩm sau phẫu thuật để khẳng định tình trạng tình trạng u cần phải hết sức thận trọng, tốt nhất nên tiến hành ở các trung tâm giải phẫu bệnh lớn và có nhiều kinh nghiệm.⁸ U quái trung thất có thể chứa đựng thành phần của tế bào thần kinh – nội tiết bên trong. Manabe T và CS đã báo cáo trường hợp vô cùng hiếm gặp này và kết quả chỉ có thể có được khi xem xét giải phẫu bệnh kỹ lưỡng bệnh phẩm sau mổ.⁹

Phần lớn các u quái có nguồn gốc từ hơn một lớp tế bào mầm lành tính. Thông thường, những u quái như vậy ban đầu không có triệu chứng. Các triệu chứng sau đó là do trọng lượng của u gây ra bao gồm đau ngực, ho, khó thở và / hoặc các đợt viêm phổi tái phát. U quái trung thất được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u. Dorterler đã báo cáo một trường hợp u quái dạng nang khổng lồ bắt chước tràn dịch màng phổi trong lồng ngực ở bệnh nhân nữ 7 tháng tuổi với triệu chứng nhiễm trùng phổi dai dẳng và thở nhanh. Chẩn đoán trước mổ vô

cùng khó khăn và cuộc mổ kéo dài do u dính nhiều vào thành ngực, màng ngoài tim. Kết quả thật tuyệt vời khi khối u được cắt trọn vẹn. Bệnh nhi không thấy tái phát sau theo dõi 3 tháng.¹⁰

Trường hợp u quái nằm trong nhu mô phổi là vô cùng hiếm song cũng đã được Bawazir AA và CS báo cáo. Một phụ nữ Ả Rập Xê Út 35 tuổi ban đầu xuất hiện ho khan kéo dài 3 tuần. Chụp X quang ngực cho thấy khối nhu mô sát bên phải màng ngoài tim ở trung thất trước. CT ngực đã được thực hiện sau đó và phát hiện một khối u dạng kén dịch ở phổi phải, cần phải cắt bỏ bằng can thiệp phẫu thuật. Ca phẫu thuật được thực hiện bằng phương pháp nội soi lồng ngực và khối u đã được cắt bỏ mà không có biến chứng. U quái trong phổi thường biểu hiện với các triệu chứng mơ hồ và không đặc hiệu như ho, ho ra máu và đau ngực. Đây là một tình trạng hiếm gặp mà không có các đặc điểm chẩn đoán được phát hiện trước khi phẫu thuật.¹¹

IV. KẾT LUẬN

Qua báo cáo ca bệnh và xem xét các y văn liên quan, u quái thuộc phân loại u tế bào mầm, ngoài các vị trí kinh điển liên quan đến nguồn gốc tế bào u còn có thể xuất hiện ở những vị trí vô cùng hiếm gặp. Đặc điểm hình ảnh đặc hiệu của u là khối có cấu trúc hỗn hợp với các thành phần bên trong bao gồm cấu trúc đặc, dịch, mỡ, can xi hóa. Phần lớn các trường hợp u quái thành thực (trưởng thành) là lành tính và sự nguy hiểm của nó thường đến từ các biến chứng. Phẫu thuật cắt bỏ đến nay vẫn là phương cách điều trị tối ưu đối với căn bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim DI, Yang SY, Jeong CH et al. Benign Mature Teratoma in Anterior Mediastinum. No TH, Seol SH, Seo GW, J Clin Med Res. 2015 Sep;7(9):726-8. doi: 10.14740/jocmr2270w. Epub 2015 Jul 24. PMID: 26251691
2. Liew WX, Lam HY, Narasimman S, et al. Mediastinal mature teratoma in a child- A case report. Med J Malaysia. 2016 Feb;71(1):32-4. PMID: 27130743
3. Sereke SG, Oriekot A, et al. Mature cystic teratoma of anterior mediastinum in a 4-month-old infant: a rare case report. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2021 Jun;69(6):1016-1021. doi: 10.1007/s11748-021-01590-9. Epub 2021 Jan 15. PMID: 33449267
4. Nakajima E, Kudo Y, Maehara S, et al. Ruptured mediastinal mature teratoma causing severe mediastinitis: report of a surgically resected case and a literature review. Surg Case Rep. 2021 Feb 16;7(1):48. doi: 10.1186/s40792-021-01132-8. PMID: 33591407
5. Deng H, Wang Z, Yang Q, Ye J. Mature Cervical Teratoma Extending Into the

- Anterior Mediastinum of an Adult. Ear Nose Throat J. 2021 Dec;100(10):698-701. doi: 10.1177/0145561320925563. Epub 2020 May 19.PMID: 32425061
6. **Basmaci M, Hasturk AE, Pak I.** Cystic mature teratoma of the thoracic region in a child: An unusual case. J Neurosci Rural Pract. 2011 Jul; 2(2):186-9. doi: 10.4103/0976-3147.83591.PMID: 21897688
 7. **Carannante F, Frasca L, Marziali V et al.** Giant mature teratoma in thymic tissue removed with uniportal vats approach. Int J Surg Case Rep. 2020;66:143-145. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.11.031. Epub 2019 Nov 27.PMID: 31841974
 8. **Le Fèvre C, Vigneron C, et al.** Metastatic mediastinal mature teratoma with malignant transformation in a young man with an adenocarcinoma in a Klinefelter's syndrome: Case report and review of the literature. Cancer Radiother. 2018 May;22(3):255-263. doi: 10.1016/j.canrad.2017.10.006. Epub 2018 Apr 16.PMID: 29673950
 9. **Manabe T, Kajiyama K, Iwanami T, et al.** Unusual giant multilocular thymic cyst with mature teratoma including a carcinoid component in the mediastinum. Surg Case Rep. 2022 Jan 29;8(1):24. doi: 10.1186/s40792-022-01373-1. PMID: 35092531
 10. **Dortler ME, Boleken ME, Koçarslan S.** Giant Mature Cystic Teratoma Mimicking a Pleural Effusion.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM SARS-COV-2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Lại Đức Trí¹, Trần Mạnh Hà², Trần Khánh Thu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân bị nhiễm Sars-CoV-2 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Gồm. **Phương pháp:** sử dụng phương pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang nhằm mô tả các đặc điểm của 908 bệnh nhân bị nhiễm Sars-CoV-2 được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Ở nhóm tuổi từ 30 trở xuống, tỷ lệ bệnh nhân nhẹ chiếm cao nhất (73,9%). Tương tự với nhóm tuổi 31 đến 59, tỷ lệ bệnh nhân nhẹ cũng là 53,7%. Đối với bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, có 66,8% thuộc tình trạng nặng. Có mối liên quan về mức độ nặng của bệnh giữa nhóm đối tượng tiêm 1 mũi vắc xin với đối tượng chưa tiêm mũi nào (OR:0,323, 95%CI: 0,186-0,561), giữa nhóm đối tượng tiêm 2 mũi vắc xin với đối tượng chưa tiêm mũi nào (OR:0,303, 95%CI: 0,197-0,466), giữa nhóm đối tượng tiêm từ 3 mũi vắc xin trở lên với đối tượng chưa tiêm mũi nào (OR:0,163, 95%CI: 0,094-0,283).

Từ khóa: Đặc điểm dịch tễ; Nhiễm Sars-CoV-2; Thái Bình

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SARS-COV-2 PATIENTS TREATED AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the epidemiological characteristics of patients infected with Sars-CoV-2 at Thai Binh General hospital. **Methods:** Using a

descriptive method through a cross-sectional survey to describe the characteristics of 908 patients infected with Sars-CoV-2 treated at the Thai Binh General hospital. **Research results:** In the age group of 30 and under, the percentage of mild patients accounted for the highest (73.9%). Similar to the age group 31 to 59, the rate of mild patients also accounted for 53.7%. For patients 60 years of age and older, up to 66.8% were in severe condition. There was a relationship between the severity of the disease between the group of subjects who received 1 dose of vaccine and those who did not receive any (OR: 0.323, 95% CI: 0.186-0.561), between the group of subjects who received 2 doses of vaccine and those who did not receive any vaccine. subjects who had not received any vaccine (OR: 0.303, 95% CI: 0.197-0.466), between the group of subjects who received 3 or more doses of vaccine and those who had not received any vaccine (OR: 0.163, 95% CI: 0.094-0.283).

Keywords: Epidemiological characteristics; Sars-CoV-2 infection; Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tháng 12 năm 2019, nhiều trường hợp viêm phổi nhiễm coronavirus mới đã được phát hiện ở Vũ Hán, Trung Quốc, được xác nhận là Sars-CoV-2. Trong một thời gian ngắn, hội chứng viêm đường hô hấp cấp do nhiễm Sars-CoV-2 đã nhanh chóng lan rộng ra toàn thế giới. Vào ngày 30 tháng 1, Tổ chức Y tế Thế giới đã tuyên bố đây là một trường hợp khẩn cấp về sức khỏe cộng đồng quốc tế. Ngày 11 tháng 2 năm 2020, căn bệnh này được đặt tên là bệnh coronavirus 2019 (COVID-19) [1].

Mặc dù hầu hết bệnh nhân mắc COVID-19 có các triệu chứng nhẹ và khỏi bệnh sau khi điều trị hỗ trợ triệu chứng, nhưng khi phát triển thành

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Sở Y tế Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lại Đức Trí

Email: laiductri2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022