

KÉN PHẾ QUẢN TRUNG THẤT - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XEM XÉT TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Cung Văn Công¹

TÓM TẮT

Kén phế quản (Bronchogenic Cyst - BC) là một tổn thương bẩm sinh, lành tính hình thành trong quá trình phát triển của bào thai. Kén thường liên quan đến đường dẫn khí nên nó có thể xuất hiện tại bất kỳ vị trí nào của đường thở, có thể trong trung thất hoặc nhu mô phổi. Kén phế quản chiếm 10% các khối u trung thất; nam giới gặp nhiều hơn nữ giới. Triệu chứng lâm sàng thường đa dạng, không đặc hiệu, phụ thuộc vào vị trí, kích thước của tổn thương và tuổi của người bệnh. Phẫu thuật cắt bỏ kén vẫn là lựa chọn tối ưu, hàng đầu đối với tổn thương này. Sau phẫu thuật nếu không có biến chứng bệnh nhân thường khỏi hoàn toàn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp được kén phế quản với tổn thương phức tạp nằm trong trung thất giữa, được khám, chẩn đoán xác định bằng sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt bỏ kén, sau phẫu thuật bệnh nhân có cuộc sống bình thường.

Từ khoá: Kén phế quản; u trung thất; sinh thiết xuyên thành ngực; chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

BRONCHOGENIC CYST (BC) IN MEDIASTINUM - CASE REPORT AND REVIEW OF RELEVANT DOCUMENTATION

Bronchogenic cyst is a congenital, benign lesion that forms during fetal development. The BC is usually associated with the airways, so it can appear anywhere in the airway, possibly in the mediastinum or lung parenchyma. Bronchial cysts account for 10% of mediastinal tumors; men encounter more than women. Clinical symptoms are often varied, non-specific, depending on the location, size of the lesion and the age of the patient. Surgery to remove the cyst is still the optimal, first choice for this lesion. After surgery, if there are no complications, the patient usually recovers completely. We report a case of bronchial cyst with complex lesion located in the mediastinum, which was examined and confirmed by transthoracic biopsy under CT guidance. The patient underwent laparoscopic surgery to remove the cyst, and after surgery, the patient had a normal life.

Keywords: Bronchogenic Cyst; Mediastinal tumor; Transthoracic biopsy; Computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kén phế quản (PC) là dị tật bẩm sinh bắt nguồn từ sự nảy mầm bất thường của phần đầu

phôi thai trong 16 tuần đầu tiên của thai kỳ và cuối cùng biệt hóa thành túi chứa đầy dịch thay vì sự phát triển bình thường của phế quản. BC là một trong những loại kén trung thất phổ biến, chiếm 10-15% tổng số các khối trung thất nguyên phát. Với sự phát triển của các công cụ chẩn đoán hình ảnh tiên tiến và kiểm tra sức khoẻ thường xuyên, việc phát hiện các BC không có triệu chứng dự kiến sẽ được tăng lên. Các BC thường nằm ở trung thất giữa hoặc trung thất sau vì chúng phát triển dọc theo cây khí quản (theo quan điểm của quá trình phát triển phôi thai).¹⁻³

Chẩn đoán phân biệt các khối trung thất nguyên phát thường căn cứ vào vị trí xuất hiện của chúng. Ở ngực trung thất trước thường là u tuyến ức, u tế bào mầm, u lympho, u tuyến ức. BC chủ yếu được tìm thấy ở khoang trung thất giữa và sau, biểu hiện như một tổn thương dạng kén chứa đầy chất lỏng, ranh giới rõ trên phim CT ngực. Tuy nhiên, BC có thể bị chẩn đoán nhầm với các u trung thất khác nếu phát hiện thấy khối này ở các vị trí không phổ biến.^{1,4,5}

BC trong trung thất thường gắn liền với khí quản nên dễ phân biệt. Ngược lại, ở trong phổi việc chẩn đoán xác định đôi khi gặp khó khăn do đường dẫn khí nhỏ, khó chứng minh được sự liên quan.⁶ Trên cắt lớp vi tính ngực BC thường thể hiện kén dịch có tỷ trọng thấp, ít/không gây cản quang sau tiêm. Tỷ trọng của BC thường từ 0 – 20 HU. Tuy nhiên cũng đã có những báo cáo cho thấy BC có tỷ trọng mô mềm (30 – 60 HU) khi mà thành phần protein trong kén tăng lên một cách đáng kể và lượng nước giảm. Trên cộng hưởng từ dịch trong kén giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, ngấm đối quang từ kém.^{5,7,9} Phần lớn BC đều có các biến chứng nên phẫu thuật cắt bỏ kén sớm là việc thường được tiến hành. Việc sinh thiết kén để có chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt trước mổ là cần thiết.¹⁻⁸

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 44 tuổi, được chuyển đến khám và điều trị tại bệnh viện (BV) Phổi trung ương với chẩn đoán theo dõi U trung thất,

Bệnh sử: Cách thời gian vào viện khoảng 3 tuần bệnh nhân (BN) xuất hiện đau ngực, đau tăng dần kèm theo ho nhiều, lẫn đờm, không ho ra máu, khó thở nhẹ, không sốt, mệt mỏi, ăn

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: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022

ngủ kém. Bệnh nhân đã đến y tế cơ sở khám, được chụp phim X quang ngực, nghi ngờ u trung thất => chuyển BV Phổi trung ương.

Khám lúc vào: BN tỉnh, tiếp xúc tốt; da, niêm mạc bình thường, không phù, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không to, gan lách không sờ thấy. Nghe phổi rì rào phế nang bên phải giảm, khám các hệ cơ quan khác (thần kinh, tim mạch, tiêu hoá, cơ xương khớp) không thấy bất thường. Mạch: 80 lần/phút; Nhiệt độ: 36,5^oC; HA: 110/70mmHg; thở 20 lần/phút; nặng: 53 kg; cao: 160 cm; BMI: 20.7; BN đã tiêm phòng 3 mũi vắc xin Covid- 19 và chưa bị nhiễm bệnh này.

Bệnh nhân đã được làm các xét nghiệm (XN) cơ bản (công thức máu, sinh hoá máu, sinh hoá nước tiểu, đông cầm máu, khí máu): các kết quả trong giới hạn bình thường; Điện tim, đo chức năng hô hấp, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng - tiết niệu tổng quát: không thấy bất thường. XN PCR Sars – CoV-2: âm tính.

Các XN về lao (AFB đờm, Gene X pert đờm, nuôi cấy đờm): Kết quả âm tính.

BN được nội soi phế quản: Viêm niêm mạc khí - phế quản; sinh thiết niêm mạc phế quản: Viêm phế quản

Bệnh nhân được chụp phim X quang ngực thường qui, kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 1.



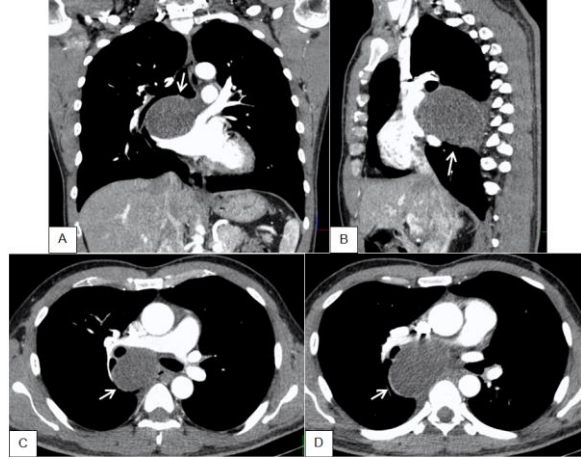
Hình 1. X quang ngực chuẩn khi BN vào viện

Xuất hiện khối bất thường phía sau tim (vẫn quan sát thấy bờ tim phải), bờ trong chìm vào trung thất, bờ ngoài lồi vào trường phổi phải, đường bờ rõ nét (mũi tên). **Kết luận:** TD U trung thất

Bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính ngực bằng máy 64 dãy, có tiêm cản quang. Hình ảnh và kết quả chi tiết được thể hiện tại hình 2.

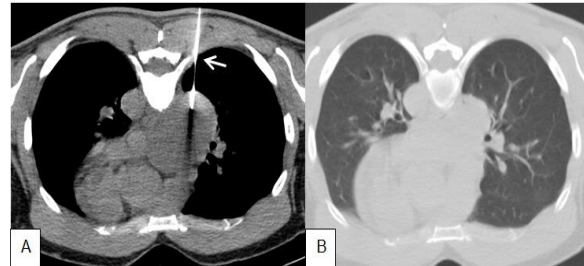
A: Coronal; B: Sagital; C,D: Axial 2 lát dưới Carina. Xuất hiện khối tù trọng dịch (đặc), # 20 HU, Kích thước: 63x66x68mm, có vỏ rõ, vị trí chủ yếu trung thất giữa và ra sau. Khối có tiếp giáp khí quản vùng dưới Carina và phế quản trung gian bên phải (các mũi tên). A và B thấy rõ

kén đè lên tĩnh mạch phổi sau dưới bên phải và nhĩ trái. **Kết luận:** TD kén trung thất, tỷ trọng xu thể dịch, chưa rõ bản chất. Đề nghị sinh thiết xuyên thành ngực (STXTN) dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) chẩn đoán.



Hình 2. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang

Bệnh nhân đã được STXTN dưới hướng dẫn CLVT, tư thế nằm sấp. Chi tiết được thể hiện trong hình 3.



Hình 3. Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT

A: Kim sinh thiết đi vào trong khối (mũi tên). B: Sau thủ thuật không thấy biến chứng

Thủ thuật sinh thiết an toàn, lấy được 4 mảnh bệnh phẩm tiến hành làm giải phẫu bệnh (GPB), nuôi cấy, lưu giữ tìm gene đột biến.

***Kết quả GPB:** Mảnh cắt chủ yếu bạch cầu trung tính thoái hoá, xen lẫn đại thực bào, không thấy tế bào ác tính. **Kết luận:** Tổ chức viêm trong kén. Đề nghị làm sinh thiết lạnh tức thì trong mổ (nếu phẫu thuật).

BN đã được hội chẩn, quyết định phẫu thuật nội soi cắt kén, làm GPB nhanh trong mổ. Bệnh nhân được phẫu thuật 3 ngày sau hội chẩn.

***Tóm tắt các nét chính của cuộc phẫu thuật:**

- Kén nằm ở trung thất giữa – sau bên phải, kích thước # 7 x 8 cm, sát thực quản và tĩnh mạch phổi (TMP) dưới

- Trong kén nhiều dịch mủ vàng => lấy mủ xét nghiệm vi sinh, nuôi cấy.

- Gỡ dính kén khó khăn (phải dùng dao Ligasure). Lấy ít tổ chức kén cắt lạnh làm GPB tức thì: **Kết quả U quái thành thực.**

- Phẫu tích và cắt bỏ phần lớn kén. Phần còn lại nằm đè lên TMP dưới và nhĩ trái để lại (không bóc tách hết được vì dính chặt). Gửi toàn bộ bệnh phẩm làm GPB.

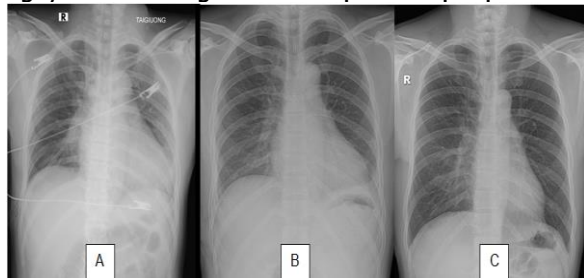
- Cầm máu kỹ. Đặt 01 sonde dẫn lưu khoang màng phổi qua lỗ Troca.

- Đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu.

***Kết quả GPB bệnh phẩm sau phẫu thuật:** Mảnh sinh tiết thấy nhiều tổ chức dạng kén, thành kén là mô liên kết dày và mạch máu; lòng kén có biểu mô phủ trụ giả tầng, trụ đơn và lát dẹt, chứa nhiều chất hoại tử, tế bào thoái hoá, bạch cầu trung tính và đại thực bào. **Kết luận:** Phù hợp với kén phế quản viêm mạn tính.

Sau mổ 3 ngày BN được rút sonde và ra viện sau 7 ngày

Hình ảnh X quang ngực hậu phẫu ngày 1, ngày 6 và 1 tháng sau mổ được thể hiện tại hình 4.



Hình 4. X quang ngực sau mổ

A: 11/7 (chụp tại giường) = bóng tim to (do chụp nằm ngửa); B: 15/7 (có ít dịch MP trái); C: 26/8 (hình phổi bình thường)

***Chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh:** Kén phế quản, trung thất giữa, có bội nhiễm trong kén, phẫu thuật cắt kén không hoàn toàn (để lại phần vỏ dính nhĩ trái và TMP dưới bên phải).

Vào thời điểm chúng tôi báo cáo BN trong trạng thái ổn định, sức khỏe tốt.

III. BÀN LUẬN

Phần lớn các trường hợp BC thường tìm thấy ở trung thất giữa do liên quan đến đường dẫn khí. Tuy nhiên có những trường hợp BC lại xuất hiện ở trung thất trước và thường được chẩn đoán nhầm với u tuyến ức hoặc u hạch. Lee J và CS đã báo cáo trường hợp một BN nam, 64 tuổi có tiền sử tăng cholesterol máu đã đến phòng khám ngoại trú, tình cờ phát hiện khối ở trung thất trước trên CT ngực. BN không hề có

các triệu chứng nhược cơ hoặc đau ngực và chụp X quang phổi không thấy bất thường. CT ngực có cản quang cho thấy khối bất thường, có kích thước 1,4×1,8 ×2,6cm, tỷ trọng ở mức thấp, đồng nhất (42 HU). Các dấu hiệu điện quang gợi ý khối u biểu mô tuyến ức hơn là tổn thương dạng nang và BN đã chấp thuận phẫu thuật cắt u bằng nội soi lồng ngực. Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm nghiêng bên trái, thông khí phổi một bên. Cắt bỏ tuyến ức và mỡ trung thất xung quanh trung thất trước đã được thực hiện. Bó mạch thần kinh cánh tay và hai dây thần kinh hoành đã được phẫu tích để cắt hoàn toàn tuyến ức. Bệnh phẩm được lấy ra và một sonde dẫn lưu 24 - Fr được đặt vào khoang màng phổi bên phải. Diễn biến hậu phẫu thuận lợi và BN được xuất viện vào ngày thứ ba sau phẫu thuật. Kết quả tổng thể của mẫu bệnh phẩm cho thấy một cấu trúc nang đơn độc, kích thước 2,0 cm nằm trong mô tuyến ức bị xâm lấn mà không có bất kỳ liên quan nào với đường thở hoặc thực quản. Kiểm tra mô bệnh cho thấy một u nang có thành mỏng được bao quanh bởi mô xơ và chứa đầy chất lỏng màu trắng sữa. U nang được lót bằng biểu mô phế quản hình trụ có lông mao và những phát hiện này phù hợp cho chẩn đoán kén phế quản.¹ Đây là ca bệnh BC hiếm, xuất hiện hoàn toàn cách xa đường thở.¹ Tamaki M và CS cũng báo cáo 1 trường hợp BC nằm ở trung thất trước ở 1 BN nữ 61 tuổi với chẩn đoán trước mổ là kén màng ngoài tim.⁵

Jiang JH và CS đã NC để tìm sự khác biệt giữa 2 nhóm BN BC ở trẻ em và người lớn. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 16 trẻ sơ sinh và trẻ em (từ 7 ngày tuổi đến 18 tuổi) và 23 người lớn (từ 20-78 tuổi) được chẩn đoán BC trong khoảng thời gian 14 năm (1999-2012). Kết quả: Một nửa (8/16) trẻ sơ sinh và trẻ em có biểu hiện sờ thấy khối ở cổ (n = 6) hoặc trên da (n = 2), và chỉ một (12,5%) có triệu chứng liệt nhẹ. Tám bệnh nhi khác có kén phế quản trung thất (n = 7) hoặc phổi (n = 1), và các triệu chứng hô hấp xuất hiện ở sáu (75%) bệnh nhi. 13 trong số 23 (56,5%) bệnh nhân người lớn có BC không triệu chứng (cổ: 1; trung thất: 11; phổi: 1). Các biểu hiện triệu chứng xảy ra ở 10/23 (43,5%) BN, trong đó có 2 người sờ thấy khối ở cổ, 3 ở trung thất, 4 ở phổi và 1 ở sau phúc mạc. Trong số 13 BN không có triệu chứng, 6 người được xác định trong quá trình kiểm tra sức khỏe định kỳ, 5 người chụp cắt lớp vi tính ngực định kỳ để sàng lọc ung thư, và 2 người tình cờ được phát hiện trong phẫu thuật tuyến giáp và tuyến cận giáp. Các BC có xu hướng lớn hơn ở người có triệu

chúng so với người lớn không có triệu chứng. Kết luận của nghiên cứu: Biểu hiện lâm sàng của BC khác nhau giữa người lớn và trẻ em, có liên quan chặt chẽ đến vị trí của u và kích thước kén.² Ribet ME và CS cũng đã tiến hành NC tương tự và cũng đưa ra các khuyến cáo trùng lặp.³

Một trong những biến chứng hay gặp ở BN BC đó là nhiễm trùng kén. Hernández-Solís A và CS đã tiến hành nghiên cứu xác định đặc điểm lâm sàng của người bệnh chẩn đoán BC, vị trí BC và vi khuẩn gây viêm khi BC bị bội nhiễm. Các trường hợp được thu thập từ ngày 1 tháng 1 năm 2005 đến ngày 1 tháng 1 năm 2013, tại một bệnh viện tuyến 3. Đối tượng được NC đó là các trường hợp có BC được phẫu thuật cắt bỏ, được xác nhận bằng MBH. Tuổi, giới tính, chẩn đoán nhập viện, vị trí BC, kích thước BC, đặc điểm hình ảnh học và kết quả nuôi cấy vi khuẩn đã được đánh giá. Kết quả: Trong số 12 trường hợp được chẩn đoán BC được phẫu thuật cắt bỏ kén (6 nam và 6 nữ), 50% BC nằm trong nhu mô phổi và 50% ở trung thất. Nghiên cứu vi khuẩn học trong kén cho thấy có sự nhiễm trùng trong kén 7/12 (58%) trường hợp. Kết luận của nghiên cứu: BC là tổn thương lành tính bẩm sinh hiếm gặp. Nghiên cứu MBH là cần thiết để xác định chẩn đoán cùng với xét nghiệm vi khuẩn học vì chúng rất hay bị bội nhiễm. Phẫu thuật cắt bỏ BC là một thủ thuật an toàn được khuyến cáo nên thực hiện sớm.⁴

Một trong những thận trọng khi BC nằm ở trung thất giữa cần phân biệt với quai Azygos giãn. Miura H đã báo cáo 1 BN nữ, 79 tuổi xuất hiện bóng mờ bất thường trên phim chụp X quang phổi khi khám sức khỏe định kỳ. CT ngực không tiêm cản quang cho thấy một khối u, kích thước xấp xỉ 66 x 65 x 45 mm, nằm sau khí quản. Chụp CT có cản quang không thực hiện được do BN bị hen suyễn. Tín hiệu cao trên hình ảnh T2W chụp cộng hưởng từ cho thấy một khối u dạng nang. BN được chẩn đoán là BC và phẫu thuật nội soi cắt BC đã được tiến hành. Khi quan sát bằng ống soi, một khối u hình túi, màu đỏ sẫm tiếp tục đi vào tĩnh mạch azygos. Xác định đây là trường hợp túi phình từ quai Azygos các bác sỹ đã kẹp cổ túi phình bằng băng gim mạch. Theo dõi BN sống khỏe mạnh 4 năm sau ca mổ. Giãn tĩnh mạch azygos là một bệnh rất hiếm gặp và hầu như không có triệu chứng. Hầu hết các trường hợp được phát hiện tình cờ trên CT ngực. Căn bệnh này có thể phẫu thuật được và cần phải phẫu thuật sớm để tránh vỡ hoặc huyết khối. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang hoặc chụp cộng hưởng từ có đối quang rất hữu ích

cho việc chẩn đoán. Tuy nhiên, trong những trường hợp thuốc cản quang/đối quang bị từ chối, giãn tĩnh mạch azygos thường giống khối BC trung thất.⁶

Tất cả các BC đều có thể thấy trên phim chụp X quang phổi nhưng kết quả không đặc hiệu và cần phải xác định thêm đặc điểm bằng CT ngực. Các phát hiện CT được chứng minh là có thể chẩn đoán khi kén có tỷ trọng thấp dạng dịch rõ ràng. Khi tỷ trọng mô mềm mô mềm xuất hiện, không thể chẩn đoán chắc chắn và cần phải chẩn đoán phân biệt với các tổn thương rắn khác. Trong những trường hợp như vậy, chụp cộng hưởng từ rất hữu ích để xác định bản chất dạng nang của các tổn thương.⁷

BC thường gặp ở trung thất và trong phổi song cũng có thể gặp ở những vị trí vô cùng đặc biệt. Matsuda H và CS đã báo cáo 3 trường hợp BC nằm trong phần cơ thực quản, vị trí thực quản nối với tâm vị. Cả 3 BN đều được chẩn đoán xác định bằng bệnh phẩm sau phẫu thuật. Theo dõi các BN này 3 năm sau phẫu thuật không thấy tái phát.⁸ Erbenová A và CS cũng có báo cáo BN tương tự. Các tác giả khuyến cáo các khó khăn trong mổ, nhất là biến chứng gây thủng thực quản trong mổ có thể xảy ra; chít hẹp thực quản sau mổ cũng đã được tác giả phân tích rất kỹ lưỡng trong báo cáo của mình.⁹

Có thể sinh thiết BC bằng nội soi siêu âm (EBUS) để cho chẩn đoán xác định. Aravena C và CS đã tiến hành kỹ thuật này với 26 trường hợp có kén dịch trung thất. Đối chiếu với GPB sau mổ tác giả khuyến cáo rằng khả năng chẩn đoán bằng EBUS kết hợp sinh thiết hút (TBNA) đối với các u nang trung thất còn hạn chế và phẫu thuật chẩn đoán - cắt bỏ vẫn là phương pháp điều trị nên được lựa chọn.¹⁰

McAdams HP và CS; Procacci C và CS đã có những NC rất bài bản nhằm xác định các đặc điểm hình ảnh đặc hiệu của BC trên CT và CHT với cỡ mẫu trên 50 BN ở mỗi nghiên cứu. Các tác giả đều thống nhất với các đặc điểm hình ảnh của BC: Tỷ trọng dịch, đồng nhất, ngấm cản quang kém trên CT và tăng tín hiệu đồng đều trên T2W CHT. Một số trường hợp BC có tỷ trọng mô mềm (do thành phần protein tăng, nước giảm) thì hình ảnh T2W trên CHT rất hữu ích để khẳng định tổ chức dịch.^{11,12}

IV. KẾT LUẬN

Kén phế quản (BC) là một dạng u trung thất hiếm gặp. Các trường hợp điển hình là kén có tỷ trọng dịch và có liên quan gần với đường dẫn khí. Trong trung thất BC phần lớn gặp ở trung

thất giữa. Các vị trí trung thất khác, không liên quan đến đường dẫn khí có thể gặp song rất hiếm. Hình ảnh CT có tương phản và CHT có thể hỗ trợ chứng minh kén có tỷ trọng dịch. Do thường có biến chứng (nhiễm trùng, chèn ép) nên phẫu thuật cắt bỏ BC sớm vẫn nên được tiến hành khi phát hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee J, Chang JW.** Bronchogenic cysts mimicking thymoma in the anterior mediastinum. *Respirol Case Rep.* 2020 May 12;8(5):e00583. doi: 10.1002/rcr2.583. eCollection 2020 Jul. PMID: 32405416
2. **Jiang JH, Yen SL, Lee SY, Chuang JH.** Differences in the distribution and presentation of bronchogenic cysts between adults and children. *J Pediatr Surg.* 2015 Mar;50(3):399-401. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2014.06.008. Epub 2014 Jul 18. PMID: 25746696
3. **Ribet ME, Copin MC, Gosselin B.** Bronchogenic cysts of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1995 May;109(5):1003-10. doi: 10.1016/S0022-5223(95)70327-6. PMID: 7739231
4. **Hernández-Solís A, Cruz-Ortiz H, Gutiérrez et al.** Bronchogenic cysts. Importance of infection in adults. Study of 12 cases. *Cir Cir.* 2015 Mar-Apr;83(2):112-6. doi: 10.1016/j.circir.2015.04.005. Epub 2015 May 16. PMID: 25986980
5. **Tamaki M, Kenzaki K, Morishita A, Miura K.** Bronchogenic Cyst in the Anterior Mediastinum; Report of a Case. *Kyobu Geka.* 2020 Jan;73(1):68-71. PMID: 31956252
6. **Miura H, Miura J, Hirano H.** Azygos vein varix mimicking bronchial cysts. *Respirol Case Rep.* 2018 Jul 18;6(7):e00353. doi: 10.1002/rcr2.353. eCollection 2018 Oct. PMID: 30034810
7. **Cardinale L, Ardisson F, Cataldi A, et al.** Radiol Bronchogenic cysts in the adult: diagnostic criteria derived from the correct use of standard radiography and computed tomography. *Med.* 2008 Apr;113(3):385-94. doi: 10.1007/s11547-008-0255-8. Epub 2008 Jul 9. PMID: 18493775
8. **Matsuda H, Ishida M, Miyasaka C, et al.** Intramural bronchogenic cysts of the esophagus and gastroesophageal junction: A case report. *Mol Clin Oncol.* 2020 Aug;13(2):162-168. doi: 10.3892/mco.2020.2058. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32714540
9. **Erbenová A, Placrová B, Špůrková Z, et al.** Bronchogenic cyst of gastric cardia - case report and literature review. *Rozhl Chir.* 2021 Winter;100(10):507-511. doi: 10.33699/PIS.2021.100.10.507-511. PMID: 35021843
10. **Aravena C, Patel J, Goyal A, et al.** Role of Endobronchial Ultrasound-guided Transbronchial Needle Aspiration in the Diagnosis and Management of Mediastinal Cyst. *J Bronchology Interv Pulmonol.* 2020 Apr;27(2):142-146. doi: 10.1097/LBR.0000000000000640. PMID: 31855882

TAI BIẾN CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP LIÊN QUAN ĐẾN CHÂM CỨU

Bùi Tiến Hưng^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương², Nguyễn Phương Anh²
Nguyễn Thị Phượng¹, Thái Thị Trang¹, Nguyễn Tuyết Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ, tần số xuất hiện và mức độ nghiêm trọng các tai biến của các phương pháp liên quan đến châm cứu. **Đối tượng:** Nghiên cứu được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/2020 đến 12/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Điện châm có tỷ lệ tai biến là 15,33% và tần suất là 17,04%. Xoa bóp bấm huyệt có tỷ lệ tai biến là 2,37% và tần suất là 0,21%. Cứu có tỷ lệ tai biến là 1,31% và tần suất là 0,09%. Chảy máu chiếm 30,21% trong tổng số lần thủy châm. Tai biến chảy máu ở mức độ nhẹ và cầm máu ngay sau khi thấm bông khô. **Kết luận:** Châm cứu và các phương pháp liên quan khá an toàn và các

tai biến gặp thường ở mức độ nhẹ.

Từ khóa: Tai biến, Phương pháp liên quan đến châm cứu

SUMMARY

ADVERSE EVENTS OF ACUPUNCTURE - RELATED METHODS

Objective: Evaluating of the rate, frequency and severity of the adverse events for acupuncture - related methods. **Subjects:** Retrospective study of all outpatients at the Traditional Medicine Department – Saint Paul General Hospital from January 2020 to December 2020. **Results:** Electroacupuncture has a rate adverse of 15.33% and a frequency of 17.04%. Acupressure massage has a rate adverse of 2.37% and a frequency of 0.21%. The moxibustion had a rate adverse of 1.31% and a frequency of 0.09%. Bleeding accounted for 30.21% of the times of acupoint injection. Bleeding are mild and stop bleeding immediately after blotting with dry cotton. **Conclusion:** Acupuncture - related methods are safety and adverse events were mild.

Keywords: Adverse events, acupuncture - related methods.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tiến Hưng

Email: buitienhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 8.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022