

Các kết quả ở các bảng trên cho thấy: Dù 100% học sinh có ý thức chải răng hàng ngày nhưng thời gian chải răng, số lần chải răng, phương pháp chải răng còn chưa thực sự đúng theo khuyến cáo của các bác sĩ răng hàm mặt. Ngoài ra việc sử dụng chỉ nha khoa, nước súc miệng như là cách vệ sinh răng miệng hỗ trợ cho biện pháp chải răng cũng chỉ được hơn 20% học sinh thực hiện.

Do vậy, tỷ lệ gặp tổn thương sâu răng sớm trên khối học sinh lớp 9 là khá cao, trên 30%. Có trên 50% học sinh không có tổn thương sâu răng sớm trên cả hai hàm. Tỷ lệ sâu răng đã hình thành lỗ sâu ở vùng răng trước rất thấp, chỉ có 5,06% ở hàm trên và 2,5% ở hàm dưới. Tỷ lệ sâu răng hàm có hình thành lỗ cao hơn, lần lượt là 21,5% ở hàm trên, 30,4% ở hàm dưới.

#### IV. KẾT LUẬN

Mặc dù chương trình nha học đường đã thực hiện suốt hơn 20 năm qua trên toàn quốc. Các phương tiện thông tin đại chúng cũng thường xuyên tuyên truyền về các biện pháp vệ sinh răng miệng hàng ngày để phòng ngừa sâu răng nhưng qua nghiên cứu thực trạng sâu răng ở nhóm học sinh khối lớp 9 tại trường liên cấp Hermann Gmeiner, chúng tôi có một số kết luận sau:

- 100% học sinh có chải răng hàng ngày, trong đó có 44,3% các em súc miệng và 39,2% các em dùng thêm cách vệ sinh răng miệng khác hỗ trợ chải răng, 22,8% học sinh có sử dụng chỉ

nha khoa.

- Tỷ lệ học sinh chải răng mỗi ngày từ hai lần trở lên chiếm đến 86,1%.

- Đa số học sinh lớp 9 không đi khám răng miệng định kỳ, chiếm 54,4%. Số học sinh đi khám định kỳ từ 2 lần/ năm trở lên chiếm 20,3%.

- Trong khối học sinh lớp 9, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn sớm (giai đoạn chưa hình thành lỗ sâu) là 32,9% ở hàm trên và 36,7% ở hàm dưới. Có 53,2% học sinh không có tổn thương sâu răng kể cả giai đoạn sớm trên cả hai hàm.

- Tỷ lệ sâu răng đã hình thành lỗ sâu ở vùng răng trước rất thấp, chỉ có 5,06% ở hàm trên và 2,5% ở hàm dưới. Tỷ lệ sâu răng hàm có hình thành lỗ cao hơn, lần lượt là 21,5% ở hàm trên, 30,4% ở hàm dưới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bình.** National Oral Health Survey of Vietnam 2019. Medical publishing house. Hanoi 2019.
2. **Trịnh Đình Hải.** Bệnh học vùng quanh răng. NXB Giáo dục. 2013
3. **Trịnh Thị Thái Hà.** Chữa răng và nội nha tập 1. NXB Giáo dục. 2013
4. **Trịnh Đình Hải, Đào Ngọc Phong.** Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng trong nha khoa. NXB Y học. 2014.
5. **Trịnh Đình Hải.** Dự phòng sâu răng cộng đồng bằng fluor. NXB Y học. 2014.
6. **Trịnh Đình Hải.** Oral Health promotion for school children in Vietnam. Medical publishing house. Hanoi 2011.

## U QUÁI TINH HOÀN SAU DẬY THÌ ĐI CĂN HẠCH Ổ BỤNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Ngô Thị Ngọc Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Trần Đức Huy<sup>1</sup>,  
Hoàng Nguyên Tài<sup>1</sup>, Lê Văn Kháng<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

U quái tinh hoàn sau dậy thì là một bệnh hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo về một trường hợp u quái sau dậy thì ở một bệnh nhân nam 22 tuổi với triệu chứng sưng to và đau bìu phải xuất hiện từ một tháng trước khi vào viện. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cho hình ảnh tổn thương u ở tinh hoàn và khoang sau phúc mạc. Khối u này cần chẩn đoán phân biệt với các u tế bào mầm tại tinh hoàn. Bệnh nhân được sinh thiết

khối ở khoang sau phúc mạc dưới siêu âm và cho kết quả u quái sau dậy thì. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn các tổn thương được coi là "tiêu chuẩn vàng" trong điều trị. **Từ khóa:** u quái sau dậy thì, ung thư tinh hoàn, u tinh hoàn, tân sinh tế bào mầm tại chỗ.

#### SUMMARY

#### TESTICULAR POSTPUBERTAL TYPE TERATOMA WITH METASTASIS TO RETROPERINEAL LYMPH NODES: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Testicular postpubertal type teratoma is a rare disease. We present a case report of postpubertal teratoma in a 22 years old male. The patient came to the hospital with symptoms of painful, palpable mass in the right side testical. Ultrasond and CT scanner showed a large testicular tumor and a massive

<sup>1</sup>Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Ngọc Minh

Email: dr.wind2020@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023

retroperitoneal nodal metastasis. We conducted ultrasound guided biopsy to sample metastasis lesion and pathological features were compatible with postpubertal teratoma. Radical orchiectomy and resection of metastasis like retroperitoneal lymph node dissection play an essential role in the treatment of postpubertal teratoma.

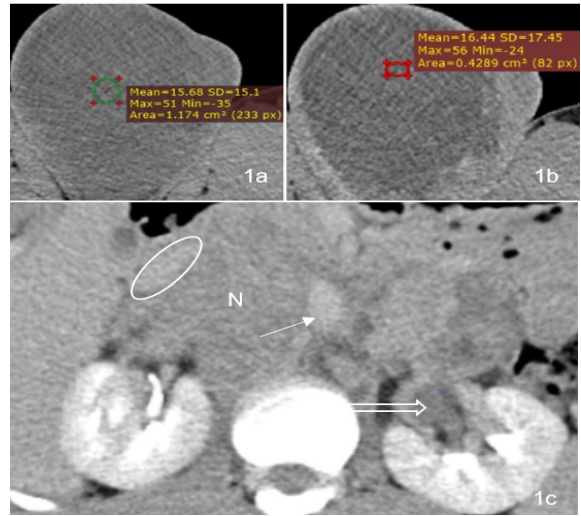
**Keywords:** postpubertal-type teratoma, testicular cancer, testicular tumor, germ cell neoplasia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tinh hoàn tuy có tỉ lệ mắc bệnh thấp, chỉ khoảng 3-12 ca mắc mới trên 100.000 nam giới, nhưng là một trong những bệnh ác tính phổ biến nhất ở nam giới từ 15 đến 45 tuổi(1),(2). Trong đó u quái sau dậy thì ở tinh hoàn khá hiếm gặp với tỉ lệ chỉ khoảng 2,4% trong các khối u tinh hoàn ác tính(3). Trái ngược với u quái trước dậy thì, u quái sau dậy thì có độ ác tính cao và có di căn ở gần 40% số trường hợp(4). Vì vậy, bệnh cần được phát hiện sớm và điều trị tích cực. Ở Việt Nam, chúng tôi chưa thấy báo cáo về bệnh này trên y văn. Vì vậy, trong bài viết này, chúng tôi trình bày về một ca bệnh u quái sau dậy thì ở tinh hoàn và tổng quan một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học đối với bệnh này.

### II. CA LÂM SÀNG

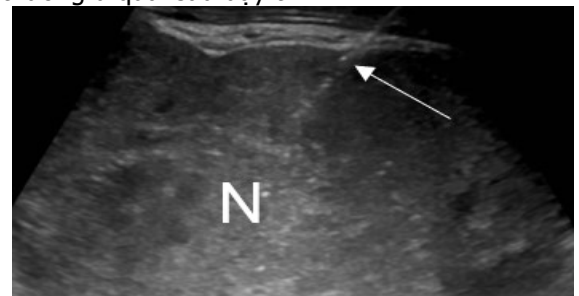
Bệnh nhân nam, 22 tuổi vào viện vì đau và sưng đỏ vùng bìu phải cách vào viện 1 tháng. Ban đầu bệnh nhân đau nhiều ở vùng bìu phải, sau đó đau lan lên vùng hạ vị, quanh rốn và sau lưng, không kèm theo sốt. Bệnh nhân đi khám vì các triệu chứng ngày càng tăng lên. Tiền sử không phát hiện bất thường. Qua thăm khám lâm sàng, chúng tôi phát hiện thấy tinh hoàn phải sưng to và sờ thấy khối rắn chắc ở vùng bụng. Siêu âm ghi nhận hình ảnh tinh hoàn phải bị hoàn toàn thay thế bởi cấu trúc giảm âm không đều và phát hiện khối giảm âm rất lớn sau phúc mạc. Sau đó bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ngực – bụng – tiểu khung thấy có khối lớn trong khoang sau phúc mạc ôm quanh động mạch chủ và động mạch thận hai bên nhưng không gây hẹp lòng mạch, kích thước khoảng 21cm, ranh giới rõ, bờ thùy múi, tỷ trọng mô mềm, ngấm thuốc mạnh và không đồng nhất sau tiêm thuốc cản quang. Khối này gây hiệu ứng khối đè đẩy TM chủ dưới sang phải và các quai ruột sang hai bên, gây giãn nhẹ đài bể thận trái. Khối lớn tinh hoàn phải chủ yếu là thành phần dịch ở trung tâm, phần tổ chức ngoại vi ngấm thuốc rất mạnh. Không thấy tổn thương thứ phát ở gan, lách, trung thất, xương và nhu mô phổi hai bên.



**Hình 1. Hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân trên mặt phẳng axial**

(1a) Khối tinh hoàn gồm chủ yếu là thành phần tỉ trọng dịch(khoảng 16HU) ở trung tâm, (1b) không thấy khối tinh hoàn phải ngấm thuốc sau tiêm thuốc cản quang. (1c) Sau phúc mạc có khối hạch di căn lớn (N) bao quanh và đẩy động mạch chủ ra trước (mũi tên nhỏ), đẩy lệch tĩnh mạch chủ (hình oval trắng), gây giãn nhẹ đài bể thận trái (mũi tên lớn)

Xét nghiệm các marker ung thư tinh hoàn (lactate dehydrogenase, alpha fetoprotein, beta-hCG) trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được sinh thiết khối khoang sau phúc mạc dưới hướng dẫn siêu âm, mẫu sinh thiết được nhuộm HE và hoá mô miễn dịch cho kết quả là tổn thương u quái sau dậy thì.



**Hình 2: Sinh thiết khối hạch di căn sau phúc mạc dưới hướng dẫn siêu âm**

Kim sinh thiết (mũi tên trắng) tiếp cận khối hạch lớn sau phúc mạc (N) trực tiếp qua thành bụng trước

### III. BÀN LUẬN

Giống như các khối u ác tính ở tinh hoàn, u quái sau dậy thì thường biểu hiện với triệu chứng sưng to và đau tinh hoàn, khối u thường xuất hiện ở tinh hoàn bên phải. Khác biệt với các loại

ung thư tinh hoàn khác, trong bệnh lý u quái sau dậy thì, các marker ung thư tinh hoàn (lactate dehydrogenase, alpha fetoprotein, beta-hCG) nằm trong giới hạn bình thường. Khối u quái sau dậy thì ở tinh hoàn thường có giới hạn rõ, thành phần bên trong chủ yếu là dịch gồm mỡ đại thể và vôi hoá trong khi đó hầu hết khối ung thư khác ở tinh hoàn thường có thành phần đặc chiếm ưu thế(5).

Chẩn đoán hình ảnh có vai trò thiết yếu trong chẩn đoán, đánh giá giai đoạn, lên kế hoạch phẫu thuật cũng như theo dõi các khối u tinh hoàn ác tính. Trong đó, siêu âm đầu dò tần số cao là phương tiện đầu tay, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trên 90% trong xác định khối u tinh hoàn(6). Chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương thứ phát và theo dõi tiến triển sau điều trị. Các khối u của tinh hoàn di căn theo đường máu hoặc đường bạch huyết. Hệ bạch huyết của tinh hoàn đi dọc theo bó mạch sinh dục, khối u tinh hoàn bên phải thường di căn tới cạnh tĩnh mạch chủ, khối u tinh hoàn bên trái thường di căn tới cạnh động mạch chủ- tương ứng với vị trí đổ vào của tĩnh mạch sinh dục hai bên(7). Những bệnh nhân có u quái sau dậy thì đơn thuần thường có tân sinh tế bào mầm tại chỗ trong tinh hoàn và có thể di căn tới nơi khác dưới dạng u quái hoặc u tế bào mầm khác (4) (8). MRI là phương tiện hỗ trợ trong việc chẩn đoán khối u tinh hoàn khi hình ảnh trên siêu âm không rõ ràng.

U quái tinh hoàn là một khối u có nguồn gốc từ tế bào mầm (4). Phân loại mới của WHO 2016 đã đưa ra một bước tiến mới trong phân loại u quái tinh hoàn. Theo đó, u quái tinh hoàn được chia thành hai type là type trước dậy thì thuộc nhóm u không phải tân sinh tế bào mầm tại chỗ và type sau dậy thì thuộc nhóm ung thư tế bào mầm. Như vậy, hệ thống phân loại mới đã thừa nhận u quái trước dậy thì mang tính chất lành tính và u quái sau dậy thì mang tính chất ác tính-điều mà các phân loại trước đây chưa làm được. Tuy nhiên, y văn thế giới cũng đã ghi nhận một số báo cáo về u quái trước dậy thì gặp ở người trưởng thành(9). Về mặt hình ảnh, u quái sau dậy thì cần chẩn đoán phân biệt với các u tế bào mầm khác của tinh hoàn, di căn tinh hoàn, Lymphoma tinh hoàn và áp-xe tinh hoàn.

Phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn triệt để và các tổn thương di căn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị khối u quái tinh hoàn sau dậy thì. Các khối u này thường kháng trị với liệu pháp xạ trị và hoá trị(5). U quái sau tuổi dậy thì có tỉ lệ di căn xảy ra trên 22-37% số trường hợp. Hầu hết các khối

ung thư tinh hoàn có tỉ lệ sống trên 5 năm là khoảng 95% nhưng đối với các bệnh nhân ung thư tinh hoàn có thành phần teratoma chưa trưởng thành như trong bệnh lý u quái tinh hoàn sau dậy thì, tỉ lệ sống sót sau 5 năm chỉ khoảng 59%(10).

Bệnh nhân của chúng tôi có các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp với các báo cáo trước đó. Bệnh nhân 22 tuổi nằm trong độ tuổi có nguy cơ bị ung thư tinh hoàn (15-45 tuổi). Khối tinh hoàn lớn chủ yếu là thành phần dịch và phát hiện thêm khối lớn nằm sau phúc mạc. Các xét nghiệm marker ung thư tinh hoàn nằm trong giới hạn bình thường. Những dấu hiệu lâm sàng, hình ảnh siêu âm tinh hoàn và ổ bụng, cắt lớp vi tính ổ bụng và đặc biệt là kết quả sinh thiết hạch ổ bụng này cho phép chẩn đoán xác định u quái của tinh hoàn di căn hạch ổ bụng. Sau sinh thiết, bệnh nhân ra viện.

#### IV. KẾT LUẬN

U quái sau dậy thì ở nam giới là một bệnh hiếm gặp có tiên lượng xấu và khả năng tái phát cao. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bỏ triệt để tinh hoàn và khối di căn, hoá xạ trị ít có vai trò trong việc kiểm soát khối u. Chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, định hướng điều trị và theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gaddam SJ, Chesnut GT.** Testicle Cancer. Trong: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 16 Tháng Tư 2023]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563159/>
2. **Simone Giona MD.** The Epidemiology of Testicular Cancer. Exon Publications. 12 Tháng Chín 2022;107-16.
3. **Stang A, Rusner C, Trabert B, Oosterhuis JW, McGlynn KA, Heidinger O.** Incidence of testicular tumor subtypes according to the updated WHO classification, North Rhine-Westphalia, Germany, 2008-2013. *Andrology*. 2019;7(4):402-7.
4. **Farci F, Shamsudeen S. Testicular Teratoma.** Trong: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 16 Tháng Tư 2023]. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567728/>
5. **Katabathina VS, Vargas-Zapata D, Monge RA, Nazarullah A, Ganeshan D, Tammisetti V, và c.s.** Testicular Germ Cell Tumors: Classification, Pathologic Features, Imaging Findings, and Management. *RadioGraphics*. Tháng Mười 2021;41(6):1698-716.
6. **Thomas KL, Jeong D, Montilla-Soler J, Feuerlein S.** The role of diagnostic imaging in the primary testicular cancer: initial staging, response assessment and surveillance. *Transl*

- Androl Urol. Tháng Giêng 2020;9(Suppl 1):S3–13.
7. **Gaillard F.** Testicular teratoma | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia. [cited 27 Tháng Ba 2023]. Available at: <https://radiopaedia.org/articles/testicular-teratoma>
  8. **Williamson SR, Delahunt B, Magi-Galluzzi C, Algaba F, Egevad L, Ulbright TM, và c.s.** The World Health Organization 2016 classification of testicular germ cell tumours: a review and update from the International Society of Urological Pathology Testis Consultation Panel. Histopathology. Tháng Hai 2017;70(3):335–46.
  9. **Wagner T, Scandura G, Roe A, Beltran L, Shamash J, Alfrangis C, và c.s.** Prospective molecular and morphological assessment of testicular prepubertal-type teratomas in postpubertal men. Modern Pathology. 1 Tháng Tư 2020; 33(4):713–21.
  10. **Funt SA, Patil S, Feldman DR, Motzer RJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, và c.s.** Impact of Teratoma on the Cumulative Incidence of Disease-Related Death in Patients With Advanced Germ Cell Tumors. J Clin Oncol. 10 Tháng Chín 2019;37(26):2329–37.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN RONG KINH RONG HUYẾT CƠ NĂNG TUỔI TRẺ VÀ TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Tuấn Minh<sup>1</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1</sup>, Đặng Thị Minh Nguyệt<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân RKRH cơ năng tuổi trẻ và tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành dựa trên 108 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân RKRH cơ năng, có độ tuổi từ 10 đến 24 tuổi tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm 2019 và 2020. **Kết quả:** Tuổi vị thành niên chiếm tỉ lệ 86,1%. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi. Bệnh nhân đã kết hôn rất thấp 5,56%, chưa quan hệ tình dục chiếm tỉ lệ 90,74%. Trong nhóm RKRH 7 - 15 ngày, tỉ lệ bệnh nhân ra máu cục cao nhất, chiếm tỉ lệ 54,5%. Số bệnh nhân có lượng hemoglobin bình thường rất thấp 8,3%. Bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới 80 g/l chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, có 2 bệnh nhân hemoglobin rất thấp, chỉ ở mức 30 - 39 g/l, 6 bệnh nhân hemoglobin ở mức 40 -49 g/l. Niêm mạc tử cung dưới 5mm: 100% bệnh nhân có thời gian rong kinh 16-30 ngày. Niêm mạc trên 10mm: bệnh nhân rong kinh 16-30 ngày là cao nhất (47,1%), bệnh nhân rong kinh trên 30 ngày cao (23,5%). **Kết luận:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 16,05 ± 3,47 tuổi. Bệnh nhân chưa quan hệ tình dục là 90,74%. Bệnh nhân có lượng hemoglobin dưới 80 g/l chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, có 8 bệnh nhân hemoglobin rất thấp, chỉ ở mức 30 - 49 g/l. Niêm mạc trên 10mm: bệnh nhân rong kinh 16-30 ngày là cao nhất (47,1%), bệnh nhân rong kinh trên 30 ngày cao (23,5%).

**Từ khóa:** Lâm sàng, cận lâm sàng, rong kinh rong huyết cơ năng, tuổi trẻ.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN YOUNG AND ADOLESCENT MENORRHAGIA PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of young and adolescent patients with menorrhagia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Materials and Methods:** This retrospective descriptive study was carried out based on 108 medical records of functional menorrhagia patients aged 10 to 24 years at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2019 and 2020. **Results:** Adolescents account for 86.1%. The mean age of the study was 16.05 ± 3.47 years old. Married patients are very low 5.56%. Patients have never had sex account for 90.74%. In the group of menorrhagia from 7 to 15 days, the rate of patients with blood clots was the highest, accounting for 54.5%. The number of patients with normal hemoglobin is very low: 8.3%. Patients with hemoglobin below 80 g/l accounted for the highest rate (63.9%). There were 2 patients with very low hemoglobin, only at 30-39 g/l, 6 patients with hemoglobin at 40-49 g/l. Endometrial lining less than 5mm: 100% of patients have menorrhagia for 16-30 days. Endometrial lining over 10mm: patients with menorrhagia for 16-30 days is the highest (47.1%), patients with menorrhagia over 30 days is high (23.5%). **Conclusion:** The mean age of the study was 16.05 ± 3.47 years old. Patients who have not had sex are 90.74%. Patients with hemoglobin less than 80 g/l accounted for the highest rate (63.9%). There were 8 patients with very low hemoglobin, only at 30-49 g/l. Endometrial lining over 10mm: patients with menorrhagia for 16-30 days is the highest (47.1%), patients with menorrhagia over 30 days is high (23.5%). **Keywords:** Clinical, subclinical, functional menorrhagia, young age.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Minh Nguyệt

Email: drdangminhnguyet@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023