

báo cáo nhưng vẫn còn không ít biến thể có tiềm năng gây bệnh mới vẫn chưa được phát hiện.

V. KẾT LUẬN

Từ tháng 11/2023 đến tháng 3/2024, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp trên 130 trẻ dưới 6 tuổi mắc động kinh điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, trong đó có thực hiện xét nghiệm giải trình tự bộ gen mục tiêu. Kết quả cho thấy 40,8% trẻ có bất thường di truyền, chủ yếu liên quan đến gen SCN1A và PRRT2, với phổ kiểu hình đa dạng gồm hội chứng Dravet, động kinh liên quan sốt co giật và các thể bệnh não động kinh phát triển. Các đặc điểm lâm sàng và điện não đồ cho thấy phần lớn trẻ khởi phát bệnh sớm, nhiều bất thường phát triển tâm thần vận động và biểu hiện điện não phức tạp, góp phần định hướng phân loại hội chứng và nguyên nhân di truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Specchio N, Wirrell EC, Scheffer IE, et al. International League Against Epilepsy classification and definition of epilepsy syndromes with onset in childhood: Position paper by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. 2022 Jun;63(6):1398-1442. doi:10.1111/epi.17241
2. Zuberi SM, Wirrell E, Yozawitz E, et al. ILAE classification and definition of epilepsy syndromes with onset in neonates and infants: Position

- statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*. 2022 Jun;63(6):1349-1397. doi:10.1111/epi.17239
3. Byrne S, Enright N, Delanty N. Precision therapy in the genetic epilepsies of childhood. *Dev Med Child Neurol*. 2021 Nov;63(11):1276-1282. doi:10.1111/dmcn.14929
4. Nguyễn Lê Trung Hiếu, Nguyễn Thụy Minh Thư, Đỗ Thị Thu Hằng và cộng sự. Genetic analysis using targeted exome sequencing of 53 Vietnamese children with developmental and epileptic encephalopathies. *Am J Med Genet A*. 2022 Jul;188(7):2048-2060. doi:10.1002/ajmg.a.62741
5. Morales J, Pujar S, Loveland JE, et al. A joint NCBI and EMBL-EBI transcript set for clinical genomics and research. *Nature*. 2022 Apr;604(7905):310-315. doi:10.1038/s41586-022-04558-8
6. Majethia P, Kaur N, Mascarenhas S, et al. Genetic and phenotypic landscape of pediatric-onset epilepsy in 142 Indian families: Counseling and therapeutic implications. *Clin Genet*. 2024 Jun;105(6):639-654. doi:10.1111/cge.14495
7. Đỗ Thị Thu Hằng, Vũ Diễm My, Bùi Chí Bảo và cộng sự. SCN1A Gene Mutation and Adaptive Functioning in 18 Vietnamese Children with Dravet Syndrome. *J Clin Neurol*. 2017 Jan;13(1):62-70. doi:10.3988/jcn.2017.13.1.62
8. Symonds JD, Zuberi SM, Stewart K, et al. Incidence and phenotypes of childhood-onset genetic epilepsies: a prospective population-based national cohort. *Brain*. 2019 Aug 1;142(8):2303-2318. doi:10.1093/brain/awz195

KẾT QUẢ HÓA TRỊ TÂN BỐ TRỢ TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚU NGUYÊN BÀO THẬN GIAI ĐOẠN II - IV TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Vũ Trường Nhân^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV với hóa trị trước phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập tiến cứu. **Kết quả:** Có 64 trường hợp bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV được hóa trị tân bổ trợ và phẫu thuật cắt thận mang bướu sau hóa trị từ tháng 04/2013 đến tháng 06/2016. Sau hóa trị trước phẫu thuật: Thể tích bướu giảm từ $487,9 \pm 365,3 \text{ cm}^3$ xuống $206,8 \pm 135 \text{ cm}^3$ ($p < 0,001$). Giai đoạn I tăng từ 0% lên 56,3%; giai đoạn II giảm từ 78,1% xuống 37,5%; giai đoạn III giảm từ 18,8% xuống 6,3%; và giai đoạn IV giảm từ 3,1% xuống 0% ($p = 0,002$).

Mức độ đáp ứng hóa trị trước phẫu thuật: Tỷ lệ đáp ứng chung là 89,1%; bệnh ổn định hoặc tiến triển là 10,9%. Kết quả điều trị: Tỷ lệ tái phát là 6,7%; tỷ lệ tử vong là 6,7%; và tỷ lệ sống còn không biến cố là 92,2% với thời gian theo dõi trung bình $46,9 \pm 14,6$ tháng. **Kết luận:** Hóa trị tân bổ trợ làm giảm thể tích bướu, xâm lấn tại chỗ và di căn xa của bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV, nhờ đó làm giảm các biến chứng của phẫu thuật cắt thận mang bướu sau hóa trị, tăng tỷ lệ sống còn của bệnh nhi được điều trị bằng chiến lược hóa - phẫu.

Từ khóa: Bướu nguyên bào thận, hóa trị tân bổ trợ, hóa trị trước phẫu thuật.

SUMMARY

OUTCOME OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN THE TREATMENT OF STAGE II TO IV NEPHROBLASTOMA AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objective: To evaluate the treatment results of stage II to IV nephroblastoma with preoperative chemotherapy at Children's Hospital 2. **Methods:**

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Trường Đại học Nam Cần Thơ

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Nhân

Email: vutruongnhandr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

Prospective cohort study. **Results:** There were 64 cases of stage II to IV nephroblastoma receiving neoadjuvant chemotherapy and nephrectomy after chemotherapy from April 2013 to June 2016. After preoperative chemotherapy: The median tumor volume reduced from $487.9 \pm 365.3 \text{ cm}^3$ to $206.8 \pm 135 \text{ cm}^3$ ($p < 0.001$). The percentage increased from 0% to 56.3% in stage I disease; decreased from 78.1% to 37.5% in stage II disease; decreased from 18.8% to 6.3% stage III disease; and decreased from 3.1% to 0% in stage IV disease ($p = 0.002$). Degree of response to preoperative chemotherapy: The overall response rate was 89.1%; the stable or progressive disease was 10.9%. Treatment results: The recurrence rate was 6.7%; the mortality rate was 6.7%; and the event-free survival rate was 92.2% with a mean follow-up time of 46.9 ± 14.6 months. **Conclusions:** Neoadjuvant chemotherapy reduces tumor volume, local invasion and distant metastasis of stage II to IV nephroblastoma, thereby reducing complications of nephrectomy and tumor removal after chemotherapy, increasing the survival rate of pediatric patients treated with chemotherapy - surgery strategy. **Keywords:** Nephroblastoma, neoadjuvant chemotherapy, preoperative chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nguyên bào thận còn được gọi là bướu Wilms, chiếm khoảng 80 - 90% các trường hợp bướu thận ác tính trẻ em và xếp thứ 4 trong các loại bướu đặc thường gặp ở trẻ em sau bướu ác não, limphôm và bướu nguyên bào thần kinh. Có hai chiến lược điều trị bướu nguyên bào thận hiện đang được áp dụng rộng rãi là phác đồ NWTS-5 của Nhóm nghiên cứu bướu Wilms quốc gia của Hoa Kỳ với chủ trương phẫu thuật cắt thận mang bướu trước rồi hóa trị sau; và phác đồ SIOP-2001 của Hiệp hội ung thư nhi khoa quốc tế của Châu Âu với chủ trương hóa trị trước rồi phẫu thuật cắt thận mang bướu sau. Tỷ lệ sống còn sau 5 năm của hai chiến lược đều trên 90%. Tuy nhiên, ở các trường hợp bướu có kích thước lớn, xâm lấn các cơ quan và mạch máu lớn xung quanh, hoặc đã di căn xa, can thiệp hóa trị trước sẽ làm bướu co nhỏ lại, giảm được sự xâm lấn tại chỗ và di căn xa âm thầm của bướu, nhờ đó phẫu thuật cắt thận mang bướu sẽ an toàn hơn, giảm tỷ lệ vỡ bướu lúc mổ, giảm nguy cơ lan tràn tế bào bướu và tái phát bướu^{1,2,3}.

Trong điều kiện Việt Nam, tương tự như các nước có thu nhập thấp và trung bình, phần lớn bệnh nhi mắc bướu nguyên bào thận được phát hiện ở giai đoạn muộn, có khối bướu lớn, xâm lấn xung quanh và di căn (giai đoạn II - IV). Việc điều trị bướu nguyên bào thận chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ hoặc sinh thiết bướu trước rồi hóa trị sau, kết quả điều trị thấp với tỷ lệ sống còn sau 3 năm khoảng 78%⁴. Hóa trị tân bổ trợ trong điều trị bướu nguyên bào thận bắt đầu

được áp dụng tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ năm 2013. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhi mắc bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV với hóa trị tân bổ trợ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV; hóa trị tân bổ trợ và phẫu thuật cắt thận mang bướu từ tháng 04/2013 đến tháng 06/2016; và theo dõi điều trị đến tháng 06/2019 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập tiến cứu.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu sống còn

$$n = \frac{C(h+1)^2}{(2-p_1-p_2)(h-1)^2}$$

Với $\alpha = 0,05$ và $\beta = 0,2$ thì $C = 7,85$.

Tác giả Trần Đức Hậu (2014) nghiên cứu điều trị theo SIOP-2001 trên 60 trường hợp bướu nguyên bào thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho kết quả tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm là 71,5% (p_1)⁵. Tác giả Pritchard-Jones (2015) nghiên cứu điều trị theo SIOP-2001 trên 583 trường hợp bướu nguyên bào thận giai đoạn II - III ở 251 bệnh viện cho kết quả tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm là 92,6% (p_2)⁶. Như vậy $h = \ln(p_1)/\ln(p_2) = 4,35$.

Thế vào công thức trên, tính được $n = 55,75$. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 56 trường hợp.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Chẩn đoán xác định bướu nguyên bào thận dựa vào chụp cắt lớp vi tính.

Bước 2: Phân giai đoạn bướu dựa vào hình ảnh cắt lớp vi tính. Tiến hành hóa trị trước phẫu thuật.

Bước 3: Phẫu thuật cắt thận mang bướu.

Bước 4: Chẩn đoán giải phẫu bệnh. Loại khỏi nghiên cứu nếu chẩn đoán không phải bướu nguyên bào thận. Phân nhóm nguy cơ theo mô bệnh học.

Bước 5: Hóa trị ($\pm$ xạ trị) sau phẫu thuật.

Bước 6: Tái khám định kỳ đến khi kết thúc nghiên cứu. Theo dõi các biến chứng của phẫu thuật, các độc tính của hóa trị, xạ trị và tình trạng bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo kiểu thuận tiện.

Định nghĩa biến số

Phân giai đoạn bướu: Dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính⁷. Chọn vào nghiên cứu các trường hợp giai đoạn II - IV

Giai đoạn I: Bướu khu trú trong thận.

Giai đoạn II: Bướu xâm lấn lớp mỡ quanh thận, xâm lấn tĩnh mạch thận hoặc xuất huyết trong bướu.

Giai đoạn III: Bướu xâm lấn các tạng xung quanh, xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới, di căn hạch hoặc vỡ bướu.

Giai đoạn IV: Bướu di căn phổi, gan, xương, não, tinh hoàn.

Giai đoạn V: Bướu thận 2 bên.

Phân nhóm nguy cơ: Dựa trên phân loại mô bệnh học của bướu⁷

Nguy cơ thấp: Loại hoại tử hoàn toàn.

Nguy cơ trung bình: Các loại biểu mô, mô đệm, hỗn hợp và thoái triển.

Nguy cơ cao: Loại nguyên bào.

Đánh giá đáp ứng hóa trị của bướu:

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng bướu đặc (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors - RECIST 1.1)

Đáp ứng hoàn toàn (CR - Complete Response)	Các tổn thương và hạch limphô biến mất
Đáp ứng một phần (PR - Partial Response)	Giảm $\geq 30\%$ đường kính dài nhất
Bệnh ổn định (SD - Stable Disease)	Giảm $< 30\%$ đường kính dài nhất hoặc tăng $< 20\%$ đường kính ngắn nhất
Bệnh tiến triển (PD - Progressive Disease)	Tăng $\geq 20\%$ đường kính ngắn nhất và tăng ít nhất 5 mm, hoặc có tổn thương mới
Tỉ lệ đáp ứng chung (ORR - Overall Response Rate)	Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn + tỉ lệ đáp ứng một phần

(Đường kính của bướu được đo trên mặt cắt ngang của chụp cắt lớp vi tính)

"Nguồn: Kang H., 2012"⁸.

Đánh giá kết quả điều trị⁷:

Tái phát: Bệnh nhi được chẩn đoán là tái phát khi xảy ra một hoặc cả hai dấu hiệu sau trong quá trình nghiên cứu (1) có khối bướu ở vị trí thận đã cắt trên siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính bụng; (2) có tổn thương ở phổi, gan hoặc tạng khác trên X quang phổi hoặc chụp cắt lớp vi tính; và được khẳng định bằng kết quả giải phẫu bệnh. Tỉ lệ tái phát là tỉ lệ giữa số bệnh nhi tái phát trước thời điểm kết thúc nghiên cứu/tổng số bệnh nhi điều trị đầy đủ theo chiến lược hóa - phẫu.

Tử vong: Bao gồm tất cả trường hợp tử vong trong quá trình tiến hành nghiên cứu, không phụ thuộc vào lý do tử vong. Tỉ lệ tử vong là tỉ lệ giữa số bệnh nhi tử vong trước thời điểm kết

thúc nghiên cứu/tổng số bệnh nhi điều trị đầy đủ theo chiến lược hóa - phẫu.

Sống còn không biến cố: Bệnh nhi còn sống không biến cố khi ở thời điểm kết thúc nghiên cứu có các tiêu chuẩn sau (1) thể trạng bình thường, sinh hoạt hàng ngày (vận động, học tập...) như các trẻ khác; (2) khám lâm sàng không sờ thấy khối bướu; (3) siêu âm không có khối bướu ở vị trí thận đã cắt, X quang phổi không có hình ảnh di căn phổi. Tỉ lệ sống còn không biến cố là tỉ lệ giữa số bệnh nhi sống không có biến cố nghiên cứu ở thời điểm kết thúc nghiên cứu/tổng số bệnh nhi điều trị theo chiến lược hóa - phẫu. Trong đó, các biến cố nghiên cứu là tái phát, tử vong xảy ra trong quá trình điều trị, trước thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Phương pháp phân tích số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. So sánh hai hoặc nhiều tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương (kiểm định chính xác Fisher khi có giá trị kỳ vọng nhỏ hơn 5). So sánh hai hoặc nhiều số trung bình bằng phép kiểm t hoặc phép kiểm ANOVA (kiểm định Wilcoxon hoặc kiểm định Kruskal-Wallis khi biến số định lượng không có phân phối chuẩn). Sử dụng phương pháp Kaplan-Meier ước tính tỉ lệ sống còn không biến cố ở thời điểm 5 năm kể từ khi điều trị. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học/Y đức Bệnh viện Nhi Đồng 2 ký chấp thuận ngày 16 tháng 04 năm 2013.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 04/2013 đến tháng 06/2016, có 64 trường hợp bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV được hóa trị trước phẫu thuật và phẫu thuật cắt thận mang bướu sau hóa trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Tuổi phát hiện bệnh trung vị là 23,8 tháng (1,5 - 115 tháng). Nhóm bệnh nhi từ 6 tháng tuổi đến 5 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 85,7%, ít gặp ở các nhóm bệnh nhi dưới 6 tháng tuổi (7,8%) và trên 5 tuổi (4,7%). Nam chiếm 54,7% (35/64) và nữ chiếm 45,3% (29/64). Bướu thận phải chiếm 53,1% (34/64) và bướu thận trái chiếm 46,9% (30/64).

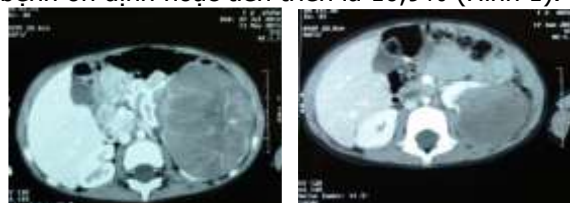
Kết quả của hóa trị tân bổ trợ. Tỉ lệ bướu hoại tử tăng từ 4,7% lên 10,9%. Tỉ lệ bướu vỡ đáp ứng với điều trị bảo tồn giảm từ 9,4% xuống 3,2%. Tỉ lệ xâm lấn quanh thận giảm từ 85,9% xuống 43,8%. Tỉ lệ xâm lấn mạch máu giảm từ 20,3% xuống 6,3%, trong đó tỉ lệ xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới giảm từ 4,7% xuống 1,6%. Tỉ lệ di căn hạch rốn thận giảm từ 20,3% xuống

4,7%. Các tổn thương di căn xa đều thoái triển.

Thể tích bướu giảm từ $487,9 \pm 365,3 \text{ cm}^3$ xuống $206,8 \pm 135 \text{ cm}^3$ ($p < 0,001$). Thể tích bướu giai đoạn III, IV giảm nhiều hơn giai đoạn II ($p = 0,006$).

Giai đoạn I tăng từ 0% lên 56,3%, giai đoạn II giảm từ 78,1% xuống 37,5%, giai đoạn III giảm từ 18,8% xuống 6,3% và giai đoạn IV giảm từ 3,1% xuống 0% ($p = 0,002$).

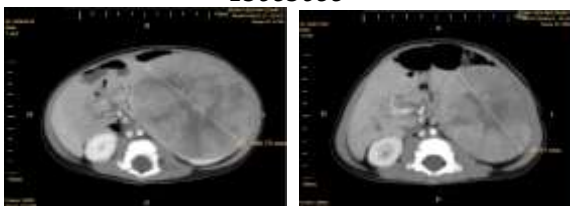
Mức độ đáp ứng hóa trị trước phẫu thuật của bướu: Tỷ lệ đáp ứng chung là 89,1%, bệnh ổn định hoặc tiến triển là 10,9% (Hình 1).



Trước hóa trị

Sau hóa trị

A. Bướu nguyên bào thận trái đáp ứng với hóa trị tốt "Nguồn: Dương Ngọc Bảo T., nữ, 3t, SHS 15085688"



Trước hóa trị

Sau hóa trị

B. Bướu nguyên bào thận trái đáp ứng với hóa trị kém "Nguồn: Nguyễn Thanh P., nam, 1t, SHS 14032174"

Hình 1. Đáp ứng hóa trị của bướu nguyên bào thận

Kết quả theo mô bệnh học của bướu sau hóa trị: Đa số ở nhóm nguy cơ trung bình chiếm 75%. Nhóm nguy cơ thấp chiếm 10,9% và nhóm nguy cơ cao chiếm 14,1%.

Kết quả điều trị. Có 10 biến chứng phẫu thuật xảy ra ở 4/64 trường hợp: 6,3% trường hợp có ít nhất một biến chứng. Các biến chứng được ghi nhận là chảy máu (3,1%), tổn thương tĩnh mạch chủ dưới (3,1%), rách cơ hoành trái do bướu dính sát vào vòm hoành (1,6%), bướu vỡ trong khi phẫu thuật (1,6%).

Các độc tính của hóa trị trước và sau phẫu thuật ở các bệnh nhi trong nhóm nghiên cứu thường gặp là viêm da (39,1%), loét miệng (35,9%), giảm bạch cầu hạt (26,6%), sốt không do nhiễm trùng (20,3%)... Tất cả độc tính này đều hồi phục sau điều trị hỗ trợ. Trong quá trình hóa trị sau phẫu thuật, có 1 trường hợp biến chứng tử vong (1,6%) do giảm bạch cầu hạt

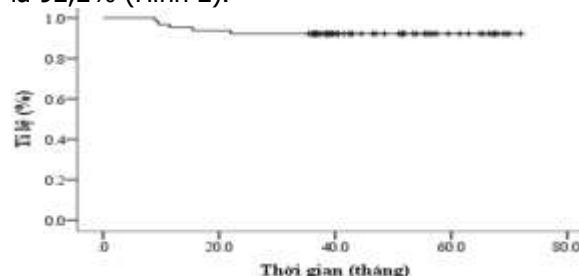
nặng và suy chức năng gan, thận nặng. Trường hợp này kém đáp ứng hóa trị trước phẫu thuật, thể tích tăng gấp 2 lần sau hóa trị và thuộc nhóm nguy cơ cao.

Trong quá trình hóa trị sau phẫu thuật, có 9 trường hợp (14,1%) ở giai đoạn III có nguy cơ trung bình và cao được xạ trị tăng cường cho hóa trị. Các độc tính của xạ trị ở các bệnh nhi này thường gặp là viêm loét da tại chỗ xạ trị. Tất cả độc tính này đều hồi phục sau điều trị hỗ trợ và không có trường hợp nào bị biến chứng nặng do xạ trị.

Có 4 trường hợp tái phát tại chỗ. Thời gian từ sau phẫu thuật đến khi tái phát trung bình là 11,8 tháng, ngắn nhất là 4 tháng và dài nhất là 22 tháng. Các trường hợp này đều được điều trị theo phác đồ tái phát, 3 trường hợp tử vong do không đáp ứng và 1 trường hợp còn sống đến khi kết thúc nghiên cứu.

Có 4 trường hợp tử vong. Thời gian từ sau phẫu thuật đến khi tử vong trung bình là 11,4 tháng, ngắn nhất là 9 tháng và dài nhất là 15,5 tháng.

Trong 64 trường hợp bướu nguyên bào thận được hóa trị tân bổ trợ và phẫu thuật cắt thận mang bướu sau hóa trị, với thời gian theo dõi trung bình là $46,9 \pm 14,6$ tháng, có 5 trường hợp xảy ra biến cố tái phát hoặc tử vong. Biểu đồ Kaplan - Meier cho thấy tại thời điểm 4 năm, tỷ lệ còn sống không biến cố trong nhóm nghiên cứu là 92,2% (Hình 2).



Hình 2. Tỷ lệ sống còn không biến cố theo thời gian

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của hóa trị tân bổ trợ. Hóa trị trước phẫu thuật đã tác động làm bướu nguyên bào thận bị hoại tử và co nhỏ lại. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ bướu hoại tử sau hóa trị là 10,9%, tương tự của tác giả Vujanovic là 10%⁹.

Các trường hợp bướu nguyên bào thận vỡ, có đáp ứng với điều trị bảo tồn, vẫn đáp ứng tốt với hóa trị trước phẫu thuật. Chúng tôi có tỷ lệ vỡ bướu sau và trong phúc mạc đáp ứng với điều trị bảo tồn trước hóa trị là 9,4%, sau hóa trị giảm còn 1,6% xuất huyết trong bướu và 1,6% vỡ

bướu sau phúc mạc. Brisse và cộng sự cho thấy sau hóa trị có 54,2% trường hợp giai đoạn III do vỡ bướu giảm xuống giai đoạn I, II¹⁰.

Hóa trị trước phẫu thuật đã tác động làm giảm mô bướu xâm lấn trong lòng tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chủ dưới. Tỷ lệ xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới của chúng tôi giảm từ 4,7% xuống 1,6% sau hóa trị. Lall và cộng sự cũng cho thấy có 80% trường hợp mô bướu xâm lấn trong lòng tĩnh mạch và tâm nhĩ bị co nhỏ lại hay biến mất sau khi hóa trị ban đầu.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ di căn hạch rốn thận giảm từ 20,3% xuống 4,7% sau hóa trị. Nghiên cứu của Ng YY và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ này sau hóa trị giảm từ 44% xuống 11%. Điều này cho thấy các hạch rốn thận di căn đáp ứng tốt với hóa trị trước phẫu thuật.

Tổn thương di căn trong 3 trường hợp có di căn ở phổi, gan và phúc mạc đều biến mất sau hóa trị. Theo tác giả Dix, đa số trường hợp tổn thương di căn sẽ biến mất sau hóa trị và không cần thiết phải phẫu thuật cắt các tổn thương di căn này.

Sự giảm giai đoạn bướu: Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ giai đoạn I tăng từ 0% lên 56,3%, giai đoạn II giảm từ 78,1% xuống 37,5%, giai đoạn III giảm từ 18,8% xuống 6,2% và giai đoạn IV giảm từ 3,1% xuống 0%, tương tự với các nghiên cứu tiến hành hóa trị trước phẫu thuật đã được công bố. Như vậy hóa trị tân bổ trợ đã làm giảm giai đoạn bướu rõ rệt, tăng tỷ lệ giai đoạn I là giai đoạn có tiên lượng tốt và giảm tỷ lệ các giai đoạn III và IV là các giai đoạn có tiên lượng xấu đòi hỏi phải điều trị tăng cường Doxorubicin và xạ trị sau phẫu thuật. Từ đó, giảm được tỷ lệ bệnh nhi cần được sử dụng Doxorubicin và xạ trị sau phẫu thuật^{2,9}.

Sự giảm thể tích bướu: Theo Graf và cộng sự, thể tích bướu lúc chẩn đoán là 439 cm³ giảm xuống còn 163 cm³ sau hóa trị trước phẫu thuật. Nghiên cứu của Trần Đức Hậu cho thấy thể tích bướu sau hóa trị giảm so với trước hóa trị⁵ (166,8 cm³ so với 318,8 cm³). Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả phù hợp với các nghiên cứu trên, thể tích bướu trung bình trước hóa trị là 487,9 cm³ giảm xuống sau hóa trị trước phẫu thuật là 206,8 cm³. Như vậy hóa trị tân bổ trợ đã tác động làm co lại thể tích bướu.

Mức độ đáp ứng hóa trị của bướu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng chung với hóa trị là 89,1%, trong đó có 25% trường hợp đáp ứng hoàn toàn và 64,1% trường hợp đáp ứng một phần; 10,9% trường hợp kém đáp ứng với hóa trị, trong đó 7,8% trường hợp không thay đổi kích thước nhưng không phát

triển thêm và 3,1% trường hợp tăng kích thước so với ban đầu. Các nghiên cứu tiến hành hóa trị trước phẫu thuật cũng cho thấy đa số đáp ứng tốt, chỉ khoảng 10% đáp ứng kém và tăng thể tích so với trước hóa trị. Điều này chứng tỏ hóa trị tân bổ trợ có hiệu quả tác động lên đa số bướu nguyên bào thận, làm cho bướu hoại tử và co lại⁹.

Kết quả điều trị

Các biến chứng của phẫu thuật: Biến chứng vỡ bướu trong lúc mổ được xem là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tái phát và tăng giai đoạn bướu lên giai đoạn III, đồng nghĩa với việc cần phải điều trị tăng cường Doxorubicin và xạ trị sau phẫu thuật. Tỷ lệ vỡ bướu trong lúc mổ của chúng tôi tương đương các nhóm có hóa trị trước phẫu thuật (1,6% so với 0 - 2,6%) và thấp hơn nhiều với các nhóm phẫu thuật ngay sau chẩn đoán (1,6% so với 13,3 - 15,3%)^{3,6}. Như vậy hóa trị tân bổ trợ giúp phẫu thuật cắt thận mang bướu an toàn hơn.

Các độc tính của hóa trị và xạ trị: Các độc tính do hóa trị và xạ trị trong kết quả của chúng tôi đa số ở mức độ nhẹ và đều hồi phục sau điều trị hỗ trợ, tương tự kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Điều này cho thấy hiệu quả của hóa trị ban đầu làm giảm tỷ lệ bệnh nhi cần phải điều trị tăng cường sau phẫu thuật với các thuốc hóa trị mới, kéo dài và kết hợp xạ trị. Tuy nhiên, trong quá trình hóa trị sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp biến chứng tử vong tương tự báo cáo của các tác giả Tournade, Trần Đức Hậu⁵.

Tỷ lệ tái phát và tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm kết thúc nghiên cứu là 6,7%, tương đương với các nghiên cứu tiến hành hóa trị trước phẫu thuật khác (6 - 8%)³.

Tỷ lệ sống còn theo thời gian của các nghiên cứu tiến hành hóa trị trước phẫu thuật được báo cáo rất tốt trong đa số nghiên cứu gần đây ở Châu Âu với tỷ lệ bệnh nhi sống còn khoảng 90%. Tỷ lệ bệnh nhi mắc bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV sống còn không biến cố ở thời điểm 4 năm trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,2%. Kết quả này tương đối tương đồng với nhiều tác giả ở Châu Âu, đặc biệt là kết quả điều trị bướu giai đoạn II - III trong nghiên cứu của tác giả Graf có tỷ lệ sống còn không biến bệnh ở thời điểm 5 năm là 90% và của tác giả Pritchard-Jones có tỷ lệ sống còn không biến cố ở thời điểm 2 năm là 92,6%⁶. Khi so sánh với các nghiên cứu ở các nước đang phát triển cũng như các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi tốt hơn⁵.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị tân bổ trợ làm giảm thể tích bướu, xâm lấn tại chỗ và di căn xa của bướu nguyên bào thận giai đoạn II - IV, nhờ đó phẫu thuật cắt thận mang bướu sau hóa trị sẽ an toàn hơn, giảm tỉ lệ vỡ bướu lúc mổ, giảm nguy cơ lan tràn tế bào bướu và tái phát bướu, tăng tỉ lệ sống còn của bệnh nhi mắc bướu nguyên bào thận trong chiến lược điều trị hóa - phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chiou SS (2014). Malignant renal tumors in childhood. *Pediatr Neonatol.* 2014;55(3):159-160.
2. Weirich A, Ludwig R, Graf N, et al. (2004). Survival in nephroblastoma treated according to the trial and study SIOP-9/GPOH with respect to relapse and morbidity. *Ann Oncol.* 2004;15(5): 808-820.
3. Powis M, Messahel B, Hobson R, et al (2013). Surgical complications after immediate nephrectomy versus preoperative chemotherapy in non-metastatic Wilms' tumour: findings from the 1991-2001 United Kingdom Children's Cancer Study Group UKW3 Trial. *J Pediatr Surg.* 2013;48(11):2181-2186.
4. Đặng Hữu Chiên (2018). Đánh giá giai đoạn và nhóm nguy cơ theo SIOP 2001 liên quan thời gian sống còn toàn bộ trong điều trị u Wilms ở trẻ em,

Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

5. Trần Đức Hậu (2013). U nguyên bào thận điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung Ương theo phác đồ SIOP 2001. *Tạp chí Nhi khoa.* 2013;6(1):54-59.
6. Pritchard-Jones K, Bergeron C, de Camargo B, et al. (2015). Omission of doxorubicin from the treatment of stage II-III, intermediate-risk Wilms' tumour (SIOP WT 2001): an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet.* 2015;386(9999):1156-1164.
7. SIOP (2010). Nephroblastoma clinical trial and study - SIOP WT 2001. UK Version 5.
8. Kang H, Lee HY, Lee K, et al (2012). Imaging-Based Tumor Treatment Response Evaluation: Review of Conventional, New, and Emerging Concepts. *Korean journal of radiology: official journal of the Korean Radiological Society.* 2012;13:371-390.
9. Vujanic GM, D'Hooghe E, Popov SD, et al (2019). The effect of preoperative chemotherapy on histological subtyping and staging of Wilms tumors: The United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG) Wilms tumor trial 3 (UKW3) experience. *Pediatr Blood Cancer.* 2019;66(3):e27549.
10. Brisse HJ, Schleiermacher G, Sarnacki S, et al (2008). Preoperative Wilms tumor rupture: a retrospective study of 57 patients. *Cancer.* 2008;113(1):202-213.

BIẾN CHỨNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM MÙA TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Hồ Thị Lan¹, Trần Thái Phong¹, Phạm Thị Kiều Lê¹, Nguyễn Thị Mai Hoàn²,
Đặng Thị Hồng Khánh², Trương Mạnh Tú³, Ngô Anh Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả biến chứng và kết quả điều trị ở bệnh nhi mắc cúm tại khoa Bệnh nhiệt đới tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 210 bệnh nhi mắc cúm từ 9/2023 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Biến chứng thường gặp nhất là viêm phế quản phổi (47,6%) gặp nhiều hơn ở trẻ sinh non (75%) so với trẻ đủ tháng ($p < 0,05$). Hầu hết bệnh nhân có sử dụng kháng sinh. Thời gian nằm viện trung bình là $4,9 \pm 2,2$ ngày; ngắn hơn ở nhóm dùng thuốc kháng virus sớm (< 48 giờ). Thời gian sốt cũng ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm dùng thuốc kháng virus sớm ($1,8 \pm 1,3$ ngày so với $2,5 \pm 1,8$

ngày; $p < 0,05$). **Kết luận:** Viêm phế quản phổi là biến chứng phổ biến, đặc biệt ở trẻ sinh non. Sử dụng thuốc kháng virus sớm giúp rút ngắn thời gian sốt. Không có trường hợp tử vong hoặc chuyển viện.

Từ khóa: Biến chứng, kết quả điều trị, cúm mùa, Bệnh viện Sản nhi Nghệ An

SUMMARY

COMPLICATIONS AND TREATMENT OUTCOMES OF SEASONAL FLU AT THE TROPICAL DISEASES DEPARTMENT AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objective: Describe complications and treatment outcomes in children with influenza at the Tropical Diseases Department at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 210 pediatric patients with influenza from September 2023 to September 2024. **Results:** The most common complication was bronchopneumonia (47.6%), which was more common in premature infants (75%) than in full-term infants ($p < 0.05$). Most patients used antibiotics. The mean length of hospital stay was 4.9 ± 2.2 days; shorter in the group receiving early

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025