

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẬN 2 BÊN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO 2 TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Minh Tiến³

TÓM TẮT

Tổng quan: U thận 2 bên chỉ chiếm khoảng 5% nhưng tiên lượng không tốt do phẫu thuật thường khó khăn. Chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh nhi mắc u thận 2 bên được điều trị phẫu thuật với thời gian theo dõi trên 36 tháng. **Báo cáo ca bệnh:** Ca 1: Bn Trần Tâm A, nữ, 8 tháng, u thận 2 bên, u lớn thận trái và u nhỏ thận phải. Bn được mổ cắt thận trái sau điều trị hóa chất 1 tuần do u không giảm kích thước, trẻ khó thở. Điều trị hóa trị và xạ trị sau phẫu thuật lần 1 theo phác đồ SIOP. Mổ lần 2 cắt bán phần thận phải (phần chứa u). Tiếp tục hóa trị. Kết thúc điều trị 48 tháng, không tái phát, chức năng thận ổn định. Ca 2: Bn Lê An Ph, nam, 12 tháng, u thận 2 bên, hóa trị theo SIOP trước phẫu thuật. Bệnh nhân được mổ lần 1 cắt thận phải và cắt cực dưới thận trái (phần chứa u). Tiếp tục hóa trị và xạ trị. Mổ lần 2 cắt u tồn dư tại diện cắt thận trái sau phẫu thuật lần đầu 4 tháng. Kết thúc điều trị 36 tháng, không tái phát u, chức năng thận ổn định. **Bàn luận:** U nguyên bào thận hay gặp ở trẻ em từ 2-5 tuổi. Đa phần u nguyên bào thận phát triển ở một bên thận. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các thăm dò hình ảnh như chụp cắt lớp đa dãy, chụp cộng hưởng từ. Phác đồ điều trị theo SIOP là sự kết hợp giữa hóa trị tiền phẫu, phẫu thuật, hóa trị sau phẫu thuật, hoặc xạ trị nếu bệnh ở giai đoạn 3. Tỷ lệ sống sau điều trị là trên 80%. **Kết luận:** Phẫu thuật u thận 2 bên cần thận trọng để cắt được khối u và bảo tồn tối đa chức năng thận. **Từ khóa:** U nguyên bào thận 2 bên, điều trị phẫu thuật, bảo tồn thận

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF BILATERAL WILMS TUMOR IN CHILDREN: TWO CASE REPORTS AND A LITERATURE REVIEW

Overview: Wilms tumor (nephroblastoma) is one of the most common solid tumors in children. The survival rate after treatment for unilateral kidney tumors is over 80%, following the principle of combining chemotherapy with complete removal of the affected kidney. We report two pediatric cases of bilateral Wilms tumor treated surgically with follow-up periods of over 36 months. **Case Reports:** Case 1: Patient Trần Tâm A, female, 8 months old, had bilateral kidney tumors—a large tumor on the left kidney and a small one on the right. The patient underwent left nephrectomy after one week of

chemotherapy due to lack of tumor shrinkage and breathing difficulty. Postoperative treatment included chemotherapy and radiotherapy according to the SIOP protocol. A second surgery was performed to remove part of the right kidney containing the tumor. Chemotherapy was continued. After 48 months of treatment, there was no recurrence, and kidney function remained stable. Case 2: Patient Lê An Ph, male, 12 months old, had bilateral kidney tumors and received preoperative chemotherapy per the SIOP protocol. The first surgery involved removal of the right kidney and the lower pole of the left kidney (tumor-containing part). Chemotherapy and radiotherapy were continued. A second surgery was performed 4 months later to remove residual tumor at the previous resection site of the left kidney. After 36 months of treatment, there was no tumor recurrence, and kidney function remained stable. **Discussion:** Wilms tumor is most commonly seen in children aged 2–5 years. Bilateral involvement is rare, accounting for only 4–8% of cases. Diagnosis mainly relies on imaging modalities such as multi-slice CT or MRI. The SIOP treatment protocol involves a combination of preoperative chemotherapy, surgery, postoperative chemotherapy, and radiotherapy in stage 3 cases. The survival rate after treatment is over 80%. **Conclusion:** Surgery for bilateral kidney tumors requires careful planning to remove the tumor while preserving as much kidney function as possible.

Keywords: Bilateral Wilms tumor, surgical treatment, nephron sparing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận hay u Wilms là một khối u ác tính của thận, chiếm khoảng 80-90% các trường hợp u thận ác tính ở trẻ em^{1,2}. Bệnh rất hiếm gặp ở người trưởng thành. Bệnh không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, phát hiện thường tình cờ do gia đình tự sờ thấy khối u vùng bụng, hoặc qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh mà thường gặp là siêu âm. Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng có thuốc cản quang là một phương tiện rất có giá trị trong chẩn đoán u nguyên bào thận. Điều trị u nguyên bào thận là sự phối hợp của hóa trị, xạ trị và phẫu thuật theo phác đồ SIOP (Hiệp hội ung thư nhi khoa thế giới). Việc cắt bỏ toàn bộ thận với u thận 1 bên cho kết quả tốt tới trên 80%. Đối với u thận 2 bên, điều trị phẫu thuật thường khó khăn vì cần hài hòa yêu cầu cắt bỏ hoàn toàn khối u và bảo tồn tối đa nhu mô thận. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp u nguyên bào thận 2 bên được điều trị hóa chất trước mổ theo phác đồ SIOP. Cả 2 trường hợp này đều tiến hành phẫu thuật và hiện đều cho kết quả tốt với thời gian theo dõi trên 36 tháng.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

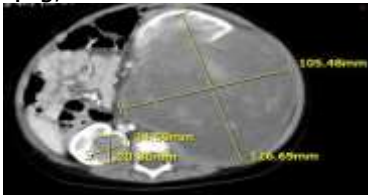
Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

II. BÁO CÁO CA BỆNH

❖ **Ca bệnh thứ nhất.** Bệnh nhân nữ Lê Trần Tâm A, 8 tháng tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không phát hiện bất thường trong quá trình mang thai, nhập viện sau khi được gia đình phát hiện bụng to dần lên gây khó thở và mẹ tự sờ thấy khối vùng bụng. Thăm khám lâm sàng phát hiện khối lớn vùng bụng – lưng trái, không di động. Về mặt xét nghiệm, bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu nhẹ (Hb 96g/l), kèm nhiễm khuẩn tiết niệu (BC +++), Lactate dehydrogenase (LDH) tăng cao (961U/l), xét nghiệm đánh giá chức năng thận trong giới hạn bình thường.

Kết quả siêu âm bụng cho thấy khối u lớn sau phúc mạc trái ~ 130*90mm, (thận phải không phát hiện bất thường trên siêu âm vào thời điểm nhập viện). Chụp CT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang phát hiện u thận 2 bên (bên trái: u lớn thận trái phát triển lồi ra ngoài, chưa có dấu hiệu vỡ u, kích thước 116*105mm – bên phải: u thận phải 20*25mm). Ngoài ra không phát hiện di căn xa trên các phim chụp CT ngực, siêu âm bụng, siêu âm tim..



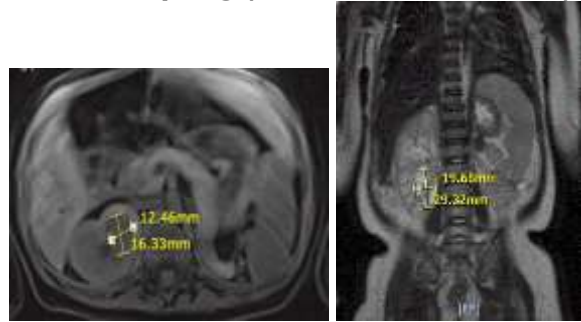
Hình 1: Hình ảnh u lớn thận trái + u thận phải (Bệnh nhân Lê Trần Tâm A)

Bệnh nhân được chẩn đoán u thận 2 bên và đã được điều trị theo phác đồ SIOP (hóa trị trước phẫu thuật). Tuy nhiên khi điều trị hóa chất được 1 tuần trẻ xuất hiện khó thở tăng lên, hay nôn trớ sau ăn. Siêu âm kiểm tra thấy kích thước khối u tăng lên, do vậy chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn thận – niệu quản trái. Kết quả giải phẫu bệnh u nguyên bào thận type hỗn hợp, giai đoạn 3, nguy cơ trung bình, không có sự hiện diện của u trên niệu quản. Sau phẫu thuật bệnh nhân tiếp tục được điều trị hóa chất kèm xạ trị theo phác đồ. Khối u thận phải và tình trạng di căn xa được chúng tôi kiểm tra và đánh giá định kỳ qua các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.



Hình 2: Khối u cực dưới thận phải/Thận

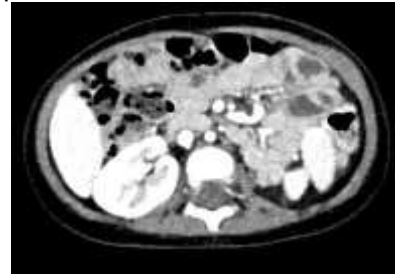
trái đã cắt trên phim chụp CT ổ bụng có thuốc cản quang (Bệnh nhân Lê Trần Tâm A)



Hình 3: Khối u thận phải trên phim chụp MRI (Bệnh nhân Lê Trần Tâm A)

Sau 8 đợt truyền hóa chất và xạ trị theo phác đồ, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u, bảo tồn thận phải. Sau mổ lần 2 bệnh nhân không có dấu hiệu suy thận, không có biến chứng của phẫu thuật Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ cho đến khi kết thúc điều trị.

Bệnh nhân được khám định kỳ theo dõi bằng siêu âm ổ bụng. Kết quả khám lại sau khi kết thúc điều trị 48 tháng cho thấy thận phải bình thường, bệnh nhân không có các dấu hiệu tái phát tại chỗ hay di căn xa. Trẻ phát triển bình thường, không có dấu hiệu suy thận, không tăng huyết áp.

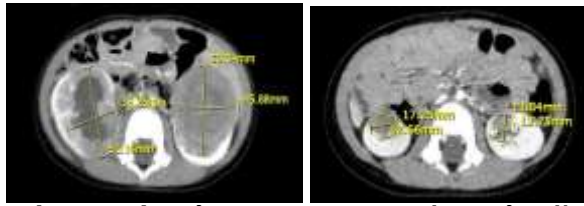


Hình 4: CT ổ bụng sau cắt thận – niệu quản trái và cắt bán phần thận phải

(Bệnh nhân Lê Trần Tâm A)

❖ **Ca bệnh thứ 2.** Bệnh nhân nam Nguyễn An P, 12 tháng, đi khám vì ỉn tình hoàn 2 bên, được phát hiện u thận 2 bên tình cờ qua siêu âm ổ bụng. Chụp CT ổ bụng có hình ảnh u thận 2 bên (bên phải: thận kt~4cm kèm giãn đài bể thận- niệu quản – bên trái: U cực dưới thận kt~5cm), ngoài ra cũng ghi nhận tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu (HC 2+), thiếu máu mức độ nhẹ (Hb 99g/l), chưa phát hiện di căn xa trên các phim chụp khác.

Áp dụng phác đồ SIOP, BN đã được điều trị 13 đợt hóa chất trước phẫu thuật trong 4 tháng, kết quả thể tích khối u 2 bên giảm so với ban đầu (bên phải giảm 25%; bên trái 50%)



Hình 6: Hình ảnh u 1/3 giữa thận phải xâm lấn bể thận – u cực dưới thận trái

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt toàn bộ thận phải và cắt u bảo tồn thận trái. Kết quả giải phẫu bệnh thu được U nguyên bào thận 2 bên, type mô đệm, nguy cơ trung bình (thận phải giai đoạn 2, thận trái giai đoạn 3), do vậy bệnh nhân tiếp tục được điều trị hóa chất và xạ trị.

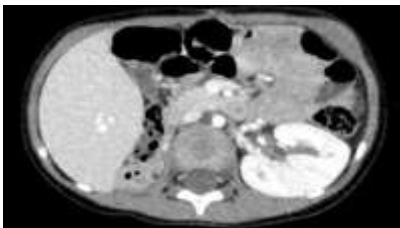
Sau 3 tháng chúng tôi tiến hành cuộc phẫu thuật thứ 2 do nghi ngờ mảnh u tồn dư thận trái sau khi phát hiện khối nang dịch cực dưới thận trái qua các lần siêu âm định kỳ. Sau phẫu thuật bệnh nhân được tiếp tục điều trị thêm 9 đợt hóa chất cho đến khi kết thúc điều trị với kết quả giải phẫu bệnh U nguyên bào thận, giai đoạn 1, nguy cơ thấp.



Hình 7: Khối u cực dưới thận trái xâm lấn tổ chức xung quanh nghi u tái phát

Sau phẫu thuật BN được tiếp tục điều trị thêm 9 đợt hóa chất cho đến khi kết thúc điều trị với kết quả giải phẫu bệnh U nguyên bào thận, giai đoạn 1, nguy cơ thấp.

Bệnh nhân được tái khám định kỳ. Sau khi kết thúc điều trị 36 tháng trẻ không có dấu hiệu tái phát tại chỗ và di căn xa. Trẻ phát triển bình thường.



Hình 8: Phim chụp CT-Scanner ổ bụng trước khi kết thúc điều trị

III. BÀN LUẬN

U Wilms (WT) đa phần u thận 1 bên. Khoảng 5% là u thận 2 bên (1, 2). Khối u thường tiến triển âm thầm, bệnh được phát hiện tình cờ. Tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán là giải phẫu

bệnh xác định giai đoạn bệnh. Giai đoạn 3 cần phối hợp xạ trị cùng với hóa trị và điều trị phẫu thuật. Đây là loại u trẻ em có thời gian sống sau điều trị trên 80%³⁻⁵. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Nhi khoa Quốc tế SIOP, việc điều trị hóa chất trước mổ cho phép giảm thể tích khối u, tạo một lớp vỏ xơ ở ranh giới khối u với nhu mô thận lành, làm hạn chế nguy cơ vỡ u trong mổ. Với những trường hợp u thận 1 bên, việc điều trị hóa chất trước mổ, cắt triệt để bên có u (cắt thận toàn bộ), kèm theo lấy mẫu hạch cho phép cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sau điều trị^{6,7}.

Thực tế, không có một quy trình tiêu chuẩn cho việc điều trị u thận 2 bên⁵⁻⁸. Việc điều trị hóa chất nhằm làm giảm thể tích khối u và làm tạo nên một lớp giả vỏ ở khối u cho phép bảo tồn tối đa nhu mô thận. Thường sau điều trị hóa chất 6 tuần hoặc tới khi khối u giảm thể tích và cho phép cắt u bảo tồn tối đa nhu mô thận. Thời gian điều trị hóa chất tối đa là 14 tuần. Việc cắt u và bảo tồn nhu mô thận có thể được thực hiện ở cả 2 bên thận hoặc cắt thận ở bên khối u to và cắt u bảo tồn nhu mô thận ở bên thận có khối u nhỏ hơn^{2,9,10}.

Với bệnh nhân Trần Tâm A, do khối u thận trái lớn, tình trạng bệnh nhân không thực sự tốt trước phẫu thuật (do trẻ bị viêm phổi) nên chúng tôi chỉ tiến hành cắt thận trái, không can thiệp thận phải. Sau phác đồ hóa trị và xạ trị, chúng tôi tiến hành cắt bán phần thận phải. Với ca BN Nguyễn An P, do khối u ở 2 bên thận đáp ứng với hóa chất và thu nhỏ, toàn trạng bệnh nhân tốt nên chúng tôi tiến hành phẫu thuật đồng thời 2 thận: cắt thận phải (vì u nằm ở vùng rốn thận, xâm lấn vào bể thận), cắt u ở cực dưới thận trái. Tồn dư u được phẫu thuật cắt lại sau hóa trị và xạ trị. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không kẹp cuống thận, hạn chế thiếu máu nhu mô thận lành. Sau mổ cả 2 bệnh nhân đều có chức năng thận bình thường.

Các nghiên cứu cho thấy việc cắt u và bảo tồn nhu mô thận có nguy cơ tái phát tại chỗ thấp. Chính vì vậy, rất nhiều tác giả đã coi đây là lựa chọn tốt với các trường hợp u thận 2 bên¹⁰. Trong quá trình phẫu thuật cắt u bảo tồn nhu mô thận, các chuyên gia khuyến cáo nên hạn chế tối đa thời gian thiếu máu của thận vì điều này có thể làm tổn thương nhu mô thận còn lại và gây nên những biến chứng sau mổ như suy thận, cao huyết áp. Có thể tồn tại diện phẫu thuật dương tính về mặt vi thể^{2,4}. Tuy nhiên, lợi ích của việc bảo tồn nhu mô thận trong những trường hợp u thận 2 bên sẽ được ưu tiên hơn và nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ sống và tỉ lệ tái phát tại chỗ đều tốt. Việc tiến hành phẫu thuật ở

cả 2 bên thận giúp làm giảm sự kháng thuốc ở bệnh nhân và giảm những tai biến liên quan đến phẫu thuật nhiều lần⁷. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc cắt u bảo tồn nhu mô thận không ảnh hưởng kết quả điều trị và tỷ lệ sống. Davidoff đã chỉ ra rằng tỷ lệ sống là 83% với tỷ lệ tái phát bệnh tại chỗ thấp sau thời gian theo dõi trung bình là 3,9 năm.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật U nguyên bào thận 2 bên ở trẻ em với nguyên tắc điều trị là sự hài hòa giữa việc cắt bỏ hoàn toàn khối u và bảo tồn tối đa chức năng 2 thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim JK, Hansen A, Peard L, Newsome M, Saltzman AF. Bilateral Wilms Tumor in CLOVES Syndrome. *Urology*. 2023;177:178-80.
2. Murphy AJ, Davidoff AM. Nephron-sparing surgery for Wilms tumor. *Front Pediatr*. 2023;11:1122390.
3. Yao W, Weng S, Li K, Shen J, Dong R, Dong K. Bilateral Wilms tumor: 10-year experience from a single center in China. *Transl Cancer Res*. 2024;13(2):879-87.
4. Fang Y, Li Z, Song H, Sun N, Zhang W. Treatment of bilateral Wilms' tumor in children: how to improve the application of nephron-sparing surgery. *Pediatr Surg Int*. 2023;39(1): 145.
5. Chen SY, Lee WGH, Laifman E, Mack SJ, Zhou S, Kim ES. A Single Center Experience With Bilateral Wilms Tumor. *Am Surg*. 2023;89(10):4101-4.
6. Hamilton TE, Green DM, Perlman EJ, Argani P, Grundy P, Ritchey ML, et al. Bilateral Wilms' tumor with anaplasia: lessons from the National Wilms' Tumor Study. *J Pediatr Surg*. 2006;41(10):1641-4.
7. Ehrlich P, Chi YY, Chintagumpala MM, Hoffer FA, Perlman EJ, Kalapurakal JA, et al. Results of the First Prospective Multi-institutional Treatment Study in Children With Bilateral Wilms Tumor (AREN0534): A Report From the Children's Oncology Group. *Ann Surg*. 2017;266(3):470-8.
8. Qari W, Alzahrani A, Alzahrani M, Saleh Y, Almasabi A, Bawazir O. Bilateral Wilms' Tumor With Different Responses to Preoperative Chemotherapy. *Cureus*. 2022;14(10):e30593.
9. Kumar R, Fitzgerald R, Breatnach F. Conservative surgical management of bilateral Wilms tumor: results of the United Kingdom Children's Cancer Study Group. *J Urol*. 1998;160(4):1450-3.
10. Souza FKM, Fanelli MCA, Duarte AAB, Alves MTS, Lederman HM, Cypriano MDS, et al. Surgery in Bilateral Wilms Tumor-A Single-Center Experience. *Children (Basel)*. 2023;10(11).

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY BỆNH PHÂN LẬP ĐƯỢC TRONG KHÔNG KHÍ TẠI CÁC KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CỦA BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2025

Nguyễn Vũ Hoàng Yến¹, Huỳnh Hoàng Hải¹, Nguyễn Thị Hằng Nga¹,
Nguyễn Thanh Tuyền¹, Lê Thị Yến Nhi¹, Đàm Thúy Vy², Huỳnh Minh Tuấn^{1,3}

TÓM TẮT

Mở đầu: Chất lượng không khí (KK) không đạt tiêu chuẩn trong cơ sở y tế, đặc biệt là sự hiện diện của các tác nhân gây bệnh, được chứng minh có liên quan trực tiếp đến sự gia tăng tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. **Mục tiêu:** Khảo sát tính đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được trong môi trường KK tại các khoa Hồi sức tích cực (HSTC) của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. **Đối tượng và Phương pháp:** Các mẫu KK được thu nhận bằng máy trong 05 đợt, định kỳ hàng tuần tại 03 khoa HSTC. Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Trong 150 mẫu không khí được thu thập có 76

chủng vi khuẩn được phân lập và định danh. Vi khuẩn Gram dương chiếm ưu thế (77,6%); trong đó *Staphylococcus epidermidis* phổ biến nhất (43,4%). Các tác nhân gây bệnh bao gồm: *Acinetobacter baumannii* (9,2%); nhóm vi khuẩn đường ruột (7,8%); *Staphylococcus aureus* (7,9%). Tỷ lệ vi khuẩn đa kháng phân lập được trung bình 79%. Tỷ lệ CRAB (Carbapenem Resistant *Acinetobacter baumannii*) trung bình là 71,4%. Nhóm vi khuẩn đường ruột (Enterobacteriaceae) có tỷ lệ kháng với carbapenem và cephalosporin thế hệ 3 là 100%. Tỷ lệ MRSA (Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus*) trung bình là 67,0%. **Từ khóa:** kháng kháng sinh, vi khuẩn đa kháng, chất lượng KK

SUMMARY

ANTIMICROBIAL RESISTANCE CHARACTERISTICS OF AIRBORNE PATHOGENIC BACTERIA ISOLATED FROM INTENSIVE CARE UNITS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY IN 2025

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

²Đại học Khoa học tự nhiên, Đại học Quốc gia TPHCM

³Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: TS. Huỳnh Minh Tuấn

Email: huynh.tuan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025