

dao động đường huyết cao và nguy cơ biến chứng tiềm ẩn. Hơn nữa, do thời gian phản ánh ngắn (1-2 tuần), nó là một chỉ số nhạy để theo dõi đáp ứng điều trị sớm [1]. Nhiều nghiên cứu, bao gồm cả các nghiên cứu tại Việt Nam, cho thấy 1,5-AG thay đổi đáng kể chỉ sau 1-2 tuần can thiệp, trong khi HbA1c gần như không đổi, cho phép bác sĩ điều chỉnh phác đồ kịp thời hơn.

Công trình này có ưu điểm là một tổng quan hệ thống tuân thủ nghiêm ngặt quy trình PRISMA, với chiến lược tìm kiếm toàn diện trên ba cơ sở dữ liệu y khoa lớn và có đưa vào các dữ liệu nghiên cứu tại Việt Nam, tăng tính ứng dụng. Tuy nhiên, một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, việc tổng hợp các nghiên cứu có thiết kế, dân số và phương pháp đo GV không đồng nhất có thể ảnh hưởng đến kết quả. Thứ hai, luôn tiềm ẩn nguy cơ thiên vị xuất bản và hạn chế về ngôn ngữ do chúng tôi chỉ chọn các bài báo tiếng Anh và tiếng Việt. Hạn chế lớn nhất và quan trọng nhất về mặt lâm sàng là việc chúng tôi bắt buộc phải loại trừ các bệnh nhân đang sử dụng thuốc ức chế SGLT2. Do nhóm thuốc này tác động trực tiếp lên cơ chế tái hấp thu 1,5-AG, làm cho xét nghiệm này mất giá trị, nên các kết luận của chúng tôi không thể áp dụng cho nhóm bệnh nhân ngày càng phổ biến này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy 1,5-AG là một công cụ bổ sung quan trọng cho HbA1c, cung cấp thông tin chi tiết về biến thiên đường huyết và tăng đường huyết sau ăn trong thời gian ngắn (1-2 tuần). Nó đặc biệt hữu ích để theo dõi đáp ứng điều trị sớm và đánh giá chất lượng kiểm soát đường huyết ở những

bệnh nhân có HbA1c gần mục tiêu nhưng vẫn có dao động lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim WJ, Park CY. 2013. 1,5-Anhydroglucitol in diabetes mellitus. *Endocrine* 43(1):33-40.
2. Migala M, Chalubinska-Fendler J, Zielinska M. 2022. 1,5-Anhydroglucitol as a Marker of Acute Hyperglycemia in Cardiovascular Events. *Rev Diabet Stud* 18(2):68-75.
3. Papachristoforou E, Lambadiari V, Maratou E, Makrilakis K. 2020. Association of Glycemic Indices (Hyperglycemia, Glucose Variability, and Hypoglycemia) with Oxidative Stress and Diabetic Complications. *J Diabetes Res* 2020:7489795.
4. Su H, Ni J, Peng D, He X, Lu W, Zhu W, Wang Y, Ma X, Lu J, Zhou J. 2025. Association of time in tight range and 1,5-anhydroglucitol in type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 27(9):4772-4781.
5. Swami V, Yadav SK, Saxena P, Sharma A, Dash CK, Gupta A. 2024. Study of Glycemic Variability in Well-controlled Type 2 Diabetic Patients Using Continuous Glucose Monitoring System. *J Assoc Physicians India* 72(1):18-21.
6. Tanaka K, Sakasai-Sakai A, Motomiya Y, Yoneda T, Takeuchi M. 2021. Serum levels of 1,5-anhydroglucitol and 1,5-anhydrofructose-derived advanced glycation end products in patients undergoing hemodialysis. *Diabetol Metab Syndr* 13(1):85.
7. Valente T, Arbex AK. 2021. Glycemic Variability, Oxidative Stress, and Impact on Complications Related to Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Diabetes Rev* 17(7):e071620183816.
8. Xu H, Chen R, Hou X, Li N, Han Y, Ji S. 2024. The clinical potential of 1,5-anhydroglucitol as biomarker in diabetes mellitus. *Front Endocrinol (Lausanne)* 15:1471577.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG U WILMS Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hồ Trần Bản¹, Trần Văn Hùng¹

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hồ Trần Bản

Email: hotranban@ump.edu.vn

Mã bài: N531

Ngày nhận bài: 15/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/3/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U Wilms là u thận ác tính phổ biến nhất ở trẻ em. Việc nhận diện sớm các đặc điểm lâm sàng và đánh giá chính xác giai đoạn bệnh qua cận lâm sàng đóng vai trò tiên quyết trong việc lập kế hoạch điều trị. Tuy nhiên, các báo cáo chi tiết về đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh nhi U Wilms tại Việt Nam theo hệ thống phân loại mới còn hạn chế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp thực hiện trên 52 bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán giải phẫu bệnh là U Wilms tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/2018 đến 12/2024. Dữ liệu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1,17:1. Độ tuổi phổ biến nhất là từ 2 – 5 tuổi (chiếm 63,4%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là khối u vùng bụng (94,2%). Tỷ lệ u xuất hiện ở thận phải và thận trái là tương đương nhau. Thể tích khối u trung bình lúc nhập viện (trước hóa trị) là 357,1 cm³. Về mặt cận lâm sàng và giải phẫu bệnh, bệnh chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn II (38,5%) và III (32,7%). Đa số bệnh nhi thuộc nhóm nguy cơ mô bệnh học trung bình (86,5%), trong đó thể hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%).

Kết luận: Bệnh nhi U Wilms thường nhập viện trong độ tuổi nhỏ hơn 6 tuổi với triệu chứng nổi bật là u bụng có kích thước lớn. Phần lớn khối u có đặc điểm mô bệnh học thuộc nhóm nguy cơ trung bình và ở giai đoạn khu trú hoặc tiến triển vùng.

Từ khóa: u Wilms; u nguyên bào thận trẻ em, giải phẫu bệnh

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PEDIATRIC WILMS TUMOR AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Introduction: Wilms tumor is the most common malignant renal tumor in children. Early recognition of clinical features and accurate subclinical staging are crucial for treatment planning. However, detailed reports on the clinical and histopathological characteristics of pediatric Wilms tumor in Vietnam remain limited.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 52 patients under 16 years old histopathologically diagnosed with Wilms tumor at Children's Hospital 2 from January 2018 to December 2024. Clinical, imaging, and histopathological data were collected and analyzed using SPSS 26.0.

Results: The male-to-female ratio was 1.17:1, with the 2–5 age group accounting for 63.4%. The most prominent clinical symptom was an abdominal mass (94.2%). Bilateral kidney involvement occurred at similar rates. The average initial tumor volume (pre-chemotherapy) was 357.1 cm³. Subclinically, most cases were staged as II (38.5%) and III (32.7%). Intermediate-risk histology accounted for 86.5% of cases, with the mixed type being the most prevalent (51.9%).

Conclusion: Pediatric Wilms tumor typically presents in preschool-aged children with a large abdominal mass. Most tumors exhibit intermediate-risk histology and are diagnosed at localized or regional advanced stages.

Keywords: Wilms tumor, clinical characteristics, paraclinical features, histopathology, pediatrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Wilms hay u nguyên bào thận là khối u ác tính ở thận, hình thành bởi sự tăng sinh không kiểm soát

của tế bào thận non, chiếm đến 95% các trường hợp u thận ở trẻ em.¹ Đây là loại ung thư trong ổ bụng phổ biến nhất nói riêng ở trẻ em và cũng là loại ung thư phổ biến đứng thứ tư nói chung.² Độ tuổi trung bình thường xuất hiện từ 2 đến 5 tuổi.³

Phác đồ SIOP-2016 là phác đồ điều trị u Wilms có nhiều ưu điểm đang được áp dụng tại châu Âu và nhiều nước khác trên thế giới.⁴ Phác đồ này ưu tiên chẩn đoán bệnh dựa trên các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cận lâm sàng điển hình để tiến hành hóa trị tân hỗ trợ mà không cần sinh thiết trước phẫu thuật, nhằm hạn chế nguy cơ gieo rắc tế bào ung thư.⁵ Vì vậy việc nhận diện chính xác các dấu hiệu lâm sàng và đánh giá bằng chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán đúng bệnh và lập kế hoạch điều trị. Sau phẫu thuật, việc phân tầng nhóm nguy cơ theo hệ thống mô bệnh học cập nhật của SIOP-2016 sẽ quyết định trực tiếp đến phác đồ hóa - xạ trị tiếp theo của bệnh nhi.⁵

Ở Việt Nam hiện nay còn hạn chế về số lượng nghiên cứu liên quan về phác đồ điều trị theo SIOP-2016. Nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Nhân (2020)⁶ tập trung vào chiến lược hóa - phẫu trị nói chung. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm trả lời cho câu hỏi: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cận lâm sàng lúc nhập viện và phân bố nhóm nguy cơ mô bệnh học của bệnh nhi u Wilms tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 có những điểm gì nổi bật? Việc thực hiện nghiên cứu sẽ cung cấp dữ liệu quan trọng, giúp các bác sĩ lâm sàng tối ưu hóa việc chẩn đoán và quản lý bệnh hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt ca bệnh

Thời gian thực hiện nghiên cứu

Từ tháng 01/2025 đến tháng 04/2025

Địa điểm thực hiện nghiên cứu

Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị u Wilms phác đồ SIOP-2016.

Dân số chọn mẫu

Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị u Wilms theo phác đồ SIOP-2016 và được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024.

Cỡ mẫu

Lấy trọn.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào:

Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán giải phẫu bệnh là u Wilms, được điều trị đầy đủ theo phác đồ SIOP-2016 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2018 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn loại ra:

Kết quả giải phẫu bệnh được chẩn đoán không phải là u Wilms.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp xử lý số liệu

Cách thức thu thập số liệu

Lập danh sách từ sổ thống kê, báo cáo các trường hợp u Wilms được chẩn đoán xác định và điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Mượn xem lại các bệnh án từ phòng lưu trữ hồ sơ, thuộc phòng kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào phần mềm SPSS 26.0 để tính toán, phân tích, lưu trữ số liệu.

Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn. Các tỉ lệ, giá trị trung bình được so sánh bằng các phép kiểm, có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Các kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ trong Word 2021.

Vấn đề y đức trong nghiên cứu

Đề tài đã trình hội đồng y đức ở trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nhi đồng 2 (Số 04/GCN-BVNĐ2)

Bảo mật và lưu trữ dữ liệu

Danh tính người tham gia sẽ được bảo mật, thông tin thu thập được từ bệnh án sẽ được lưu trữ bởi nhóm nghiên cứu và sẽ không tiết lộ dưới bất kỳ hình thức nào.

Dữ liệu sẽ được phân tích phục vụ cho mục tiêu của nghiên cứu, đảm bảo không vi phạm bảo mật danh tính cho người tham gia hoặc sử dụng cho mục đích khác.

Rủi ro và lợi ích người tham gia

Nghiên cứu này chỉ là một nghiên cứu quan sát

nên không có bất kỳ rủi ro nào trực tiếp ảnh hưởng sức khỏe của người tham gia khảo sát.

Dữ liệu thu thập được sẽ phục vụ mục tiêu nghiên cứu, không làm ảnh hưởng đến quyết định điều trị, không làm thay đổi quy trình điều trị hiện tại của bệnh viện.

III. KẾT QUẢ

Sau khi thu thập hồ sơ bệnh án từ 01/01/2018 đến 31/12/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, chúng tôi ghi nhận được 70 trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán u thận, trong số đó chỉ có 52 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn vào.

Qua phân tích số liệu thu được các kết quả sau đây:

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhi nghiên cứu**Đặc điểm dịch tễ**

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ nhóm bệnh nhi nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	28	53,8
Nữ	24	46,1
Phân bố theo nhóm tuổi		
< 2 tuổi	15	28,8
2 - 5 tuổi	33	63,4
> 5 tuổi	4	7,6
Tiền căn gia đình		
Tiền căn u Wilms	0	0
Tiền căn ung thư khác	5	9,6
Không có tiền căn	47	90,3

Nam gặp nhiều hơn nữ và tỉ lệ nam so với nữ là 1,16 : 1.

Nhóm tuổi từ 2 – 5 tuổi chiếm đa số với tỉ lệ 63,4%, tiếp theo là nhóm dưới 2 tuổi chiếm 28,8%, ít gặp ở nhóm trên 5 tuổi (7,6%).

Chưa ghi nhận trường hợp nào có tiền căn gia đình mắc u Wilms và 5 trường hợp có người thân trong gia đình bị các bệnh ung thư khác với tỉ lệ 9,6%.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhi nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Lý do nhập viện		
Bụng to	27	51,9
Đau vùng bụng	14	26,9
Tiểu khó/Tiểu máu	6	11,5
Tình cờ phát hiện	3	5,7
Nôn ói	2	3,8
Táo bón	1	1,9
Các triệu chứng lâm sàng		
U bụng	49	94,2
Đau bụng	27	51,9
Tiểu máu	10	19,2
Sốt	17	32,6
Tăng huyết áp	4	7,6
Nôn ói	2	3,8
Táo bón	1	1,9

Đa số các bệnh nhi đến khám bệnh vì bụng to (51,9%) và đau vùng bụng (26,9%).

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là khối u bụng (94,2%), đau bụng (51,9%), sốt (32,6%) và tiểu máu (19,2%). Các triệu chứng ít gặp hơn là tăng huyết áp (7,6%), nôn ói (3,8%) và táo bón (1,9%).

Nhóm điều trị

Bảng 3.5. Thể tích u trước và sau hóa trị

	Thể tích u (cm ³)			p
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất – Lớn nhất	
Trước hóa trị	357,1	260,9	56,6 – 1391,1	< 0.05
Sau hóa trị	224,3	200,4	4,3 – 849,5	

*Phép kiểm z - test

Thể tích trung bình của u sau hóa trị là 224,3 ± 200,4 cm³ giảm so với trước hóa trị là 357,1 ± 260,9 cm³. Thể tích u nhỏ nhất và lớn nhất sau hoá trị là 84,3 cm³ và 849,5 cm³, giảm nhiều so với trước hoá trị là 107,5 cm³ và 2127,4 cm³.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thể tích u trước và sau hóa trị với p < 0,05.

3.2. Giai đoạn u và nhóm nguy cơ theo mô bệnh học

Bảng 3.3. Phân nhóm bệnh nhi điều trị

Nhóm điều trị	Số trường hợp (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Hoá trị tân bổ trợ + Phẫu thuật	2	3,8
Phẫu thuật đơn thuần	4	7,7
Hoá trị tân bổ trợ + Phẫu thuật + Hóa trị bổ trợ	43	82,7
Hoá trị tân bổ trợ + Phẫu thuật + Hóa trị và xạ trị bổ trợ	3	5,8
Tổng	52	100

Đa số bệnh nhi (92,3%) được điều trị hóa trị tân bổ trợ trước phẫu thuật.

Có 4 trường hợp (7,7%) được thực hiện phẫu thuật đơn thuần.

Vị trí u

Bảng 3.4. Vị trí u trên CT-Scan

Đặc điểm	Số trường hợp (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u		
Thận phải	25	48,1
Thận trái	26	50,0
Cả hai thận	1	1,9

Tỉ lệ u Wilms ở bên thận phải và thận trái gần tương đương nhau. Có 1 trường hợp (1,9%) có u ở cả hai thận được ghi nhận.

Thể tích u

Bảng 3.5. Phân giai đoạn u sau phẫu thuật

Giai đoạn	Số trường hợp (n = 52)	Tỷ lệ (%)
I	11	21,1
II	20	38,5
III	17	32,7
IV	3	5,8
V	1	1,9
Tổng	52	100

Các trường hợp được ghi nhận nhiều nhất ở giai đoạn II (38,5%), tiếp theo là giai đoạn III (32,7%), giai đoạn I (21,1%), rất ít ở giai đoạn IV (5,8%) và giai đoạn V (1,9%).

Bảng 3.6. Phân nhóm nguy cơ là loại mô bệnh học của u sau phẫu thuật

Nguy cơ	Loại mô bệnh học	Số trường hợp (n = 52)	Tỷ lệ (%)
Thấp	Hoại tử hoàn toàn	4	7,7
Trung bình		45	86,5
	Biểu mô	4	7,7
	Mô đệm	6	11,5
	Hỗn hợp	27	51,9
	Thoái triển	8	15,4
Cao	Nguyên mô bào	3	5,8
Tổng		52	100

Loại mô bệnh học chiếm tỉ lệ cao nhất là dạng hỗn hợp (51,9%). Phần lớn các trường hợp u ở nhóm nguy cơ trung bình (86,5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhi nghiên cứu

Tuổi và giới tính

Tuổi là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán u Wilms. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi mắc bệnh chủ yếu là 2 – 5 tuổi (chiếm 63,4%), tiếp đến là nhóm dưới 2 tuổi (28,8%). Độ tuổi phân bố này hoàn toàn phù hợp với các y văn trong và ngoài nước^{7,8}, khẳng định bệnh chủ yếu khởi phát ở trẻ tiền học đường.

Về giới tính, tỷ lệ nam/nữ là 1,17:1 (nam 53,8%, nữ 46,1%). Sự chiếm ưu thế ở nam giới tương đồng với các báo cáo trong nước⁶, nhưng có sự khác biệt so với số liệu tại châu Âu (nơi nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn).

Triệu chứng lâm sàng

U Wilms thường phát triển âm thầm không có triệu chứng cho đến khi phát triển lớn mới phát hiện tình cờ bởi cha mẹ bệnh nhi^{1-3,6}. Trong nghiên cứu, dấu hiệu lâm sàng và lý do nhập viện phổ biến nhất là cha mẹ tình cờ phát hiện khối u vùng bụng (94,2%). Các triệu chứng đi kèm bao gồm đau bụng (51,9%), sốt (32,6%) và tiểu máu (19,2%). Kết quả này nhất quán với ghi nhận của các tác giả khác như Vũ Trường Nhân⁶.

Vị trí u

Theo y văn thế giới^{2,3}, u Wilms có thể gặp một bên hay cả hai bên thận, đa số là tổn thương ở một bên thận với tỉ lệ ở thận phải và thận trái không khác biệt nhau, hiếm gặp ở hai bên thận và ngoài thận. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u phân bố tỷ lệ tương đương giữa hai bên thận với thận trái chiếm 50% và thận phải chiếm 48,1% (tỷ lệ trái/phải là 1,04:1). Thể u hai bên rất hiếm gặp (1,9%) và không ghi nhận trường hợp u ngoài thận. Phân bố vị trí này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và trong nước^{7,8}.

Thể tích khối u

Theo các số liệu trong các nghiên cứu đã được công bố cho thấy rằng hoá trị trước phẫu thuật còn tác động làm giảm thể tích u^{3,6,7}. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá được thể tích khối u trung bình giảm từ 357,1 cm³ xuống 224,3 cm³, có ý nghĩa thống kê với < 0.05. Sự thu nhỏ kích thước này đóng vai trò tiên quyết giúp cuộc phẫu thuật diễn ra thuận lợi, an toàn và giảm thiểu các biến chứng như vỡ u.⁸

4.2. Giai đoạn và nguy cơ mô bệnh học

Giai đoạn u

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhi được phẫu thuật ở giai đoạn II (38,5%), theo sau là giai đoạn III (32,7%) và giai đoạn I (24,1%). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các báo cáo trong nước, khi giai đoạn II cũng chiếm nhiều nhất (40%). Tuy nhiên, có sự khác biệt rất rõ rệt khi đối chiếu với y văn nước ngoài. Theo nghiên cứu của SIOP8, bệnh nhi chủ yếu được chẩn đoán ở giai đoạn I (61%), cao hơn nhiều so với giai đoạn II (29%) và III (7%). Sự khác biệt này có thể phản ánh tình trạng phát hiện bệnh trễ hơn tại Việt Nam so với các nước phát triển.

Nguy cơ mô bệnh học

Nghiên cứu của SIOP⁸ phân loại mô bệnh học được đánh giá sau khi khối u đã chịu tác động của hóa trị. Ghi nhận tại nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nguy cơ trung bình chiếm ưu thế tuyệt đối (86,5%), với thể hỗn hợp là phổ biến nhất (60%). Nhóm nguy cơ thấp và cao chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, lần lượt là 7,7% và 5,8%. Tỷ

lệ này tương tự với nghiên cứu SIOP⁸ (87,5%) đối với nhóm nguy cơ trung bình. Cả 3 nghiên cứu đều khẳng định các thể mang tiên lượng tốt (thể hỗn hợp và thể thoái triển) luôn chiếm tỷ lệ cao (trên 55%).

Ở phân nhóm nguy cơ cao, kết quả của chúng tôi (5,8%) ghi nhận sự khác biệt so với số liệu của SIOP⁸ (9,6%). Một điểm đáng lưu ý là mặc dù tỷ lệ bệnh nhi ở giai đoạn IV trong nghiên cứu này cao hơn, tỷ lệ nhóm nguy cơ cao lại không gia tăng tương ứng. Điều này có thể được lý giải do sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi so với các báo cáo đa trung tâm khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho thấy, bệnh nhi u Wilms thường nhập viện trong độ tuổi nhỏ hơn 6 tuổi với triệu chứng nổi bật là u bụng có kích thước lớn. Các bệnh nhi được điều trị theo phác đồ chuẩn theo SIOP-2016 với hóa trị tân hỗ trợ trước mổ. Điều này giúp giảm thể tích khối u, từ đó hạn chế được các biến chứng trong phẫu thuật. Phần lớn khối u có đặc điểm mô bệnh học thuộc nhóm nguy cơ trung bình và ở giai đoạn khu trú hoặc tiến triển vùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davidoff AM, Fernandez-Pineda I. Complications in the surgical management of children with malignant solid tumors. *Semin Pediatr Surg.* 2016;25:395-403.

doi:10.1053/j.sempedsurg.2016.10.003

2. Stephen W. Leslie, Hussain Sajjad, Patrick B. Murphy. *Wilms Tumor. StatPearls*; 2023. Accessed on July 2, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442004/>
3. Caldwell BT, Wilcox DT, Cost NG. Current Management for Pediatric Urologic Oncology. *Adv Pediatr.* 2017;64(1):191-223.
4. Sushmita B. Management of Wilms' tumor: NWTS vs SIOP. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2009;14(1): 6-14. doi: 10.4103/0971-9261.54811
5. Lemerle J, Voute PA, Tournade MF, et al.: Effectiveness of preoperative chemotherapy in Wilms' tumor: results of an International Society of Paediatric Oncology (SIOP) clinical trial. *J Clin Oncol.* 1983;1(10):604-9. doi:10.1200/JCO.1983.1.10.
6. Vũ Trường Nhân. Đánh giá kết quả điều trị bướu WILMS ở trẻ em giai đoạn II-IV bằng chiến lược hoá-phẫu trị. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TPHCM.2020
7. Vujanic G. M., D'Hooghe E., Popov S. D., et al. 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.* 2009;53(3). doi:10.1002/pbc.22007
8. Reinhard H., Semler O., Burger D., et al. Results of the SIOP 93-01/GPOH trial and study for the treatment of patients with unilateral nonmetastatic Wilms Tumor. *Klin Padiatr.* 2004;216(3):132-140. doi:10.1055/s-2004-822625

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY MẠN TÍNH TỰ PHÁT KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI LIỀU CHUẨN BẰNG KHÁNG HISTAMIN ĐƯỜNG UỐNG LIỀU GẤP ĐÔI

Trần Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Lan Anh², Trịnh Công Điền¹, Lê Thị Hồng Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của cetirizine liều 20 mg/ngày ở người bệnh mày đay mạn tính tự phát không đáp ứng với kháng histamin liều chuẩn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc trên 48 người bệnh mày đay mạn tính tự phát không đáp ứng với điều trị kháng histamin liều chuẩn. Người bệnh được điều trị cetirizine 20 mg/ngày

trong 8 tuần. Hiệu quả đánh giá bằng mức độ ngứa, số lượng sản phù, điểm UAS-7 và chất lượng cuộc sống (CU-Q2oL). Tính an toàn được ghi nhận qua tác dụng không mong muốn.

Kết quả: Sau điều trị, các triệu chứng cải thiện rõ rệt. Điểm trung vị mức độ ngứa giảm từ 2,50 xuống 1,00; số lượng sản phù giảm từ 3,00 xuống 1,00; điểm UAS-7 giảm từ 38,50 xuống 14,00 ($p < 0,001$). Điểm CU-Q2oL giảm từ 107,00 xuống 46,50 ($p < 0,001$). Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 27,1% sau 8 tuần; 48% người bệnh duy trì kiểm soát sau 4 tuần ngừng thuốc. Tác dụng không mong muốn chủ yếu nhẹ, thường gặp là buồn ngủ (12,5% sau 4 tuần, 6,3% sau 8 tuần). Không ghi nhận bất thường xét nghiệm có ý nghĩa lâm sàng. Mức độ ngứa và số lượng sản phù trước điều trị liên quan có ý nghĩa với đáp ứng ($p < 0,05$).

Kết luận: Cetirizine liều 20 mg/ngày là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn ở người bệnh mày đay mạn

¹Học viện Quân y.

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Như Quỳnh

Email: dr.quynhnhu289@gmail.com

Mã bài: N533

Ngày nhận bài: 10/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 9/4/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026