

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ lấy thai tại bệnh viện là 6,9%, tất cả đều được phát hiện và xử trí kịp thời, không để lại hậu quả nặng nề. Các yếu tố liên quan chủ yếu bao gồm nguy cơ nhiễm trùng và chảy máu, trong khi đặc điểm sản phụ không ghi nhận bệnh lý nền. Phân tích cho thấy nhóm ≥ 35 tuổi, mổ lại, bạch cầu tăng và thời gian phẫu thuật > 60 phút có nguy cơ cao hơn, cần được dự phòng tích cực. Việc kiểm soát thời gian mổ, tuân thủ kỹ thuật đóng vết mổ, dự phòng kháng sinh đúng và theo dõi sát hậu phẫu là những yếu tố then chốt giúp giảm biến chứng và nâng cao an toàn sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta, M. and V. Saini, Caesarean section: mortality and morbidity. risk, 2018. 2: p. 53.
2. Betran, A.P., et al., WHO Statement on Caesarean Section Rates. Bjog, 2016. 123(5): p. 667-70.
3. Damtew, B.S., et al., Determinant of adverse early

neonatal outcomes following emergency cesarean section in North West, Ethiopia: institutional-based case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2024. 24(1): p. 881.

4. Võ Thị Huệ, et al., Tỷ lệ mổ lấy thai và yếu tố liên quan trên các trường hợp sản phụ được chỉ định sử dụng Oxytocin tại bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2021. 25(1): p. 161 - 168.
5. Nguyễn Xuân Minh and Trương Quang Vinh, Nghiên cứu tình hình mổ lấy thai ở sản phụ sinh con so tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Phụ sản, 2023. 20(4): p. 43-49.
6. Hochstätter, R., et al., Enhanced recovery after cesarean section (ERAC): Where are we in Austria? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2023. 285: p. 81-85.
7. Al-Husban N., et al., Anesthesia for Cesarean Section: Retrospective Comparative Study. Int J Womens Health, 2021. 13: p. 141-152.
8. ACOG, Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. Obstet Gynecol, 2022. 140(2): p. 348-366.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP HÓA TRỊ SARCÔM CƠ VÂN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TỪ NĂM 2019 – 2024

Nguyễn Việt Hưng¹, Hồ Trần Bản², Trương Đình Khải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sarcôm cơ vân là u tân sinh gốc trung mô [3,4]. U có hình thái, chất liệu di truyền tương tự tế bào cơ vân [3,4]. Sarcôm cơ vân là thể thường gặp nhất của sarcôm mô mềm [5,6]. Tại khu vực phía Nam, hiện vẫn chưa có nghiên cứu nhằm đánh giá các trường hợp sarcôm cơ vân cụ thể cũng như đánh giá sống còn dựa trên phân nhóm giai đoạn và nguy cơ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sarcôm cơ vân và sống còn dựa trên phân nhóm giai đoạn và nguy cơ. Từ đó, chúng tôi đưa ra được các nhận định quan trọng trong điều trị mặt bệnh phức tạp này.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị sarcôm cơ vân lần đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/1/2019 – 30/6/2024.

Kết quả: Trong 30 bệnh nhi, tuổi trung vị mắc bệnh là 3,5 tuổi. Phần lớn bệnh nhi có độ tuổi < 5 tuổi (63,3%). Tỷ số nam : nữ là 1 : 1. Triệu chứng khởi sờ thấy là thường gặp nhất (80%). Theo phân nhóm nguy cơ, 3,3% (1/30) ca thuộc nhóm B; 6,7% (2/30) trường hợp nhóm C; 20% (6/30) trường hợp nguy cơ nhóm E; 10% (3/30) trường hợp nguy

cơ nhóm F; 20% (6/30) trường hợp nguy cơ nhóm G; 10% (3/30) trường hợp nguy cơ nhóm H; 30% (9/30) trường hợp di căn. Về phẫu thuật, 7 ca (23,3%) được cắt u từ đầu, 21 ca (70%) được cắt u sau hóa trị, và 2 ca (6,7%) không cắt được u, chỉ sinh thiết. Trong đó, 33,3% (10/30) ca có bờ diện cắt an toàn, không sót u; 66,7% (20/30) trường hợp sót u với 26,7% ca bệnh sót u vi thể, 40% trẻ sau mổ sót u đại thể. Về hóa trị, 100% trường hợp được hóa trị theo phác đồ CWS. Tỷ lệ trẻ đáp ứng hoàn toàn sau kết thúc điều trị là 47,8%, tăng 39,1% so với tỷ lệ này giai đoạn sau hóa trị 3 đợt. Thời gian sống còn toàn bộ là 527,3 $\pm$ 210 ngày; thời gian sống còn không biến cố là 501,7 $\pm$ 208,3 ngày. Tỷ lệ sống còn toàn bộ và không biến cố lần lượt là 54,3% và 66,4%.

Từ khóa: Sarcôm cơ vân, phẫu thuật, hóa trị

Danh mục từ viết tắt: SCV (Sarcôm cơ vân)

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF COMBINED SURGERY AND CHEMOTHERAPY IN CHILDREN WITH RHABDOMYOSARCOMA AT CHILDREN'S HOSPITAL 2 IN 2019 – 2024 PERIOD

Introduction: Rhabdomyosarcoma is a mesenchymal neoplasm with morphology and genetic features similar to skeletal muscle cells. It is the most common subtype of soft-tissue sarcoma. In Southern Vietnam, there are currently no studies evaluating rhabdomyosarcoma cases in detail or assessing survival according to stage and risk stratification. We conducted this study to assess treatment

¹ Đại học Y Dược TP.HCM

² Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hưng

Email: hungnguyen2781998@gmail.com

Mã bài: N530

Ngày nhận bài: 14/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/3/2026

Ngày duyệt bài: 14/4/2026

outcomes and survival based on stage and risk groups in children with rhabdomyosarcoma. From this, we aim to draw experience and define more effective treatment objectives for this disease.

Subjects and methods: We conducted a case series describing pediatric patients who were newly diagnosed and treated for rhabdomyosarcoma at Children's Hospital 2 from January 1st, 2019 to June 30th, 2024.

Results: Among 30 patients, the median age at diagnosis was 3,5 years. Most patients were ≤ 5 years-old (63,3%). The male-to-female ratio was 1:1. A palpable mass was the most common symptom (80%). According to risk stratification, 3,3% (1/30) were in group B; 6,7% (2/30) in group C; 20% (6/30) in group E; 10% (3/30) in group F; 20% (6/30) in group G; 10% (3/30) in group H; and 30% (9/30) had metastatic disease. Regarding surgery, 7 patients (23,3%) underwent upfront tumor resection, 21 patients (70%) underwent delayed resection after chemotherapy, and 2 patients (6,7%) had unresectable tumors, being biopsied only. Surgical margin was tumor-free in 33,3% cases (10/30), while 66,7% (20/30) had residual disease, including 26,7% with microscopic residual tumor and 40% with macroscopic residual tumor. All patients (100%) received chemotherapy following CWS protocol. The rate of complete response at the end of treatment was 47,8%, representing a 39,1% increase compared to after – three – cycle period. Tumor resection was an independent factor associated with treatment response. The overall survival time was $527,3 \pm 210$ days; event-free survival time was $501,7 \pm 208,3$ days. The overall survival and event-free survival rates were 54,3% and 66,4%, respectively.

Keywords: *Rhabdomyosarcoma, surgery, chemotherapy*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcôm cơ vân (SCV) là u tân sinh thường gặp nhất của sarcôm mô mềm [3,4]. Trên thế giới, tỉ lệ mắc bệnh được ghi nhận là 4,5/1.000.000 người [4]. SCV được chia thành bốn loại giải phẫu bệnh chính gồm dạng phôi, dạng hốc, dạng thoi / xơ và dạng đa hình [3]. SCV thường biểu hiện khối không triệu chứng hoặc trẻ có thể có dấu hiệu do chèn ép [3]. Tiếp cận đa mô thức, bao gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị, là hướng tiếp cận tối ưu ở trẻ mắc SCV [3 – 5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị mặt bệnh này theo phân nhóm giai đoạn và nguy cơ tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Mô loạt loạt trường hợp bệnh.

Dân số chọn mẫu: Tất cả bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị sarcôm cơ vân lần đầu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 1/1/2019 – 30/6/2024 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn vào:

(1) Bệnh nhi có độ tuổi < 16 tuổi; (2) Bệnh nhi được chẩn đoán xác định sarcôm cơ vân dựa trên kết quả giải phẫu bệnh; (3) Bệnh nhi lần đầu được điều trị đặc hiệu tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Tiêu chuẩn loại ra:

(1) Ngưng điều trị theo hẹn; (2) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu đang thực hiện.

Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, hóa trị được thực hiện theo phác đồ CWS năm 2012 theo phân nhóm nguy cơ SCV (8 phân nhóm nguy cơ) và di căn [5]. Phương thức phẫu thuật gồm: cắt u từ đầu, cắt lại u từ đầu, cắt u sau hóa trị, cắt u kèm cắt cơ quan liên quan hoặc không cắt được u, chỉ sinh thiết [5]. Đánh giá đáp ứng được thực hiện gồm các mức độ: (1) Đáp ứng hoàn toàn: Sang thương mục tiêu biến mất hoàn toàn, bất kỳ hạch lymphô bất thường phải giảm kích thước trực ngắn < 10 mm. (2) Đáp ứng một phần: Giảm 30% tổng kích thước sang thương mục tiêu. (3) Bệnh tiến triển: Tăng 20% tổng kích thước sang thương mục tiêu. (4) Bệnh ổn định: không phân loại đáp ứng một phần hay tiến triển [5].

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được bệnh viện Nhi Đồng 2 cho phép thực hiện dựa theo “Chấp thuận đề cương nghiên cứu số 840/GCN – BVND2” với mã nghiên cứu “46/24 – BVND2”.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu 5 năm, chúng tôi ghi nhận 30 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Các đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày theo bảng 1. Tại thời điểm chẩn đoán SCV, tuổi nhỏ nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 13 tuổi, tuổi trung vị là 3,5 tuổi với khoảng tứ phân vị là 2 – 7 tuổi. Trong đó, phần lớn ca bệnh có độ tuổi ≤ 5 tuổi. Tỉ lệ nam : nữ là 1:1. Bệnh nhi đi khám với triệu chứng thường gặp nhất là khối sờ thấy (80%) và đau tại cơ quan nguyên phát (20%). Các triệu chứng khác được ghi nhận là bí tiểu hay tiểu lắt nhắt, chán ăn và sụt cân. Phương tiện hình ảnh học đầu tay được sử dụng là siêu âm bụng. Các phương tiện được sử dụng để đánh giá chuyên sâu gồm cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ. Giải phẫu bệnh SCV dạng phôi là thường gặp nhất (53,3%); thứ hai là SCV dạng hốc (23,3%).

Bảng 1. Đặc điểm và kết quả điều trị của dân số nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (N = 30)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	15	50
	Nữ	15	50
Nhóm tuổi	5 tuổi	19	63,3
	> 5 tuổi	11	36,6

Đặc điểm			Tần số (N = 30)	Tỉ lệ (%)
Hình ảnh học	Xâm lấn xung quanh		20	66,7
	Hạch lymphô vùng		10	33,3
	Di căn	Xương	5	16,7
		Hạch lymphô xa	3	10
		Gan	1	3,3
		Phổi	1	3,3
		Phúc mạc	1	3,3
Giải phẫu bệnh	Dạng phổi		16	53,3
	Dạng thoi		2	6,7
	Dạng hốc		7	23,3
	Dạng đa hình		2	6,7
	Không xác định		3	9,7
Nguy cơ	Chuẩn	B	1	3,3
		C	2	6,7
	Cao	E	6	20
		F	3	10
		G	6	20
	Rất cao	H	3	10
	Di căn		9	30
Phương thức phẫu thuật	Cắt u từ đầu		7	23,3
	Cắt u sau hóa trị		21	70
	Cắt u kèm cắt cơ quan liên quan		0	0
	Chỉ sinh thiết		2	6,7
Số lần phẫu thuật	0		2	6,4
	1		23	76,7
	2		4	13,3
	3		1	3,3
Bờ diện cắt	R0		10	33,3
	R1		8	26,7
	R2		12	40

Đặc điểm		Tần số (N = 30)	Tỉ lệ (%)
Khả năng cắt u (IRS)	I	7	23,3
	IIA	6	20
	III	8	26,7
	IV	9	30
Hóa trị	A	0	0
	B, C, D	3	10
	E, F, G	15	50
	H	3	10
	Di căn	9	30
Đáp ứng sau 3 đợt hóa trị (N = 23)	Đáp ứng hoàn toàn	2	8,7
	Đáp ứng một phần	17	73,9
	Bệnh ổn định	1	4,4
	Bệnh tiến triển	3	13
Đáp ứng sau kết thúc điều trị (N = 23)	Đáp ứng hoàn toàn	11	47,8
	Đáp ứng một phần	8	34,8
	Bệnh ổn định	0	0
	Bệnh tiến triển	4	17,4

Chúng tôi ghi nhận 7/30 (23,3%) trường hợp tử vong, 5/30 (16,7%) trường hợp tái phát. Trong đó, 5/7 (71,4%) trường hợp tử vong có tái phát. Ở các ca tái phát, 40% (2/5) trường hợp di căn tại thời điểm khởi bệnh nguyên phát, 60% (3/5) trường hợp di căn khi tái phát. Đồng thời, các trường hợp tử vong và tái phát phần lớn đều có bờ diện cắt còn sót u. Trong nhóm tử vong (7 ca), tỉ lệ bệnh nhi sót u là 85,7% (6/7 trường hợp). Trong nhóm SCV tái phát (5 ca), tỉ lệ này là 80% (4/5 bệnh nhi). Thời gian sống còn toàn bộ là 527,3 ± 210 ngày, với thời gian sống dài nhất là 906 ngày và ngắn nhất là 170 ngày. Thời gian sống còn không biến cố là 501,7 ± 208,3 ngày, với thời gian sống dài nhất là 906 ngày và ngắn nhất là 170 ngày. Tỉ lệ sống còn toàn bộ và tỉ lệ sống còn không biến cố 5 năm lần lượt là 54,3% (khoảng tin cậy: 22,4% - 78%) và 66,4% (khoảng tin cậy 95%: 40 - 83,3%). Trong các nhóm nguy cơ, tỉ lệ sống còn toàn bộ và không biến cố nhóm nguy cơ chuẩn tương đương nhau và cao nhất (100%). Ở nhóm nguy cơ cao, tỉ lệ sống còn toàn bộ là 71,4% (khoảng tin cậy 95%: 25,8% - 92%) và không biến cố là 72,9% (khoảng tin cậy 95%: 27,6% - 92,5%). Ở nhóm nguy cơ rất cao, tỉ lệ sống còn toàn bộ là 66,7% và không biến cố là 75% (12,8% - 96%). Ở nhóm di căn, khả năng sống còn thấp nhất với tỉ lệ sống còn toàn bộ là 25% (khoảng tin cậy 95%: 1% - 65,6%) và không biến cố là 31,2% (khoảng tin cậy 95%: 1,5% - 72,3%).

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng thời gian sống còn

Yếu tố		Sống còn toàn bộ	KTC 95% ^Δ	p1 log – rank	Sống còn không biến cố	KTC 95% ^Δ	p2 log – rank
Giải phẫu bệnh	Dạng phổi	77,4	43,6 – 92,4	0,7*	71,2	39,8 – 88,2	0,8*
	Dạng hốc	53,3	6,8 – 86, 3		62,5	14,2 – 89,3	
	Dạng thoi	100	-		100	-	
	Dạng đa hình	-	-		-	-	
	Không xác định	100	-		100	-	
Nguy cơ	Chuẩn	100	-	0,5*	100	-	0,5*
	Cao	71,4	25,8 – 92		72,9	27,6 – 92,5	
	Rất cao	66,7	-		75	12,8 – 96	
	Di căn	25	1 – 65,6		31,2	1,5 – 72,3	
Vị trí u	Thuận lợi	100	-	0,3*	100	-	0,2*
	Không thuận lợi	49,8	19,5 – 74,4		59,8	31,3 – 79,7	
Tuổi và kích thước u	Thuận lợi	100	-	0,1*	100	-	0,1*
	Không thuận lợi	45,1	14 – 72,4		57,3	27,4 – 78,8	
Số lần phẫu thuật	0	0	-	< 0,001*	0	-	< 0,001*
	1	85,1	52,3 – 96		81,9	53,1 – 94	
	2	50	0,6 – 91		75	12,8 – 96	
	3	0	-		0	-	
Khả năng cắt u (IRS)	I	100	-	0,3*	100	-	0,3*
	IIA	100	-		75	12,8 – 96	
	III	60	12,6 – 88,1		68,6	21,3 – 91,2	
	IV	26	1 – 67		33,3	1,5 – 74, 8	
Bờ diện cắt	R0	83,3	27,3 – 97,5	0,2*	83,3	-	0,2*
	R1	75	12,8 – 96		75	7,3 – 87,6	
	R2	54,5	18 – 80,7		62,3	27,8 - 84	
* Kiểm định log – rank; Δ: Khoảng tin cậy 95%							

III. BÀN LUẬN

Sarcôm cơ vân (SCV) là u tân sinh gốc trung mô. SCV thuộc nhóm u có tế bào xanh, tròn, nhỏ. SCV từng được xem như có xuất phát từ tế bào cơ vân khi phần lớn u xuất hiện ở vùng tế bào cơ vân. Tuy nhiên, u cũng xuất hiện ở các vùng ít hoặc không có tế bào cơ vân. Điều trị SCV là điều trị đa mô thức với sự kết hợp của hóa trị, xạ trị và phẫu thuật. Vì vậy, điều cần thiết là phát triển điều trị có hệ thống, cho phép khả năng tiên lượng về mặt chức năng với sự đảm bảo an toàn lâu dài cho bệnh nhi. Về hóa trị, liệu pháp hóa trị đa hóa chất cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện tiên lượng đối với nhóm bệnh nhi SCV khu trú, nhưng chưa cải thiện đáng kể với nhóm bệnh nhi di căn. Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, phác đồ hóa trị SCV là phác đồ

do CWS phát triển.

Về phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 23 trường hợp (76,7%) được sinh thiết trước điều trị và 7 trường hợp (23,3%) được phẫu thuật cắt u từ đầu. Trong 7 ca bệnh được cắt u từ đầu, 1/7 (14,3%) trường hợp được cắt lại u từ đầu trước hóa trị. Đây là trẻ nam, 2 tuổi, SCV hốc mắt trái, được phẫu thuật cắt u từ đầu trước hóa trị 2 lần (kèm cắt nhãn cầu trái). Sau phẫu thuật, trẻ được hóa trị bằng phác đồ hóa trị phần nhóm C, cho kết đáp ứng và lui bệnh. Trong các ca được cắt u từ đầu, phần lớn u có giới hạn rõ, nằm nông hoặc vị trí tương đối dễ tiếp cận. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận 1/30 (3,3%) trẻ có u vị trí không thuận lợi, khó tiếp cận nhưng được cắt u trước hóa trị do u vỡ, gây xuất huyết ổ bụng, 1/30 (3,3%) trẻ có

u vị trí không thuận lợi (sau phúc mạc) nhưng được chẩn đoán ban đầu là u buồng trứng, được phẫu thuật cắt u trước hóa trị và 1/30 (3,3%) trẻ có u vùng chậu được cắt u trước hóa trị. Đồng thời, chúng tôi cũng ghi nhận 21 (70%) trường hợp được chỉ định cắt u sau hóa trị, chiếm phần lớn so với các phương thức còn lại. Hai trường hợp (6,7%) chỉ được sinh thiết u mà không cắt được u và đều thuộc vị trí u không thuận lợi. Hơn nữa, nghiên cứu cho thấy đa phần bệnh nhi (23/30; 76,7%) được phẫu thuật cắt u 1 lần và 5/30 (16,7%) trường hợp được phẫu thuật nhiều hơn 1 lần. Các trường hợp được cắt u nhiều hơn 1 lần được ghi nhận có 3/5 (60%) trường hợp u ở các cơ quan không thuận lợi, sâu, khó tiếp cận dễ dàng, khả năng sót u cao và cần phẫu thuật nhiều lần hơn. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận tình trạng sót u gần như tương tự giữa nhóm đạt bờ diện cắt sạch u (R0; 33,3%) và nhóm sót u đại thể (40%). Với các ca được phẫu thuật cắt u đảm bảo bờ diện cắt an toàn, 3/10 (30%) trường hợp được phẫu thuật cắt khoang và 7/10 (70%) trường hợp được phẫu thuật cắt rộng. Các trường hợp cắt khoang chủ yếu được thực hiện ở các trường hợp có u ở vùng tứ chi nhằm đảm bảo diện cắt tối đa. Khi đánh giá phương thức phẫu thuật và bờ diện cắt, chúng tôi ghi nhận việc đảm bảo được bờ diện cắt R0 và R1 khi cắt u sau hóa trị có xu hướng cao hơn so với khi cắt u từ đầu. Tỷ lệ đạt R0 và R1 khi cắt u từ đầu là 42,9% (3/7); trong khi đó, tỷ lệ này khi cắt u sau hóa trị là 71,4% (15/21). Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bùi Quang Chiến [1] với 48,9% trường hợp còn sót u và chỉ sinh thiết u. Nhìn chung, tình trạng sót u vi thể và đại thể vẫn chiếm tỷ lệ cao trong các nghiên cứu, khẳng định sự khó khăn trong đạt được diện cắt của mặt bệnh này. Đồng thời, việc hóa trị trước phẫu thuật là cần thiết nhằm giúp giới hạn và giảm thể tích u, tiến đến đảm bảo diện cắt an toàn hiệu quả hơn.

Về hóa trị, chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhi được hóa trị theo phác đồ E, F, G (15/30; 50%). Tiếp theo là các trường hợp được hóa trị theo phác đồ di căn (9/30; 30%). Khi đánh giá đáp ứng hóa trị, chúng tôi tiến hành loại bỏ các trường hợp được cắt u từ đầu. Khả năng đáp ứng sau 3 đợt hóa trị và sau kết thúc điều trị được thực hiện theo thang điểm RECIST 1.1 như bảng 1. Sau ba đợt hóa trị, tình trạng đáp ứng một phần chiếm ưu thế (73,9%). Sau kết thúc hóa trị, tình trạng đáp ứng hoàn toàn (47,8%) tăng 39,1% so với giai đoạn sau hóa trị 3 đợt (8,7%). Như vậy, tình trạng đáp ứng hoàn toàn sau kết thúc điều trị cải thiện so với giai đoạn sau 3 đợt hóa trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$, khoảng tin cậy: 11,5 – 66,8%) với phép kiểm McNemar. Điều này cho thấy việc hóa trị sử dụng phác đồ hóa trị CWS có hiệu quả tích cực trong việc thu gọn kích thước u và cải thiện điều trị bệnh. Nghiên cứu của tác giả

Nghiêm Ngọc Linh [2] cũng cho thấy sự tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó, các trường hợp bệnh được hóa trị theo phác đồ của EpSSG 2005 và được đánh giá đáp ứng tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với hai thời điểm. Tác giả đã ghi nhận sau 3 đợt hóa trị, 39,5% trường hợp đáp ứng hoàn toàn; 53,4% trường hợp đáp ứng một phần. Sau 9 đợt hóa trị, 55,8% trường hợp đáp ứng hoàn toàn, 16,3% trường hợp đáp ứng một phần, 2,3% trường hợp bệnh ổn định và 2,3% trẻ có bệnh tiến triển [2]. Chúng tôi nhận định tỷ lệ bệnh nhi đáp ứng hoàn toàn sau 3 đợt hóa trị trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nghiêm Ngọc Linh nhưng có sự cải thiện đáng kể khi đánh giá sau hoàn tất điều trị [2].

Về tái phát và tử vong, nghiên cứu của tác giả Nghiêm Ngọc Linh [2] ghi nhận 12 trường hợp tử vong (29,5%). Trong nhóm tử vong, tác giả ghi nhận 4 (33,3%) bệnh nhi tái phát, 4 (33,3%) bệnh nhi giai đoạn tiến triển [2]. Nhìn chung, tình trạng tái phát và tử vong giữa các nghiên cứu trong nước hiện tại vẫn còn chiếm tỷ lệ cao, khẳng định mức độ khó khăn trong điều trị triệt để mặt bệnh này.

IV. KẾT LUẬN

Áp dụng điều trị đa mô thức, kết hợp phẫu thuật và hóa trị cho thấy khả năng đáp ứng tốt. Hóa trị trước phẫu thuật có vai trò quan trọng đảm bảo bờ diện cắt an toàn. Đồng thời, đảm bảo bờ diện cắt an toàn, không sót u là mục tiêu quan trọng đảm bảo hiệu quả điều trị, cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Chiến**, “Kết quả điều trị Sarcôm phần mềm tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ năm 2012 đến năm 2016” Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, 2016.
2. **Nghiêm Ngọc Linh**, “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị Sarcom cơ vân trẻ em” Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2018.
3. **Carola A. S**, *Sarcomas of Bone and Soft Tissues in Children and Adolescents*, Springer, 2021.
4. **Gabriela Guillén Burrieza, Marta Martos Rodríguez**, “Chapter 14, Soft Tissue Sarcomas” in *Survival Handbook in Pediatric Surgical Oncology*, Springer, 2024, pp. 85-92.
5. **Koscielniak, E.; Klingebiel, M.**, Cooperative Weichteilsarkom Study Group CWS Der GPOH in Cooperation with the European Paediatric Soft Tissue Sarcoma Study Group EpSSG CWS-Guidance for Risk Adapted Treatment of Soft Tissue Sarcoma and Soft Tissue Tumours in Children. Adolescents, and Young Adults Chair Persons, 2012.
6. **Martin-Giacalone, Weinstein, P. Adam, Plon, Sharon E. and Lupo, Philip J.**, “Pediatric Rhabdomyosarcoma: Epidemiology and Genetic Susceptibility” *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, no. 9, p. 2028, 2021.