tôi và các tác giả gần đây. Cụ thể như tỷ lệ biến chứng của răng khôn theo tác giả Khiếu Thanh Tùng là 75% [3]. Có thể là do thời điểm nghiên cứu khác nhau, kiến thức và kỹ năng chăm sóc răng miệng cũng như xu hướng nhổ răng khôn dự phòng trước khi có biến chứng ngày càng phát triển. Chính vì vậy tỷ lệ răng khôn hàm dưới được tiến hành nhổ sớm trước khi khiến bệnh nhân khó chịu ngày càng tăng lên.

Bệnh nhân đến với chúng tôi chủ yếu là nhổ răng để chỉnh nha, bệnh nhân có bệnh lý răng miệng khác, bệnh nhân chuẩn bị đi du học được khám và phát hiện thấy răng khôn hàm dưới lệch ngầm, sau khi nghe chúng tôi tư vấn những tai biến, biến chứng có thể xẩy ra và cần nhổ dự phòng. Ngoài ra, biến chứng sâu răng số 7 cũng chiếm tỷ lệ cao vì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ răng khôn lệch gần cao, răng khôn hàm dưới lệch gần có nguy cơ giắt thức ăn, lâu ngày gây viêm nhiễm và sâu răng số 7.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 48 bệnh nhân với 64 răng khôn hàm dưới lệch ngầm. Có 76,6% răng lệch gần, đa phần răng có hai chân với tỷ lệ chân chụm là 78,1%. Phần lớn bệnh nhân đến khi chưa có biến chứng. Tuy nhiên cần có nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để có kết luận chính xác hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Nguyễn Anh Tùng** (2007). Nhận xét các dạng răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm và xử trí. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Ngọc Thanh** (2005). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Phú Thắng, Khiếu Thanh Tùng** (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm theo Parant II có sử dụng máy siêu âm Piezotome. Tạp chí Y Dược học Lâm sàng.
4. **Lê Bá Anh Đức** (2014). Đánh giá hiệu quả của ghép huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới khó. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 40-43.
5. **Vũ Đức Nguyện** (2010). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm khó dưới gây mê nội khí quản. Luận văn tốt nghiệp BS CKII, Đại học Y Hà Nội.
6. **Santosh P** (2015). Impacted Mandibular Third Molars: Review of Literature and a Proposal of a Combined Clinical and Radiological Classification. Annals of Medical and Health Sciences Research, 5(4): 229-234.
7. **Matsuyama J, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S, et al** (2015). Severe impaction of the primary mandibular second molar accompanied by displacement of the permanent second premolar. Case Rep Dent. 2015:582462.


# ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG LY GIẢI U Ở TRẺ BỆNH ÁC TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

**Trần Văn Thành*, Đào Thị Thanh An***


## TÓM TẮT

**Tổng quan và mục tiêu:** Hội chứng ly giải u (HCLGU) là một tình trạng cấp cứu ung thư, đe dọa tính mạng trẻ mắc bệnh ác tính vì có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim, co giật, suy thận và tử vong nếu không được dự phòng và điều trị thích hợp. Nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị liên quan đến HCLGU ở trẻ bệnh ác tính mới được chẩn đoán, điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca ở trẻ bệnh ác tính mới được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. HCLGU được định nghĩa theo tiêu chuẩn của Cairo - Bishop [5]. Các số liệu được nhập vào Epidata và phân tích bằng phần mềm STATA 14. **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 174 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với tuổi trung bình lúc nhập viện là 76,9 ± 53,6 tháng và tỷ lệ nam/nữ là 1,32/1. Có 35/174 ca (20,1%) được chẩn đoán HCLGU, trong đó 17 trường hợp (48,6%) xuất hiện tự phát trước hóa trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HCLGU thường gặp nhất ở nhóm bạch cầu cấp dòng lympho với hơn 2/3 các trường hợp, kế tiếp là lymphoma không Hodgkin (17,2%). Khảo sát 157 trẻ không có HCLGU tại thời điểm chẩn đoán, ghi nhận tỷ lệ bệnh nhi được dự phòng bằng đa truyền dịch và allopurinol là 75 ca (47,8%), trong đó 17/75 trường hợp (22,7%) tiến triển HCLGU. Các trường hợp này được tiếp tục được điều trị đa truyền dịch, allopurinol, điều chỉnh rối loạn điện giải và theo dõi chặt chẽ. Một trường hợp cần chạy thận nhân tạo 6 lần, sau đó được người thân xin về và tử vong tại nhà do sốc nhiễm trùng. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ HCLGU ở trẻ bệnh ác tính là 20,1%, chủ yếu xảy ra ở trẻ bạch cầu cấp dòng lympho và lymphoma không Hodgkin. Do còn nhiều hạn chế trong việc tiếp cận phương pháp điều trị tiên tiến, chẳng hạn như rasburicase, nên việc phân tầng nguy cơ sớm và



**Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh An
Email: daothithanhan@ump.edu.vn


Ngày nhận bài: 6.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023
Ngày duyệt bài: 5.5.2023

phòng ngừa thích hợp ở trẻ có nguy cơ cao đặc biệt quan trọng trong quản lý HCLGU.

***Từ khoá:*** Hội chứng ly giải u, bệnh lý ác tính.


## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF TUMOR LYSIS SYNDROME AT PRESENTATION AND DURING INDUCTION CHEMOTHERAPY AMONG PEDIATRIC MALIGNANCY PATIENTS IN CHILDREN HOSPITAL 2, HO CHI MINH CITY, VIETNAM

**Background and aims:** Tumor lysis syndrome (TLS) is a life-threatening oncological emergency that can lead to arrhythmias, seizures, kidney failure and death without appropriate prophylaxis and treatment. This study aims to evaluate the clinical, laboratory, diagnosis and treatment features related to severe tumor lysis syndrome in newly diagnosed cancer children treated in Children Hospital 2 (CH2), Vietnam. **Methods**: We performed an observational study of newly confirmed diagnosed malignancies treated at CH2 from October 2021 to May 2022. TLS was defined as Cairo-Bishop criteria [5]. Information from medical records of diagnosis, clinical, laboratory and treatment details of the first chemotherapy course were input into Epidata, analyzed with STATA version 14. **Results:** Among 174 patients, the mean age was 76,9 ± 53,6 months with sex ratio 1,32/1. There were 35/174 cases (20,1%) diagnosed with TLS, of which 17 cases (48.6%) occurred spontaneously before chemotherapy. In our study, TLS was most common in acute lymphoblastic leukemia with more than 2/3 of cases, followed by non-Hodgkin lymphoma (17.2%). In 157 patients without TLS at the time of diagnosis, 75 cases (47,8%) received prophylaxis with hyperhydration and allopurinol from admission, of which 17/75 patients (22,7%) progressed to TLS. They were treated with hyperhydration, allopurinol, electrolytes adjustment and close monitoring. One case required dialysis six times and subsequently died due to sepsis shock. **Conclusions:** In our study, the incidence of TLS pediatric malignancies was 20,1%. TLS occurred mainly in children with acute lymphoblastic leukemia and non-Hodgkin lymphoma. Because of limited access to advanced treatments, such as rasburicase, early risk stratification and appropriate prevention in high-risk children are particularly important in the management of TLS.


***Keywords:*** Tumor lysis syndrome, malignancies.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ly giải u (HCLGU) là một tình trạng cấp cứu, đe dọa tính mạng trẻ mắc bệnh ác tính vì dẫn đến rối loạn nhịp tim, co giật, suy thận và tử vong. Tình trạng này được gây ra bởi sự giải phóng đột ngột các chất chuyển hóa nội bào sau khi tế bào ung thư chết, dẫn đến tăng axit uric máu, tăng phospho máu, tăng kali máu, tăng urê máu và hạ canxi máu [6]. Tử vong liên quan đến HCLGU lên đến 21,4% đã được báo cáo ở các bệnh nhi bệnh lý ác tính [2], [4], [10]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị liên quan đến HCLGU ở trẻ bệnh ác tính mới được chẩn đoán, điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Mục tiêu nghiên cứu

*Xác định tỉ lệ HCLGU trong các bệnh lý ác tính mới được chẩn đoán.*

*Xác định đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị HCLGU.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca trong thời gian từ 01/10/2021 đến 31/05/2022.

**Đối tượng nghiên cứu:** tất cả bệnh nhi chẩn đoán bệnh lý ác tính được hóa trị đợt đầu tại khoa Ung bướu huyết học Bệnh viện Nhi đồng 2 từ ngày 01/10/2021 đến 31/05/2022.

***Tiêu chuẩn chọn mẫu.*** Trẻ được chẩn đoán xác định bệnh lý ác tính:

- Kết quả giải phẫu bệnh hoặc dấu ấn tế bào là bệnh lý ác tính, hoặc
- Lâm sàng, hình ảnh học, dấu ấn u xác định là bệnh lý ác tính ở những trường hợp không thể sinh thiết u.

- Và được điều trị hoá trị đợt đầu tại khoa Ung bướu huyết học Bệnh viện Nhi đồng 2.

***Tiêu chuẩn loại trừ:*** thiếu thông tin quan trọng để đánh giá bệnh ác tính và/hoặc HCLGU.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 174 bệnh nhi thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả trong Bảng 5.

***Bảng 5. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của dân số nghiên cứu (n=174)***

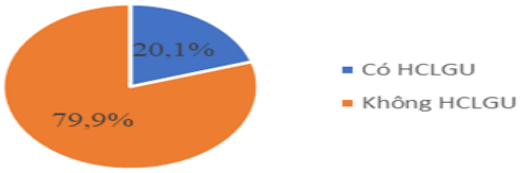
| Đặc điểm | Số ca (%) |
|---|---|
| Tuổi (trung bình ± ĐLC) 76,9 ± 53,6 tháng | |
| Giới: Nam/Nữ | 99/75 |
| Triệu chứng thường gặp: Sốt | 25 (14,4) |
| Xuất huyết | 24 (13,8) |
| Xanh xao | 23 (13,2) |
| Đau nhức xương | 23 (13,2) |
| Chẩn đoán: Bạch cầu cấp dòng lympho | 71 (40,8) |
| Bạch cầu cấp dòng tủy | 19 (10,9) |
| Lymphoma Hodgkin | 3 (1,7) |
| Lymphoma không Hodgkin | 20 (11,5) |
| U đặc | 61 (35,1) |

***Nhận xét:*** Trong 174 trẻ được theo dõi, tuổi

trung bình lúc nhập viện là 76,9 ± 53,6 tháng. Giới nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,32/1. Nhóm triệu chứng liên quan đến giảm 3 dòng tế bào máu (sốt, xuất huyết, xanh xao) chiếm tỷ lệ cao nhất, kế tiếp là đau nhức xương. Chẩn đoán thường gặp nhất là bạch cầu cấp dòng lympho (chiếm 40,8%), kế tiếp là u nguyên bào thần kinh (12,6%) và lymphoma không Hogdkin (11,5%).

**2. Tỉ lệ hội chứng ly giải u**

***Nhận xét:*** Chúng tôi ghi nhận 35/174 trường hợp xuất hiện HCLGU, chiếm tỷ lệ 20,1%. Trong đó, có 17/35 trường hợp HCLGU (chiếm 48,6%) xuất hiện tự phát trước hóa trị.




***Biểu đồ 1. Tỉ lệ HCLGU trong dân số nghiên cứu (n=174)***

**3. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm có và không có HCLGU.** Sau khi tiến hành so sánh các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm có và nhóm không có HCLGU chúng tôi ghi nhận kết quả theo bảng 6

***Bảng 6. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm có và không có HCLGU***

| Đặc điểm | | HCLGU | | Giá trị p |
|---|---|---|---|---|
| | | Có | Không | |
| Tuổi (tháng), trung bình ± ĐLC | | 86,4 ± 57,4 | 74,6 ± 52,5 | 0,245[a] |
| Giới, n (%) | Nam | 23 (65,7) | 76 (54,7) | 0,239[b] |
| | Nữ | 12 (34,3) | 63 (45,3) | |
| Tổn thương thận cấp, n(%) | Có | 5 (14,3) | 6 (4,3) | 0,046[c] |
| | Không | 30 (85,7) | 133 (95,7) | |
| Chẩn đoán bệnh ác tính, n (%) | | | | <0,001[c] |
| Bạch cầu cấp dòng lympho | | 24 (68,6) | 47 (33,8) | |
| Bạch cầu cấp dòng tủy | | 3 (8,6) | 16 (11,5) | |
| Lymphoma Hodgkin | | 0 (0) | 3 (2,2) | |
| Lymphoma không Hodgkin | | 6 (17,2) | 14 (10,1) | |
| U đặc | | 2 (5,6) | 59 (42,4) | |
| Bạch cầu lúc chẩn đoán[d], trung vị (tứ phân vị) | | 31,9 (11,4 – 99,2) | 10,7 (5,8 – 47,4) | 0,0012[e] |
| Tăng axit uric máu, n (%) | Có | 34 (97,1) | 15 (10,8) | <0,001[c] |
| | Không | 1 (2,9) | 124 (89,2) | |
| Tăng kali máu, n (%) | Có | 11 (31,4) | 2 (1,4) | <0,001[c] |
| | Không | 24 (68,6) | 137 (98,6) | |
| Tăng phospho máu, n (%) | Có | 18 (51,4) | 2 (1,4) | <0,001[c] |
| | Không | 17 (48,6) | 137 (98,6) | |
| Hạ canxi máu, n (%) | Có | 35 (100) | 74 (53,2) | <0,001[c] |
| | Không | 0 (0) | 65 (46,8) | |

[a] Phép kiểm t; [b] Phép kiểm Chi bình phương; [c] Phép kiểm Fisher chính xác

[d] Khảo sát các trường hợp ác tính huyết học

***Nhận xét:*** Tuổi và giới của bệnh nhân không là yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển HCLGU (giá trị p lần lượt là 0,245 và 0,239). HCLGU thường gặp nhất ở nhóm bạch cầu cấp dòng lympho với hơn 2/3 các trường hợp, kế tiếp là lymphoma không Hodgkin (17,2%). Tỷ lệ tổn thương thận cấp trong nhóm có HCLGU là 14,3% các trường hợp, cao hơn so với nhóm không có HCLGU, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p <0,05).

Bạch cầu máu lúc chẩn đoán ở nhóm có HCLGU cao hơn so với nhóm không có HCLGU, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p =0,01). Các kết quả cận lâm sàng như tăng axit uric, tăng kali, tăng phospho, hạ canxi máu ở nhóm có HCLGU đều khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HCLGU.

[e] Phép kiểm Mann-Whitney

**4. Đặc điểm dự phòng, điều trị và kết quả điều trị HCLGU**

***Bảng 7. Đặc điểm dự phòng, điều trị và kết quả điều trị HCLGU***

| Đặc điểm | HCLGU | |
|---|---|---|
| | Có | Không |
| Dự phòng HCLGU, n(%) Có | 17 (22,6) | 58 (77,4) |
| Không | 1 (1,2) | 81 (98,8) |

| | | |
|---|---|---|
| Điều trị HCLGU, n(%) | N = 35 | |
| Đa truyền dịch | 33 (94,3) | |
| Allopurinol | 34 (97,1) | |
| Điều trị tăng kali máu | 7 (20,0) | |
| Điều trị hạ canci máu | 5 (14,3) | |
| Điều trị thay thế thận | 1 (2,9) | |
| Kết quả điều trị.<br>Hồi phục n(%) | 34 (97,1)<br>1 (2,9) | |

***Nhận xét:*** Chúng tôi ghi nhận 17 trẻ được chẩn đoán HCLGU ngay thời điểm chẩn đoán bệnh ác tính, các trẻ này sau đó được điều trị tích cực HCLGU mà không dự phòng. Còn lại 157 trẻ không có HCLGU tại thời điểm chẩn đoán, ghi nhận 75/157 trẻ (47,8%) được dự phòng bằng đa truyền dịch và allopurinol. Trong đó, 17/75 trẻ (22,7%) tiến triển HCLGU bao gồm: 11 bạch cầu cấp dòng lympho, 1 bạch cầu cấp dòng tủy, 4 trẻ lymphoma không Hodgkin (3 lympho blastic lymphoma và 1 trẻ burkitt lymphoma) và 1 ca u nguyên bào thần kinh.

35 trẻ chẩn đoán HCLGU được điều trị tích cực với đa truyền dịch, allopurinol, điều chỉnh các rối loạn điện giải. Trong đó, 1 trẻ Burkitt lymphoma (chiếm 2,9%) tiến triển sốc nhiễm trùng và tổn thương thận cấp phải chạy thận nhân tạo 6 lần. Em được người thân xin về và sau đó tử vong tại nhà.

## IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình lúc nhập viện của các bệnh nhi là 76,9 ± 53,6 tháng và tỉ lệ nam/nữ là 1,32/1. Khi so sánh với nghiên cứu trong nước của tác giả Hoàng Minh Tuyền và các nghiên cứu ngoài nước cũng ghi nhận kết quả tương tự với độ tuổi thường gặp HCLGU là 5-10 tuổi và nam gặp nhiều hơn nữ [1], [3], [8]. Bệnh lý ác tính thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là bạch cầu cấp dòng lympho với 40,8% các trường hợp kèm biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất là các triệu chứng của giảm 3 dòng tế bào máu, tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Micho, Mansoor và y văn thế giới [10].

HCLGU được chúng tôi ghi nhận ở 20,1% trường hợp, trong đó gần ½ trường hợp xuất hiện ly giải ngay tại thời điểm chẩn đoán bệnh ác tính. Khi so sánh với nghiên cứu ngoài nước, các tác giả Micho, Wossmann và Darmon đã cho thấy tỷ lệ ly giải u lần lượt là 29,5%, 26,5% và 30,7% hơi cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [7]. Thêm vào đó, tỷ lệ ly giải u tự phát trong mẫu nghiên cứu là 48,6%, cao hơn so với tỷ lệ công bố trong bài báo của các tác giả Bagshi và Wasim lần lượt 21,9% và 20%. Sự khác biệt về tỷ lệ HCLGU giữa các nghiên cứu có thể do việc áp dụng các tiêu chí chẩn đoán HCLGU khác nhau, khác biệt về dân số nghiên cứu, bệnh lý ung thư đi kèm, bệnh nhi nhập viện giai đoạn trễ và tùy thuộc loại thuốc hóa trị được sử dụng. Điều trị dự phòng HCLGU cho các bệnh nhi có nguy cơ cũng là một yếu tố góp phần làm giảm tỷ lệ HCLGU do thuốc.

Giới tính không phải là yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của HCLGU (p =0.245). Điều này lại không đồng nhất với kết quả đã được báo cáo của tác giả Mato nghiên cứu trên đối tượng bạch cầu cấp dòng tuỷ là nam có nguy cơ ly giải u cao hơn nữ. Do đó cần một nghiên cứu chi tiết với cỡ mẫu lớn hơn và tỷ lệ giới tính cân bằng để làm rõ thêm vấn đề này. Tổn thương thận cấp xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 14,3% ở nhóm có HCLGU. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Mansoor (14,2%) và thấp hơn nghiên cứu của Darmon (63,8%) [7], [10]. Sự khác biệt lớn về các tỉ lệ này có thể do sự khác biệt trong các phác đồ điều trị của từng trung tâm và quốc gia, chẳng hạn như việc sử dụng allopurinol, tính sẵn có rasburicase và tần suất theo dõi điện giải trong quá trình điều trị. Bạch cầu cấp dòng lympho là bệnh lý có tỷ lệ HCLGU cao nhất (68,6%). Báo cáo của tác giả Hoàng Minh Tuyền cho thấy Burkitt lymphoma có tỉ lệ li giải u cao nhất chiếm 22,1% [1]. Với các nghiên cứu ngoài nước, Mansoor báo cáo 26/36 ca (72,2%) HCLGU là bạch cầu cấp dòng lympho [10]. Firwanna nghiên cứu trên 105 ca HCLGU ghi nhận nhóm bạch cầu cấp chiếm 42%, theo sau là lymphoma non-Hodgkin [8]. Như vậy kết quả của chúng tôi khá tương đồng so với các tác giả nước ngoài, sự khác biệt với báo cáo trong nước có thể do khác nhau về cỡ mẫu và tiêu chuẩn chọn mẫu. Số lượng bạch cầu cao có thể được sử dụng để đánh giá nguy cơ HCLGU trước hóa trị [9]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số bạch cầu lúc chẩn đoán cao hơn có ý nghĩa thông kê ở nhóm có ly giải, tương đồng với tác giả Mansoor [10]. Trên thực tế, Coiffer và cộng sự cũng đã đề xuất sử dụng các yếu tố bao gồm chỉ số bạch cầu, loại ung thư và phương pháp điều trị để phân tầng nguy cơ HCLGU [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trường hợp HCLGU hồi phục, chiếm tỉ lệ 97,1%. Có 1 trường hợp tử vong trong bệnh cảnh sốc nhiễm trùng - tổn thương thận cấp, chiếm tỉ lệ 2,9%. Tương đồng với chúng tôi, tác giả Micho cũng ghi nhận tỉ lệ hồi phục ở nhóm có HCLGU là 88,9% và tỉ lệ tử vong là 11,1%. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Hoàng Minh Tuyền cũng có kết quả tương đồng với 94,8% trẻ hồi phục,

3,9% xin về và 1,3% tử vong do sốc nhiễm trùng [1]. Sự không tương đồng về tỷ lệ tử vong ở các nghiên cứu có thể do khác biệt về phác đồ điều trị, dân số chọn mẫu cũng như bệnh nền ung thư đi kèm.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận HCLGU chiếm tỉ lệ 20,1% ở các bệnh lý ác tính. Trong đó, tình trạng này xảy ra chủ yếu ở trẻ bạch cầu cấp dòng lympho (68,6%) và lymphoma không Hodgkin (17,2%). Tuy tỉ lệ HCLGU tương đối cao và còn nhiều hạn chế trong việc tiếp cận phương pháp điều trị tiên tiến, chẳng hạn như rasburicase nhưng kết quả điều trị tương đối khả quan với tỉ lệ hồi phục 97,1%. Điều này cho thấy việc phân tầng nguy cơ sớm, phòng ngừa và điều trị thích hợp ở trẻ có nguy cơ cao đặc biệt quan trọng trong quản lý HCLGU.

## LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí cho chúng tôi thực hiện đề tài này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Minh Tuyền, Hoàng Thị Diễm Thúy (2019)**, Đặc điểm hội chứng ly giải u ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng 2, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
2. **Abdel-Baset H., Nasr Eldin E., Eltayeb A., et al.,** "Clinical and laboratory approach for the identification of the risk for tumour lysis syndrome in children with acute lymphoblastic leukemia.Clinical and laboratory approach for the identification of the risk for tumour lysis syndrome in children with acute lymphoblastic leukemia", Life Science Journal, (2012), 9.
3. **Ahn Y. H., Kang H. J., Shin H. Y., et al.,** "Tumour lysis syndrome in children: experience of last decade", Hematol Oncol, (2011), 29 (4), pp. 196-201.
4. **Alavi S., Arzanian M. T., Abbasian M. R., et al.,** "Tumor lysis syndrome in children with non-Hodgkin lymphoma", Pediatr Hematol Oncol, (2006), 23 (1), pp. 65-70.
5. **Cairo M. S., Bishop M.,** "Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification", Br J Haematol, (2004), 127 (1), pp. 3-11.
6. **Coiffier B., Altman A., Pui C. H., et al.**, "Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review", J Clin Oncol, (2008), 26 (16), pp. 2767-78.
7. **Darmon M., Vincent F., Camous L., et al.**, "Tumour lysis syndrome and acute kidney injury in high-risk haematology patients in the rasburicase era. A prospective multicentre study from the Groupe de Recherche en Réanimation Respiratoire et Onco-Hématologique", Br J Haematol, (2013), 162 (4), pp. 489-97.
8. **Firwana B. M., Hasan R., Hasan N., et al**., "Tumor lysis syndrome: a systematic review of case series and case reports", Postgrad Med, (2012), 124 (2), pp. 92-101.
9. **Knoebel R. W., Lo M., Crank C. W.,** "Evaluation of a low, weight-based dose of rasburicase in adult patients for the treatment or prophylaxis of tumor lysis syndrome", J Oncol Pharm Pract, (2011), 17 (3), pp. 147-54.
10. **Mansoor A.-e.-R., Zahid M., Mubashir M., et al.,** "Outcome of tumor lysis syndrome in pediatric patients with hematologic malignancies - A single-center experience from Pakistan", The Journal of Community and Supportive Oncology, (2016), 14, pp. 457-465.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT CỦA ĐƯỜNG VÀO ĐỘNG MẠCH QUAY VÀ ĐỘNG MẠCH ĐÙI TRONG NÚT MẠCH ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

**Võ Tấn Đức[1], Trần Quý Tường[2], Nguyễn Quang Thái Dương[1]**

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Can thiệp nút mạch hóa chất qua đường động mạch quay đang là một hướng tiếp cận mới trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG)**. Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ thành công, những lợi ích và biến chứng của can thiệp nút mạch hóa chất điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đường động mạch quay so với đường động mạch đùi. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang hồi cứu. Từ 1/2019 đến 8/2021, tiến hành 197 thủ thuật can thiệp nút mạch hóa chất điều trị ung thư biểu mô tế bào cho 132 bệnh nhân (96 ca đường động mạch đùi và 97 ca đường động mạch quay). **Kết quả:** Tỉ lệ thành công của đường vào ĐMQ trong NMHC điều trị UTBMTBG tương đương đường vào ĐMĐ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (100% và 99%; p=0,497). Tỉ lệ các biến chứng mạch máu tại chỗ của đường vào ĐMQ thấp hơn đường vào ĐMĐ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thông kê (1% và 3,1%; p=0,368). Thời gian thủ

*[1]Trường đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh,*
*[2]Bệnh Viện Thống Nhất*
Chịu trách nhiệm chính: Võ Tấn Đức
Email: duc.vt@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 2.3.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023
Ngày duyệt bài: 5.5.2023