

Am Geriatr Soc. 59(3)(1532-5415 (Electronic)): p. 383-9.

8. **Richards, T.R. and S.W. Tobe**, (2014 May). Combining other antihypertensive drugs with β -blockers in hypertension: a focus on safety and

tolerability. Can J Cardiol. . 30(5 Suppl)(1916-7075 (Electronic)): p. S42-6.

9. **Yoon SS B. V. , L.T., Carroll MD**, (2012). Hypertension among adults in the United States, 2009-2010. NCHS Data Brief. 107: p. 101-108.

KẾT QUẢ SỚM Ở NHỮNG BỆNH NHÂN GHEP THẬN CÓ TIỀN SỬ UNG THƯ TỪ TRƯỚC

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Ninh Việt Khải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau ghép có thể làm nặng nề thêm tình trạng các bệnh lý ác tính, do đó đe dọa đời sống của bệnh nhân cũng như ảnh hưởng lâu dài lên thành công của cuộc ghép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, 4 bệnh nhân được chẩn đoán có tiền sử ung thư ở cơ quan khác và điều trị khỏi trước khi tiến hành ghép thận. Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, nguồn thận ghép, tiền sử ung thư và kết quả điều trị, thời gian từ lúc điều trị khỏi đến khi ghép thận, đánh giá về ung thư trước ghép, kết quả sau ghép. **Kết quả:** 3 bệnh nhân điều trị ung thư tuyến giáp với thời gian từ khi điều trị đến lúc ghép là 12 tháng, 14 tháng, 5 năm. 1 BN được chẩn đoán ung thư tế bào thận T1N0M0 sau 12 tháng được ghép thận. Pet CT là thăm dò cận lâm sàng bắt buộc phải có trước khi ghép. Kết quả ghép thận ổn định, không có thải ghép. Kết quả chức năng thận trở về bình thường và không còn tình trạng tái phát ung thư trên thận mới. nhiễm khuẩn **Kết luận:** bệnh nhân có tiền sử bệnh ác tính nên được chữa khỏi trước ghép. Thời gian để được ghép thận tùy thuộc vào loại ung thư. **Từ khóa:** ghép thận, ung thư trước khi ghép tạng đặc

SUMMARY

EARLY OUTCOMES IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS WITH A HISTORY OF PRE-EXISTING CANCER

Objective: Immunosuppressive drug treatment after transplantation can exacerbate the underlying conditions of malignant diseases, thereby threatening the patient's life and long-term success of the transplant. **Patients and research methods:** Clinical description of 4 patients diagnosed with a history of cancer in other organs and successfully treated before undergoing kidney transplantation. Research indicators: age, source of kidney graft, cancer history, treatment outcomes, time from cancer treatment to kidney transplant, pre-transplant cancer assessment, post-transplant outcomes. **Results:** 3

patients treated for thyroid cancer had intervals between treatment and transplant of 12 months, 14 months, and 5 years. 1 patient diagnosed with T1N0M0 kidney cell cancer received a kidney transplant after 12 months. Pre-transplant PET CT scans were mandatory. Stable kidney transplant results were observed with no graft rejection. Renal function returned to normal, and there was no recurrence of new kidney cancer or infections. **Conclusion:** Patients with a history of malignancy were successfully treated before transplantation. The time taken for kidney transplantation depended on the type of cancer. **Keywords:** kidney transplantation, prior cancer history for solid transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp điều trị được lựa chọn cho hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Ghép thận thành công làm cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ tử vong cho đa số bệnh nhân khi so sánh với bệnh nhân lọc máu. Bệnh nhân bị bệnh thận mạn giai đoạn cuối thường có nhiều bệnh kèm theo. Bệnh nhân chuẩn bị ghép thận cần được đánh giá cẩn thận để phát hiện và điều trị các bệnh lý đi kèm, có thể ảnh hưởng đến nguy cơ chu phẫu và sống còn sau khi ghép thận.^{1,2} Các bệnh nhân được coi là khỏi sau điều trị ung thư thận có thể ghép thận được như các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Chúng tôi xin chia sẻ các trường hợp lâm sàng các bệnh nhân có tiền sử ung thư đã xác định khỏi bệnh qua đó có cơ hội ghép thận và cho kết quả sớm rất khả quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các BN ghép thận có tiền sử ung thư đã phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ghép thận có tiền sử ung thư được xác định khỏi bệnh

Tiêu chuẩn loại trừ: BN suy thận mạn đang trong giai đoạn theo dõi về ung thư

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologue@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện,
2.2.3 Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, nguồn thận ghép, tiền sử ung thư và kết quả

điều trị, thời gian từ lúc điều trị khỏi đến khi ghép thận, đánh giá về ung thư trước ghép, kết quả sau ghép

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhóm BN ghép thận có tiền sử K

STT	Tên BN	Tuổi	Nguồn thận ghép	Tiền sử ung thư	Thời gian từ lúc điều trị khỏi đến lúc ghép thận	Pet- CT trước khi ghép
1	Nguyễn TL	Nữ 28	Người cho sống, cùng nhóm máu O	K giáp đã mổ cắt toàn bộ tuyến giáp T1/2022, GPB: adenoma carcinoma tuyến giáp T3N1M0	14 tháng	Không thất hình ảnh tổn thương ác tính tăng chuyển hóa bất thường trên phim chụp
2	Nguyễn .Đ.T	Nam 23	Người cho sống – cùng nhóm máu A	K giáp thể nhũ phát hiện tháng 2/2018 đã mổ cắt toàn bộ tuyến giáp nạo vét hạch cổ và cảnh trong trái	5 năm	không thấy tổn thương ác tính tăng chuyển hóa bất thường trên phim hiện ổn định
3	Phan .V.T	62	Người cho sống cùng nhóm máu A	Cắt thận trái do chấn thương 2001, cắt thận phải do ung thư thận tháng 10/2022 RCC pt1N0M0	10 tháng	không thấy tổn thương ác tính tăng chuyển hóa bất thường trên phim hiện ổn định
4	Nguyễn .T.H	50	Người cho sống cùng nhóm máu O	K giáp đã mổ cắt thùy trái tuyến giáp T2/2023, GPB: adenoma carcinoma tuyến giáp T1N1M0	12 tháng	không thấy tổn thương ác tính tăng chuyển hóa bất thường trên phim hiện ổn định

Bảng 2. Chẩn đoán và kết quả điều trị BN ghép thận có tiền sử K

STT	Tên BN	Nguyên nhân suy thận	Vị trí đặt thận ghép	Thuốc điều trị sau ghép	Thời gian theo dõi sau ghép	Chức năng thận
1	Nguyễn TL	phát hiện suy thận mạn độ II 2017, điều trị bảo tồn, lọc máu chu kỳ 2022	Hở chậu phải	Steroid + MMF + Tacrolimu + hooc môn tuyến giáp	9 tháng Không tái phát ung thư trên thận ghép	125 µmol/l
2	Nguyễn .Đ.T	Cuối tháng 3/2023, bệnh nhân mệt, đi khám phát hiện suy thận giai đoạn cuối phải lọc máu cấp cứu	Hở chậu phải	Steroid + MMF + Tacrolimu + hooc môn tuyến giáp	7 tháng Không tái phát ung thư trên thận ghép	110µmol/l
3	Phan .V.T	Lọc máu chu kỳ từ tháng 10/2022	Hở chậu phải	Steroid + MMF + Tacrolimu +	6 tháng Không tái phát ung thư trên thận ghép	120 µmol/l
4	Nguyễn T.H	Lọc máu chu kỳ 15 năm	Hở chậu phải	Steroid + MMF + Tacrolimu + hooc môn tuyến giáp	2 tháng	115 µmol/l

IV. BÀN LUẬN

Ghép thận để làm tái phát các bệnh lý ung thư sẵn có vì vậy không phải ung thư nào cũng có thể tiến hành ghép thận. khác với các ung thư giai đoạn sớm cần được chẩn đoán bằng nội soi hoặc điều trị nội soi đạt được hiệu quả triệt để, một số ung thư sau 5 năm điều trị không tái phát mới được ghép thận. Do đó việc phân loại ung thư nào được ghép là rất quan trọng. Điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau ghép có thể làm nặng nề thêm tình trạng các bệnh lý ác tính, do đó đe dọa đời sống của bệnh nhân cũng như ảnh hưởng lâu dài lên thành công của cuộc

ghép. Vì vậy, bệnh nhân có tiền sử bệnh ác tính nên được chữa khỏi trước ghép. Đối với ghép tạng đặc nói chung và ghép thận nói riêng thận tiền sử ung thư được coi là chống chỉ định tương đối ngoại trừ với người có nhu cầu ghép nhưng lớn tuổi³. Bên cạnh những chống chỉ định như nhiễm khuẩn cấp chưa được kiểm soát, bệnh tim mạch hô hấp nặng, nghiện rượu, rối loạn tâm thần chưa kiểm soát được¹.

Theo Sergio A^{3,4} người nhận có khoảng thời gian từ khi chẩn đoán ung thư đến lúc ghép tạng > 5 năm thì tỷ lệ tử vong do các nguyên nhân khác cao hơn, nguyên nhân không ung thư (tim

mạch, nhiễm khuẩn, đái đường...) cao hơn so với nguy cơ tử vong do ung thư. Tuy vậy tỷ lệ tái phát cao hơn, tuy vậy khoảng thời gian nói trên không liên quan đến thời gian tái phát ung thư sau ghép. Brattstrom C⁵ nhắc đến đối với ghép tạng đặc nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch vẫn chiếm hàng đầu ngay cả đối với nhóm ghép tạng có tiền sử ung thư hoặc không. Theo G. Mosconi bệnh nhân suy thận mạn có tỷ lệ mắc bệnh ung thư cao hơn được quan sát thấy trong dân chúng nói chung, đặc biệt là đối với các khối u tự nhiên ở thận, tuyến tiền liệt, tuyến giáp, gan, tử cung, và u lympho. Cũng theo tác giả trong số 1184 bệnh nhân có 4,56% có biểu hiện ác tính. Tỷ lệ mắc ung thư tỷ lệ mắc ung thư chung là 2,2%. Ở 97% bệnh nhân, bệnh ác tính chỉ giới hạn ở cơ quan đích mà không có thứ phát. Theo tác giả thì tổn thương do oxy hóa và tích tụ oxalate được cho là yếu tố gây bệnh cho sự khởi phát của bệnh tự nhiên đặc biệt với K giáp, còn với thận thì có nguồn gốc từ bệnh thận đa nang⁶. Sự gia tăng ung thư tuyến giáp bắt nguồn từ việc giảm sản xuất enzyme chứa selenocysteine, glutathione-peroxidase, do tổn thương ở đầu gần tuyến giáp. biểu mô ống, hoặc do thiếu hụt selen liên quan đến bệnh urê máu tăng. Nghiên cứu của Michel Pyra⁷ 52/300 BN ghép có phát triển bệnh ác tính sau ghép như ung thư da, rối loạn tăng sinh lymphoma, ung thư Kaposi, ung thư vú thừa merker, ung thư phổi, tác giả khuyến cáo nên sàng lọc đặc biệt ung thư ngay ở những bệnh nhân suy thận mạn chờ ghép để ước tính được rủi ro tái phát ác tính, và cthowfi gian chờ đợi ghép tùy thuộc vào loại ung thư và nguy cơ mắc bệnh. Fischereder⁸ đã xác định mức độ phổ biến của bệnh lý ác tính ở bệnh nhân được chờ ghép thận.

Tỷ lệ ung thư ở những người có khả năng được ghép thận là 9,9%, Thời gian trung bình từ khi chẩn đoán bệnh ác tính là 2,2 năm đối với bệnh nhân trong danh sách chờ.

Bảng 3: Thời gian cho phép bệnh nhân ghép thận có bệnh lý ung thư²

Loại ung thư	Giai đoạn	Thời gian cho phép
Ung thư vú	Sớm	Ít nhất 2 năm
	Tiến triển	Ít nhất 5 năm
Ung thư đại trực tràng	Dukes A/B	Ít nhất 2 năm
	Dukes C	2- 5 năm
	Dukes D	Ít nhất 5 năm
Ung thư bàng quang	Xâm lấn cơ	Ít nhất 2 năm
Ung thư thận	< 3cm	Ghép ngay
	Sớm	Ít nhất 2 năm

	To và xâm lấn	Ít nhất 5 năm
Ung thư tử cung	Khư trú	Ít nhất 2 năm
	Xâm lấn	Ít nhất 5 năm
Ung thư màng não	Khư trú	Ít nhất 2 năm
	Xâm lấn	Ít nhất 5 năm
Ung thư phổi	Khư trú	2- 5 năm
Ung thư tinh hoàn	Khư trú	Ít nhất 2 năm
	Xâm lấn	2- 5 năm
Ung thư tiền liệt tuyến	Gleason < 6	Ghép ngay
	Gleason 7	Ít nhất 2 năm
	Gleason 8-10	Ít nhất 5 năm
Ung thư tuyến giáp	(thể nhú/thể nang/thể tủy)	
	Giai đoạn 1	Ghép ngay
	Giai đoạn 2	Ít nhất 2 năm
	Giai đoạn 3	Ít nhất 5 năm
	Giai đoạn 4	Chống chỉ định
	Không biệt hóa	Chống chỉ định
Ung thư lymphoma Hogkin và non Hogkin	Khư trú	Ít nhất 2 năm
	Vùng	3-5 năm
Ung thư da	Di căn xa	Ít nhất 5 năm
	Khư trú	Ít nhất 5 năm
	Xâm lấn	Chống chỉ định

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán sớm và điều trị sớm các bệnh ác tính là cần thiết trước khi nghĩ đến ghép thận. Thời gian để được ghép thận tùy thuộc vào loại ung thư. Các bệnh nhân có tiền sử ung thư đã xác định khỏi bệnh qua đó có cơ hội ghép thận và cho kết quả sớm khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasiske BL, Zeier MG, Chapman JR, et al (2010). KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients: A summary. *Kidney Int* 2010; 77: 299-311
2. David P. Al-Adra, Laura Hammel, John Roberts, E. Steve Woodle (2021). Pretransplant solid organ malignancy and organ transplant candidacy: A consensus expert opinion statement. *Am. J. Transplant.* 2021;21:460-474
3. Sergio A, Rinku Sutradhar, Joseph Kim et al (2018) Solid Organ Transplantation in Patients With Preexisting Malignancies in Remission: A Propensity Score Matched Cohort Study. *Transplantation* ;102 : 1156 -1164 . DOI: 10.1097/TP.0000000000002178.
4. Sergio A, Winnie Lam, Corine Daly et al (2018). Cancer evaluation in the assessment of solid organ transplantation candidates: a systematic review of clinical practice guidelines. *Transplantation reviews*, 32,1,pages 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.trre.2017.10.002>
5. Brattstrom C, Granath F, Edgren G, et al. Overall and cause-specific mortality in transplant recipients with a pretransplantation cancer history. *Transplantation.* 2013;96:297-305
6. G. Mosconi, L. Stalteri, F. Centofanti, I. Capelli, E. Carretta, E. Persici, (2011).

Incidence of Cancer in Kidney Transplantation Waiting List Patients A Single Center Experience Transplantation Proceedings, 43, 1003–1005 (2011)

7. **Michał Pyrza, Jacek Malyszko, Paweł Zebrowski, Monika Wieliczko, and Jolanta Malyszko.** (2020). Malignancy Prevalence in Waitlisted Potential Kidney Transplant

Recipients Is Very Low Relative to Patients After Kidney Transplantation. Transplantation Proceedings, 20, 1- 4. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.01.119>

8. **Fischereder M, Jauch KW.** Prevalence of cancer history prior to renal transplantation. Transpl Int 2005;18, 779 -784.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐIỀU TRỊ VIÊM Màng NÃO NHIỄM KHUẨN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Ngô Anh Vinh¹, Võ Mạnh Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng não nhiễm khuẩn điều trị tại khoa Nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** nam gặp nhiều hơn nữ và nhóm tuổi >1 tháng đến 2 tuổi chiếm tỷ lệ mắc cao nhất (53,3%). Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là cứng gáy, sốt, đau đầu/quấy khóc, chiếm tỷ lệ lần lượt 73,3%, 66,7% và 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu (Hb<100g/l) chiếm 46,7%, bạch cầu tăng (10.000g/l) chiếm 80% và nồng độ CRP tăng (>6mg/ml) chiếm 80%. Tỷ lệ biến đổi màu sắc dịch não tủy chiếm 70%. Căn nguyên gây bệnh hay gặp nhất là phế cầu chiếm 40%. Về điều trị, tỷ lệ tiến triển xấu ở nhóm bệnh nhân >1 tháng - 2 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%). Tri giác giảm, co giật khi vào viện, thời gian vào viện > 5 ngày và nồng độ CRP >30mg/l cũng là những yếu tố có liên quan đến tiến triển bệnh xấu. **Kết luận:** Các biểu hiện lâm sàng thường gặp trong viêm màng não nhiễm khuẩn là cứng gáy, sốt, đau đầu/quấy khóc. Căn nguyên gây bệnh hay gặp nhất là phế cầu. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng điều trị xấu là: tuổi dưới 2 tuổi, tri giác giảm, co giật khi vào viện, thời gian vào viện > 5 ngày và nồng độ CRP >30mg/l.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, tiên lượng điều trị, viêm màng não nhiễm khuẩn, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL & PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME PROGNOSTIC FACTORS FOR TREATMENT IN CHILDREN WITH INFECTIOUS MENINGITIS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: drngovinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

Objective: To describe clinical & paraclinical characteristics and some prognostic factors for treatment in children with infectious meningitis at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Research subjects and methods:** Patients diagnosed with infectious meningitis treated at the Department of Tropical Diseases - Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Male was more common (higher in incidence), and the age group from more than 1 month to 2 years old accounts for the highest proportion (53.3%). Common clinical manifestations were a stiff neck, fever, headache/fussiness, accounting for 73.3%, 66.7% and 66.7% respectively. The percentage of patients with anemia (Hb<100g/l) was 46.7%, increased white blood cells (10,000g/l) was 80%, and increased CRP concentration (>6mg/ml) accounted for 80%. The percentage of cerebrospinal fluid color change accounted for 70%. The most common cause of the disease was pneumococcus, accounting for 40%. Regarding treatment, the highest rate of deterioration was seen in the group of patients > 1 month to 2 years old, accounting for 23.1%. Reduced consciousness, seizures upon admission, prolonged hospital stay > 5 days and CRP concentration >30mg/l were also factors related to poor disease progression. **Conclusion:** Common clinical manifestations of infectious meningitis were neck stiffness, fever, headache/fussiness. The most common cause of the disease was pneumococcus. Factors related to poor treatment prognosis were age under 2 years old, decreased consciousness, seizures upon admission, hospital stay > 5 days and CRP concentration >30mg/l. **Keywords:** clinical, paraclinical, treatment prognosis, infectious meningitis, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là bệnh lý nhiễm khuẩn thần kinh trung ương thường gặp nhất ở trẻ em đặc biệt ở trẻ dưới 3 tuổi [1]. Viêm màng não nhiễm khuẩn thường có tỷ lệ tử vong cao và để lại di chứng thần kinh nặng nề. Tỷ lệ tử vong của VMNNK dao động từ khoảng 4,5% (với các nước phát triển) đến 33% (với các nước đang phát triển) và có tới 50% số bệnh nhân sống sót bị di chứng thần kinh [2], [3]. Vì thế VMNNK được xem là một trường hợp