

KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ TRƯỚC PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIC-IV TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH

Nguyễn Thị Thanh Huyền*, Nguyễn Danh Song, Vũ Thị Hồng,
Hoàng Thị Trà My, Lê Thị Hương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ paclitaxel-carboplatin trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV được điều trị bổ trợ trước bằng paclitaxel-carboplatin tại khoa Nội 1 Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2025.

Kết quả nghiên cứu: Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân, tuổi trung bình $58,8 \pm 7,1$. Triệu chứng thường gặp nhất gồm đau bụng, chướng bụng (64,5%). Khối u >5 cm và đa ổ trên chẩn đoán hình ảnh (CT, MRI) chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 74,2%, 58,1%. Ung thư biểu mô thanh dịch chiếm đa số 87,1%. Tất cả bệnh nhân được hóa trị paclitaxel-carboplatin bước 1. Đáp ứng điều trị có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (3,2%), 25 bệnh nhân đáp ứng một phần (80,6%), 5 bệnh giữ nguyên (16,1%). Tỷ lệ ECOG 2 giảm từ 12,9% xuống còn 3,2%. Hầu hết bệnh nhân có thể trạng 0-1 chiếm 96,8%. Tỷ lệ chuyển mô đạt 100%, có 2 trường hợp từ chối phẫu thuật. Độc tính huyết học là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất với tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính (41,9%) chỉ gặp độ 1-2; thiếu máu độ 1 (41,9%), độ 2 (3,2%), hạ tiểu cầu (12,9%) chủ yếu độ 1. Độc tính ngoài huyết học thường gặp gồm nôn (29,1%), tăng creatinine (32,2%), tăng men gan (6,5%), rối loạn thần kinh ngoại vi (9,7%), chủ yếu độ 1-2, không ghi nhận độ 3-4.

Kết luận: Paclitaxel-Carboplatin là phác đồ hóa trị bổ trợ trước mang lại hiệu quả cao trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, giai đoạn IIIC-IV, hóa trị bổ trợ trước, Paclitaxel-Carboplatin, đáp ứng điều trị, độc tính.

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Huyền

Email: bsthanhhuyen79@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

RESULTS OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE IIIC-IV OVARIAN CANCER AT BAC NINH ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the treatment response and adverse events of the paclitaxel–carboplatin regimen in patients with stage IIIC–IV epithelial ovarian cancer at Bac Ninh Oncology Hospital from January 2024 to June 2025.

Subjects and Methods: A retrospective and prospective descriptive study was conducted. Patients diagnosed with stage IIIC–IV epithelial ovarian cancer who received neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel–carboplatin at the Department of Internal Medicine 1, Bac Ninh Oncology Hospital, from January 2024 to June 2025 were included.

Results: Thirty-one patients were enrolled. The mean age was 58.8 ± 7.1 years. The most common presenting symptoms were abdominal pain and distension (64.5%). Tumor size >5 cm and multifocal lesions on imaging (CT, MRI) were observed in 74.2% and 58.1% of patients, respectively. Serous carcinoma accounted for the majority (87.1%). All patients received first-line paclitaxel–carboplatin. Treatment response included 1 complete response (3.2%), 25 partial responses (80.6%), and 5 stable disease cases (16.1%). ECOG performance status 2 decreased from 12.9% to 3.2%, with most patients achieving ECOG 0–1 (96.8%). The rate of conversion to surgery was 100%, with 2 patients refusing surgery. Hematologic toxicities were the most common adverse events, including neutropenia (41.9%, grade 1–2 only), anemia (41.9% grade 1; 3.2% grade 2), and thrombocytopenia (12.9%, mainly grade 1). Non-hematologic toxicities included nausea (29.1%), elevated creatinine (32.2%), elevated liver enzymes (6.5%), and peripheral neuropathy (9.7%), mostly grade 1–2, with no grade 3–4 events recorded.

Conclusion: Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel–carboplatin demonstrates high efficacy and good tolerability in patients with stage IIIC–IV epithelial ovarian cancer.

Keywords: Ovarian cancer, stage IIIC–IV, neoadjuvant chemotherapy, paclitaxel–carboplatin, treatment response, toxicity.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp nhất và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong nhóm này. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới ghi nhận hơn 324.603 ca mắc mới và 206.956 ca tử vong do ung thư buồng trứng. Tại Việt Nam, năm 2022 có 1.534 ca mắc mới và 1000 trường hợp tử vong vì căn bệnh này [1].

Về mô bệnh học, có tới 95% ung thư buồng trứng thuộc loại ung thư biểu mô, còn lại là ung thư tế bào mầm và u đệm dây sinh dục [2]. Trong đó, ung thư biểu mô buồng trứng thể thanh dịch độ cao chiếm khoảng 70-80%, dạng nội mạc tử cung 10%, tế bào sáo 10%, thanh dịch độ thấp < 5%, dạng nhầy 3% [3].

Ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV còn gọi là ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa, khi khối

u đã lan đến phúc mạc ngoài tiêu khung, đường kính lớn nhất > 2cm, di căn đến các cơ quan ngoài bụng, khiến việc phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu gặp nhiều khó khăn. Trên 80% trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn này [4]. Hóa trị hỗ trợ trước đóng vai trò quan trọng làm giảm kích thước khối u, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật. Đồng thời chuyển giai đoạn từ không thể phẫu thuật được thành phẫu thuật được, giúp cải thiện cả về sống thêm không bệnh (DFS) và sống thêm toàn bộ (OS).

Trong các phác đồ hóa trị, sự phối hợp giữa taxane (Paclitaxel) và platinum (Carboplatin) được coi là phác đồ tiêu chuẩn trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV, cải thiện tỷ lệ phẫu thuật tối đa và kết quả sống thêm cho bệnh nhân.

Tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh hóa trị hỗ trợ trước bằng paclitaxel-carboplatin đã được áp dụng từ năm 2023. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ. Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ paclitaxel-carboplatin trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV được điều trị hỗ trợ trước bằng paclitaxel- carboplatin tại khoa Nội 1 Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2025.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô buồng trứng.

- Chẩn đoán giai đoạn IIIC - IV không mô được.

- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan thận, huyết học ở giới hạn cho phép điều trị.

- Điều trị tối thiểu 3 chu kỳ hóa trị paclitaxel - carboplatin.

- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và thông tin theo dõi sau điều trị.

- Chỉ số toàn trạng theo ECOG ≤ 2 .

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán, điều trị ban đầu tại các cơ sở khác.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

- Đang mắc bệnh phối hợp nặng hoặc ung thư khác đang tiến triển.

2.4. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu trong nghiên cứu là 31 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.6. Các bước tiến hành

- Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án (thu tuyển hồi cứu).

- Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và trong quá trình điều trị.

- Ghi nhận kết quả đáp ứng điều trị và độc tính của phác đồ.

+ Điều trị hóa chất phác đồ paclitaxel – carboplatin.

+ Paclitaxel 175mg/m² và Carboplatin AUC 5-6.

Khoảng cách giữa các đợt điều trị là 21 ngày, tổng số đợt điều trị hóa chất 3 đợt.

+ Tỷ lệ đáp ứng: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, tiến triển sau 3 chu kỳ.

Đáp ứng của BN được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

+ Độc tính hóa trị được đánh giá theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới.

2.7. Xử lý số liệu

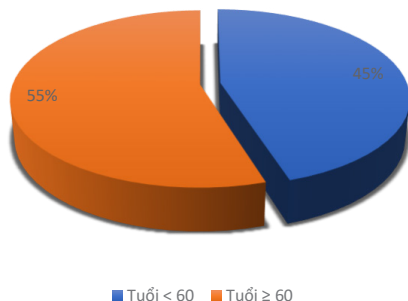
Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Số liệu trung thực khách quan.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi bệnh nhân

* Nhận xét:

Tuổi trung bình: 58,8±7,1. Thấp nhất là 42 tuổi, cao nhất là 71 tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 hay gặp nhất, chiếm 54,8%.

Bảng 1. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau bụng-chướng bụng	20	64,5
Tức ngực-khó thở	2	6,5
Mệt mỏi-sút cân	4	12,9
Sờ thấy u-hạch	5	16,1
Tổng	31	100

* Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân đến khám do đau bụng, chướng bụng chiếm 64,5%.

Đa số bệnh nhân đến khám do tự sờ thấy khối u tuyến vú, chiếm 90%;

Có 2 bệnh nhân đến viện do tức ngực, khó thở chiếm 6,5 %, có 5 bệnh nhân đến viện do sờ thấy u, hạch chiếm 16,1%.

Bảng 2. Chỉ số CA 125 trước và sau điều trị

Giá trị	Trước điều trị	Sau điều trị
>1000 U/ml	12 (38,7%)	0 (0%)
≤1000 U/ml	19(61,3%)	31(100%)
Giá trị nhỏ nhất	112,2	21,1
Giá trị lớn nhất	2350,3	888,2

* Nhận xét:

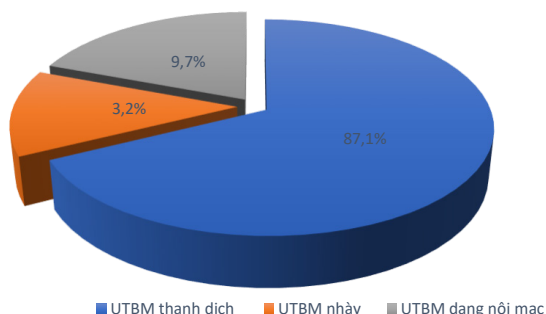
Bệnh nhân có nồng độ CA125 trước điều trị >1000 U/ml chiếm 38,7%. Nồng độ CA125≤ 1000 giảm sau điều trị chiếm 100%.

Bảng 3. Kích thước u trên phim chụp CT/ MRI

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm u trên phim CT/ MRI		
Đường kính u (cm)		
< 5 cm	8	25,8
5- 10 cm	18	58,1
≥ 10 cm	5	16,1
Tính chất u		
Nang	2	6,5
Đặc	17	54,8
Hỗn hợp	7	22,6
Thâm nhiễm	5	16,1
Số lượng u trên CDHA		
Một u	11	35,5
Nhiều u	20	64,5
Dấu hiệu gợi ý ác tính		
Vách không đều	9	29,0
Dịch ổ bụng	17	54,8
Xâm lấn xung quanh	5	16,2

* Nhận xét:

Phần lớn bệnh nhân có kích thước u lớn nhất đo được trên chẩn đoán hình ảnh (CT; MRI) kích thước > 5cm chiếm 74,2%. Bệnh nhân có nhiều u chiếm tỷ lệ cao 58,1%. Dịch ổ bụng là dấu hiệu gợi ý ác tính hay gặp nhất chiếm 54,8%.



Biểu đồ 2. Các thể mô bệnh học

* Nhận xét:

Có 87,1% các trường hợp UTBM thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất, các thể khác ít gặp.

3.2. Đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

3.2.1. Đáp ứng

Bảng 4. Đáp ứng lâm sàng sau 3 đợt hóa trị

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	3,3
Đáp ứng một phần	25	80,6
Giữ nguyên	5	16,1
Tiến triển	0	0
Tổng	31	100

* Nhận xét:

Chủ yếu bệnh nhân đáp ứng một phần sau điều trị chiếm 80,6%, có 1 trường hợp bệnh đáp

ứng hòa toàn chiếm 3,2%, 5 trường hợp bệnh giữ nguyên chiếm 16,1%.

Bảng 5. Đáp ứng theo kích thước u

Kích thước u	Đáp ứng (%)	Không đáp ứng (%)	Tổng n (%)	p
< 5cm	8 (100%)	0 (0,0%)	8 (100%)	0,137
5-10cm	15 (83,3%)	3 (16,7%)	18 (100%)	
>10cm	3 (60%)	2 (40,0%)	5 (100%)	

Nhận xét:

Tỷ lệ đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân có kích thước u < 5cm là 100%, trong khi đó, tỷ

lệ đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân có kích thước u 5-10cm và >10cm lần lượt là 83,3% và 60%. Sự khác biệt này không ý nghĩa thống kê với p = 0,137 (p > 0,05).

Bảng 6. Đáp ứng lâm sàng theo các đặc điểm mô bệnh học

Thể mô bệnh học	Đáp ứng	Không đáp ứng	Tổng n (%)	p
UTBM thanh dịch	25(92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)	0,009
UTBM tế bào nhày	0 (0%)	1(100%)	2 (100%)	
UTBM dạng nội mạc	1(33,3%)	2 (66,7%)	2 (100%)	

Nhận xét:

Tỷ lệ đáp ứng điều trị của nhóm UTBM thanh dịch là 92,6% cao hơn so với nhóm UTBM tế bào nhày và UTBM.

3.2.2. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học/tổng số bệnh nhân

Độ	Hạ bạch cầu Số BN (%)	Hạ BCĐNTT Số BN (%)	Hạ tiểu cầu Số BN (%)	Giảm huyết sắc tố Số BN (%)
1	12 (38,7%)	12 (38,7%)	4 (12,9%)	13 (41,9%)
2	1 (3,2%)	1 (3,2%)	0	2 (6,7)
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu chỉ gặp độ 1, 2 (chiếm 45,1%).

nhân trong nghiên cứu chủ yếu gặp độ 1, 2 (chiếm 41,9%).

- Tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính của bệnh

- Không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu độ 3, 4.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ thống huyết học

Triệu chứng \ Độ	Độ 1 Số BN (%)	Độ 2 Số BN (%)	Độ 3	Độ 4
Nôn, buồn nôn	9 (29,1%)	0 (0%)	0	0
Tiêu chảy	3 (9,7%)	0 (0%)	0	0
Độc tính trên gan	9 (29,0%)	1 (3,2%)	0	0
Độc tính trên thận	2 (6,5%)	0 (0%)	0	0
Độc tính trên thần kinh ngoại vi	3 (9,7%)	0 (0%)	0	0

Nhận xét:

- Trong nghiên cứu chỉ gặp bệnh nhân tăng men gan độ 1; 2.
- 6,5% bệnh nhân có tăng creatinin độ 1.
- Nôn và buồn nôn có tỷ lệ là 29,1% chỉ gặp độ 1.
- Tiêu chảy gặp ở 3 bệnh nhân chiếm 9,7%, trong đó chỉ gặp bệnh nhân ở độ tính độ 1.
- Rối loạn thần kinh ngoại vi chỉ gặp độ 1 chiếm tỷ lệ 9,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

4.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $58,8 \pm 7,1$ tuổi, thấp nhất là 42 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất ≥ 60 tuổi chiếm 54,8%. Kết quả nghiên cứu của tôi tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan (2023)[5] và Nguyễn Mai Lương (2022) [6] cùng nghiên cứu trên bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC – IV điều trị phác đồ PC với tuổi trung bình tương ứng 60 tuổi và 55 tuổi.

4.1.2. Lý do vào viện

Ung thư buồng trứng tiến triển thầm lặng nên giai đoạn sớm các triệu chứng lâm sàng không có hoặc mờ nhạt. Khi có triệu chứng bệnh thường đã ở giai đoạn muộn, các triệu chứng lại không đặc hiệu dễ nhầm với các bệnh lý lành tính khác. “Đau bụng-chướng bụng” là triệu chứng rất hay gặp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy “đau bụng-chướng bụng” chiếm 64,5%, tiếp sau là triệu chứng “sờ thấy u-hạch” chiếm 16,1%. Kết quả nghiên cứu của tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Lương (2022) có lý do bệnh nhân đến nhập viện hay gặp nhất là “đau bụng-chướng bụng” chiếm 76,9%, tiếp sau là triệu chứng “mệt mỏi-sút cân” chiếm 13,5% [6].

4.1.3. Nồng độ CA -125

Nồng độ CA125 tăng cao ở hơn 80% các trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng, nhưng cũng có thể tăng trong một số tình trạng lành tính hoặc một số ung thư ngoài buồng trứng. Theo dõi sự thay đổi nồng độ CA125 để dự đoán đáp ứng và tiến triển bệnh trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của tôi, tất cả bệnh nhân trước điều trị đều có chỉ số CA125 trong máu cao hơn ngưỡng bình thường, trong đó nhóm có nồng độ CA125 > 1000 U/ml chiếm 38,7%, nhóm có nồng độ CA125 ≤ 1000 U/ml chiếm 61,3%. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mậu Thái (2023) tại thời điểm chẩn đoán, tất cả bệnh nhân đều tăng CA12-5 với trung vị là $1741,5 \pm 1882,1$ U/ml [7].

4.1.4. Đặc điểm u trên chẩn đoán hình ảnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được nhóm có kích thước u > 10 cm chiếm 16,1%, u 5-10cm chiếm 58,1% và u < 5 cm chiếm 25,8%. Khi so sánh kết quả này với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Lương trên bệnh nhân UTBMBT

giai đoạn IIIC - IV, nhóm có kích thước u 5-10cm có tỷ lệ cao nhất 50%, nhóm có kích thước u > 10cm chiếm 36,5%, nhóm có kích thước u < 5cm chiếm 13,5% [6].

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan (2023) nhóm có kích thước u > 10cm chiếm 31,9%, u 5-10 cm chiếm 47,8% và u < 5 cm chiếm 20,3% [5]. Sự chênh lệch này có thể lý giải vì phương pháp đánh giá ban đầu giữa các nghiên cứu không đồng nhất với nhau, cỡ mẫu của tôi nhỏ hơn so với các nghiên cứu vừa nêu trên nên có thể gây ra sự khác biệt khi so sánh nhóm kích thước u.

Tỷ lệ bệnh nhân có khối u đặc trong nghiên cứu của tôi chiếm đa số với 54,8%, tiếp theo đó là dạng hỗn hợp, thâm nhiễm, nang với tỷ lệ lần lượt là 22,6%, 16,1% và 6,5%. Nghiên cứu của tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mậu Thái (2023) có tỷ lệ khối u đặc trong nghiên cứu 48,7%, tiếp theo đó là dạng hỗn hợp, nang, thâm nhiễm với số liệu lần lượt là 33,3%, 15,4% và 2,6% [7].

4.1.5. Các đặc điểm mô bệnh học

Trong nghiên cứu của tôi UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 87,1%, UTBM thể nhày chiếm 3,2%, UTBM dạng nội mạc tử cung 9,7%. Tác giả Nguyễn Mai Lương nghiên cứu trên 52 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC – IV cũng cho kết quả tương tự với thể UTBM thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 78,8%, UTBM thể nhày chiếm 7,7%, UTBM dạng nội mạc tử cung 3,8% [6].

4.2. Đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

4.2.1. Đáp ứng điều trị

4.2.1.1. Đáp ứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của tôi đánh giá đáp ứng trên lâm sàng, sau 3 chu kỳ hóa trị hỗ trợ trước có 28/31 bệnh nhân đáp ứng một phần chiếm 80,6%,

có 5 trường hợp bệnh giữ nguyên chiếm 16,1%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Mai Lương (2022) với tỷ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ hóa trị paclitaxel – carboplatin là 92,3% [6]. Có thể do cỡ mẫu của tôi nhỏ hơn và tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu vừa nêu trên nên có thể gây ra sự khác biệt.

Với những kết quả thu được từ các nghiên cứu có thể thấy UTBMBT là khối u đặc nhạy cảm với hóa trị, cụ thể với phác đồ hóa trị paclitaxel – carboplatin có tỷ lệ đáp ứng cao. Ngay cả khi bệnh ở giai đoạn tiến triển, phẫu thuật thăm dò hay các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh cho thấy bệnh lan rộng, dịch cổ trướng nhiều thì cũng đã có sự thuyên giảm đáng kể sau hóa trị hỗ trợ trước.

4.2.1.2. Đáp ứng về mô bệnh học

Thể mô bệnh học ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị ($p < 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân UTBM thanh dịch trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 92,6%, cao hơn so với tỷ lệ đáp ứng của nhóm UTBM dạng nội mạc là 33,3%, nhóm UTBM tế bào nhày là 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,009$ ($p<0,05$). Nghiên cứu của tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan (2023) tỷ lệ đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân UTBM thanh dịch độ cao là 100%, cao hơn so với tỷ lệ đáp ứng của nhóm UTBM tế bào sáng là 66,7%, nhóm UTBM tế bào nhày là 50%. Trường hợp UTBM thanh dịch độ thấp duy nhất trong nghiên cứu không đáp ứng với hóa trị hỗ trợ trước [5].

4.2.2. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

4.2.2.1. Các tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạ bạch cầu hạt có 41,9% bệnh nhân gặp tác dụng phụ này và chủ yếu là hạ độ 1; 2, không có bệnh nhân bị hạ

bạch cầu độ 3; 4. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Lương cho kết quả tương tự tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1; 2 là 40,4%, hạ bạch cầu độ 3; 4 là 11,5% [6]. Đối tượng nghiên cứu của tôi là những bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC – IV không mổ được do bệnh lan tràn hoặc có thể trạng yếu. Tuy nhiên cũng không có bệnh nhân nào phải truyền máu trước khi hóa trị. Trong quá trình điều trị hóa chất, có 45,1% các bệnh nhân bị hạ huyết sắc tố nhưng tất cả đều ở độ 1; 2. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Mai Lương với tỷ lệ hạ huyết sắc tố độ 1 và 2 lần lượt là 57,7% và 5,8% [6]. Có thể vì tác giả đánh giá mức độ hạ huyết sắc tố của cả bệnh nhân đã có tình trạng thiếu máu trước điều trị và một số bệnh nhân điều trị đến 6 chu kỳ hóa chất nên kết quả có sự chênh lệch.

4.2.2.2. Các tác dụng không mong muốn ngoài hệ huyết học

Tỷ lệ tăng men gan trong nghiên cứu của tôi là 32,2% trên tổng số 31 bệnh nhân và chỉ gặp độ 1; 2. Tăng creatinine độ I chỉ gặp ở 2/29 bệnh nhân (chiếm 6,5%). Trong nghiên cứu ICON-8 (2019) trên 508 bệnh nhân UTBMBT được hóa trị phác đồ paclitaxel – carboplatin, tỷ lệ tăng men gan chỉ < 21%, tăng creatinine < 10% và hầu hết đều ở độ 1; 2 [8].

Nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Mai Lương (2022) cho tỷ lệ tăng men gan là 26,9%, đều ở độ 1; 2 và không gặp bất cứ trường hợp nào tăng creatinine [22]. Kết quả của các nghiên cứu thu được cũng tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Có thể thấy tác dụng phụ lên gan, thận của phác đồ hóa trị paclitaxel – carboplatin đều ở mức độ nhẹ và không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 31 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC - IV được hóa trị hỗ trợ trước bằng phác đồ paclitaxel – carboplatin mang lại hiệu quả với với tỉ lệ đáp ứng sau:

- Đa số bệnh nhân có kích thước u > 5cm (74,2%), trong khi đó, tỷ lệ đáp ứng điều trị của nhóm bệnh nhân có kích thước u 5-10cm và > 10cm lần lượt là 83,3% và 60%.

- Nồng độ CA125 > 1000U/mL (38,7%), nồng độ CA125 ≤ 1000 giảm sau điều trị chiếm 100%.

- Đáp ứng lâm sàng: tỷ lệ đáp ứng một phần là 80,6%, bệnh giữ nguyên là 16,1%. Không có trường hợp nào bệnh tiến triển.

- Tác dụng không mong muốn hay gặp trên hệ tạo huyết là hạ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 41,9%, thiếu máu 45,1%, hạ tiểu cầu 12,9%. Các tác dụng không mong muốn chỉ ở mức độ nhẹ 1, 2.

- Tác dụng không mong muốn hay gặp nhất ngoài hệ tạo huyết là tăng men gan (32,2%) nhưng chỉ ở độ 1- 2. Các tác dụng không mong muốn khác: biến chứng thần kinh (12,9%), nôn (29,1%) và tiêu chảy (4,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Thị Thanh Loan, Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn hóa trị hỗ trợ trước phác đồ paclitaxel – carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn III-IV tại bệnh viện K. Luận văn BSCK II. Trường Đại học Y Hà Nội, 2023.
- [2]. Nguyễn Mai Lương, *Kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel – carboplatin bệnh ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội*. Luận văn BSCK II. Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [3]. Nguyễn Mậu Thái, V.H.T., Lê Trí Chinh, *Kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIB - IIIC bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. **530**(1).

- [4]. Arora, T., et al., *Epithelial Ovarian Cancer*, in *StatPearls*. 2025: Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Sanjana Mullangi declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Elsa Vadakekut declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Manidhar Reddy Lekkala declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
- [5]. Barnes, B.M., et al., *Distinct transcriptional programs stratify ovarian cancer cell lines into the five major histological subtypes*. *Genome Med*, 2021. **13**(1): p. 140.
- [6]. Bray, F., et al., *Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA Cancer J Clin*, 2024. **74**(3): p. 229-263.
- [7]. Caruso, G., S.J. Weroha, and W. Cliby, *Ovarian Cancer: A Review*. *JAMA*, 2025: p. 53.
- [8]. Clamp, A.R., et al., *Weekly dose-dense chemotherapy in first-line epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer treatment (ICON8): overall survival results from an open-label, randomised, controlled, phase 3 trial*. *Lancet Oncol*, 2022. **23**(7): p. 919-930.