

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT BỔ TRỢ VINORELBINE – CISPLATIN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIA – IIIA TẠI BỆNH VIỆN K

Đinh Thị Lan Anh<sup>1</sup>, Lê Thị Yến<sup>1,2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thời gian sống thêm và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa chất bổ trợ Vinorelbine – Cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II-IIIa. **Đối tượng - phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, bao gồm 76 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ không vảy giai đoạn II - IIIa được điều trị bổ trợ bằng phác đồ vinorelbine -cisplatin sau phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 năm là 76,8%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm là 96,1%. Tỷ lệ hoàn thành điều trị là 96,1%. Độc tính huyết học hay gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính (69,7%), hạ bạch cầu (86,8%), và hạ tiểu cầu (52,7%) chủ yếu ở độ 1 và 2; độc tính ngoài huyết học hay gặp nhất là mệt mỏi (50%) và nôn, buồn nôn (59,2%), chỉ gặp ở độ 1,2. Ít ghi nhận độc tính độ cao. **Kết luận:** Điều trị bổ trợ vinorelbine - cisplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ có hiệu quả về thời gian sống thêm. Phác đồ có độc tính thấp, dễ dung nạp và tuân thủ điều trị.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa chất bổ trợ.

## SUMMARY

### EVALUATING THE RESULTS OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH VINORELBINE PLUS CISPLATIN IN PATIENTS WITH STAGE IB - IIIA NON-SMALL CELL LUNG CANCER

**Objectives:** To evaluate the survival and some adverse effects of the adjuvant chemotherapy regimen vinorelbine - cisplatin in patients with stage IIA - IIIA non-squamous non-small cell lung cancer (NSCLC). **Patients and method:** A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 76 patients with stage IB - IIIA non-squamous NSCLC who received adjuvant treatment with the vinorelbine - cisplatin regimen after radical surgery at K Hospital from January 2022 to December 2024. **Results:** The 3-year disease-free survival (DFS) rate was 76.8%. The 3-year overall survival (OS) rate was 96.1%. The treatment completion rate was 96.1%. The most common hematologic toxicities were neutropenia (69.7%), leukopenia (86.8%), and thrombocytopenia

(52.7%), predominantly grade 1 and 2. The most frequent non-hematologic toxicities were fatigue (50%) and nausea/vomiting (59.2%), observed only at grades 1 and 2. High-grade toxicities were rarely reported. **Conclusion:** Adjuvant treatment with vinorelbine - cisplatin in non-small cell lung cancer is effective in improving survival time. The regimen is well-tolerated with low toxicity and good treatment compliance. **Keywords:** Non-small cell lung cancer, adjuvant chemotherapy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư trên toàn thế giới. Điều trị hoá chất bổ trợ sau phẫu thuật triệt căn đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ đã được áp dụng điều trị từ những năm 2000. Thử nghiệm IALT so sánh giữa việc điều phẫu thuật kết hợp điều trị bổ trợ hoá chất trên nền platin với nhóm chỉ phẫu thuật đơn thuần chỉ ra tỷ lệ sống còn 5 năm tương ứng là 44.5%; 40.4%. Bên cạnh đó, JBR.10 và ANITA đã so sánh việc điều trị phẫu thuật và điều trị bổ trợ cisplatin – vinorelbine so với phẫu thuật đơn thuần đã cho thấy lợi sống còn toàn bộ cao hơn ở nhóm có điều trị bổ trợ<sup>7,8</sup>. Phân tích tổng hợp LACE công bố dựa trên dữ liệu của 5 thử nghiệm ALPI, IALT, JBR10, ANITA và BLT, đánh giá vai trò của cisplatin trong điều trị bổ trợ UTPKTBN giai đoạn IB nguy cơ cao đến IIIA, đã cho thấy một lợi thế đáng kể về thời gian sống thêm toàn bộ (HR = 0,89; 95% CI: 0,82-0,96; p = 0,005) trong 5 năm với lợi ích tuyệt đối là 5,4% ở nhóm có hóa trị bổ trợ.<sup>3</sup> Từ đó, hoá chất bộ đôi chứa cisplatin đã trở thành tiêu chuẩn trong điều trị bổ trợ UTPKTBN<sup>3,7,8</sup>.

Hiện tại, các phương pháp điều trị đích và điều trị miễn dịch đã chứng minh được hiệu quả trong điều trị bổ trợ bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân có thể tiếp cận với các phương pháp này không cao, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng đột biến gen, tỷ lệ bộc lộ PD-L1... và chi phí điều trị. Chính vì vậy, hoá chất vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị bổ trợ bệnh nhân UTPKTBN sau phẫu thuật. Việc lựa chọn phác đồ hoá chất trong điều trị bổ trợ phụ thuộc nhiều yếu tố bên cạnh hiệu quả điều trị cần chú ý đến các yếu tố khác như sự tuân thủ điều trị và độc tính. Trong phân tích

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

LACE, các bệnh nhân điều trị bằng vinorelbine – cisplatin giúp giảm 20% nguy cơ bệnh tử vong, lợi ích tuyệt đối ở thời điểm 3 năm là 6.8%, tại thời điểm 5 năm là 8.9%.

Hoá chất phác đồ Vinorelbine – Cisplatin được áp dụng trong điều trị giai đoạn bổ và tái phát di căn trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại nhiều quốc gia trên thế giới và tại Việt Nam. Phác đồ có một số lợi điểm như có thể áp dụng với cả bệnh nhân UTPKTBN có thể mô bệnh học vầy và không phải vầy, vinorelbine có dạng bào chế đường uống nên thuận tiện trong điều trị và giúp bệnh nhân rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều bàn luận về phác đồ điều trị hỗ trợ tối ưu cho bệnh nhân ung thư phổi KTBN sau phẫu thuật, và hiện tại không có nhiều nghiên cứu được công bố tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá thời gian sống thêm và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ hóa chất hỗ trợ Vinorelbine – Cisplatin trên bệnh nhân UTPKTBN không vầy giai đoạn IIA - IIIA.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 76 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIA - IIIA được điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ Vinorelbine – Cisplatin sau phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024, và được theo dõi đến tháng 05/2025.

### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTPKTBN bằng mô bệnh học theo phân loại của WHO năm 2015.

+ Giai đoạn IIA - IIIA theo phân loại AJCC phiên bản 8 năm 2017.

+ Tuổi > 18.

+ Chỉ số toàn trạng (PS): ECOG 0-1.

+ Đã được phẫu thuật triệt căn.

+ Điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ Vinorelbine – Cisplatin

+ Các chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép.

+ Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ thông tin điều trị và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các bệnh nhân được phối hợp các phương pháp điều trị hỗ trợ khác bao gồm: xạ trị hỗ trợ, hỗ trợ osimertinib, miễn dịch atezolizumab,...

+ Dị ứng với các thành phần của thuốc trong nghiên cứu.

+ Mặc ung thư thứ hai.

+ Mặc các bệnh lý mãn tính hoặc cấp tính trầm trọng khác ảnh hưởng đến điều trị.

+ Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

+ Bỏ điều trị vì lý do chủ quan của bệnh nhân hoặc từ chối hợp tác, không theo dõi được.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

### 2.2.2. Các bước tiến hành

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bước 2: Điều trị hoá chất toàn thân. Phác đồ điều trị trong nghiên cứu:

+ Vinorelbine 30mg/m<sup>2</sup> da, truyền tĩnh mạch ngày 1, 8,15 hoặc sử dụng chế phẩm đường uống liều 60mg/m<sup>2</sup> ngày 1, 8,15

+ Cisplatin 80mg/m<sup>2</sup>, truyền tĩnh mạch ngày 1.

+ Chu kỳ 21 ngày, tối đa 04 chu kỳ.

- Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị:

+ Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh (DFS), sống thêm toàn bộ (OS).

+ Đánh giá các độc tính của phác đồ theo CTCAE 5.0.

**2.3. Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Đánh giá sống thêm bằng phương pháp Kaplan Meier. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Phác đồ đã được chứng minh hiệu quả qua các nghiên cứu trên thế giới và được Bộ Y tế phê duyệt trong hướng dẫn chẩn đoán, điều trị. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin của người bệnh được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

| Đặc điểm               |                | Số bệnh nhân (n)         | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|----------------|--------------------------|-----------|
| Tuổi                   |                | 61 (43±73)               |           |
| Giới                   | Nam            | 51                       | 67,1      |
|                        | Nữ             | 25                       | 32,9      |
| Tình trạng hút thuốc   | Có             | 46                       | 60,5      |
|                        | Không          | 30                       | 39,5      |
| Chỉ số toàn trạng      | PS 0           | 40                       | 52,6      |
|                        | PS 1           | 36                       | 47,4      |
| Bệnh phổi hợp          | Có             | 23                       | 30,3      |
|                        | Không          | 53                       | 69,7      |
| Mô bệnh học            | UTBM vầy       | 42                       | 55,3      |
|                        | UTBM không vầy | 34                       | 44,7      |
| Giai đoạn bệnh         | II             | 47                       | 61,8      |
|                        | III            | 29                       | 38,2      |
| Tình trạng hạch        | N0             | 32                       | 42,1      |
|                        | N1             | 25                       | 32,9      |
|                        | N2             | 19                       | 25,0      |
| Phương pháp phẫu thuật |                | Cắt thùy phổi + vét hạch | 76 100    |

|                                                  |               |    |      |
|--------------------------------------------------|---------------|----|------|
|                                                  | Cắt hình chêm | 0  | 0    |
| <b>Thời gian bắt đầu điều trị sau phẫu thuật</b> | < 4 tuần      | 1  | 1,3  |
|                                                  | 4-6 tuần      | 73 | 96,1 |
|                                                  | > 6 tuần      | 2  | 2,6  |

**Nhận xét:** 76 bệnh nhân điều trị từ thời điểm tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 có tuổi trung bình là 61 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 43, cao tuổi nhất là 73. Phần lớn là nam giới (67,1%). Đa số bệnh nhân không mắc bệnh phổi hợp (69,7%). Loại mô bệnh học UTBM vẩy và không phải vẩy chiếm tỷ lệ gần tương đương tương ứng 55,3% và 44,7%, ghi nhận 3 trường hợp UTBMKTBN, típ NOS. Bệnh nhân giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất (61,8%), giai đoạn III (38,2%). Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi và vét hạch, số bệnh nhân có di căn hạch sau phẫu thuật và không có hạch di căn chiếm tỷ lệ gần tương đương tương ứng 57,9% và 42,1%. Thời gian các bệnh nhân được điều trị hóa chất chủ yếu trong vòng 4-6 tuần sau phẫu thuật (96,1%). Có 2 bệnh nhân được điều trị sau 06 tuần, chủ yếu do viêm phổi sau phẫu thuật, dẫn đến kéo dài thời gian bắt đầu được hoá trị.

**Bảng 2. Tuân thủ điều trị**

| Đặc điểm                  | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|------------------|-----------|
| Hoàn thành 4 chu kỳ       | 73               | 96,1      |
| Không hoàn thành 4 chu kỳ |                  | 3,9       |

**Bảng 3. Tác dụng không mong muốn**

| Độc tính        | Độ 0      | Độ 1      | Độ 2      | Độ 3     | Độ 4 |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|----------|------|
|                 | N (%)     |           |           |          |      |
| Huyết học       |           |           |           |          |      |
| Thiếu máu       | 52 (68,4) | 18 (23,7) | 6 (7,9)   | 0        | 0    |
| Hạ bạch cầu TT  | 23 (30,3) | 20 (26,3) | 27 (35,5) | 6 (7,9)  | 0    |
| Hạ bạch cầu     | 10 (13,2) | 32 (42,1) | 26 (34,2) | 8 (10,5) | 0    |
| Hạ tiểu cầu     | 36 (47,4) | 23 (30,3) | 16 (21,1) | 1 (1,3)  | 0    |
| Ngoài huyết học |           |           |           |          |      |
| Mệt mỏi         | 38 (50)   | 25 (32,9) | 13 (17,1) | 0        | 0    |
| Nôn, buồn nôn   | 31 (40,8) | 30 (39,5) | 15 (19,7) | 0        | 0    |
| Tiêu chảy       | 70 (92,1) | 5 (6,6)   | 1 (1,3)   | 0        | 0    |
| Tăng men gan    | 72 (94,7) | 2 (2,6)   | 2 (2,6)   | 0        | 0    |
| Tăng creatinin  | 72 (94,7) | 4 (5,3)   | 0         | 0        | 0    |

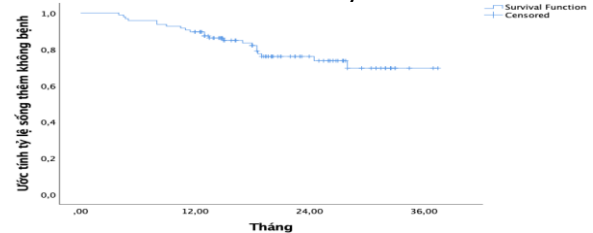
**Nhận xét:** Độc tính huyết học hay gặp nhất là hạ bạch cầu, hạ bạch cầu trung tính và hạ tiểu cầu, chủ yếu là độ 1, 2. Thiếu máu ít gặp hơn. Độc tính ngoài huyết học hay gặp bao gồm mệt mỏi và nôn, buồn nôn, đều là độ 1, 2. Không ghi nhận độc tính độ 4 trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này của chúng tôi ghi nhận độ tuổi mắc bệnh trung bình là 61 tuổi,

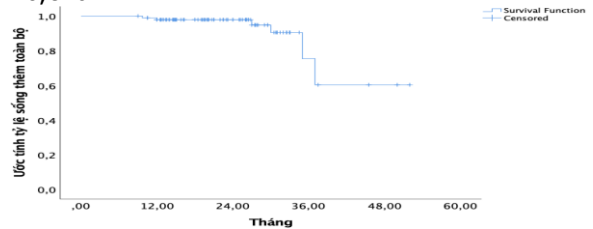
|          |   |     |
|----------|---|-----|
| 3 chu kỳ | 3 | 3,9 |
| 2 chu kỳ | 0 | 0   |
| 1 chu kỳ | 0 | 0   |

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân hoàn thành đủ 4 chu kỳ hóa chất theo phác đồ. Có 03 bệnh nhân chỉ hoàn thành 3 chu kỳ.



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh**

Thời gian sống thêm không bệnh chưa đạt trung vị, tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm 76,8%



**Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ**

**Nhận xét:** Chưa đạt được trung vị OS. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm đạt 96,1%.

bệnh nhân nhỏ nhất 43 tuổi, lớn nhất 73 tuổi, ở độ tuổi này việc cải thiện thời gian sống còn có ý nghĩa quan trọng, và bệnh nhân có thể dung nạp tốt với hoá chất. Có 30,3% có mắc bệnh phổi hợp trong đó chủ yếu là bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường - đây là nhóm bệnh nhân thường được cân nhắc để lựa chọn phác đồ hóa trị ít độc tính, có khả năng dung nạp cao hơn. Phân tích gộp LACE chỉ ra tuổi trung bình mắc bệnh là 59 với >71% bệnh nhân dưới 65 tuổi và 9% bệnh nhân > 70 tuổi.

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình thấp hơn được giải thích do trong hơn 20 năm qua đã có nhiều tiến bộ trong sàng lọc và phát hiện sớm UT phổi, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm tạo điều kiện thuận lợi cho điều trị triệt căn bằng phẫu thuật và hoá chất bổ trợ. Trên thế giới có nhiều kỹ thuật cắt phổi như phẫu thuật cắt thùy, cắt tiểu thùy, cắt hình chêm, tuy nhiên tại Việt Nam các phẫu thuật tối thiểu chưa được áp dụng rộng rãi nên 100% bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt thùy phổi và phần lớn bệnh nhân được điều trị bổ trợ sau phẫu thuật với thời gian dưới 6 tuần (97,4%), chỉ có 2 bệnh nhân được điều trị sau phẫu thuật 7 tuần và tuân thủ thời gian điều trị bổ trợ tối ưu là dưới 8 tuần sau phẫu thuật<sup>3</sup>. Hóa trị bổ trợ UTPKTBN dựa trên hoá chất platin đã được ghi nhận hiệu quả về OS và DFS qua phân tích LACE, nhưng tỷ lệ hoàn thành điều trị trong các thử nghiệm của phân tích này dao động từ 45 - 74%, các nghiên cứu sử dụng phác đồ có carboplatin thường chỉ ra tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt hơn, tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3, 4 xuất hiện ở 18 - 85%, đặc biệt với nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc có bệnh phổi hợp. Nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ thời gian theo dõi 5 năm, và chỉ có 2 bệnh nhân dừng điều trị ở 3 chu kỳ, nguyên nhân do điều kiện địa lý và bệnh nhân mệt mỏi kết quả này cho thấy việc tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các phác đồ có dùng carboplatin<sup>3</sup>.

Về hiệu quả sống thêm, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đạt được trung vị thời gian DFS, tuy nhiên tỷ lệ DFS tại thời điểm 3 năm là: 76,8%; ước tính giá trị trung bình là 42,1 tháng. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Timothy khi cùng nghiên cứu sử dụng phác đồ cisplatin-Vinorelbine trong điều trị bổ trợ ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IB-III với thời gian trung vị DFS là 46,7 tháng, nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân từ giai đoạn II nên thời gian trung vị DFS sẽ thấp hơn. Nghiên cứu JBR10 thực hiện tại Mỹ và Canada trên 483 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ từ giai đoạn IB- III, tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm đạt 69%<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống còn toàn bộ tại thời điểm 3 năm là 96,1%, có 02/76 bệnh nhân đã tử vong, và nghiên cứu của chúng tôi chưa đạt được trung vị OS. Nghiên cứu ANITA chỉ ra thời gian trung vị sống còn toàn bộ trung vị là 65,7 tháng. Nghiên cứu của Timothy cho thấy tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 5 năm là 69%<sup>1</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như cỡ mẫu nhỏ

và là nghiên cứu hồi cứu chứ không phải can thiệp ngẫu nhiên. Chúng tôi cũng cần một thời gian theo dõi lâu hơn để ghi nhận hiệu quả lâu dài về mặt sống thêm của các bệnh nhân được điều trị.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thiếu máu, hạ bạch cầu trung tính, hạ tiểu cầu lần lượt là 31,6%, 69,7% và 55,4%, đa số là độ 1,2. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của Timothy Winton, với tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính và hạ tiểu cầu lần lượt là 88% và 49,2%, và có 2 bệnh nhân (0,8%) bệnh nhân tử vong do độc tính của phác đồ<sup>1</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ độc tính độ 3 trở lên thấp, với hạ bạch cầu trung tính độ 3 là 7,9%; hạ tiểu cầu độ 3 là 1,3%; không có sốt hạ bạch cầu và không có thiếu máu độ 3, 4. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận các độc tính độ 3,4 ngoài huyết học hay bệnh nhân tử vong vì độc tính. Độc tính ngoài huyết học chủ yếu là mệt mỏi (50%), nôn và buồn nôn (59,7%). Các độc tính tiêu chảy, tăng men gan, tăng creatinin ít gặp hơn, thường là độ 1. Kết quả này là tương tự với các nghiên cứu của Timothy hay các nghiên cứu về điều trị hoá chất trên nền platin trong giai đoạn muộn. Từ đó có thể thấy phác đồ Vinorelbine – Cisplatin là một phác đồ an toàn, dễ dung nạp, ít độc tính, xảy ra độc tính chủ yếu ở mức độ nhẹ.

## V. KẾT LUẬN

Hóa trị bổ trợ UTPKTBN không vầy giai đoạn IIA - IIIA với phác đồ vinorelbine – Cisplatin cho hiệu quả về sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. Phác đồ có tỷ lệ hoàn thành điều trị cao, chủ yếu là độc tính độ thấp, dễ quản lý và dung nạp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Timothy Winton T, Livingston R, Johnson D, et al.** Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2005;352:2589–2597
2. **Ravdin PM, Davis G.** Prognosis of patients with resected non-small cell lung cancer: impact of clinical and pathologic variables. *Lung Cancer.* 2006;52:207–212
3. **Pignon JP, Tribodet H, Scagliotti GV, et al.** Lung adjuvant cisplatin evaluation: a pooled analysis by the LACE Collaborative Group. *J Clin Oncol.* 2008;26:3552–3559.
4. **Hotta K, Matsuo K, Ueoka H, et al.** Meta-analysis of randomized clinical trials comparing cisplatin to carboplatin in patients with advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2004; 22:3852–3859.
5. **Kreuter M, Vansteenkiste J, Fischer J.R., et al.** Three-Year Follow-Up of a Randomized Phase II Trial on Refinement of Early-Stage NSCLC Adjuvant Chemotherapy with Cisplatin

- and Pemetrexed versus Cisplatin and Vinorelbine (the TREAT Study). J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer. 2016; 11(1), 85–93.
6. **Trần Đình Anh, Trần Văn Thuận, Đỗ Hùng Kiên.** Đánh giá kết quả điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ Vinorelbine - Cisplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IB-IIIA. Tạp chí y học Việt Nam. 2019; 481: 115-119
  7. **Charles A Butts, et al.** Randomized Phase III Trial of Vinorelbine Plus Cisplatin Compared With Observation in Completely Resected Stage IB and
  - II Non-Small-Cell Lung Cancer: Updated Survival Analysis of JBR-10. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.0333>
  8. **Jean-Yves Douillard, et al.** Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIA non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): a randomised controlled trial. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(06\)70804](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(06)70804)

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÀNH TÍNH Ở TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị các bệnh lành tính tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong 295 trường hợp được chỉ định phẫu thuật nội soi có 12 trường hợp chuyển mổ mở, chiếm 4,07%. Thời gian phẫu thuật trung bình 67,31±26,49 (min-max:30-150 phút). Số ngày điều trị trung bình 5,36±1,33 ngày. Biến chứng trong mổ chiếm 1,1%, biến chứng sau mổ chiếm 1,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn là phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị các bệnh lành tính ở tử cung.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, cắt tử cung hoàn toàn, u xơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung

### SUMMARY

#### RESULTS OF TOTAL LAPAROSCOPIC HYSTERECTOMY FOR BENIGN UTERINE PATHOLOGIES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To evaluate the results of laparoscopic total hysterectomy for benign uterine pathologies at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** 295 patients were included, and 12 cases were converted to abdominal hysterectomy, accounting for 4.07%. The median operative time was 67.31±26.49 (min-max:30-150 minutes). The duration of hospitalization was 5.36±1.33 days. The incidence of intraoperative and postoperative complications was

Đặng Thị Hồng Thiện<sup>1</sup>, Đào Thị Hoa<sup>1</sup>,  
Phạm Thị Thanh Hiền<sup>2</sup>, Đinh Huệ Quyên<sup>1</sup>

1.1% and 1.8%, respectively. **Conclusion:** Total hysterectomy for benign uterine pathologies is a safe and effective procedure.

**Keywords:** laparoscopic surgery, total hysterectomy, uterine fibroids, uterine adenomyosis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là phẫu thuật phổ biến nhất được thực hiện bởi các bác sĩ phụ khoa. Cắt tử cung có nhiều chỉ định, cách tiếp cận cũng như kỹ thuật khác nhau: cắt tử cung đường bụng, cắt tử cung đường âm đạo hoặc nội soi cắt tử cung. Biến chứng chảy máu sau mổ hay gặp và có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Biến chứng sau mổ nội soi cắt tử cung thường gặp gồm: nhiễm khuẩn, chảy máu, tổn thương các tạng trong ổ bụng. So với cắt tử cung đường bụng, biến chứng hậu phẫu của nội soi cắt tử cung ít hơn nhưng có thể nghiêm trọng hơn.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn vì bệnh lý lành tính tại tử cung: u xơ cơ tử cung, bệnh tuyến cơ tử cung, quá sản nội mạc tử cung.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh được nội soi cắt tử cung do bệnh lý khác: nghi ngờ tổn thương cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung, ung thư cổ tử cung; có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi hoặc chống chỉ định liên quan đến gây mê.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện không xác suất,

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Huệ Quyên

Email: quyenc110915@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025