

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

lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 295 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm phẫu thuật

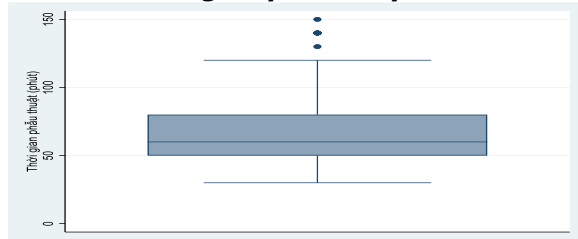
##### 3.1.1. Chuyển mổ mở

**Bảng 1. Lý do chuyển mổ mở**

| Lý do chuyển mổ mở                                          | Số lượng  | %          |
|-------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| Dính                                                        | 7         | 58,3       |
| Phẫu trường khó bộc lộ (UXTC đoạn eo, trong dây chằng rộng) | 4         | 33,3       |
| Chảy máu nhiều                                              | 1         | 8,3        |
| <b>Tổng</b>                                                 | <b>12</b> | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Có 12 trường hợp chuyển mổ mở, chiếm 4,07%. Có 7 trường hợp do dính nhiều và 4 trường hợp do UXTC nằm ở đoạn eo hoặc dây chằng rộng làm khó bộc lộ trường phẫu thuật.

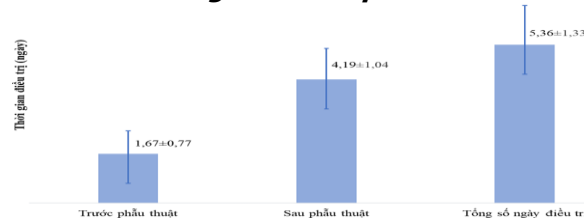
##### 3.1.2. Thời gian phẫu thuật



**Biểu đồ 1. Thời gian phẫu thuật trung bình (n=283)**

#### 3.2. Kết quả phẫu thuật

##### 3.2.1. Thời gian điều trị



**Biểu đồ 2. Thời gian điều trị**

**Bảng 2. Thời gian điều trị**

| Thời gian điều trị sau phẫu thuật | Số lượng      | %          |
|-----------------------------------|---------------|------------|
| 3 – 5 ngày                        | 256           | 90,5       |
| >5 ngày                           | 27            | 9,5        |
| <b>Tổng</b>                       | <b>283</b>    | <b>100</b> |
| Min – Max                         | 2 – 11 (ngày) |            |

**Nhận xét:** Số ngày điều trị trung bình  $5,36 \pm 1,33$  ngày, thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình  $4,19 \pm 1,04$  ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày, trong đó thời gian 3 – 5 ngày chiếm 90,5%.

##### 3.2.2. Biến chứng trong và sau mổ

**Bảng 6. Biến chứng trong và sau mổ (n=283)**

| Biến chứng trong mổ    | Số lượng | Tỷ lệ | Biến chứng sau mổ  | Số lượng | Tỷ lệ |
|------------------------|----------|-------|--------------------|----------|-------|
|                        | 3        | 1,1   |                    | 5        | 1,8   |
| Chảy máu               | 1        |       | Sốt                | 2        |       |
| Xức thanh mạc ruột non | 1        |       | Biến chứng móm cắt | 1        |       |
| Tổn thương bàng quang  | 1        |       | Hẹp niệu quản      | 2        |       |

**Nhận xét:** Biến chứng trong mổ có 3 trường hợp chiếm 1,1%, sau mổ 5 trường hợp, chiếm 1,8%. Có 07 trường hợp có biến chứng phẫu thuật (01 trường hợp có tổn thương ruột non trong mổ và sốt sau mổ)

### IV. BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn của bệnh nhân được phẫu thuật

**4.1.1. Chuyển mổ mở.** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp chuyển mổ mở chiếm 4,07% trong đó 01 trường hợp do chảy máu nhiều khó kiểm soát, 07 trường hợp do dính nhiều, 04 trường hợp do u xơ tử cung ở các vị trí khó phẫu thuật như đoạn eo tử cung hoặc trong dây chằng rộng làm hẹp phẫu trường, cản trở thao tác trong quá trình phẫu thuật.

Nghiên cứu của Nguyễn Đức Tú (2019) ghi nhận 3/106 trường hợp phải mổ mở chiếm 2,83%<sup>1</sup>. Nghiên cứu của Trương Việt Bắc (2021) chỉ có 2/120 trường hợp phải chuyển mổ mở trong đó 01 trường hợp có tử cung quá to không thể tiến hành phẫu thuật nội soi và 01 trường hợp có sẹo mổ thành bụng phẫu trường dính các tạng với nhau khó khăn trong phẫu thuật<sup>2</sup>. Nghiên cứu của Bạch Cẩm An và cs (2007) không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển mổ mở<sup>3</sup>.

Trong một thống kê mô tả 1023 ca phẫu thuật nội soi cắt tử cung ở Cu Ba vào năm 2020, với trọng lượng tử cung từ 40 đến 1510g không có ca nào phải chuyển mổ mở, việc chuyển phẫu thuật nội soi sang mổ mở tùy thuộc vào trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên<sup>4</sup>. Một thống kê mô tả 830 ca phẫu thuật nội soi cắt tử cung ở Mỹ vào năm 2007, có 5/830 bệnh nhân phải chuyển mổ mở trong đó có 3 bệnh nhân do u xơ lớn nằm ở eo mặt sau và 2 bệnh nhân do khó kiểm soát chảy máu trong mổ<sup>5</sup>.

Trường hợp dính nhiều trong ổ bụng làm cản trở cuộc phẫu thuật, tăng tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ. U xơ tử cung ở đoạn eo hoặc dây chằng rộng thường làm biến dạng đường đi của niệu quản hoặc che lấp tầm nhìn của phẫu thuật viên, choán chỗ phẫu trường, dó đó dễ làm tổn thương bàng quang và niệu quản. Việc quyết định mổ mở hay tiếp tục nội soi phụ thuộc vào

nhiều yếu tố: trình độ phẫu thuật viên, kích thước tử cung, vị trí khối u cũng như việc lựa chọn bệnh nhân trước mổ.

**4.1.2. Thời gian phẫu thuật.** Thời gian phẫu thuật trung bình  $68,04 \pm 27,04$  (min-max: 30-160 phút). Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Tú tiến hành tại BVPSTW ( $50,99 \pm 5,58$  phút) và Bạch Cẩm An tiến hành tại BV Trung Ương Huế ( $68,2 \pm 25,2$  phút), ngắn hơn trong nghiên cứu của Đặng Ngọc Thuận tiến hành tại bệnh viện sản Nhi Quảng Ngãi ( $110,8 \pm 14,74$  phút), và ngắn hơn so với các nghiên cứu của tác giả Javier E ( $103,9 \pm 43,9$  phút); A.Boosz ( $103,9 \pm 43,9$  phút)<sup>1,3,6,7</sup>

#### 4.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn

**4.2.1. Thời gian điều trị.** Số ngày điều trị trung bình là  $5,36 \pm 1,33$  ngày, thời gian điều trị sau phẫu thuật trung bình  $4,19 \pm 1,04$ , ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày, trong đó thời gian 3 – 5 ngày chiếm 90,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Đức Tú ( $5,01 \pm 0,92$  ngày)<sup>1</sup>, dài hơn các nghiên cứu của tác giả trên thế giới. Nghiên cứu của Katherine A. O'Hanlan và cs thời gian nằm viện trung bình sau mổ nội soi cắt tử cung hoàn toàn là 1,37 ngày; trong đó 73% bệnh nhân rời bệnh viện trước buổi trưa ngày hôm sau phẫu thuật<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu của D.Zygouris và cs thời gian nằm viện trung bình là 1,1 ngày, dài nhất là 8 ngày, đa số bệnh nhân ra viện 24h sau phẫu thuật.<sup>4</sup>

**4.2.2. Biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt tử cung.** Tỷ lệ tai biến trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,1%, có 3 trường hợp được ghi nhận gồm 01 trường hợp chảy máu nhiều trong phẫu thuật, 01 trường hợp có xước thanh mạc ruột non và 01 trường hợp rách thanh cơ đáy bàng quang đều được phát hiện và xử trí ngay trong mổ, bệnh nhân diễn biến sau mổ bình thường và xuất viện sau 5 ngày điều trị.

Tai biến sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5 trường hợp gồm: 02 trường hợp sốt sau mổ (01 trường hợp có tổn thương thanh mạc ruột trong mổ), 01 trường hợp biến chứng móm cắt và 02 trường hợp hẹp niệu quản (phát hiện sau mổ 5 ngày và sau mổ 17 ngày). Không ghi nhận trường hợp nào có huyết khối tĩnh mạch sau mổ.

Nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2001), tỷ lệ tai biến trong ổ bụng là 0,1% (1/650 trường hợp) là tổn thương đường tiết niệu, tai biến sau

mổ gồm biến chứng móm cắt (2,8%), tổn thương hệ niệu (1%)<sup>8</sup>

Nghiên cứu của Bạch Cẩm An không ghi nhận trường hợp nào có tai biến sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Tú (2019) ghi nhận duy nhất 01 trường hợp có tổn thương đường tiêu hóa trong phẫu thuật chiếm 0,95%.<sup>1,3</sup>

Nghiên cứu của Zygouris và cs trên 1023 ca nội soi cắt tử cung không có ca nào tổn thương niệu quản, 3 ca tổn thương bàng quang được xử trí ngay trong phẫu thuật, có 5 ca (0.5%) có bục móm cắt sau mổ và 01 ca có tụ máu móm cắt.<sup>4</sup>

Tỷ lệ tai biến trong và sau mổ của phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn thấp, nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định lại tính an toàn của phẫu thuật nội soi trong cắt tử cung điều trị các bệnh lý phụ khoa lành tính.

#### V. 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.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Tú.** Điều trị u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Trường đại học Y Hà Nội; 2019.
2. **Trương Việt Bắc.** Nhận xét kết quả nội soi cắt tử cung hoàn toàn điều trị u xơ tử cung tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
3. **Bạch Cẩm An, Phan Thị Duyên Hải, Lê Sỹ Phương, Trần Minh Thắng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần có hỗ trợ của cân nâng có nắp cổ tử cung tại khoa Sản bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Phụ Sản 2007;Số đặc biệt(03-04):230-237.
4. **Zygouris D, Chaltatzas, Nektarios, Gkoutzioulis, Antonios, Anastasiou, Georgios, Kavallaris, Andreas.** Total laparoscopic hysterectomy without uterine manipulator. A retrospective study of 1023 cases. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2020;253(10)
5. **O'Hanlan KA DS, Garnier AC, Reuland ML.** Total laparoscopic hysterectomy: technique and complications of 830 cases. JSLS. 2007;11(1)
6. **Đặng Ngọc Thuận, Đoàn Tôn Linh, Nguyễn Đình Tuyển.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần trong bệnh lý u xơ tử cung tại bệnh viện Sản nhi Quảng Ngãi năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;490(5):176-180.
7. **Alexander Boosz, Johannes Lermann, Mehlhorn G.** Comparison of re-operation rates and complication rates after total laparoscopic hysterectomy (TLH) and laparoscopy-assisted supracervical hysterectomy (LASH). European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2011;158(2):269-273.
8. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi.** Áp dụng phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi tại bệnh viện Phụ sản Từ Đức. Tạp chí Phụ sản Việt Nam. 2001;2:29-32.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IV BẰNG PHÁC ĐỒ CÓ PEMETREXED TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA

Nguyễn Khắc Kiểm<sup>1</sup>, Lê Tuấn Anh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng điều trị và thời gian sống thêm không bệnh của phác đồ pemetrexed + platinum trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV tại Bệnh viện ung bướu Thanh Hoá từ tháng 07/2020 đến tháng 12/2024. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc trên 56 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV được điều trị phác đồ pemetrexed + platinum. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là  $63,2 \pm 10,4$  tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3,67/1. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng khách quan là 32,1%. Trung vị sống thêm bệnh tiến triển (PFS) không tiến triển là 8,7 tháng. Phân tích dưới nhóm cho thấy trung vị PFS có sự khác nhau giữa các phân theo thể trạng toàn thân và số cơ quan di căn ( $p < 0,001$  và  $p = 0,002$ ). Thuốc dung nạp tốt. Độc tính chủ yếu gồm thiếu máu. Độc tính ngoài hệ huyết học bao gồm tăng men gan, mệt mỏi, và buồn nôn đều ở mức độ I, II. **Kết luận:** Phác đồ pemetrexed + platinum là lựa chọn điều trị khả quan và cho tỷ lệ đáp ứng tương tự các phác đồ khác.

**Từ khóa:** Ung thư biểu mô tuyến của phổi, pemetrexed, pemetrexed + platinum, đáp ứng điều trị, sống thêm bệnh không tiến triển, PFS

## SUMMARY

### TREATMENT OUTCOMES OF STAGE IV LUNG ADENOCARCINOMA WITH A PEMETREXED-CONTAINING REGIMEN AT THANH HOA PROVINCIAL CANCER HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment response and progression-free survival (PFS) of the pemetrexed + platinum regimen in patients with stage IV lung adenocarcinoma at Thanh Hoa Oncology Hospital from July 2020 to December 2024. **Patients and Methods:** A combined retrospective and prospective longitudinal follow-up study was conducted on 56 patients with stage IV lung adenocarcinoma receiving the pemetrexed + platinum regimen. **Results:** The mean patient age was  $63.2 \pm 10.4$  years, with a male-to-female ratio of 3.67:1. The objective response rate was 32.1%. The median progression-free survival (PFS) was 8.7 months. Subgroup analysis revealed significant differences in median PFS based on performance status and the number of metastatic organs ( $p < 0.001$  and  $p = 0.002$ ). The regimen was well

tolerated. The main hematologic toxicity was anemia. Non-hematologic toxicities included elevated liver enzymes, fatigue, and nausea, all of which were grade I or II. **Conclusion:** The pemetrexed + platinum regimen is a promising treatment option with a response rate comparable to other regimens.

**Keywords:** Lung adenocarcinoma, pemetrexed, pemetrexed + platinum, treatment response, progression-free survival, PFS.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao nhất trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, UTP chiếm 12,4% số ca mắc mới và 18,7% số ca tử vong do ung thư. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng tiên lượng sống của bệnh nhân vẫn còn hạn chế, với tỷ lệ sống thêm 5 năm dao động từ 4 - 17% tùy theo giai đoạn bệnh (1,2). Tại Việt Nam, UTP là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư, chiếm 19,4% số ca tử vong. UTP được chia thành hai nhóm chính: UTP tế bào nhỏ và UTP không tế bào nhỏ (UTPKTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80 - 85% các trường hợp. Trong nhóm UTPKTBN, ung thư biểu mô tuyến là thể phổ biến nhất và có xu hướng gia tăng (2).

Hiện nay phương pháp điều trị hóa chất vẫn đóng vai trò quan trọng, đặc biệt ở những bệnh nhân không biết hoặc không có đột biến EGFR, ALK, ROS 1... và PD-L1 âm tính. Hóa trị với bộ đôi có platunim kết hợp với một tác nhân thể hệ thứ 3 (pemetrexed, docetaxel, gemcitabine, vinorelbine) được coi là phác đồ tiêu chuẩn (3). Do bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, hóa trị vẫn đóng vai trò quan trọng, đặc biệt đối với bệnh nhân không có đột biến EGFR, ALK, ROS1 và PD-L1 âm tính (4). Hóa trị với bộ đôi có platunim kết hợp với một tác nhân thể hệ thứ 3 (pemetrexed, docetaxel, gemcitabine, vinorelbine) được coi là phác đồ tiêu chuẩn. Các platinum (bao gồm các carboplatin, cisplatin) là thuốc cơ bản trong phác đồ hóa chất điều trị UTPKTBN. Theo nhiều nghiên cứu, carboplatin có tác dụng phụ ít hơn cisplatin. Pemetrexed là một thuốc kháng folate thể hệ sau, có hiệu lực mạnh hơn và hoạt tính chống khối u mạnh hơn 5-FU, metotrexate hoặc raltitrexed (4,5).

Các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng sự kết hợp giữa pemetrexed và carboplatin như một

<sup>1</sup>Bệnh viện K3

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Anh

Email: tuananh.bvth@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025