

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN III, IV TẠI BỆNH VIỆN TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Thị Phương Liên¹, Lê Thanh Đức²,
Nguyễn Thị Thu Hương³, Trần Xuân Vĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng, tác dụng không mong muốn của hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) giai đoạn IIIC, IV tại bệnh viện tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 58 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC, IV được hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel-carboplatin tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 01/2019 đến 03/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 (RECIST-Response Evaluation Criteria In Solid Tumors) là 93,1%, thể trạng bệnh nhân được cải thiện đáng kể tỷ lệ bệnh nhân có thể trạng ECOG =2 chiếm 36,2% giảm còn 5,2%, nồng độ CA-125 huyết thanh trung bình trước điều trị là 1500,18 ± 1549,1 sau 3 chu kỳ hóa trị giảm mạnh xuống còn 269,59 ± 742. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,005 (p= 0,000), tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu là 93,1%, tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là hạ bạch cầu(22,4%) và hạ bạch cầu độ 3-4 chỉ chiếm 6,9%, các tác dụng không mong muốn khác như thiếu máu, nôn, tiêu chảy, rối loạn cảm giác thần kinh ngoại vi ít gặp và chỉ gặp độ 1,2. **Kết luận:** Áp dụng hóa trị tân bổ trợ bằng phác đồ paclitaxel- carboplatin trên bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC, IV có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao, tăng tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu, các tác dụng không mong muốn ở mức nhẹ (độ 1, 2). **Từ khóa:** Ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III, IV, Paclitaxel- Carboplatin, bệnh viện tỉnh Phú Thọ

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND ADVERSE EFFECTS OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH PACLITAXEL–CARBOPLATIN REGIMEN IN STAGE III–IV EPITHELIAL OVARIAN CANCER AT PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment response and adverse effects of neoadjuvant chemotherapy with the Paclitaxel–Carboplatin regimen in patients with stage IIIC and IV epithelial ovarian cancer (EOC)

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Bệnh viện K

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Liên

Email: phuongliennghuyenhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 19.9.2025

at Phu Tho Provincial General Hospital. **Subjects and Methods:** A combined retrospective and prospective descriptive study was conducted on 58 patients with stage IIIC and IV EOC who received neoadjuvant chemotherapy with the Paclitaxel–Carboplatin regimen at Phu Tho Provincial General Hospital from January 2019 to March 2025. **Results:** The overall response rate according to RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) was 93.1%. Patients' performance status improved significantly, with the proportion of those with an ECOG score of 2 decreasing from 36.2% before treatment to 5.2% after neoadjuvant chemotherapy. The mean serum CA-125 level prior to treatment was 1500.18 ± 1549.1 U/mL, which significantly decreased to 269.59 ± 742 U/mL after three cycles of chemotherapy. This difference was statistically significant (p < 0.005 p = 0.000). The rate of optimal cytoreductive surgery was 93.1%. The most common adverse event was leukopenia (22.4%), with grade 3–4 leukopenia observed in only 6.9% of patients. Other adverse events, including anemia, nausea, diarrhea, and peripheral neuropathy, were infrequent and limited to grade 1–2. **Conclusion:** Neoadjuvant chemotherapy with the Paclitaxel–Carboplatin regimen in stage IIIC–IV epithelial ovarian carcinoma patients yields a high therapeutic response rate, increases the likelihood of optimal cytoreduction, and is generally associated with mild adverse effects (grade I–II).

Keywords: Ovarian carcinoma stage III, IV, Paclitaxel–Carboplatin, Phu Tho Provincial Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp nhất và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất cho phụ nữ. Theo GLOBOCAN 2022, trên thế giới, UTBT đứng hàng thứ tám trong các ung thư ở phụ nữ cả về tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ tử vong. Ước tính, trên toàn thế giới, mỗi năm có khoảng 324.603 ca mới mắc và 206.956 ca tử vong. Tại Việt Nam, có khoảng 1534 trường hợp mới mắc và 1003 ca tử vong do UTBT.¹ Trong đó, ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) chiếm 90%. Bên cạnh đó, buồng trứng là cơ quan nằm ở sâu trong tiểu khung và các triệu chứng của bệnh thường mơ hồ vì vậy 70%- 80% người bệnh UTBMBT thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa (giai đoạn III, IV).²

Hiện tại, điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân UTBMBT giai đoạn tiến xa là phẫu thuật công phá u tối đa kết hợp cắt tử cung toàn bộ, hai

phần phụ, mạc nối lớn sau đó hóa trị bổ trợ. Điều kiện để phẫu thuật đạt tối ưu là tổn thương còn lại nhỏ hơn 1cm. Tuy nhiên một số trường hợp u xâm lấn rộng, di căn xa, thể trạng bệnh nhân kém thì phẫu thuật tối ưu thường gặp khó khăn và tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ còn rất cao. Vì thế, thời gian gần đây quan điểm phẫu thuật sau hóa trị tân bổ trợ là một lựa chọn điều trị thay thế khả thi so với điều trị tiêu chuẩn ở những bệnh nhân giai đoạn IIIC, IV không thể đạt được phẫu thuật tối ưu hoặc những bệnh nhân có thể trạng kém không thể phẫu thuật ngay từ đầu. Tại bệnh viện tỉnh Phú Thọ điều trị hóa trị tân bổ trợ cho UTBMBT cũng đã được tiến hành trong những năm gần đây, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trong UTBMBT giai đoạn IIIC, IV tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 58 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC – IV được điều trị hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel –Carboplatin tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ đủ các tiêu chuẩn sau.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Có chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV theo hệ thống phân loại giai đoạn của FIGO 2017, được các bác sỹ phẫu thuật chuyên ngành phụ khoa có kinh nghiệm đánh giá không đạt phẫu thuật tối ưu ngay.

- Được điều trị hóa trị tân bổ trợ 3 chu kỳ Paclitaxel- Carboplatin.

- Chỉ số toàn trạng ECOG ≤ 2 , xét nghiệm đánh giá chức năng gan thận, huyết học trước điều trị ở giới hạn cho phép điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn nói trên.
- Bệnh nhân được điều trị thuốc đích Bevacizumab.

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

- Bệnh nhân không hoàn thành liệu trình điều trị không phải vì lý do bệnh tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 9/2019 đến T3/2025 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2.2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện, có 58 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tiến hành nghiên cứu.

2.2.4. Cách tiến hành. Bệnh nhân UTBMBT đạt tiêu chuẩn lựa chọn được điều trị

hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel- carboplatin: Paclitaxel 175mg/m² truyền tĩnh mạch, ngày 1. Carboplatin AUC 5-6 truyền tĩnh mạch, ngày 1 Chu kỳ 21 ngày x 3 chu kỳ

- Thu nhận thông tin theo mẫu bệnh án.

- Đánh giá đáp ứng điều trị sau 3 chu kỳ hóa trị paclitaxel- carboplatin hoặc bất kỳ thời điểm có dấu hiệu tiến triển, đánh giá phẫu thuật đạt tối ưu.

- Đánh giá độc tính sau mỗi chu kỳ hóa trị.

2.3. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây.

- Các thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được giữ bí mật và chỉ nhằm mục đích nghiên cứu khoa học.

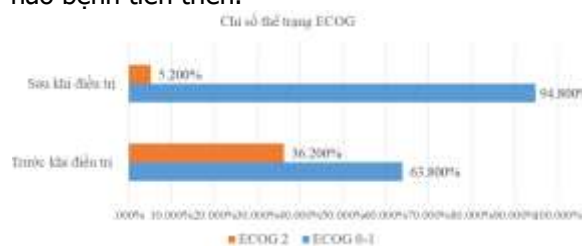
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đáp ứng điều trị

Bảng 1. Đáp ứng với hóa trị tân bổ trợ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

Đáp ứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	14	24,1
Đáp ứng một phần	40	69,0
Bệnh giữ nguyên	4	6,9
Bệnh tiến triển	0	0
Tổng	58	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST (93,1%). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 21,4%. Có 4 bệnh nhân bệnh giữ nguyên tương ứng 6,9% và không có bệnh nhân nào bệnh tiến triển.



Biểu đồ 1. Sự thay đổi thể trạng ECOG trước và sau khi điều trị hóa trị tân bổ trợ

Nhận xét: Sau 3 chu kỳ hóa trị tân bổ trợ đã có sự cải thiện đáng kể về thể trạng ECOG của bệnh nhân. Trước khi điều trị tỷ lệ bệnh nhân có thể trạng ECOG =2 chiếm 36,2% giảm còn 5,2% sau khi điều trị.

Bảng 2. Sự thay đổi nồng độ CA-125 trước và sau khi điều trị hóa trị tân bổ trợ

Nồng độ CA-125	Trung bình	Độ lệch	P
Trước điều trị	1500,18	1549,10	0,000
Sau điều trị hóa trị	269,59	742,14	

tân bổ trợ		
Hiệu chênh lệch	1230,58	1336,81

Nhận xét: Có sự khác biệt về nồng độ CA-125 mẫu trước và sau điều trị hóa trị tân bổ trợ 3 chu kỳ. Sau điều trị nồng độ CA-125 giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.005$ ($p = 0,000$).

Bảng 3. Tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu

Kết quả phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật đạt tối ưu	54	93,1
Phẫu thuật không đạt tối ưu	4	6,9
Tổng	58	100

Nhận xét: Tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu sau hóa trị là 93,1%. Chỉ 6,9% không đạt được phẫu thuật tối ưu.

3.2. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin

Bảng 4. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ trên huyết học

Độc tính	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thiếu máu	5	8,6	2	3,4	0	0	0	0
Hạ bạch cầu	7	12,1	2	3,4	2	3,4	1	1,7
Hạ tiểu cầu	6	10,3	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ hạ Hemoglobin độ 1,2 là 12,0%, không có bệnh nhân nào thiếu máu độ 3,4. Tỷ lệ hạ bạch cầu (bạch cầu tổng và hạt) độ 1,2 là 15,5% và hạ độ 3,4 là 5,1%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 là 10,3% và không có bệnh nhân nào hạ độ 2, 3, 4.

Bảng 5. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ ngoài hệ huyết học

Độc tính	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tăng men gan	16	27,6	1	1,7	0	0	0	0
Tăng Creatinin	1	1,7	0	0	0	0	0	0
Nôn	7	12,1	0	0	0	0	0	0
Tiêu chảy	3	5,1	0	0	0	0	0	0
Thần kinh cảm giác ngoại vi	4	6,8	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn hay gặp nhất ngoài hệ huyết học là tăng men gan là 29,3% nhưng chỉ gặp ở độ 1,2. Các tác dụng không mong muốn khác cũng chỉ gặp ở độ 1,2.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá đáp ứng điều trị. Đáp ứng với hóa trị tân bổ trợ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1: Việc đánh giá đáp ứng của bệnh với điều trị là điều quan trọng cho tất cả các loại bệnh lý, đặc biệt với bệnh lý ung thư thì việc này càng quan trọng, nó giúp định hướng bác sĩ lâm sàng có thái độ phù hợp với từng bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị lâu dài. Do đó mà ngay từ năm 1981, tổ chức Y tế thế giới đã đưa ra các

tiêu chuẩn để đánh giá đáp ứng của khối u với điều trị. Tuy nhiên, do bộ lộ nhiều nhược điểm nên đến năm 2000, tiêu chuẩn RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumor) đầu tiên được công bố. Theo tiêu chuẩn này thì nghiên cứu của chúng tôi có hầu hết bệnh nhân có đáp ứng (93,1%). Tỷ lệ đáp ứng một phần là 69%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 21,4%, chỉ có 4 bệnh nhân bệnh giữ nguyên tương ứng 6,9% và không có bệnh nhân nào bệnh tiến triển. Kết quả của chúng tôi tương đương với tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu Lê Thị Yến (2025) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan (2022) lần lượt là 92,3% và 95,7%.^{3,4} Kết quả nghiên cứu của Miranda (2013) trên 82 bệnh nhân UTBMBT UTBM ống dẫn trứng hoặc UTBM phúc mạc nguyên phát tỷ lệ đáp ứng chỉ đạt 80,5% thấp hơn kết quả của chúng tôi.⁵ Lý giải về kết quả này do nghiên cứu của Miranda là đánh giá đáp ứng sau 6 chu kỳ hóa trị còn nghiên cứu của chúng tôi đánh giá sau 3 chu kỳ và tại thời điểm sau 6 chu kỳ đã có một lượng bệnh nhân tiến triển khiến kết quả đáp ứng thấp hơn.

Cải thiện thể trạng bệnh nhân: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy thể trạng của bệnh nhân cũng hồi phục đáng kể. Trước khi điều trị hóa trị tân bổ trợ, tỷ lệ bệnh nhân có thể trạng ECOG = 2 chiếm 36,2% giảm còn 5,2% sau khi điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có ECOG = 0 - 1 trước điều trị chỉ chiếm 63,2% nhưng sau hóa trị tân bổ trợ đã lên tới 94,8%. Hóa trị tân bổ trợ ngoài tác dụng thu gọn kích thước u và mức độ xâm lấn của khối u còn cải thiện thể trạng tạo điều kiện cho phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng, nồng độ CA-125 huyết thanh trung bình trước điều trị là $1500,18 \pm 1549,1$ sau 3 chu kỳ hóa trị giảm mạnh xuống còn $269,59 \pm 742$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.005$ ($p = 0.000$). Nồng độ CA-125 huyết thanh rất có ý nghĩa trong đánh giá đáp ứng với điều trị và theo dõi tái phát sau điều trị. Theo nghiên cứu của Roy Kessous và cộng sự (2020) nghiên cứu hồi cứu trên 105 phụ nữ mắc ung thư vòm trứng-buồng trứng giai đoạn III-IV được điều trị bằng hóa trị tân bổ trợ. Nghiên cứu Roy Kessous đưa ra kết luận: Giảm nồng độ CA-125 trong quá trình hóa trị tân bổ trợ cung cấp một công cụ dự đoán sớm có mối tương quan mạnh mẽ với phẫu thuật giảm khối u thành công và kết quả lâm sàng lâu dài ở phụ nữ mắc ung thư buồng trứng thanh dịch giai đoạn tiến triển xa.⁶ Kết quả nồng độ CA-125 huyết thanh trung bình giảm mạnh sau hóa trị tân bổ trợ của chúng tôi phù hợp với tỷ lệ đáp ứng cao (93,1%) của phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong nghiên cứu.

Tỷ lệ đạt được phẫu thuật tối ưu: Nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 chu kì hóa trị tân bổ trợ hầu hết các trường hợp phẫu thuật đều đạt kết quả phẫu thuật tối ưu (93,1%). Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan(2022) trên UTBMBT giai đoạn IIIC,IV sau khi hóa trị tân bổ trợ tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu lần lượt là 97% và 83,2%.⁴ Theo nghiên cứu EORTC 55971, ở nhóm, bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III-IV, tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu ngay từ thì đầu chỉ đạt 41,6%. Trong khi đó, ở nhóm được hóa trị tân bổ trợ trước phẫu thuật, tỷ lệ này tăng lên đáng kể, đạt 80,6%.⁷ Kết quả từ những nghiên cứu cho thấy hóa trị tân bổ trợ giúp tăng đáng kể tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu. Phẫu thuật đạt tối ưu là mục tiêu điều trị quan trọng trong UTBMBT, đây là một yếu tố tiên lượng có ý nghĩa, ảnh hưởng rõ rệt đến thời gian sống còn của bệnh nhân. Mục đích chính của hóa trị tân bổ trợ là giảm kích thước, sự xâm lấn của khối u với cơ quan lân cận và cải thiện thể trạng chuyển nhiều bệnh nhân giai đoạn tiến triển không đạt phẫu thuật tối ưu thành đạt phẫu thuật tối ưu.

Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel- Carboplatin. Trên huyết học: Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong quá trình điều trị hóa trị tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trên hệ huyết học là hạ bạch cầu với tỷ lệ bệnh nhân hạ bạch cầu độ 1,2 là 15,5%, hạ bạch cầu độ 3,4 là 5,1%, không có dấu hiệu sốt, nhiễm trùng. Các tác dụng phụ khác trên hệ huyết học ít gặp nhất hơn, tỷ lệ bệnh nhân bị hạ huyết sắc tố độ 1 và độ 2 chiếm 12%, không có bệnh nhân nào thiếu máu độ 3,4. Ngoài ra, tình trạng hạ huyết sắc tố không chỉ liên quan đến độc tính của hóa chất mà còn do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC, IV có đặc điểm bệnh lan tràn, thể trạng kém, sức khỏe bệnh nhân đã giảm sút, có tới 8,6% bệnh nhân bị thiếu máu độ 1,2 trước điều trị. Bệnh nhân hạ tiểu cầu độ 1 là 10,3%, không có bệnh nhân nào hạ độ 2, 3, 4. Nghiên cứu của Miranda (2013) trên 656 bệnh nhân UTBMBT được điều trị hóa chất tân bổ trợ paclitaxel-carboplatin cho tỷ lệ hạ bạch cầu độ III –IV là 29,2% cao hơn tỷ lệ của chúng tôi.⁸ Điều này được lý giải do nghiên cứu của Miranda (2013) đánh giá sau 6 chu kỳ, còn nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá sau 3 chu kỳ và có thể do tỷ lệ các bệnh nhân được tiêm thuốc kích bạch cầu dự phòng của chúng tôi cao hơn nên độc tính hạ bạch cầu cũng thấp hơn và gặp mức độ nhẹ hơn.

Ngoài hệ huyết học: Các thuốc trong phác

đồ đều được chuyển hóa qua gan vì vậy tế bào gan chịu nhiều tổn hại nhất điều này thêm một lần nữa được khẳng định qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng không mong muốn hay gặp nhất ngoài hệ huyết học là tăng men gan là 29,3% nhưng chỉ gặp ở độ 1,2. Ngoài ra, tỷ lệ tác dụng không mong muốn khác rất thấp như nôn là 12,1%, tăng creatinin 1,7%, tiêu chảy 5,1%, rối loạn cảm giác thần kinh ngoại vi 6,8% và tất cả tác dụng phụ này chỉ gặp ở độ 1.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 58 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC, IV không có khả năng đạt phẫu thuật tối ưu ngay được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ cho thấy áp dụng hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel- Carboplatin trên nhóm bệnh nhân này đạt hiệu quả cao với tỷ lệ đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 cũng như tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu là 93,1%. Các tác dụng không mong muốn đều ở mức nhẹ (độ 1, 2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Today.** Accessed February 22, 2025. <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. **Nguyễn Văn Hiếu.** Ung Thư Học. Nhà Xuất bản y học; 2015.
3. **Kết quả bước đầu và các yếu tố liên quan hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel- Carboplatin ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC, IV tại Bệnh viện K.** Accessed July 14, 2025. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/13370/11444>
4. **Loan NTT, Đức LT, Bình HTT.** Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trong ung thư buồng trứng trung giai đoạn III - IV tại Bệnh viện K. VMJ. 2023;530(2). doi:10.51298/vmj.v530i2.6822
5. **Da Costa Miranda V, De Souza Fêde ÂB, Dos Anjos CH, et al.** Neoadjuvant chemotherapy with six cycles of carboplatin and paclitaxel in advanced ovarian cancer patients unsuitable for primary surgery: Safety and effectiveness. Gynecologic Oncology. 2014;132(2):287-291. doi:10.1016/j.ygyno.2013.12.002
6. **Kessous R, Wissing MD, Piedimonte S, et al.** CA-125 reduction during neoadjuvant chemotherapy is associated with success of cytoreductive surgery and outcome of patients with advanced high-grade ovarian cancer. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(7):933-940. doi:10.1111/aogs.13814
7. **Vergote I, Tropé CG, Amant F, et al.** Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. N Engl J Med. 2010; 363(10): 943-953. doi:10.1056/NEJMoa0908806
8. **da Costa Miranda V, de Souza Fêde ÂB, Dos Anjos CH, et al.** Neoadjuvant chemotherapy with six cycles of carboplatin and paclitaxel in advanced ovarian cancer patients unsuitable for primary surgery: Safety and effectiveness. Gynecol Oncol. 2014;132(2):287-291. doi:10.1016/j.ygyno.2013.12.002

PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC LẤY THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG: SO SÁNH KẾT QUẢ GIỮA NHÓM MỘT VÀ NHIỀU ĐỘNG MẠCH THẬN

Cao Minh Phúc¹, Lê Nguyên Vũ^{1,2,3},
Hoàng Long¹, Nguyễn Quang Nghĩa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả phẫu thuật giữa người hiến thận có một động mạch và người hiến có nhiều động mạch khi thực hiện lấy thận bằng kỹ thuật nội soi qua đường phúc mạc tại một trung tâm ghép tạng ở Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 170 người hiến thận sống được phẫu thuật lấy thận nội soi qua đường phúc mạc tại Trung tâm Ghép tạng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. Tất cả người hiến đều được đánh giá mạch máu bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) và phân thành hai nhóm: nhóm một động mạch ($n = 143$) và nhóm từ hai động mạch trở lên ($n = 27$). Các đặc điểm lâm sàng, hình thái mạch máu, thông số phẫu thuật và kỹ thuật tái tạo cuống mạch được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, BMI hay mức lọc cầu thận giữa hai nhóm. Thời gian mổ, số trocar sử dụng và thời gian thiếu máu nóng tương đương nhau ($p > 0,05$). Nhóm nhiều động mạch có lượng máu mất trong mổ cao hơn rõ rệt (31 ± 14 ml so với 12 ± 7 ml; $p < 0,001$). Tất cả các trường hợp ghép thận có nhiều động mạch đều cần tạo hình mạch máu (78% hợp nhất, 19% dùng 2 miếng nối riêng), không sử dụng mạch nhân tạo. Không ghi nhận biến chứng trong hoặc sau mổ ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lấy thận ghép ở người hiến có nhiều động mạch là kỹ thuật an toàn và khả thi nếu được thực hiện bởi ekip giàu kinh nghiệm. Kết quả phẫu thuật tương đương với nhóm thận có một động mạch, góp phần mở rộng nguồn người hiến trong chương trình ghép thận từ người sống. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi lấy thận; Động mạch thận phụ; Người hiến thận sống; Tạo hình mạch máu; Chụp mạch MSCT.

SUMMARY

TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC DONOR NEPHRECTOMY IN LIVING DONORS: COMPARISON OF OUTCOMES BETWEEN SINGLE AND MULTIPLE RENAL ARTERIES

Objective: To compare surgical outcomes between living kidney donors with a single renal artery (SRA) and those with multiple renal arteries (MRA) undergoing transperitoneal laparoscopic donor nephrectomy (LDN) at a Vietnamese transplant center.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội

³Trường 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: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 170 living kidney donors who underwent transperitoneal LDN at the Organ Transplantation Center, Viet Duc University Hospital, from January 2023 to June 2025. All donors were evaluated by multislice CT angiography and divided into two groups: SRA ($n = 143$) and MRA ($n = 27$). Clinical data, vascular anatomy, surgical variables, and reconstruction techniques were collected and analyzed. **Results:** No significant differences were found between groups in age, gender, BMI, or preoperative GFR. Mean operative time, warm ischemia time, and trocar usage were comparable ($p > 0.05$). The MRA group had significantly greater intraoperative blood loss (31 ± 14 ml vs. 12 ± 7 ml; $p < 0.001$). All MRA grafts required arterial reconstruction (78% unification, 19% dual anastomosis), while no prosthetic grafts were used. No intraoperative or postoperative complications were reported in either group. **Conclusion:** Laparoscopic donor nephrectomy in living donors with multiple renal arteries is feasible and safe when performed by experienced surgeons. Surgical outcomes are comparable to single-artery donors, supporting the inclusion of MRA donors in living kidney transplant programs. **Keywords:** Laparoscopic donor nephrectomy; Multiple renal arteries; Living kidney donor; Vascular reconstruction; CT angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận từ người cho sống là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, nơi nguồn hiến từ người chết vẫn còn hạn chế. Trong hơn hai thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi lấy thận (Laparoscopic Donor Nephrectomy – LDN) đã trở thành tiêu chuẩn vàng nhờ ưu điểm xâm lấn tối thiểu, giảm đau sau mổ, phục hồi nhanh và đảm bảo thẩm mỹ.¹ Trong đó, tiếp cận qua phúc mạc được ưa chuộng nhờ trường mổ rộng và thao tác thuận lợi cho phẫu thuật viên.

Một trong những yếu tố làm tăng độ khó kỹ thuật trong LDN là sự hiện diện của nhiều động mạch thận (Multiple Renal Arteries – MRA). Biến thể mạch máu này gặp với tỷ lệ khoảng 20–35% trong các nghiên cứu hình ảnh học, làm tăng thời gian bóc tách cuống mạch, nguy cơ tổn thương mạch và phức tạp hóa quá trình ghép nối ở người nhận.² Tuy nhiên, các báo cáo quốc tế gần đây, như nghiên cứu của Kapoor và cộng sự, cho thấy nếu được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, LDN trên người hiến có MRA vẫn