KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Ngô Văn Tỵ[1,2], Nguyễn Xuân Hậu[1,2,3], Phùng Thị Huyền[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và đáp ứng hóa trị tân bổ trợ ở ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa, đồng thời phân tích mối liên quan giữa hai yếu tố. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 98 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC–IV (2019–2025) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K. Tất cả được hóa trị tân bổ trợ, sau đó phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,4±9; 92,9% ECOG 0–1. ORR đạt 95,9% (mạc nối) và 94,9% (buồng trứng), CR trên 44%. CRS3 chỉ 16%. Phẫu thuật đạt R0 82,6%. Biến chứng thấp (tắc ruột 1%, chảy máu 3,1%). **Kết luận:** hóa trị tân bổ trợ (NACT) kết hợp phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ (IDS) hiệu quả, an toàn, nâng cao tỷ lệ R0. Tuy nhiên, đáp ứng mô bệnh học sâu còn hạn chế, phản ánh khó khăn trong loại bỏ hoàn toàn tế bào ung thư. ***Từ khóa:*** Hóa trị tân bổ trợ, ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa, phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES AND RESPONSE TO NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN ADVANCED EPITHELIAL OVARIAN CANCER

Objectives: To evaluate surgical outcomes and response to neoadjuvant chemotherapy (NACT) in advanced-stage epithelial ovarian carcinoma and to analyze the association between these two domains. **Materials and methods:** A descriptive cohort of 98 patients with FIGO stage IIIC–IV ovarian cancer treated from 2019 to 2025 at Hanoi Medical University Hospital and K Hospital; all patients received NACT followed by interval debulking surgery (IDS). **Results:** Mean age 59.4 ± 9.0 years; 92.9% had ECOG performance status 0–1. The overall response rate was 95.9% for omental disease and 94.9% for ovarian tumors, with complete responses exceeding 44%. A Chemotherapy Response Score of 3 (CRS3) was observed in 16% of cases. R0 cytoreduction (no macroscopic residual disease) was achieved in 82.6%. Postoperative morbidity was low (bowel obstruction 1.0%, hemorrhage 3.1%). **Conclusions:** NACT followed by IDS is effective and safe in advanced-stage disease, yielding high R0 rates; however, the depth of histopathologic response remains limited (CRS3 16%), underscoring the persistent challenge of complete eradication of malignant cells. ***Keywords:*** Neoadjuvant chemotherapy, advanced epithelial ovarian cancer, interval debulking surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những bệnh ung thư phụ khoa phổ biến và có tiên lượng xấu, với hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa (FIGO IIIC–IV)[1]. Phẫu thuật giảm khối u nguyên phát (PDS) kết hợp hóa trị bổ trợ là phương pháp điều trị chuẩn, tuy nhiên chỉ khoảng 30% bệnh nhân đạt được kết quả phẫu thuật tối ưu do khối u lớn và thể trạng kém, dẫn đến tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ cao. Chính vì lý do này, hóa trị tân bổ trợ (NACT) kết hợp phẫu thuật giảm khối u gian kỳ (IDS) đã được áp dụng như một lựa chọn thay thế. Các nghiên cứu EORTC 55971 và CHORUS đã chứng minh rằng NACT kết hợp IDS có hiệu quả sống còn tương đương với PDS nhưng giảm đáng kể biến chứng và tử vong sau mổ[2,3]. Tuy nhiên, NACT có thể gây xơ hóa mô, làm tăng độ khó trong quá trình phẫu tích và đặt ra câu hỏi về khả năng đạt cắt bỏ triệt để trong IDS. Do đó, việc đánh giá đáp ứng NACT là một yếu tố quan trọng trong điều trị. Hiện tại, việc đánh giá này chủ yếu dựa vào các tiêu chí RECIST 1.1, nồng độ CA125, và các yếu tố mô học. Thang điểm Chemotherapy Response Score (CRS) là một công cụ quan trọng trong việc đánh giá đáp ứng mô bệnh học sau NACT, đặc biệt là ở mạc nối. CRS được chia thành ba nhóm: CRS 1 (đáp ứng kém, với phần lớn tổn thương u còn lại), CRS 2 (đáp ứng trung bình với sự hiện diện của mô u còn lại nhưng có các dấu hiệu tái tạo mô), và CRS 3 (đáp ứng tốt, với mô u gần như không còn hoặc chỉ còn rất ít tế bào ung thư)[4]. Mặc dù CRS cao có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng sống tốt và có thể giúp dự đoán khả năng tái phát bệnh, thang điểm này vẫn gặp một số hạn chế khi áp dụng cho ung thư buồng trứng, đặc biệt trong việc đánh giá độ sâu của đáp ứng mô bệnh học và khả năng cắt bỏ triệt để trong IDS. Vì lý do này, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật và đáp ứng hóa trị tân bổ trợ ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa, với phương pháp NACT và IDS được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
[3]*Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Tỵ
Email: dr.ngovantyhmuh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025
Ngày duyệt bài: 16.10.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 98 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV đươc điều trị hóa trị tân bổ trợ kết hợp phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K từ năm 2019 đến tháng 7 năm 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng bằng mô bệnh học(2) Chưa từng điều trị ung thư trước đó; (3) Được phẫu thuật giảm khối u khoảng cách sau hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel – carboplatin; (4) Có chỉ số toàn trạng (ECOG) ≤ 2 và chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn cho phép.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Ung thư buồng trứng tái phát; (2) Tiền sử mắc ung thư khác; (3) Có thai hoặc đang cho con bú; (4) Mắc các bệnh lý phối hợp nặng không được kiểm soát tốt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.3. Thu thập và xử lí số liệu

**** Các thông tin đươc thu thập:*** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, tình trạng mãn kinh, thể trạng, chỉ số CA 125. Đáp ứng với hóa trị tân bổ trợ: đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, đáp ứng mô bệnh học theo thang điểm CRS. Dữ liệu trong và sau phẫu thuật: tổn thương còn lại sau phẫu thuật (còn hay không còn tổn thương đại thể), thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, thời gian nằm viện, các biến chứng trong và sau phẫu thuật

**** Phân tích thống kê:*** Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0

**** Các bước tiến hành nghiên cứu:***

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân mắc ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC và IV theo phân loại FIGO, dựa trên các tiêu chí lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.
- Bước 2: Tiến hành hóa trị tân bổ trợ với phác đồ Paclitaxel-Carboplatin (Paclitaxel 175 mg/m² và Carboplatin AUC5, tiêm tĩnh mạch) mỗi 3 tuần trong tổng số 3 chu kỳ, hoặc phác đồ Paclitaxel 60 mg/m², Carboplatin AUC2 mỗi tuần trong 9 tuần.
- Bước 3: Đánh giá đáp ứng hóa trị tân bổ trợ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 trên phim CT scanner
- Bước 4: Thực hiện phẫu thuật giảm u tối đa sau khi hoàn thành hóa trị tân bổ trợ. Ghi nhận dữ liệu về lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và các kỹ thuật được tiến hành trong phẫu thuật cũng như các biến chứng, ghi nhận tổn thương còn lại sau phẫu thuật.
- Bước 5: Đánh giá sau phẫu thuật, ghi nhận các biến chứng sau mổ, ghi nhận thời gian nằm viện, thời điểm lưu thông ruột và rút dẫn lưu, đánh giá kết quả đáp ứng mô bệnh học hóa trị tân bộ trợ trên bệnh phẩm sau mổ.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu, các thông tin đều được bảo mật, chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (n,%)
Tuổi*	59,4 ± 9
Tình trạng mãn kinh	
Chưa mãn kinh	25 (25,5)
Mãn kinh	73 (74,5)
ECOG	
ECOG 0–1	91 (92,9)
ECOG ≥2	7 (7,1)
CA125 (U/mL)*	1279,2

**(Trung vị, Khoảng giá trị)*

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tổng số 98 bệnh nhân được đưa vào phân tích với độ tuổi trung bình là 59,4 ± 9 năm, Về tình trạng mãn kinh, đa số bệnh nhân đã mãn kinh (74,5%), chỉ có 25,5% chưa mãn kinh, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh lý thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh.

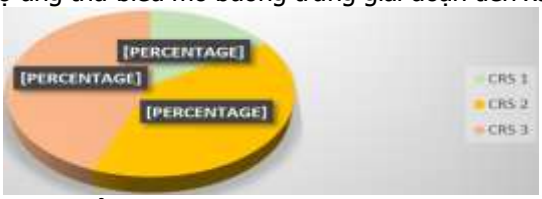
Đánh giá tình trạng toàn thân cho thấy phần lớn bệnh nhân có thể trạng còn tốt, với 92,9% thuộc nhóm ECOG 0–1, chỉ 7,1% có ECOG ≥2. Xét nghiệm marker khối u CA125 cho thấy giá trị trung vị ở mức cao (1279,2 U/mL)

Bảng 2. Đáp ứng hóa trị tân bổ trợ

Đáp ứng theo RECIST	Di căn mạc nối lớn N(%)	Khối u buồng trứng N(%)
Đáp ứng hoàn toàn	50 (51)	44 (44,9)
Đáp ứng một phần	44 (44,9)	49 (50)
Bệnh ổn định	4 (4,1)	4 (4,1)
Bệnh tiến triển	0 (0)	1 (1)

Nhận xét: Dựa trên kết quả Bảng 2, có thể thấy rõ hiệu quả điều trị vượt trội thể hiện qua đáp ứng khách quan cao theo tiêu chuẩn RECIST ở cả hai vị trí khối u. Cụ thể, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) và đáp ứng một phần (PR) đối với di căn mạc nối lớn lần lượt là 51% và 44,9%, tạo thành một tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) ấn tượng là 95,9%. Tương tự, khối u buồng trứng cũng cho thấy đáp ứng khả quan với ORR đạt 94,9% (CR: 44,9% và PR: 50%). Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh ổn định (SD) rất thấp (chỉ 4,1%) và hầu như không ghi nhận trường hợp bệnh tiến triển (PD), cho thấy đáp ứng đáng kể hóa chất tân bổ

trợ ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa.



Biểu đồ 1. Đáp ứng mô bệnh học

Nhận xét: Kết quả đánh giá đáp ứng mô bệnh học (pathological response) của bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng sau hóa trị tân bổ trợ, dựa trên hệ thống phân loại CRS. Phân tích dữ liệu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt CRS 1 (đáp ứng tối thiểu hoặc không đáp ứng) chiếm 44%, đây là nhóm có nhiều tế bào u sống sót và thay đổi mô học không đáng kể. Tỷ lệ bệnh nhân đạt CRS 2 (đáp ứng trung gian) là 40%, cho thấy sự thoái triển u nhưng vẫn còn một lượng đáng kể tế bào ung thư. Đáng chú ý, chỉ có 16% bệnh nhân đạt được CRS 3 (đáp ứng hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn), mức độ được xem là mục tiêu lý tưởng và liên quan trực tiếp đến tiên lượng sống còn tốt hơn

Biểu đồ 2. Tổn thương còn lại sau phẫu thuật

Nhận xét: Dữ liệu cho thấy có tới 82,65% số ca phẫu thuật đạt được kết quả lý tưởng là "không còn tổn thương" (no gross residual disease), điều này chứng tỏ hiệu quả cao của can thiệp phẫu thuật trong việc loại bỏ khối u. Ngược lại, chỉ có 17,35% bệnh nhân còn "tổn thương" sau mổ, cho thấy một số trường hợp vẫn còn sót lại u. Kết quả này phản ánh năng lực phẫu thuật tốt và hiệu quả của việc kết hợp phẫu thuật giảm thiểu u sau hóa trị tân bổ trợ.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật và tai biến/biến chứng

Thông số	Giá trị*
Thời gian phẫu thuật (phút)	126,3±34,9 (60-250)
Lượng máu mất (mL)	192±144 (50-800)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	10±1,8 (6-14)

Nhận xét: Kết quả từ bảng dữ liệu cho thấy phẫu thuật có thời gian trung bình là 126,3 ± 34,9 phút, với thời gian ngắn nhất là 60 phút và dài nhất là 250 phút. Lượng máu mất trong phẫu thuật ở mức trung bình 192 ± 144 mL, dao động từ 50 mL đến 800 mL. Bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10 ± 1,8 ngày.

Bảng 4: Biến chứng sau phẫu thuật giảm thiểu u gian kỳ

Biến chứng sau mổ	Giá trị (N,%)
Tắc ruột	1 (1)
Nhiễm trùng	3 (3,1)
Chảy máu Giảm khối lượng tuần hoàn	3 (3,1) 2 (2)
Rối loạn chức năng bàng quang	0 (0)
Huyết khối tắc mạch	0 (0)
Rò miệng nối Hạ Albumin máu Rối loạn điện giải	0 (0) 15 (15,3) 8 (8,2)

**(Trung bình, Khoảng giá trị)*

Nhật xét: Về biến chứng sau mổ, tỷ lệ mắc các biến chứng nghiêm trọng tương đối thấp. Cụ thể, biến chứng tắc ruột và chảy máu chiếm tỷ lệ nhỏ, lần lượt là 1% và 3,1%. Đáng chú ý, không có trường hợp nào bị rối loạn chức năng bàng quang, huyết khối tắc mạch hoặc rò miệng nối. Tuy nhiên, có một số biến chứng phổ biến hơn cần được lưu ý như nhiễm trùng (3,1%), hạ albumin máu (15,3%) và rối loạn điện giải (8,2%). Những biến chứng này, đặc biệt là hạ albumin máu, có thể phản ánh tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân và cần có các biện pháp can thiệp phù hợp

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp những dữ liệu quan trọng về hiệu quả của hóa trị tân bổ trợ (NACT) kết hợp phẫu thuật giảm khối u gian kỳ (IDS) đối với bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) giai đoạn tiến xa tại Việt Nam. Đặc điểm nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là 59,4, tương đương với các nghiên cứu quốc tế như Nakamura (60 tuổi) và Vergote (63 tuổi), qua đó khẳng định ung thư buồng trứng chủ yếu gặp ở phụ nữ lớn tuổi và sau mãn kinh[2,5]. Đặc biệt, 92,9% bệnh nhân có tình trạng toàn thân tốt (ECOG 0-1), điều này cho thấy bệnh nhân đủ khả năng chịu đựng các phác đồ hóa trị và phẫu thuật giảm u. Giá trị CA125 trung vị đạt 1279,2 U/mL, phản ánh một gánh nặng khối u lớn ngay từ khi chẩn đoán, điều này tương tự như kết quả trong nghiên cứu EORTC 55971, nơi hầu hết bệnh nhân có mức CA125 >500 U/mL. Mức CA125 cao này là yếu tố tiên lượng quan trọng, liên quan đến khối u lớn và khả năng phẫu thuật nguyên phát không đạt tối ưu[2].

Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) của hóa trị tân bổ trợ (NACT) trong nghiên cứu này đạt mức rất cao, với ORR ở mạc nối lớn là 95,9% (CR 51%, PR 44,9%) và ở khối u buồng trứng là 94,9% (CR 44,9%, PR 50%). Tỷ lệ bệnh ổn định trong nghiên cứu của chúng tôi là rất thấp, chỉ

4,1%, và gần như không có bệnh tiến triển (≤1%). Đây là kết quả nổi bật khi so sánh với các nghiên cứu quốc tế, chẳng hạn như trong nghiên cứu EORTC 55971 và CHORUS, nơi tỷ lệ ORR chỉ đạt khoảng 80%, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) thấp hơn 10%. Tỷ lệ CR vượt quá 40% trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả vượt trội của NACT trong việc thu nhỏ kích thước khối u, cải thiện tình trạng toàn thân của bệnh nhân và tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật giảm u tối đa[2,3]. Kết quả này có thể được giải thích bởi sự lựa chọn bệnh nhân kỹ lưỡng, phác đồ hóa trị mạnh mẽ và sự hỗ trợ từ các phương pháp chăm sóc chu phẫu. Tỷ lệ đáp ứng cao sau NACT không chỉ phản ánh hiệu quả điều trị hiện tại mà còn dự báo khả năng đạt phẫu thuật tối ưu và cải thiện sống còn lâu dài. Đây là yếu tố rất quan trọng trong điều trị ung thư buồng trứng, đặc biệt đối với các bệnh nhân giai đoạn tiến xa, nơi việc cắt bỏ u triệt để (R0) đóng vai trò quyết định trong việc giảm nguy cơ tái phát. Các nghiên cứu trước đây đã khẳng định mối quan hệ chặt chẽ giữa tỷ lệ đáp ứng sau hóa trị và khả năng đạt phẫu thuật tối ưu, cũng như khả năng kéo dài thời gian sống không bệnh tiến triển (PFS) và sống toàn bộ (OS). Cụ thể, nghiên cứu của Machida (2019) và Qin (2017) cho thấy tỷ lệ đáp ứng mô học cao sau NACT làm tăng khả năng đạt phẫu thuật cắt bỏ u triệt để, từ đó kéo dài thời gian sống của bệnh nhân và cải thiện chất lượng cuộc sống sau điều trị[6,7]. Bên cạnh đó, tỷ lệ CR vượt quá 40% trong nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy một yếu tố quan trọng trong chiến lược điều trị ung thư buồng trứng: việc giảm khối u hiệu quả không chỉ giúp bệnh nhân có thể thực hiện phẫu thuật giảm u tối đa mà còn giảm thiểu tỷ lệ biến chứng hậu phẫu, giúp tăng khả năng phục hồi nhanh chóng và giảm nguy cơ nhiễm trùng và các biến chứng nghiêm trọng khác. Điều này đặc biệt quan trọng khi điều trị cho những bệnh nhân có tình trạng sức khỏe yếu, vốn gặp nhiều rủi ro khi phẫu thuật. Đặc biệt, trong các nghiên cứu quốc tế như EORTC 55971 và CHORUS, tỷ lệ CR sau hóa trị tân bổ trợ rất thấp, phản ánh sự khó khăn trong việc đạt được đáp ứng mô học hoàn toàn, điều này cũng cho thấy sự cần thiết phải cải thiện các phương pháp điều trị[2,3]. Mặc dù tỷ lệ ORR trong các nghiên cứu này đạt khoảng 80%, nhưng kết quả điều trị không đạt mức tối ưu về mặt giảm kích thước khối u, điều này có thể ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng phẫu thuật sau đó. Điều này đồng thời nhấn mạnh vai trò của hóa trị tân bổ trợ trong việc tạo ra một giai đoạn cửa sổ điều trị thuận lợi cho phẫu thuật giảm u tối đa. Phác đồ hóa trị mạnh mẽ với Paclitaxel và Carboplatin, như chúng tôi đã áp dụng trong nghiên cứu, có thể giúp cải thiện tỷ lệ đáp ứng của bệnh nhân, tạo điều kiện cho việc giảm khối u đáng kể và từ đó giảm bớt độ phức tạp của phẫu thuật. Các nghiên cứu trước cũng chỉ ra rằng NACT giúp thu nhỏ kích thước khối u, làm giảm xâm lấn và nâng cao khả năng đạt được cắt bỏ u triệt để (R0), qua đó cải thiện khả năng sống sót và chất lượng cuộc sống lâu dài cho bệnh nhân. Một điểm đáng lưu ý là tỷ lệ CR và ORR cao trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh hiệu quả của việc chọn lọc bệnh nhân kỹ lưỡng, nơi những bệnh nhân có tình trạng toàn thân tốt (ECOG 0-1) được chỉ định hóa trị tân bổ trợ. Việc lựa chọn bệnh nhân có thể trạng tốt không chỉ giúp họ dễ dàng dung nạp hóa trị mà còn giúp cải thiện khả năng phục hồi và giảm nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật. Điều này cho thấy, khi NACT được kết hợp với IDS, không chỉ hiệu quả điều trị được cải thiện mà còn làm giảm tỷ lệ biến chứng và tăng khả năng hồi phục sau mổ, từ đó nâng cao chất lượng điều trị lâu dài.

Tỷ lệ Chemotherapy Response Score (CRS) trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phân bố rõ rệt giữa các nhóm đáp ứng mô học. Cụ thể, tỷ lệ CRS 1 đạt 16%, CRS 2 là 40%, và CRS 3 đạt 44% trên các bệnh phẩm mạc nối lớn. Tỷ lệ CRS 3 đạt 44%, cho thấy một mức độ đáp ứng mô học khá cao so với các nghiên cứu quốc tế, như Michaan et al. (13,6%) và Nero et al. (7-8%). Điều này cho thấy hóa trị tân bổ trợ (NACT) kết hợp với phẫu thuật giảm u gian kỳ (IDS) đã đạt được hiệu quả tích cực trong việc giảm khối u ở mức mô học, đặc biệt là tại mạc nối lớn, nơi có thể giúp bệnh nhân đạt tỷ lệ CRS 3 cao[8,9].

Mặc dù tỷ lệ CRS 3 trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, các bệnh nhân đạt CRS 1 (16%) và CRS 2 (40%) vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể, điều này chỉ ra rằng một phần tế bào ung thư vẫn còn tồn tại sau quá trình NACT, dù khối u đã giảm kích thước rõ rệt. Sự hiện diện của các tế bào ung thư này có thể là yếu tố dẫn đến nguy cơ tái phát bệnh sau phẫu thuật. Theo các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ CRS 1 và CRS 2 cao có thể phản ánh sự tồn tại của các tế bào ung thư kháng thuốc, đây là một trong những nguyên nhân chính khiến việc đạt được đáp ứng mô học lý tưởng (CRS 3) trở nên khó khăn.

So với các nghiên cứu quốc tế như EORTC 55971 và CHORUS, tỷ lệ CRS 3 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, cho thấy NACT kết hợp IDS đã đạt được kết quả điều trị tốt hơn trong việc giảm kích thước khối u và cải thiện điều kiện

cho phẫu thuật giảm u tối đa. Tuy nhiên, tỷ lệ CRS 1 và CRS 2 trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn cao, điều này cho thấy sự cần thiết phải có những cải tiến trong chiến lược điều trị và việc áp dụng các liệu pháp bổ sung nhằm tối đa hóa đáp ứng mô học, như việc kết hợp phương pháp miễn dịch hoặc các liệu pháp hóa trị mạnh hơn trong tương lai. Nhìn chung, tỷ lệ CRS 3 đạt 44% trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một kết quả khả quan trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa. Tuy nhiên, vẫn cần các nghiên cứu tiếp theo để cải thiện việc đạt được CRS 3 và giảm thiểu tỷ lệ CRS 1 và CRS 2, nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị lâu dài cho bệnh nhân ung thư buồng trứng.

Kết quả phẫu thuật của chúng tôi cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 126,3 phút, với lượng máu mất trung bình 192 mL. Đây là mức thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu quốc tế. Cụ thể, trong nghiên cứu CHORUS, thời gian phẫu thuật trung vị lên tới 180 phút và lượng máu mất trên 500 mL, còn trong nghiên cứu JCOG0602, phẫu thuật nguyên phát thường kéo dài hơn 300 phút và mất máu trung vị gần 1000 mL. Điều này cho thấy hóa trị tân bổ trợ giúp giảm khối lượng u trước phẫu thuật, giảm mức độ xâm lấn và mất máu trong phẫu thuật[2,10]. Các kết quả này cũng phản ánh hiệu quả của NACT trong việc giảm tổn thương đại thể, từ đó giúp giảm mức độ phức tạp của phẫu thuật và cải thiện độ an toàn. Những kết quả này cũng tương thích với các nghiên cứu khác, như trong thử nghiệm ICON8, nơi phẫu thuật sau NACT giúp rút ngắn thời gian mổ và giảm đáng kể các biến chứng hậu phẫu do quá trình thu nhỏ khối u.

Về biến chứng sau mổ, tỷ lệ ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, phần lớn ở mức độ nhẹ đến trung bình. Các biến chứng nghiêm trọng như tắc ruột (1%) hay chảy máu (3,1%) rất hiếm, thấp hơn so với các nghiên cứu quốc tế như EORTC 55971 và CHORUS. Những biến chứng phổ biến hơn là hạ albumin máu (15,3%) và rối loạn điện giải (8,2%), chủ yếu liên quan đến tình trạng dinh dưỡng và chuyển hóa thay vì kỹ thuật phẫu thuật. Điều này củng cố tính an toàn của chiến lược điều trị, cho thấy hóa trị tân bổ trợ kết hợp phẫu thuật không chỉ giúp giảm thể tích u mà còn cải thiện độ an toàn so với phẫu thuật giảm thiểu u tối đa ngay từ đầu.

Kết quả phẫu thuật của chúng tôi cho thấy 82,65% bệnh nhân đạt không còn tổn thương sau phẫu thuật (R0), trong khi chỉ 17,35% còn tổn thương (R1/R2). Tỷ lệ này rất cao so với các nghiên cứu quốc tế như EORTC 55971 và CHORUS, nơi tỷ lệ R0 chỉ khoảng 41%. Tỷ lệ R0 trong nghiên cứu JCOG0602 đạt 62%, và trong SCORPION là khoảng 67%, thấp hơn đáng kể so với 82,65% trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể trạng tốt (ECOG 0-1 chiếm ưu thế), cho phép dung nạp hóa trị và phẫu thuật tích cực hơn. Hiệu quả của hóa trị tân bổ trợ cũng rất cao, giúp giảm khối u đáng kể và tăng khả năng đạt giảm u tối ưu. Điều này cho thấy rằng NACT không chỉ giúp thu nhỏ khối u mà còn góp phần làm tăng khả năng đạt cắt bỏ hoàn toàn u (R0), từ đó nâng cao hiệu quả điều trị lâu dài. Sự cải thiện này là một trong những yếu tố quan trọng trong việc tăng tỷ lệ sống sót cho bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa[2,3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hóa trị tân bổ trợ kết hợp phẫu thuật giảm khối u gian kỳ hiệu quả và an toàn cho ung thư buồng trứng giai đoạn tiến xa, cải thiện khả năng phẫu thuật triệt để và giảm biến chứng. Đáp ứng lâm sàng khả quan, nhưng đáp ứng mô bệnh học sâu còn hạn chế, phản ánh thách thức trong loại bỏ tế bào ung thư kháng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, 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):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Vergote I, Coens C, Nankivell M, et al.** Neoadjuvant chemotherapy versus debulking surgery in advanced tubo-ovarian cancers: pooled analysis of individual patient data from the EORTC 55971 and CHORUS trials. Lancet Oncol. 2018; 19(12): 1680-1687. doi:10.1016/S1470-2045 (18)30566-7
3. **Kehoe S, Hook J, Nankivell M, et al.** Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet. 2015;386(9990):249-257. doi:10.1016/S0140-6736(14)62223-6
4. **Böhm S, Faruqi A, Said I, et al.** Chemotherapy Response Score: Development and Validation of a System to Quantify Histopathologic Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Tubo-Ovarian High-Grade Serous Carcinoma. J Clin Oncol. 2015; 33(22): 2457-2463. doi:10.1200/JCO.2014. 60.5212
5. **Nakamura K, Kitahara Y, Nishimura T, et al.** Nadir CA-125 serum levels during neoadjuvant chemotherapy and no residual tumor at interval debulking surgery predict prognosis in advanced stage ovarian cancer. World J Surg Oncol. 2020;18:200. doi:10.1186/s12957-020-01978-6
6. **Matsuo K, Machida H, Mariani A, et al.** Adequate pelvic lymphadenectomy and survival of women with early-stage epithelial ovarian cancer. J Gynecol Oncol. 2018; 29(5). doi:10.3802/

jgo.2018.29.e69
7. **Meng Qin, Ying Jin, Li Ma, Yan-Yan Zhang, L. Pan.** The role of neoadjuvant chemotherapy followed by interval debulking surgery in advanced ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. Oncotarget. 2017;9:8614-8628. doi:10.18632/oncotarget.23808
8. **Michaan N, Chong WY, Han NY, Lim MC, Park SY.** Prognostic Value of Pathologic Chemotherapy Response Score in Patients With Ovarian Cancer After Neoadjuvant Chemotherapy. Int J Gynecol Cancer. 2018;28(9). doi:10.1097/ IGC.0000000000001366
9. **Nero C, Fagotti A, Zannoni GF, Palluzzi E, Scambia G, Petrillo M.** Pathologic response to neoadjuvant chemotherapy in advanced ovarian cancer: utility of a scoring system to predict outcomes. Int J Gynecol Cancer. 2019;29(6). doi:10.1136/ijgc-2019-000232
10. **Onda T, Satoh T, Ogawa G, et al.** Comparison of survival between primary debulking surgery and neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal and peritoneal cancers in phase III randomised trial. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. 2020; 130: 114-125. doi:10.1016/j.ejca.2020. 02.020

HIỆU QUẢ BẢO TỒN CHI TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP – TẮC ĐỘNG MẠCH TẦNG DƯỚI GỐI MẠN TÍNH BẰNG NONG BÓNG: KẾT QUẢ TRUNG HẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Minh Tấn[1,2], Nguyễn Hoài Nam[2,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn bảo tồn chi ở bệnh nhân hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối được điều trị can thiệp nội mạch tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu quan sát, đoàn hệ tiến cứu trên 127 bệnh nhân hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối được can thiệp nong bóng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong giai đoạn 01/2022 – 07/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bảo tồn chi trung hạn duy trì ở mức tương đương với giai đoạn sớm sau can thiệp (85%). Tử vong trung hạn chiếm 4,7% bệnh nhân, trong đó 83,3% liên quan đến biến chứng hô hấp và 16,7% do sốc nhiễm trùng (không liên quan trực tiếp đến can thiệp). Tỷ lệ tái can thiệp là 37,8%. **Kết luận:** Can thiệp nong bóng điều trị hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối đạt hiệu quả bảo tồn chi cao, với tỷ lệ duy trì ổn định trong giai đoạn trung hạn. Tỷ lệ tử vong thấp và chủ yếu do biến chứng hô hấp, không liên quan trực tiếp đến thủ thuật. Tuy nhiên, tỷ lệ tái can thiệp còn đáng kể, nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi định kỳ và phát hiện sớm tái hẹp nhằm duy trì hiệu quả lâu dài. ***Từ khóa:*** hẹp – tắc động mạch tầng dưới gối, bảo tồn chi, nong bóng.

SUMMARY

LIMB SALVAGE IN CHRONIC BELOW-THE-KNEE ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE TREATED WITH BALLOON ANGIOPLASTY: MID-TERM RESULTS FROM THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objective: To evaluate the mid-term limb salvage outcomes in patients with below-the-knee arterial stenosis and occlusion treated with endovascular balloon angioplasty at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Methods:** A prospective observational cohort study was conducted on 127 patients with below-the-knee arterial stenosis and occlusion who underwent balloon angioplasty at the University Medical Center Ho Chi Minh City between January 2022 and July 2024. **Results:** The mid-term limb salvage rate remained comparable to the early post-intervention period (85%). Mid-term mortality occurred in 4.7% of patients, of which 83.3% were related to respiratory complications and 16.7% to septic shock (secondary to an anorectal fistula infection, unrelated to the intervention). The reintervention rate was 37.8%. **Conclusion:** Mid-term outcomes demonstrated a high limb salvage rate, which remained stable compared to the early post-intervention period. The mortality rate was low and mainly associated with respiratory complications, without direct relation to the procedure. However, the considerable reintervention rate highlights the importance of regular follow-up and early detection of restenosis to ensure long-term treatment success.

Keywords: below-the-knee arterial stenosis and occlusion, limb salvage, balloon angioplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới đã nổi lên như một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trong những năm gần đây, ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người trên toàn thế giới.[1] Trong đó, bệnh động mạch chi dưới ảnh hưởng nặng nề đến dân số từ 40 tuổi trở lên, thường gặp ở nhóm bệnh nhân thiếu máu chi mạn tính nguy cơ cao, gây giảm tưới máu chi nghiêm trọng, dẫn đến đau khi nghỉ, loét chi kéo dài làm giảm chất lượng cuộc sống, nguy cơ phải đoạn chi và tử vong vì các biến cố

[1]*Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[3]*Bệnh viện Quốc tế Minh Anh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Nam
Email: dr.hoainamnguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025
Ngày duyệt bài: 14.10.2025