

KẾT QUẢ HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIC-IV TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Thị Hải¹, Trần Thị Kim Phượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 36 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV điều trị hóa trị tân bổ trợ tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2025.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $58,61 \pm 9,34$; 86,1% có PS 0-1. Giai đoạn IIIC, IV chiếm tỉ lệ lần lượt là 52,8% và 47,2%. Phác đồ Paclitaxel - Carboplatin được sử dụng nhiều nhất với 66,7%. Tỉ lệ đáp ứng khách quan đạt 88,9%. Tuy nhiên, chỉ có 28 bệnh nhân được phẫu thuật công phá u tối ưu sau hóa trị tân bổ trợ, kết quả: 69,5% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần và 8,3% đạt đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học; tỉ lệ đạt phẫu thuật tối ưu là 75,0%. Độc tính độ 3 - 4 chủ yếu là độc tính huyết học.

Kết luận: Kết quả cho thấy hóa trị tân bổ trợ ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV mang lại hiệu quả điều trị tốt, tăng tỉ lệ phẫu thuật tối ưu và độc tính chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư biểu mô buồng trứng, giai đoạn tiến triển, hóa trị tân bổ trợ, đáp ứng điều trị, độc tính.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY IN STAGE IIIC-IV EPITHELIAL OVARIAN CANCER PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the treatment outcomes of neoadjuvant chemotherapy in patients with stage IIIC-IV ovarian carcinoma at Thai Nguyen Central Hospital.

Research subjects and methods: A retrospective-prospective descriptive study was conducted on 36 patients with stage IIIC-IV ovarian carcinoma who received neoadjuvant chemotherapy at the Oncology Center, Thai Nguyen National Hospital, between January, 2019, and December, 2025.

Research results: The mean age was 58.61 ± 9.34 years; 86.1% had an Eastern Cooperative Oncology Group performance status of 0-1. Stage IIIC and stage

IV disease accounted for 52.8% and 47.2% of cases, respectively. The Paclitaxel-Carboplatin regimen was the most commonly used (66.7%). The objective response rate was 88.9%. However, only 28 patients underwent optimal debulking surgery following neoadjuvant chemotherapy; results showed a partial response in 69.5% of patients and a complete pathological response in 8.3%, with an optimal surgery rate of 75.0%. Grade 3-4 adverse events were predominantly hematological ones.

Conclusion: Neoadjuvant chemotherapy provided effective outcomes, increased the rate of optimal cytoreductive surgery, and had an acceptable safety profile in patients with stage IIIC-IV ovarian carcinoma.

Keywords: Epithelial ovarian cancer, advanced stage, neoadjuvant chemotherapy, treatment response, toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các ung thư phụ khoa thường gặp ở nữ giới, sau ung thư cổ tử cung. Theo GLOBOCAN 2024, trên thế giới, tỉ lệ mới mắc và tử vong chuẩn theo tuổi là 6,5/100.000 và 3,8/100.00 người⁶. Thở mô bệnh học chiếm tỉ lệ cao nhất là ung thư biểu mô (UTBM). Do các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và hiện chưa có biện pháp sàng lọc hiệu quả, nên phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển với tổn thương lan tràn trong ổ bụng hoặc di căn xa⁸.

Điều trị chuẩn của UTBMBT giai đoạn IIIC-IV là phẫu thuật và hóa chất phác đồ platinum. Phẫu thuật triệt căn đóng vai trò chủ đạo trong điều trị UTBMBT giai đoạn I, II, tuy nhiên khi bệnh ở giai đoạn tiến triển, phẫu thuật công phá u tối đa là chính, có thể được thực hiện ngay từ đầu hoặc sau hóa trị tân bổ trợ (HTTBT). Các thử nghiệm ngẫu nhiên trên thế giới đã chứng minh HTTBT mang lại thời gian sống thêm không kém hơn so với phẫu thuật công phá u ngay từ đầu^{7,9}. Do những lợi ích mà HTTBT mang lại, Hiệp hội Ung thư Châu Âu đã bổ sung HTTBT vào phác đồ điều trị thay thế cho bệnh nhân không có khả năng cắt bỏ tối ưu, bệnh kèm theo có nguy cơ cao gặp biến chứng quanh phẫu thuật⁸.

Tại Việt Nam, điều trị UTBMBT giai đoạn IIIC, IV bằng phẫu thuật và hóa chất dựa trên platinum có hoặc không có kết hợp Bevacizumab đã được áp dụng nhiều năm. Một số nghiên cứu tiến hành nhằm đánh giá kết quả HTTBT trên nhóm đối tượng

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hải

Email: phamhai1541999@gmail.com

Mã bài: N868

Ngày nhận bài: 21/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

này. Nhằm cung cấp thêm bằng chứng về hiệu quả của HTTBT trong thực hành lâm sàng nên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC-IV điều trị HTTBT tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng IIIC-IV theo phân loại của FIGO 2017 phiên bản 8.
- Được điều trị ít nhất 3 chu kỳ (CK) HTTBT.
- Được điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.
- Chỉ số toàn trạng PS ≤ 2 .
- Chức năng gan, thận, tủy xương trước điều trị trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mắc ung thư khác kèm theo, phụ nữ đang mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu: 36 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Độ tuổi trung bình + SD	58,61 $\pm$ 9,34	
	Trung vị tuổi		
	Độ tuổi lớn nhất		
	Độ tuổi nhỏ nhất		
Chỉ số toàn trạng	0	12	33,3
	1	19	52,8
	2	5	13,9

Quy trình nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiến cứu. Hồi cứu: từ 01/01/2019 đến ngày 30/06/2025. Tiến cứu: từ 01/07/2025 đến 30/06/2026. Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Đặc điểm chung: họ tên, tuổi, PS, kích thước u lớn nhất trên chẩn đoán hình ảnh, vị trí di căn trên chẩn đoán hình ảnh, nồng độ CA 125 trước điều trị, giai đoạn bệnh, phân loại mô bệnh học, phác đồ HTBTT, số CK điều trị.

- Đặc điểm về đáp ứng điều trị của HTTBT: đáp ứng điều trị trên chẩn đoán hình ảnh, đáp ứng trên mô bệnh học, tỉ lệ đạt phẫu thuật tối ưu, độc tính của phác đồ điều trị.

Quy trình đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1:

- Tiến hành đánh giá sau khi kết thúc 3, 4 hoặc 6 CK HTTBT dựa vào đặc điểm hình ảnh trên phim chụp CT scanner ngực - bụng - chậu.

- Mức độ đánh giá đáp ứng bao gồm 4 mức độ: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh giữ nguyên và bệnh tiến triển.

Quy trình đánh giá đáp ứng trên mô bệnh học

- Thời điểm đánh giá: ngay sau phẫu thuật giữa kỳ, khi bác sĩ giải phẫu bệnh nhận và phân tích bệnh phẩm phẫu thuật.

- Đánh giá dựa trên thang điểm đáp ứng hóa trị (CRS - Chemotherapy Response Score):

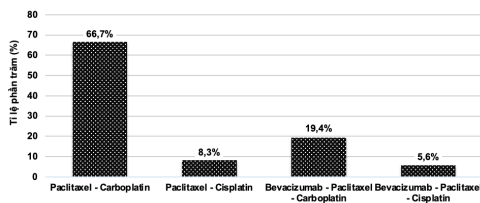
- + CRS 1: Đáp ứng tối thiểu hoặc không đáp ứng
- + CRS 2: Đáp ứng một phần hoặc đáp ứng đáng kể
- + CRS 3: Đáp ứng hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 25.0. Các kết quả được trình bày theo tỉ lệ % đối với biến định tính và trung bình với biến định lượng.

Đặc điểm	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Kích thước u lớn nhất trên chẩn đoán hình ảnh	< 5 cm	5
	5 - 10 cm	14
	> 10 cm	12
	Không rõ/không thấy	5
Vị trí di căn trên chẩn đoán hình ảnh	Phổi/màng phổi	12
	Gan	6
	Hạch	7
	Phức mạc	33
Nồng độ CA 125 trước điều trị	≥ 35 U/mL	36
	< 35 U/mL	0
Giai đoạn bệnh	IIIC	19
	IV	17
Thể mô bệnh học	UTBM thanh dịch	28
	UTBM thể nhày	4
	UTBM dạng nội mạc	1
	Khác	3

Nhận xét: Trong 36 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là $58,61 \pm 9,34$, lớn nhất là 75, nhỏ nhất là 40. Phần lớn có PS=1 (52,8%). Kích thước u 5 - 10 cm chiếm tỉ lệ cao với 38,9%. Vị trí di căn phức mạc là thường gặp. Nồng độ CA 125 trước điều trị ≥ 35 U/mL chiếm 100%. Về giai đoạn bệnh, giai đoạn IIIC chiếm tỉ lệ cao hơn so với giai đoạn IV, lần lượt chiếm 52,8% và 47,2%. Thể mô học chủ yếu là UTBM thanh dịch (77,8%).



Hình 1. Phác đồ hóa trị tân bổ trợ

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được điều trị HTTBT phác đồ Paclitaxel - Carboplatin, chiếm 66,7%, tiếp theo là phác đồ Bevacizumab - Paclitaxel - Carboplatin (19,4%).

Bảng 2. Số chu kì hóa trị tân bổ trợ

Số chu kì	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
3	7	19,5
4	5	13,9
6	21	58,3
Bỏ/dừng điều trị	3	8,3
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Trong 36 bệnh nhân nghiên cứu, có 21 bệnh nhân được điều trị 6 CK HTTBT (58,3%), 12 bệnh nhân điều trị 3 - 4 CK HTTBT (33,4%). Có 8,3% bệnh nhân bỏ/dừng điều trị, trong đó, 1 bệnh nhân bỏ điều trị, 1 bệnh nhân dừng điều trị do thể trạng yếu, 1 bệnh nhân dừng điều trị do độc tính huyết học.

3.2. Đánh giá đáp ứng điều trị và độc tính của phác đồ điều trị

Bảng 3. Đáp ứng điều trị theo RECIST 1.1

Đáp ứng	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	2	5,6
Đáp ứng một phần	30	83,3
Giữ nguyên	3	8,3
Tiến triển	1	2,8
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Có 83,3% bệnh nhân đạt đáp ứng một phần là 83,3%; đạt đáp ứng hoàn toàn 5,6%. Tỉ lệ không đáp ứng chiếm 11,1%.

Bảng 4. Đáp ứng mô bệnh học

	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
CRS1	0	0,0
CRS2	25	89,3
CRS3	3	10,7
Tổng	28	100,0

Nhận xét: Trong 28 bệnh nhân đã phẫu thuật sau HTTB, có 27 bệnh nhân đạt tỉ lệ đáp ứng mô bệnh học mức CRS2 chiếm 89,3%, 3 bệnh nhân đạt CRS3 chiếm 10,7% và không có bệnh nhân nào đạt CRS1.

Bảng 5. Tỉ lệ đạt được phẫu thuật tối ưu

Phẫu thuật	Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Tối ưu	27	75,0
Không tối ưu	1	2,8
Không xác định	8	22,2
Tổng	36	100,0

Nhận xét: Trong 28/36 bệnh nhân được phẫu thuật, có 27/28 bệnh nhân đạt phẫu thuật tối ưu, tương ứng 96,4% trong nhóm được phẫu thuật và 75,0% trên toàn bộ quần thể nghiên cứu. Có tới 8/36 bệnh nhân không xác định được khả năng phẫu thuật tối ưu (22,2%) trong đó có 5,6% từ chối phẫu thuật.

Bảng 6. Độc tính của phác đồ điều trị trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết

Chỉ số	Mức độ độc tính (n, %)				
	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Giảm hemoglobin	22 (61,1%)	0 (0,0%)	12 (33,3%)	2 (5,6%)	0 (0,0%)
Giảm bạch cầu	16 (44,4%)	9 (25,0%)	10 (27,8%)	1 (2,8%)	0 (0,0%)
Giảm bạch cầu đa nhân trung tính	14 (38,9%)	3 (8,3%)	12 (33,3%)	5 (13,9%)	2 (5,6%)
Giảm tiểu cầu	31 (86,1%)	3 (8,3%)	0 (0,0%)	2 (5,6%)	0 (0,0%)
Tăng AST	1 (2,8%)	23 (63,9%)	12 (33,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tăng ALT	30 (83,3%)	4 (11,1%)	2 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tăng creatinin	31 (86,1%)	5 (13,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Nhận xét: Về độc tính huyết học, thường gặp nhất là giảm bạch cầu đa nhân trung tính, với tỉ lệ giảm độ 3, độ 4 lần lượt là 13,9% và 5,6%; tiếp theo là giảm hemoglobin và giảm tiểu cầu. Đối với độc tính ngoài hệ tạo huyết, các bất thường chủ yếu ở mức độ 1 - 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 58,61 tuổi, tương đồng với kết quả của Đặng Tiến Giang (58,5 tuổi) và Nguyễn Thị Phương Liên (58,7 tuổi)^{1,3}. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số PS=0-1 (86,1%), PS=2 chiếm tỉ lệ là 13,9%. Kết quả này phù hợp với thử nghiệm JCOG0602 (2016, PS=2 là 13,8%⁹). Tuy nhiên, Nguyễn Thị Thanh Loan (2023) cho kết quả cao hơn với PS=2 chiếm 30,4%⁴. Sự khác biệt do tác giả chỉ lựa chọn các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III-IV điều trị HTTB phác đồ Paclitaxel - Carboplatin, trong khi chúng tôi lựa chọn bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC-IV được điều trị bất kì phác đồ HTTB nào.

Về chẩn đoán hình ảnh, kích thước u lớn nhất từ 5 - 10 cm chiếm đa số (38,9%), tiếp theo là u > 10 cm (33,3%) và < 5 cm chiếm tỉ lệ thấp nhất (13,9%).

Tương tự, tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan (2023) ghi nhận u 5 - 10cm chiếm 47,8%⁴. Trong nghiên cứu, vị trí di căn hay gặp là di căn phúc mạc, phổi/màng phổi lần lượt là 91,7% và 33,3%, tương đồng với Lê Thị Yến (2025)⁵. Điều này phản ánh đặc tính lan tràn trong ổ bụng của giai đoạn tiến triển.

Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu có CA 125 $\geq$ 35 U/mL. So sánh với tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan (2023) có sự khác biệt, CA 125 > 1000 U/mL là 55,1%⁴. Nguyên nhân do tiêu chuẩn phân nhóm CA 125 khác nhau, vì vậy kết quả của 2 nghiên cứu này không thể so sánh trực tiếp.

Tỉ lệ giai đoạn IIIC, IV lần lượt là 52,8% và 47,2%. Phân bố giai đoạn bệnh có xu hướng tương tự Đặng Tiến Giang (2024), Nguyễn Thị Phương Liên (2025) với tỉ lệ giai đoạn III chiếm tỉ lệ lần lượt là 51,7% và 45,9% và giai đoạn IV chiếm tỉ lệ lần lượt là 48,3% và 54,1%^{1,3}.

Thể mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM thanh dịch, chiếm 77,8%. Kết quả nghiên cứu khá phù hợp với JCOG0602 (78%)⁹. Qua đó cho thấy rằng quần thể UTBMBT giai đoạn tiến triển có thể mô bệnh học UTBM thanh dịch là chủ yếu.

Về điều trị, phác đồ Paclitaxel - Carboplatin chiếm tỉ lệ ưu thế với 66,7%, tiếp theo là phác đồ Bevacizumab - Paclitaxel - Carboplatin (19,4%). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Châu Âu, trong đó Paclitaxel - Carboplatin là phác đồ HTTBT ưu tiên cho giai đoạn tiến triển nhờ hiệu quả điều trị cao⁸. Việc bổ sung Bevacizumab hoặc sử dụng Cisplatin ở một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh xu hướng cá thể hóa điều trị trong thực hành lâm sàng hiện nay.

Tỉ lệ bệnh nhân nhận 6 CK HTTBT khá cao (58,3%), xuất phát từ thực tế tỉ lệ đạt phẫu thuật tối ưu sau 3 - 4 chu kỳ còn thấp (33,4%), khác biệt so với EORTC 55971 và CHORUS⁷. Việc kéo dài HTTBT đến 6 CK có thể góp phần làm tăng đáp ứng điều trị và tỉ lệ đạt được phẫu thuật tối ưu, đây là chiến lược điều trị cá thể hóa theo đáp ứng điều trị và khả năng phẫu thuật của từng bệnh nhân.

4.2. Đánh giá đáp ứng điều trị và độc tính của phác đồ điều trị

Tỉ lệ đáp ứng khách quan là 88,9%. Nguyễn Thị Phương Liên (2025) ghi nhận 93,5% đạt đáp ứng điều trị, tương đồng với kết quả của chúng tôi^{1,3}. Vũ Hải Hằng (2024) cho thấy sự khác biệt, sau 3 CK HTTBT đáp ứng một phần chiếm 51,4%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 27%; sau 6 CK, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn có xu hướng tăng và tương tự tỉ lệ đáp ứng một phần (37,8%)². Sự khác biệt có thể do Vũ Hải Hằng phối hợp Bevacizumab vào phác đồ điều trị tiêu chuẩn.

Khi đánh giá đáp ứng mô bệnh học (n=28), phần lớn đạt CRS2 (89,3%) và CRS3 (10,7%). Có 8 trường hợp không xác định được mức độ đáp ứng mô bệnh học, đây là các trường hợp từ chối phẫu thuật sau HTTBT hoặc bỏ điều trị hoặc dừng điều trị. Kết quả này có sự khác biệt so với kết quả một số nghiên cứu: Nguyễn Thị Thanh Loan (2023) có 82,7% đạt CRS2; Nguyễn Thị Phương Liên (2025) ghi nhận CRS3 đạt 10,7%^{3,4}. Kết luận: đa số đạt đáp ứng mô bệnh học một phần, tỉ lệ đáp ứng gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn (CRS3) còn tương đối thấp. Sự khác biệt trong các nghiên cứu về tỉ lệ bệnh nhân đạt CRS1, CRS2, CRS3 chủ yếu xuất phát từ việc lựa chọn đối tượng bệnh nhân và phác đồ điều trị là khác nhau.

Trong 28/36 bệnh nhân được phẫu thuật sau HTTBT, có 75,0% đạt và 2,8% không đạt phẫu thuật

tối ưu trong nhóm được phẫu thuật công phá u tối đa. Kết quả tương tự với EORTC 55971 và CHORUS (80,6%), nhưng thấp hơn so với Nguyễn Thị Phương Liên (2025) (97%)^{3,9}. Nguyên nhân do các nghiên cứu trên đều chỉ đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên phác đồ Paclitaxel - Carboplatin, trong khi nhóm sử dụng phác đồ này ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 66,7%.

Độc tính huyết học thường gặp nhất (độ 3 - 4) là hạ bạch cầu đa nhân trung tính, chiếm 19,5%. Đối với độc tính ngoài hệ tạo huyết, không ghi nhận trường hợp tăng AST, ALT hoặc creatinin độ 3 - 4. Tác giả Vũ Hải Hằng (2024) ghi nhận 4,5% bệnh nhân hạ bạch cầu đa nhân trung tính². Sự khác biệt này có thể liên quan đến phác đồ điều trị, số chu kì HTTBT khác nhau và cách ghi nhận độc tính giữa các nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị tân bổ trợ phác đồ dựa trên platinum, chủ yếu là phác đồ Paclitaxel - Carboplatin vẫn là nền tảng nhờ hiệu quả điều trị và có hồ sơ độc tính chấp nhận được. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian theo dõi ngắn nên chưa đủ cơ sở để đánh giá toàn diện thời gian sống thêm của bệnh nhân. Do đó, cần có các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định chính xác hiệu quả lâu dài của phác đồ trong việc kéo dài thời gian sống còn.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Tiến Giang, et al.** Kết quả điều trị bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV bằng phác đồ phối hợp phẫu thuật, hóa chất tiền phẫu, hóa chất hậu phẫu tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam* 535, doi:10.51298/vmj.v535i1.8337 (2024).
2. **Vũ Hải Hằng, et al.** Hiệu quả của phác đồ Carboplatin/ Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab trong ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa. *Tạp chí Y Dược Thực hành* 175, 10, doi:10.59354/ydth175.2024.242 (2024).
3. **Nguyễn Thị Phương Liên, et al.** 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. *Tạp chí Y học Việt Nam* 554, doi:10.51298/vmj.v554i3.15723 (2025).
4. **Nguyễn Thị Thanh Loan, Lê Thanh Đức và Hàn Thị Thanh Bình.** Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam* 530, doi:10.51298/vmj.v530i2.6822 (2023).
5. **Lê Thị Yến và Nguyễn Thị Mai Lương.** 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. *Tạp chí Y học Việt Nam* 548, doi:10.51298/vmj.v548i2.13370 (2025).

6. **Sung, H. et al.** Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 76, e70090, doi:10.3322/caac.70090 (2026).
7. **Vergote, I. 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. *The Lancet Oncology* 19, 1680-1687, doi:10.1016/S1470-2045(18)30566-7 (2018).
8. **Ledermann, J. A. et al.** ESGO-ESMO-ESP consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology and early, advanced and recurrent disease. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 35, 248-266, doi:10.1016/j.annonc.2023.11.015 (2024).
9. **Onda, T. et al.** Comparison of treatment invasiveness between upfront debulking surgery versus interval debulking surgery following neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal, and peritoneal cancers in a phase III randomised trial: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0602. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 64, 22-31, doi:10.1016/j.ejca.2016.05.017 (2016).