

Adrenalin 1/10.000 hoặc kẹp bằng kẹp clip cầm máu. Tuột endoloop chủ yếu xảy ra ở các polyp có đường kính cuống polyp nhỏ < 1 cm. Nghiên cứu của Katsinelos P và cs trên 33 bệnh nhân, chảy máu cũng xảy ra ở 4 bệnh nhân, do quai endoloop trượt khỏi cuống sau khi cắt polyp và do cuống có đường kính bé < 1 cm [9]. Chúng tôi cũng gặp 03 bệnh nhân có bong niêm mạc đại tràng sau cắt polyp ĐTT kích thước > 4 cm. Nguyên nhân bong xuyên thành là do kích thước polyp lớn, không kiểm soát thành sau của polyp. Để khắc phục hạn chế này cần phải điều chỉnh tốt về kỹ thuật, bơm hơi vừa phải và phối hợp chặt chẽ cùng người phụ.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình ở bệnh nhân polyp ĐTT là: 57,41 ± 12,42 (tuổi), tỷ lệ nam/nữ: 55/13 (4,2). Polyp ĐTT hay gặp ở đại tràng Sigma: 32/68 bệnh nhân (47,1%), kích thước: 2-3 (cm) chiếm: 50/68 bệnh nhân (73,5%). Số lượng polyp type 2A và 2B tương ứng: 64,7% và 33,8%. Polyp không tân sinh, polyp tân sinh, polyp ung thư tương ứng: 1,4%, 86,8%, 11,8%. Tỷ lệ lồng Endoloop và cắt polyp thành công: 68/68 (100%). Biến chứng: Chảy máu: 4/68 (5,9%), bong: 3/68 (4,4%), tuột endoloop: 3/68 (4,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shussman N. and Wexner S.D. (2014). Colorectal polyps and polyposis syndromes. Gastroenterol Rep (Oxf), 2(1), 1–15.
2. Xi Y. and Xu P. (2021). Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. Transl Oncol, 14(10), 101174.
3. Đỗ Quang Ut. Kết quả cắt polyp lớn hơn 20mm bằng thông lòng điện qua nội soi ống mềm tại bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển, Ưống Bí, Hội nghị Nội soi Tiêu hóa toàn quốc lần thứ 4, 2018.
4. Nguyễn Đức Hanh. Nhận xét đặc điểm nội soi và kết quả cắt polyp đại trực tràng lớn có cuống với hỗ trợ Endoloop, Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. Vũ Việt Sơn. Đánh giá polyp đại trực tràng bằng phân loại JNET sử dụng phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu ảo, Luận văn thạc sĩ y học: Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. Nguyễn Công Long. Giá trị của phân loại JNET và Kudo đối chiếu với mô bệnh học trong đánh giá polyp đại trực tràng, Tạp chí Y học Việt Nam; 2022.
7. Silva S.M. e, Rosa V.F. Santos A.C.N. dos, et al. (2014). Influence of patient age and colorectal polyp size on histopathology findings. Arq Bras Cir Dig, 27(2), 109–113.
8. Brandimarte G. and Tursi A. (2001). Endoscopic snare excision of large pedunculated colorectal polyps: a new, safe, and effective technique. Endoscopy, 33(10), 854–857.
9. Katsinelos P. Kountouras J. Paroutoglou G. et al. (2006). Endoloop-assisted polypectomy for large pedunculated colorectal polyps. Surg Endosc, 20(8), 1257–1261.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP XÂM LẤN TỐI THIỂU CÓ HỖ TRỢ VIDEO (MIVAT)

Dương Quang Hùng¹, Nguyễn Quang Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phương pháp phẫu thuật tuyến giáp xâm lấn tối thiểu có hỗ trợ video (MIVAT). **Đối tượng-Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan luận điểm, thực hiện thông qua việc tìm kiếm tài liệu công bố trong giai đoạn 1998-2022 trên cơ sở dữ liệu Pubmed, google scholar, cochrane. Các nghiên cứu sẽ được hệ thống hóa theo kết quả liên quan đến phương pháp phẫu thuật tuyến giáp có hỗ trợ video (MIVAT). **Kết quả:** Trong 20 nghiên cứu được chọn lọc, có 7 tài liệu nghiên cứu đọc, 13 tài liệu nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu thực hiện tại Y chiếm 65%. Cách thức phẫu thuật phổ biến nhất sử dụng là cắt toàn bộ tuyến giáp. Thời

gian nằm viện thường không quá 4 ngày (duy nhất 1 trường hợp) 74 ± 7,2 ngày nằm viện. MIVAT nên được áp dụng chỉ định trong các trường hợp u nhú có kích thước dưới 35mm. Tỷ lệ biến chứng thấp, liệt TKTQQN và hạ Ca máu vĩnh viễn có tỷ lệ <10%. Tỷ lệ rất hài lòng về mặt thẩm mỹ đạt trên 62,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp có hỗ trợ bằng video xâm lấn tối thiểu chứng minh được những ưu điểm như tỷ lệ biến chứng thấp, sự hài lòng của bệnh nhân cao, cải thiện kết quả thẩm mỹ. Chỉ định phù hợp cho phương pháp phẫu thuật này là với các trường hợp các khối u nhỏ <35mm.

Từ khóa: phẫu thuật tuyến giáp, hỗ trợ video, kết quả của phương pháp MIVAT.

SUMMARY

INVASIVE THYROID SURGERY MINIMUM VIDEO SUPPORT (MIVAT): A SCOPING REVIEW

Objectives: Results of minimally invasive thyroid surgery with video-assisted surgery (MIVAT). **Objects-Research Methods:** An overview research was undertaken by scanning the databases of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Hùng

Email: hungduong184@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

Pubmed, Google Scholar, and Cochrane for documents published between 1998 and June 2022. The studies on video-assisted thyroid surgery (MIVAT) will be outcome-based. **Results:** Of the 20 studies that were chosen, 13 cross-sectional descriptive research papers and 7 longitudinal studies were included. Italian research accounts for 65% of the total. MIVAT should be applied only in cases of papillomas, nodules less than 35mm. Total thyroidectomy is the surgical technique that is most frequently utilized. The hospital stay is usually not more than 4 days (only 1 case) 74 ± 7.2 days of hospital stay. Complication rates are modest, and only 10% of patients will have VTE or lifelong hypocalcaemia. Over 62.5% of people express aesthetic enjoyment. **Conclusion:** Minimally invasive video-assisted thyroidectomy has demonstrated advantages such as low complication rates, high patient satisfaction, and improved cosmetic results. The appropriate indication for this surgical method is for small tumors <35mm.

Keywords: thyroid surgery, video support, results of the MIVAT method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là một bệnh lý rất thường gặp hiện nay, bệnh thường gặp ở nữ giới. Phần lớn u tuyến giáp là lành tính, tỷ lệ ác tính chỉ khoảng 4 - 7%. Có nhiều phương pháp điều trị u tuyến giáp lành tính như điều trị nội khoa, các phương pháp can thiệp xâm lấn tối thiểu như tiêm cồn, nhiệt trị liệu và phẫu thuật. Trong đó phẫu thuật là phương pháp loại bỏ u hiệu quả và triệt để nhất. Phẫu thuật mở kinh điển để lại vết sẹo khoảng 5- 7cm ở vùng cổ trước của bệnh nhân, gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và tâm lý của người bệnh sau mổ. Phẫu thuật nội soi, đặc biệt là nội soi có video hướng dẫn đã khắc phục được các nhược điểm này với ưu điểm thẩm mỹ tốt, hạn chế biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn, cũng như đau sau mổ ít hơn.

Để đánh giá đầy đủ hiệu quả của phương pháp này khi áp dụng tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu tổng quan phương pháp phẫu thuật tuyến giáp xâm lấn tối thiểu có hỗ trợ video (MIVAT)" với mục tiêu: *Mô tả kết quả phương pháp phẫu thuật tuyến giáp xâm lấn tối thiểu có hỗ trợ video (MIVAT).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các nghiên cứu về phương pháp phẫu thuật tuyến giáp có hỗ trợ video (MIVAT) đã được công bố ở trên toàn thế giới.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Các nghiên cứu có đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân u tuyến giáp được phẫu thuật nội soi có hỗ trợ video.

+ Nghiên cứu sử dụng ngôn ngữ là tiếng

Anh. Nghiên cứu toàn văn

- Tiêu chuẩn loại trừ nghiên cứu:

+ Các nghiên cứu không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

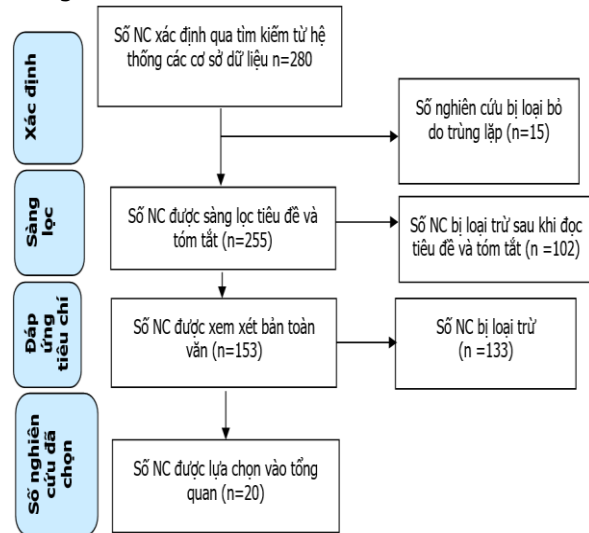
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm.

2.2.2. Chiến lược tìm kiếm

- Giai đoạn 1: Thiết lập câu hỏi nghiên cứu
- Giai đoạn 2: Tìm kiếm tài liệu có liên quan thông qua xác định các từ khóa bằng phương pháp PICO

- Giai đoạn 3: Quản lý và lựa chọn tài liệu
- Giai đoạn 4: Trích xuất dữ liệu
- Giai đoạn 5: Phân tích số liệu và báo cáo kết quả.

Chi tiết về quá trình lựa chọn được minh họa trong sơ đồ sau:



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm và chọn lọc: Số lượng tìm được với 2 cơ sở dữ liệu Pubmed, Cochrane là 280. Sau khi loại trừ các trường hợp trùng lặp có 255 tài liệu được rà soát tiêu đề và tóm tắt. Ở bước này loại bỏ 102 tài liệu không phù hợp còn lại 153 tài liệu được đưa vào phân tích toàn văn. Loại bỏ những tài liệu không tìm được tài liệu toàn văn và không phù hợp, 20 tài liệu được đưa vào nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm cơ bản của nghiên cứu được chọn

Nhận xét: Hai quốc gia có nhiều xuất bản nhất là Ý (13/20) và Đức (3/20). Trong số 20 tài liệu đưa vào nghiên cứu có 7 tài liệu nghiên cứu theo dõi dọc, 13 nghiên cứu mô tả cắt ngang, trong đó có 4 nghiên cứu hồi cứu, 7 nghiên cứu

tiến cứu. Đa phần nghiên cứu có số lượng đối tượng nghiên cứu ít (11/20 tài liệu có số lượng đối tượng nghiên cứu <300)

3.3. Đặc điểm về kết quả phẫu thuật MIVAT

** Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp*

Bảng 3.1. Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp

Tác giả	Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp			
	Cắt bướu nhân	Số BN cắt thùy hoặc eo	Số BN cắt TBTG	Kích thước khối u (cm)
Reyaz M và CS				1,7 (1,5-2)
M Sahm và CS		49 (34,3%)	19 (13,3%)	
P.F. Alesina và CS				Dưới 3,5
Eugene P Snissarenko và CS		112 (65,1)	60 (34,9)	3,51 ± 1,96
Zheng Haitao và CS	108 (54%)	8 (4%)	84 (42%)	
Paolo Miccoli và CS		224 (66,7)	112 (33,3)	
Celestino Pio Lombardi và CS		113 (22,3)	398 (78,5)	2,12 ± 0,95
Paolo Miccoli và CS		260 (46,7%)	296 (53,3%)	
Paolo Miccoli và CS				1,9 ± 0,8
Paolo Miccoli và CS		323 (38,7%)	510 (61,2%)	
C.P. LOMBARDI		157 (11,5)	1175 (86,2)	2,03 ± 0,98
Paolo Miccoli và CS		542 (22,5)	1,818 (75,3)	
Paolo Miccoli và CS		763 (28,3)	1,862 (69,0)	2,14 (0,7-3,8)

Nhận xét: Phương pháp cắt bướu nhân không phổ biến, chỉ có 1 tài liệu có 54% tỷ lệ áp dụng. Hai tài liệu (2/10) có tỷ lệ cắt thùy/eo trên 50%. Đối với phương pháp cắt TBTG tỷ lệ từ 15,3%-

86,2%, 60% số nghiên cứu có tỷ lệ sử dụng trên 50%. Kích thước khối u đa phần nhỏ hơn 3,5cm, chỉ có 1 trường hợp u có kích thước 3,51 cm.

** Thời gian phẫu thuật và nằm viện*

Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật và nằm viện

Tác giả	Năm xuất bản	Thời gian PT (phút)	Thời gian nằm viện (ngày)	Thang đo chỉ số đau	Chỉ số đau sau phẫu thuật
Reyaz M và CS	2022	97 (59-160)		VAS	6h: 2.7 24h: 1.1
C. Bellotti và CS	2017		74±7,2		
M Sahm và CS	2011	Cắt thùy tuyến: 80 (50-200) Cắt toàn bộ: 99 (55-210)			
G Scerrino và CS	2013	85,2 ± 13		VAS	2.2 (0.6)
P. F. Alesina và CS	2010			VAS	Ngay sau PT: 26±21 Sau PT 8h: 17±15 Sau PT 24h: 11±13 Sau PT 36h: 7±12
Eugene P Snissarenko và CS	2009	91,37 ± 33,06	1,43±0,94		
Zheng Haitao và CS	2014	Cắt một phần: 45,8 (20-70) Cắt toàn bộ: 63,3 (45-110)	1,89	VAS	1.70±0.75(0-5)
Paolo Miccoli và CS	2002	Cắt thùy tuyến: 69,4±30,6 (20-150) Cắt toàn bộ: 87,4±43,5 (30-220)	1,9±0,8 (1-5)		
Celestino Pio Lombardi và CS	2006	Cắt thùy tuyến: 59±21 (20-150) Cắt toàn bộ: 65±15 (35-220)	2,6±1,2		
Paolo Miccoli và CS	2004	Cắt thùy tuyến: 42,3 [2-12] Cắt toàn bộ: 51,4 (30-130)			
Paolo Miccoli và CS	2004	Cắt thùy tuyến: 41±19,5 (15-120) Cắt toàn bộ: 51,6±18,8 (30-140)			6h: 28,7±21,0 24h: 17,0±21,2
Paolo Miccoli và CS	2006	Cắt thùy tuyến: 36,2 (20-120) Cắt toàn bộ: 46,1 (30-130)			
C.P. LOMBARDI	2009	Cắt thùy tuyến: 47,5±19,5 (20-105)	3,7 ± 1,3		

		Cắt toàn bộ: 72,7±22,1 (20-170)	(1-9)		
Paolo Miccoli và CS	2015	41			
Paolo Miccoli và CS	2020	Cắt thùy tuyến: 31,1 [20-120] Cắt toàn bộ: 44,1 [30-130]			

Nhận xét: Có 2 dạng phẫu thuật khác nhau là cắt thùy tuyến và cắt toàn bộ. Từng loại phẫu thuật có thời gian thực hiện khác nhau. Thời gian cắt thùy ngắn nhất là 31,1 [20-120]; thời gian cắt thùy lâu nhất là 80 (50-200). Thời gian cắt toàn bộ ngắn nhất là 44,1 (30-56); thời gian cắt toàn bộ dài nhất là 99 (55-210). Thời gian nằm viện thường không quá 4 ngày. Trường hợp hy hữu duy nhất trong 1 tài liệu mô tả là 74 ± 7,2 ngày nằm viện. Thang đo VAS được sử dụng để đánh giá điểm đau. Bệnh nhân giảm đau nhanh trong vòng 24 giờ, điểm đau ngay sau phẫu thuật càng cao giảm càng nhiều: Nghiên cứu của P.F.Alesina sau phẫu thuật có điểm đau bằng 26,

sau 24 giờ giảm chỉ còn 11.

*** Một số biến chứng**

Bảng 3.3: Một số biến chứng (Phụ lục)

Nhận xét: Có 14 tài liệu được đưa vào phân tích một số biến chứng. Tỷ lệ liệt thần kinh thanh quản ngược tạm thời chiếm tỷ lệ từ 0,8%-14,5%. Chỉ có duy nhất một tài liệu đạt 14,5%; 13 tài liệu còn lại không quá 4%. Tỷ lệ liệt TKTQQN vĩnh viễn có tỷ lệ khá thấp (0-1,3%). 3 tài liệu cho thấy không có liệt TKTQQN vĩnh viễn. Tỷ lệ suy cận giáp tạm thời và vĩnh viễn có tỷ lệ phân bố lần lượt là 0-10% và 0-3,6%. Tỷ lệ hạ Ca máu tạm thời và vĩnh viễn có phân bố tỷ lệ lần lượt là 0-17,7% và 0-8%.

Bảng 3.4. Kết quả thẩm mỹ

Tác giả	Kết quả thẩm mỹ				Điểm số về thẩm mỹ
	Tỷ lệ rất hài lòng	Tỷ lệ hài lòng	Tỷ lệ trung bình	Tỷ lệ không hài lòng/rất không hài lòng	
Reyaz M và cộng sự	74	23	2		
C. Bellotti và CS	86(78,20%)	17(15,50%)	6(6,30%)	0	
M Sahm và CS	73 (76)	20(20,8)	3(3,1)	0	
M Sahm và CS	10(62,5%)	4(25%)	2(12,5%)	0	Điểm PSAS: 8,6 (8,0-9,4) Điểm OSAS: 10,4 (9,3-11,5)
G Scerrino và CS					Điểm PSAS: 7,8 (1,3) OSAS: 8,4 (1,5)
M Sahm và CS					Điểm PSAS: 8,1 (5-23) Điểm OSAS: 9,7 (6-37)

Nhận xét: Tỷ lệ hài lòng về kết quả thẩm mỹ trong các tài liệu tìm được rất cao, với mức đánh giá rất hài lòng nghiên cứu cho tỷ lệ thấp nhất đạt 62,5% và cao nhất đạt 78,2%. Không có nghiên cứu cho thấy tỷ lệ không hài lòng trong 20 tài liệu được phân tích. Thang đánh giá vết sẹo quan sát viên OSAS và thang đánh giá sẹo bệnh nhân PSAS là 2 thang đo được sử dụng đánh giá điểm số về thẩm mỹ. Điểm PSAS trên 7,8 và OSAS trên 8,4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định áp dụng. Trong số 7 nghiên cứu có mô tả kích thước khối u, 6 nghiên cứu có kích thước khối u <35mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Miccoli với kết quả cho thấy các ứng cử viên lý tưởng cho MIVAT là những bệnh nhân có thể tích tuyến giáp dưới 25ml với các nốt nhỏ hơn 35mm. Các tổn thương nang nhỏ, ung thư biểu mô nhú nguy cơ thấp sẽ là chỉ định chính cho MIVAT.¹

4.2. Thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu

thuật có thể thay đổi khác nhau do cắt thùy hay cắt toàn bộ. Thời gian mổ ngắn nhất kết thúc dưới 1 tiếng đồng hồ. Trước đó kết quả nghiên cứu của P Zhang cũng đưa ra nhận định thời gian phẫu thuật bằng MIVAT ngắn hơn so với phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp thông thường.²

4.3. Biến chứng hay gặp sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệt TKTQQN và hạ Ca máu vĩnh viễn có tỷ lệ thấp nhất (các nghiên cứu đều cho ra tỷ lệ <10%). Hạ Ca máu tạm thời là triệu chứng hay gặp nhất và phân bố rộng nhất với tỷ lệ 0-17,7%. Điều này cũng được thể hiện qua nghiên cứu của Francesco Tartaglia (2020): tỷ lệ biến chứng cụ thể tương tự như phẫu thuật truyền thống.³

4.4. Kết quả phẫu thuật. Kết quả hài lòng của bệnh nhân về mặt thẩm mỹ đạt tỷ lệ cao trên 62,5 %. Kết quả này tương đồng với tổng quan hệ thống của Langenbeck (2013) cũng chỉ ra sự hài lòng và đáng kể của MIVAT.⁴ Kết quả của nghiên cứu cũng chứng minh nhận định của Miccoli (2008) với đánh giá MIVAT có lợi thế về

kết quả thẩm mỹ.⁵

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp có hỗ trợ bằng video xâm lấn tối thiểu chứng minh được những ưu điểm như sự hài lòng của bệnh nhân cao, tỷ lệ biến chứng thấp, cải thiện kết quả thẩm mỹ. Chỉ định phù hợp cho phương pháp phẫu thuật này là với các trường hợp các khối u nhỏ <35mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miccoli P, Minuto MN, Berti P, Materazzi G.** Update on the diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer. *Q J Nucl Med Mol Imaging.* 2009;53(5):465-472.
2. **Zhang P, Zhang HW, Han XD, Di JZ, Zheng Q.** Meta-analysis of comparison between minimally invasive video-assisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy. *Eur Rev Med*

Pharmacol Sci. 2015;19(8):1381-1387.

3. **Tartaglia F, Giuliani A, Sorrenti S, Ulisse S.** Minimally invasive video-assisted thyroidectomy and transoral video-assisted thyroidectomy: A comparison of two systematic reviews. *J Minim Access Surg.* 2020;16(4):315-322. doi:10.4103/jmas.JMAS_123_19
4. **Pisanu A, Podda M, Reccia I, Porceddu G, Uccheddu A.** Systematic review with meta-analysis of prospective randomized trials comparing minimally invasive video-assisted thyroidectomy (MIVAT) and conventional thyroidectomy (CT). *Langenbecks Arch Surg.* 2013;398(8):1057-1068. doi:10.1007/s00423-013-1125-y
5. **Miccoli P, Minuto MN, Ugolini C, Pisano R, Fosso A, Berti P.** Minimally invasive video-assisted thyroidectomy for benign thyroid disease: an evidence-based review. *World J Surg.* 2008; 32(7):1333-1340. doi:10.1007/s00268-008-9479-y

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT NHẠY PLATINUM BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Vũ Thị Mỹ Linh¹, Phùng Thị Huyền²,
Nguyễn Văn Hiếu³, Đỗ Anh Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phác đồ paclitaxel-carboplatin trên bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát nhạy platinum tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 44 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) tái phát nhạy platinum được điều trị phác đồ carboplatin kết hợp paclitaxel tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 1/2017 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân: Tuổi trung bình mắc bệnh là 59,5 tuổi. Nhóm tuổi từ 50-69 là nhóm hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 79,5%. Ung thư biểu mô thanh dịch độ cao là thể mô học phổ biến nhất với 84,1%. Có 29,5% số bệnh nhân tái phát trong vòng 6-12 tháng sau điều trị triệt căn và 70,5% tái phát trên 1 năm. Nồng độ CA12.5 tăng ở 86,4% số bệnh nhân. 43,2% số bệnh nhân được phẫu thuật công phá u tối đa khi tái phát. Kết quả điều trị: Tỷ lệ đáp ứng là 69,7% (23/33), 11 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn chiếm 33,3%, 12 bệnh nhân đáp ứng một phần chiếm 36,4%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển

(PFS) là 11,1 tháng (CI 95%: 9,4 – 12,7); trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 30,1 tháng (CI 95%: 18,2 – 40,0). Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 20 bệnh nhân còn sống chiếm 45,5%. Độc tính thường gặp là rụng tóc, độc tính thần kinh, hạ bạch cầu và tiểu cầu chủ yếu là độ 1-2, không có bệnh nhân nào tử vong do điều trị. Có 4 bệnh nhân ngừng điều trị phác đồ kết hợp paclitaxel-carboplatin do độc tính hóa trị, trong đó có 1 bệnh nhân shock phản vệ được điều trị thay thế carboplatin bằng cisplatin, 1 bệnh nhân dùng hóa chất do độc tính thần kinh độ 3 và được điều trị thay thế bằng gemcitabin, 2 bệnh nhân hạ tiểu cầu độ 3 và độ 4 chậm phục hồi được điều trị tiếp paclitaxel đơn chất. **Kết luận:** Phác đồ có Paclitaxel-Carboplatin là phác đồ có hiệu quả và độc tính chấp nhận được ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn nhạy platinum.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng tái phát, nhạy platinum, paclitaxel - carboplatin

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF PACLITAXEL – CARBOPLATIN REGIMEN IN PATIENTS WITH PLATINUM-SENSITIVE RECURRENT OVARIAN CANCER

Objectives: Evaluating the results of paclitaxel-carboplatin regimen in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive, retrospective, and prospective study on 44 patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Mỹ Linh

Email: vumylinh148109@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023