

thức cho tôi trong quá trình học tập, đã giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi để nghiên cứu có thể thực hiện được. Xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ và quý đồng nghiệp đã tạo mọi điều kiện thuận lợi, tận tình giúp đỡ, hỗ trợ tôi trong suốt quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Linh.** Nghiên cứu tình hình nhiễm, nguy cơ lây nhiễm virus viêm gan B và C tại thành phố Cần Thơ. Thành phố Cần Thơ: Trường Đại học Y dược Cần Thơ; 2017.
2. **WHO.** Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection April 2014. 2014;25-6.
3. **Châu Hữu Hậu.** Viêm gan virus C: Nhà xuất bản y học; 2006. 1-11, 104-20, 320 p.
4. **Nicola Coppola, Stefania De Pascalis, Lorenzo Onorato, Federica Calò, Caterina Sagnelli, Evangelista Sagnelli.** Hepatitis B virus and hepatitis C virus infection in healthcare workers. *World J Hepatol.* 2016;8(5):273-81.
5. **Bùi Thị Lệ Uyên, Nguyễn Nhân Nghĩa.** Thực trạng bệnh nghề nghiệp của nhân viên y tế thành phố Cần Thơ năm 2015 - 2016. *Tạp chí y học thực hành.* 2016(11).
6. **WHO.** Sharp injury – Global burden of disease from sharp injury to health care workers 2003.
7. **Phan Công Trăng.** Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng phơi nhiễm viêm gan vi rút B, C nghề nghiệp của điều dưỡng khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và một số yếu tố liên quan, năm 2018 [Luận văn Thạc sĩ]. Thành phố Cần Thơ: Trường đại học Y tế công cộng; 2018.
8. **Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.** Báo cáo kết quả thực hiện chi tiêu. 2021.
9. **Nguyễn Thị Mỹ Khánh.** Kiến thức, thực hành phòng bệnh viêm gan B nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre năm 2018. *Tạp chí Y học thực hành.* 2018;3/2019(1091):55-8.
10. **Phạm Hữu Kiệt.** Kiến thức, thực hành dự phòng viêm gan vi rút B nghề nghiệp của điều dưỡng khoa lâm sàng bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang và một số yếu tố liên quan [Luận văn Thạc sĩ]. Tỉnh An Giang: Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.

TỶ LỆ TÁI PHÁT CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN SỚM ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ CARBOPLATIN – PACLITAXEL SAU 5 NĂM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Quan Thành Đạt¹, Lê Quang Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo Globocan 2012, ung thư buồng trứng (UTBT) tại Việt Nam đứng thứ 11 trong các ung thư ở nữ, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 2,6/100.000 phụ [1]. Hai phương pháp chính điều trị UTBT là phẫu thuật triệt để và hóa chất. Đối với ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm, phác đồ Paclitaxel – Carboplatin là một trong những phác đồ được dùng hỗ trợ sau phẫu thuật triệt để khi có chỉ định. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tập trung nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT). **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tái phát sau 5 năm của UTBMBT giai đoạn sớm đã được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu, tiến hành trên 200 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn I, IIA đã được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel ít nhất 3 chu kỳ, không có bệnh ung thư khác kèm theo từ năm 2012 – 2017 tại bệnh viện Từ Dũ. **Kết quả:** Tỷ lệ tái phát của UTBMBT sau 5 năm sau điều trị với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Từ Dũ là 13,0% (KTC

95%: 8,5 – 18,0). Tỷ lệ sống còn sau 05 năm là 87%. Yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát là mức độ mô học: độ 3 có nguy cơ tái phát cao hơn độ 1 với OR 3,25(KTC 95% 1,02 – 11,11). **Kết luận:** Hiệu quả của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin được dùng hỗ trợ sau phẫu thuật triệt để đối với UTBMBT giai đoạn sớm khi có chỉ định giúp làm tăng tỷ lệ sống còn, giảm tỷ lệ tái phát và di căn của người bệnh. Ngoài ra, nhà lâm sàng cần cần nhắc theo dõi sát trong những trường hợp độ mô học độ III khi bệnh nhân đi tái khám nhằm phát hiện sớm những sang thương tái phát khi còn nhỏ, giúp cải thiện khả năng sống còn của bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư biểu mô buồng trứng, giai đoạn sớm, Paclitaxel – Carboplatin

SUMMARY

RECURRENCE RATE OF EARLY STAGE EPITHELIAL OVARIAN CANCER TREATMENT WITH CARBOPLATIN – PACLITAXEL REGIMEN AFTER 5 YEARS AT TU DU HOSPITAL

Background: According to Globocan 2012, ovarian cancer in Vietnam ranks 11th among female cancers, with an age-standardized incidence rate of 2.6/100,000 women [1]. The two main methods of treating cervical cancer are surgical staging and chemotherapy. For early-stage epithelial ovarian cancer, the Paclitaxel – Carboplatin regimen is one of the regimens used as an adjunct after surgical staging

¹Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thanh
Email: qtd2509@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.8.2023
Ngày phản biện khoa học: 26.9.2023
Ngày duyệt bài: 27.10.2023

when indicated. In this study, we focus on the group of patients with epithelial ovarian cancer. (EOC). **Objective:** To determine the 5-year recurrence rate of early-stage EOC treated with the Paclitaxel – Carboplatin regimen. **Methods:** Retrospective cross sectional study, conducted on 200 patients with EOC stages I, IIA who were treated with the Carboplatin - Paclitaxel regimen for at least 3 cycles, without other accompanying cancers from 2012 - 2017 at Tu Du Hospital. **Results:** The recurrence rate of EOC after 5 years after treatment with Paclitaxel - Carboplatin regimen at Tu Du Hospital was 13.0% (95% CI: 8.5 - 18.0). The survival rate after 5 years is 87%. The factor related to the recurrence rate is the histological grade: grade 3 has a higher risk of recurrence than grade 1 with OR 3.25 (95% CI 1.02 - 11.11). **Conclusion:** The effectiveness of Paclitaxel - Carboplatin regimen is used as an adjunct after surgical staging for early-stage EOC when indicated to help increase the survival rate, reduce the patient's recurrence and metastasis rate. In addition, clinicians need to consider close follow-up in cases of histological grade 3 when patients go for follow-up examinations to detect early recurrence of lesions at an early age, helping to improve the patient's survival.

Keywords: Epithelial ovarian cancer, early stage, Paclitaxel – Carboplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là bệnh lý ác tính xuất phát từ các tế bào lớp biểu mô của buồng trứng, khá phổ biến trong các ung thư phụ khoa, thường gặp thứ 5 và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 ở nữ. Về mô bệnh học, có 80 - 90% ung thư buồng trứng là loại biểu mô, 10 - 15% là ung thư tế bào mầm, và khoảng 5% ung thư có nguồn gốc mô đệm [2]. Bệnh thường diễn biến âm thầm với triệu chứng không đặc hiệu hoặc không có triệu chứng ở giai đoạn sớm. Vì vậy, hầu hết bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tập trung nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng.

Hai phương pháp chính điều trị UTBT là phẫu thuật triệt để và hóa chất. Trên thế giới, đối với ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm đã có nghiên cứu chứng minh hiệu quả của phác đồ Paclitaxel – Carboplatin dùng hỗ trợ sau phẫu thuật triệt để khi có chỉ định làm tăng thời gian sống thêm, giảm tỷ lệ tái phát và di căn của người bệnh. Bên cạnh tác dụng diệt tế bào ung thư, hóa chất cũng ảnh hưởng các tế bào khác trong cơ thể, đặc biệt là tủy xương. Do đó, độc tính của hóa chất cũng cần được lưu ý trong quá trình điều trị và theo dõi.

Bệnh viện Từ Dũ đã áp dụng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin trong điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm từ

những năm nay. Tuy nhiên, cho đến nay cũng chưa có nghiên cứu nào ghi nhận hiệu quả điều trị của phác đồ này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tỷ lệ tái phát của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin sau 5 năm tại bệnh viện Từ Dũ" với câu hỏi nghiên cứu: "Tỷ lệ tái phát của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin sau 5 năm là bao nhiêu?" mục tiêu nghiên cứu

1. *Xác định tỷ lệ tái phát sau 5 năm của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm đã được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin.*

2. *Xác định tỷ lệ sống còn của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm đã được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin.*

3. *Xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát sau 5 năm của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm đã được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu

Dân số nghiên cứu. Bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn I, IIA đã được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel từ 2012 – 2017 tại bệnh viện Từ Dũ.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Được chẩn đoán UTBMBT giai đoạn I, IIA (đã phẫu thuật, có kết quả mô bệnh học là UTBMBT), được điều trị hóa chất hỗ trợ Carboplatin – Paclitaxel ít nhất 3 chu kỳ, không có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ, lấy được đầy đủ thông tin về thời gian sống thêm sau điều trị (thông tin qua tái khám trực tiếp).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trường hợp không khám và điều trị tại Bệnh viện Từ Dũ, những bệnh nhân UTBT nhưng không phải là UTBMBT như u tế bào mầm, u mô đệm dây sinh dục, những bệnh nhân UTBMBT do di căn từ nơi khác đến.

- Trường hợp bỏ dở điều trị, không tái khám tại Bệnh viện Từ Dũ, tử vong ngoại viện, nguyên nhân tử vong không rõ nguyên nhân.

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho mục tiêu chính được tính theo công thức:

$$N = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 P(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: **Z**: hằng số của phân phối chuẩn với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. **N**: cỡ mẫu tối thiểu dùng

trong nghiên cứu. **α** : xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$. **p** : tỉ lệ ước lượng trong quần thể. Tỷ lệ tái phát của ung thư buồng trứng giai đoạn sớm được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel sau 5 năm là 15% [3], chọn $p = 0,15$. **d** : sai số của ước lượng, chọn $d = 0,05$. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là: **$N = 196$** .

Biến số nghiên cứu. Biến số chính: Tái phát khi sang thường xuất hiện trở lại sau 6 tháng kể từ lúc hoàn thành điều trị ban đầu [4].

Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu. Từ tháng 2/2023 đến 7/2023, chúng tôi tiến hành nghiên cứu:

- Qua hồ sơ ngoại trú, sổ báo cáo hàng tháng, sổ xuất nhập viện tại khoa Ung Bướu Phụ Khoa bệnh viện Từ Dũ bắt đầu từ tháng 01/2018 trở về trước, chúng tôi sẽ chọn ra danh sách những ca UTBMBT (bao gồm tên bệnh nhân, năm nhập viện, số nhập viện).

- Tại khoa Giải Phẫu Bệnh bệnh viện Từ Dũ, lấy danh sách các bệnh nhân có chẩn đoán GPB là UTBMBT từ tháng 01/2018 trở về trước (gồm tên, tuổi, năm nhập viện và số nhập viện lần đầu, ngày và kết quả chẩn đoán GPB). Kế đó từ danh sách đã có, chúng tôi sẽ quay ngược lên khoa Ung Bướu Phụ Khoa dựa vào hồ sơ ngoại trú, sổ theo dõi hàng tháng, sổ xuất nhập viện để lấy tất cả các số nhập viện sau đó của các bệnh nhân này. Sau khi có được tất cả số nhập viện của từng bệnh nhân, người làm nghiên cứu sẽ lập danh sách gồm số nhập viện theo từng năm để xuống kho lưu trữ lục hồ sơ. Thông qua các hồ sơ này sẽ lọc các hồ sơ có đủ tiêu chuẩn nhận mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

- Thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án của số nhập viện lần đầu và số nhập viện mới sau khi xuất viện và hồ sơ ngoại trú. Số liệu được thu thập dựa vào bảng thu thập số liệu của nghiên cứu.

- Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS. Biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ. Biến định lượng được mô tả bằng trung bình +/- độ lệch chuẩn. Tương quan giữa các biến số được khảo sát bằng phép kiểm chi bình phương. Sống còn toàn bộ được tính theo phương pháp Kaplan-Meier, kiểm định bằng phép kiểm Lorrgrank, kiểm định đa biến bằng hồi quy. Chọn $p = 0,05$ để xét ý nghĩa thống kê.

Giấy phép y đức. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này khi đã được Bộ môn Sản phụ khoa trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua và ban giám đốc Bệnh viện Từ Dũ đồng ý số 417/BVTD-HĐĐĐ, ngày 06/03/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập số liệu từ 200 đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2017 tại Bệnh viện Từ Dũ.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (N=200)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi: <40	42	21,0
40 đến < 50	33	16,5
50 đến <65	98	49,0
≥65	27	13,5
Số con: 0	71	35,5
1	33	16,5
≥2	96	48,0
Kính nguyệt: Còn	119	59,5
Mãn kinh	81	40,5
Mãn kinh: <55 tuổi	1	0,5
≥55 tuổi	80	99,5
Giai đoạn: IA	13	6,5
IB	0	0
IC	129	64,5
IIA	58	29,0
Khác	0	0
Độ mô học: Độ 1	116	58,0
Độ 2	71	35,5
Độ 3	13	6,5
Giải phẫu bệnh		
Carcinoma tuyến bọc dịch trong	38	19,0
Carcinoma tuyến bọc dịch nhầy	52	26,0
Carcinoma tuyến dạng NMTC	68	34,0
Carcinoma tế bào sáng	41	20,5
Carcinoma tế bào sáng + Carcinoma tuyến dạng NMTC	1	0,5
CA125: < 35 U/mL	51	25,5
≥ 35 U/mL	149	74,5
Kích thước u: < 50 mm	5	2,5
≥ 50mm	195	97,5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $50,86 \pm 12,68$ tuổi. Gần một nửa số bệnh nhân có độ tuổi nằm trong khoảng 50 đến dưới 65 tuổi. Đa số đối tượng từ 2 con trở lên với tỷ lệ 48,0%. Tỷ lệ bệnh nhân đã mãn kinh 40,5% chiếm 2/5 đối tượng nghiên cứu. Hầu hết là bệnh nhân mãn kinh khi có độ tuổi ≥ 55 chiếm tỷ lệ 99,5%.

Phần lớn các trường hợp ung thư buồng trứng ở giai đoạn IC chiếm tỷ lệ 64,5%, sau đó là IIA chiếm tỷ lệ khá cao với 29,0%, không ghi nhận trường hợp IB. Đa số các trường hợp có độ

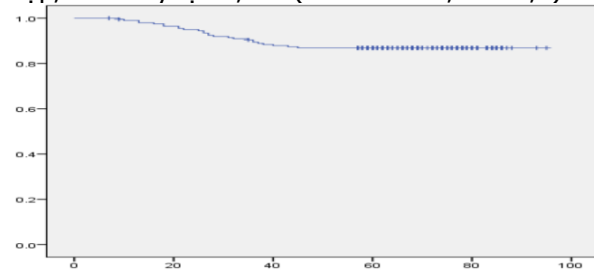
mô học ở mức biệt hóa tốt, grade 1 chiếm tỷ lệ 58,0% và grade 2 chiếm tỷ lệ 35,5%. Mức độ biệt hóa kém grade 3 chỉ chiếm tỷ lệ 6,5%. Loại giải phẫu bệnh thường gặp nhất là ung thư biểu mô dạng nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ 34,0%. Kích thước u từ 50mm trở lên chiếm tỷ lệ 97,5%.

Hầu hết các trường hợp có CA 125 trước điều trị ≥ 35 U/mL với tỷ lệ 74,5% chiếm gần $\frac{3}{4}$ các ca bệnh. Đa số bệnh nhân có kích thước u từ 50 mm trở lên chiếm tỷ lệ 97,5% tổng số ca.

Bảng 2. Tỷ lệ tái phát trong vòng 5 năm sau điều trị (N=200)

Đặc điểm	Số trường hợp (N=200)	Tỷ lệ (%)	Khoảng tin cậy 95%
Tái phát	26	13,0	8,5 – 18,0
Không tái phát	174	87,0	82,0 – 91,5

Nhận xét: Số trường hợp tái phát trong vòng 5 năm sau điều trị với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Từ Dũ là 26 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13,0% (KTC 95%: 8,5 – 18,0).



Biểu đồ Kaplan-Meier về sống còn không bệnh sau điều trị

Trục tung: Tỷ lệ sống không bệnh; trục hoành: Thời gian sau điều trị (tháng)

Nhận xét: Nhìn vào biểu đồ Kaplan-Meier về sống còn không bệnh sau điều trị có thể thấy trong năm đầu tiên sau điều trị thì tỷ lệ sống còn không bệnh gần như duy trì 100%. Từ năm thứ 2 đến 4 năm sau điều trị tỷ lệ sống còn giảm xuống dần đến 87,0%. Sau đó tỷ lệ sống còn không thay đổi. Như vậy tái phát sau điều trị thường xảy ra trong khoảng 2 - 4 năm sau điều trị.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến mối liên quan giữa các yếu tố với tỷ lệ tái phát

Yếu tố liên quan	OR	OR *	KTC 95%	p**
Tuổi ≥ 65 tuổi	2,84	1,92	0,57 – 6,66	0,30
Số con ≥ 2 con	1,97	1,07	0,38 – 3,05	0,89
Kinh nguyệt Mãn kinh	2,23	1,33	0,26 – 2,16	0,59
Bệnh nội khoa			0,68 –	

Có	2,17	1,91	5,32	0,22
Độ mô học Độ 3	3,64	3,25	1,02 – 11,11	0,04

Nhận xét: Sau khi đưa 05 yếu tố có liên quan đến khả năng thành công vào mô hình hồi quy đa biến để kiểm soát yếu tố gây nhiễu, đã cho kết quả có mối tương quan thực sự giữa các yếu tố sau với tỷ lệ tái phát, $P < 0,05$: Mức độ mô học: Độ 3 có nguy cơ tái phát cao hơn so với độ 1 với OR 3,25 (KTC 95% 1,02 – 11,11). So sánh giữa OR mô hình đơn biến và đa biến cho thấy sự chênh lệch $> 10\%$ ở một số biến số. Điều này cho thấy vai trò khử nhiễu và hiệu chỉnh đồng tác của mô hình đa biến.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 26/200 trường hợp tái phát trong vòng 5 năm sau điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Từ Dũ, chiếm tỷ lệ 13,0% [KTC 95% 8,5 – 18,0]. Kết quả này tương đồng với số liệu của J Brugghe 1998 tỷ lệ tái phát của ung thư biểu mô buồng trứng sau phẫu thuật sau 5 năm từ 10 – 25% tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, độ mô học^[5] và cũng tương đồng với Robert S Mannel 2011, tỷ lệ tái phát của ung thư buồng trứng giai đoạn sớm được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel sau 5 năm là 15%^[3]. Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tái phát thấp hơn của tác giả Aristotle Bamias 2006 là 20,3%^[6]. Sự khác biệt có lẽ do khác biệt về mô bệnh học giữa hai nghiên cứu với Aristotle độ 3 chiếm tỷ lệ cao 53%, còn của chúng tôi chỉ là 6,5%. Sự khác biệt đáng kể về độ mô học giữa hai nghiên cứu là yếu tố chính vào tỷ lệ tái phát trong 5 năm trên các bệnh nhân này. Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tái phát cao hơn của tác giả Võ Hoàng Nhân 2010 là 4,5%^[7]. Sự khác biệt là do cỡ mẫu và thời gian kéo dài nghiên cứu, nghiên cứu chúng tôi cỡ mẫu lớn với 200 bệnh nhân kéo dài trong vòng 5 năm cho đến khi đủ cỡ mẫu, trong khi nghiên cứu của tác giả Võ Hoàng Nhân chỉ trong vòng 1 năm 2002. Trong đó, nghiên cứu của tác giả Võ Hoàng Nhân tỷ lệ bệnh nhân tái khám chỉ 59,42%, còn trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, điều này có lẽ là yếu tố chính dẫn đến sự khác biệt của hai nghiên cứu. Như vậy nhìn chung, tỷ lệ tái phát trong vòng 5 năm của phác đồ trong các nghiên cứu đều thấp, khoảng 15%. Điều này cho thấy khi áp dụng phác đồ, nếu bệnh nhân tuân thủ đúng quy trình điều trị sẽ có hiệu quả cao, an toàn, tránh các biến chứng và phát hiện kịp thời khi có tái phát nhằm cải thiện

khả năng sống còn của bệnh nhân.

Nhìn vào biểu đồ Kaplan-Meier về sống còn không bệnh sau điều trị có thể thấy trong năm đầu tiên sau điều trị thì tỷ lệ sống còn không bệnh gần như duy trì 100%. Từ năm thứ 2 đến 4 năm sau điều trị tỷ lệ sống còn giảm xuống dần đến 87,0%. Sau đó tỷ lệ sống còn không thay đổi. Như vậy tái phát sau điều trị thường xảy ra trong khoảng 2 - 4 năm sau điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Theo nghiên cứu của John K Chan 2006, tỷ lệ sống thêm 5 năm tương quan trực tiếp tới giai đoạn bệnh. Giai đoạn I-II sống thêm 5 năm từ 82,7%-84%^[8]. Theo nghiên cứu của Aristotle Bamias 2006, tỷ lệ sống còn của ung thư biểu mô giai đoạn sớm được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel có liên quan với mức độ biệt hóa mô học của tế bào ung thư, cụ thể đối với grade 1,2 tỷ lệ sống còn 5 năm là 87%, trong khi ở grade 3,4 tỷ lệ này là 79%^[6]. Theo nghiên cứu của Robert S Mannel 2011, thời gian sống còn 5 năm là 85,4%^[3]. Sự tương đồng của các nghiên cứu có lẽ do sự giống nhau giữa các giai đoạn, mức độ mô học của ung thư biểu mô buồng trứng, đồng thời phác đồ điều trị và theo dõi cũng như nhau. Điều này cho thấy sự hiệu quả của phác đồ và tính tin cậy của kết quả nghiên cứu. Như vậy nhìn chung, tỷ lệ sống còn không bệnh qua các nghiên cứu đều khoảng 85%. Điều này cung cấp thông tin có giá trị khoa học để tư vấn cho bệnh nhân khi tiến hành điều trị và cho thấy hiệu quả của phác đồ trong việc điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn sớm.

Theo nghiên cứu chúng tôi mức độ mô học: Độ 3 có nguy cơ tái phát cao hơn so với độ 1 với OR 3,25 (KTC 95% 1,02 – 11,11). Đồng thời mức độ mô học cũng có mối liên quan đến khả năng sống còn không bệnh 5 năm của bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bamias 2006⁶. Qua nghiên cứu, các bác sĩ có thể dựa vào phân độ mô học của khối u để xây dựng kế hoạch điều trị và xác định tiên lượng bệnh (kết quả hoặc khả năng của bệnh; khả năng phục hồi hoặc tái phát). Nói chung, phân độ càng thấp tiên lượng càng tốt; phân độ càng cao, khối u càng phát triển, lan rộng nhanh hơn và cần điều trị ngay lập tức hoặc tích cực hơn.

Điểm mới của nghiên cứu: Với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh hiện nay, nghiên cứu áp dụng kết hợp lâm sàng, hình ảnh siêu âm, MRI và CA125 trong chẩn đoán và theo dõi điều trị trong tất cả trường hợp. Do đó, nhờ sự tiến bộ của y học, việc tái phát được phát hiện sớm sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến tiên lượng sau này của

bệnh nhân. Điều này khác biệt so với những nghiên cứu trước đây.

Hạn chế của nghiên cứu: Với kết cục các trường hợp UTBMBT tái phát, chúng tôi chỉ đánh giá được đến thời điểm bệnh nhân hoàn thành điều trị ung thư tái phát mà không theo dõi kết cục sau đó của bệnh nhân nên đánh giá đáp ứng điều trị có thể là chưa đầy đủ. Giới hạn về số lượng mẫu nghiên cứu hạn chế và phương pháp nghiên cứu chưa mạnh nên mức độ mạnh của bằng chứng nghiên cứu mang lại chưa được cao. Chúng tôi hi vọng trong tương lai sẽ có những nghiên cứu với thiết kế nghiên cứu mạnh hơn và cỡ mẫu lớn hơn để có thể giải quyết được những giới hạn trên.

V. KẾT LUẬN

Qua cắt ngang hồi cứu 200 trường hợp bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn I, IIA đã được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel từ năm 2012 – 2017 tại bệnh viện Từ Dũ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, số liệu nghiên cứu chỉ ra: Tỷ lệ tái phát trong vòng 5 năm sau điều trị với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Từ Dũ là 13,0% (KTC 95%: 8,5 – 18,0). Tỷ lệ sống còn sau 05 năm là 87%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái phát, $P < 0,05$: Mức độ mô học: Độ 3 có nguy cơ tái phát cao hơn so với độ 1 với OR 3,25 (KTC 95% 1,02 – 11,11). Trong quá trình theo dõi sau hóa trị, những bệnh nhân có độ mô học độ 3 cần được thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng nhằm phát hiện khả năng tái phát sớm nhất có thể, đồng thời tư vấn, tiên lượng cho bệnh nhân một cách khoa học về khả năng tái phát khi có độ mô học cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lindsey A Torre.** Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. 2015; 65:87-108.
2. **Nguyễn Bá Đức ĐNP.** Dịch tễ học bệnh ung thư. Hà Nội. Nhà xuất bản Y học; 2008.
3. **Mannel R. S BMF.** A randomized phase III trial of IV carboplatin and paclitaxel × 3 courses followed by observation versus weekly maintenance low-dose paclitaxel in patients with early-stage ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. Clinical Trial, Phase III. Multicenter Study. Randomized Controlled Trial. Research Support, N I H , Extramural. Gynecol Oncol. 2011;122(1):89-94.
4. **Phác đồ bệnh viện Từ Dũ.** Ung thư buồng trứng. Phác đồ sản phụ khoa. 2022;3:566-570.
5. **Brughe J, Baak JP, Wiltshaw E, Brinkhuis M, Meijer GA, Fisher C.** Quantitative prognostic features in FIGO I ovarian cancer patients without postoperative treatment. Gynecol Oncol. Jan 1998;68(1):47-53. doi:10.1006/gyno.1997.4884
6. **Aristotle Bamias CP.** Four cycles of paclitaxel and carboplatin as adjuvant treatment in early-

stage ovarian cancer: a six-year experience of the Hellenic Cooperative Oncology Group. BMC Cancer. 2006/09/25 2006; 6(1):228. doi:10.1186/1471-2407-6-228

7. **Võ Hoàng Nhân NTNP.** Khảo sát các yếu tố liên quan đến khả năng sống sau 5 năm của bệnh nhân ung thư buồng trứng được chẩn đoán và

điều trị tại bệnh viện Từ Dũ năm 2002 được theo dõi đến năm 2007. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2010;2:60-68.

8. **John K. Chan M, Michael K. Cheung.** Patterns and Progress in Ovarian Cancer Over 14 Years. Obstet Gynecol. 2006;3(1):521-528.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT NĂM 2022

Trần Thị Hồng Nguyên¹, Lê Đặng Tú Nguyên^{1,2}, Đặng Thị Kiều Nga¹, Phạm Thị Thu Hiền², Nguyễn Bách², Phạm Đình Luyến¹, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn là một mối đe dọa sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới, gánh nặng về kinh tế do bệnh thận gây ra cũng có những tác động đáng kể đối với ngân sách chăm sóc sức khỏe của các quốc gia. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang phân tích chi phí trực tiếp y tế của người bệnh chạy thận nhân tạo (HD) tại Khoa nội thận – lọc máu, bệnh viện Thống Nhất năm 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành sàng lọc 44 người bệnh HD điều trị ngoại trú. Chi phí điều trị/năm của người bệnh HD tại bệnh viện Thống Nhất là 130.399.119 VND (119.572.241-141.511.275), trong đó BHYT chi trả 93,59%. Kết quả phân tích cơ cấu chi phí cho thấy chi phí chạy thận chiếm tỷ trọng lớn nhất (59,51%). Ngoài ra, chi phí thuốc là thành phần chi phí chiếm tỷ trọng thứ 2 trong cơ cấu chi phí điều trị (35,63%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chi phí điều trị của các nhóm người bệnh ($p > 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy gánh nặng kinh tế đáng kể của người bệnh HD trên quan điểm của cơ quan chi trả thứ 3 (BHYT). **Từ khóa:** Chi phí trực tiếp y tế, Chạy thận nhân tạo, Bệnh viện Thống Nhất

SUMMARY

COST OF ILLNESS OF HEMODIALYSIS PATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL IN 2022

Background: Chronic kidney disease poses a global public health challenge, with substantial economic implications for healthcare budgets. **Methods:** A retrospective cross-sectional study analyzes the direct medical costs incurred by hemodialysis (HD) patients in the Department of Nephrology - Dialysis at Thong Nhat Hospital in 2022. **Results:** Our analysis includes 44 HD outpatients. The cost of treatment/year for HD patients at Thong Nhat Hospital is 130,399,119 VND (119,572,241 -

141,511,275), of which health insurance covers 93.59%. Cost of dialysis represent the largest share of these costs, accounting for 59.51%. Furthermore, cost of drugs constitutes the second-largest component, contributing 35.63% to the overall treatment cost structure. Our findings indicate no statistically significant differences in treatment costs among patient groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** This study underscores the substantial economic burden carried by HD patients, particularly from the perspective of third-party payers such as health insurance.

Keywords: Direct medical costs, Hemodialysis, Thong Nhat Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (chronic kidney disease - CKD) là một mối đe dọa sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới, gánh nặng về kinh tế do bệnh thận gây ra cũng có những tác động đáng kể đối với ngân sách chăm sóc sức khỏe của các quốc gia (1). Theo số liệu thống kê của hiệp hội Thận học Quốc tế (INS) năm 2019 cho thấy có khoảng 850 triệu người (tương đương hơn 10% dân số thế giới) bị các bệnh lý về thận (2). Theo các nghiên cứu cho thấy chi phí chi trả của người bệnh chạy thận nhân tạo/thẩm phân phúc mạc nằm ngoài khả năng chi trả của đa số người bệnh tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình(3).

Tại Việt Nam chưa có số liệu thống kê chính thức, ước tính có khoảng 5 triệu người bị suy thận và hàng năm có khoảng 8.000 ca bệnh mới. Chi tính riêng bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần lọc máu là khoảng 800.000 người, chiếm 0,1% dân số. Trung bình, một năm bệnh nhân chạy thận nhân tạo tiêu tốn từ 100 - 150 triệu đồng. Chính vì vậy nghiên cứu được thực hiện phân tích chi phí điều trị người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện Thống Nhất năm 2022 nhằm cung cấp những thông tin về gánh nặng chi phí trong điều trị đối với người bệnh suy thận mạn; nhằm đưa ra những khuyến nghị phù hợp trong việc lựa chọn điều trị cho người bệnh

¹Đại học Y Dược TPHCM

²Bệnh viện Thống Nhất, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Thanh

Email: thanhld@bvtvn.org.vn

Ngày nhận bài: 18.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2023

Ngày duyệt bài: 27.10.2023