# TREATMENT OUTCOMES OF PACLITAXEL–CARBOPLATIN–BEVACIZUMAB FOR RECURRENT OR METASTATIC EPITHELIAL OVARIAN CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Ngo Tri Diem, Le Thi Suong*, Nguyen Thi Ngoc Hiep, Ngo Thi Hong, Duong Thi Lam Oanh

*Nghe An Oncology Hospital – Km456, National Highway 1A, Vinh Hung Ward, Nghe An Province, Vietnam*

Received: 02/06/2026
Revised: 26/07/2026; Accepted: 04/08/2026

## ABSTRACT

**Objectives:** Treatment Outcomes of Paclitaxel–Carboplatin–Bevacizumab in Patients with Recurrent or Metastatic Epithelial Ovarian Cancer at Nghe An Oncology Hospital from January 2020 to September 2025.

**Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted in 30 patients with recurrent or metastatic epithelial ovarian cancer who received the Paclitaxel-Carboplatin-Bevacizumab regimen at Nghe An Oncology Hospital between January 2020 and September 2025. Demographic, clinical, and laboratory data, along with treatment response, survival outcomes, and treatment-related adverse events, were ollected from medical records and analyzed.

**Results:** The mean age of the patients was 54.4 ± 8.78 years, with the 51–70-year age group accounting for the majority (73,3%). High-grade serous carcinoma was the predominant histopathological subtype, representing 76,7% of cases. The disease control rate (DCR) was 86.6%, with 8 patients (26.7%) achieving a complete response (CR) and 14 patients (46.7%) achieving a partial response (PR), resulting in an overall response rate (ORR) of 73.4%.

The median progression-free survival (PFS) was 15.25 months and was not significantly associated with age group, performance status, or surgical status at the time of recurrence.

Neutropenia was predominantly grade 1–2, while grade 3–4 events were infrequent. The incidence of sensory neuropathy was 53.3%, with grade 3 toxicity observed in only 2 patients (6.7%), and no cases of grade 4 toxicity. Grade 1–2 hypertension occurred in 3 patients, with no cases of grade 3 or higher hypertension. 2 patients (6.7%) experienced Carboplatin-induced anaphylactic shock grade 3 during the 5th treatment cycle and were subsequently switched to Cisplatin instead of Carboplatin desensitization.

**Conclusions:** The paclitaxel–carboplatin–bevacizumab regimen demonstrated favorable efficacy with an acceptable safety profile in patients with recurrent or metastatic epithelial ovarian cancer.

***Keywords:*** Metatatis/recurrent epithelial ovarian cancer, Paclitaxel-Carboplatin-Bevacizumab.

*Corresponding author
**Email:** ngochiep010696@gmail.com **Phone**: (+84) 386330933 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6150

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT, DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL - CARBOPLATIN - BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Ngô Trí Diễm, Lê Thị Sương*, Nguyễn Thị Ngọc Hiệp, Ngô Thị Hồng, Dương Thị Lâm Oanh

*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An – Km456, Quốc lộ 1A, P. Vinh Hưng, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam*

Ngày nhận: 02/06/2026
Ngày sửa: 26/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin - Bevacizumab tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2025.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin - Bevacizumab tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2025. Bệnh nhân được đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đáp ứng điều trị, thời gian sống thêm và độc tính.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,4 ± 8,78 tuổi, nhóm 51–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%). Ung thư biểu mô thanh dịch là thể mô bệnh học chủ yếu, chiếm 76,7% tổng số trường hợp. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 86,6%, trong khi tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 73,4%. Cụ thể, có 8 bệnh nhân (26,7%) đạt đáp ứng hoàn toàn và 14 bệnh nhân (46,7%) đạt đáp ứng một phần. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) là 15,25 tháng. PFS không có mối liên quan có ý nghĩa với nhóm tuổi, toàn trạng hoặc tình trạng phẫu thuật khi tái phát. Về tính an toàn, hạ bạch cầu hạt là độc tính trên hệ tạo huyết thường gặp nhất, đa số ở mức độ 1–2, trong khi các trường hợp độ 3–4 chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Trong nhóm độc tính ngoài hệ tạo huyết, bệnh lý thần kinh cảm giác ngoại biên được ghi nhận nhiều nhất với tỷ lệ 53,3%; tuy nhiên chỉ có 2 bệnh nhân (6,7%) xuất hiện độc tính độ 3 và không ghi nhận trường hợp độ 4. Tăng huyết áp độ 1–2 xảy ra ở 3 bệnh nhân, không có trường hợp tăng huyết áp độ 3 hoặc cao hơn. Ngoài ra, 2 bệnh nhân (6,7%) xuất hiện phản vệ độ 3 liên quan đến carboplatin trong chu kỳ điều trị thứ 5 và sau đó được chuyển sang điều trị bằng cisplatin.

**Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel–Carboplatin–Bevacizumab cho thấy hiệu quả điều trị khả quan cùng với hồ sơ an toàn chấp nhận được ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn.

***Từ khóa:*** Ung thư buồng trứng, tái phát di căn, Paclitaxel - Carboplatin - Bevacizumab.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa có tỷ lệ tử vong cao trên thế giới, với 324.603 ca mắc mới và 206.956 ca tử vong được ghi nhận trong năm 2022 [1]. Tại Việt Nam, UTBT xếp thứ 11 trong các loại ung thư ở nữ giới, với khoảng 1.534 trường hợp mắc mới và 1.003 trường hợp tử vong trong cùng năm [2]. Mặc dù tỷ lệ mắc không cao, UTBT vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do đa số ca bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Một trong những thách thức lớn trong quản lý UTBT là tỷ lệ tái phát cao sau điều trị ban đầu. Ước tính khoảng 62% bệnh nhân sẽ tái phát, và tỷ lệ này có thể tăng lên 80–85% ở những trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn III–IV [3]. Trong thực hành lâm sàng, khoảng thời gian không điều trị bằng platinum được sử dụng để đánh giá mức độ nhạy cảm với platinum và định hướng lựa chọn điều trị. Theo đó, bệnh nhân tái phát từ 6 tháng trở lên sau khi hoàn thành hóa trị chứa platinum được xếp vào nhóm nhạy platinum, trong khi những trường hợp tái phát trong vòng dưới 6 tháng được coi là kháng platinum [3]. Đây là yếu tố có giá trị trong dự báo đáp ứng điều trị cũng như tiên lượng sống còn của người bệnh. Đối với bệnh nhân UTBT tái phát nhạy platinum, các phác đồ hóa trị phối hợp có chứa platinum vẫn được xem là lựa chọn điều trị ưu tiên nhờ khả năng cải thiện tỷ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống thêm so với các phác đồ không chứa platinum [4,7]. Bên cạnh hóa trị, Bevacizumab – kháng thể đơn dòng ức chế yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu – đã được chứng minh mang lại lợi ích khi phối hợp với hóa trị ở bệnh nhân UTBT tái phát. Các thử nghiệm lâm sàng đều cho thấy việc bổ sung Bevacizumab giúp kéo dài thời gian sống thêm không tiến triển và cải thiện hiệu quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này [5-7].

Hiện nay, phác đồ Paclitaxel–Carboplatin–Bevacizumab đã được đưa vào thực hành điều trị ung thư buồng trứng tại Việt Nam và đang được áp dụng thường quy tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Tuy nhiên, các bằng chứng về hiệu quả cũng như độ an toàn của phác đồ tương đối hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và độc tính của phác đồ ở bệnh nhân UTBMBT tái phát, di căn nhạy platinum.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Thực hiện theo phương pháp mô tả hồi cứu, dựa trên việc thu thập và phân tích dữ liệu từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

*Tác giả liên hệ
**Email:** ngochiep010696@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 386330933 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6150

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

- Địa điểm: Khoa Nội IV, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An
- Thời gian: Từ tháng 01/2020 đến tháng 09/2025.

**2.3 Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân từ 18 đến 80 tuổi được chẩn đoán UTBMBT tái phát, di căn được điều trị bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin - Bevacizumab tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong thời gian nghiên cứu.

*- Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMBT tái phát hoặc di căn nhạy platinum.

+ Có ít nhất một tổn thương đích có thể đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

+ Đã hoàn thành tối thiểu 03 chu kỳ điều trị

+ Chỉ số toàn trạng theo ECOG (PS) từ 0 đến 2.

+ Chức năng tủy xương, gan và thận đáp ứng tiêu chuẩn để điều trị hóa chất.

*- Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa nặng hoặc bệnh mạn tính có tiên lượng tử vong trong thời gian ngắn, hoặc đồng thời mắc một ung thư nguyên phát khác.

+ Đã hoặc đang điều trị duy trì với thuốc ức chế PARP.

**2.4 Cỡ mẫu, chọn mẫu.**

- Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.
- Chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả bệnh nhân UTBMBT đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào nghiên cứu. Kết quả, có 30 bệnh nhân đủ điều kiện được tuyển chọn và phân tích.

**2.5. Các biến số, chỉ số**

**Bảng 1. Các biến số/chỉ số nghiên cứu**

| Tên biến | Chỉ số/Định nghĩa/Phân loại |
|---|---|
| Tuổi | Tại thời điểm người bệnh vào viện |
| Giai đoạn | Tại thời điểm chuẩn đoán |
| Mô bệnh học | Ung thư biểu mô thanh dịch/nội mạc/sáng/nhầy |
| Vị trí tái phát di căn | Phúc mạc, phổi, màng phổi, gan, hạch, khác |
| Chỉ số toàn trạng trước điều trị | Đánh giá chỉ số thể trạng theo thang điểm ECOG |
| Phương pháp điều trị ban đầu | Phẫu thuật + hóa chất, Phẫu thuật + hóa chất kết hợp bevacizumab, hóa chất |
| Bước điều trị | Bước 1/ bước ≥2 |
| Thời gian tái phát | PFI 6-12 tháng, >12 tháng |
| Đáp ứng khách quan | Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1. |

Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) Ước tính tỷ lệ và thời gian sống thêm bằng phương pháp Kaplan- Meier.

Một số tác dụng không mong muốn: trên hệ tạo huyết; gan, thận; buồn nôn, nôn, thần kinh cảm giác, tang huyết áp, dị ứng... Theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ, phiên bản 5.0 (CTCAE v5.0 - National Cancer Institute).

**2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu**

- Phương pháp thu thập số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được thu thập bằng phương pháp hồi cứu thông qua khai thác thông tin từ hồ sơ bệnh án bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- Công cụ thu thập số liệu: Thông tin được ghi nhận theo mẫu phiếu thu thập số liệu nghiên cứu đã được thiết kế thống nhất.

- Quy trình thu thập số liệu:

+ Ghi nhận người thông tin trước điều trị: Tuổi, chỉ số toàn trạng ban đầu, giai đoạn bệnh, mô bệnh học, lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Ghi nhận thông tin điều trị: điều trị toàn thân bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin-Bevacizumab. Mỗi người bệnh được đánh giá lại sau mỗi 3 chu kì hoặc bất kì thời điểm nào có dấu hiệu nghi ngờ bệnh tiến triển.

+ Ghi nhận đánh giá đáp ứng: Đánh giá đáp ứng khách quan theo tiêu chuẩn iRECIST 1.1.

+ Ghi nhận đánh giá độc tính: theo CTCAE 5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events) của Viện ung thư quốc gia Hoa Kỳ.

+ Ghi nhận đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển (PFS): là thời gian được tính từ khi bắt đầu điều trị hóa chất cho đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân gì.

**2.7. Xử lí và phân tích số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện và lãnh đạo Khoa Nội IV. Giấy chứng nhận số 69/CN-HĐĐĐ ngày 31/12/2024 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Đây là nghiên cứu hồi cứu sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án nên không làm thay đổi quá trình chẩn đoán, điều trị hoặc chăm sóc người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Một số đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 2.**

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Phân nhóm tuổi | ≤ 50 | 2 | 6,7 |
| | 51-70 | 22 | 73,3 |
| | >70 | 6 | 20,0 |
| Giai đoạn bệnh ban đầu | II | 3 | 10,0 |
| | III | 19 | 63,3 |
| | IV | 8 | 26,7 |
| Mô bệnh học | UTBM thanh dịch | 23 | 76,7 |
| | UTBM tế bào sáng | 2 | 6,7 |
| | UTBM dạng nội mạc | 4 | 13,3 |
| | UTBM nhầy | 1 | 3,3 |
| Vị trí tái phát, di căn | Phúc mạc | 20 | 66,7 |
| | Màng phổi | 4 | 13,3 |
| | Phổi | 2 | 6,7 |
| | Gan | 6 | 20,0 |
| | Hạch ngoại vi | 4 | 13,3 |
| | Vị trí khác | 2 | 6,7 |

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Thời giai tái phát | 6-12 tháng | 18 | 60,0 |
| | >12 tháng | 12 | 40,0 |
| Phương pháp điều trị ban đầu | Hóa chất | 4 | 13,3 |
| | Phẫu thuật + hóa chất kết hợp bevacizumab | 3 | 10,0 |
| | Phẫu thuật + hóa chất | 23 | 76,6 |
| Bước điều trị | 01 | 23 | 76,7 |
| | 02 | 6 | 20,0 |
| | 03 | 1 | 3,3 |
| Tổng | | 30 | 100% |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,4 ± 8,78 tuổi. Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 51–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%). Tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, 63,3% trường hợp được phát hiện ở giai đoạn III. Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô thanh dịch là thể chiếm ưu thế với tỷ lệ 76,7%.

Về đặc điểm tái phát, phúc mạc là vị trí tổn thương thường gặp nhất (66,7%), tiếp theo là gan (20,0%) và màng phổi (13,3%). 18 bệnh nhân (60,0%) thuộc nhóm PFI từ 6 đến 12 tháng, trong khi 12 bệnh nhân (40,0%) có PFI trên 12 tháng.

Phần lớn bệnh nhân chưa từng được điều trị bằng bevacizumab trước khi tái phát; chỉ 3 bệnh nhân (10,0%) đã sử dụng thuốc này trong quá trình điều trị trước đó. Đa số bệnh nhân (76,7%) được sử dụng phác đồ ở điều trị bước một của bệnh tái phát.

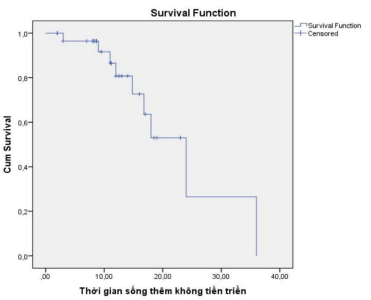
### 3.2. Đáp ứng điều trị

**Bảng 3. Đáp ứng điều trị**

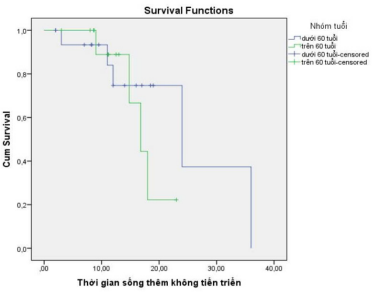
| Kết quả | n | % |
|---|---|---|
| Bệnh tiến triển | 4 | 13,3 |
| Bệnh ổn định | 4 | 13,3 |
| Đáp ứng một phần | 14 | 46,7 |
| Đáp ứng hoàn toàn | 8 | 26,7 |
| Tổng | 30 | 100,0 |

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 86,6%. Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 73,4%, bao gồm 26,6% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn (CR) và 46,7% đạt đáp ứng một phần (PR). Bên cạnh đó, 13,3% bệnh nhân có bệnh ổn định (SD), trong khi 4 bệnh nhân (13,3%) ghi nhận bệnh tiến triển (PD) sau điều trị.

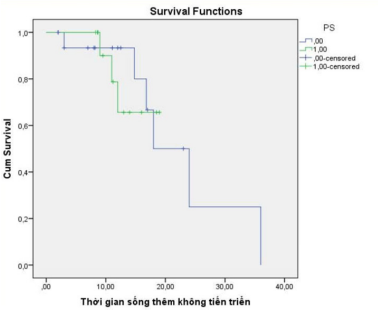
### 3.3. PFS và một số yếu tố liên quan



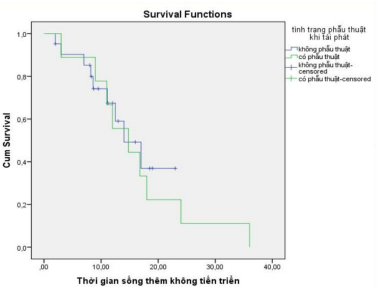

**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển: Trung vị PFS: 15,25 ± 1,36 tháng**




**Biểu đồ 2. PFS theo nhóm tuổi**

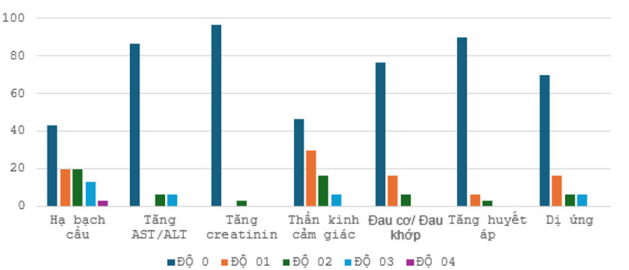



**Biểu đồ 3. PFS theo chỉ số toàn trạng**




**Biểu đồ 4. PFS theo tình trạng phẫu thuật khi tái phát**

Nhận xét: Trung vị PFS của toàn bộ nhóm nghiên cứu là 15,25 ± 1,36 tháng. Tỷ lệ PFS sau 1 năm đạt 64,3%, giảm xuống còn 21,4% sau 2 năm theo dõi. Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy không có sự khác biệt về PFS giữa các nhóm tuổi, tình trạng toàn thân hoặc tình trạng phẫu thuật tại thời điểm tái phát (p > 0,05).




**Biểu đồ 5. Độc tính liên quan điều trị**

Nhận xét: Các độc tính trên hệ tạo huyết ghi nhận trong nghiên cứu nhìn chung chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1–2). Hạ bạch cầu xuất hiện ở 56,7% bệnh nhân; trong đó 40,0% là độ 1–2 và 16,7% là độ 3–4. Rụng tóc được ghi nhận ở toàn bộ bệnh nhân trong quá trình điều trị. Đối với các tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết, đa số cũng ở mức độ 1–2. Bệnh lý thần kinh cảm giác ngoại biên là độc tính thường gặp nhất, chiếm 53,3%; tuy nhiên chỉ có 2 trường hợp (6,7%) biểu hiện độc tính độ 3 và không ghi nhận trường hợp độ 4. Tỷ lệ buồn nôn/nôn là 35,8%. Phản ứng dị ứng xảy ra ở 30,0% bệnh nhân, chủ yếu ở mức độ 1–2. Ngoài ra, có 2 bệnh nhân (6,7%) xuất hiện sốc phản

vệ độ 3 liên quan đến điều trị. Tăng huyết áp độ 2 được ghi nhận ở 1 bệnh nhân (3,3%).

## 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,4 ± 8,78 tuổi, trong đó nhóm 51–70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,3%). Đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn III ngay từ thời điểm phát hiện bệnh (63,3%), điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư biểu mô buồng trứng khi đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Đặc điểm này tương đồng với các nghiên cứu trước đây trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát nhạy platinum [3,4]. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô thanh dịch là thể chiếm ưu thế (76,7%), phù hợp với các báo cáo trong y văn khi thể thanh dịch chiếm khoảng 75% các trường hợp ung thư biểu mô buồng trứng [4]. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đều đã được điều trị ban đầu bằng phẫu thuật kết hợp hóa trị. Chỉ 3 bệnh nhân (10,0%) đã từng sử dụng bevacizumab trước khi tái phát, tương tự tỷ lệ khoảng 10% được báo cáo trong nghiên cứu GOG-0213 [5].

Về hiệu quả điều trị, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) đạt 86,6%, trong khi tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 73,4%, bao gồm 26,7% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn và 46,7% đạt đáp ứng một phần. Những kết quả này cho thấy phác đồ Paclitaxel–Carboplatin–Bevacizumab mang lại hiệu quả điều trị khả quan ở nhóm bệnh nhân UTBMBT tái phát nhạy platinum. Trong nghiên cứu GOG-0213, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn đạt 32% [5], trong nghiên cứu OCEANS, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ đạt được ở nhóm có kết hợp bevacizumab là 78,5% [6], tương đối gần với kết quả của chúng tôi. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) trong nghiên cứu là 15,25 tháng, với tỷ lệ PFS sau 1 năm và 2 năm lần lượt là 64,3% và 21,4%. So với nghiên cứu GOG-0213 [5], trong đó nhóm hóa trị kết hợp bevacizumab có PFS trung vị 13,8 tháng, kết quả của chúng tôi nhìn chung tương đồng, cho thấy hiệu quả của phác đồ trong điều kiện thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

Khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến PFS, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê theo nhóm tuổi, chỉ số toàn trạng (PS) hoặc việc có hay không phẫu thuật tại thời điểm tái phát (p>0,05).

Về tính an toàn, các tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết chủ yếu ở mức độ 1–2. Hạ bạch cầu được ghi nhận ở 22/30 bệnh nhân, trong đó 17 bệnh nhân gặp độc tính độ 1–2 và 5 bệnh nhân (16,6%) gặp độc tính độ 3–4. Các rối loạn chức năng gan và thận xuất hiện với tỷ lệ thấp và không ảnh hưởng đáng kể đến quá trình điều trị. Tăng huyết áp, một độc tính đặc trưng của bevacizumab, được ghi nhận ở 3 bệnh nhân, tuy nhiên tất cả đều ở độ 1–2 và không có trường hợp phải ngừng điều trị do biến cố này.

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp sốc phản vệ độ 3 do carboplatin xảy ra ở chu kỳ điều trị thứ 5. Các bệnh nhân này được chuyển sang sử dụng cisplatin thay vì thực hiện giải mẫn cảm và vẫn tiếp tục hoàn thành điều trị. Bệnh lý thần kinh cảm giác ngoại biên là độc tính ngoài hệ tạo huyết thường gặp nhất với tỷ lệ 53,3%, chủ yếu ở mức độ 1–2; chỉ có 2 bệnh nhân (6,7%) xuất hiện độc tính độ 3 và không ghi nhận trường hợp độ 4. Hai bệnh nhân có độc tính thần kinh độ 3 được ngừng hóa trị sau 6 chu kỳ và tiếp tục điều trị duy trì bằng bevacizumab đơn trị. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu GOG-0213, trong đó độc tính thần kinh cảm giác được ghi nhận ở 56,7% bệnh nhân [5]. Bên cạnh đó, tỷ lệ đau cơ và đau khớp trong nghiên cứu là 25%, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Các tác dụng không mong muốn khác như táo bón (25%), tiêu chảy (7,1%), tăng men gan (7,1%) và tăng creatinin (3,6%) đều xảy ra với tần suất thấp, mức độ nhẹ và không ảnh hưởng đáng kể đến việc hoàn thành phác đồ điều trị.

## 5. KẾT LUẬN

Phác đồ Paclitaxel–Carboplatin–Bevacizumab cho thấy hiệu quả điều trị khả quan ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn nhạy platinum, đồng thời các tác dụng không mong muốn chủ yếu ở mức độ có thể kiểm soát được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4.

[2] Pubweb.vn. Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022 [Internet]. [được trích dẫn 15 Tháng Chín 2024]. Có tại: https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58

[3] Raja FA, Counsell N, Colombo N, et al. Platinum versus platinum-combination chemotherapy in platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: a meta-analysis using individual patient data. Annals of Oncology. 2013;24(12):3028-3034. doi:10.1093/annonc/mdt406.

[4] González Martín A, Oza AM, Embleton AC, et al. Exploratory outcome analyses according to stage and/or residual disease in the ICON7 trial of carboplatin and paclitaxel with or without bevacizumab for newly diagnosed ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2019;152(1):53-60.

[5] Coleman RL, Brady MF, Herzog TJ, et al. Bevacizumab and paclitaxel-carboplatin chemotherapy and secondary cytoreduction in recurrent, platinum-sensitive ovarian cancer (NRG Oncology/Gynecologic Oncology Group study GOG-0213): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2017;18(6):779-791

[6] Aghajanian C, Blank SV, Goff BA, et al. OCEANS: A randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. J Clin Oncol 2012;30:2039-2045.

[7] Pfisterer J, Dean AP, Baumann K, et al. Carboplatin/pegylated liposomal doxorubicin/bevacizumab (CD-BEV) vs. carboplatin/gemcitabine/bevacizumab (CG-BEV) in patients with recurrent ovarian cancer. A prospective randomized phase III ENGOT/GCIG-Intergroup study (AGO Study Group, AGO-Austria, ANZGOG, GINECO, SGCTG). Presented at: 2018 ESMO Congress; October 19-23, 2018; Munich, Germany. Abstract 933O.