

DOI: 10.58490/ctjump.2026i103.5181

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN I-III A TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Hoàng Vinh^{1*}, Võ Huỳnh Trang¹, Huỳnh Thảo Luật²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ

*Email: hoangvinhydk37@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/6/2026

Ngày phản biện: 24/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/9/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng là một trong những loại ung thư phụ khoa chiếm tỷ lệ cao và gây tử vong nhiều. Phẫu thuật triệt để có vai trò quan trọng trong việc điều trị và kéo dài thời gian sống còn cho người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để điều trị ung thư buồng trứng nguyên phát giai đoạn I-III A. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 31 bệnh nhân ung thư buồng trứng nguyên phát được phẫu thuật triệt để tại bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2025 đến tháng 05/2026. **Kết quả:** Tuổi $55,3 \pm 12,4$, đa số giai đoạn I (54,8%); đau bụng vùng hạ vị chiếm cao nhất (77,4%); CA-12.5 tăng chiếm 83,9%; chụp cắt lớp vi tính bụng, tiểu khung có cản quang, kích thước u $14,3 \pm 5,9$ cm, dạng hỗn hợp chiếm 67,7%; sinh thiết lạnh phù hợp giải phẫu bệnh sau mổ đạt 87,1%, bướu biểu mô buồng trứng chiếm 83,9%. Thời gian phẫu thuật 110 ± 43 phút, giai đoạn II kéo dài hơn giai đoạn I, không phụ thuộc kích thước u. Không ghi nhận tai biến trong mổ, tai biến sau mổ gồm nhiễm trùng vết mổ thành bụng (3,2%) và mổ cắt âm đạo (3,2%), đều đáp ứng với điều trị nội khoa. Kết quả phẫu thuật theo Clavein-Dindo: tốt 93,5%, khá 6,5%, không có trung bình, kém. **Kết luận:** Ung thư buồng trứng nguyên phát giai đoạn I-III A thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi, biểu hiện chủ yếu bằng đau hạ vị, CA-12.5 tăng và u dạng hỗn hợp trên hình ảnh học. Phẫu thuật triệt để đạt kết quả tốt, an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận tai biến trong mổ.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, phẫu thuật triệt để, tai biến.

ABSTRACT

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND OUTCOMES OF RADICAL SURGERY FOR STAGE I-III A PRIMARY OVARIAN CANCER AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL

Le Hoang Vinh^{1*}, Vo Huynh Trang¹, Huynh Thao Luat²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Oncology Hospital

Background: Ovarian cancer is one of the most common gynecologic malignancies and is associated with high mortality. Radical surgery plays an important role in the treatment of ovarian cancer and in prolonging patient survival. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the outcomes of radical surgery for primary ovarian cancer at stages I-III A. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study combined with a non-controlled clinical intervention was conducted in 31 patients with primary ovarian cancer who underwent radical surgery at Can Tho Oncology Hospital from January 2025 to May 2026. **Results:** The mean age was 55.3 ± 12.4 years, with stage I disease accounting for the majority (54.8%). Lower abdominal pain

was the most common presenting symptom (77.4%), and elevated CA-12.5 levels were observed in 83.9% of patients. Contrast-enhanced computed tomography (CT) of the abdomen and pelvis showed a mean tumor size of 14.3 ± 5.9 cm, with mixed solid-cystic tumors being the predominant morphology (67.7%). The concordance rate between intraoperative frozen-section examination and final postoperative histopathology was 87.1%. Epithelial ovarian tumors accounted for 83.9% of cases. The mean operative time was 110 ± 43 minutes. Operative time was longer in patients with stage II disease than in those with stage I disease and was not associated with tumor size. No intraoperative complications were recorded. Postoperative complications included abdominal surgical-site infection (3.2%) and vaginal cuff infection (3.2%); both responded to medical treatment. According to the Clavien–Dindo classification, surgical outcomes were rated as good in 93.5% of patients and fair in 6.5%, with no moderate or poor outcomes. **Conclusion:** Primary ovarian cancer at stages I–IIIA predominantly occurs in older women and commonly presents with lower abdominal pain, elevated CA-12.5 levels, and mixed tumor morphology on imaging. Radical surgery is safe and associated with favorable outcomes, a low complication rate, and no recorded intraoperative complications.

Keywords: Ovarian cancer, radical surgery, surgical complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những loại ung thư phụ khoa chiếm tỷ lệ cao và gây tử vong nhiều ở phụ nữ trên thế giới [1]. Ở giai đoạn sớm, ung thư buồng trứng thường không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng, tiến triển âm thầm làm cho người bệnh chủ quan, không phát hiện để điều trị kịp thời [2]. Điều trị ung thư buồng trứng chủ yếu dựa trên phẫu thuật và hóa trị, tuy nhiên vấn đề các tổ chức ung thư còn sót lại sau phẫu thuật vẫn là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến thời gian sống sau mổ [3]. Phẫu thuật triệt để ung thư buồng trứng có vai trò quan trọng trong việc điều trị và kéo dài thời gian sống còn cho người bệnh. Vũ Văn Tiến và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng tại bệnh viện K, phẫu thuật là một trong những phương thức điều trị góp phần mang lại kết quả khả quan trong điều trị bệnh nhân ung thư buồng trứng [4]. Tại Cần Thơ vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề phẫu thuật triệt để điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn sớm. Xuất phát từ những yêu cầu trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để điều trị ung thư buồng trứng nguyên phát giai đoạn I–IIIA tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2025 – 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật triệt để bằng mổ mở: chỉ số toàn trạng KPS: 60% tới 100%, u khu trú ở vùng chậu, kết quả sinh thiết lạnh trong mổ ác tính; bệnh nhân không có chống chỉ định của phẫu thuật và gây mê hồi sức: rối loạn đông máu nặng, suy tim nặng, suy hô hấp nặng; bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư buồng trứng bằng mô bệnh học sau mổ, giai đoạn I–IIIA theo FIGO 2018; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân ung thư buồng trứng thứ phát, tái phát hoặc có bệnh ung thư thứ hai đồng phát trong ổ bụng; bệnh nhân ung thư buồng trứng hóa trị tân bổ trợ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.
- **Cỡ mẫu:** Chúng tôi chọn công thức ước lượng 1 tỷ lệ với sai số tương đối:

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

Trong đó:

α là sai sót loại 1, chúng tôi chọn $\alpha=5\% \Rightarrow$ hệ số tin cậy $1-\alpha=95\% \Rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1,96$.

n là cỡ mẫu tối thiểu; d là sai số cho phép, chúng tôi chọn $d=0,05$.

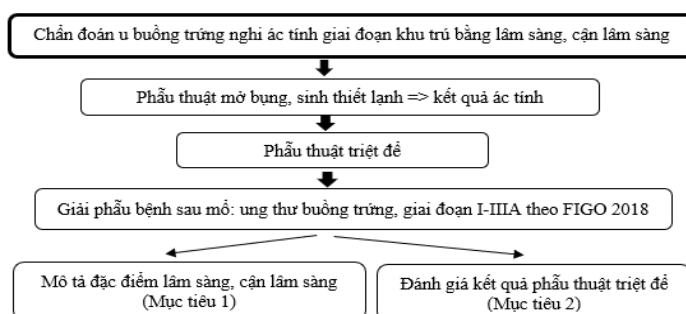
p là tỷ lệ tai biến thường gặp trong phẫu thuật triệt đẻ ung thư buồng trứng bằng mổ mở. Theo Stefano Cianci và cộng sự, tỷ lệ tổn thương cơ quan khác (ruột và niệu quản) trong phẫu thuật mở điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn sớm trên 197 bệnh nhân là 2% [5], chúng tôi chọn $p = 0,02 \Rightarrow n = 30,1$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần có là 31 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ đưa vào nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi chọn được 31 mẫu thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả một số đặc điểm về độ tuổi, giai đoạn theo FIGO 2018; triệu chứng cơ năng ghi nhận khi thăm khám; xét nghiệm CA-12.5 (tăng khi > 35 U/ml); hình ảnh học trên chụp cắt lớp vi tính bụng, tiểu khung có tiêm thuốc cản quang: kích thước và hình thái u; đặc điểm mô bệnh học và tỷ lệ phù hợp kết quả sinh thiết lạnh trong mổ với mô bệnh học sau mổ. Đánh giá kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật và một số yếu tố liên quan, tai biến trong và sau mổ; xếp loại kết quả phẫu thuật theo Clavien-Dindo trên cơ sở các tai biến, biến chứng trong, sau mổ và tình trạng hồi phục của người bệnh.

- **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo phiếu chấp thuận số 25.495.HV/PCT-HĐĐĐ.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

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 lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi Trung bình: $55,3 \pm 12,4$; cao nhất: 87; thấp nhất: 32.	< 18	0	0
	18– 45	6	19,3
	46 – 60	15	48,4
	> 60	10	32,3
Giai đoạn FIGO	I	17	54,8
	II	14	45,2
	IIIA	0	0

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 55 tuổi, chủ yếu từ 46 đến 60 tuổi (48,4%), không có trường hợp dưới 18 tuổi; giai đoạn I chiếm 54,8%, không có trường hợp ở giai đoạn IIIA.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau bụng vùng hạ vị	24	77,4
Bụng to dần	11	35,5
Rối loạn tiêu hóa	2	6,5
Khác (ra máu âm đạo, rối loạn tiêu)	3	9,7

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng đau bụng vùng hạ vị chiếm cao nhất (77,4%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm			Số lượng	Tỷ lệ (%)
CA-12.5	417,2 ± 953,4 U/ml	> 35 U/ml	26	83,9
		≤ 35 U/ml	5	16,1
Chụp cắt lớp vi tính bụng, tiểu khung có cản quang	Kích thước u: 14,3 ± 5,9 cm	Nhỏ hơn 10 cm	7	22,6
		Từ 10 – 20 cm	20	64,5
		Lớn hơn 20 cm	4	12,9
	Hình thái u	Nang ưu thế	8	25,8
		Đặc	2	6,5
		Hỗn hợp	21	67,7
Kết quả sinh thiết lạnh phù hợp kết quả mô bệnh học sau mổ			27	87,1
Mô bệnh học sau mổ		U biểu mô ác	26	83,9
		U tế bào mầm	0	0
		U mô đệm – dây sinh dục	4	13,9
		Loại khác	1	3,2

Nhận xét: CA-12.5 tăng cao, tỷ lệ CA-12.5 tăng chiếm 83,9%; kích thước u từ 10-20 cm chiếm 64,5%, hình thái u chủ yếu dạng hỗn hợp (67,7%); kết quả sinh thiết lạnh chính xác 87,1%; u biểu mô ác chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại mô bệnh học (83,9%), 1 trường hợp loại khác là u thần kinh – nội tiết.

3.3. Kết quả phẫu thuật triệt để điều trị

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan

Đặc điểm	Thời gian phẫu thuật	p
Thời gian phẫu thuật trung bình chung: 110 ± 43 phút.		
Giai đoạn	I	94 ± 30
	II	128 ± 51
Kích thước u	< 10 cm	113 ± 22
	10 – 20 cm	116 ± 50
	> 20 cm	73 ± 12

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật các trường hợp giai đoạn II kéo dài hơn so với giai đoạn I (p=0,021 < 0,05), kích thước u không ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật (p=0,192 > 0,05).

Bảng 5. Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	0	0
Tổn thương ruột, niệu quản	0	0
Tai biến, biến chứng sau mổ		

Chảy máu vết mổ		0	0
Nhiễm trùng	Vết mổ thành bụng	1	3,2
	Mòm cắt âm đạo	1	3,2

Nhận xét: Không có tai biến trong mổ, tai biến sau mổ gồm 2 trường hợp nhiễm trùng (1 ở vết mổ thành bụng và 1 ở mòm cắt âm đạo, đáp ứng tốt với điều trị nội khoa).

Bảng 6. Xếp loại kết quả phẫu thuật theo Clavien-Dindo

Xếp loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt: không tai biến, biến chứng; hậu phẫu diễn biến bình thường; sau xuất viện bệnh nhân bình thường.	29	93,5
Khá: có tai biến, biến chứng, điều trị nội khoa ổn định.	2	6,5
Trung bình: có tai biến, biến chứng cần phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật có hỗ trợ của gây tê.	0	
Kém: có tai biến, biến chứng phải can thiệp thủ thuật, phẫu thuật có hỗ trợ gây mê, phải điều trị hồi sức tích cực hoặc tử vong.	0	

Nhận xét: Đa số trường hợp có kết quả phẫu thuật tốt (93,5%), có 2 trường hợp xếp loại khá (6,5%), không có trường hợp trung bình và kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $55,3 \pm 12,4$, chủ yếu trong độ tuổi từ 46 tuổi trở lên. Anna Fagotti và cộng sự cũng ghi nhận độ tuổi trung bình khá cao là $56,1 \pm 10,4$ tuổi [6]. Giai đoạn I theo FIGO 2018 chiếm đa số. Triệu chứng gặp nhiều nhất là đau bụng hạ vị, chiếm 77,4% do khối u phát triển tại vùng chậu gây căng tức hoặc chèn ép nhẹ các cơ quan lân cận. Trần Văn Nam và cộng sự cũng ghi nhận triệu chứng thường gặp nhất của ung thư buồng trứng là đau bụng vùng hạ vị (60%) [7].

Chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân có nồng độ CA-12.5 tăng cao trước phẫu thuật: $417,2 \pm 953,4$ U/ml. Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự cũng ghi nhận giá trị trung bình kết quả xét nghiệm CA-12.5 là $217,74 \pm 327,04$ U/ml, cao vượt trội so với nhóm không có u và có u lành tính buồng trứng [8]. CA-12.5 hiện nay vẫn là dấu ấn sinh học được sử dụng rộng rãi, phổ biến trong thực hành lâm sàng nhằm hỗ trợ chẩn đoán, đánh giá đáp ứng điều trị và theo dõi tái phát ở bệnh nhân ung thư buồng trứng.

Kích thước u trên phim chụp cắt lớp vi tính bụng, tiểu khung có cản quang khá lớn là $14,3 \pm 5,9$ cm. Phạm Trí Hiếu và cộng sự cũng ghi nhận kích thước u trung bình là $14,1 \pm 0,5$ cm [9]. Điều này cho thấy phần lớn các khối u được phát hiện khi đã đạt kích thước tương đối lớn mặc dù bệnh còn ở giai đoạn sớm. Hình thái u dạng hỗn hợp chiếm 67,7%. Kết quả này phản ánh đặc điểm hình ảnh thường gặp của ung thư buồng trứng là khối u có cấu trúc phức tạp, bao gồm cả thành phần nang và đặc.

Kết quả sinh thiết lạnh phù hợp với chẩn đoán mô bệnh học sau mổ với tỷ lệ đạt 87,1%. Nghiên cứu của Arshad và cộng sự nhấn mạnh rằng sinh thiết lạnh là công cụ hỗ trợ quan trọng trong việc phân biệt tổn thương lành tính, giáp biên và ác tính, từ đó giảm nguy cơ điều trị thiếu hoặc quá mức cho người bệnh [10]. Kết quả mô bệnh học sau mổ, ung thư biểu mô buồng trứng chiếm cao nhất (83,9%). Tương tự, Đặng Huy Hoàng và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ ung thư biểu mô buồng trứng khá cao (97,1%) [11]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của ung thư buồng trứng trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

4.2. Kết quả phẫu thuật triệt để

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 110 ± 43 phút. Nghiên cứu của Chi DS và cộng sự là 276 ± 68 phút, kéo dài hơn so với chúng tôi [12]. Có thể do đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn sớm, khối u còn khu trú trong tiểu khung, xâm lấn ít do đó phẫu thuật thường ít phức tạp hơn. Chúng tôi nhận thấy giai đoạn bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian phẫu thuật, nhóm bệnh nhân giai đoạn II có thời gian phẫu thuật dài hơn so với giai đoạn I ($p=0,021$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm tiến triển của ung thư buồng trứng, khi ở giai đoạn II khối u đã lan đến các cơ quan trong vùng chậu, đòi hỏi phẫu thuật viên phải thực hiện nhiều thủ thuật hơn như cắt bỏ tổn thương lan rộng, bóc tách dính và đánh giá đầy đủ các vị trí nghi ngờ di căn. Ngược lại, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật với kích thước u. Nhóm khối u có kích thước trên 20cm lại có thời gian phẫu thuật ngắn hơn các nhóm còn lại. Điều này có thể được giải thích bởi các khối u kích thước rất lớn trong nghiên cứu chủ yếu vẫn còn khu trú, có ranh giới rõ và thuận lợi cho việc cắt bỏ nguyên khối, trong khi những khối u kích thước nhỏ hoặc trung bình nhưng kèm theo tình trạng dính, xâm lấn hoặc cần thực hiện nhiều thủ thuật đánh giá giai đoạn có thể làm kéo dài thời gian phẫu thuật.

Đáng chú ý, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có tai biến trong mổ. Đây là kết quả khả quan bởi các phẫu thuật ung thư buồng trứng thường bao gồm nhiều thao tác tại vùng chậu và sau phúc mạc, nơi có mối liên quan giải phẫu chặt chẽ với niệu quản, bàng quang và các mạch máu lớn. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi còn tương đối nhỏ, nên có thể chưa phản ánh đầy đủ tỷ lệ tai biến thực tế trong quần thể lớn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các đối tượng không có biến chứng sau phẫu thuật (93,5%), có 2 trường hợp nhiễm trùng sau mổ (6,5%) 1 ở vết mổ thành bụng và 1 ở mòm cắt âm đạo, đáp ứng với điều trị nội khoa. Stefano Cianci và cộng sự đã ghi nhận biến chứng sau mổ trên 197 bệnh nhân bao gồm: nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết, thuyên tắc phổi, ... và tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp chảy máu được ghi nhận [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân được xếp loại kết quả phẫu thuật tốt (93,5%) và loại khá (6,5%) theo phân loại Clavien – Dindo. Việc đạt tỷ lệ kết quả tốt cao có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân giai đoạn sớm còn khả năng phẫu thuật triệt để, phần lớn bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn còn khu trú hoặc xâm lấn hạn chế, phẫu thuật được thực hiện theo quy trình chuẩn với sự phối hợp của đội ngũ phẫu thuật viên chuyên khoa ung thư phụ khoa. Việc đa số bệnh nhân thuộc nhóm không tai biến, biến chứng hoặc biến chứng nhẹ cho thấy tính khả thi của phẫu thuật triệt để trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn sớm.

V. KẾT LUẬN

Ung thư buồng trứng nguyên phát giai đoạn I–IIIA thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi, biểu hiện chủ yếu bằng đau hạ vị, CA-12.5 tăng và u dạng hỗn hợp trên hình ảnh học. Phẫu thuật triệt để đạt kết quả tốt, an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp và không ghi nhận tai biến trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diletta Fumagallia, Aarthi Jayrajc, Elena Olearo, *et al.* Primary versus interval cytoreductive surgery in patients with rare epithelial or non epithelial ovarian cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2025. 35 (3), 1-13, <https://doi.org/10.1016/j.ijgc.2025.101664>.

2. Hong, M.-K., Ding, D.-C. Early Diagnosis of Ovarian Cancer: A Comprehensive Review of the Advances, Challenges, and Future Directions. *Diagnostics*. 2025. 15, 406, <https://doi.org/10.3390/diagnostics15040406>.
 3. Châu Khắc Tú, Bạch Cẩm An. Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn muộn sau hóa trị liệu tân bổ trợ. *Tạp chí Phụ sản*. 2018. 16(2), 74-78, <https://doi.org/10.46755/vjog.2018.2.511>.
 4. Vũ Văn Tiến, Phùng Thị Huyền, Lê Thị Yến, *et al.* Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 517(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v517i2.3274>.
 5. S. Cianci, V. A. Capozzi, A. Rosati, *et al.* Different Surgical Approaches for Early-Stage Ovarian Cancer Staging. A Large Monocentric Experience. *Front Med (Lausanne)*. 2022. 9, 880681, doi: 10.3389/fmed.2022.880681.
 6. Anna Fagotti, Maria Gabriella Ferrandina, Giuseppe Vizzielli, *et al.* Randomized trial of primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer (SCORPION- NCT01461850). *Int J Gynecol Cancer*. 2020. 30,1657–1664, doi:10.1136/ijgc-2020-001640.
 7. Trần Văn Nam, Võ Châu Quỳnh Anh, Nguyễn Hữu Trung. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp ung thư buồng trứng tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 544(2), 186-190, <https://doi.org/10.51298/vmj.v544i2.11845>.
 8. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Đức Tuấn, Quý V.V. Giá trị của xét nghiệm CA125, HE4, chỉ số ROMA, chỉ số Copenhagen trong chẩn đoán ung thư buồng trứng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2023. 165(4), 179-187, <https://doi.org/10.52852/tencyh.v165i4.1553>.
 9. Phạm Trí Hiếu, Nguyễn Quốc Tuấn, Vũ Bá Quyết. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn ung thư tế bào mầm buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Phụ sản*. 2022. 20(2), 51-56, <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.2.1341>.
 10. Nur Zaiti, Beng Kwang, Noor Asmaliza, *et al.* Intra-Operative Frozen Sections for Ovarian Tumors – A Tertiary Center Experience. 2018. *Asian Pac J Cancer Prev*. 19 (1), 213-218, doi: 10.22034/APJCP.2018.19.1.213.
 11. Đặng Huy Hoàng, Đặng Công Thuận. Nghiên cứu mối tương quan giữa thuật toán Roma với các đặc điểm giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh trong ung thư buồng trứng. *Tạp chí Y Dược học*. 2016, 6(01), 48-56, doi: 10.34071/jmp.2016.1.6.
 12. Chul Kwon Lim, Dae Yeon Kim, Angela Cho, *et al.* Role of minimally invasive surgery in early ovarian cancer. *Gland Surg*. 2021. 10(3), 1252-1259, <http://dx.doi.org/10.21037/gs-2019-ursoc-07>.
-