

- Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 1968; 28: 14–20.
- Rosen DS, MacDonald RL. Subarachnoid hemorrhage grading scales. *Neurocrit Care* 2005; 2: 110–118.
- Sano H, Inamasu J, Kato Y, et al. Modified world federation of neurosurgical societies subarachnoid hemorrhage grading system. *Surg Neurol Int* 2016; 7: S502–S503.
- Ozono I, Ikawa F, Hidaka T, et al. Risk Factor for Poor Outcome in Elderly Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage Based on Post Hoc Analysis of the Modified WFNS Scale Study. *World Neurosurg* 2020; 141: e466–e473.
- Ngô Chí Công. Áp dụng thang điểm VASOGRADE trong tiên lượng thiếu máu não muện ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Hà Nội, 2023.
- Lantigua H, Ortega-Gutierrez S, Schmidt JM, et al. Subarachnoid hemorrhage: who dies, and why? *Crit Care* 2015; 19: 309.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TINH HOÀN KHÔNG TINH BÀO TẠI BỆNH VIỆN K TỪ 2018 ĐẾN 2023

Lê Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Thái Hòa², Vũ Hồng Thăng¹, Trương Công Minh², Nguyễn Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư tinh hoàn không tinh bào tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc 51 bệnh nhân ung thư tinh hoàn không tinh bào điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023. Thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính theo phương pháp Kaplan Meier. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 29 tuổi, trong đó nhóm tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm 20 - 39 chiếm tỷ lệ 64,7%. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IA-B, IS, II và III lần lượt là 19,6%; 5,9%; 29,4% và 45,1%. Tỷ lệ có điều trị hóa chất và/hoặc tia xạ sau phẫu thuật cắt tinh hoàn là: 94%. Trung vị thời gian theo dõi PFS là 41,1 tháng (95%CI: 31,0-51,1), có 45,1% biến cố xảy ra, tỷ lệ PFS 5 năm là 45,9%. Trung vị thời gian theo dõi OS là 43,1 tháng (95%CI: 32,5-53,7), có 21,6% biến cố xảy ra, tỷ lệ OS 5 năm là 66,4%. Tỷ lệ OS 5 năm ở nhóm bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn trên sinh hóa cao hơn nhóm bệnh nhân đáp ứng một phần trên sinh hóa (76,9% so với 16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. **Kết luận:** Ung thư tinh hoàn không tinh bào chủ yếu gặp ở người bệnh trẻ tuổi, đa số các bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa. Đáp ứng sinh hóa sau điều trị là một yếu tố tiên lượng OS 5 năm.

Từ khóa: Ung thư tinh hoàn, không tinh bào, sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND TREATMENT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trương Công Minh

Email: truongcongminh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

OUTCOMES OF NON-SEMINOMATOUS TESTICULAR CANCER AT K HOSPITAL FROM 2018 TO 2023

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the survival time of patients with non-seminomatous testicular cancer at K Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 51 patients with non-seminomatous testicular cancer treated at K Hospital from January 2018 to December 2023. Progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) were calculated using the Kaplan-Meier method. **Results:** The average age of the patients was 29 years, with the highest incidence observed in the 20-39 years age group, accounting for 64,7% of the cases. The rate of chemotherapy administration and/or radiation therapy following orchiectomy was 94%. The median PFS follow-up time was 41,1 months (95% CI: 31,0-51,1), with a 5-year PFS rate of 45,9%. The median OS follow-up time was 43,1 months (95% CI: 32,5-53,7), with a 5-year OS rate of 66,4%. The 5-year OS rate was significantly higher in patients with a complete biochemical response compared to those with a partial biochemical response (76,9% vs. 16,7%; $p=0,001$). **Conclusions:** Non-seminomatous testicular cancer predominantly affects younger males, with a significant proportion diagnosed at advanced stages. Survival rates vary significantly with biochemical response to treatment.

Keywords: Testicular cancer, nonseminoma, overall survival, disease-free survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tinh hoàn (UTTH) là loại ung thư ít gặp ở nam giới, chiếm khoảng 1% tổng số ung thư ở nam, tuy nhiên lại là một trong những bệnh ác tính nhất ảnh hưởng đến nam giới trong độ tuổi 15 đến 40 ¹Về mô bệnh học, 95% UTTH là ung thư tế bào mầm và được chia ra làm 2 loại chính là u tinh bào (seminoma) chiếm 50-60% và u tế bào mầm không tinh bào

(nonseminoma) chiếm 40-50%. Thời gian sống thêm toàn bộ của UTTH không tinh bào đã được cải thiện trong thời gian gần đây nhờ những tiến bộ trong các phương án điều trị đa mô thức, đặc biệt là hóa trị nền tảng platinum. Tiên lượng sống thêm của UTTH nói chung và UTTH không tinh bào nói riêng phụ thuộc vào thể mô bệnh học, giai đoạn bệnh và sự thay đổi của các chất chỉ điểm u sau phẫu thuật cắt tinh hoàn (AFP, β HCG, LDH). UTTH không tinh bào có tiên lượng xấu hơn so với u tế bào mầm tinh bào.¹ Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về UTTH, tuy nhiên tại Việt Nam các nghiên cứu về UTTH không nhiều đặc biệt là nghiên cứu về UTTH không tinh bào rất ít. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tinh hoàn không tinh bào tại bệnh viện K từ 2018 đến 2023*".

II ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 51 bệnh nhân nam được chẩn đoán ung thư tinh hoàn không tinh bào. Các bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện K từ năm 2018 đến 2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Người bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư tinh hoàn, chẩn đoán mô bệnh học là u tế bào mầm ác tính không tinh bào và được điều trị lần đầu tại bệnh viện K. Có hồ sơ lưu trữ điều trị và có thông tin theo dõi sau điều trị

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu: U tế bào mầm nguyên phát tại vị trí khác; có ung thư thứ hai ngoài tinh hoàn; mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng; người bệnh bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu 51 bệnh nhân

2.2.3. Cách thức tiến hành

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án.
- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.
- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước khi điều trị.
- Đánh giá đáp ứng: theo RECIST và đánh giá đáp ứng sinh hóa sau điều trị. Đáp ứng sinh hóa hoàn toàn: AFP, β HCG, LDH về mức bình thường sau điều trị, đáp ứng sinh hóa một phần: AFP, β HCG, LDH giảm nhưng còn chưa trở về bình thường sau điều trị
- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS), mối liên quan giữa PFS và một số yếu tố.

- Đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ (OS), mối liên quan giữa OS và một số yếu tố.

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

2.6 Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm

- Đáp ứng theo RECIST: Hoàn toàn, một phần, giữ nguyên, tiến triển
- Thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển tính theo phương pháp Kaplan Meier

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án và không ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân. Có sự cho phép của bệnh viện và có sự đồng ý hợp tác của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng, tuổi, giai đoạn nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi		
<20	10	19,6
20-39	33	64,7
40-59	8	15,7
≥60	0	0
Trung bình (min-max)	29 (2 - 56)	
Tiền sử		
Tinh hoàn lạc chỗ	5	9,8
Tinh hoàn vị trí bình thường	46	90,2
Lý do vào viện		
Đầy tức búi	20	39,2
Sờ thấy u	18	35,3
Khám sức khỏe định kỳ	3	5,9
Đau thắt lưng	1	2,0
Tổn thương do di căn gây ra	6	11,8
Khác	3	5,9
Thể mô bệnh học		
Ung thư biểu mô phôi	13	25,5
Ung thư biểu mô màng đệm	1	2,0
U túi noãn hoàng	15	29,4
U quái không thành thực	5	9,8
Thể hỗn hợp	17	33,3
Đặc điểm giai đoạn bệnh TNM theo AJCC 2017		
IA-B	10	19,6
IS	3	5,9
II	15	29,4
III	23	45,1
Phương pháp điều trị		
Phẫu thuật đơn thuần	3	6
Phẫu thuật + Hóa chất	45	88,2
Phẫu thuật + Hóa chất + Xạ trị	4	7,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 29 tuổi, tuổi thấp nhất là 2 tuổi, cao nhất 56 tuổi, độ tuổi thường gặp nhất là độ tuổi từ 20 đến 39 tuổi, chiếm tỷ lệ 64,7%. Có 9,8% bệnh nhân có tiền sử tiền sử tinh hoàn không xuống bìu. Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì đầy tức bìu chiếm 39,2%. Về mô bệnh học trong 51 trường hợp bệnh nhân UTTHKTB thì u quái không thành thực chiếm 9,8%, ung thư biểu mô phổi (25,5%), ung thư túi noãn hoàng (29,4%), ung thư hỗn hợp (33,3%). Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IA-B, IS, II, III lần lượt là 19,6%; 5,9%; 29,4% và 45,1%. Bệnh nhân được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật và hóa chất chiếm 88,2%.

Bảng 2: Đặc điểm các chất chỉ điểm u

Giá trị trung bình (mean)	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Sau hóa trị	Chi số p
AFP	9636,8	3496	573,4	$p^1=0.01$ $p^2, p^3 <0.001$
Beta HCG	62366,7	8446,6	2004	$p^1=0.01$ $p^2, p^3 <0.001$
LDH	668,3	547	224	$p^1=0.08$ $p^2, p^3 <0.001$

p^1 : trước PT vs. PT; p^2 : sau PT vs. sau hóa trị;
 p^3 : trước PT vs. sau hóa trị

Nhận xét: Nhìn chung chỉ số các chất chỉ điểm u (AFP, β HCG, LDH) giảm dần theo quá trình điều trị của bệnh nhân. Sự khác biệt giữa chỉ điểm u trước phẫu thuật so với sau phẫu thuật và sau phẫu thuật so với sau hóa trị là có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng điều trị

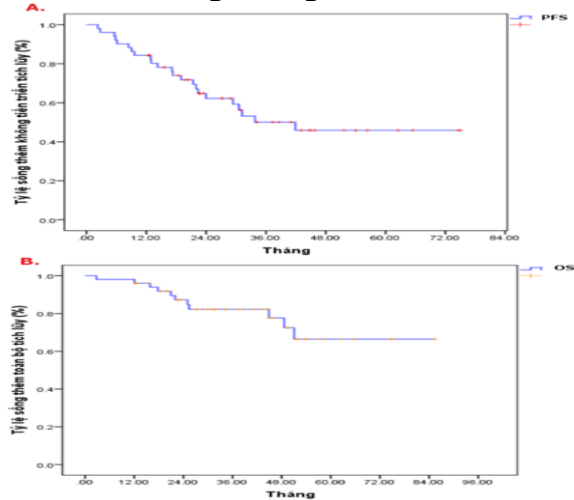
Bảng 3: Đáp ứng của phác đồ hóa chất (RECIST) và Đáp ứng sinh hóa

	Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng của phác đồ hóa chất (RECIST)	Không đánh giá	16	
	Bệnh ổn định	1	2,9
	Bệnh tiến triển	4	11,4
	Đáp ứng hoàn toàn	16	45,7
Đáp ứng sinh hóa	Đáp ứng một phần	14	40
	Về bình thường	42	82,4
	Giảm một phần	6	11,8
	Không rõ	3	5,8

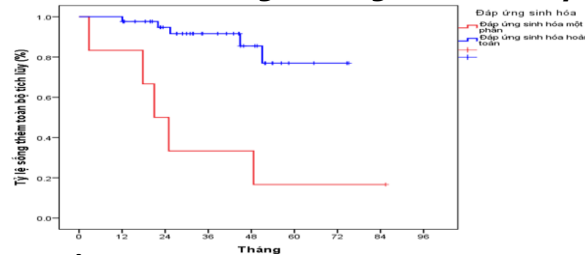
Nhận xét: Trong 51 bệnh nhân điều trị có 16 bệnh nhân không đánh giá do không có tổn thương đích sau phẫu thuật, có 35 bệnh nhân được đánh giá trong đó có 16 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (45,7%), 14 bệnh nhân đáp ứng một phần (40%), bệnh ổn định 1 bệnh nhân (2,9%), 4 bệnh nhân tiến triển (11,4%). Đáp ứng sinh hóa sau điều trị thì có 42 bệnh nhân giảm về mức bình thường (82,4%), có 6 bệnh

nhân giảm một phần (11,8%), 3 bệnh nhân không rõ (5,8%). Không có bệnh nhân nào tăng chỉ điểm u sau điều trị.

3.2.2. Đánh giá sống thêm



Biểu đồ 3.1: Thời gian sống thêm không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 3.2: Mối liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ và đáp ứng sinh hóa (*)

(*): Chỉ tính trên 48 bệnh nhân có thể đánh giá đáp ứng trên sinh hóa

Nhận xét: Trung vị thời gian theo dõi PFS là 41,1 tháng (95%CI: 31,0-51,1), có 45,1% biến cố xảy ra, tỷ lệ PFS 5 năm là 45,9%. Trung vị thời gian theo dõi OS là 43,1 tháng (95%CI: 32,5-53,7), có 21,6% biến cố xảy ra, tỷ lệ OS 5 năm là 66,4%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn trên sinh hóa cao hơn nhóm bệnh nhân đáp ứng một phần trên sinh hóa (76,9% so với 16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

UTTH không tinh bà gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu gặp ở người trẻ. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 29,0 tuổi, trong đó nhóm tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm 20 - 39 tuổi chiếm tỷ lệ 64,7%. Kết quả này tương đương với kết quả của Căn Xuân Hạnh (2014), cho kết quả độ tuổi trung bình 31,7 và có 57,6% bệnh nhân gặp ở độ tuổi 21 -

40 tuổi.² Kết quả của Woldu và cộng sự cũng cho thấy độ tuổi trung bình của ung thư tinh hoàn là 33 tuổi.³ Tiền sử dị tật bẩm sinh của đường tiết niệu sinh dục có liên quan đến UTTH đã được nhiều tác giả đề cập đến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11,6% bệnh nhân có tiền sử tinh hoàn không xuống bìu. Tỷ lệ UTTH do tinh hoàn không xuống bìu gây ra dao động từ 3,5% - 14,5%.⁴ Có nhiều giả thiết được đưa ra như do nhiệt độ trong ổ bụng cao hơn so với ở bìu hoặc do rối loạn nội tiết tố của tinh hoàn dẫn đến sự thoái triển tuyến sinh dục từ đó liên quan đến sự biến thể thành ác tính hóa của các tế bào trong tinh hoàn. UTTH ngày càng được phát hiện ở giai đoạn sớm do các triệu chứng lâm sàng thường dễ được phát hiện cũng như sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh tuy nhiên chúng tôi nghiên cứu trên bệnh nhân UTTH không tinh bào nên tỷ lệ phát hiện giai đoạn muộn cao. Tỷ lệ bệnh nhân đoạn IA-IB, IS, II, III lần lượt là 19,6%; 5,9%; 29,4%; 45,1%. Về chẩn đoán mô bệnh học, trong nghiên cứu này chúng tôi nghiên cứu trên 51 bệnh nhân UTTH không tinh bào thì 3 thể giải phẫu bệnh hay gặp là ung thư biểu mô phôi, ung thư túi noãn hoàng và hỗn hợp với lần lượt là 13, 15, 17 bệnh nhân chiếm 25,5%; 29,4% và 33,3%. Ung thư biểu mô màng đệm và u quái không thành thực lần lượt là 1 và 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,0% và 9,8%. Kết quả này tương đương với kết quả của Phạm Thái Dương và kết quả của Shiraiishi với typ MBH dưới nhóm hay gặp nhất của u tế bào mầm không tinh bào là ung thư biểu mô phôi, ung thư túi noãn hoàng và hỗn hợp và thể ít gặp là ung thư biểu mô màng đệm và u quái không thành thực.^{5,6}

Ung thư tinh hoàn nói chung và UTTH không tinh bào có tỷ lệ chữa khỏi rất cao, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 5 năm của nghiên cứu của chúng tôi là 66,45 và 45,9%. Nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hùng (2007) và Cấn Xuân Hạnh (2013) UTTH tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm lần lượt là 65,5% và 73,1%.^{2,7} Nghiên cứu Lê Thanh Đức và Nguyễn Văn Nam tỷ lệ sống thêm toàn bộ và không bệnh sau 5 năm lần lượt là 87,6% và 79,9%, 91,6% và 90,4%.⁸ Kết quả của chúng tôi thấp hơn do chúng tôi nghiên cứu trên bệnh nhân UTTH không tinh bào nên thường có tiên lượng xấu hơn.

Mức độ đáp ứng trên sinh hóa cũng ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm ở nhóm bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn trên sinh hóa cao hơn nhóm bệnh nhân đáp ứng một phần trên sinh hóa (76,9% so với 16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê, giá trị

$p < 0.001$. Như vậy nhóm bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn về mặt sinh hóa có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm cao hơn rõ rệt. Điều này cũng phù hợp với kết quả chúng tôi đã phân tích trước đó: bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn trên sinh hóa cũng sẽ thường đáp ứng tốt trên lâm sàng, từ đó sẽ có thời gian sống thêm dài hơn.

Như vậy qua nhiều năm, tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau 5 năm khi điều trị của UTTH không tinh bào tại Bệnh viện K thấp hơn ung thư tinh hoàn nói chung do độ ác tính và tiến triển nhanh hơn, nhưng đã tăng lên nhiều kết quả rất đáng khích lệ và cũng rất phù hợp vì điều kiện sống tốt hơn, người dân hiểu biết hơn, các phương tiện chẩn đoán hiện đại giúp bệnh nhân phát hiện bệnh sớm hơn và tuân thủ điều trị hơn. Ngoài ra, với sự tiến bộ của các liệu pháp điều trị đặc biệt sự kết hợp đa mô thức phẫu thuật, xạ trị và hóa chất đã giúp cải thiện tiên lượng sống của bệnh nhân ngay cả bệnh UTTH không tinh bào ở giai đoạn muộn.

V. KẾT LUẬN

UTTH không tinh bào gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu gặp ở độ tuổi 20 - 39. Bệnh nhân vào viện chủ yếu vì đây tức bìu chiếm 39, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IA-B, IS, II, III lần lượt là 19,6%; 5,9%; 29,4% và 45,1%. Bệnh nhân được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật và hóa chất chiếm 88,2%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm lần lượt là 45,9% và 66,4%. Trong đó nhóm bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn trên sinh hóa có tỷ lệ chữa khỏi cao, tiên lượng tốt hơn nhóm bệnh nhân đáp ứng một phần trên sinh hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bửu Triều (1999). "Ung Thư Tinh Hoàn", Bệnh Học Tiết Niệu, Nxb Y Học, Hà Nội, Tr 459-468.
2. Cấn Xuân Hạnh. Đánh giá kết quả điều trị ung thư tinh hoàn tại bệnh viện K từ 2005 đến 2013 luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. Woldu SL, Bagrodia A. Update on epidemiologic considerations and treatment trends in testicular cancer. Curr Opin Urol. 2018;28(5):440-447.
4. Woodward PJ. Case 70: seminoma in an undescended testis. Radiology. 2004;231(2):388-392.
5. Shiraiishi T, Nakamura T, Ukimura O, Cancer Registration Committee of the Japanese Urological Association. Chemotherapy for metastatic testicular cancer: The first nationwide multi-institutional study by the Cancer Registration Committee of the Japanese Urological Association. Int J Urol. 2018;25(8):730-736.
6. Phạm Thái Dương. Đánh giá kết quả điều trị

ung thư tinh hoàn giai đoạn di căn bằng hóa chất phức đồ BEP tại bệnh viện K luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại Học Y Hà Nội.

7. **Trần Quốc Hùng.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tinh hoàn và một số yếu tố tiên lượng các thể

bệnh thường gặp.

8. **Nguyễn Văn Nam.** Kết quả điều trị ung thư tinh hoàn tại bệnh viện hữu nghị việt đức và bệnh viện K 2010-2018 luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ, Trường Đại Học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN THOÁI HÓA KHỚP CÙNG VAI ĐÒN

Trịnh Văn Thịnh¹, Nguyễn Vĩnh Ngọc¹, Vũ Văn Minh¹,
Bùi Thị Hương¹, Nguyễn Thị Trà¹, Phùng Đức Tâm¹,
Nguyễn Thị Ngọc Yến¹, Nguyễn Thị Thục Nhân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng khớp cùng vai đòn ở bệnh nhân biểu hiện đau vai; 2. Mô tả đặc điểm siêu âm khớp cùng vai - đòn ở bệnh nhân biểu hiện đau vai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân đến khám vì lý do đau vai tại Phòng khám Cơ xương khớp, Khoa khám bệnh, BV Bạch Mai từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện thoái hóa khớp cùng vai - đòn trên lâm sàng là 6,9%. Tỷ lệ phát hiện thoái hóa khớp cùng vai - đòn trên siêu âm là 54,8% và trong đó 20,8% có biểu hiện phản ứng viêm. Tỷ lệ các tổn thương phát hiện trên siêu âm: hẹp khe khớp là 36,1%; gai xương là 18,8% và khuyết xương là 9,7%. **Kết luận:** Siêu âm giúp chẩn đoán và phát hiện các tổn thương thoái hóa khớp cùng vai - đòn.

SUMMARY

ULTRASOUND ASSESSMENT IN

ACROMIOCLAVICULAR JOINT OSTEOARTHRITIS

Objectives: 1. To describe the clinical characteristics of the acromioclavicular joint in patients with shoulder pain; 2. To evaluate the ultrasound assessment of the acromioclavicular joint in patients with shoulder pain. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 72 patients examined for shoulder pain at Outpatient Department of the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital from January to June 2024. **Results:** Prevalence of patient who presented clinical manifestations of acromioclavicular osteoarthritis was 6,9%. The detection rate of acromioclavicular osteoarthritis on ultrasound was 54,8%, of which 20,8% showed inflammatory reactions. The frequency of lesions detected on ultrasound: joint space narrowing was 36,1%; bone spurs was 18,8% and bone erosion was 9,7%. **Conclusion:** Ultrasound helps diagnose and detect degenerative lesions of acromioclavicular joint osteoarthritis.

¹Đại học Y Hà Nội

²Đại học điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp cùng vai - đòn (AC) là khớp hoạt dịch nằm giữa mỏm cùng vai của xương vai và đầu ngoài của xương đòn. AC đóng vai trò là thành phần quan trọng của đai vai giúp truyền chuyển động và lực giữa xương trục và xương chi.¹ Thoái hóa khớp cùng vai-đòn là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra các triệu chứng tại khớp AC ở người lớn, biểu hiện qua tình trạng đau khớp tăng khi vận động hoặc các triệu chứng liên quan đến chèn ép các mô lân cận. Thoái hóa khớp AC thường liên quan đến hội chứng đau quanh khớp vai, được coi là căn nguyên đơn độc hoặc thường đi kèm các loại bệnh về khớp vai khác, đặc biệt là bệnh lý chóp xoay.² Do đó, khớp AC thường bị bỏ sót khi thăm khám bệnh nhân có biểu hiện đau vai.

Siêu âm chẩn đoán bệnh lý khớp vai và phần mềm quanh khớp vai cũng như thoái hóa khớp cùng vai đòn là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị, đặc biệt là ở người bệnh cao tuổi. Siêu âm là kỹ thuật hình ảnh thường quy, không xâm lấn và dễ thực hiện. Ưu điểm của việc đánh giá khớp bằng siêu âm bao gồm: phát hiện những thay đổi mô mềm liên quan đến thoái hóa khớp và tình trạng viêm màng hoạt dịch.³ Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- Mô tả triệu chứng lâm sàng tổn thương khớp cùng vai đòn ở bệnh nhân có biểu hiện đau vai
- Mô tả đặc điểm siêu âm khớp cùng vai - đòn ở nhóm bệnh nhân bị đau vai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 72 bệnh nhân đến khám vì lý do đau vai hoặc hạn chế vận động khớp vai và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 6 năm 2024 tại Phòng khám chuyên khoa Cơ xương khớp, Khoa