

- phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại một số tỉnh miền núi phía Bắc", Tạp chí Y Dược Lâm Sàng, 108(17).
2. **Phạm Đức Huân** (2021), "Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa", Nhà xuất bản Y học.
 3. **Nguyễn Thành Khang, Nguyễn Hữu Trí, Nguyễn Văn Quang** (2024), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa", Tạp chí Y dược Huế, tập 14.
 4. **Lô Quang Nhật, Vũ Đức Tùng** (2023), "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại trung tâm y tế huyện Thanh Sơn tỉnh Phú Thọ", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 532.
 5. **Phùng Đức Toàn** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương", Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học.
 6. **Phan Đình Văn** (2020), Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Viêm Phúc Mạc Ruột Thừa Ở Trẻ Em Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức, Trường Đại Học Y Hà Nội.
 7. **Hwang M.E** (2018), "Sonography and computed tomography in diagnosing acute appendicitis", Radiologic technology, 89(3).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT CETUXIMAB KẾT HỢP HÓA TRỊ TRONG UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TÁI PHÁT, DI CĂN KHÔNG PHẪU THUẬT ĐƯỢC

Trương Thị Ánh Hồng¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cetuximab kết hợp hóa trị trong điều trị ung thư đại trực tràng (UTĐTT) tái phát, di căn đã được nhiều nghiên cứu pha III chứng minh cải thiện đáng kể tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) và sống còn không bệnh tiến triển (PFS) ở những bệnh nhân có RAS thể tự nhiên. **Mục tiêu:** Đánh giá tỉ lệ đáp ứng toàn bộ, sống còn không bệnh tiến triển và độc tính của phác đồ cetuximab kết hợp với hóa trị trong điều trị bước một UTĐTT tái phát, di căn. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 28 bệnh nhân được chẩn đoán UTĐTT giai đoạn tái phát, di căn không phẫu thuật được, RAS thể tự nhiên, được điều trị bằng cetuximab kết hợp với hóa trị tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 1/2022 tới 12/2024. **Kết quả:** ORR là 53,6%, PFS trung vị là 5 tháng. Độc tính hay gặp nhất là viêm da trứng cá (64,3%), trong đó mức độ 1-2 chiếm 50%. Các độc tính khác đa số ở mức độ 1-2. **Kết luận:** Điều trị bước một cetuximab kết hợp hóa trị có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ khả quan với độc tính chấp nhận được, là một lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân UTĐTT tái phát, di căn không phẫu thuật được, RAS thể tự nhiên. Tuy nhiên, PFS vẫn chưa được cải thiện có ý nghĩa.

Từ khóa: Cetuximab, ung thư đại trực tràng tái phát, di căn, RAS thể tự nhiên, điều trị bước một.

SUMMARY

RESULTS OF FIRST-LINE CETUXIMAB PLUS CHEMOTHERAPY IN TREATMENT FOR UNRESECTABLE RECURRENT OR METASTATIC COLORECTAL CANCER

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

Background: Previous data from the phase III trials showed that adding cetuximab to chemotherapy in first-line recurrent or metastatic colorectal cancer treatment improved significantly the overall response rate (ORR) and progression-free survival (PFS) in patients with RAS wild-type tumors. **Objective:** Evaluate the ORR, PFS and toxicity of the cetuximab regimen combined with chemotherapy in first-line treatment of recurrent or metastatic colorectal cancer. **Patients and method:** Retrospective descriptive study from 28 patients with unresectable recurrent or metastatic colorectal cancer with RAS wild-type treated with cetuximab plus chemotherapy at Military Hospital 175, from January 2022 to December 2024. **Results:** ORR was 53,6%, median FPS was 5 months. The most common toxicity was acneiform exanthema (64,3%), of which grade 1-2 accounted for 50%. Other adverse events were mostly grade 1-2. **Conclusion:** First-line cetuximab plus chemotherapy has a favorable ORR with an acceptable toxicity, and is an optimal choice for patients with unresectable metastatic colorectal cancer with RAS wild-type. However, there is no significant PFS improvement.

Keywords: Cetuximab, metastatic colorectal cancer, RAS wild-type, first-line treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức ghi nhận ung thư toàn cầu IARC (Globocan 2022), trên thế giới ước tính mỗi năm có 1,92 triệu bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) mới mắc, và có gần 904.000 bệnh nhân tử vong do căn bệnh này [1]. Tại thời điểm chẩn đoán có đến 15 - 30% trường hợp đã có di căn và 20% - 50% trường hợp là tái phát di căn sau điều trị [2]. Mặc dù có một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân với các khối u di căn đơn độc ở phổi hoặc gan còn khả năng điều trị triệt căn bằng phẫu thuật, 80% bệnh nhân ở giai đoạn lan tràn có tổn thương di căn không còn khả năng phẫu thuật [2]. Với nhóm bệnh nhân này, thời gian

sống còn thường dưới 2 năm và hóa trị là phương pháp điều trị chính giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, kéo dài thời gian sống thêm.

Trong các nghiên cứu pha III, cetuximab - kháng thể đơn dòng nhắm vào thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì (EGFR) đã được chứng minh là cải thiện hiệu quả của các phác đồ hóa trị tiêu chuẩn được sử dụng trong điều trị bước một UTĐTT tái phát, di căn [3,4,5]. Nghiên cứu CRYSTAL với phác đồ cetuximab kết hợp FOLFIRI trong điều trị bước một UTĐTT tái phát, di căn đã đạt được mục tiêu chính với tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 57,3% và thời gian sống còn không bệnh tiến triển (PFS) trung vị 9,9 tháng và thời gian sống còn toàn bộ (OS) là 23,5 tháng [3].

Chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Đánh giá kết quả điều trị bước một cetuximab kết hợp hóa trị trong ung thư đại trực tràng tái phát, di căn không phẫu thuật được*" tại Bệnh viện Quân Y 175 với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá tỉ lệ đáp ứng của phác đồ cetuximab kết hợp hóa trị trong điều trị bước một UTĐTT tái phát, di căn không phẫu thuật được.*

2. *Xác định thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và một số độc tính của các phác đồ trên nhóm đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 28 BN được chẩn đoán UTĐTT giai đoạn tái phát, di căn không phẫu thuật được và được điều trị bằng phác đồ cetuximab kết hợp hóa trị tại Bệnh viện Quân Y 175 từ 01/2022 - 12/2024.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn BN**

- Tuổi 18-75.
- Chỉ số toàn trạng theo phân loại ECOG từ 0-2.
- Có giải phẫu bệnh là carcinôm tuyến (tại u nguyên phát hoặc tại vị trí di căn)
- KRAS, NRAS, BRAF thể tự nhiên.
- Giai đoạn tái phát, di căn không còn khả năng phẫu thuật.
- Các tổn thương có thể đo được bằng phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CTscan, MRI.
- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Mặc ung thư thứ 2
- Phẫu thuật lớn bụng hoặc ngực gần đây (< 28 ngày) hoặc một thủ thuật được coi là có nguy cơ đáng kể chảy máu. Có vết thương phẫu thuật chưa hoàn toàn lành.
- Có tình trạng tắc ruột-bán tắc ruột.

- Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.
- Bệnh đồng thời nghiêm trọng, có thể mang lại rủi ro không thể chấp nhận được hoặc ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu - mô tả báo cáo loạt ca.

2.3. Quy mô mẫu và lấy mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Quy trình nghiên cứu

❖ **Bước 1:** lựa chọn BN theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Từ danh sách bệnh nhân có chẩn đoán UTĐTT từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 của Bệnh viện Quân Y 175, chúng tôi chọn các bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu. Ghi nhận các thông tin:

- Tiền sử và bệnh sử
- Xét nghiệm máu: công thức máu, sinh hóa máu, CEA.
- Giải phẫu bệnh, MMR, xét nghiệm đột biến gen RAS và BRAF.
- Chẩn đoán hình ảnh: nội soi đại trực tràng toàn bộ, CTscan ngực bụng, MRI vùng chậu, MRI sọ não, xạ hình xương,...

❖ **Bước 2:** Điều trị cetuximab kết hợp hóa trị [6,7,8].

Cetuximab chu kỳ 1: 400mg/m², TTM, ngày 1. Chu kỳ 2 trở đi: 250mg/m², TTM, ngày 1, chu kỳ hàng tuần. Hoặc Cetuximab: 500mg/m², TTM, ngày 1, chu kỳ 14 ngày.

Các phác đồ hóa trị:

- CAPEOX: Oxaliplatin: 130mg/m², TTM, ngày 1. Capecitabine: 1000 mg/m² x 2 lần/ngày, uống ngày 1-14. Chu kỳ 21 ngày.
- FOLFOX: Oxaliplatin 85mg/m² TTM, ngày 1. Leucovorin 400mg/m², TTM, ngày 1. 5-FU 400mg/m² TTM, ngày 1, 1200mg/m²/ngày x 2 ngày. Chu kỳ 14 ngày.
- FOLFIRI: Irinotecan 180mg/m², TTM, ngày 1. Leucovorin 400mg/m², ngày 1. 5-FU 400mg/m² TTM, ngày 1, 1200mg/m²/ngày x 2 ngày. Chu kỳ 14 ngày

❖ **Bước 3:** Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá đáp ứng: Bao gồm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sau mỗi 3 đợt điều trị hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường. Phương pháp đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 (2009) [9]. ORR bao gồm đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần. DCR - tỉ lệ kiểm soát bệnh bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh ổn định.

- Đánh giá sống còn không bệnh tiến triển: thời gian từ khi bắt đầu điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

- Đánh giá độc tính: ghi nhận độc tính trên

hệ huyết học và ngoài hệ huyết học sau mỗi đợt điều trị hoặc khi có dấu hiệu lâm sàng. Tiêu chuẩn đánh giá độc tính theo CTCAE phiên bản 5.0 [10].

- Xử trí các tác dụng phụ và điều chỉnh liều trong quá trình điều trị [6,7,8]:

+ Độc tính độ 2 hoặc đến khi độc tính hồi phục về độ 0-1. Lần thứ 1 không giảm liều. Lần thứ 2 giảm 25% liều. Lần thứ 3 giảm 50% liều. Lần thứ 4 bỏ qua điều trị.

+ Độc tính độ 3-4: Hoãn đến khi độc tính hồi phục về độ 0-1. Lần thứ 1 giảm 50% liều. Lần thứ 2 bỏ qua điều trị.

- Tiêu chuẩn ngừng điều trị: Độc tính đường tiêu hóa độ 4. Tăng men gan $\geq$ độ 3. eGFR <40 ml/phút. Độc tính ở phổi, thính giác, thần kinh, dị ứng $\geq$ độ 3. Các độc tính hệ huyết học và ngoài hệ huyết học không trở về độ 2 sau hai tuần điều trị hỗ trợ.

2.5. Phương pháp thống kê. Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê R 4.4.1. Sử dụng các phương pháp thống kê y học thông thường trong xử lý và phân tích kết quả.

2.6. Các cân nhắc về đạo đức. Nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán hay điều trị nên không vi phạm đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong 28 bệnh nhân nghiên cứu, tất cả đều có giải phẫu bệnh là carcinôm tuyến, 100% bệnh nhân có kiểu gen KRAS, NRAS, BRAF thể tự nhiên.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN (n=28)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	17	60,7
Nữ	11	39,3
Tuổi		
Khoảng tuổi	35 - 74 tuổi	
Trung vị	52,5 tuổi	
ECOG		
0	4	14,3
1	14	50
2	10	35,7
Nguyên phát		
Trực tràng	11	39,3
Đại tràng	17	60,7
Điều trị trước đó		
Phẫu thuật	11	39,3
Xa trị	6	21,6
Hóa trị	11	39,3
Giai đoạn		
IV (de novo)	17	60,7

Tái phát	11	39,3
Cơ quan di căn		
Gan	14	50
Phổi	8	28,6
Phức mạc	6	21,4
Hạch	15	53,6
khác	5	17,9
Di căn		
Một cơ quan	14	50
Đa cơ quan	14	50
MMR		
pMMR	27	96,4
dMMR	1	3,6
Hóa trị		
CAPEOX	1	3,6
FOLFOX	9	32,1
FOLFIRI	18	64,3

3.2. Đáp ứng điều trị

Bảng 2. Tỉ lệ đáp ứng điều trị

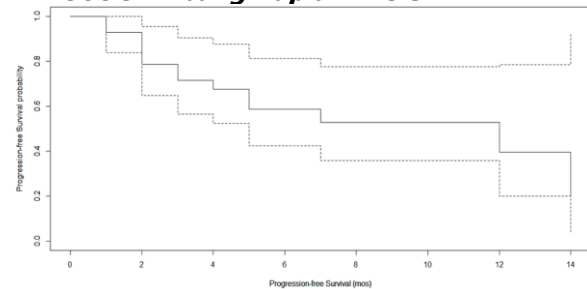
Đáp ứng	Số BN (n=28)	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	15	53,6
Bệnh ổn định	8	28,6
Bệnh tiến triển	5	17,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 53,6%, không có trường hợp đáp ứng hoàn toàn. Tỉ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 82,2%.

3.3. Thời gian sống không bệnh tiến triển

– **PFS.** Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống không bệnh tiến triển trung vị là 5 tháng.

Ước tính bằng Kaplan-Meier



Hình 1. Sống còn không bệnh tiến triển trên dân số nghiên cứu

3.4. Độc tính điều trị

Bảng 3. Độc tính điều trị

Độc tính	Các độ		Độ 3-4	
	n	%	n	%
Độc tính trên hệ huyết học				
Giảm BC hạt	4	14,3	2	7,1
Sốt giảm BC hạt	0	0	0	0
Giảm tiểu cầu	1	3,6	0	0
Giảm Hgb	7	25	1	3,6
Độc tính ngoài hệ huyết học				
Viêm da trứng cá	18	64,3	4	14,3

Tiêu chảy	5	17,8	1	3,6
Nôn ói	15	53,6	0	0
Hội chứng bàn tay - bàn chân	13	46,4	2	7,1

Nhận xét: Độc tính trên hệ huyết học thường gặp là giảm Hgb (chiếm tỉ lệ 25%) và giảm bạch cầu hạt (14,3%), đa số ở mức độ 1-2. Ghi nhận 1 trường hợp giảm tiểu cầu độ 1. Không gặp trường hợp sốt giảm bạch cầu hạt.

Độc tính ngoài hệ huyết học thường gặp là viêm da trứng cá, nôn ói, hội chứng bàn tay-bàn chân và tiêu chảy, đa số ở mức độ 1-2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đáp ứng điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ORR đạt 53,6%, DCR đạt 82,2%. Theo nghiên cứu CRYSTAL của tác giả Van Cutsem năm 2009 trên 313 BN UTĐTT di căn có KRAS thể tự nhiên được điều trị bằng FOLFIRI + cetuximab có tỉ lệ ORR đạt 57,3%, tỉ lệ DCR đạt 88,8% [3]. Nghiên cứu FIRE-3 pha III của tác giả Heinemann năm 2014 trên 297 BN UTĐTT di căn được điều trị bước 1 phác đồ FOLFIRI + cetuximab, ghi nhận tỉ lệ ORR là 62%, tỉ lệ DCR là 80% [4]. Nghiên cứu TAILOR pha III của tác giả Qin năm 2018 trên 193 BN UTĐTT di căn được điều trị bước 1 phác đồ FOLFOX-4, có tỉ lệ ORR là 61,1% [5]. Tỉ lệ ORR trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu tham khảo trên, tuy nhiên tỉ lệ ORR > 50% và tỉ lệ DCR cao, và phác đồ hóa trị của chúng tôi bao gồm FOLFIRI, FOLFOX, CAPEOX.

4.2. Tỉ lệ sống còn không bệnh tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ PFS là 5 tháng, thấp hơn PFS các nghiên cứu tham khảo như nghiên cứu CRYSTAL là 9,9 tháng [3], nghiên cứu FIRE-3 là 10 tháng [4], nghiên cứu TAILOR là 9,2 tháng [5].

4.3. Độc tính điều trị

❖ Độc tính trên hệ huyết học. Độc tính trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là giảm Hgb (chiếm 25% tất cả các độ) và giảm bạch cầu hạt (14,3% tất cả các độ), tuy nhiên độc tính độ 3-4 thấp với tỉ lệ 3,6% đối với giảm Hgb và 7,1% đối với giảm bạch cầu hạt, không có trường hợp sốt giảm bạch cầu hạt. Theo nghiên cứu CRYSTAL có tỉ lệ giảm bạch cầu hạt độ 3-4 là 28,2% [3]. Nghiên cứu FIRE-3, tỉ lệ giảm bạch cầu hạt và sốt giảm bạch cầu là 1%, giảm Hgb là 1% [4]. Nghiên cứu TAILOR có tỉ lệ giảm bạch cầu hạt là 79,9%, chủ yếu ở độ 3-4 (61,9%), độc tính giảm tiểu cầu chiếm 46,1% tuy nhiên mức độ 3-4 thấp với tỉ lệ 10,3% [5]. Tỉ lệ độc tính trên hệ huyết học có tỉ lệ khác nhau giữa các nghiên cứu.

❖ Độc tính ngoài hệ huyết học. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độc tính viêm da trứng cá (chiếm 64,3%), nôn ói (chiếm 53,6%) và hội chứng bàn tay-bàn chân (chiếm 46,4%) là thường gặp nhất, tuy nhiên viêm da trứng cá và hội chứng bàn tay-bàn chân độ 3-4 có tỉ lệ thấp lần lượt là 14,3% và 7,1%. Độc tính tiêu chảy thường gặp với tỉ lệ 17,8% và mức độ 3-4 có tỉ lệ 3,6%. So sánh với nghiên cứu CRYSTAL có tỉ lệ độc tính độ 3-4 của viêm da trứng cá là 16,2%, tiêu chảy là 15,7%, nôn ói 4,7% [3]. Nghiên cứu FIRE-3 có các độc tính thường gặp là viêm da trứng cá (78%), nôn ói (63%) tiêu chảy (46%), hội chứng bàn tay-bàn chân chiếm (23%), và mức độ 3-4 với tỉ lệ lần lượt là 17%, 25%, 11%, 4% [4]. Nghiên cứu TAILOR có độc tính viêm da trứng cá, thường gặp với tỉ lệ là 80,4%, và mức độ 3-4 là 23,7% [5]. Nhìn chung, trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện thêm độc tính mới, và tỉ lệ độc tính ở mức độ 3-4 thấp (<10%), các độc tính có thể kiểm soát được.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa trị kết hợp cetuximab mang lại tỉ lệ đáp ứng điều trị khả quan với tỉ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 53,6% và tỉ lệ kiểm soát bệnh cao 82,2% trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tái phát-di căn, các độc tính thường gặp ở mức độ 1-2 và kiểm soát độc tính tốt. Tuy nhiên thời gian sống còn không bệnh tiến triển vẫn chưa được cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 2021.
2. Alberts SR, Horvath WL, Sternfeld WC, Goldberg RM, Mahoney MR, Dakhil SR, et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin for patients with unresectable liver-only metastases from colorectal cancer: a North Central Cancer Treatment Group phase II study. *J Clin Oncol*. 2005;23(36):9243-9.
3. Van Cutsem E, Köhne CH, Hitre E, Zaluski J, Chang Chien CR, Makhson A, et al. Cetuximab and chemotherapy as initial treatment for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2009;360(14):1408-17.
4. Heinemann V, von Weikersthal LF, Decker T, Kiani A, Vehling-Kaiser U, Al-Batran S-E, et al. FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology*. 2014;15(10):1065-75.
5. Qin S, Li J, Wang L, Xu J, Cheng Y, Bai Y, et al. Efficacy and Tolerability of First-Line Cetuximab Plus Leucovorin, Fluorouracil, and

- Oxaliplatin (FOLFOX-4) Versus FOLFOX-4 in Patients With RAS Wild-Type Metastatic Colorectal Cancer: The Open-Label, Randomized, Phase III TAILOR Trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(30):3031-9.
6. **Colorectal metastatic CAPOX (XELOX)** (capecitabine and oxaliplatin) 2024.
 7. **Colorectal metastatic FOLFOX6** (fluorouracil leucovorin oxaliplatin) 2024.
 8. **Colorectal metastatic FOLFIRI** (modified) (fluorouracil leucovorin irinotecan) and cetuximab (two weekly) 2024.
 9. **Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al.** New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009;45(2):228-47.
 10. **Freites-Martinez A, Santana N, Arias-Santiago S, Viera A.** Using the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE - Version 5.0) to Evaluate the Severity of Adverse Events of Anticancer Therapies. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;112(1):90-2.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN XUNG KẾT HỢP BÀI THUỐC “ĐỘC HOẠT TANG KÍ SINH”

Trần Thị Hồng Ngải¹, Vũ Quang Huy^{1,2}, Nguyễn Thị Thùy Chi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng phục hồi chức năng trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối thể phong hàn thấp tý kèm Can thận hư bằng điện xung kết hợp bài thuốc “Độc hoạt tang kí sinh”. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng mở có đối chứng, so sánh trước sau và so sánh với nhóm đối chứng. 60 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo YHHĐ thể phong hàn thấp tý kèm can thận hư theo YHCT. Nhóm chứng: Gồm 30 bệnh nhân dùng bài thuốc “Độc hoạt tang kí sinh” dưới dạng thuốc sắc. Nhóm nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân dùng bài thuốc “Độc hoạt tang kí sinh” dưới dạng thuốc sắc kết hợp với Điện xung trị liệu tại khu vực khớp gối. **Kết quả:** Sau điều trị 20 ngày (D20) điểm đau trung bình cả hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Hiệu suất giảm của nhóm NC nhiều hơn nhóm ĐC trong đó hiệu suất giảm của nhóm NC, sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nhóm NC sau điều trị TVĐ gấp khớp gối tăng so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau 20 ngày điều trị chỉ số gót móng trung bình của hai nhóm có cải thiện nhiều, hiệu suất giảm sau 20 ngày điều trị nhóm NC cao hơn nhóm ĐC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phương pháp điều trị thoái hóa khớp gối thể phong hàn thấp tý kèm Can thận hư bằng điện xung kết hợp bài thuốc “Độc hoạt tang kí sinh” cho kết quả phục hồi chức năng tốt trên lâm sàng.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, điện xung, độc hoạt tang kí sinh.

SUMMARY

RESEARCH ON THE EFFECT OF REHABILITATION ON PATIENTS WITH

¹Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Ngải

Email: ngaidytw72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

KNEE OSTEOARTHRITIS OF THE ELECTRO PULSE THERAPY COMBINED WITH THE REMEDY "DOC HOAT TANG KI SINH"

Objective: To evaluate the effect of rehabilitation on patients with knee osteoarthritis of the wind-cold-dampness type with liver and kidney deficiency using electro pulse therapy combined with the remedy "Doc Hoat Tang Ki Sinh". **Method:** Prospective, open clinical intervention study with control, before-after comparison and comparison with the control group. 60 patients were diagnosed with knee osteoarthritis according to TCM with wind-cold-dampness type with liver and kidney deficiency. Control group: Including 30 patients using the remedy "Doc Hoat Tang Ki Sinh" in decoction form. Research group: Including 30 patients using the remedy "Doc Hoat Tang Ki Sinh" in decoction form combined with electro pulse therapy in the knee joint area. **Results:** After 20 days of treatment (D20), the average pain score of both groups decreased statistically significantly ($p < 0.01$). The reduction in performance of the NC group was greater than that of the control group, in which the reduction in performance of the NC group, the difference between the two groups was statistically significant with $p < 0.01$. The NC group after treatment of knee flexion TVĐ increased compared to before treatment with statistical significance with $p < 0.01$. After 20 days of treatment, the average heel-buttock index of the two groups improved significantly, the performance decreased after 20 days of treatment, the NC group was higher than the control group with statistical significance with $p < 0.05$. **Conclusion:** The method of treating knee osteoarthritis with wind-cold-dampness and kidney deficiency by electric pulse therapy combined with the medicine "Doc Hoat Tang Ki Sinh" gave good clinical results of rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại sụn, xương dưới sụn [1]. Ở Việt Nam, THK gối đứng hàng thứ ba