

- doi:10.1080/02713683.2017.1396615
3. **Ursell PG, Spalton DJ, Whitcup SM, Nussenblatt RB.** Cystoid macular edema after phacoemulsification: relationship to blood-aqueous barrier damage and visual acuity. *J Cataract Refract Surg.* 1999;25(11):1492-1497. doi:10.1016/s0886-3350(99)00196-0
 4. **Flach AJ.** The incidence, pathogenesis and treatment of cystoid macular edema following cataract surgery. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1998;96:557-634.
 5. **Kessel L, Tendal B, Jørgensen KJ, et al.** Post-cataract prevention of inflammation and macular edema by steroid and nonsteroidal anti-inflammatory eye drops: a systematic review. *Ophthalmology.* 2014;121(10):1915-1924. doi:10.1016/j.ophtha.2014.04.035
 6. **Wielders LHP, Schouten JSAG, Nuijts RMA.** Prevention of macular edema after cataract surgery. *Curr Opin Ophthalmol.* 2018;29(1):48-53. doi:10.1097/ICU.0000000000000436
 7. **Mathys KC, Cohen KL.** Impact of nepafenac 0.1% on macular thickness and postoperative visual acuity after cataract surgery in patients at low risk for cystoid macular oedema. *Eye (Lond).* 2010;24(1):90-96. doi:10.1038/eye.2009.10
 8. **Zaczek A, Artzen D, Laurell CG, Stenevi U, Montan P.** Nepafenac 0.1% plus dexamethasone 0.1% versus dexamethasone alone: effect on macular swelling after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg.* 2014;40(9):1498-1505. doi:10.1016/j.jcrs.2013.12.023
 9. **Wielders LHP, Schouten JSAG, Winkens B, et al.** European multicenter trial of the prevention of cystoid macular edema after cataract surgery in nondiabetics: ESCRS PREMEDI study report 1. *J Cataract Refract Surg.* 2018;44(4):429-439. doi:10.1016/j.jcrs.2018.01.029

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ BỘ BA ÂM TÍNH TÁI PHÁT DI CĂN

Lê Thanh Đức¹, Bùi Thành Lập²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính tái phát di căn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 95 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú bộ ba âm tính giai đoạn tái phát di căn xa tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Trong 95 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình ở thời điểm tái phát, di căn là 47,3 tuổi. Thời gian bệnh nhân xuất hiện tái phát thường gặp trong 2 năm đầu tiên sau khi điều trị triệt căn chiếm 64,7%. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 18,9 tháng. Bệnh nhân phát hiện tái phát tại thời điểm sau 3 năm chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 17,1%. Vị trí di căn hay gặp nhất là phổi, gan và xương chiếm lần lượt 48,4%, 34,7% và 23,1%. 68,4% bệnh nhân có di căn tạng trong đó 17,9% bệnh nhân di căn tạng cao trong khi tỷ lệ di căn xương lại thấp hơn so với các phân nhóm ung thư vú còn lại. **Từ khóa:** Ung thư vú, bộ ba âm tính, tái phát, di căn

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

RECURRENT OR METASTATIC IN TRIPLE NEGATIVE BREAST CANCER

Objectives: Clinical and subclinical characteristics of patients with recurrent and metastatic in triple negative breast cancer at K hospital. **Patients and methods:** Retrospective descriptive study of 95 patients were diagnosed recurrent or metastatic in triple negative breast cancer at K hospital. **Results:** 95 patients enrolled in the study. The mean age at the time of recurrent or metastatic was 47.3 years. The most common time for patients to relapse was the first 2 years after radical treatment, accounting for 64.7%. Mean disease-free survival was 18.9 months. The patients who relapsed at the time after 3 years only accounted for 17.1%. The most common sites of metastasis were lung, liver and bone accounting for 48.4%, 34.7% and 23.1%, respectively. 68.4% of patients had visceral metastases, in which 17.9% of patients had metastases from 2 organs or more. At the time of diagnosis, 52.6% of patients had elevated CA15-3 levels. **Conclusion:** Triple negative breast cancer has a very high rate of metastatic recurrence in the first years after radical treatment, especially in the first 3 years. Patients have a high rate of visceral metastasis while the rate of bone metastasis is lower than that of the others breast cancer subtypes.

Keywords: Triple negative breast cancer, recurrent, metastatic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú (UTV) là loại ung thư có tỷ lệ mắc nhiều nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận của GLOBOCAN 2020 tỷ lệ mắc mới UTV chuẩn theo tuổi là 34,2/100.000 dân, đứng đầu

trong các loại ung thư phổ biến ở nữ với 21.555 trường hợp [1]. Tỷ lệ mắc UTV có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Phần lớn bệnh nhân UTV được chẩn đoán ở giai đoạn bệnh tại chỗ, tại vùng. Tuy nhiên, có tới 5% bệnh nhân UTV được chẩn đoán ở giai đoạn di căn ngay tại thời điểm chẩn đoán ban đầu và có tới 20 - 30% bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm, chưa di căn sẽ tái phát di căn (TPDC) trong vòng 5 năm [2]. UTV bộ ba âm tính (BBAT) được xác định bởi thụ thể nội tiết estrogen (ER)/ progesterone (PR) và yếu tố phát triển biểu bì HER2 âm tính, chiếm khoảng 12-20% tổng số các loại UTV. Kiểu hình này có tiên lượng xấu với đặc điểm riêng biệt về yếu tố nguy cơ, đặc điểm phân tử, biểu hiện lâm sàng, mô bệnh học, đáp ứng điều trị, tái phát và di căn [2],[3]. UTV BBAT có tỷ lệ TPDC rất cao trong những năm đầu tiên sau điều trị đặc biệt cao điểm trong 3 năm đầu [4]. Đây là thể bệnh có ái tính di căn tang như phổi, não, gan nhiều hơn so với các phân nhóm khác trong khi đó lại có xu hướng ít di căn xương hơn. Đây cũng là một lý do cho thấy thời gian sống thêm sau TPDC ngắn hơn so với các phân nhóm còn lại. Tuy nhiên, các nghiên cứu mô tả đặc điểm tái phát di căn của UTV bộ ba âm tính còn chưa nhiều. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú bộ ba âm tính giai đoạn tái phát di căn tại Bệnh viện K*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 95 bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến vú có bộ ba thụ thể ER, PR và HER2 âm tính tái phát di căn.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học.

- Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch đánh giá thụ thể nội tiết ER, PR và HER2 âm tính của tổn thương u ban đầu hay tổn thương TPDC.

- Chẩn đoán TPDC bằng chẩn đoán hình ảnh hoặc tế bào học hoặc mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chẩn đoán mô bệnh học không phải ung thư biểu mô tuyến vú bộ ba âm tính

- Ung thư nguyên phát tại cơ quan khác.

- Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu: Cỡ

mẫu thuận tiện. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2016 tới tháng 6/2022.

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

- Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị: Tuổi, phân loại giai đoạn theo AJCC phiên bản 8 năm 2017, giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch, phương pháp điều trị trước đó.

- Thu thập thông tin chẩn đoán tái phát di căn: Thời gian phát hiện bệnh tái phát, vị trí tái phát di căn, xét nghiệm chẩn đoán tái phát di căn, CA 15-3.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bởi phần mềm SPSS 22.0. Các biến liên tục có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các biến liên tục có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị, khoảng tứ vân vị. Các biến định tính được mô tả theo số lượt và tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Mọi thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi		
<30	6	6,3
30-39	15	15,8
40 - 49	28	29,5
50 - 59	30	31,6
≥ 60	16	16,8
Trung bình (min-max)	47,3 (28 - 79)	tuổi
ECOG		
0-1	83	87,4
2	12	12,6
Giai đoạn ban đầu		
Giai đoạn I	4	4,2
Giai đoạn II	32	33,7
Giai đoạn III	46	48,4
Giai đoạn IV	13	13,7
Mô bệnh học		
UTBM xâm nhập NST	76	80,0
UTBM tiểu thùy xâm nhập	6	6,3

UTBM thể dị sản	5	5,3
Khác	8	8,4
Độ mô học		
Độ 1	5	5,3
Độ 2	40	42,1
Độ 3	37	38,9
Không rõ độ mô học	13	13,7
Tình trạng Ki-67		
Ki-67 < 20	15	15,7
Ki-67 ≥ 20%	80	84,2
Tình trạng Her-2		
Âm tính	76	80,0
Dương tính 1+	15	15,8
Dương tính 2+/FISH(-)	4	4,2

Nhận xét: 95 bệnh nhân được lựa chọn. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 47,3 tuổi, thấp nhất là 28 tuổi, cao nhất là 79 tuổi. Các bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn ở giai đoạn II và III tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, chiếm lần lượt 33,7% và 48,4%. Có 13 bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn IV ngay từ đầu, chiếm 13,7%. Phần lớn các bệnh nhân thuộc thể ung thư biểu mô xâm nhập tấp không đặc biệt (NST), chiếm 80,0%.

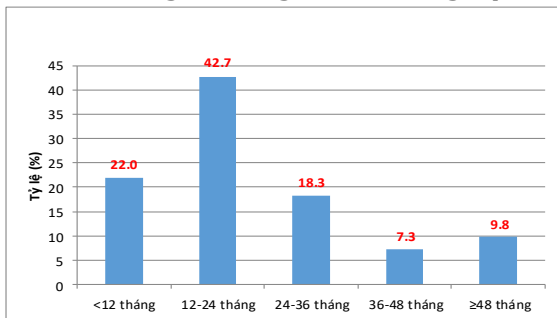
3.2. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi tái phát, di căn

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi tái phát, di căn

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không (khám phát hiện)	54	56,8
Đau xương	5	5,2
Khó thở	6	6,3
Nổi hạch	7	7,4
Ho khan	9	9,5
Đau ngực	7	7,4
Vị trí khác	7	7,4

Nhận xét: Trong các bệnh nhân nghiên cứu, 54 bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng ở thời điểm chẩn đoán TPDC chiếm 56,8%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho khan và đau ngực và nổi hạch chiếm 9,5%, 7,4% và 7,4%.

3.3. Thời gian sống thêm không bệnh



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân

theo thời gian sống thêm không bệnh

Nhận xét: Trong số 82 bệnh nhân tái phát sau khi điều trị triệt căn, thời gian xuất hiện TPDC thường gặp trong 2 năm đầu chiếm 64,7%. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 18,9 tháng. Những bệnh nhân phát hiện tái phát tại thời điểm sau 3 năm chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 17,1%.

3.3. Đặc điểm vị trí và nồng độ CA15-3 tại thời điểm tái phát di căn

Bảng 2. Vị trí và nồng độ CA15-3 tại thời điểm tái phát di căn

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí tái phát di căn		
Tại chỗ tại vùng	19	20,0
Hạch trung thất, ổ bụng	15	16,6
Xương	22	23,1
Gan	33	34,7
Phổi	46	48,4
Não	15	16,6
Khác	8	8,4
Di căn tạng		
Không di căn tạng	30	31,6
Di căn 1 tạng	48	50,5
Di căn nhiều tạng	17	17,9
CA 15-3		
Trong giới hạn bình thường	45	47,4
Tăng cao hơn bình thường	50	52,6

Nhận xét: - Vị trí di căn hay gặp nhất là phổi, gan và xương chiếm lần lượt 48,4%, 34,7% và 23,1%. 65 bệnh nhân có di căn tạng chiếm 68,4% trong đó 17 bệnh nhân di căn từ 2 tạng trở lên chiếm 17,9%.

- Tỷ lệ bệnh nhân tăng CA15-3 tại thời điểm TPDC chiếm 52,6%.

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm chẩn đoán TPDC, tuổi được coi là một yếu tố cần nhắc trong điều trị, bệnh nhân cao tuổi khả năng dung nạp điều trị hoá chất có thể kém hơn các bệnh nhân trẻ tuổi, đặc biệt trên những bệnh nhân giai đoạn TPDC điều trị bằng phác đồ đa hóa chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi chẩn đoán bệnh giai đoạn IV hoặc xuất hiện TPDC sau điều trị hay gặp nhất trong nghiên cứu là nhóm từ 40-59 tuổi chiếm 61,1%. Độ tuổi trung bình là 47,3 tuổi. Nghiên cứu của Vũ Hữu Khiêm (2004) trên 153 trường hợp UTV nói chung TPDC sau điều trị, nhóm bệnh nhân từ 50-59 tuổi chiếm tỷ lệ 47%, tuổi thấp nhất là 34 và lớn nhất là 70 [5]. Nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2015) trên 379 bệnh nhân UTV BBAT tái phát di căn, độ tuổi trung

bình là 49 tuổi, trẻ nhất là 25 và lớn tuổi nhất là 76 tuổi [7]. Nghiên cứu của Chen (2020) trên 350 BN UTV BBAT tái phát di căn, độ tuổi trung bình là 47 tuổi, tuổi trẻ nhất là 24 và cao tuổi nhất là 75 [6].

Trong số 82 bệnh nhân tái phát sau khi điều trị triệt căn, thời gian xuất hiện TPDC thường gặp sau 2 năm đầu chiếm 64,7%. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 18,9 tháng. Trong khi đó những bệnh nhân phát hiện tái phát tại thời điểm sau 3 năm chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 17,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Chen và cộng sự (2020), trong 350 bệnh nhân UTV BBAT tái phát di căn, trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 15,4 tháng [6]. Zhang (2015) trong nghiên cứu trên 379 bệnh nhân UTV BBAT cho thấy những bệnh nhân xuất hiện tái phát hoặc di căn trong khoảng thời gian 12 tháng sau khi phẫu thuật chiếm 35,5% [7]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy rằng UTV có bộ ba âm tính có tỷ lệ tái phát rất cao trong những năm đầu tiên sau điều trị đặc biệt cao điểm trong 1-3 năm đầu tiên; sau đó, nguy cơ tái phát nhanh chóng giảm đi. Đại đa số ung thư vú có bộ ba âm tính không có bằng chứng về tiến triển bệnh sau 8 năm và gần như không có bất kỳ sự tái phát nào sau đó. Ngược lại, hơn 50% các trường hợp ung thư vú có ER dương tính tái phát trong khoảng thời gian từ 5 đến 10 năm sau phẫu thuật [3],[8].

Ung thư vú TPDC thường diễn biến âm thầm, không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, khi bệnh nhân có các triệu chứng rõ rệt thường bệnh đã ở giai đoạn lan tràn, di căn nhiều cơ quan hoặc tổn thương di căn lớn. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tới 56,8% bệnh nhân xuất hiện TPDC mà không có triệu chứng lâm sàng nào, bệnh được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân tái khám định kỳ. Ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ho khan, đau ngực và nổi hạch, chiếm 9,5%, 7,4% và 7,4%. Ngoài ra gặp một số triệu chứng khác như đau xương, khó thở và tự sờ thấy u vú nhưng tỷ lệ khá thấp. CA 15-3 là một chất chỉ điểm u thường tăng trong ung thư vú, nhưng do độ nhạy và độ đặc hiệu thấp nên không được coi là tiêu chuẩn chẩn đoán, tuy nhiên trên những bệnh nhân ung thư vú đã điều trị triệt căn, việc theo dõi nồng độ CA 15-3 góp phần phát hiện sớm tổn thương tái phát di căn, đồng thời giúp theo dõi trong quá trình điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ CA 15-3 tại thời điểm chẩn đoán TPDC là 52,6%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Trang (2015) trên

nhóm bệnh nhân UTV nói chung với 66,2% bệnh nhân có tăng CA 15-3 [9].

Về vị trí tái phát di căn, các vị trí di căn thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là phổi, gan và xương chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,2%, 28% và 25%. Đặc điểm di căn này tương đồng với nghiên cứu của Zhang (2015) với tỷ lệ di căn phổi, gan, xương lần lượt là 48,4%, 34,7% và 23,1% [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ di căn của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng (2017) trên nhóm bệnh nhân UTV BBAT, tỷ lệ di căn phổi gặp nhiều nhất với 56,3% tiếp đến là di căn gan và não với 31,3%, di căn xương chỉ chiếm 9,4% trong số những bệnh nhân di căn xa [10]. Theo Dent và một số tác giả, ung thư vú có bộ ba âm tính có một số đặc điểm của di căn như sau: di căn xa thường xảy ra trước khi xuất hiện tái phát [3]. Cũng theo các tác, trong nhóm UTV BBAT, nguy cơ phát triển di căn xa và dẫn đến tử vong cao hơn so với các phân nhóm khác. Thời gian sống thêm sau di căn cũng ngắn hơn và điều này có thể được giải thích bởi ái tính di căn tạng so với một số thể ung thư vú ngoài bộ ba âm tính như ung thư vú có thụ thể ER dương tính (thể UTV có nhiều khả năng di căn xương). Đặc điểm di căn trong ung thư vú có bộ ba thụ thể âm tính còn được thấy rõ trong một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Jingdan Qiu (2016) cho thấy sự khác nhau về tính chất di căn giữa UTV BBAT so với các thể khác. Trong các trường hợp UTV BBAT xuất hiện di căn xa sau điều trị, di căn tạng thường gặp với 50% di căn phổi, 25,76% di căn gan, 18,18% di căn não và chỉ có 6,06% di căn xương. Khác biệt có ý nghĩa về vị trí di căn khi so sánh với UTV không phải bộ ba âm tính khi tỷ lệ di căn phổi, gan, não và xương tương ứng lần lượt là 17,98%; 14,39%; 5,76% và 61,87%, giá trị p lần lượt là (p=0,04; 0,031; 0,029 và p < 0,001) [8].

V. KẾT LUẬN

Ung thư vú bộ ba âm tính có tỷ lệ tái phát di căn rất cao trong những năm đầu tiên sau điều trị triệt căn đặc biệt trong 3 năm đầu. Bệnh nhân có tỷ lệ di căn tạng cao trong khi tỷ lệ di căn xương lại thấp hơn so với các phân nhóm ung thư vú còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
2. **Kaya V, Yildirim M, Yazici G, Gunduz S, Bozcuk H, Paydas S.** Effectiveness of Platinum-

- Based Treatment for Triple Negative Metastatic Breast Cancer: a Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2018;19(5):1169-1173. doi:10.22034/APJCP.2018.19.5.1169
3. **Dent R, Trudeau M, Pritchard KI, et al.** Triple-Negative Breast Cancer: Clinical Features and Patterns of Recurrence. *Clin Cancer Res*. 2007;13(15):4429-4434. doi:10.1158/1078-0432.CCR-06-3045
 4. **Brouckaert O, Wildiers H, Floris G, Neven P.** Update on triple-negative breast cancer: prognosis and management strategies. *Int J Womens Health*. 2012;4:511-520. doi:10.2147/IJWH.S18541
 5. **Vũ Hữu Khiêm.** Một Số Đặc Điểm Ung Thư vú Di Căn Sau Điều Trị. *Tạp Chí Học Thực Hành*. 2004;489:192-196.
 6. **Chen Y, Guan Y, Wang J, et al.** Platinum-based chemotherapy in advanced triple-negative breast cancer: A multicenter real-world study in China. *Int J Cancer*. 2020;147(12):3490-3499. doi:10.1002/ijc.33175
 7. **Zhang J, Fan M, Xie J, et al.** Chemotherapy of metastatic triple negative breast cancer: Experience of using platinum-based chemotherapy. *Oncotarget*. 2015;6(40):43135-43143.
 8. **Qiu J, Xue X, Hu C, et al.** Comparison of Clinicopathological Features and Prognosis in Triple-Negative and Non-Triple Negative Breast Cancer. *J Cancer*. 2016;7(2):167-173. doi:10.7150/jca.10944
 9. **Phạm Thị Thu Trang** (2015), "Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Hóa Chất Capecitabine Trong Ung Thư vú Tái Phát Di Căn", Luận An Thạc Sỹ y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội, 64 - 65.
 10. **Nguyễn Việt Dũng** (2017), "Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Kết Hợp Hóa Chất Trong Ung Thư vú Có Bộ Ba Thu Thể ER, PR, Her-2 Âm Tính", Luận An Tiến Sỹ y Học. Trường Đại Học y Hà Nội.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HẢI DƯƠNG

Nguyễn Văn Dương¹, Ngô Quỳnh Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị tại Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Phục hồi chức năng Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành khám lâm sàng, lấy máu làm xét nghiệm và chụp Xquang khớp gối. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $64,55 \pm 7,95$ (tuổi); tỉ lệ nữ/nam là 2,5/1. Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số BMI xếp loại trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 63,3%, tiếp đến là thừa cân chiếm 25% và béo phì chiếm 5%. Bệnh nhân lao động trí óc chiếm tỷ lệ 55%, lao động chân tay chiếm 45%. Đau là triệu chứng quan trọng khiến người bệnh phải đi khám, trong nghiên cứu 100% bệnh nhân có dấu hiệu đau khớp gối; mức độ đau tính theo thang điểm VAS thì có 80% bệnh nhân đau nặng, 20% bệnh nhân đau vừa, điểm VAS trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $6,8 \pm 0,4$. Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có giới hạn tầm vận động ở mức trung bình chiếm 71,67%, mức nhẹ chiếm 20% và nặng chiếm 8,33%. Đánh giá khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC, bệnh nhân chủ yếu ở mức độ kém chiếm 93,33%, còn

lại là trung bình và khá. Nhóm bệnh nhân thoái hóa khớp gối giai đoạn II (theo Phân loại giai đoạn đánh giá mức độ thoái hóa khớp gối trên Xquang theo Kellgren và Lawrence năm 1987) chiếm chủ yếu 71,67%. **Từ khóa:** thoái hóa khớp gối

SUMMARY

DESCRIPTION CLINICAL CHARACTERISTICS OF KNEE OSTEOARTHRITIS, TREATMENT IN THE SCIENCE OF TRADITIONAL MEDICINE HAI DUONG REHABILITATION HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics of patients with primary knee osteoarthritis treated at the Department of Traditional Medicine, Hai Duong Rehabilitation Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study on 60 primary knee osteoarthritis patients from August 2021 to September 2022. Patients eligible for inclusion in the study were clinically examined, taking blood for testing and taking X-ray of the knee joint. **Results:** The mean age in the study was 64.55 ± 7.95 (age); The female/male ratio is 2.5/1. The proportion of patients with average BMI accounted for the highest rate of 63.3%, followed by overweight 25% and obese 5%. Patients with mental work accounted for 55%, manual workers accounted for 45%. Pain is an important symptom that causes patients to go to the doctor. In the study, 100% of patients showed signs of knee pain; According to the VAS scale of pain, 80% of patients had severe pain, 20% of patients had moderate pain. The average VAS score of the patients in the study was 6.8 ± 0.4 . Most of the patients in the study had moderate range of motion, 71.67%, mild 20% and severe 8.33%.

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dương

Email: ttvnguyenvandung@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023