

- Diabetes Mellitus. Arq. Bras. Cardiol. (2019) doi:10.5935/abc.20190134.
4. **American Diabetes Association.** Classification and Diagnosis of Diabetes ADA 2019. Diabetes Care **42**, S13–S28 (2019).
 5. **Nguyễn T. H. & Phạm T. T.** Khảo sát tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Vietnam J. Diabetes Endocrinol. 43–48 (2021) doi:10.47122/vjde.2020.44.6.
 6. **Uzun, G., Kirci, D., Korkmaz, L., z, A. A. & Sayin, M.** What is Good for Hypertensive Patients: Presence or Absence of Presystolic Wave. (2020) doi:10.22541/au.160157505.56187587.
 7. **Akyüz, A. R. et al.** The relationship between presystolic wave and subclinical left ventricular dysfunction in asymptomatic hypertensive patients. Blood Press. Monit. **21**, 277–281 (2016).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG KHỚP GỐI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI GỖ DÍNH

Lương Thu Hằng*, Phạm Văn Minh*

TÓM TẮT

Cứng khớp gối là một biến chứng phức tạp tiềm ẩn sau mỗi phẫu thuật hoặc chấn thương khớp gối. Có nhiều phương pháp điều trị biến chứng này trong đó phẫu thuật nội soi gỡ dính đang ngày càng được ưa chuộng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đều chỉ ra rằng bệnh nhân cần một chương trình phục hồi chức năng toàn diện sau phẫu thuật nội soi gỡ dính khớp gối. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm **mục tiêu:** (1) Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính. (2) Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới khả năng phục hồi chức năng vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính khớp gối. **Đối tượng:** 25 bệnh nhân được chẩn đoán cứng khớp gối sau chấn thương đã phẫu thuật nội soi gỡ dính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 9/2020 đến tháng 7/2021. **Phương pháp:** tiền cứu, đánh giá trước và sau can thiệp, không có nhóm chứng. **Kết quả:** Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương ban đầu (76%). Gãy xương khác ngoài xương đùi và đứt dây chằng là 2 tổn thương thường gặp nhất, 52% bệnh nhân trong 2 nhóm trên có tổn thương phối hợp. Nhóm BN cứng gối sau phẫu thuật (23 BN) nhiều hơn nhóm điều trị bảo tồn (2 BN), tổn thương nội khớp (gãy xương nội khớp 40%, tổn thương phần mềm 60%) nhiều hơn tổn thương ngoại khớp (16%). Tầm vận động trung bình sau tập phục hồi chức năng 8 tuần ($118,92 \pm 14,06$ độ) tăng 56 độ so với trước mổ ($62,2 \pm 26,38$ độ). Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả phục hồi chức năng rất tốt tăng rõ rệt từ 8% (trước phẫu thuật) lên 92% và không có bệnh nhân loại trung bình và kém sau 8 tuần điều trị. Nhóm tổn thương ngoại khớp có điểm HSS trung bình sau điều trị cao nhất ($95,5 \pm 3,11$). Nhóm gãy xương khác có điểm HSS trung bình sau điều trị cao nhất ($93,62 \pm 4,72$). 52% bệnh nhân được phẫu thuật gỡ dính sau chấn thương 3-6 tháng và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê trong kết quả điều trị giữa các nhóm thời gian phẫu thuật gỡ dính. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi gỡ dính khớp gối kết hợp với một chương trình phục hồi chức năng toàn diện đem lại hiệu quả lớn trong gia tăng tầm vận động và cải thiện chức năng khớp gối. Một số yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng khớp gối là chấn thương ban đầu gây tổn thương nội khớp hay ngoại khớp, chấn thương gây xơ dính nội khớp hay ngoại khớp, điều trị chấn thương bằng phẫu thuật hay bảo tồn, thời gian phẫu thuật nội soi là yếu tố cần nghiên cứu thêm.

Từ khóa: Cứng khớp gối sau chấn thương, sau phẫu thuật nội soi gỡ dính

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF REHABILITATION OF KNEE JOINT AFTER ARTHROSCOPIC ARTHROFIBROSIS

Knee stiffness is a potentially complex complication after any surgery or injury to the knee joint. There are many treatment methods for this complication, of which arthroscopic arthrofibrosis is becoming increasingly popular. Many studies in the world and in Vietnam have shown that patients need a comprehensive rehabilitation program after arthroscopic arthrofibrosis. Therefore, we conducted a study with the following **objectives:** (1) Evaluate the results of rehabilitation of knee joint mobility after arthroscopic arthrofibrosis. (2) Learn some factors affecting the ability to restore knee mobility after arthroscopic arthrofibrosis knee. Subjects: 25 patients diagnosed with post-traumatic knee stiffness underwent arthroscopic arthrofibrosis at Viet Duc University Hospital from 9/2020 to 7/2021. **Methods:** prospective, evaluated before and after the intervention, without a control group. **Results:** Traffic accidents are the leading cause of primary injury (76%). Fractures other than the femur and ligament tears are the two most common injuries, 52% of patients in the two groups above have combined lesions. The group of patients with knee stiffness after surgery (23 patients) more than the conservative treatment group (2 patients), intra-articular damage (intra-articular fracture 40%, soft tissue damage 60%) more than extra-articular damage (16%). The average range of motion after 8 weeks of rehabilitation

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thu Hằng

Email: luongthuhanghb1210@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 7.10.2021

(118.92± 14.06 degrees) increased by 56 degrees compared to preoperative (62.2±26.38 degrees). The proportion of patients with very good rehabilitation results increased significantly from 8% (preoperative) to 92% and there were no moderate and poor patients after 8 weeks of treatment. The group of extra-articular lesions had the highest mean HSS score after treatment (95.5±3.11). The other fracture group had the highest mean HSS score after treatment (93.62±4.72). 52% of patients had arthroscopic arthrofibrosis after 3-6 months of trauma, this is the group with the best treatment results with the highest mean HSS score (93.15±5.19). **Conclusion:** Arthroscopic arthrofibrosis combined with a comprehensive rehabilitation program is highly effective in increasing range of motion and improving knee function. Some factors that affect the outcome of knee rehabilitation are the initial injury causing intra-articular or extra-articular damage, the injury causing intra-articular or extra-articular fibrosis, the treatment of the injury by surgery or conservative treatment. survival, arthroscopic arthrofibrosistime is a factor that needs further study.

Keywords: post- traumatic knee stiffness, after arthroscopic arthrofibrosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp gối là một trong những khớp đóng vai trò quan trọng trong quá trình vận động của con người. Cứng khớp gối là một biến chứng phức tạp tiềm ẩn sau mỗi phẫu thuật hoặc chấn thương khớp gối. Theo ghi nhận tại các nước phát triển tỉ lệ gặp biến chứng này là 11% và có thể cao hơn ở các nước đang phát triển³. Bệnh thường gặp sau chấn thương như gãy xương, bất động bột kéo dài, sau phẫu thuật⁵. Bệnh nhân cứng khớp gối thường gặp tình trạng đau và hạn chế tầm vận động khớp cho nên ảnh hưởng lớn đến dáng đi và các hoạt động chức năng của khớp gối. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị cứng khớp gối sau chấn thương trong đó phẫu thuật nội soi gỡ dính ngày càng được ưa chuộng bởi tính an toàn, ít xâm lấn, tỉ lệ biến chứng thấp và cho phép tập phục hồi chức năng sớm ngay sau mổ. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đều chỉ ra rằng các bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi điều trị cứng khớp gối cần tham gia một chương trình phục hồi chức năng toàn diện^{1, 5}. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính" với hai mục tiêu (1) Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính. (2) Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới khả năng phục hồi chức năng vận động khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và cỡ mẫu. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương/ bệnh lý khớp gối đã điều trị bằng phẫu thuật nội soi/ mổ mở/ bất động. Sau đó bị cứng khớp gối và được tiến hành phẫu thuật nội soi gỡ dính tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên 25 bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu, đánh giá trước và sau can thiệp, không có nhóm chứng.

- Tất cả các bệnh nhân cứng khớp gối sau chấn thương được phẫu thuật nội soi gỡ dính khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 9/2020 đến 7/2021 thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn, đồng ý tham gia nghiên cứu được đưa vào nhóm nghiên cứu.

- Đánh giá BN theo Thang điểm khớp gối của bệnh viện phẫu thuật đặc biệt- The Hospital for Special Surgery Knee Score (viết tắt là HSS) tại 2 thời điểm: trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 8 tuần.

- Các bài tập dựa theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng do Bộ y tế ban hành năm 2014 kết hợp với Quy trình phục hồi chức năng sau phẫu thuật nội soi khớp gối của Đại học Chấn thương chỉnh hình, Đại học Y khoa Brown Alpert, Rhode Island, Mỹ.

- BN được điều trị PHCN nội trú/ ngoại trú hằng ngày tại bệnh viện bắt đầu từ ngày thứ 1 sau mổ, liên tục trong 2 tháng, >1h/buổi/ngày. Chương trình tập được chia thành 4 giai đoạn.

Giai đoạn 1 (1- 7 ngày sau mổ) nhằm kiểm soát đau và sưng nề, đạt TVĐ 0- 90 độ, sử dụng nạng và nẹp duỗi gối. Sử dụng bài tập gồng cơ tĩnh, vận động khớp háng, khớp cổ chân, chườm lạnh, điện kích thích cơ tứ đầu đùi. **Giai đoạn 2** (1- 3 tuần sau mổ) mục tiêu đạt TVĐ và dáng đi bình thường. Tập vận động chủ động có trợ giúp, chủ động khớp gối, tập vận động có kháng trở tăng dần khớp háng, cổ chân. **Giai đoạn 3** (3- 6 tuần sau mổ) mục tiêu đi bộ được 3 km với vận tốc 6km/h, đi cầu thang không đau hay khó chịu. Tập vận động có kháng trở tăng dần khớp gối, tập chạy, tập thăng bằng. **Giai đoạn 4** (6- 10 tuần) nhằm trở lại sinh hoạt hàng ngày, tập chạy, rèn luyện sự nhanh nhẹn.

- Số liệu được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 15.0. Dùng McNemar's test, Ttest ghép cặp, ANOVA test tính giá trị p để so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Nguyên nhân chấn thương: tai nạn giao thông chiếm 76%, tai nạn sinh hoạt chiếm 12%.

Các nguyên nhân khác là tai nạn thể thao, tai nạn lao động, thoái hóa khớp đều chiếm tỉ lệ 4%.

- Các biện pháp điều trị sau chấn thương: 2 BN bảo tồn (8%), 12 BN PT nội soi (48%), 11 BN mổ mở (44%)

- Thời gian trung bình từ khi chấn thương đến khi PT nội soi gỡ dính: nhóm phẫu thuật nội soi TB 6 tháng (3- 19 tháng), nhóm mổ mở TB 11 tháng (2- 31 tháng), nhóm bảo tồn TB 4 tháng.

3.2. Đánh giá tầm vận động trung bình trước và sau điều trị

Bảng 1. So sánh TVĐ trung bình trước và sau điều trị

Kết quả	Trước phẫu thuật	Sau PHCN 8 tuần	Trong phẫu thuật	p1	p2
TVĐ trung bình	62,2±26,38	118,92±13,77	117,6±16,08	0,000	0,8112

Nhận xét: TVĐ trung bình trước phẫu thuật (62,2±26,38 độ) nhỏ hơn so với sau PHCN 8 tuần (118,92±13,77) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p_1=0,0000<0,01$. TVĐ trung bình sau PHCN 8 tuần và trong phẫu thuật xấp xỉ bằng với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p_2=0,8112>0,01$ (sử dụng Ttest ghép cặp)

3.3. Đánh giá kết quả PHCN trước và sau điều trị

Bảng 2: Đánh giá kết quả PHCN trước và sau điều trị

Xếp loại	Thời điểm	Trước phẫu thuật	Sau PHCN 8 tuần
Rất tốt		8%	92%
Tốt		40%	8%
Trung bình		24%	0%
Kém		28%	0%
Tổng số		100%	100%

Nhận xét: Trước phẫu thuật có 8% bệnh nhân đạt kết quả rất tốt, 40% tốt, 24% trung bình, 28% kém. Sau PHCN 8 tuần, chỉ có 2 nhóm là rất tốt 92% và tốt 8%.

3.4. So sánh kết quả điều trị giữa các nhóm chấn thương

Bảng 3. So sánh kết quả PHCN giữa các nhóm chấn thương

Kết quả	Tổn thương	Tổn thương nội khớp		Tổn thương ngoại khớp
		Gãy xương nội khớp	Tổn thương phần mềm	
Số lượng		10 (40%)	15 (60%)	4 (16%)
Điểm HSS trung bình		92,6±4,43	92,93±5,15	95,5±3,11

Nhận xét: 10 BN gãy xương nội khớp (40%) điểm HSS trung bình 92,6±4,43; 15 BN tổn thương phần mềm (60%) điểm HSS trung bình 92,93±5,15; 4 BN tổn thương ngoại khớp (16%) điểm HSS trung bình 95,5±3,11.

3.5. So sánh kết quả điều trị giữa các nhóm cấu trúc tổn thương

Bảng 4. So sánh kết quả điều trị giữa các nhóm cấu trúc tổn thương

Kết quả	Gãy xương đùi	Gãy xương khác	Đứt dây chằng	Rách sụn chêm	Thoái hóa
Số lượng	4 (16%)	13 (52%)	13 (52%)	4 (16%)	1 (4%)
Điểm HSS trung bình	93,5±2,65	93,62±4,72	92,77±5,15	90±3,37	84

Nhận xét: Sau 8 tuần PHCN điểm HSS trung bình của 4 BN gãy xương đùi (16%) là 93,5±2,65; 13 BN gãy xương khác (52%) là 93,62±4,72; 13 BN đứt dây chằng (52%) là 92,77±5,15; 4 BN rách sụn chêm (16%) là 90±3,37; 1 BN thoái hóa khớp gối (4%) là 84.

3.6. So sánh kết quả điều trị giữa các nhóm thời gian từ lúc chấn thương đến khi phẫu thuật gỡ dính

Bảng 5. So sánh kết quả điều trị giữa các nhóm thời gian từ lúc chấn thương đến khi phẫu thuật gỡ dính

Kết quả	< 3 tháng	Từ 3-6 tháng	>6 tháng	p
Số lượng	3 (12%)	13 (52%)	9 (36%)	0,7147
Điểm HSS trung bình	90,67±1,15	93,15±5,19	92,78±4,49	

Nhận xét: 3 BN phẫu thuật gỡ dính trong vòng 3 tháng sau chấn thương có điểm HSS trung bình là 90,67±1,15 điểm; 13 bệnh nhân nhóm 3- 6 tháng đạt 93,15±5,19 điểm; 9 bệnh nhân nhóm trên 6 tháng đạt 92,78±4,49 điểm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong kết quả điều trị giữa các nhóm thời gian phẫu thuật gỡ dính với $p=0,7147>0,01$ (ANOVA test).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương ban đầu cho các bệnh nhân cứng khớp gối sau chấn thương là tai nạn giao thông (chiếm 76%), lý giải bởi tại Việt Nam tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương chi dưới.

Gãy xương khác ngoài xương đùi (13 bệnh nhân) và đứt dây chằng (13 bệnh nhân) là 2 tổn thương thường gặp nhất, 52% bệnh nhân trong 2 nhóm trên có tổn thương phối hợp. Điều này cho thấy cứng khớp gối sau chấn thương thường gặp sau các tổn thương nặng và phối hợp.

Sau chấn thương, số BN phẫu thuật (12 BN phẫu thuật nội soi, 11 BN mổ mở) nhiều hơn hẳn số BN điều trị bảo tồn (2 BN), như vậy cứng khớp gối thường gặp ở các BN đã phẫu thuật khớp.

Thời gian TB từ khi chấn thương đến khi PT nội soi gỡ dính: nhóm PT nội soi TB 6 tháng (3-19 tháng), nhóm mổ mở TB 11 tháng (2-31 tháng), nhóm bảo tồn TB 4 tháng.

Các tổn thương nội khớp (gãy xương nội khớp 40%, tổn thương phần mềm 60%) dễ gây cứng khớp hơn các tổn thương ngoại khớp (16%). Điều trị tổn thương nội khớp thường bằng phẫu thuật, trong khi chấn thương và PT can thiệp vào khớp là nguyên nhân trực tiếp gây xơ dính nội khớp. Chấn thương ngoại khớp gây cứng khớp chủ yếu do bất động lâu ngày.

12% BN phẫu thuật gỡ dính trong 3 tháng sau chấn thương (2 tháng 12 ngày- 2 tháng 26 ngày), 52% phẫu thuật gỡ dính sau chấn thương 3-6 tháng (3 tháng- 6 tháng 15 ngày). 36% phẫu thuật sau chấn thương trên 6 tháng (7 tháng- 2 năm). Hơn một nửa (52%) BN phẫu thuật gỡ dính sau chấn thương 3-6 tháng, phù hợp với nghiên cứu của Abhishek Vaish và CS năm 2020, N. Pujol và CS năm 2014 đều cho rằng PT gỡ dính đạt hiệu quả nhất khi thực hiện sau chấn thương 3-6 tháng^{6,7}.

4.2. Đánh giá kết quả. TVĐ trung bình sau PHCN 8 tuần (118,92 ± 14,06 độ) tăng 56 độ so với trước mổ (62,2 ± 26,38 độ) và xấp xỉ bằng TVĐ trong mổ 117,6 ± 16,08. Tương đồng với số liệu trong nghiên cứu của Liu SH và CS năm 2016 (117 ± 13,4)⁴. Chương trình tập PHCN trong 8 tuần giúp cải thiện rõ rệt TVĐ khớp gối và đạt mục tiêu như trong mổ.

Sau điều trị PT và PHCN, tỉ lệ BN đạt kết quả rất tốt tăng rõ rệt từ 8% (trước phẫu thuật) lên 92%, không có BN loại trung bình và kém. Chỉ 1 BN thoái hóa khớp đã phẫu thuật thay khớp gối có điểm HSS là 84 thuộc nhóm tốt, 24 BN còn lại đều đạt kết quả rất tốt. Từ đó cho thấy chương

trình điều trị đem lại hiệu quả cao trong phục hồi vận động khớp gối.

4.3. Các yếu tố liên quan. Nhóm tổn thương ngoại khớp có điểm HSS trung bình sau điều trị cao nhất (95,5±3,11). Nhóm này không có chấn thương hay can thiệp trực tiếp vào khớp mà cơ chế cứng khớp là do bất động lâu ngày nên tình trạng xơ dính thường không nặng nề, hiệu quả hồi phục cao hơn nhóm tổn thương nội khớp⁶.

Các BN nhóm gãy xương khác có điểm HSS trung bình sau điều trị cao nhất (93,62±4,72). Do chấn thương không liên quan đến xương đùi nên không gặp tình trạng xơ dính gân cơ tứ đầu đùi và mô mềm vùng đùi, hiệu quả phục hồi sẽ tốt hơn⁶.

Các BN ở cả 3 nhóm thời điểm phẫu thuật gỡ dính đều có điểm trung bình HSS rất cao tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,7147), khác với kết quả nghiên cứu của Lena Alm và CS năm 2019 cho rằng nhóm phẫu thuật gỡ dính muộn có kết quả kém hơn nhóm gỡ dính sớm. Nguyên nhân của sự khác biệt này do cỡ mẫu chưa đủ lớn⁸.

V. KẾT LUẬN

PT nội soi gỡ dính khớp gối kết hợp với chương trình PHCN toàn diện đem lại hiệu quả lớn trong gia tăng TVĐ và cải thiện chức năng khớp gối. Chương trình PHCN bao gồm các bài tập gia tăng TVĐ, cải thiện sức mạnh cơ, kiểm soát đau và sưng nề trong giai đoạn đầu kết hợp với bài tập thăng bằng, cải thiện sự linh hoạt, các bài tập chuyên biệt giúp BN trở lại hoạt động thể thao trong giai đoạn sau.

Một số yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phục hồi chức năng khớp gối là chấn thương ban đầu là tổn thương nội khớp hay ngoại khớp, chấn thương chỉ gây xơ dính nội khớp (đứt dây chằng, rách sụn chêm, gãy xương khác, thoái hóa) hay còn gây xơ dính ngoại khớp ở mô mềm vùng đùi (gãy xương đùi), sau chấn thương BN được điều trị phẫu thuật hay bảo tồn. Trong nghiên cứu này thời điểm phẫu thuật nội soi gỡ dính không ảnh hưởng đến kết quả PHCN khớp gối, tuy nhiên cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nhân, Đỗ Trọng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị hạn chế vận động khớp gối sau chấn thương. Đại học Y Hà Nội, 2019.
- Bonutti PM, McGrath MS, Ulrich SD, McKenzie SA, Seyler TM, Mont MA.** Static progressive stretch for the treatment of knee stiffness. *The Knee.* 2008;15(4):272-276.
- Liu K, Liu S, Cui Z, Han X, Tang T, Wang A.** A less invasive procedure for posttraumatic knee stiffness. *Arch Orthop Trauma Surg.*

- 2011;131(6):797-802.
4. Liu Sh, Liu km, Wang aq, Gui zg, Han xz, Wang f. Management strategies for post-traumatic knee stiffness. Biomedical. 2016.
 5. Parisien JS. The role of arthroscopy in the treatment of postoperative fibroarthrosis of the knee joint. Clin Orthop. 1988;(229):185-192.
 6. Pujol N, Boisrenoult P, Beaufils P. Post-traumatic knee stiffness: Surgical techniques. Orthop Traumatol Surg Res. 2015;101(1, Supplement):S179-S186.
 7. Vaish A, Vaishya R, Bhasin VB. Etiopathology and Management of Stiff Knees: A Current Concept Review. Indian J Orthop. 2021;55(2):276-284.
 8. Alm L, Klepsch L, Akoto R, Frosch K-H. Arthrofibrosis of the knee: clinical result after early vs. late arthroscopic arthrolysis of 100 patients. Orthop J Sports Med. 2020;8

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ EP VÀ KỸ THUẬT XẠ ĐIỀU BIẾN LIỀU TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III

Nguyễn Quang Anh¹, Đỗ Hùng Kiên²,
Nguyễn Văn Tài², Lê Thị Yến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ EP kết hợp với xạ trị điều biến liều trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III và mô tả một số tác dụng không mong muốn của điều trị trên. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 37 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hoá xạ trị đồng thời bằng kỹ thuật xạ điều biến liều và phác đồ hoá chất etoposide-cisplatin tại Bệnh viện K từ 01/2019 đến 06/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình 57, tỉ lệ nam chiếm 86,5%, bệnh nhân được lựa chọn có thể trạng tốt với 22 (59,5%) trong 37 bệnh nhân ECOG 0. Giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn IIIB chiếm 62,2%, mô bệnh học chủ yếu là carcinoma tuyến 64,9%. Kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng theo RECIST 1.1 cho thấy tỉ lệ đáp ứng toàn bộ, một phần tương ứng là 2,7% và 83,8%, tỉ lệ kiểm soát bệnh là 97,3%. Thời gian trung vị sống thêm không tiến triển là 14 ± 3,7 tháng. Sống thêm không tiến triển vào thời điểm 12 tháng là 54,7% là Độc tính: Có 24,3% bệnh nhân viêm phổi, 44,2% bệnh nhân viêm thực quản chỉ ở độ I, II. Độc tính trên hệ tạo huyết chủ yếu độ I, II, chỉ có 2,7% bệnh nhân xuất hiện độ III. Độc tính trên gan, thận, nôn, mệt mỏi, sụt cân đều ở mức độ 1-2. **Kết luận:** Phác đồ không những cho kết quả khả quan về đáp ứng và sống thêm không tiến triển, mà còn giảm đáng kể các độc tính liên quan đến xạ trị

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, hóa xạ trị đồng thời, EP, tỉ lệ đáp ứng, độc tính.

SUMMARY

RESULTS OF CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY WITH ETOPOSIDE - CISPLATIN REGIMEN AND INTENSITY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Anh

Email: quanganhhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2021

Ngày phản biên khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.10.2021

MODULATE RADIATION IN STAGE III NON - SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: To evaluate the treatment results of EP regimen combined with dose-modulated radiotherapy in stage III non-small cell lung cancer and describe some undesirable effects of the treatment regimen. **Patients and methods:** 37 patients with stage III NSCLC who received chemotherapy and radiotherapy concurrently with intensity modulated radiation therapy and etoposide-cisplatin chemotherapy regimen at K Hospital from January 2019 to June 2021. **Results:** Study group characteristics: Mean age 57, men account for 86,5%, selected patients were in good performance status with 22 (59,5%) in 37 ECOG 0 patients. Stage host disease mainly stage IIIB accounts for 62.2%, histopathology is mainly adenocarcinoma 64.9%. **Treatment results:** Evaluation of response according to RECIST 1.1 showed that the rate of complete and partial response was 2,7% and 83,8%, respectively. Progression-free survival was 14 ± 3,7 months. Progression-free survival at 12 months 54,7% was Toxicity: There were 24,3% pneumonia patients, 44,2% esophagitis patients only grade I, II. Toxicity on hematopoietic system mainly grade I, II., only 2,7% of patients appeared grade III. Toxicity on liver, kidney, vomiting, fatigue, weight loss are at 1-2 levels. **Conclusion:** The regimen not only gave good results in terms of response rates and progression-free survival, but also significantly reduced radiation-related toxicity

Keywords: Lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, EP, response rate, toxicity..

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hóa xạ trị đồng thời là phương pháp điều trị chuẩn ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III không có chỉ định phẫu thuật. Giai đoạn này gặp khoảng 30% tại thời điểm chẩn đoán ban đầu và tỷ lệ sống thêm 5 năm dao động từ 5% đến 17%, kết quả này phụ thuộc vào phương pháp điều trị¹. Việc phối hợp hoá xạ trị có hai mục đích, một là hoá chất