

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP ĐƯỢC PHÁT HIỆN MẮC U KRUKENBERG Ở TUẦN THỨ 11 CỦA THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Bá Mỹ Nhi¹, Ngô Thị Bình Lua¹,
Trần Thị Thanh Thảo¹, Lâm Hoàng Duy¹

TÓM TẮT

Nhân một trường hợp trường hợp được chẩn đoán mắc u Krukenberg ở tuần thứ 11 của thai kỳ: thai phụ 36 tuổi, PARA 0000, lập gia đình 10 năm, con hiếm, thai lần này sau thụ tinh trong ống nghiệm. Người bệnh nhập viện trong bệnh cảnh đau bụng âm ỉ liên tục và chướng bụng tăng dần, siêu âm nghi có khối u đặc buồng trứng phải kích thước 62x112x85 mm nghi xoắn. Người bệnh được chỉ định mổ cấp cứu, tháo xoắn và cắt phần phụ phải, gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh là phần phụ phải chứa khối u. Sau 2 tuần, kết quả giải phẫu bệnh cho thấy hình ảnh ung thư biểu mô tế bào nhân xâm nhập ở buồng trứng phải, nghi ung thư di căn buồng trứng (u Krukenberg) có nguồn gốc nguyên phát từ đường tiêu hóa như dạ dày, đại tràng, ruột thừa, đường mật... Sau khi được chẩn đoán và hội chẩn liên khoa: sản phụ khoa – ngoại tiêu hoá – ung bướu, người bệnh và gia đình mong muốn dưỡng thai, tiếp tục theo dõi thai kỳ. Người bệnh được điều trị theo phác đồ hóa trị. Chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi thai kỳ, vấn đề phẫu thuật ung thư dạ dày sẽ được đặt ra ngay sau khi sinh.

Từ khóa: u Krukenberg, ung thư, thai kỳ

SUMMARY

KRUKENBERG TUMOR AN INCIDENTAL IN THE 11TH WEEK OF PREGNANCY AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL: CASE REPORT

Krukenberg tumor in the 11th week of pregnancy: 36-year-old woman, PARA 0000, married for 10 years, with rare children, this pregnancy after in vitro fertilization. The patient was admitted to the hospital in the case of continuous dull abdominal pain and increasing abdominal distention, ultrasound suspected of having a solid tumor on the right ovary measuring 62x112x85 mm, suspecting torsion. The patient is indicated for emergency surgery, untwisted and cut off the right appendage, sent for histopathological examination as the appendix must contain the tumor. After 2 weeks, histopathological results showed an infiltrating ring cell carcinoma in the right ovary, suspected of metastatic ovarian cancer (Krukenberg tumor) originating from the gastrointestinal tract such as the stomach, colon, appendix, biliary tract... After being diagnosed and consulted with: obstetrics and gynecology - gastrointestinal surgery - oncology and counseling, the patient and family want to maintain the pregnancy, continue to follow Pregnancy

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Mỹ Nhi

Email: ninhbm@hcm.tahospital.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

monitoring and chemotherapy. The patient was treated according to the chemotherapy regimen. We continue to monitor the pregnancy, the issue of gastric cancer surgery will be raised soon after birth.

Keywords: Krukenberg tumor, cancer, pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khi đang mang thai là một trong những bệnh lý hiếm gặp và phức tạp. Những khó khăn trong chẩn đoán sớm đặt ra nhiều thử thách rất lớn cho các nhà lâm sàng trong việc tiên lượng và điều trị để có thể đem lại kết quả tốt nhất có thể cho cả mẹ và thai. Các loại ung thư phổ biến trong thai kỳ bao gồm: ung thư vú, ung thư nguồn gốc huyết học, ung thư buồng trứng... Trong đó thường gặp nhất là u buồng trứng, đặc biệt là các khối u thứ phát di căn của buồng trứng từ đường tiêu hoá, hay còn gọi là u Krukenberg (KT), chiếm 10–25% trong tất cả các khối u ác tính của buồng trứng [1].

Hầu hết các triệu chứng của u Krukenberg thường không đặc hiệu, nhiều triệu chứng của bệnh tương tự như các triệu chứng trong thai kỳ, bao gồm buồn nôn/nôn, chướng bụng, bụng to, đau bụng, thay đổi ở vú, thiếu máu và mệt mỏi. Những thay đổi ở vú và tử cung đang mang thai có thể gây khó khăn cho việc khám lâm sàng. Ngoài việc lo ngại các xét nghiệm xâm lấn có nguy cơ ảnh hưởng đến thai nhi, các ngưỡng xét nghiệm của u buồng trứng khi mang thai cũng chưa được báo cáo đầy đủ trong y văn nên việc định hướng chẩn đoán trên lâm sàng thường chậm trễ. Do đó chẩn đoán u Krukenberg trong thai kỳ thường ở giai đoạn tiến triển xa khi đã có nhiều biến chứng gợi ý tình trạng bệnh [2]. Chính vì thế, khi bệnh nhân được chẩn đoán u Krukenberg khi mang thai thường tiên lượng rất xấu. Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo một trường hợp u Krukenberg được phát hiện trong tam cá nguyệt I ở một thai phụ khám thai tại Trung tâm Sản Phụ Khoa, bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh TP.HCM.

I. MÔ TẢ CA BỆNH LÂM SÀNG

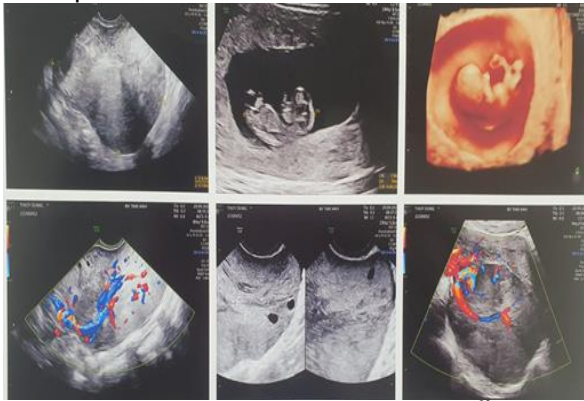
Bệnh nhân 36 tuổi, PARA 0000, lập gia đình 10 năm. Người bệnh đã điều trị hỗ trợ sinh sản với thụ tinh ống nghiệm 2 lần thất bại. Thai kỳ lần này sau thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện của chúng tôi. Tại thời điểm trước thụ tinh ống nghiệm,

người bệnh được khám sức khỏe tổng soát với sàng lọc ung thư cổ tử cung và ung thư vú chưa phát hiện bất thường. Siêu âm kiểm tra tử cung buồng trứng không ghi nhận bất thường.

Thời điểm thai 11 tuần, người bệnh đau bụng 3 ngày liên tục tăng dần, bụng căng chướng, không nôn ói, không sốt đến khám khoa cấp cứu. Trong quá trình bệnh, người bệnh ăn uống được, không có triệu chứng tiêu hóa, tiết niệu, không sụt cân. Tiền căn gia đình không ghi nhận bệnh lý ung thư.

Khám lâm sàng ghi nhận sinh hiệu ổn với mạch 96 lần/phút, huyết áp 129/92 mmHg, nhiệt độ 37°C, spO2 98%, BMI 19. Khám bụng ghi nhận bụng chướng, đau bụng 1/4 dưới phải, thăm âm đạo cổ tử cung đóng, tử cung khó khám, có khối choáng chỗ cùng đồ sau bên phải, ấn đau, âm đạo không huyết.

Người bệnh được siêu âm Doppler màu vùng chậu ghi nhận: lòng tử cung có 01 thai sống khoảng 11 tuần 3 ngày với CRL 46mm, tim thai 158 lần/phút, nhau bám mặt trước. Phần phụ trái bình thường, phần phụ phải có cấu trúc phản âm dày nghi khối u đặc buồng trứng phải kích thước 62x112x85 mm, nằm ở bên phải mặt sau so với tử cung, mật độ giống cơ tử cung, giới hạn rõ, color score 3, có mạch máu đi vào trung tâm khối Vs#17cm/s, ít dịch xung quanh cấu trúc này d#7x20mm, nghi xoắn. Tình trạng lâm sàng người bệnh đau nhiều và mệt nên được hội chẩn mổ cấp cứu.

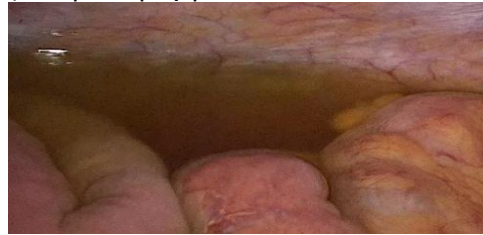


Hình 1: Hình ảnh siêu âm trước phẫu thuật

- 01 thai sống trong tử cung CRL 46mm, tim thai 158 lần/phút.
- Khối u đặc buồng trứng phải kích thước 62x112x85 mm, nghi xoắn.

Người bệnh được chẩn đoán trước mổ: Khối u đặc buồng trứng phải to, xoắn/Thai 11 tuần với xử trí phẫu thuật nội soi thám sát chẩn đoán, tùy tình trạng xử trí. Trong cuộc mổ ghi nhận dịch ổ bụng lượng nhiều màu vàng xanh, phẫu

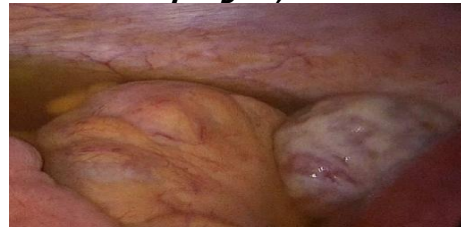
thuật viên lấy 100ml dịch ổ bụng để xét nghiệm cellblock. Thăm sát toàn ổ bụng: gan, lách, mạc nối lớn và các tạng tăng trên ổ bụng bình thường, phúc mạc thành bụng và phúc mạc tạng chưa ghi nhận bất thường. Vùng chậu có tử cung to khoảng thai 11 tuần, phần phụ trái chưa gì lạ với kích thước và bề mặt buồng trứng trái bình thường. Phần phụ phải có khối u đặc buồng trứng phải xoắn 1 vòng, u đường kính khoảng 10cm, vỏ mỏng, tăng sinh mạch máu ít, không chồi nhú ngoài u. Người bệnh được xử trí tháo xoắn, cắt phần phụ phải.



Hình 2: Dịch ổ bụng màu vàng chanh và phúc mạc ổ bụng trơn láng



Hình 3: Khối u buồng trứng phải kích thước 10x8x9cm, vỏ mỏng, không ghi nhận chồi sùi mặt ngoài, mô mỡ

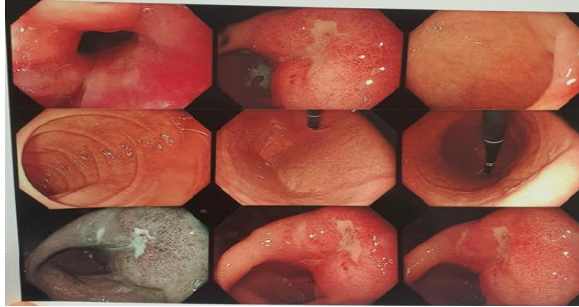


Hình ảnh 4: buồng trứng trái kích thước 2x2x3cm, không ghi nhận bất thường mặt ngoài

Sau phẫu thuật 2 ngày, người bệnh hồi phục tốt được xuất viện, hẹn tái khám thai sau 2 tuần chờ giải phẫu bệnh lý. Trong lúc này, người bệnh khám thai và thực hiện các xét nghiệm tổng soát quý I và sàng lọc lệch bội trong giới hạn bình thường.

Kết quả giải phẫu bệnh lý: Hình ảnh ung thư biểu mô tế bào nhẵn xâm nhập ở buồng trứng phải, nghi ung thư di căn buồng trứng (u Krukenberg) có nguồn gốc nguyên phát từ đường tiêu hóa như dạ dày, đại tràng, ruột thừa, đường mật... Kết quả cellblock dịch ổ bụng ghi nhận nhiều tế bào ác tính.

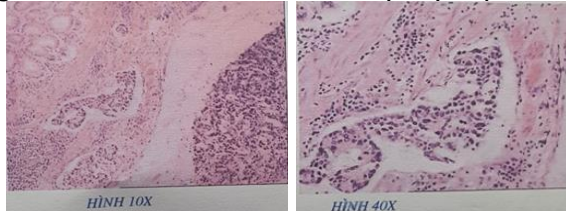
Người bệnh và gia đình được hội chẩn và tư vấn cùng bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ ngoại tiêu hóa và bác sĩ chẩn đoán hình ảnh quyết định thực hiện khảo sát tìm nguồn gốc ung thư thứ phát. Người bệnh được thực hiện nội soi đại tràng được sinh thiết kết quả polyp lành tính, nội soi dạ dày ghi nhận Viêm trào ngược dạ dày thực quản, Grade A (LA classification), Loét hang vị vị trí bờ cong nhỏ – FORREST III và được sinh thiết vị trí ổ loét gửi giải phẫu bệnh lý tại 3 bệnh viện lớn khác nhau.



Hình 5: Hình ảnh nội soi dạ dày

Vùng hang vị: niêm mạc phía phần ngang phía bờ cong nhỏ có ổ loét, kích thước 10x15mm, đáy phủ giả mạc, bờ viêm nề, sinh thiết tổn thương gửi giải phẫu bệnh.

Kết quả giải phẫu bệnh lý ổ loét dạ dày ở 2 nơi trả về: Carcinoma tuyến dạng tế bào nhẵn grade 3 xâm nhiễm dưới niêm mạc dạ dày.



Hình 6: Mô bệnh học vị trí ổ loét

Mô dạ dày có các tế bào lớn, bào tương sáng, nhân dị dạng, nằm lệch về một cực của tế bào. Các tế bào này họp thành 1 đám trên một nền chất nhầy và mô đệm thâm nhiễm viêm.

Kết luận: Carcinoma tuyến dạng tế bào nhẵn grade 3 xâm nhiễm dưới niêm mạc dạ dày.

Sau phẫu thuật 4 tuần, người bệnh có chẩn đoán cuối cùng: ung thư biểu mô dạng tế bào nhẵn của dạ dày di căn buồng trứng (u krukemberg)/ Thai 15 tuần. Chụp MRI được thực hiện sau đó ghi nhận xuất hiện khối u đặc buồng trứng bên trái kích thước 9cm, không ghi nhận di căn ở vị trí khác.

Người bệnh và gia đình mong muốn dưỡng thai. Người bệnh được hội chẩn rộng, tiếp tục theo dõi thai kỳ và hóa trị phác đồ XELOX (80% liều). Vấn đề phẫu thuật ung thư dạ dày sẽ được

đặt ra ngay sau khi sinh. Chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi kết cục thai kỳ và tình trạng người bệnh.

II. BÀN LUẬN

Khối u Krukemberg là một loại khối u buồng trứng hiếm gặp, ban đầu được mô tả là một khối u ác tính xuất phát từ mô đệm buồng trứng, với các tế bào chứa đầy chất nhầy đặc trưng, và sau đó được mở rộng bao gồm tất cả các ung thư biểu mô tuyến di căn đến buồng trứng từ các vị trí khác nhau. Khoảng 76% u Krukemberg bắt nguồn từ dạ dày, 11% từ ruột, 4% từ vú, 3% từ ruột thừa và phần còn lại từ các vị trí khác [3]. Tỷ lệ mắc bệnh chiếm khoảng 1–2% ung thư buồng trứng, tiên lượng xấu và cách quản lý tối ưu vẫn chưa rõ ràng [2]. Các triệu chứng biểu hiện của khối u Krukemberg có thể dễ dàng bị che lấp bởi những thay đổi về sinh lý và nội tiết tố trong thai kỳ, điều này có thể dẫn đến việc chẩn đoán khối u bị thường chậm trễ [4]. Ngoài các triệu chứng không đặc hiệu thường gặp của các bệnh lý ác tính, nam hóa và tăng huyết áp cũng là hai triệu chứng thường gặp. Hai dấu hiệu lâm sàng này thường liên quan đến hoạt động nội tiết tố của cả khối u di căn hoặc nguyên phát [2]. Điều này có thể giải thích vì tế bào buồng trứng bị thay thế bằng các luteinizing interstitial cells, dẫn đến tiết androgen quá mức.

Cũng như hầu hết các trường hợp được báo cáo, trong trường hợp chúng tôi mô tả, chẩn đoán KT là một thách thức [2], [5]. Bệnh nhân khám thai vô tình phát hiện khối u buồng trứng, với mô tả đặc điểm trên siêu âm thuộc phân nhóm u đặc. Theo khuyến nghị của Hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh trong thời kỳ mang thai và cho con bú của Đại học Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG), một khi kết quả siêu âm không thuyết phục, cần thực hiện MRI để nghiên cứu thêm các hình ảnh gợi ý. Tuy nhiên, trong thời gian chờ đợi MRI, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau bụng, siêu âm theo dõi xoắn u buồng trứng và nhập viện mổ cấp cứu. Ổ bụng của bệnh nhân chứa nhiều dịch vàng trong cùng với sự hiện diện khối u ở cả bên buồng trứng, với đại thể khối u trơn láng, không tăng sinh mạch máu. Theo y văn, khối u di căn đến buồng trứng thường nhỏ hơn ung thư buồng trứng nguyên phát và thường chứa u nang, Có thể thấy nốt hoặc sỏi trên bề mặt và/hoặc ở vỏ ngoài của buồng trứng [1], [6]. Đáng chú ý, di căn từ ung thư vú thường nhỏ hơn, trong khi di căn từ đường tiêu hóa (đặc biệt là ung thư ruột thừa) có xu hướng lớn hơn và có thể giống với khối u buồng trứng nguyên phát. U Krukemberg thường gặp ở cả 2

buồng trứng hơn so với ung thư buồng trứng nguyên phát, khoảng 69% trường hợp [1]. Mô học của u Krukenberg thường tương ứng với mô học của khối u nguyên phát, với ung thư biểu mô tuyến nhầy là phát hiện mô học phổ biến nhất. Có thể quan sát thấy hình thái tế bào có vòng nhẵn trong phần lớn các di căn từ ung thư dạ dày.

Với chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào nhầy xâm nhập buồng trứng, nghi u Krukenberg có gợi ý nguồn gốc từ đường tiêu hóa, chúng tôi tiến hành nội soi đường tiêu hóa chẩn đoán. Nhưng việc xác định vị trí khối u nguyên phát gặp nhiều khó khăn khi nội soi tiêu hóa có sang thương không điển hình ở cả dạ dày và đại tràng. Mặt khác, bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ của ung thư đường tiêu hóa: nữ trẻ, không hút thuốc, không nhiễm *Helicobacter pylori* trước đó và không có triệu chứng trước khi mang thai. Người ta đã báo cáo rằng các triệu chứng tiêu hóa dai dẳng và những thay đổi về sinh lý và nội tiết tố trong thai kỳ thường về giấu biểu hiện KT [7]. Hai triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng/vùng chậu và buồn nôn/nôn có thể dễ bị nhầm với các triệu chứng mang thai bình thường, đây là vấn đề nan giải vì chẩn đoán muộn có thể ảnh hưởng xấu đến kết quả sống còn [2].

Bệnh nhân trên mang thai lần đầu ở tuổi 33, khá muộn so với tuổi mang thai trung bình trong dân số và tuổi trung bình ở những thai phụ có khối u Krukenberg trong nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2016 là 30.4 tuổi [2]. Thời điểm phát hiện khối u buồng trứng trong trường hợp này khá sớm, vào tuần 11 của thai kỳ. Khi chẩn đoán, điều quan trọng là phải xác định tuổi thai chính xác vì nó là nhân tố rất quan trọng trong việc quyết định phương hướng điều trị, và tác động của việc tiếp xúc với hóa chất (nếu có) gây độc cho thai sẽ phụ thuộc vào giai đoạn thai kỳ. Việc tiếp xúc với hóa chất gây quái thai trong 10–14 ngày đầu tiên sau khi thụ thai sẽ dẫn đến hiện tượng hoặc tất cả hoặc không có gì: sẩy thai hoặc phôi thai phát triển bình thường. Tiếp xúc với chất gây quái thai từ ngày thứ 10 đến tuần thứ 8 sau khi thụ thai có liên quan đến việc tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh [8]. Hơn nữa, nếu bệnh được phát hiện ở tuổi thai sớm, nó cho phép người mẹ có nhiều lựa chọn quản lý hơn bao gồm cả việc chấm dứt thai kỳ [2].

Điều trị khối u buồng trứng trong thai kỳ thường được cá nhân hóa dựa trên loại khối u ác tính, tuổi thai và mong muốn của bệnh nhân. Việc điều trị chậm trễ có thể ảnh hưởng đến sự sống còn của người mẹ nhưng liệu pháp điều trị

ung thư cũng có thể gây hại cho thai nhi. Quản lý các khối u Krukenberg chủ yếu bao gồm hóa trị và phẫu thuật. Các lựa chọn có thể điều trị khối u này là phẫu thuật giảm tế bào (CRS), liệu pháp hóa trị hỗ trợ (CTx), Hóa trị tân hỗ trợ và hóa trị liệu siêu nhiệt trong phúc mạc (HIPEC). Các phương pháp điều trị này có thể được sử dụng đơn lẻ hoặc kết hợp [5]. Mặc dù có bằng chứng rõ ràng rằng phẫu thuật giảm tế bào trong ung thư buồng trứng nguyên phát có lợi cho sự tiên lượng sống còn, nhưng có rất ít thông tin liên quan đến vai trò của phẫu thuật giảm tế bào trong ung thư buồng trứng thứ phát. Thật không may, không có thử nghiệm tiến cứu về vấn đề này. Hầu hết các nghiên cứu hồi cứu đều đồng ý rằng phẫu thuật giảm tế bào có thể mang lại lợi ích sống còn ở các nhóm bệnh nhân được chọn. Trong các khối u ít lan rộng hơn, phẫu thuật có thể được sử dụng để loại bỏ cả khối u nguyên phát và khối u di căn. Những bệnh nhân không có cổ tử cung, ung thư biểu mô hoặc có khối u nguyên phát có thể phẫu thuật là những ứng cử viên cho điều trị phẫu thuật [2]. Phác đồ hóa trị cho khối u Krukenberg nói chung dựa trên loại ung thư nguyên phát và hiện tại không có chế độ hóa trị tiêu chuẩn được chấp nhận rộng rãi cho khối u Krukenberg [2].

Kodama và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu trên phụ nữ mang thai bị KT được điều trị bằng phẫu thuật triệt để (57,1%) hoặc không phẫu thuật/phẫu thuật giảm nhẹ (42,9%), cho thấy tỷ lệ sống sót sau 1, 2 và 5 năm là 45,6%, 45,6% và không có tỷ lệ sống sót sau 5 năm [2].

Bệnh nhân của chúng tôi được tiếp nhận liệu pháp hóa trị. Thai kỳ phát triển ổn định, các chỉ số sinh trắc trong giới hạn bình thường. Chúng tôi vẫn đang tiếp tục theo dõi trường hợp này. Theo hiểu biết tốt nhất của chúng tôi, đây là trường hợp báo cáo đầu tiên về chẩn đoán KT trong khi mang thai ở TPHCM – Việt Nam.

Hạn chế của nghiên cứu của chúng tôi nằm ở việc mô tả một trường hợp KT cá biệt, vẫn còn đang trong quá trình theo dõi, hạn chế trong kết luận về tiêu chuẩn chăm sóc và tiên lượng cho tình trạng này. Cần có thêm nhiều nghiên cứu về bệnh lý này để có thể xây dựng mô hình bệnh tật trong dân số cũng như có thể đưa ra những kết luận có tính thuyết phục hơn.

III. KẾT LUẬN

U Krukenberg có nguồn gốc nguyên phát từ đường tiêu hóa như dạ dày, đại tràng, ruột thừa, đường mật... U Krukenberg được phát hiện trong thai kỳ là trường hợp đầu tiên được báo cáo tại

thành phố Hồ Chí Minh. Sau khi được chẩn đoán và hội chẩn liên khoa: sản phụ khoa – ngoại tiêu hoá – ung bướu và tư vấn, người bệnh và gia đình mong muốn dưỡng thai, tiếp tục theo dõi thai kỳ và được điều trị hóa trị. Chúng tôi đang tiếp tục theo dõi diễn biến của thai kỳ, vấn đề phẫu thuật ung thư dạ dày sẽ được đặt ra ngay sau khi sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kubeček, O., et al.,** The pathogenesis, diagnosis, and management of metastatic tumors to the ovary: a comprehensive review. *Clin Exp Metastasis*, 2017. 34(5): p. 295-307.
2. **Kodama, M., et al.,** Feto-maternal outcomes of pregnancy complicated by Krukenberg tumor: a systematic review of literature. *Arch Gynecol Obstet*, 2016. 294(3): p. 589-98.
3. **Rosa, F., et al.,** Krukenberg Tumors of Gastric Origin: The Rationale of Surgical Resection and

Perioperative Treatments in a Multicenter Western Experience. *World J Surg*, 2016. 40(4): p. 921-8.

4. **Kwon, Y.-S., et al.,** Ovarian cancer during pregnancy: clinical and pregnancy outcome. *Journal of Korean medical science*, 2010. 25(2): p. 230-234.
5. **Mendoza-Rosado, F., et al.,** Krukenberg tumor as an incidental finding in a full-term pregnancy: a case report. *J Med Case Rep*, 2021. 15(1): p. 304.
6. **Lionetti, R., et al.,** Clinics and pathology of Krukenberg tumor: a systematic review and meta-analysis. *Minerva Obstet Gynecol*, 2022. 74(4): p. 356-363.
7. **Boussios, S., et al.,** A review on pregnancy complicated by ovarian epithelial and non-epithelial malignant tumors: Diagnostic and therapeutic perspectives. *J Adv Res*, 2018. 12: p. 1-9.
8. **Van Calsteren, K., et al.,** Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes. *J Clin Oncol*, 2010. 28(4): p. 683-9.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI ĐƠN THUẦN BẰNG VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU KẾT HỢP SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Huệ¹, Nguyễn Vinh Quốc¹

FOR PATIENTS WITH SIMPLE

PERIARTHRITIS OF THE SHOULDER

Objective: to evaluate the impact of the combination of exercises therapy and ultrasound therapy on treating simple periartthritis of the shoulder. **Subjects and methods:** 30 patients aging over 18 diagnosed with simple periartthritis of the shoulder by Codman E.A standard. All patients volunteered to take part in the study. They were treated with ultrasound therapy on the shoulder joint pain side combined exercises therapy. Treatment outcomes were compared after 15 days. **Result:** 76.7% of the patients received good and moderate outcomes. The pain scored averagely increased from 3.2 ± 2.5 (score) to 13.0 ± 2.5 (score), the shoulder Constant - Murley score increased from 33.8 ± 10.9 (score) to 81.1 ± 10.1 (score) after treatment, difference was statistically significant. The shoulder joint movement also has improved the better. **Conclusion:** the combination of exercises therapy and ultrasound therapy performs efficiency in treating simple periartthritis of the shoulder.

Keywords: simple periartthritis of the shoulder, exercises therapy, ultrasound therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai, bệnh gặp khá phổ biến với biểu hiện lâm sàng cơ bản là đau, hạn chế vận động khớp [1], [2], [3]. VQKV gây ảnh hưởng nhiều tới lao động và sinh hoạt của người bệnh, việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ tái phát sau điều trị còn cao [1], [2], [3].

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần bằng vận động trị liệu kết hợp siêu âm điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân tuổi trên 18 được chẩn đoán viêm quanh khớp vai đơn thuần theo tiêu chuẩn của Codman E.A, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Được điều trị bằng siêu âm điều trị khớp vai bên đau kết hợp vận động trị liệu, so sánh kết quả trước và sau 15 ngày điều trị. **Kết quả:** 76,7% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt và khá. Điểm đánh giá cải thiện mức độ đau tăng từ $3,2 \pm 2,5$ (điểm) trước điều trị lên $13,0 \pm 2,5$ (điểm) sau điều trị, điểm đánh giá chức năng khớp vai tăng từ $33,8 \pm 10,9$ (điểm) trước điều trị lên $81,1 \pm 10,1$ (điểm) sau điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tâm vận động khớp vai các động tác cải thiện tốt hơn có ý nghĩa so với trước điều trị. **Kết luận:** vận động trị liệu kết hợp siêu âm điều trị hiệu quả tốt trong điều trị viêm quanh khớp vai đơn thuần.

Từ khóa: viêm quanh khớp vai, vận động trị liệu, siêu âm điều trị.

SUMMARY

EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF EXERCISES THERAPY COMBINED WITH ULTRASOUND THERAPY IN TREATMENT

¹Viện Y học Cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: TS Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023