

6. **Ho Sik Shin, Byung Ha Chung, Sang Eun Lee, Woo Jin Kim, Hong Il Ha, Chul Woo Yang.** Measurement of kidney volume with multi-detector computed tomography scanning in young Korean. *Yonsei Med J.* 2009;50:p.262-5.
7. **Safak AA, Simsek E., Bahcebasi T.** Sonographic assessment of the normal limits and percentile curves of liver, spleen, and kidney dimensions in healthy school-aged children. *J Ultrasound Med,* 24. 2005;24(10):p.1359-64.
8. **Kích thước siêu âm thận** và mối tương quan giữa chiều dài thận với tuổi, chiều cao, cân nặng ở trẻ em bình thường 6-8 tuổi [Internet]. 2008.
9. **Drnasin K, Saraga M, Capkun V.** Ultrasonographic assessment of kidney dimensions in first six months of life. *Coll Antropol;*35(3). 2011:p.733-7.
10. **John J, Jeff Pugach, Manoj patel.** The renal length nomogram: a multivariable approach. *The Journal of urology.* 2002;Vol.168:p. 2149 - 52.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH NÁCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I – IIIA TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang<sup>1</sup>, Đào Minh Thế<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng di căn hạch nách và các yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – IIIA tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 296 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – IIIA được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc bảo tồn có vết hạch nách tại bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 04/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ di căn hạch nách là 38.5%. Đánh giá hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp (57.9% và 74.7%). độ âm tính giả cao (26.1%). Các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách trong phân tích đơn biến là vị trí u. xâm nhập mạch máu. xâm nhập mạch bạch huyết. Các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách trong phân tích đa biến là kích thước u và xâm nhập mạch bạch huyết. với  $p < 0.05$ . **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu này cho thấy rằng vị trí u, kích thước u, xâm nhập mạch máu, xâm nhập mạch bạch huyết là các yếu tố ảnh hưởng tình trạng di căn hạch nách trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I – IIIA.

**Từ khóa:** Ung thư vú, hạch nách, di căn hạch, giai đoạn I – IIIA.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF AXILLARY LYMPH NODE METASTASES AND PREDICTIVE FACTORS IN STAGE I-III A BREAST CANCER PATIENTS AT K HOSPITAL

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate axillary lymph node metastases and to predictors of axillary lymph node metastases in patients with stage I - IIIA breast cancer at K Hospital. **Patients and methods:** cross-sectional description of 296 stage I - IIIA breast cancer patients who have had mastectomy or breast conservation surgery with axillary

lymphadenectomy at K hospital from January 2019 to April 2020. **Results:** The rate of axillary lymph node metastasis was 38.5%. Clinical evaluation of axillary lymph nodes has low sensitivity and specificity (57.9% và 74.7%). high false negativity (26.1%). Factors associated with nodal involvement in univariate analyses were tumor location. vascular and lymphovascular invasion; in multivariate analyses were tumor size and lymphovascular invasion. with  $p < 0.05$ . **Conclusion:** The results of this study show that tumor location, tumor size, vascular invasion, and lymphatic vascular invasion are factors affecting axillary lymph node metastasis in patients with stage I – IIIA breast cancer.

**Key words:** Breast cancer, axillary lymph node, lymph node metastasis, stage I - III.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở nữ. Theo GLOBOCAN năm 2018, trên thế giới có 2.088.849 ca mắc mới và có 626.679 ca tử vong do UTV. Tại Việt Nam, có 15.229 ca mắc mới, chiếm 20.6% trong số các ung thư ở nữ giới và 6.103 ca tử vong. Mặc dù có một số yếu tố tiên lượng mới, di căn hạch nách vẫn là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với nguy cơ tái phát và khả năng sống thêm ở bệnh nhân UTV xâm lấn [1].

Cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn kèm vết hạch nách đã trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư vú giai đoạn I - IIIA. Tuy nhiên, có nguy cơ gây ra các biến chứng như mất cảm giác, giảm khả năng vận động của cánh tay và phù bạch huyết [2]. Trong những năm gần đây, sinh thiết hạch cửa đã trở thành phương pháp thay thế vết hạch nách thường quy ở những bệnh nhân UTV không phát hiện hạch nách trên lâm sàng. Dù vậy, sinh thiết hạch cửa mất nhiều thời gian và đòi hỏi một nhóm đa chuyên khoa bao gồm bác sĩ phẫu thuật, chuyên gia y học hạt nhân, bác sĩ X quang

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 8.3.2022

và bác sĩ giải phẫu bệnh, điều này có thể không khả thi, đặc biệt khi nguồn lực trong điều kiện tại Việt Nam còn hạn chế. Hơn nữa, sinh thiết hạch cửa có tỷ lệ âm tính giả 15-20%, có thể dẫn đến phẫu thuật lần thứ hai và tăng chi phí đáng kể cho người bệnh [3]. Chính vì vậy việc xác định các yếu tố dự đoán di căn hạch nách sẽ tìm ra được nhóm nguy cơ di căn hạch nách thấp để tiến hành sinh thiết hạch cửa chọn lọc, đồng thời cũng hạn chế được mức độ phẫu thuật vét hạch nách và giảm các biến chứng. Một số yếu tố bao gồm kích thước khối u, mức độ mô học, xâm lấn mạch bạch huyết, tình trạng thụ thể estrogen và progesterone (ER và PR), và bộ lỘ HER-2 đã được xác định trong các nghiên cứu khác nhau như là những yếu tố dự báo di căn hạch nách nhưng tại Việt Nam trong chưa có nhiều nghiên cứu. Mục đích nghiên cứu này là để đánh giá tỷ lệ di căn hạch nách và xác định các yếu tố liên quan dự báo tình trạng di căn hạch nách của các bệnh nhân UTV giai đoạn I - IIIA.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 296 bệnh nhân được chẩn đoán UTV giai đoạn I-IIIa được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 04/2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân nữ, được chẩn đoán UTV, giai đoạn I - IIIA theo AJCC 2017.

- Được phẫu thuật cắt tuyến vú hoặc phẫu thuật bảo tồn + vét hạch nách.

- Có kết quả mô bệnh học sau mổ, khẳng định ung thư biểu mô tuyến vú theo phân loại WHO năm 2012.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đã được điều trị hóa chất, xạ trị trước phẫu

thuật.

- Đã phẫu thuật hay can thiệp trước đó vùng hố nách, tay hai bên.

- UTV nam giới hoặc UTV liên quan thai kỳ. UTV hai bên.

- Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

Phân tích và xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch nách được đưa vào phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến, với giá trị  $p < 0.05$  có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Tỷ lệ di căn hạch nách sau mổ**

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không di căn hạch nách	182	61.5
Có di căn hạch nách	114	38.5
pN1	78	26.4
pN2	27	9.1
pN3	9	3

**Nhận xét:** Tỷ lệ di căn hạch nách là 38.5%, trong đó có 26.4% số bệnh nhân di căn 1-3 hạch và 12.1% bệnh nhân di căn từ 4 hạch trở lên.

**Bảng 2. Kết quả di căn hạch nách theo tình trạng hạch nách trên lâm sàng**

Tình trạng hạch trên lâm sàng	pN(+) n (%)	pN(-) n (%)	Tổng số BN
cN(+)	66 (58.9)	46 (41.1)	112
cN(-)	48 (26.1)	136 (73.9)	184
<b>Tổng số BN</b>	<b>114</b>	<b>182</b>	<b>296</b>

**Nhận xét:** Đánh giá di căn hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy=66/114= 57.9%, độ đặc hiệu=136/182=74.7%, âm tính giả= 26.1%

**Bảng 3. Phân tích tỷ lệ di căn hạch nách theo một số yếu tố liên quan**

Yếu tố	Tổng số BN n (%)	pN(+) n (%)	pN(-) n (%)	p
<b>Nhóm tuổi:</b> <40 tuổi	50 (17.8)	21 (42)	29 (58)	0.578
≥ 40 tuổi	246 (82.2)	93 (37.8)	153 (62.2)	
<b>Tình trạng mãn kinh:</b> Đã mãn kinh	143 (48.3)	52 (36.4)	91 (63.6)	0.462
Chưa mãn kinh	153 (51.7)	62 (40.5)	91 (59.5)	
<b>BMI:</b> <18.5: Gầy	14 (4.7)	2 (14.3)	12 (85.7)	0.063
18.5 – 23: Bình thường	180 (60.8)	66 (36.7)	114 (63.3)	
≥ 23: Béo phì	102 (34.5)	46 (45.1)	56 (54.9)	
<b>Vị trí u:</b> Trên trong	63 (21.3)	17 (27)	46 (73)	0.007
Trên ngoài	162 (54.7)	76 (46.9)	86 (53.1)	
Dưới trong	27 (9.1)	8 (29.6)	19 (70.4)	
Dưới ngoài	28 (9.5)	10 (35.3)	18 (64.2)	
Trung tâm	12 (4)	2 (16.7)	10 (83.3)	
Đa ổ	4 (1.4)	1 (25)	3 (75)	

<b>Kích thước u:</b>	≤ 2 cm	138 (46.6)	44 (31.9)	94 (68.1)	0.083
	2-5 cm	149 (50.3)	66 (44.3)	83 (55.7)	
	> 5 cm	9 (3.1)	4 (44.4)	5 (55.6)	
<b>Số hạch vét được:</b>	< 10 hạch	54 (18.2)	20 (37)	34 (63)	0.805
	≥ 10 hạch	242 (81.8)	94 (38.8)	148 (61.2)	
<b>Thể GPB:</b>	Carcinoma xâm nhập type NST	233 (78.7)	94 (40.3)	139 (59.7)	0.37
	Tiểu thùy xâm nhập	14 (4.7)	8 (57.1)	6 (42.9)	
	Thể nhày	4 (1.6)	1 (25)	3 (75)	
	Thể tủy	2 (0.7)	0	2 (100)	
	Thể vi nhú	7 (2.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	
	Carcinoma xâm nhập trội nội ống	16 (5.4)	4 (25)	12 (75)	
	Khác* (thể dị sản, thể kết hợp, thể nhú trong vỏ, thể tiết rụng đầu...)	20 (6.6)	5 (25)	15 (75)	
<b>Độ mô học:</b>	Độ I	5 (2)	4 (80)	1 (20)	0.068
	Độ II	122 (48.8)	42 (34.4)	42 (34.4)	
	Độ III	123 (49.2)	52 (42.3)	52 (42.3)	
<b>XN mạch máu:</b>	Có	55 (18.6)	29 (52.7)	26 (47.3)	0.016
	Không	241 (81.4)	85 (35.5)	156 (64.7)	
<b>Xâm nhập mạch bạch huyết:</b>	Có	29 (9.8)	22 (75.9)	7 (24.1)	0.000
	Không	267 (90.2)	92 (34.5)	175 (65.5)	
<b>Xâm nhập quanh thần kinh:</b>	Có	8 (2.7)	4 (50)	4 (50)	0.499
	Không	288 (97.3)	110 (38.2)	178 (61.8)	
<b>ER:</b>	Dương tính	176 (59.5)	69 (39.2)	107 (60.8)	0.767
	Âm tính	120 (40.5)	45 (37.5)	75 (62.5)	
<b>PR:</b>	Dương tính	145 (48.9)	59 (40.7)	86 (59.3)	0.451
	Âm tính	151 (51.1)	55 (36.4)	96 (63.6)	
<b>Her-2 neu:</b>	Dương tính	144 (48.6)	57 (39.6)	87 (60.4)	0.93
	Âm tính	128 (51.4)	50 (39.1)	78 (60.9)	
<b>Ki67:</b>	≥ 20%	240 (81.1)	98 (40.8)	142 (59.2)	0.09
	< 20%	56 (18.9)	16 (28.6)	40 (71.4)	
<b>Phân nhóm phân tử :</b>	Luminal A	52 (17.6)	22 (42.3)	30 (57.7)	0.915
	Luminal B	144 (48.6)	54 (37.5)	90 (62.5)	
	Her2-neu (+)	77 (26)	30 (39)	47 (61)	
	Bộ ba âm tính	23 (7.8)	8 (34.8)	15 (62.5)	

**Nhận xét:** - Đa số nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi ≥ 40(82.2%), hơn một nửa (51.7%) chưa mãn kinh và khoảng hơn 1/3 béo phì (34.5%). Khối u kích thước chủ yếu T1, T2, nằm ở vị trí ¼ trên ngoài (54.7%). Thể mô bệnh học hay gặp nhất là Carcinoma xâm nhập type không đặc biệt (78.7%), với độ mô học chủ yếu là độ II (48.8%) và độ III (49.2%). Đa số khối u chưa xâm nhập mạch máu, mạch bạch huyết và thần kinh (81.4%, 90.2% và 97.3%). Về các yếu tố sinh học phân tử: có 59.5% khối u có tình trạng ER(+), 48.9% có PR(+), 48.6% bộc lộ quá mức Her-2 và đa số có chỉ số Ki67 cao (81.1%). Nhóm phân tử phổ biến nhất là nhóm Luminal B với 48.6%.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ di căn hạch nách có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ) bao gồm: vị trí u, xâm nhập mạch máu, xâm nhập mạch bạch huyết.

**Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách**

Yếu tố	Hệ số hồi quy β	Sai số chuẩn	P
Tuổi	-0.052	0.028	0.064
Tình trạng mãn kinh	0.819	0.546	0.133
BMI	0.142	0.068	0.056
Vị trí u	0.102	0.153	0.507
Kích thước u	0.033	0.017	0.048
Số hạch vét được	0.034	0.039	0.393
Thể GPB	-0.353	0.182	0.052
Độ mô học	0.123	0.535	0.727
Xâm nhập mạch máu	-0.711	0.397	0.073
Xâm nhập mạch bạch huyết	-2.236	0.643	0.001
Xâm nhập quanh thần kinh	-2.221	1.234	0.073
ER	-0.717	0.67	0.285
PR	0.03	0.54	0.956
Her-2 neu	-0.151	0.368	0.682
Ki67	-0.004	0.01	0.704
Phân nhóm phân tử	0.375	0.418	0.37

**Nhận xét:** Các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách bao gồm: kích thước u. xâm nhập mạch bạch huyết với  $p < 0.05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu là 38.5%, tương đương với các nghiên cứu trước đây trên thế giới như của Chua (2001) là 41% [4]. Saleh (2018) là 35.5% [5]; và các nghiên cứu ở Việt Nam như Nguyễn Đỗ Thùy Giang (2008) là 40.1% [6]. Trong 38.5% bệnh nhân di căn hạch nách, có 9.1% di căn hạch N2 và 3% di căn hạch N3. Tình trạng hạch trên lâm sàng là không đủ để đánh giá di căn hạch nách với độ nhạy và độ đặc hiệu thấp, độ âm tính giả cao (độ nhạy = 57.9%, độ đặc hiệu = 74.7, âm tính giả = 26.1%). Đặc điểm này phù hợp với những kết luận của các nghiên cứu trước đây và việc xác định các yếu tố ảnh hưởng để dự đoán tình trạng di căn hạch nách là rất cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi. xâm nhập mạch bạch huyết cho thấy là một yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất về di căn hạch nách; nguy cơ di căn hạch nách cao hơn 2.2 lần so với khi u chưa xâm nhập mạch bạch huyết, kết quả giống với những nghiên cứu trên thế giới [4],[5]. Sự xâm lấn mạch bạch huyết có thể được coi là điều kiện tiên quyết cho sự di căn theo đường bạch huyết [4]. [5] và tất cả các khối u có sự di căn hạch nách có thể được coi là đã có sự xâm lấn mạch bạch huyết cho dù được phát hiện trên mô bệnh học hay không.

Kích thước khối u đã được chứng minh có ảnh hưởng đến di căn hạch nách trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Kích thước u càng lớn thì nguy cơ di căn hạch nách càng cao [4],[8]. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có khối u T2 (>2 cm) có tỷ lệ di căn hạch nách là 44.3% cao hơn các khối u T1 là 31.9%, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.083$ . Tuy nhiên trong phân tích đa biến, kích thước khối u là một yếu tố độc lập dự báo khả năng di căn hạch nách của UTV. Trong một số nghiên cứu tỷ lệ di căn hạch nách theo kích thước khối u dao động từ 21 đến 42% đối với khối u T1 và 41 đến 63% đối với khối u T2 [4],[6]. Sự không thống nhất này có liên quan đến sự thay đổi của các định nghĩa về kích thước khối u trong các phiên bản AJCC khác nhau và các cách thức đo kích thước khối u được sử dụng trong nghiên cứu: giải phẫu bệnh. X quang hoặc lâm sàng.

Ngoài ra, tỷ lệ di căn hạch nách trong nghiên cứu cao nhất trong nhóm u ở vị trí góc phần tư trên ngoài (46.9%) có ý nghĩa thống kê với

$p = 0.007$ . Legha (2015) [9] cũng phát hiện ra rằng góc phần tư phía trên ngoài của vú có liên quan đến 62% trường hợp di căn hạch nách. Vị trí phổ biến thứ hai là phía trên trong (16%), tiếp theo là phía dưới ngoài với tỷ lệ 6% và đa ổ. tức là từ 2 góc phần tư liên quan đến 12% trường hợp. Điều này có thể là do lượng mô vú ở góc phần tư phía trên ngoài nhiều hơn so với các vùng khác của vú. Tuy nhiên, khi phân tích đa biến, vị trí u theo góc phần tư chưa phải là một yếu tố độc lập ảnh hưởng đến di căn hạch nách.

Chúng tôi tiến hành phân tích tỷ lệ di căn hạch nách ở nhóm u xâm nhập mạch máu cho thấy cao hơn với nhóm u không xâm nhập mạch (52.7% so với 35.5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.016$ . Tuy nhiên xâm nhập mạch máu cũng không phải là một yếu tố độc lập ảnh hưởng trong phân tích đa biến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố về nhân học như tuổi, tình trạng mãn kinh. BMI; các yếu tố về giải phẫu bệnh. độ mô học cũng như các yếu tố về sinh học phân tử như tình trạng ER, PR, Ki67, Her-2 chưa phải là các yếu tố ảnh hưởng đến di căn hạch nách. Hạn chế chính của nghiên cứu này là một nghiên cứu hồi cứu. Mặc dù có hạn chế này, chúng tôi coi kết quả của nghiên cứu có ý nghĩa lâm sàng vì số lượng các bệnh nhân trong nghiên cứu là đủ lớn.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch nách trên các bệnh nhân UTV giai đoạn I – IIIA là 38.5%. Đánh giá hạch nách bằng lâm sàng có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao (57.9% và 74.7%), độ âm tính giả cao (26.1%). Kích thước u và xâm nhập mạch bạch huyết là các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch nách. Xâm nhập mạch máu và vị trí u ở góc phần tư trên ngoài có nguy cơ di căn hạch nách cao nhất, tuy nhiên chưa phải là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến nguy cơ di căn hạch.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luini A, Gatti G, Ballardini B, et al (2005). Development of axillary surgery in breast cancer. *Ann Oncol*. 16. 259–62.
2. Taylor KO (2004). Morbidity associated with axillary surgery for breast cancer. *ANZ J Surg*. 74. 314–7.
3. Kitajima M, Kitagawa Y, Fujii H, et al (2005). Credentialing of nuclear medicine physicians, surgeons, and pathologists as a multidisciplinary team for selective sentinel lymphadenectomy. *Cancer Treat Res*. 127. 253–67.
4. Chua B, Ung O, Taylor R, et al (2001). Frequency and predictors of axillary lymph node metastases in invasive breast cancer. *ANZ J Surg*. 71. 723–8

5. Schoppmann SF, Bayer G, Aumayr K. et al (2004). Prognostic value of lymphangiogenesis and lymphovascular invasion in invasive breast cancer. *Ann Surg.* 240. 306–12.
6. Saleh S, Mona M and Mohammad E (2018). Frequency and Predictors of Axillary Lymph Node Metastases in Iranian Women with Early Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 19(6): 1617–1620.
7. Nguyễn Đỗ Thùy Giang, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp và công sự (2008). Khảo sát tỷ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I-II. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 12(4).
8. Oz B, Akcan A, Dogan S. et al (2018). Prediction of non sentinel lymph node metastasis in breast cancer patients with one or two positive sentinel lymph nodes. *Asian J Surg.* 41. 12–9
9. Legha MP, Gandhi A, Gaur R. et al (2015). Carcinoma breast: Correlation study between tumor size, number of lymph nodes and metastasis. *Int J Gen Can.* 2. 1–8.

## GIAI ĐOẠN HƯNG PHẦN CỦA CHU TRÌNH ĐÁP ỨNG TÌNH DỤC Ở NGƯỜI BỆNH HƯNG CẢM

Trần Nguyễn Ngọc<sup>1,2</sup>, Dương Minh Tâm<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu giai đoạn hưng phần của chu trình đáp ứng tình dục ở người bệnh hưng cảm đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Đây là một nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 60 người bệnh được chẩn đoán hưng cảm theo ICD – 10 (F30, F31.0, F31.1, F31.2). Kết quả cho thấy người bệnh hưng cảm có tuổi trung bình là 33,3 ± 11,2 tuổi, nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới và tỉ lệ nữ/nam ≈ 1,3/1. Người bệnh hưng cảm dễ dàng kích thích tình dục (86,7%). Ở nữ giới, tỷ lệ không dễ dàng kích thích tình dục cao hơn ở nam giới (23,5% với 0%, p = 0,002). Họ hiếm khi mất hứng thú tình dục (61,7%). Đa số mong muốn được kích thích bộ phận sinh dục (58,3%). Nữ giới chủ yếu mong muốn được kích thích ở vị trí ngực hơn nam giới (p < 0,01). Nam giới phần lớn muốn được kích thích ở bộ phận sinh dục hơn là ở nữ giới (p < 0,01).

**Từ khoá:** hưng cảm; giai đoạn hưng phần, chu trình đáp ứng tình dục.

### SUMMARY

#### THE PLATEAU PHASE OF SEXUAL RESPONSE CYCLE IN PATIENTS WITH MANIA

Our study aimed to investigate the plateau phase of sexual response cycle in patients with mania treated in Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. This is a cross-sectional descriptive study, included 60 patients diagnosed with mania according to ICD-10 diagnosis criteria (including diagnostic codes: F30, F31.0, F31.1, F31.2). **Results:** the mean age manic patients was 33.3 ± 11.2 years old. There were more women than men, and the female/male ratio was about 1.3/1. Manic patients were easily sexually aroused (86.7%). The rate of not being easily

sexually aroused was significant higher in women than in men (23.5% vs 0%, p = 0.002). Most of manic patient found that they rarely lose their interest in sex (61.7%). Majority of them wanted to have genital stimulation (58.3%). The percentage of women who wanted stimulation in the chest position was higher than of men (p < 0.01). Men mostly wanted to be stimulated in the genitals compared to women (88.5% vs 35.3%, p < 0.01).

**Keywords:** mania; the plateau phase, the sexual response cycle.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giai đoạn hưng phần hay giai đoạn phần khích, khởi đầu bởi sự kích thích tâm lý (sự tưởng tượng hay sự hiện diện của một đối tượng yêu thích) hoặc kích thích sinh lý (vuốt ve hoặc hôn) hoặc một sự kết hợp của cả hai, bao gồm một cảm giác chủ quan của sự vui thích. Các kích thích về tưởng tượng tăng nhanh. Trong giai đoạn này, sự cương cứng dương vật ở nam giới và bôi trơn âm đạo xảy ra ở phụ nữ. Các núm vú của cả hai giới trở nên cương cứng, mặc dù cương cứng núm vú là phổ biến hơn ở phụ nữ so với nam giới. Âm vật của người phụ nữ trở nên cứng và cương lên, và môi nhỏ trở nên dày hơn do kết quả của ứ máu tĩnh mạch. Phần khích ban đầu có thể kéo dài từ vài phút đến vài giờ. Với sự tiếp tục kích thích, tinh hoàn của người đàn ông tăng 50% về kích thước. Âm đạo của nữ giới có các co thắt ở một phần ba bên ngoài, đó là nền tảng của sự cực khoái. Ở nữ giới có sự tăng kích thước vú lên đến 25%. Sự duy trì cương cứng của dương vật và âm đạo dẫn đến thay đổi màu sắc, đặc biệt trong môi nhỏ, trở thành màu đỏ tươi hay đỏ sẫm. Sự co cơ của các nhóm cơ lớn xảy ra, nhịp tim và hô hấp tăng, và huyết áp tăng. Xuất hiện khoái lạc tình dục, căng cơ, âm thanh không kiểm soát. Sự phần khích cao độ kéo dài từ 30 giây đến vài phút. Giai đoạn này tiến đến cao nguyên ổn định duy trì một thời

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 8.3.2022