

tương quan giữa nồng độ kháng thể kháng AChR với mức độ lâm sàng cũng còn khác nhau; đây là thách thức của y học hiện đại và sẽ là mục tiêu, đích đến của nhiều nghiên cứu khác nữa. Nhưng sự hiện diện của kháng thể này thì là điều khẳng định có trong bệnh nhược cơ [5],[7].

Trong những thập kỷ gần đây với sự tiến bộ chung của y học thế giới và Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu bệnh nhược cơ được công bố. Cơ chế bệnh sinh đã được chứng minh một cách tương đối sáng tỏ về vai trò của kháng thể kháng AChR trong huyết thanh bệnh nhân nhược cơ. Trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán quyết định nhược cơ vẫn còn gặp nhiều khó khăn, nhất là trong giai đoạn đầu của bệnh bị che lấp bởi những biểu hiện khác. Triệu chứng sụp mi, yếu cơ trong bệnh nhược cơ phát triển rất từ từ và triệu chứng này cũng hay gặp trong nhiều bệnh lý khác, nên chẩn đoán nhược cơ thường bị trì hoãn. Do vậy, việc khai thác bệnh sử, khám xét lâm sàng kỹ lưỡng kết hợp với các phương pháp chẩn đoán bổ trợ là rất cần thiết; đặc biệt xét nghiệm AChRAB đóng vai trò quan trọng bậc nhất. Tuy nhiên, ở Việt Nam thì xét nghiệm AChR Ab chưa được thực hiện rộng rãi.

V. KẾT LUẬN

- Nghiệm pháp neostigmin dương tính 88,4%. Test KTTKLT dương tính 65,1% trong đó thể mắt đơn thuần 30,8%, nhóm lan toàn thân đạt 80%. Kết quả xét nghiệm AChR - Ab dương tính là 88,4% trong đó thể mắt là 76,9%, nhóm lan toàn thân 93,3%.

- Có mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh, vị trí sụp mi với thể bệnh nhược cơ ($p < 0,05$).

- Có mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT, AChR - Ab với mức độ nặng của nhược cơ theo phân loại của Osserman ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thanh Hiếu, Phan Việt Nga, Nhữ Đình Sơn, Nguyễn Giang Nam, Đỗ Khắc Đại. Đánh giá nồng độ tự kháng thể kháng thụ cảm thể acetylcholin ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2014;9(1):32-35.
2. Fan L, Ma S, Yang Y, Yan Z, Li J, Li Z. Clinical differences of early and late-onset myasthenia gravis in 985 patients. *Neurol Res.* 2019;41(1):45-51. doi:10.1080/01616412.2018.1525121
3. Gilhus NE, Verschuuren JJ. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *Lancet Neurol.* 2015;14(10):1023-1036. doi:10.1016/S1474-4422(15)00145-3
4. Kim KH, Kim SW, Shin HY. Initial Repetitive Nerve Stimulation Test Predicts Conversion of Ocular Myasthenia Gravis to Generalized Myasthenia Gravis. *J Clin Neurol Seoul Korea.* 2021;17(2):265-272. doi:10.3988/jcn.2021.17.2.265
5. Lefvert AK, Bergström K, Matell G, Osterman PO, Pirskanen R. Determination of acetylcholine receptor antibody in myasthenia gravis: clinical usefulness and pathogenetic implications. *J Neurosurg Psychiatry.* 1978;41(5):394-403
6. Osserman KE. Ocular Myasthenia Gravis. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1967;6(3):277-287.
7. Ullah U, Iftikhar S, Javed MA. Relationship between Low and High Anti-acetylcholine Receptor Antibody Titers and Clinical Severity in Myasthenia Gravis. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP.* 2021;31(8):965-968. doi:10.29271/jcpsp.2021.08.965
8. Wang W, Chen YP, Wei DN. [The clinical characteristics of early-onset versus late-onset types of myasthenia gravis]. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2011;50(6):496-498. doi:10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2011.06.013

ĐÁNH GIÁ SỰ SUY GIẢM CHỨC NĂNG TÌNH DỤC LIÊN QUAN HÓA TRỊ Ở PHỤ NỮ UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức*, Phạm Thị Thu Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự suy giảm chức năng tình dục trên bệnh nhân nữ ung thư vú được hóa trị. **Phương pháp nghiên cứu:** 70 bệnh nhân nữ ung thư vú hóa trị bổ trợ, tần bổ trợ tại khoa Nội 5, bệnh viện K từ tháng 4, 2019 đến tháng 12, 2019 được

đánh giá chức năng tình dục trước điều trị và sau 2 chu kỳ hóa trị. Đánh giá chức năng tình dục theo bảng chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI) phiên bản 2000. **Kết quả:** 81,4% bệnh nhân được hóa trị phác đồ AC (doxorubicin, cyclophosphamide). Tỷ lệ bệnh nhân mất kinh tăng từ 11,4% lên 37,2%. Điểm số của cả 6 lĩnh vực trong hoạt động tình dục đều bị suy giảm sau 2 chu kỳ hóa trị. 93,4% bệnh nhân có sự suy giảm chức năng tình dục sau 2 chu kỳ hóa trị. Các phác đồ hóa trị đều gây giảm chức năng tình dục cả trên bệnh nhân còn kinh nguyệt và đã mãn kinh. **Kết luận:** hóa trị gây suy giảm chức năng tình dục ở đa số bệnh nhân nữ ung thư vú. **Từ khóa:** chức năng tình dục nữ, suy giảm chức năng, ung thư vú, hóa trị.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức
Email: Ducthanhle1972@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022
Ngày duyệt bài: 11.7.2022

SUMMARY**EVALUATING FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION RELATED CHEMOTHERAPY IN BREAST CANCER AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL**

Objective: To evaluate female sexual dysfunction in breast cancer chemotherapy. **Subjects and Methods:** 70 females breast cancer who were received adjuvant or neoadjuvant chemotherapy at Department of medical oncology 5, Vietnam National Cancer Hospital from April to December 2019. They were evaluated sexual function before treatment and after the second cycle of chemotherapy. Evaluating sexual function by female sexual function index (FSFI) version 2000. **Results:** Most patients have treated by AC (doxorubicin and cyclophosphamide) regimen, 81,4%. The rate of patients without menstruation increased from 11,4% to 37,2%. The score of all six domains in sexual reduce after two cycles of chemotherapy. 93,4% of patients have sexual dysfunction after two cycles. All of chemotherapy regimen cause sexual dysfunction in both premenopausal and postmenopausal patients. **Conclusion:** chemotherapy causes sexual dysfunction in major women with breast cancer.

Keywords: female sexual function, dysfunction, breast cancer, chemotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, UTV là loại ung thư hay gặp nhất ở nữ giới với 11.067 trường hợp UTV được chẩn đoán, chiếm 20,3% trong số các ung thư ở nữ giới, trong đó có 4.671 trường hợp tử vong, chiếm 13%. [1]. Hóa trị trong ung thư vú được chỉ định khá rộng rãi để điều trị bổ trợ, tân bổ trợ và điều trị bệnh giai đoạn di căn. Hóa trị ngoài tác dụng diệt tế bào ung thư còn gây ức chế buồng trứng (do tác dụng diệt các tế bào đang phân chia), từ đó ảnh hưởng đến chức năng tình dục của người phụ nữ do làm giảm nồng độ các hormon sinh dục. Ngoài ra, sự mệt mỏi trong quá trình hóa trị cũng làm giảm đi ham muốn tình dục ở phụ nữ. Một lý do nữa có thể gây giảm ham muốn tình dục có thể do sự mặc cảm về bệnh tật của người phụ nữ và sự không cảm thông của người chồng hoặc người bạn tình.

Tình dục là một trong những bản năng của con người, là một phần không thể thiếu được đối với mỗi con người. Các hành vi tình dục giúp đem lại niềm hoan lạc cho đời sống vợ chồng và làm cho họ gắn bó với nhau một cách bền chặt hơn, đem lại cuộc sống vợ chồng hạnh phúc. Với BN ung thư vú, họ rất lo lắng về chức năng tình dục của họ sau khi bị bệnh. Họ luôn tự đặt ra các câu hỏi liệu quan hệ tình dục có làm ảnh hưởng đến bệnh của họ không, liệu họ còn hấp dẫn bạn

tình nữa hay không, liệu bạn tình của họ còn ở lại với họ không và liệu họ còn có khả năng có con nữa không hoặc có việc con có làm ảnh hưởng đến bệnh tật của họ hay không. Trên thế giới đã có nghiên cứu đánh giá về sự suy giảm chức năng tình dục trên bệnh nhân ung thư vú sau điều trị. Tại Bệnh viện K chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú hóa trị.

2. Đánh giá sự suy giảm chức năng tình dục ở bệnh nhân nữ ung thư vú điều đang hóa trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 70 Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng mô bệnh học, có chỉ định hóa trị bổ trợ hoặc tân bổ trợ, đang có chồng hoặc bạn tình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu thuận tiện có chủ đích đủ tiêu chuẩn lựa chọn để nghiên cứu.

2.3. Quy trình nghiên cứu: Các BN UTV đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được đánh giá chức năng tình dục trước khi hóa trị và sau 2 chu kỳ hóa trị (sau 6 tuần). Đánh giá chức năng tình dục theo bảng điểm chức năng tình dục nữ giới (FSFI) phiên bản 2000. Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu sẵn có. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê như T-test, so sánh trung bình, khi bình phương,...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi: Tuổi trung bình $43,0 \pm 7,9$, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất 25 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất 59 tuổi. Nhóm tuổi dưới 40 và từ 40 đến 49 tuổi chiếm đa số, đều là 38,6%. Nhóm bệnh nhân từ 50 tuổi chỉ chiếm 22,9%.

Trình độ học vấn: Đa số bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 3 và trên cấp 3, chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,6% và 35,7%. Chỉ có số ít bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 2

Tình trạng hôn nhân và đời sống tình dục trước và sau khi bị bệnh

Không có sự khác biệt về trình trạng bạn tình (bao gồm có chồng và có người yêu) trước so với sau khi bị bệnh.

Giai đoạn bệnh: Bệnh nhân giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất, 57,14%. Bệnh nhân ở giai đoạn I và III lần lượt chiếm tỷ lệ 17,1% và 25,7%.

Thể mô bệnh học: Ung thư biểu mô thể

ống xâm nhập là thể mô bệnh học thường gặp nhất trong ung thư vú, chiếm 82,9%.

Đặc điểm hóa mô miễn dịch: Tỷ lệ bệnh nhân có ER dương tính là 72,9%, PR dương tính là 64,3%, Her2/neu dương tính 3+ là 21,4%.

Phác đồ hóa trị: Phác đồ AC là phác đồ hóa trị được dùng cho phần lớn bệnh nhân trong nhiên cứu, chiếm 81,4%. Các phác đồ khác là FEC và TC chiếm tỷ lệ nhỏ, lần lượt là 14,3% và 4,3%.

Tình trạng kinh nguyệt trước và sau điều trị hóa chất: Sau điều trị hóa chất 2 chu kỳ, tỷ lệ bệnh nhân mất kinh tăng từ 11,4% lên 37,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

3.2. Chức năng tình dục của nữ giới trước và sau hóa trị

Ham muốn tình dục

Bảng 3.1. Ham muốn tình dục

Ham muốn	Điểm trung bình	P (T-test)
Trước ĐT	3,4±0,1	<0,05
Sau ĐT	2,2± 1	

Nhận xét: So với trước điều trị, điểm số trong lĩnh vực ham muốn có giảm đáng kể, sự giảm này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Sự hưng phấn

Bảng 3.2. Sự hưng phấn

Sự hưng phấn	Điểm trung bình	P(T-test)
Trước ĐT	3,4±0,1	<0,05
Sau ĐT	2,0±0,1	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có giảm điểm số ở lĩnh vực hưng phấn, sự giảm này có ý nghĩa thống kê, p<0,05.

Sự tiết dịch âm đạo

Bảng 3.3. Sự tiết dịch âm đạo

Sự tiết dịch âm đạo	Điểm trung bình	P (T-test)
Trước ĐT	4,2±0,2	<0,05
Sau ĐT	2,7±0,2	

Nhận xét: Các bệnh nhân sau khi điều trị hóa chất có sự giảm tiết dịch âm đạo đáng kể, sự suy giảm này có ý nghĩa thống kê, p<0,05.

Khoái cảm

Bảng 3.4. Khoái cảm

Khoái cảm	Điểm trung bình	P (T-test)
Trước ĐT	3,9±0,2	<0,05
Sau ĐT	2,4±0,2	

Nhận xét: Điểm số khoái cảm cũng giảm so với trước điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Sự đau rát

Bảng 3.5. Sự đau rát

Sự đau rát	Điểm trung bình	P (T-test)
Trước ĐT	4,2±0,2	<0,05
Sau ĐT	2,81±0,21	

Nhận xét: Sau điều trị hóa chất mức độ đau rát của bệnh nhân tăng lên đáng kể. Mức tăng này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Sự hài lòng

Bảng 3.5. Sự hài lòng

Sự hài lòng	Điểm trung bình	P (T-test)
Trước ĐT	3,8±0,2	<0,05
Sau ĐT	2,4±0,1	

Nhận xét: Mức độ hài lòng của bệnh nhân sau điều trị giảm hơn so với trước điều trị, với độ tin cậy 95%

Sự thay đổi điểm số chức năng tình dục giữa 2 lần đánh giá

Bảng 3.6. Tổng điểm FSFI

Điểm FSFI	Điểm trung bình	P (T-test)
Trước ĐT	22,9±0,9	<0,05
Sau ĐT	14,5±1	

Nhận xét: sau điều trị hóa chất, có sự thay đổi đáng kể điểm số trung bình chức năng tình dục, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Sự suy giảm chức năng tình dục sau hóa trị

Bảng 3.7. Sự suy giảm chức năng tình dục sau hóa trị

	Suy giảm	Bình thường	Tổng
Trước ĐT	46 (65,7%)	24 (34,3%)	70 (100%)
Sau ĐT	66 (94,3%)	4 (5,7%)	70 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ BN có suy giảm trước điều trị là 65,7%, tỉ lệ BN suy giảm chức năng tình dục sau điều trị là 94,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

3.3. Sự phân bố rối loạn chức năng tình dục Phân bố theo tình trạng kinh nguyệt

Bảng 3.8. Phân bố theo tình trạng kinh nguyệt

	Sau ĐT		Tổng
	Suy giảm	Bình thường	
Còn kinh	40(90,9%)	4(9,1%)	44(100%)
Đã mãn kinh	26(93,5%)	0(6,5%)	26(100%)
Tổng	66(94,3%)	4(5,7%)	70(100%)

Nhận xét: Tỷ lệ suy giảm chức năng tình dục của nhóm mãn kinh sau điều trị là 93,5%, của nhóm chưa mãn kinh sau điều trị là 90,9%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=1

Phân bố theo phác đồ hóa trị

Bảng 3.9. Phân bố theo phác đồ điều trị

		Sau ĐT		Tổng
		Suy giảm	Bình thường	
Phác đồ	AC	55	2	57
		96,5%	3,5%	100%
	FEC	8	2	10
		80,0%	20,0%	100%

	TC	3	0	3
		100,0%	0,0%	100%
Tổng		66	4	70
		94,3%	5,7%	100%

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn sau điều trị của phác đồ AC là 96,5%, phác đồ FEC là 80%, phác đồ TC là 100%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phác đồ với $p = 0,154$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 43,0 tuổi, kết quả này thấp hơn với một số các nghiên cứu khác như nghiên cứu khác tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư vú là 52,7 tuổi. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu này, đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu là dưới 60 tuổi.[2]

Đa số bệnh nhân có trình độ học cấp 3 trên cấp 3. Điều này thuận lợi cho việc phỏng vấn bệnh nhân vì bệnh nhân dễ dàng hiểu được và hợp tác cùng nghiên cứu viên.

Không có sự khác biệt về tình trạng bệnh trước và sau điều trị. Sự đồng hành của chồng hoặc người yêu là nguồn động viên về tinh thần rất lớn cho các phụ nữ ung thư vú.

Bệnh nhân giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất, 57,14%. Bệnh nhân ở giai đoạn I và III lần lượt chiếm tỷ lệ 17,1% và 25,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự nghiên cứu của Jehua Li và CS (2015) khi nghiên cứu trên 475 phụ nữ ung thư vú giai đoạn chưa di căn tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn II là cao nhất 56,2% [3].

Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập là thể mô bệnh học thường gặp nhất trong ung thư vú, chiếm 82,9%. Kết quả này tương đồng với kết quả ở nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Bùi Diệu và Nguyễn Thị Hoài Nga (2012)[2].

Bằng nhuộm hóa mô miễn dịch, tình trạng thụ thể nội tiết dương tính ở khoảng 70% và Her2/neu dương tính gần 30% trường hợp UTV [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có ER dương tính là 72,7%, PR dương tính là 64,3%, Her2/neu dương tính (3+) là 21,4%.

Theo Gown AM và CS (2008) nghiên cứu trên 872 trường hợp UTV cho tỷ lệ Her2/neu dương tính 30,2%. Nghiên cứu của Lê Thanh Đức (2014), có 32% bệnh nhân có Her2/neu dương tính (3+)[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phù hợp với các nghiên cứu này.

Phác đồ AC là phác đồ hóa trị được dùng cho phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu, chiếm 81,4%. Đây là phác đồ được khuyến cáo lựa chọn đầu tay cho điều trị bổ trợ và tân bổ trợ.

Hóa trị gây ức chế buồng trứng tiết các

hormon sinh dục, sự giảm này thể hiện trên lâm sàng là hiện tượng mất kinh. Theo tác giả Erica N Boswell (2015), các loại hóa chất như anthracycline và taxan làm suy giảm chức năng buồng trứng [5].

4.2. Chức năng tình dục của nữ giới trước và sau điều trị hóa chất. Sau hóa trị ham muốn tình dục và sự hưng phấn của bệnh nhân giảm đáng kể. Hóa trị làm giảm nồng độ các hormon buồng trứng, đồng thời gây ra nhiều tác dụng phụ như mệt mỏi, nôn, buồn nôn, tiêu chảy, ăn uống kém. Điều này làm bệnh nhân không còn nghĩ tới hoạt động tình dục nhiều như trước nữa. Các bệnh nhân sau khi hóa trị có sự giảm tiết dịch âm đạo đáng kể, điều này là do sự giảm nồng độ hormon buồng trứng do tác dụng của hóa chất gây nên. Estrogen có tác dụng làm tăng tiết dịch nhầy âm đạo.

Điểm số ở lĩnh vực khoái cảm giảm so với trước điều trị, bệnh nhân gặp khó khăn trong việc đạt khoái cảm. Điều này ảnh hưởng đến hiệu quả của cuộc sinh hoạt tình dục, ảnh hưởng tới sự không hài lòng của bệnh nhân. Sau hóa trị mức độ đau rát của bệnh nhân tăng lên đáng kể, nguyên nhân do sự tụt giảm nồng độ estrogen gây nên sự khô rát âm đạo, đau rát cho bệnh nhân.

Hầu hết bệnh nhân hóa trị không hài lòng với cuộc sống tình dục của mình. Điều này làm tăng thêm stress cho mỗi bệnh nhân, ảnh hưởng tới xấu tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tổng điểm FSFI sau hóa trị giảm đáng kể so với trước hóa trị. Do điểm số của mỗi lĩnh vực đều suy giảm sau hóa trị, do đó tổng điểm chung sẽ giảm theo. Điều này có nghĩa là chức năng tình dục của bệnh nhân giảm đáng kể, đời sống tình dục của bệnh nhân hóa trị ung thư vú ảnh hưởng nghiêm trọng. Từ đó gián tiếp làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Theo tác giả Erica N Boswell (2015), các loại hóa chất như anthracycline và taxan làm suy giảm chức năng buồng trứng và gây ra nhiều các tác dụng phụ như mệt mỏi, rối loạn tiêu hóa, đau mỏi người. Từ đó làm giảm chức năng tình dục[5]

Trước điều trị, chúng tôi ghi nhận có một tỷ lệ bệnh nhân đã có giảm chức năng tình dục. Nguyên nhân có thể do sinh lý (giảm theo tuổi) hoặc bệnh lý suy giảm tình dục. Nhưng sau hóa trị, tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm tình dục tăng lên đáng kể, từ 65,7% lên 94,3%. Sự tăng này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Điều này cho thấy hóa trị là một trong những nguyên nhân gây suy giảm chức năng tình dục. Sau hóa trị, chỉ còn 4 bệnh nhân không có suy giảm chức năng tình dục, nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ

đánh giá sau 2 chu kỳ hóa trị, bệnh nhân còn tiếp tục trải qua các đợt hóa trị tiếp theo và số lượng bệnh nhân có suy giảm chức năng tình dục có thể tiếp tục tăng thêm. Sở dĩ có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi là do nghiên cứu của Arai trên những bệnh nhân ung thư vú trẻ hơn. Nghiên cứu của Ozgur Usta (2017) trên 118 phụ nữ UTV điều trị hóa chất, 88,1% phụ nữ có suy giảm chức năng tình dục, 97,9% BN không nhân được sự tư vấn về tình dục[7]. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu này.

4.3. Sự phân bố rối loạn chức năng tình dục ở nữ giới hóa trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả các bệnh nhân sau khi hóa trị bất kể còn kinh hay mãn kinh đều có sự suy giảm chức năng tình dục. Hóa trị không những gây ức chế buồng trứng tiết các hormon sinh dục nữ mà còn gây ra nhiều các tác dụng phụ khác như mệt mỏi, ăn uống kém, buồn nôn, nôn. Điều này ảnh hưởng đến thể chất và tâm lý của người bệnh, làm giảm ham muốn tình dục.

Các phác đồ hóa trị sử dụng trong nghiên cứu này đều gây suy giảm chức năng tình dục. Có thể lý giải do hóa chất làm ức chế sự phân chia của các tế bào nang trứng, do đó buồng trứng không giảm tiết các hormon estrogen và progesteron. Điều này làm suy giảm chức năng tình dục ở tất cả các lĩnh vực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có sự khác biệt về mức độ giảm chức năng tình dục giữa các phác đồ hóa trị khác nhau ($p=0,154$).

V. KẾT LUẬN

Cả 6 lĩnh vực của hoạt động tình dục đều bị

suy giảm sau hóa trị. Tổng điểm FSFI giảm mạnh sau hóa trị. Tỷ lệ bệnh nhân có suy giảm chức năng tình dục tăng lên đáng kể sau hóa trị. Các giai đoạn bệnh khác nhau và các phác đồ hóa trị khác nhau đều gây ảnh hưởng như nhau đến sự giảm chức năng tình dục. Các bệnh nhân còn kinh hay đã mất kinh trước điều trị đều có sự suy giảm chức năng tình dục sau hóa trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Breast Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012**, (2012), http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
2. **Bùi Diệu, Nguyễn Thị Hoài Nga (2012)**, nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú. Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 4, tr 270-274.
3. **Jiehua Li, Zhibai Chen, Ka Su, et al. (2015)**. Clinicopathological classification and traditional prognostic indicators of breast cancer. Int J Clin Exp Pathol, 8 (7), 8500-8505
4. **Lê Thanh Đức, Phạm Tuấn Anh, Nguyễn Thị Lan. (2014)**. Đánh giá hiệu quả của phác đồ đơn hóa chất capecitabine trong điều trị ung thư vú di căn. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2-2014
5. **Erica N Boswell (2015)**, Breast cancer and sexual function, 4, 160-168
6. **Araj Hairchi et al (2012)**, Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran, journal of experimental and clinical cancer research, 31
7. **Ozgun Yesilbalkan Usta (2017)**, Sexual Dysfunction in women with Breast cancer receiving chemotherapy, international Journal of Caring Sciences, 10(3), 1439.
8. **Nguyễn Văn Hải (2018)**, Khảo sát tình trạng mất kinh của bệnh nhân ung thư vú điều trị phác đồ AC-T, luận văn Thạc sỹ Y học-Trường Đại học Y Hà Nội.

MÁY GIẢM ĐAU SCRAMBLER: MỘT PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ MỚI KIỂM SOÁT ĐAU SAU PHẪU THUẬT BẮT VÍT CỘT SỐNG THẮT LƯNG: CA LÂM SÀNG

Lê Viết Thăng^{1,2}, Đỗ Trọng Phước², Đào Nguyễn Trung Luân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Kiểm soát đau sau phẫu thuật bắt vít cột sống thắt lưng bằng máy điều hòa thần kinh. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi đang báo cáo

một bệnh nhân nữ 68 tuổi đã trải qua phẫu thuật bắt vít cột sống thắt lưng; cố định D10-L2 và cô ấy đã được điều trị bằng máy giảm đau Scrambler vì cơn đau dữ dội sau phẫu thuật với tình trạng không dung nạp opioid. **Kết quả:** Kỹ thuật này đã được chứng minh là giúp giảm đau nhanh chóng và duy trì trong nhiều tháng để kiểm soát cơn đau cấp tính sau phẫu thuật hợp nhất cột sống. **Kết luận:** Đau cấp tính sau phẫu thuật cột sống là một trong những biến chứng của bệnh nhân. Cơn đau này thường kéo dài ít nhất từ ba đến bốn ngày. Trong một số trường hợp, nó có thể là cơn đau vừa hoặc nặng, ảnh hưởng đến quá trình hồi phục, kéo dài thời gian nằm viện và trở thành cơn đau mãn tính nếu bệnh nhân không được quản lý cơn

¹Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Viết Thăng

Email: drlevietthang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022