

- điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học và hoá mô miễn dịch ung thư phổi tế bào nhỏ, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Hà Mạnh Hùng** (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư phổi tế bào nhỏ, Đại học Y Hà Nội.
  3. **Hoàng Đình Chân** (1992). Nghiên cứu kết quả điều trị phẫu thuật ung thư phế quản theo các tip mô bệnh và các giai đoạn lâm sàng, Đại học Y Hà Nội.
  4. **Hứa Thị Ngọc Hà và cộng sự** (2018). Đặc điểm mô bệnh học của u thần kinh nội tiết ở phổi theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới cập nhật 2015. Tạp chí Y học Việt Nam, 471, 73–82.
  5. **Lê Hoàn** (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu áp dụng phân loại TNM 2009 cho ung thư phổi nguyên phát tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
  6. **Nguyễn Quang Đợi** (2008). Đối chiếu lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và nội soi phế quản với mô bệnh học của ung thư phế quản, Đại học Y Hà Nội.
  7. **Cakir M. and Grossman A.** (2011). The molecular pathogenesis and management of bronchial carcinoids. Expert Opin Ther Targets, 15(4), 457–491.
  8. **Horn L., Lovly C.M., and Johnson D.H.** (2014). Neoplasms of the Lung. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19, McGraw-Hill Education, New York, NY.
  9. **Klöppel G. and La Rosa S.** (2018). Ki67 labeling index: assessment and prognostic role in gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms. Virchows Arch Int J Pathol, 472(3), 341–349.
  10. **Inafuku K., Yokose T., Ito H. et al.** (2019). Two cases of lung neuroendocrine carcinoma with carcinoid morphology. Diagn Pathol, 14(1), 104.

## TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Hồng Hoa<sup>1</sup>, Huỳnh Thị Thanh Giang<sup>2</sup>  
Nguyễn Tiến Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Huyền Trang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sử dụng đồng thời các chất tương tự hormone giải phóng gonadotropin với tamoxifen ở phụ nữ tiền mãn kinh và chất ức chế thụ thể Aromatase ở phụ nữ sau mãn kinh gây mất xương nhanh và tăng nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân ung thư vú. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tỷ lệ loãng xương và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ thiếu xương, loãng xương ở bệnh nhân ung thư vú điều trị nội tiết đến khám tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 105 phụ nữ mắc ung thư vú đang điều trị nội tiết tại Bệnh viện Quân Y 175 từ 01/12/2020 đến 30/05/2021. Được đo mật độ xương bằng phương pháp DXA với tiêu chuẩn thiếu xương:  $-1,5 \leq T\text{-score} < -2,5$  và loãng xương:  $T\text{-score} \leq -2,5$ . **Kết quả:** Tình trạng thiếu xương chiếm 32,4% (KTC95%: 23,8-41,9) và loãng xương chiếm 35,2% (KTC95%: 25,7 – 44,8). Phụ nữ có độ tuổi  $\geq 50$  mắc ung thư vú có nguy cơ loãng xương cao hơn phụ nữ  $< 50$  tuổi gấp 5,2 lần (KTC95%: 1,1 – 26,4). Phụ nữ sử dụng thuốc nội tiết Ais có nguy cơ loãng xương cao hơn so với phụ nữ sử dụng Tamoxifen gấp 4,1 lần (KTC95%: 1,01 – 16,2). Phụ nữ có sử dụng thuốc ức chế buồng trứng nội khoa tăng nguy cơ loãng xương gấp 14,2 lần (KTC95%: 2,6 – 77,3). **Kết luận:** Phụ nữ có mắc ung thư vú từ 50 tuổi có sử dụng thuốc nội tiết

và sử dụng thuốc ức chế buồng trứng cần tầm soát loãng xương định kỳ.

**Từ khóa:** Loãng xương, ung thư vú, DXA.

### SUMMARY

#### OSTEOPOROSIS RATE IN EARLY BREAST CANCER PATIENTS UNDERGOING ENDOCRINE THERAPY AT MILITARY HOSPITAL 175

**Background:** Concomitant use of gonadotropin-releasing hormone analogues with tamoxifen in premenopausal women and Aromatase inhibitor in postmenopausal women causes rapid bone loss and an increased risk of fracture in breast cancer patients. **Objectives:** To investigate the prevalence of osteoporosis and factors related to the rate of bone deficiency and osteoporosis in breast cancer patients undergoing endocrine therapy who visited the Oncology Center of Military Hospital 175. **Methods:** A cross-sectional study surveyed 105 women with breast cancer who had undergone surgery and were undergoing endocrine treatment at Military Hospital 175 from December 1, 2020 to May 30, 2021. Measured bone density by DXA method with criteria for osteoporosis:  $-1.5 \leq T\text{-score} < -2.5$  and osteoporosis:  $T\text{-score} \leq -2.5$ . **Results:** Bone deficiency accounted for 32.4% (CI 95%: 23.8-41.9) and osteoporosis accounted for 35.2% (95% CI: 25.7 - 44.8). Women aged  $\geq 50$  years with breast cancer had a 5.2 times higher risk of osteoporosis than women  $< 50$  years old (95% CI: 1.1 – 26.4). Women using the hormone Ais had a 4.1 times higher risk of osteoporosis than women using Tamoxifen (95% CI: 1.01 – 16.2). Women who used medical ovarian inhibitors had an increased risk of osteoporosis 14.2

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

times (95% CI: 2.6 - 77.3). **Conclusion:** Women with breast cancer from the age of 50 who use hormonal drugs and use anti-ovarian drugs should be screened for osteoporosis periodically.

**Keywords:** Osteoporosis, breast cancer, DXA

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là một trong những ung thư phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan đến ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Khoảng 75% các khối u vú được chẩn đoán biểu hiện các thụ thể estrogen (ER) và được gọi là ung thư vú dương tính với ER. Oestradiol rất quan trọng để kích thích sự phát triển và tăng sinh của ung thư vú và điều trị bằng liệu pháp nội tiết, nhằm ngăn chặn tín hiệu oestradiol tăng sinh trong các tế bào ung thư vú. Ngoài tác dụng đối với các tế bào ung thư vú, oestradiol còn đóng một vai trò quan trọng trong một số cơ chế sinh lý bao gồm điều hòa chuyển hóa xương<sup>(1)</sup>.

Sử dụng đồng thời các chất tương tự hormone giải phóng gonadotropin (GnRH) với tamoxifen hoặc chất ức chế aromatase (AIs) ở phụ nữ tiền mãn kinh và AIs ở phụ nữ sau mãn kinh gây mất xương nhanh và tăng nguy cơ gãy xương. Tamoxifen, một chất điều biến thụ thể estrogen có chọn lọc, gây mất xương ở phụ nữ tiền mãn kinh nhưng lại có tác dụng bảo vệ xương ở phụ nữ sau mãn kinh. Trong dân số nói chung, gãy xương dễ gây ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong và có liên quan đến gánh nặng kinh tế xã hội cao. Do đó, giảm thiểu sự mất xương và cuối cùng là ngăn ngừa gãy xương là một vấn đề sống sót quan trọng cần được giải quyết<sup>(2)</sup>.

Tại Bệnh viện Quân Y 175 việc tư vấn, sàng lọc, điều trị và dự phòng loãng xương trên bệnh nhân ung thư vú chưa được thực hiện thường quy. Với mong muốn đóng góp vào công tác kế hoạch của bệnh viện trong dự phòng loãng xương và nâng cao giáo dục sức khỏe xương cho bệnh nhân ung thư vú điều trị nội tiết. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài các mục tiêu như sau: Mục tiêu nghiên cứu

1. *Xác định tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân ung thư vú điều trị nội tiết đến khám tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 175.*

2. *Xác định yếu tố liên quan đến tỷ lệ thiếu xương, loãng xương ở bệnh nhân ung thư vú điều trị nội tiết đến khám tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 175.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:**

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

**Dân số chọn mẫu:** Phụ nữ ung thư vú đang điều trị nội tiết đến khám bệnh tại phòng khám ngoại trú trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 175, thỏa tiêu chí chọn mẫu, chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/12/2020 đến 30/05/2021.

**Tiêu chí nhận vào:** Phụ nữ ung thư vú đang được điều trị nội tiết đến khám định kỳ tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Quân Y 175 trong thời gian nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh ổn định. Có thực hiện xét nghiệm đánh giá mật độ xương

**Tiêu chí loại trừ:** Phụ nữ không nghe được, không trả lời được câu hỏi nghiên cứu. Bệnh nhân có di căn xương hay di căn khác. Bệnh nhân đang sử dụng glucocorticoid, heparin, warfarin...

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- **Thời gian nghiên cứu:** 01/12/2021 đến 30/05/2022.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Quân Y 175

**Cỡ mẫu:** Dựa vào công thức ước tính cỡ mẫu để ước tính một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

*Trong đó:* n: là cỡ mẫu cần thiết

d: Sai số cho phép, d = 0.05

p: Giả sử 95% tin tưởng rằng tỷ lệ mắc loãng xương ở nhóm tuổi 40-50 là 7% (Theo tác giả Nguyễn Thị Hoài Châu), xác suất sai lầm cho phép  $\alpha = 0,05$ <sup>(3)</sup>.

Z: Trị số phân phối chuẩn, với  $\alpha = 0.05$  thì  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$ . Thay vào tính được n = 100. Thực tế chúng tôi thu thập 105 trường hợp.

**Các bước tiến hành nghiên cứu**

• Bước 1: Sau khi được sự chấp thuận của bệnh viện, người bệnh được chẩn đoán mắc ung thư vú đang điều trị tại bệnh viện, nhóm nghiên cứu tiến hành tiếp cận trình bày nội dung nghiên cứu với người bệnh và mời người bệnh tham gia nghiên cứu theo đúng quy trình của Hội đồng đạo đức Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

• Bước 2: Khi người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiến hành thu thập thông tin theo thiết kế của bộ câu hỏi bao gồm: thông tin dân số - xã hội, tiền sử thai sản - kinh nguyệt - tiền sử bệnh, tiền sử sinh hoạt và đặc điểm điều trị ung thư.

• Bước 3: Tiến hành đo mật độ xương bằng thiết bị DXA của bệnh viện Quân Y 175 (Mọi kỹ thuật đo DXA hoàn toàn miễn phí cho người bệnh). Đối với trường hợp giảm mật độ xương

hoặc loãng xương chúng tôi tư vấn cho người bệnh đến khám thêm tại phòng khám Cơ – Xương – Khớp của bệnh viện để được tư vấn về loãng xương.

• Bước 4: Sau khi hoàn tất toàn bộ biến số thu thập tiến hành nhập vào phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

**Tiêu chuẩn đánh giá:** Nghiên cứu xác định tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ bị ung thư vú điều trị nội tiết bằng thiết bị đo loãng xương DXA với T-score theo WHO (1994). Chúng tôi chọn ngưỡng T-score để phân loại như sau:

- Bình thường: T-score > -1,4
- Giảm mật độ xương:  $-1,5 \leq T\text{-score} < -2,5$
- Loãng xương: T-score  $\leq -2,5$

**Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:**

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích đơn biến: dùng phép kiểm Chi bình phương với độ tin cậy 95% để tìm mối liên quan giữa nguy cơ loãng xương. Phân tích hồi quy logistic đa biến với độ tin cậy 95% các yếu tố liên quan có  $p < 0,05$  trong hồi quy đơn biến.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 01/12/2020 đến 30/05/2021 chúng tôi đã thực hiện phỏng vấn và mật độ xương các bệnh nhân mắc ung thư vú đến điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175, qua 105 trường hợp ghi nhận được các kết quả như sau:

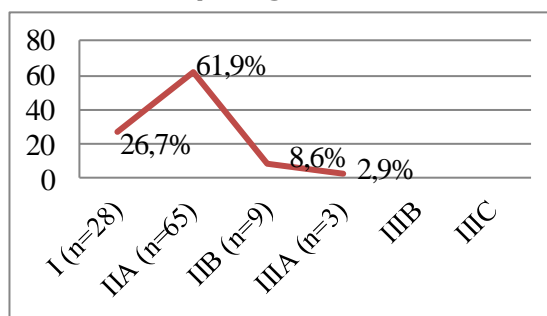
#### 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Tần số (n=105)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	9	8,6
	40 - 49	25	23,8
	50 - 59	37	35,2
	$\geq 60$	34	32,4
Nơi cư trú	TP.HCM	65	61,9
	Ngoài TP.HCM	40	38,1
Nghề nghiệp	Nông dân	4	3,8
	Nội trợ	54	51,4
	Công nhân	4	3,8
	Công nhân viên chức	14	13,3
	Buôn bán	10	9,5
Trình độ	Lao động tự do	19	18,1
	$\leq$ tiểu học	14	13,3
	THCS	45	42,9
	THPT	29	27,6
	Cao đẳng, đại học	18	16,2

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $54,8 \pm 10,4$  tuổi trong đó độ tuổi lớn nhất là 82 và nhỏ nhất là 32 tuổi. Nơi cư trú chủ yếu là TP HCM chiếm 61,9%. Nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ chiếm đến 51,4%. Về trình độ, chủ yếu là THCS trở xuống chiếm hơn 50%.

#### 3.2. Giai đoạn ung thư vú



**Biểu đồ 1: Giai đoạn ung thư vú**

**Nhận xét:** Giai đoạn ung thư vú phổ biến nhất là IIA chiếm 61,9%. Trong đó giai đoạn từ IIB (8,6%) và IIIA (2,9%).

#### 3.3. Đặc điểm kết quả điều trị

**Bảng 2: Đặc điểm hóa trị - xạ trị**

Đặc điểm		Tần số (n=105)	Tỷ lệ (%)
Hóa trị trước điều trị nội tiết	Có	81	77,1
	Không	24	22,9
Xạ trị	Có	74	70,5
	Không	31	29,5
Các thuốc nội tiết đã sử dụng	Tamoxifen	53	50,5
	Ais	52	49,5
Thời gian sử dụng thuốc nội tiết	<12 tháng	26	24,8
	12-24 tháng	21	20,0
	> 24 tháng	58	55,2
Sử dụng thuốc ức chế buồng trứng nội khoa	Có	27	25,7
	Không	78	74,3

**Nhận xét:** Người bệnh được hóa trị trước điều trị nội tiết 71,1%. Người bệnh có xạ trị chiếm 70,5%. Các thuốc nội tiết Tamoxifen (50,5%) và Ais (49,5%). Thời gian sử dụng thuốc nội tiết trung bình  $32,5 \pm 22,5$  tháng. Sử dụng thuốc ức chế buồng trứng nội khoa 25,7%.

#### 3.5. Yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ mắc ung thư vú.

Sau khi phân tích hồi quy đơn biến của các biến số, để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi đưa 14 biến số có  $p < 0,2$  vào phân tích đa biến. Bao gồm: Nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ, mãn kinh, thói quen uống cafe mỗi ngày, mắc bệnh mãn tính, tiền sử gãy xương, tiền sử người thân gãy xương, HER-2 dương tính, loại phẫu thuật, xạ trị, các thuốc nội

tiết đã sử dụng và sử dụng thuốc ức chế buồng trứng nội khoa.

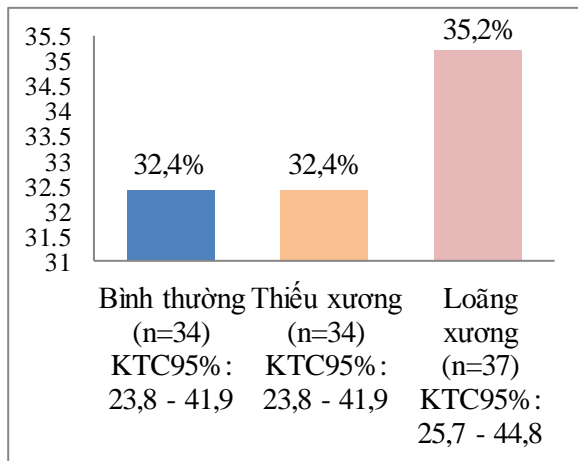
**Bảng 3: Mô hình hồi quy đa biến**

Đặc điểm	OR	OR*	KTC95%	p*
<b>Nhóm tuổi</b>				
< 50	1	1	-	
≥ 50	7,2	5,2	1,1 – 26,4	<b>0,046</b>
<b>Thuốc nội tiết</b>				
Tamoxifen	1	1	-	
Ais	4,7	4,1	1,01 – 16,2	<b>0,048</b>
<b>Sử dụng thuốc ức chế buồng trứng nội khoa</b>				
Không	1			
Có	3,6	14,2	2,6 – 77,3	<b>0,002</b>

p\*: Hồi quy đa biến, OR\*: OR hiệu chỉnh

**Nhận xét:** Phụ nữ có độ tuổi từ 50 tuổi, sử dụng thuốc nội tiết Ais và thuốc ức chế buồng trứng tăng nguy cơ loãng xương từ 4,1 – 14,2 lần.

**3.4. Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mắc ung thư vú**



**Biểu đồ 2: Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mắc ung thư vú**

**Nhận xét:** Tình trạng thiếu xương chiếm 32,4% (KTC95%: 23,8-41,9). Tình trạng loãng xương có 37 trường hợp chiếm 35,2% (KTC95%: 25,7 – 44,8).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thiết bị đo mật độ xương DXA xác định trong tổng số 105 người tham gia nghiên cứu có tình trạng thiếu xương (T-Score < -1,5) có 34/105 trường hợp chiếm 32,4% (KTC95%: 23,8-41,9). Tình trạng loãng xương (T-Score ≤ -2,5) có 37/105 trường hợp chiếm 35,2% (KTC95%: 25,7 – 44,8). So sánh với kết quả nghiên cứu trên thế giới cho thấy, nghiên cứu của Stacyann Bailey (4) năm 2021 khoảng 83% phụ nữ đã mãn kinh sau điều trị ung thư vú có loãng xương cao hơn gấp hơn 2 lần so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân là nghiên cứu của chúng tôi thu

nhập cả những bệnh nhân không mãn kinh có dương tính với thụ thể nội tiết.

So sánh với nghiên cứu năm 2018 của tác giả Dương Thanh Bình về thực trạng loãng xương ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới, chẩn đoán loãng xương bằng đo mật độ xương máy DEXA, trên 445 phụ nữ sau mãn kinh, dùng tiêu chuẩn chẩn đoán của IOF, tỷ lệ 26,1% loãng xương thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 60,2% thiếu xương cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi (7). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Hòa và Cs (2011) đánh giá tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở 989 người 45 tuổi trở lên tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2011, đo mật độ xương bằng DEXA xương ngoại biên, tỷ lệ mắc loãng xương là 39,9%, trong đó nữ là 41,5%, nam là 37,8% và tỷ lệ thiếu xương là 38,1% (8) cao hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu về loãng xương được thực hiện khá nhiều trên phụ nữ đặc biệt là phụ nữ mãn kinh, tiền mãn kinh với tỷ lệ loãng xương khá cao >30% ở hầu hết các nghiên cứu. Tuy nhiên tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi ở mức 35,2% nguyên nhân trong nghiên cứu chúng tôi với đối tượng tiếp cận là phụ nữ mắc ung thư vú với độ tuổi thấp nhất là 32 tuổi vì vậy nhìn chung tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hoặc gần tương đương so với các nghiên cứu đã mãn kinh hoặc nghiên cứu trên phụ nữ có độ tuổi từ 60 tuổi có nguy cơ cao hơn. Khi so với các nghiên cứu khảo sát loãng xương ở độ tuổi thấp chúng tôi ghi nhận tỷ lệ loãng xương cao hơn như nghiên cứu của Đinh Thị Thành. Vì vậy nhìn chung tỷ lệ loãng xương và thiếu xương ở phụ nữ mắc ung thư vú đang điều trị nội tiết trong nghiên cứu của chúng tôi >65% đây là tỷ lệ khá cao, vì vậy việc tầm soát

loãng xương thường xuyên ở phụ nữ mắc ung thư vú là công việc cần thiết góp phần phát hiện và điều trị sớm nâng cao chất lượng cuộc sống cho đối tượng này giảm thiểu nguy cơ gãy xương có thể xảy ra.

Qua phân tích hồi quy đa biến chúng tôi ghi nhận 3 yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong đó những phụ nữ có độ tuổi  $\geq 50$  mắc ung thư vú có nguy cơ loãng xương gấp 5,2 lần. Việc điều trị ung thư bằng thuốc nội tiết tăng nguy cơ loãng xương, đặc biệt sử dụng thuốc nội tiết Ais có nguy cơ loãng xương cao hơn so gấp 4,1 lần với phụ nữ sử dụng Tamoxifen. Mặc khác, việc sử dụng thuốc ức chế buồng trứng nội khoa tăng nguy cơ loãng xương so với phụ nữ gấp 14,2 lần. Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc tăng ở phụ nữ sau mãn kinh. Nguy cơ xương xảy ra ở phụ nữ sau mãn kinh do lượng estrogen giảm tự nhiên theo tuổi tác. Tuy nhiên, các chất ức chế aromatase (AI), phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho phần lớn phụ nữ sau mãn kinh mắc bệnh ung thư vú dương tính với thụ thể estrogen, làm tăng tỷ lệ mất xương gấp đôi tốc độ xảy ra về mặt sinh lý và làm trầm trọng thêm nguy cơ gãy xương dễ gãy. Do đó, việc quản lý sức khỏe của xương có tầm quan trọng lâm sàng ở những người sống sót sau ung thư vú và sau mãn kinh.

## V. KẾT LUẬN

Phụ nữ sử dụng thuốc nội tiết Ais có nguy cơ loãng xương cao hơn so với phụ nữ sử dụng Tamoxifen. Phụ nữ có sử dụng thuốc ức chế

buồng trứng nội khoa (thuốc đồng vận GnRH) tăng nguy cơ loãng xương so với phụ nữ không sử dụng thuốc ức chế buồng trứng. Vì vậy, cần có chiến lược tầm soát loãng xương ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm điều trị nội tiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Fahad Ullah** (2019), "Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status", *Adv Exp Med Biol.* 1152, 51-64.
2. **A. Muhammad** (2018), "Postmenopausal osteoporosis and breast cancer: The biochemical links and beneficial effects of functional foods", *Biomed Pharmacother.* 107, 571-582.
3. **Nguyễn Thị Hoài Châu** (2001), "Khảo sát mật độ xương và tìm hiểu những yếu tố liên quan đến bệnh loãng xương của phụ nữ ở Thành phố Hồ Chí Minh và một số tỉnh miền Tây Nam Bộ", *Tạp chí sinh lý học.* 8(2), Tr 1-5.
4. **S. Bailey J. Lin** (2021), "The association of osteoporosis knowledge and beliefs with preventive behaviors in postmenopausal breast cancer survivors", *BMC Womens Health.* 21(1), 297.
5. **L. F. Baccaro** (2015), "The epidemiology and management of postmenopausal osteoporosis: a viewpoint from Brazil", *Clin Interv Aging.* 10, 583-91.
6. **Hoàng Văn Dũng** (2017), Nghiên cứu mật độ xương, các yếu tố nguy cơ loãng xương, sự thay đổi một số dấu ấn chu chuyển xương ở phụ nữ sau mãn kinh được bổ sung sữa đậu nành có tăng cường vitamin D và canxi tại cộng đồng, Luận án tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
7. **Dương Thanh Bình** (2018), "Thực trạng loãng xương ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đồng Hới", *Tạp chí thông tin khoa học và công nghệ Quảng Bình.* 5.
8. **Nguyễn Trung Hòa và Cs** (2011), "Tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người 45 tuổi trở lên tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2011", *Tạp chí Y học dự phòng.* 12(7), Tr 93.

## HOẠT ĐỘNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI SAU THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN

Lê Thị Mai<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Liên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tình dục là một khía cạnh quan trọng của chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam tình dục vẫn còn là một vấn đề nhạy cảm, riêng tư. Mặc dù có nhiều báo cáo về kết quả của thay khớp háng (TKH) nhưng chưa có nghiên cứu nào về hoạt động tình dục sau TKH. **Mục tiêu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu

này với mục tiêu (1) đánh giá ảnh hưởng của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đến hoạt động tình dục của nam giới và (2) vấn đề bệnh nhân quan tâm sau TKH. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang; Bảng câu hỏi sử dụng gửi các bệnh nhân nam tuổi từ 18 – 60, đã phẫu thuật TKH toàn bộ từ 3 tháng trở lên tại Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức theo phương thức thuận tiện. **Các kết quả:** Có 90 bệnh nhân phản hồi đạt tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 41,51 tuổi. Thời gian từ lúc bị bệnh đến khi phẫu thuật 22,73 tháng. Đa số bệnh nhân (88,9%) gặp khó khăn trong hoạt động tình dục. Nguyên nhân chính là đau, sau đó là cứng khớp. Thời gian trung bình quay lại hoạt động tình dục là 65,25 ngày. Tăng

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai

Email: lemai.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.10.2022

Ngày duyệt bài: 21.10.2022