

RỐI LOẠN Ở CƠ THỂ PHỤ NỮ SAU CẮT TỬ CUNG THEO MRS VÀ NỒNG ĐỘ ESTRADIOL HUYẾT THANH

Lê Lam Hương
Trường Đại học Y Dược Huế

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ estradiol với các rối loạn của cơ thể phụ nữ sau cắt tử cung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, 151 phụ nữ sau phẫu thuật cắt tử cung- phần phụ từ tháng 12/2008 đến tháng 11/2010 tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Nhóm sau cắt tử cung toàn phần kèm theo cắt 2 phần phụ có rối loạn mức độ rất nặng: về cơ thể (34,78%); về tinh thần (71,74%); về tình dục (58,70%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các triệu chứng rối loạn này ở nhóm cắt tử cung toàn phần kèm cắt 2 phần phụ với nhóm cắt tử cung toàn phần để lại 1 hay 2 phần phụ và nhóm mãn kinh tự nhiên ($p<0,05$). **Kết luận:** Nồng độ estradiol huyết thanh có sự tương quan nghịch với các mức độ rối loạn về: cơ thể, tinh thần, tình dục và rối loạn chung.

Từ khóa: tử cung, nồng độ estradiol

Abstract

PHYSICAL DISORDERS AFTER HYSTERECTOMY DEPEND ON MRS AND SERUM ESTRADIOL LEVELS

Le Lam Huong
Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: To study the relationship between serum estradiol and physical disorders after hysterectomy. **Methods:** A descriptive cross sectional study on 151 women after total hysterectomy from 12/2008 to 11/2010 at Hue Central Hospital. **Results:** Serious disorders in total hysterectomy group include: physical disorders (34.78%), maternal disorders (71.74%), sexual disorders (58.70%). There were significant differences these disorders between total hysterectomy group and hysterectomy with/without accessory remove group, as well as menopause group. **Conclusion:** Serum estradiol levels was inversely correlated with physical disorders, maternal disorders, sexual disorders and other disorders.

Key words: hysterectomy, serum estradiol

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt tử cung gây ra tác động ảnh hưởng lớn đối với cơ thể người phụ nữ. Mãn kinh nhân tạo có thể xảy ra sau cắt tử cung - phần phụ. Trong một số nghiên cứu, nhận thấy có sự cải thiện trong chất lượng cuộc sống sau khi cắt bỏ tử cung, do bệnh tật được loại bỏ. Tuy nhiên, sự cải thiện này vẫn còn một số hạn chế. Tử cung là một phần của cơ thể phụ nữ, sau khi cắt tử cung phụ nữ mất khả năng sinh sản, không còn chu kỳ kinh nguyệt có thể dẫn đến sự thất vọng buồn chán và trầm cảm. Người phụ nữ giảm sự tự tin trong các mối quan hệ[1][2]. Bên cạnh một số chị em có tâm lý phấn chấn vì được giải phóng mọi lo âu về bệnh tật mà bản thân có trước đây thì phần lớn chị em phụ nữ sau phẫu thuật cắt tử cung suy nghĩ rằng đây là một can thiệp vào cơ quan quan trọng trong cơ thể nên sau phẫu

thuật cắt tử cung một số chị em phụ nữ mang tâm lý không ổn định, hay lo lắng, xấu hổ, mệt mỏi, và cảm giác thiếu một bộ phận trong cơ thể [4][6].

Sự thay đổi tâm sinh lý, một số biểu hiện sinh lý bệnh lý kết hợp với sự suy giảm estrogen có thể xảy ra đột ngột ở phụ nữ trẻ sau khi chiếu tia xạ vùng bụng, sau khi cắt bỏ tử cung-phần phụ dẫn đến mãn kinh phẫu thuật [1]. Mãn kinh là một sự chuyển tiếp tự nhiên từ một giai đoạn này sang giai đoạn khác trong quá trình phát triển của chị em phụ nữ, gồm các giai đoạn: tuổi niên thiếu, dậy thì, tuổi hoạt động sinh dục, tiền mãn kinh rồi mãn kinh. Ngoài ra, một số chị em bị mãn kinh nhân tạo do ảnh hưởng của phẫu thuật. Theo thống kê tuổi của dân số thế giới, số phụ nữ mãn kinh đang gia tăng bao gồm cả mãn kinh tự nhiên và mãn kinh nhân tạo. Thời kỳ mãn

kinh có thể tác động không tích cực đến đời sống của nhiều phụ nữ và những hậu quả của thời kỳ mãn kinh là nguyên nhân dẫn đến nhiều bệnh liên quan như bệnh tim và loãng xương, các thay đổi tâm sinh lý, các bệnh lý trên hệ niệu sinh dục...[3][5].

Việc phát hiện sớm các rối loạn cơ thể, sự thay đổi nồng độ estradiol, mối liên quan giữa nồng độ estradiol với các rối loạn trong cơ thể sau phẫu thuật cắt tử cung để phòng các rối loạn bằng chế độ ăn uống, vận động và can thiệp kịp thời sẽ có hiệu quả rất lớn để nâng cao chất lượng sống cho phụ nữ sau phẫu thuật cắt tử cung - phần phụ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: Rối loạn ở cơ thể phụ nữ sau cắt tử cung và nồng độ estradiol huyết thanh với mục tiêu nhằm: Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ estradiol với các rối loạn của cơ thể phụ nữ sau cắt tử cung.

2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: ở 151 phụ nữ sau cắt tử cung toàn phần không cắt kèm theo hai phần phụ, kèm theo cắt một phần phụ hoặc kèm theo cắt hai phần phụ một năm. Được thực hiện nghiên cứu từ tháng 12 năm 2008 đến tháng 11 năm 2010, tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Chưa mãn kinh khi thực hiện phẫu thuật cắt tử cung. Một năm sau cắt tử cung vì các bệnh lý lành tính ở cơ quan sinh dục. Đang còn sinh hoạt tình dục. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang dùng liệu pháp hormone estrogen thay thế. Mắc những bệnh nội khoa mãn tính như: Đái tháo đường, suy tuyến yên, tuyến thượng thận, và các bệnh rối loạn nội tiết khác. Không còn sinh hoạt tình dục. Không có khả năng giao tiếp, bệnh tâm thần.

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

2.3. Phương tiện nghiên cứu: Phiếu điều tra, bộ câu hỏi của MRS.

2.4. Phương pháp tiến hành: Bệnh sau mổ cắt tử cung toàn phần 1 năm tại Bệnh viện Trung Ương Huế, hẹn tái khám phỏng vấn theo bộ câu hỏi. Quy ước mức độ các triệu chứng: Mức độ nhẹ: Triệu chứng không ảnh hưởng hoạt động bình thường. Mức độ trung bình: Các triệu chứng ảnh hưởng cơ thể ít. Mức độ nặng: Các triệu chứng làm khó chịu, luôn phải để tâm đến và muốn tìm cách để làm giảm các triệu chứng. Mức độ rất nặng khi cơ thể không thể chịu đựng được. Trả lời các câu hỏi của bảng đánh giá Menopause Rating Scale (MRS) [7]. Đánh giá theo thang điểm từ 0 điểm đến 4.

Triệu chứng			No	Rất nhẹ	Nhẹ	Nặng	Rất nặng
1	Bốc hoả, đổ mồ hôi	Bốc hoả	0	0	0	0	0
		Đổ mồ hôi về đêm					
2	Vấn đề về tim mạch	Hồi hộp	0	0	0	0	0
		Đánh trống ngực					
		Đau thắt ngực					
3	Rối loạn giấc ngủ	Khó ngủ	0	0	0	0	0
		Buồn ngủ ngày					
		Thức giấc sớm					
4	Tâm thần	Chán nản, buồn, hay khóc.	0	0	0	0	0
5	Dễ kích thích	Căng thẳng tinh thần	0	0	0	0	0
		Hay gây rắc rối					
6	Hay lo âu		0	0	0	0	0
7	Kiệt sức	Hay mệt	0	0	0	0	0
8	Tình dục	Ít ham muốn tình dục	0	0	0	0	0
9	Vấn đề tiết niệu	Tiểu khó, tiểu nhiều lần	0	0	0	0	0
		Tiểu không kiểm soát					
10	Về âm đạo	Khô,nóng,giao hợp đau	0	0	0	0	0
11	Xương khớp	Đau khớp	0	0	0	0	0

Tổng điểm MRS: Điểm của 3 lĩnh vực nghiên cứu là tổng số điểm của 11 triệu chứng.

Mức độ rối loạn	Không, nhẹ (Điểm)	Trung bình (Điểm)	Nặng (Điểm)	Rất nặng (Điểm)
Cơ thể (Tổng điểm câu 1.2.3.11)	0-1	2-3	4-6	>7
Tinh thần (Tổng điểm câu 4.5.6.7)	0-2	3-4	5- 7	>8
Tình dục (Tổng điểm câu 8.9.10)	0	1	2-3	>4
Chung (tổng điểm)	0-4	5-8	9-15	>16

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu tiến hành nhập vào Microsoft Office Excel 2007. Sử dụng phần mềm Stata 10.0 để phân tích số liệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mức độ rối loạn cơ thể theo MRS

Nhóm Mức độ rối loạn		Nhóm 1 Cắt TC không cắt PP		Nhóm 2 Cắt TC + cắt 1 PP		Nhóm 3 Cắt TC + cắt 2 PP	
		n	%	n	%	n	%
Rối loạn cơ thể	Không hoặc nhẹ	50	96,15	49	92,45	7	15,22
	Trung bình	2	3,85	4	7,55	11	23,91
	Nặng	0	0,00	0	0,00	12	26,09
	Rất nặng	0	0,00	0	0,00	16	34,78
p		<0,05					

Rối loạn cơ thể ở mức độ rất nặng ở nhóm 3 là 26,09%, rất nặng là 34,78%.

Rối loạn tinh thần theo MRS ghi nhận được mức độ rất nặng ở nhóm 3 chiếm 71,74%.

Bảng 2. Mức độ rối loạn tình dục theo MRS

Nhóm Mức độ rối loạn		Nhóm 1 Cắt TC không cắt PP		Nhóm 2 Cắt TC + cắt 1 PP		Nhóm 3 Cắt TC + cắt 2 PP	
		n	%	n	%	n	%
Rối loạn tình dục	Không hoặc nhẹ	7	13,46	7	13,21	16	34,78
	Trung bình	4	7,69	5	9,43	0	0,00
	Nặng	21	40,39	18	33,96	3	6,52
	Rất nặng	20	38,46	23	43,40	27	58,70
p		<0,05					

Rối loạn tình dục ở mức độ rất nặng ở nhóm 3 là 58,70%; nhóm 1 là 38,46%; nhóm 2 là 43,40 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

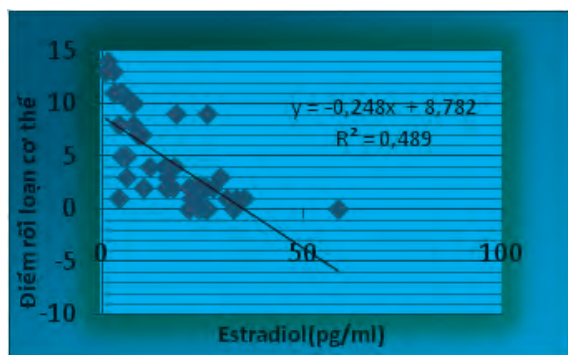
Rối loạn chung ghi nhận được ở mức độ rất nặng nhóm 3 tỷ lệ 65,22%. Rối loạn chung có tính khác biệt giữa các nhóm ($p < 0,05$).

Bảng 3. Nồng độ TB Estradiol huyết thanh của các nhóm nghiên cứu

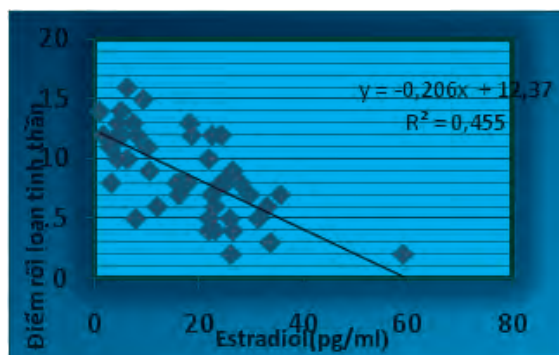
Nhóm Nồng độ	Nhóm 1 Cắt TC không cắt PP	Nhóm 2 Cắt TC +cắt 1 PP	Nhóm 3 Cắt TC + cắt 2 PP
Estradiol X $\pm$ SD	197,83 $\pm$ 8,97 (pg/ml)	189,98 $\pm$ 12,92 (pg/ml)	17,74 $\pm$ 1,72 (pg/ml)

Nồng độ Estradiol ở nhóm cắt tử cung kèm cắt 2 phần phụ là 17,74 $\pm$ 1,72 pg/ml, ở nhóm cắt tử cung kèm cắt 1 phần phụ là 189,98 $\pm$ 12,92 pg/ml

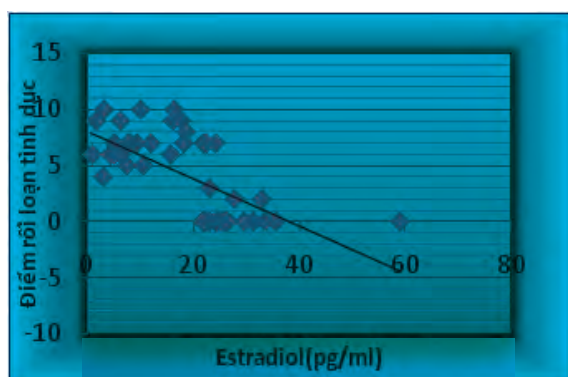
Tương quan giữa nồng độ Estradiol với mức độ rối loạn cơ thể, tinh thần, tình dục, và rối loạn chung ở nhóm 3



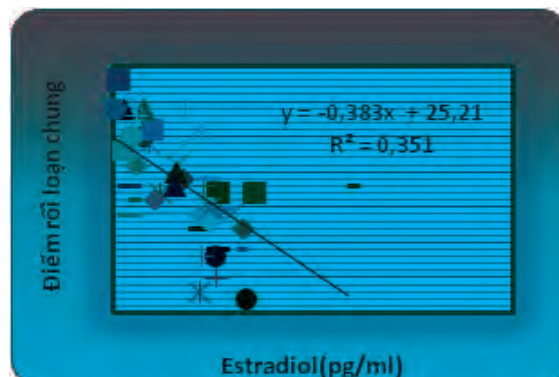
Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ Estradiol và chỉ số rối loạn cơ thể MRS ở nhóm 3



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ Estradiol và chỉ số rối loạn tinh thần MRS ở nhóm 3



Biểu đồ 3. Tương quan giữa nồng độ Estradiol với mức độ rối loạn tình dục



Biểu đồ 4. Tương quan giữa nồng độ Estradiol với mức độ rối loạn chung

4. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu nhận thấy rằng việc để lại 1 hay 2 phần phụ khi cắt tử cung 1 năm không có sự khác biệt về phương diện nội tiết, nồng độ Estradiol ở nhóm cắt tử cung kèm cắt 1 phần phụ là $189,98 \pm 12,92$ pg/ml, nhóm cắt tử cung không cắt phần phụ là $197,83 \pm 8,97$ pg/ml, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu ở nhóm cắt tử cung kèm cắt 2 phần phụ là $18,08 \pm 1,85$ pg/ml, giảm nhiều gần như ở nhóm mãn kinh tự nhiên.

Nồng độ Estradiol tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ rối loạn cơ thể. Tình trạng thiếu estradiol sẽ gây ra nhiều thay đổi trong cơ thể. Một trong những hậu quả tức thời do thiếu hụt estrogen là nóng mặt và chảy mồ hôi. Nóng bừng mặt do sự dẫn đột ngột các mao mạch ở da, thường ở vùng ngực và lan lên mặt, theo một nghiên cứu khác thì tần xuất nóng bừng khoảng 33,1%. Tần xuất của cơn bốc hỏa thay đổi tùy theo cá thể. Sự sản xuất

và nồng độ estradiol khi mãn kinh là không đủ cho xương và các mô niệu sinh dục. Vì vậy loãng xương và teo cơ quan niệu sinh dục, rối loạn tiết niệu là một trong những hậu quả nặng nề và không mong muốn nhất do thiếu estradiol ở lứa tuổi mãn kinh[8]

Qua nghiên cứu cho thấy rối loạn tinh thần ở mức độ nặng ở nhóm cắt tử cung cắt 2 phần phụ là 21,74%. Rối loạn tinh thần mức độ rất nặng ở nhóm cắt tử cung cắt 2 phần phụ chiếm tỷ lệ 71,74%. Như vậy sau phẫu thuật cắt tử cung mà cắt luôn 2 phần phụ thì tỷ lệ rối loạn tinh thần mức độ rất nặng rất cao, các biểu hiện căng thẳng, hay lo âu, chán nản buồn có lẽ do yếu tố tâm lý kèm theo yếu tố thực thể là sự giảm đột ngột estradiol huyết thanh. Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng phụ nữ có nguy cơ trầm cảm sau khi cắt tử cung và mức độ lo lắng sau phẫu thuật cao. Nghiên cứu này ghi nhận nồng độ Estradiol tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ rối loạn tinh thần. Các nghiên cứu khoa học gần đây cho rằng, bệnh quên ở người già có liên quan đến lượng

estrogen trong cơ thể[9][10]. Nghiên cứu nhận thấy rối loạn tình dục mức độ rất nặng ở nhóm cắt tử cung cắt 2 phần phụ là 58,70% chiếm tỷ lệ cao nhất. Rối loạn tình dục giữa nhóm cắt tử cung để lại 2 phần phụ hay để lại 1 phần phụ và nhóm cắt tử cung cắt 2 phần phụ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nồng độ Estradiol tương quan nghịch với mức độ rối loạn tình dục ở nhóm nghiên cứu. Sau phẫu thuật cắt tử cung cơ thể gặp phải một số triệu chứng và bệnh lý như ở người mãn kinh tự nhiên với các biểu hiện lâm sàng như mãn kinh tự nhiên nhưng nặng nề hơn. Các nghiên cứu thấy 41,0% có biểu hiện giao hợp đau sau cắt tử cung và 55,1% không thay đổi về ham muốn và tần suất sinh hoạt tình dục. Giảm estrogen ở phụ nữ có thể dẫn đến khô và teo âm đạo[11]

Qua kết quả ở nghiên cứu này cho thấy sau cắt tử cung kèm cắt 2 phần phụ thì cơ thể rối loạn mức độ nặng và rất nặng cao hơn nhiều so với nhóm mãn kinh tự nhiên điều này hoàn toàn hợp lý do cơ thể không có quá trình thích nghi dần với hiện tượng giảm estrogen, nên các rối loạn như: cơn bốc hỏa, buồn ngủ ngày thường xuất hiện sớm và nặng[12]. Sau cắt tử cung cơ thể có những thay đổi nhất định, tuy nhiên nếu 1 hay 2 phần phụ được giữ lại thì các rối loạn sau phẫu thuật ở 2 nhóm như nhau, 100% rối loạn ở mức nhẹ hoặc không rối loạn đến trung bình. Rối loạn chung của cơ thể có tính khác biệt giữa nhóm cắt tử cung để lại 1 hay 2 phần phụ so với nhóm cắt tử cung cắt 2 phần phụ ($p < 0,05$).

Nồng độ Estradiol tương quan nghịch với mức độ rối loạn chung ở nhóm nghiên cứu. Sau phẫu thuật một số phụ nữ sẽ bước vào giai đoạn mãn kinh rồi lão hoá trong khi tuổi đời còn rất trẻ, điều này khiến cho những phẫu thuật viên phụ khoa phải suy nghĩ khi quyết định cắt tử cung đây là vấn đề cần nhiều thảo luận. Nâng cao chất lượng sống cho phụ nữ sau phẫu thuật cắt tử cung -phần phụ bằng theo dõi phát hiện sớm các các rối loạn trong cơ thể sau phẫu thuật cắt tử cung để phòng các rối loạn bằng chế độ ăn uống, vận động và can thiệp kịp thời sẽ có hiệu quả rất lớn.

5. KẾT LUẬN

Nồng độ Estradiol ở nhóm cắt tử cung kèm cắt 2 phần phụ là $17,74 \pm 1,72$ pg/ml, ở nhóm cắt tử cung kèm cắt 1 phần phụ là $189,98 \pm 12,92$ pg/ml. Rối loạn cơ thể ở mức độ rất nặng ở nhóm 3 là 26,09%, rất nặng 34,78%. Rối loạn tình dục ở mức độ rất nặng ở nhóm 3 là 58,70% ($p < 0,05$). Mức độ rối loạn chung ở mức độ rất nặng nhóm 3 tỷ lệ 65,22% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nồng độ Estradiol tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ rối loạn cơ thể với $y = -0,248x + 8,782$ $r = 0,69$. Nồng độ Estradiol tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ rối loạn tinh thần với $y = -0,206x + 12,37$ với $r = 0,67$ và nồng độ Estradiol tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với mức độ rối loạn chung. Với $y = -0,383x + 25,21$ với $r = 0$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành (2007), "Một số vấn đề sức khỏe trong thời kỳ mãn kinh", *Sản Phụ Khoa*, NXB Y học Hà Nội, tr.686-689.
2. Cao Ngọc Thành (2002), "Tuổi mãn kinh và các yếu tố liên quan của phụ nữ mãn kinh Thành phố Huế", *Tạp chí khoa học Đại học Huế*, số 11, tr: 159-164.
3. Bayram GO, Beji NK (2010), Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy, *Sex Disabil*, 28:3-13.
4. Bener A, Rizk D.E, Shaheen H et al (2000), Measurement-specific quality-of life satisfaction during the menopause in an Arabian Gulf country, *Climacteric*, 3: 43-49.
5. Castelo-Branco C, Palacios S, Combalia J et al (2009), Risk of hypoactive sexual desire disorder and associated factors in a cohort of oophorectomized women, *Climacteric*, 12: 525-532
6. Freedman MA (2002), Quality of life and menopause: The role of estrogen, *Journal of women's health*, 11(8), pp.703-715
7. Heinemann LA (2007), Menopause Rating Scale (MRS) Development of the scale, *Development of MRS scale review*, pp.1-10.
8. Hendrix SL (2005), Bilateral oophorectomy and premature menopause, *The American Journal of Medicine*, 118 (12B), 131s-135s.
9. Hemmingsson H, Jonsson H (2005), Occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, Disability and Health—Some Critical Remarks, *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), pp.569-576.
10. Iqbal J, Zaidi M (2009), Understanding estrogen action during menopause, *Endocrinology*, 150(8), pp.3443-3445.
11. Nappi RE, Wawra K, Schmitt S et al (2006), Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women, *Gynecological Endocrinology*, 22(6), pp. 318-323.
12. Terauchi M, Obayashi S, Akiyoshi M (2010), Insomnia in Japanese peri-and postmenopausal women, *Climacteric*, 13(5), pp.479-486.