

RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Đoàn Trọng Tú, Lương Công Chánh
Nguyễn Văn Cường và Khổng Văn Quang✉

Bệnh viện K

Rối loạn cương dương là rối loạn chức năng tình dục hay gặp ở bệnh nhân nam giới sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Chúng tôi nghiên cứu trên 107 bệnh nhân nam giới sau phẫu thuật ung thư trực tràng tại khoa Ngoại Tổng Hợp Quán Sứ và khoa Ngoại Tiêu Hóa II Bệnh viện K từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024. Kết quả: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $57,92 \pm 8,37$; có 24,3% bệnh nhân điều trị hóa xạ trị trước mổ; tỷ lệ phẫu thuật nội soi là 33,6%; phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp chiếm tỷ lệ 22,4% và 36,4%; rò tiêu hóa sau phẫu thuật là 7,4%. Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật tỷ lệ rối loạn cương dương là 86,9% với điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là $13,69 \pm 5,53$. Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật rối loạn cương dương mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 26,38% và điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là $14,37 \pm 5,57$. Sau 12 tháng từ thời điểm phẫu thuật tỷ lệ rối loạn cương dương là 85,7%; tỷ lệ rối loạn cương dương mức độ nặng là 7,1%; điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là $16,02 \pm 5,09$. Loại phẫu thuật, hóa xạ trị trước phẫu thuật và độ tuổi là những yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương sau mổ với P lần lượt là 0,01; 0,02 và 0,02.

Từ khóa: Phẫu thuật ung thư trực tràng, rối loạn cương dương.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất và gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo Golobocan 2022, Ung thư đại trực tràng đứng thứ 4 về tỷ lệ mới mắc và đứng thứ 5 về tỷ lệ tử vong trong các bệnh lý ung thư tại Việt Nam.¹ Điều trị ung thư trực tràng là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò căn bản. Trước đây, phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng tăng sinh môn là phương pháp chính để điều trị ung thư trực tràng, nhất là đối với đoạn thấp và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Cùng với tiến bộ hóa xạ trị trước mổ, trong vài thập kỷ qua, kết quả của phẫu thuật ung thư trực tràng đã được cải thiện đáng kể. Xu hướng hiện nay

là tăng cường phẫu thuật cắt trước thấp và rất thấp bảo tồn cơ tròn nhằm cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Do đó, các vấn đề về chất lượng cuộc sống sau điều trị ngày càng trở nên quan trọng và là trọng tâm của lĩnh vực nghiên cứu.

Rối loạn cương dương là tình trạng không thể đạt và duy trì được khả năng cương dương để thỏa mãn nhu cầu tình dục.² Tỷ lệ mắc rối loạn cương dương trên toàn cầu là 3 - 76,5% và thay đổi theo lứa tuổi, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh.^{3,4} benign prostatic hyperplasia (BPH

Rối loạn cương dương thường gặp và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống bệnh nhân nam giới sau phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng. Vanessa P. Ho cùng cộng sự tổng hợp hệ thống các nghiên cứu báo cáo tỷ lệ rối loạn cương dương bệnh nhân nam giới sau phẫu thuật ung thư trực tràng dao động từ 23 - 69%.⁵ Năm 2011 Yuji Nishizawa cùng cộng sự báo cáo tỷ lệ rối

Tác giả liên hệ: Khổng Văn Quang

Bệnh viện K

Email: bacsiquang94@gmail.com

Ngày nhận: 07/04/2026

Ngày được chấp nhận: 25/05/2026

loạn cương dương sau phẫu thuật ung thư trực tràng ở thời điểm 3 tháng và 12 tháng lần lượt là 80% và 76%.⁶ Nghiên cứu của Perry WRG và cộng sự cho thấy tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục chung sau phẫu thuật ung thư trực tràng là 70% và tỉ lệ rối loạn cương dương là 62%.⁷

Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật sớm ung thư trực tràng nhưng có ít nghiên cứu đánh giá mức độ rối loạn cương dương đặc biệt là thời điểm sau phẫu thuật 1 năm. Từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả tỷ lệ và mức độ rối loạn cương dương theo thang điểm IIEF-5 đồng thời khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên 107 bệnh nhân nam giới đồng ý tham gia nghiên cứu; được chẩn đoán ung thư trực tràng và có quan hệ tình dục trước phẫu thuật; bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng vét hạch nổi ngay, phẫu thuật Hartmann, phẫu thuật Park hoặc phẫu thuật Miles tại khoa Ngoại Tổng Hợp Quán Sứ và khoa Ngoại Tiêu Hóa II từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024.

Nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân sau: không còn đầy đủ hồ sơ; người bệnh phẫu

thuật làm hậu môn nhân tạo đơn thuần, bệnh nhân sử dụng các thuốc ức chế PDE5 hoặc các thuốc ảnh hưởng cương dương như thuốc kháng androgen hay ức chế 5 – alpha reductase.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Chọn mẫu nghiên cứu thuận tiện

Quy trình nghiên cứu

Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu và tiêu chuẩn loại trừ, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước khi phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng.

Đánh giá giai đoạn bệnh, chỉ định phẫu thuật và kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng.

Ghi nhận tình trạng rối loạn cương dương sau phẫu thuật qua thăm khám định kỳ dựa theo thang điểm trong bộ câu hỏi đã được rút gọn và chuẩn hóa bằng tiếng Việt IIEF-5 (SHIM) (The Sexual Health Inventory for Men). Bộ câu hỏi IIEF - 5 phiên bản tiếng Việt là một bộ công cụ có tính thống nhất nội bộ và độ tin cậy cao trong việc đánh giá bệnh lý rối loạn cương dương ở nam giới Việt Nam. Bộ câu hỏi này có giá trị phân biệt giữa những bệnh nhân có rối loạn cương dương và không rối loạn cương dương (AUC = 0,942) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 96,6% và 60,9% khi sử dụng giá trị ngưỡng tham khảo là 21 điểm.⁸

Bảng 1. Bộ câu hỏi IIEF-5 (SHIM)

Khoanh tròn vào phương án phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của bạn với 5 câu hỏi dưới đây:

Họ tên bệnh nhân:	Tuổi:				
Ngày đánh giá:					
1. Bạn đánh giá như thế nào về mức độ tự tin của mình trong việc đạt được và duy trì khả năng cương cứng của dương vật?	Rất ít tự tin	Ít tự tin	Trung bình	Tự tin cao	Rất tự tin
	1	2	3	4	5

2. Số lần dương vật của bạn cương cứng đủ để đưa vào khi có kích thích tình dục là bao nhiêu?	Gần như không hoặc không được lần nào	Một vài lần (ít hơn 50% số lần quan hệ)	Thỉnh thoảng (khoảng 50% số lần quan hệ)	Phần lớn (nhiều hơn 50% số lần quan hệ)	Gần như luôn luôn hoặc luôn cương đủ để quan hệ
	1	2	3	4	5
3. Số lần bạn có thể duy trì được trạng thái cương của dương vật sau khi đưa vào trong cơ thể đối tác khi quan hệ tình dục?	Gần như không hoặc không được lần nào	Một vài lần (ít hơn 50% số lần quan hệ)	Thỉnh thoảng (khoảng 50% số lần quan hệ)	Phần lớn (nhiều hơn 50% số lần quan hệ)	Gần như luôn luôn hoặc luôn cương đủ để quan hệ
	1	2	3	4	5
4. Trong quá trình quan hệ tình dục, đối với bạn việc duy trì trạng thái cương của dương vật cho đến khi quan hệ xong khó đến mức độ nào?	Cực kì khó khăn	Rất khó khăn	Khó	Hơi khó khăn	Không có khó khăn gì
	1	2	3	4	5
5. Số lần bạn cảm thấy thỏa mãn sau khi quan hệ tình dục?	Gần như không hoặc không được lần nào	Một vài lần (ít hơn 50% số lần quan hệ)	Thỉnh thoảng (khoảng 50% số lần quan hệ)	Phần lớn (nhiều hơn 50% số lần quan hệ)	Gần như luôn luôn thỏa mãn
	1	2	3	4	5

Tổng điểm:

Kết quả:

5 - 7 điểm: Rối loạn cương dương mức độ nặng.

8 - 11 điểm: Rối loạn cương dương mức độ vừa.

12 - 16 điểm: Rối loạn cương dương mức độ từ nhẹ đến vừa.

17 - 21 điểm: Rối loạn cương dương mức độ nhẹ.

22 - 25 điểm: Chức năng cương dương bình thường.

Xử lý số liệu

Các biến số được thu thập bằng một mẫu thống nhất và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

Sử dụng các thuật toán mô tả tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ.

Để so sánh 2 nhóm biến định số định danh, chúng tôi dùng kiểm định Chisquare(X^2) test.

Chúng tôi chọn ngưỡng sai số là $\alpha = 0,05$ trong các trường hợp so sánh và ước lượng. Giá trị $p \leq 0,05$ nghĩa là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu phải được sự đồng ý của người bệnh và người nhà. Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp vào các phương pháp điều trị của bác sĩ. Các

thông tin được bảo mật. Nghiên cứu được tiến hành với sự chấp thuận của Hội đồng nghiên cứu Bệnh viện K số 3344/QĐ – BVK ngày 22/11/2024.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm tuổi và phương pháp điều trị

	Đặc điểm	n (107)	%
<i>Tuổi</i>	< 40	3	2,8
	40 - 49	15	14
	50 - 59	30	28
	≥ 60	59	55,1
	Trung bình	57,92 ± 8,37	
<i>Hóa xạ trị trước mổ</i>	Có	26	24,3
	Không	81	75,7
<i>Phương thức tiếp cận phẫu thuật</i>	Phẫu thuật nội soi	36	33,6
	Phẫu thuật mở	71	66,3
<i>Phương pháp phẫu thuật</i>	Phẫu thuật cắt trước	24	22,4
	Phẫu thuật cắt trước thấp	39	36,4
	Phẫu thuật Hartmann	23	21,5
	Phẫu thuật Miles	12	11,2
	Phẫu thuật Park	09	8,4
<i>Biến chứng sau phẫu thuật</i>	Rò miệng nối điều trị nội khoa	05	4,6
	Rò miệng nối phải phẫu thuật lại	03	2,8
	Rò bàng quang	01	0,9

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 57,92 ± 8,37; tuổi thấp nhất là 30 và cao nhất là 68.

Có 24,3% bệnh nhân phải điều trị hóa xạ trị trước mổ.

Phẫu thuật nội soi được thực hiện với tỷ lệ 33,6%.

Phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp chiếm tỷ lệ cao 22,4% và 36,4%.

Tỷ lệ rò tiêu hóa sau phẫu thuật là 7,4%; trong đó rò phải mổ lại 2,8% bệnh nhân trải qua phẫu thuật ung thư trực tràng.

Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật tỉ lệ rối loạn cương dương là 86,9% với điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là 13,69 ± 5,53.

Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật rối loạn cương dương mức độ vừa chiếm tỉ lệ cao 26,38% và điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là 14,37 ± 5,57.

Sau 12 tháng từ thời điểm phẫu thuật tỉ lệ rối loạn cương dương là 85,7%; tỉ lệ rối loạn cương dương mức độ nặng là 7,1%; điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là 16,02 ± 5,09 (Bảng 3).

Bảng 3. Rối loạn cương dương sau phẫu thuật

Rối loạn cương dương	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		Sau 12 tháng	
	n (107)	%	n (72)	%	n (42)	%
Rối loạn cương dương mức độ nặng	18	16,82	08	11,11	03	7,14
Rối loạn cương dương mức độ vừa	27	25,23	19	26,38	11	26,19
Rối loạn cương dương từ nhẹ đến vừa	22	20,56	15	20,83	10	23,80
Rối loạn cương dương mức độ nhẹ	26	24,29	20	27,77	12	28,57
Chức năng cương dương bình thường	14	13,08	10	13,88	06	14,28
Điểm trung bình theo thang điểm IIEF-5	13,69 ± 5,53		14,37 ± 5,57		16,02 ± 5,09	

Bảng 4. Một số yếu tố ảnh hưởng rối loạn cương dương sau phẫu thuật

Đặc điểm	Mức độ rối loạn cương dương					p
	Mức độ nặng	Mức độ vừa	Mức độ nhẹ - vừa	Mức độ nhẹ	Bình thường	
Loại phẫu thuật						
Phẫu thuật cắt trước	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14 (58,3)	10 (41,7)	0,01
Phẫu thuật cắt trước thấp	12 (30,8)	15 (38,5)	8 (20,5)	4 (10,2)	0 (0)	
Phẫu thuật Hartmann	0 (0)	7 (30,4)	9 (39,1)	7 (30,4)	0 (0)	
Phẫu thuật Park	0 (0)	5 (55,5)	4 (44,4)	0 (0)	0 (0)	
Phẫu thuật Miles	0 (0)	1 (8,3)	3 (25,0)	3 (25,0)	5 (41,6)	
Phương thức phẫu thuật						
Phẫu thuật nội soi	5 (13,8)	11 (30,5)	7 (19,4)	8 (22,2)	5 (13,8)	0,30
Phẫu thuật mở	7 (9,8)	17 (23,9)	17 (23,9)	20 (28,1)	10 (14,0)	
Hóa xạ trị trước mổ						
Có hóa xạ trị trước mổ	1 (3,84)	10 (38,4)	7 (26,9)	8 (30,7)	0 (0)	0,02
Không hóa xạ trị trước mổ	11 (13,5)	18 (22,2)	17 (20,9)	20 (24,6)	15 (18,5)	
Biến chứng rò sau mổ						
Có rò sau mổ	2 (22,2)	3 (33,3)	2 (22,2)	1 (11,1)	1 (11,1)	0,42
Không có rò sau mổ	10 (10,2)	25 (25,5)	22 (22,4)	27 (27,5)	14 (14,2)	

Đặc điểm	Mức độ rối loạn cương dương					p
	Mức độ nặng	Mức độ vừa	Mức độ nhẹ - vừa	Mức độ nhẹ	Bình thường	
<i>Độ tuổi</i>						
< 40	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)	0,02
40 - 49	2 (13,3)	2 (13,3)	4 (26,7)	5 (33,3)	2 (13,3)	
50 - 59	5 (16,7)	8 (26,7)	4 (13,3)	9 (30)	4 (13,3)	
≥ 60	5 (8,5)	16 (27,1)	16 (27,1)	13 (22,0)	9 (15,3)	

Loại phẫu thuật, hóa xạ trị trước phẫu thuật và độ tuổi là những yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương sau mổ với p lần lượt là 0,01; 0,02 và 0,02.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 107 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 57,92 ± 8,37, cao nhất là 68 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu trên 50 tuổi (83,1%), trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là ≥ 60 tuổi (55,1%). Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trước đây về rối loạn cương dương sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Nghiên cứu về rối loạn chức năng tình dục sau phẫu thuật ung thư trực tràng của Hendren SK (2005) có độ tuổi trung bình là tuổi trung bình 59,0 (52 - 68) tuổi;⁹ nghiên cứu của Yuji Nishizawa (2011) tuổi trung bình 58 (36 - 76) tuổi.⁶ Tuổi là yếu tố quan trọng liên quan đến hoạt động tình dục sau phẫu thuật ung thư trực tràng. Nghiên cứu của Vanessa P. Ho (2011) khi tổng hợp các báo cáo trên MEDLINE thấy rằng: dữ liệu từ các nghiên cứu cho thấy chức năng tình dục suy giảm theo tuổi. Phân tích hồi quy logistic cho thấy có mối liên quan mức độ thấp giữa tuổi và hoạt động tình dục sau phẫu thuật. Với mỗi tuổi tăng thêm, hoạt động tình dục giảm (OR 0,94).⁵ Saito khi phân tích đa biến thấy rằng: tuổi là yếu tố nguy cơ gây rối loạn chức năng tình dục sau phẫu thuật

ung thư trực tràng với p = 0,02.¹⁰ Báo cáo Hendren SK cho thấy có mối liên quan tuổi và rối loạn chức năng tình dục sau phẫu thuật ung thư trực tràng p < 0,001.⁹ Trong nghiên cứu, khi khảo sát, chúng tôi cũng nhận thấy có mối liên quan giữa độ tuổi và mức độ rối loạn cương dương (p = 0,02).

Hóa xạ trị trước phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp ung thư trực tràng trung bình hoặc thấp và đánh giá u T3 hoặc T4 hoặc T bất kỳ với N1 - 2. Vai trò của hóa xạ trị trước mổ giúp giảm tái phát tại chỗ, tăng thời gian sống thêm toàn bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 24,3% bệnh nhân được hóa xạ trị trước mổ. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng; chức năng tình dục suy giảm sau hóa xạ trị ung thư trực tràng. Năm 2010, Bruheim K và cộng sự báo cáo kết quả nghiên cứu trên 241 bệnh nhân nam ung thư trực tràng theo dõi trong 4,5 năm cho thấy nhóm bệnh nhân trải qua xạ trị có nguy cơ rối loạn cương dương cao hơn nhóm bệnh nhân không xạ trị với OR = 7,3 và p < 0,001.¹¹ Hendren báo cáo cho thấy mối liên quan xạ trị trước phẫu thuật và rối loạn chức năng tình dục với p = 0,001.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có mối liên quan giữa hóa xạ trị trước mổ và rối loạn cương dương với p = 0,02.

TME (Total Mesorectal Excision) được chỉ định trong phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng trung bình và thấp như một phần của

phẫu thuật cắt trước thấp, phẫu thuật Park hay phẫu thuật Miles. Với ung thư trực tràng đoạn cao khi diện cắt dưới có thể đạt giới hạn an toàn 5 cm, phẫu thuật cắt mạc treo trực tràng tùy chỉnh hay cắt bán phần mạc treo theo khối u có thể được thực hiện, mang lại kết quả tương đương TME. Lúc này, giới hạn trên – dưới của phần mạc treo cần loại bỏ sẽ được quyết định theo diện cắt trên – dưới ở trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22,4% trường hợp phẫu thuật cắt trước; 36,4% cắt trước thấp; phẫu thuật Hartmann chiếm 21,5%; phẫu thuật Miles và Park chỉ chiếm 11,2% và 8,4%. Chúng tôi có 33,6% phẫu thuật mổ nội soi và 66,3% mổ mở. Trong nghiên cứu của Yuji Nishizawa phẫu thuật cắt trước thấp chiếm 24,5%, cắt đoạn trực tràng rất thấp chiếm 38,8%, cắt gian cơ thắt chiếm 34,7%, phẫu thuật Miles chỉ chiếm 2,0%.⁶ Nghiên cứu của Bruheim phẫu thuật cắt trước thấp 43,5%; phẫu thuật Miles 48,1%, phẫu thuật Hartmann 8,3%.¹¹ Kai Li và cộng sự nghiên cứu trên 948 bệnh phẫu thuật ung thư trực tràng thấy trải qua phẫu thuật cắt trước thấp hoặc cắt liên cơ thắt hoặc phẫu thuật Hartmann là yếu tố nguy cơ độc lập gây rối loạn chức năng tình dục với OR = 2,43 và $p < 0,001$.¹² Cũng trong báo cáo của Li sự khác biệt rối loạn chức năng tình dục sau phẫu thuật ung thư trực tràng mổ mở và phẫu thuật nội soi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,412$.¹² Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cách thức phẫu thuật có mối liên quan với rối loạn cương dương sau điều trị với $p = 0,01$; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về rối loạn cương dương ở bệnh nhân ung thư trực tràng đã phẫu thuật mổ mở và mổ nội soi với $p = 0,3$. Điều này có thể do việc phẫu tích sâu xuống vùng tiểu khung gây tổn thương thần kinh hạ vị.

Biến chứng rò miệng nổi, rò bàng quang là một yếu tố nguy cơ quan trọng với giả thuyết phản ứng viêm gây tổn thương thần kinh hạ vị và túi tinh. Tuy nhiên báo cáo trên thế giới còn

chưa thống nhất về yếu tố này ảnh hưởng đến rối loạn cương dương. Báo cáo của Lange và cộng sự cho thấy rò miệng nổi ảnh hưởng tới rối loạn cương dương sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$.¹³ Nhưng báo cáo của Torrijos nhận thấy rối loạn cương dương ở nhóm bệnh nhân rò miệng nổi và không rò miệng nổi tại thời điểm 1 năm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,7$.¹⁴ Điều này có thể do mức độ xì rò và hướng xử lý sau khi phát hiện xì rò ảnh hưởng tới phản ứng viêm. Trong 107 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 7,4% bệnh nhân rò tiêu hóa nhưng xì rò nặng phải phẫu thuật lại chỉ chiếm 2,8%. Nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa xì rò sau phẫu thuật ung thư trực tràng và rối loạn cương dương $p = 0,42$.

Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật tỉ lệ rối loạn cương dương trong nghiên cứu của chúng tôi là 86,9% với điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là $13,69 \pm 5,5$; sau 12 tháng từ thời điểm phẫu thuật tỉ lệ rối loạn cương dương là 85,7%; tỉ lệ rối loạn cương dương mức độ nặng là 7,1%; điểm trung bình thang điểm IIEF-5 là $16,02 \pm 5,09$. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều bệnh nhân chưa đủ thông tin theo dõi sau phẫu thuật 12 tháng. Trong tổng hợp phân tích của Vanessa P. Ho có báo cáo điểm IIEF(International Index of Erectile Function) trung bình giảm so với mức cơ bản (từ $54,4 \pm 23,7$ xuống còn $28,0 \pm 21,3$ ở thời điểm 3 tháng) với tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục là 66% và có 14,3% số bệnh nhân này hồi phục sau 6 tháng.⁵ Yuji Nishizawa cùng cộng sự báo cáo tỉ lệ rối loạn cương dương sau phẫu thuật ung thư trực tràng ở thời điểm 3 tháng và 12 tháng lần lượt là 80% và 76%.⁶ Nghiên cứu của Perry WRG và cộng sự cho thấy tỉ lệ rối loạn chức năng tình dục chung sau phẫu thuật ung thư trực tràng là 70% và tỉ lệ rối loạn cương dương là 62%.⁷

V. KẾT LUẬN

Rối loạn cương dương thường gặp ở bệnh nhân nam giới sau phẫu thuật ung thư trực tràng với thời điểm 3 tháng là 86,9%; thời điểm 1 năm sau phẫu thuật là 85,7%. Loại phẫu thuật, hóa xạ trị trước phẫu thuật và độ tuổi là những yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương sau phẫu thuật. Tuy nhiên, nghiên cứu còn chưa so sánh được IIEF-5 trước và sau điều trị; cỡ mẫu còn hạn chế và mất thông tin theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Nimesh S, Tomar R, Kumar M, Tyagi N, Shukla PK. Erectile Dysfunction: An Update. *AMDHS*. 2019;2(1):04-07. doi:10.5530/amdhs.2019.1.3
3. Kessler A, Sollie S, Challacombe B, Briggs K, Van Hemelrijck M. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU Int*. 2019;124(4):587-599. doi:10.1111/bju.14813
4. Elterman DS, Bhattacharyya SK, Mafilios M, Woodward E, Nitschelm K, Burnett AL. The Quality of Life and Economic Burden of Erectile Dysfunction. *Res Rep Urol*. 2021;13:79-86. doi:10.2147/RRU.S283097
5. Ho VP, Lee Y, Stein SL, Temple LKF. Sexual function after treatment for rectal cancer: a review. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(1):113-125. doi:10.1007/DCR.0b013e3181fb7b82
6. Nishizawa Y, Ito M, Saito N, Suzuki T, Sugito M, Tanaka T. Male sexual dysfunction after rectal cancer surgery. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26(12):1541-1548. doi:10.1007/s00384-011-1247-z
7. Perry WRG, Abd El Aziz MA, Duchalais E, et al. Sexual dysfunction following surgery for rectal cancer: a single-institution experience. *Updates Surg*. 2021;73(6):2155-2159. doi:10.1007/s13304-021-01124-1
8. Bắc NH, Thắng NC. Chuẩn hóa bộ câu hỏi IIEF - 5 tiếng việt và ứng dụng trong chẩn đoán rối loạn cương dương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;152(4):86-94. doi:10.52852/tncyh.v152i4.739
9. Hendren SK, O'Connor BI, Liu M, et al. Prevalence of Male and Female Sexual Dysfunction Is High Following Surgery for Rectal Cancer. *Ann Surg*. 2005;242(2):212-223. doi:10.1097/01.sla.0000171299.43954.ce
10. Saito S, Fujita S, Mizusawa J, et al. Male sexual dysfunction after rectal cancer surgery: Results of a randomized trial comparing mesorectal excision with and without lateral lymph node dissection for patients with lower rectal cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0212. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2016;42(12):1851-1858. doi:10.1016/j.ejso.2016.07.010
11. Bruheim K, Guren MG, Dahl AA, et al. Sexual Function in Males After Radiotherapy for Rectal Cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*. 2010;76(4):1012-1017. doi:10.1016/j.ijrobp.2009.03.075
12. Li K, He X, Tong S, Zheng Y. Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer surgery in 948 consecutive patients: A prospective cohort study. *Eur J Surg Oncol*. 2021;47(8):2087-2092. doi:10.1016/j.ejso.2021.03.251
13. Lange MM, Marijnen C a. M, Maas CP, et al. Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment. *Eur J Cancer*. 2009;45(9):1578-1588. doi:10.1016/j.ejca.2008.12.014
14. Torrijo I, Balciscueta Z, Tabet J, Martín MC, López M, Uribe N. Prospective study of sexual function and analysis of risk factors after rectal cancer surgery. *Colorectal Dis*. 2021;23(6):1379-1392. doi:10.1111/codi.15589

Summary

ERECTILE DYSFUNCTION AFTER RECTAL CANCER SURGERY AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Erectile dysfunction is a common sexual dysfunction in male patients following rectal cancer surgery. We conducted a study on 107 male patients post-rectal cancer surgery at the Department of General Surgery Quan Su and the Department of Gastrointestinal Surgery II, National Cancer Hospital, from January 2023 to June 2024. Results: The mean age was 57.92 ± 8.37 years old. Preoperative chemoradiotherapy was administered to 24.3% of patients. 33.6% of patients underwent laparoscopic surgery, while 22.4% and 36.4% had anterior resection and low anterior resection, respectively. Postoperative anastomotic leakage occurred in 7.4% of patients. At 3 months post-surgery, the prevalence of erectile dysfunction was 86.9%, with a mean IIEF-5 score of 13.69 ± 5.53 . At 6 months post-surgery, moderate erectile dysfunction was at 26.38%, with a mean IIEF-5 score of 14.37 ± 5.57 . At 12 months post-surgery, the prevalence of erectile dysfunction was 85.7%, with severe ED at 7.1% and a mean IIEF-5 score of 16.02 ± 5.09 . The mode of surgery, preoperative chemoradiotherapy, and age were factors significantly associated with postoperative erectile dysfunction ($p = 0.01, 0.02, \text{ and } 0.02$, respectively).

Keywords: Rectal cancer surgery, erectile dysfunction.