

RỐI LOẠN XUẤT TINH (EJACULATORY DISORDERS)

Payam Sazegar, MD

TỔNG QUAN

MÔ TẢ

- Nhóm các rối loạn liên quan đến thay đổi về thời gian và khả năng kiểm soát (xuất tinh sớm [PE], xuất tinh muộn [DE]), sự hiện diện (không xuất tinh [AE]), hướng đi (xuất tinh ngược dòng [RE]), thể tích (cảm nhận giảm thể tích tinh dịch [PEVR]), hoặc lực xuất tinh (giảm lực xuất tinh [DFE]).
- Xuất tinh sớm (PE) được định nghĩa (theo DSM-V, 2013) là kiểu xuất tinh xảy ra dai dẳng/tái diễn trong khi quan hệ tình dục với bạn tình, xảy ra trong vòng 1 phút sau khi thâm nhập âm đạo và trước khi cá nhân mong muốn + tồn tại trong 6 tháng + gây khó chịu đáng kể cho cá nhân.
 - Đáp ứng sinh học tự nhiên là xuất tinh trong vòng 2–5 phút sau khi thâm nhập âm đạo.
 - Khả năng kiểm soát xuất tinh là một hành vi tập nhiễm được, tăng lên theo kinh nghiệm.
 - Các bệnh đồng mắc thường gặp (đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn ham muốn tình dục, rối loạn cương dương [ED]).
- Xuất tinh muộn (DE): thời gian xuất tinh kéo dài (>30 phút) mặc dù có ham muốn, kích thích và cương cứng; gây khó khăn cho các cặp đôi đang cố gắng có con.
- Không có tinh trùng trong tinh dịch (aspermia):
 - Không xuất tinh (AE): thiếu sự phóng tinh hoặc co bóp của cơ hành xóp.
 - Xuất tinh ngược dòng (RE): xuất tinh một phần hoặc toàn bộ tinh dịch vào bàng quang.
 - Tắc nghẽn: tắc ống phóng tinh hoặc tắc niệu đạo.
- Ngoài ra:
 - Xuất tinh đau: đau vùng sinh dục hoặc tăng sinh môn trong hoặc sau khi xuất tinh.
 - Mất khoái cảm khi xuất tinh (ejaculatory anhedonia): xuất tinh bình thường nhưng không có cực khoái hoặc khoái cảm.
 - Tinh dịch lẫn máu (hematospermia): có máu trong tinh dịch (thường không phải tình trạng nghiêm trọng).

DỊCH TỄ HỌC

Tỉ lệ hiện mắc

- Xuất tinh sớm rất phổ biến; tỉ lệ được báo cáo ở nam giới Hoa Kỳ lên đến 20–30%.
- Xuất tinh muộn được báo cáo ở 5–8% nam giới từ 18–59 tuổi, nhưng <3% có vấn đề này kéo dài >6 tháng.
- Độ tuổi chủ yếu: tất cả các nhóm tuổi đã trưởng thành về mặt tình dục.
- Giới chủ yếu: chỉ gặp ở nam.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Đáp ứng tình dục ở nam giới:

- Sự cương cứng được điều hòa bởi hệ thần kinh phó giao cảm.
- Xuất tinh bình thường gồm ba giai đoạn:
 - Giai đoạn phóng tinh (emission): tinh dịch được đưa vào niệu đạo qua sự co bóp của tuyến tiền liệt, túi tinh, ống dẫn tinh; dưới sự kiểm soát của hệ thần kinh tự chủ giao cảm.
 - Giai đoạn xuất tinh (ejaculation): tinh dịch được đẩy mạnh ra khỏi niệu đạo nhờ các co bóp nhịp nhàng của cơ hành xóp và cơ ngồi hang. Quá trình này được điều hòa bởi hệ thần kinh soma qua các nhánh vận động của thần kinh thẹn. Sự co thắt cổ bàng quang qua thụ thể α -adrenergic đảm bảo xuất tinh đi ra ngoài (thuận dòng).
 - Cực khoái (orgasm): cảm giác khoái cảm đi kèm với xuất tinh (vỏ não); co bóp cơ trơn của các cơ quan sinh dục phụ; giải phóng áp lực ở niệu đạo sau.
- Xuất tinh sớm:

- Tăng nhạy cảm/tăng kích thích ở quy đầu dương vật.
- Độ nhạy của thụ thể 5-hydroxytryptamine (5-HT).
- Tâm lý (thiếu kinh nghiệm, lo âu/tội lỗi, tần suất quan hệ thấp, vấn đề trong mối quan hệ).
- Tiết niệu (rối loạn cương dương, viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo).
- Nội tiết (cường giáp, béo phì, đái tháo đường).
- Thiếu hoạt động thể chất hoặc tình dục.
- Hội chứng cai/giải độc thuốc kê đơn hoặc chất gây nghiện.
- Xuất tinh muộn:
 - Hiếm khi do rối loạn gây đau tiềm ẩn (ví dụ: viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh).
 - Thường có thành phần tâm lý.
 - Không liên quan đến nồng độ testosterone.
 - Lo âu về hiệu suất tình dục và các yếu tố tâm lý-xã hội khác.
 - Một số thuốc có thể làm suy giảm xuất tinh (ví dụ: thuốc ức chế MAO, SSRI, thuốc chẹn α và β , thiazide, thuốc chống loạn thần, thuốc chống trầm cảm ba vòng và bốn vòng, NSAID, opioid, rượu).
- Không bao giờ xuất tinh:
 - Bất thường cấu trúc bẩm sinh (nang ống Müller, bất thường ống Wolff).
 - Mắc phải (cắt tuyến tiền liệt triệt căn, sau nhiễm trùng, sau chấn thương, bệnh lý thần kinh T10–T12).
- Không xuất tinh (AE):
 - Bóc tách hạch bạch huyết sau phúc mạc.
 - Chấn thương tủy sống hoặc tổn thương thần kinh giao cảm (do chấn thương) khác.
 - Thuốc (thuốc chẹn α và β , benzodiazepine, SSRI, thuốc ức chế MAO, thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc chống loạn thần, acid aminocaproic).
 - Đái tháo đường (do bệnh lý thần kinh).
 - Cắt tuyến tiền liệt triệt căn.
- Xuất tinh ngược dòng (RE):
 - Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua niệu đạo (25%) hoặc các thủ thuật cắt tuyến tiền liệt khác.
 - Phẫu thuật cổ bàng quang.
 - Phẫu thuật vùng chậu rộng.
 - Bóc tách hạch bạch huyết sau phúc mạc do ung thư tinh hoàn (cũng có thể gây thất bại phóng tinh).
 - Rối loạn thần kinh (đa xơ cứng [MS], đái tháo đường).
 - Thuốc (tamsulosin, các thuốc chẹn α khác, SSRI, thuốc chống loạn thần).
 - Hẹp niệu đạo (có thể sau chấn thương).
- Xuất tinh đau:
 - Nhiễm trùng hoặc viêm (viêm tinh hoàn, viêm mào tinh, viêm tuyến tiền liệt, viêm niệu đạo).
 - Tắc ống phóng tinh.
 - Sỏi túi tinh.
 - Tắc ống dẫn tinh.
 - Tâm lý/chức năng.
- Tinh dịch lẫn máu (thường không tìm được nguyên nhân):
 - Thường không phải tình trạng nghiêm trọng.
 - Viêm/nhiễm trùng.
 - Sỏi: bàng quang, túi tinh, tuyến tiền liệt, niệu đạo.
 - Chấn thương vùng sinh dục (đạp xe, táo bón, thủ dâm).
 - Tắc nghẽn.
 - Nang.
 - U (1–3% ung thư tuyến tiền liệt biểu hiện với tinh dịch lẫn máu).

- Dị dạng động-tĩnh mạch.
- Do can thiệp y khoa.
- Tăng huyết áp.

CÁC TÌNH TRẠNG THƯỜNG ĐI KÈM

- Rối loạn thần kinh (ví dụ: đa xơ cứng).
- Đái tháo đường.
- Viêm tuyến tiền liệt.
- Tắc ống phóng tinh.
- Hẹp niệu đạo.
- Rối loạn tâm lý.
- Bệnh lý nội tiết.
- Khó khăn trong mối quan hệ/giao tiếp giữa hai người.

CHẨN ĐOÁN

Dựa trên khai thác bệnh sử kỹ lưỡng. Bắt đầu bằng cách hỏi liệu xuất tinh có xảy ra trước khi cá nhân mong muốn HAY không xảy ra sau kích thích bình thường (bao gồm cả thủ dâm).

BỆNH SỬ

Khai thác bệnh sử tình dục chi tiết, bao gồm:

- Khung thời gian của vấn đề.
- Chất lượng đáp ứng tình dục của bệnh nhân.
- Cảm nhận về khả năng kiểm soát xuất tinh và mức độ khó chịu về tình dục.
- Đánh giá tổng thể về mối quan hệ.
- Đặt câu hỏi cụ thể vì bệnh nhân thường ngại chia sẻ cởi mở.
- Bệnh sử chi tiết về các thuốc đã và đang sử dụng.
- Tiền sử chấn thương trước đây hoặc nhiễm trùng gần đây.
- Tiền sử phẫu thuật, đặc biệt chú ý đến các phẫu thuật tiết niệu-sinh dục (GU).
- Các thực phẩm chức năng và liệu pháp thay thế đã thử.
- Nhiều nam giới ban đầu không phân biệt được giữa vấn đề cương dương và vấn đề xuất tinh.
- Một số nam giới có kỳ vọng không thực tế về đáp ứng và tần suất xuất tinh.
- Nên đưa bệnh nhân vào buổi phỏng vấn, đặc biệt nếu bệnh nhân cho rằng mình không đáp ứng được nhu cầu của bạn tình.
- Trong phần khai thác các hệ cơ quan, tìm kiếm bằng chứng thiếu hụt testosterone hoặc tăng prolactin, đặc biệt khi có mất khoái cảm khi xuất tinh.

KHÁM LÂM SÀNG

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn. Tìm các dấu hiệu thần kinh khu trú (đa xơ cứng, chấn thương tủy sống) và các rối loạn tâm thần.
- Khám tiết niệu-sinh dục kỹ lưỡng, bao gồm:
 - Kích thước và mật độ của tinh hoàn và mào tinh.
 - Xác nhận sự hiện diện của ống dẫn tinh.
 - Vị trí và độ thông của lỗ niệu đạo.
 - Thăm khám trực tràng bằng ngón tay để đánh giá mật độ, kích thước tuyến tiền liệt và các tổn thương ở đường giữa (nếu có).

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH

- Kết quả xét nghiệm có thể bình thường.
- Đường huyết đói hoặc HbA1c để loại trừ đái tháo đường.
- Tổng phân tích nước tiểu sau cực khoái sẽ xác nhận xuất tinh ngược dòng. Có thể đo nồng độ fructose tinh dịch, số lượng tinh trùng và độ nhớt. Bệnh nhân có thể than phiền nước tiểu đục.
- Không xuất tinh (AE) sẽ có kết quả xét nghiệm nước tiểu sau cực khoái: fructose âm tính, tinh trùng âm tính, không nhớt.
- Trong xuất tinh đau, cần tổng phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu để loại trừ nhiễm trùng.
- Nếu nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, kiểm tra kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA).
- Trong mất khoái cảm khi xuất tinh, cân nhắc kiểm tra testosterone, prolactin, đường huyết và chức năng tuyến giáp.
- Trong tinh dịch lẫn máu, xuất tinh đau, hoặc khi nghi ngờ tắc ống phóng tinh, siêu âm qua trực tràng (TRUS) có thể hữu ích.
- Chọc hút túi tinh dưới hướng dẫn TRUS nếu có tắc ống phóng tinh.
- Nếu nghi ngờ bất thường giải phẫu, có thể siêu âm bìu và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Xác định nguyên nhân y khoa (dù không thể hồi phục) giúp bệnh nhân chấp nhận tình trạng của mình.
- Cải thiện giao tiếp với bạn tình.
- Tư vấn tâm lý cho bệnh nhân và bạn tình.
- Giảm áp lực về hiệu suất thông qua sự trấn an.
- Có thể cần sử dụng nhiều nguồn lực khác nhau (ví dụ: bác sĩ tâm thần, nhà tâm lý học, chuyên gia trị liệu tình dục, bác sĩ phẫu thuật mạch máu, bác sĩ tiết niệu, bác sĩ nội tiết, bác sĩ thần kinh).
- Xuất tinh sớm:
 - Sử dụng liệu pháp tập trung cảm giác (sensate focus therapy) (tiến triển dần từ tiếp xúc không tình dục sang tiếp xúc tình dục).
 - Kỹ thuật “yên tĩnh âm đạo”: bạn tình nữ ngừng chuyển động ngay trước khi xuất tinh.
 - Các kỹ thuật học cách kiểm soát xuất tinh (ví dụ: kỹ thuật bóp vành quy đầu [bóp quy đầu dương vật cho đến khi cảm giác muốn xuất tinh giảm] hoặc kỹ thuật dừng-bắt đầu [ngừng kích thích dương vật khi gần xuất tinh và tiếp tục kích thích khi cảm giác xuất tinh giảm]) (1)[B].
- Xuất tinh muộn:
 - Đổi sang thuốc chống trầm cảm ít có khả năng gây xuất tinh muộn hơn (citalopram, fluvoxamine, nefazodone) (2)[B].
- Không xuất tinh/xuất tinh ngược dòng:
 - Ngừng các thuốc gây ra tình trạng này.
 - Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường.
 - Nếu có tắc niệu đạo, chuyển khám chuyên khoa tiết niệu.
 - Xuất tinh ngược dòng có thể cải thiện nếu giao hợp xảy ra khi bàng quang đầy.
 - Cân nhắc kích thích rung dương vật (hiệu quả ở chấn thương tủy sống trên T10) hoặc điện xuất tinh (theo dõi monitor nếu tổn thương trên T6 vì có thể gây rối loạn phản xạ tự chủ) để thu thập tinh trùng trong trường hợp không xuất tinh.
- Xuất tinh đau:
 - Tư vấn tâm lý có thể có lợi.
 - Nếu nghi ngờ sỏi túi tinh, chuyển khám chuyên khoa tiết niệu.
- Tinh dịch lẫn máu:
 - Thường tự khỏi mà không rõ nguyên nhân. Ban đầu nên trấn an bệnh nhân.
 - Có thể thử kháng sinh theo kinh nghiệm, nhưng ít bằng chứng ủng hộ.

- Nếu kéo dài hoặc nghi ngờ cao có bất thường, chuyển khám chuyên khoa tiết niệu.

THUỐC

- Xuất tinh sớm:
 - Điều trị rối loạn cương dương tiềm ẩn (bệnh đồng mắc thường gặp) bằng thuốc ức chế PDE5 (3)[A].
- Lựa chọn đầu tay:
 - Dapoxetine, một thuốc SSRI tác dụng ngắn, dùng “khi cần” liều 30–60 mg, 1–2 giờ trước khi quan hệ, có hiệu quả tốt (2),(3),(4)[A]; hiệu quả tốt nhất nhưng chi phí cao hơn.
 - Các lựa chọn “khi cần” khác gồm clomipramine 20–50 mg dùng 4–24 giờ trước giao hợp, sertraline 50 mg dùng 4–8 giờ trước giao hợp, và paroxetine 20 mg dùng 3–4 giờ trước giao hợp (2),(3),(4)[A].
 - Dùng hằng ngày clomipramine 20–50 mg, sertraline 25–200 mg, fluoxetine 5–20 mg, hoặc paroxetine 10–40 mg có thể làm chậm xuất tinh trong vòng 1–3 tuần sau khi bắt đầu dùng (2),(3)[A].
 - Thuốc ức chế PDE5 kèm hoặc không kèm SSRI (3)[A].
 - Gel gây tê tại chỗ (ví dụ: prilocaine 2,5% ± lidocaine 2,5% [EMLA]) 2,5 g bôi dưới bao cao su trong 30 phút trước khi giao hợp (5)[A].
 - Tramadol liều 5–50 mg dùng “khi cần” 2 giờ trước khi quan hệ; hiệu quả trong nhiều nghiên cứu (6)[A]; hiện có dạng xịt.
 - Lựa chọn thứ hai: liệu pháp hành vi/trị liệu tình dục, liệu pháp cơ sàn chậu (1),(2)[B].
- Xuất tinh muộn:
 - Chưa có thuốc “được phê duyệt” chính thức; có nhiều lựa chọn.
 - Cần nhắc đổi thuốc chống trầm cảm sang bupropion, nefazodone, và mirtazapine.
 - Bệnh nhân buộc phải tiếp tục dùng SSRI có thể đáp ứng với bupropion và buspirone (2),(7)[B].
 - Trị liệu tình dục, liệu pháp tự kích thích (1),(2)[B].
 - Có một số bằng chứng cho thấy amantadine hoặc cyproheptadine có thể hữu ích (2),(7)[B].
- Không xuất tinh và xuất tinh ngược dòng:
 - Lựa chọn đầu tay: pseudoephedrine 60 mg đường uống mỗi ngày đến 4 lần/ngày, hoặc imipramine 25–75 mg đường uống 2 lần/ngày (8)[A].
 - Thuốc chủ vận α và thuốc kháng histamine có thể có ích nhưng chưa được FDA phê duyệt.
 - Lựa chọn thứ hai: đối với xuất tinh ngược dòng, có thể thử thu hoạch tinh trùng từ bàng quang sau xuất tinh (nếu muốn có con); đối với không xuất tinh, có thể thử midodrine, kích thích rung dương vật, hoặc điện xuất tinh (2),(8)[B].
- Xuất tinh đau:
 - Điều trị nhiễm trùng/viêm tiềm ẩn.
 - Thuốc chẹn α có thể có một số lợi ích.

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN/CHUYỂN VIỆN

Các tình trạng sau, khi được nghi ngờ, nên được chuyển khám chuyên khoa tiết niệu:

- Tắc ống phóng tinh.
- Sỏi túi tinh hoặc sỏi tuyến tiền liệt.
- Tắc niệu đạo.
- Tắc ống dẫn tinh.
- Sỏi.
- Tinh dịch lẫn máu kéo dài hoặc nặng (2)[B].

PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT KHÁC

Điều trị phẫu thuật tắc ống phóng tinh:

- Cắt đốt nội soi qua niệu đạo các ống phóng tinh.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Xem mục “Biện pháp chung”.

TIỀN LƯỢNG

Thường cải thiện với liệu pháp điều trị và tư vấn tâm lý.

BIẾN CHỨNG

Tác động tâm lý ở một số nam giới: cảm giác kém cỏi nghiêm trọng, tự nghi ngờ bản thân, lo âu tăng thêm và cảm giác tội lỗi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pastore A, Palleschi G, Fuschi A, et al. Pelvic muscle floor rehabilitation as a therapeutic option in lifelong premature ejaculation: long-term outcomes. *Asian J Androl*. 2018;20(6):572–575.
2. Althof SE, McMahon CG. Contemporary management of disorders of male orgasm and ejaculation. *Urology*. 2016;93:9–21.
3. Sun Y, Yang L, Bao Y, et al. Efficacy of PDE5Is and SSRIs in men with premature ejaculation: a new systematic review and five meta-analyses. *World J Urol*. 2017;35(12):1817–1831.
4. Sridharan K, Sivaramakrishnan G, Sequeira R, et al. Pharmacological interventions for premature ejaculation: a mixed-treatment comparison network meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Impot Res*. 2018;30(5):215–223.
5. Butcher MJ, Zubert T, Christiansen K, et al. Topical agents for premature ejaculation: a review. *Sex Med Rev*. 2020;8(1):92–99.
6. Kirby EW, Carson CC, Coward RM. Tramadol for the management of premature ejaculation: a timely systematic review. *Int J Impot Res*. 2015;27(4):121–127.
7. Abdel-Hamid I, Ali O. Delayed ejaculation: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *World J Mens Health*. 2018;36(1):22–40.
8. Shoshany O, Abhyankar N, Elyaguov J, et al. Efficacy of treatment with pseudoephedrine in men with retrograde ejaculation. *Andrology*. 2017;5(4):744–748.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Jiann B. The office management of ejaculatory disorders. *Transl Androl Urol*. 2016;5(4):526–540.
- Mehta A, Sigman M. Management of the dry ejaculate: a systematic review of aspermia and retrograde ejaculation. *Fertil Steril*. 2015;104(5):1074–1081.
- Otani T. Clinical review of ejaculatory dysfunction. *Reprod Med Biol*. 2019;18(4):331–343.

MÃ BỆNH

ICD-10

- F52.4 Xuất tinh sớm.
- N53.11 Xuất tinh muộn (chậm).
- N53.14 Xuất tinh ngược dòng.

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN GHI NHỚ

- Nếu rối loạn cương dương góp phần gây khó khăn xuất tinh, nên điều trị rối loạn cương dương trước khi điều trị rối loạn xuất tinh.
- Cần rà soát kỹ lưỡng các thuốc đang sử dụng vì chúng có thể là nguyên nhân chính gây rối loạn xuất tinh.
- Xuất tinh sớm và xuất tinh muộn thường có cả nguyên nhân tâm lý và thực thể, trong khi không xuất tinh và xuất tinh ngược dòng thường do rối loạn chức năng thần kinh/tự chủ thực thể.

- Cách tiếp cận đa chuyên khoa, bao gồm bác sĩ chăm sóc ban đầu, bác sĩ tiết niệu, nhà tâm lý học và các chuyên gia y tế phù hợp khác, là yếu tố thiết yếu để điều trị đúng cách các rối loạn xuất tinh.