

TỈ LỆ VÀ MỐI LIÊN QUAN CỦA CÁC HÌNH THÁI RỐI LOẠN TÌNH DỤC NAM Ở CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH

Hồ Thị Thanh Tâm^{1,2}, Trương Quang Vinh¹, Lê Minh Tâm¹

(1) Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

(2) Cao đẳng Y tế Khánh Hòa

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu về tỉ lệ và mối liên quan của các hình thái rối loạn tình dục nam ở đối tượng vô sinh chưa nhiều, đặc biệt là ở Việt Nam. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm các mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ xuất tinh sớm và rối loạn cương dương. (2) Đánh giá mối liên quan giữa các hình thái rối loạn tình dục nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng các bộ câu hỏi Công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm (PEDT) và Chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF-15) cho 150 người chồng trong các cặp vợ chồng vô sinh đến khám tại trung tâm Nội tiết Sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. **Kết quả:** Tỉ lệ xuất tinh sớm 10,7%, tỉ lệ rối loạn cương dương 22% (nhẹ: 16,7%, trung bình - nhẹ: 4,0%, trung bình: 0,7% và nặng: 0,7%). Nghiên cứu đã tìm thấy một mối tương quan nghịch nhẹ giữa tổng điểm PEDT với điểm IIEF - hình thái cương dương và với tổng điểm IIEF-15 lần lượt là - 0,290 và - 0,279. Ngoài ra còn tìm thấy tổng điểm PEDT có tương quan nghịch nhẹ với điểm IIEF các hình thái thỏa mãn giao hợp và thỏa mãn toàn diện về đời sống tình dục. Đồng thời, điểm IIEF của tất cả các hình thái cương dương, thỏa mãn giao hợp, cực khoái, ham muốn và thỏa mãn toàn diện về đời sống tình dục đều có tương quan thuận với nhau, mức độ trung bình đến khá chặt. **Kết luận:** Xuất tinh sớm và rối loạn cương dương nên được phát hiện ở bệnh nhân vô sinh, tỉ lệ hiện mắc khá cao, tỉ lệ rối loạn cương dương có vẻ tăng so với cộng đồng. Các hình thái rối loạn tình dục nam có liên quan với nhau, rối loạn của mỗi hình thái có thể gây tăng khả năng rối loạn các hình thái khác.

Từ khóa: Vô sinh, xuất tinh sớm, rối loạn cương dương, rối loạn tình dục.

Abstract

MALE SEXUAL DYSFUNCTION IN INFERTILE COUPLES: PREVALENCE AND CORRELATES

Ho Thi Thanh Tam^{1,2}, Truong Quang Vinh¹, Le Minh Tam¹

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Khanh Hoa Medical College

Background: The frequency and relationship between the domains of male sexual dysfunction in infertile couples have been poorly investigated, especially in Vietnam. The study aimed to (1) assess the prevalence of premature ejaculation and erectile dysfunction, (2) investigate the relationship between the domains of male sexual dysfunction. **Materials and Method:** Cross-sectional descriptive study, using designed questions including the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the International Index of Erectile Function-15 (IIEF-15), to measure 150 male partners on infertile couples who were examined at the Center for Reproductive Endocrinology & Infertility, Hue University Hospital. **Results:** The rate of premature ejaculation was 10.7%, the rate of erectile dysfunction was 22% (mild: 16.7%, mild-to-moderate: 4.0%, moderate: 0.7% and severe: 0.7%). PEDT total score had the slightly negatively correlation to IIEF-15-EFD and IIEF-15 total scores ($r = - 0.290$ and $r = - 0.279$, respectively). Besides, a slightly negatively correlation between PEDT total score and intercourse satisfaction, overall satisfaction domains scores was observed. In addition, IIEF-15 domains scores were positively intercorrelated, moderately or quite strong. **Conclusion:** Premature ejaculation and erectile dysfunction should be found out in infertile patients, as they are reported the frequency prevalence. The rate of erectile dysfunction appears higher in infertile men than in the general population. The domains of male sexual dysfunction were interrelated, dysfunction of each domain could negatively influence on other domains.

Keywords: Infertility, premature ejaculation, erectile dysfunction, sexual dysfunction.

- Địa chỉ liên hệ: Hồ Thị Thanh Tâm, email: thanhtamhobs@yahoo.com

- Ngày nhận bài: 10/8/2017; Ngày đồng ý đăng: 22/12/2017; Ngày xuất bản: 05/1/2018

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình dục là một trong những nhu cầu thiết yếu của cuộc sống con người. Rối loạn tình dục nam thường gặp là xuất tinh sớm và rối loạn cương dương, là những vấn đề phổ biến và không những có thể làm người nam mất tự tin, mặc cảm, đau khổ mà còn ảnh hưởng đến chức năng tình dục của bạn đời, gây tổn hại đến mối quan hệ vợ chồng và ảnh hưởng hạnh phúc gia đình... Vô sinh được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của rối loạn tình dục [17], với tỉ lệ hiện mắc là 8% - 15%, trong đó khoảng một nửa nam giới có góp phần vào nguyên nhân gây vô sinh [14]. Rối loạn tình dục sẽ làm tăng thêm gánh nặng tâm lý trong điều trị vô sinh. Nghiên cứu về rối loạn tình dục nam ở đối tượng vô sinh có thể góp phần vào chiến lược đưa can thiệp tâm lý vào chương trình vô sinh theo đề nghị của Tổ chức Y tế thế giới, nhằm làm giảm ảnh hưởng tiêu cực của vô sinh đến cá nhân và tăng cường hiệu quả điều trị. Các nghiên cứu về tỉ lệ và mối liên quan của các hình thái rối loạn tình dục nam trên thế giới, đặc biệt là ở đối tượng vô sinh còn chưa nhiều [10], tại Việt Nam thì chủ yếu có các nghiên cứu về rối loạn cương dương ở các đối tượng cộng đồng, bệnh nhân đái tháo đường, suy thận mạn, bệnh lý tiền liệt tuyến, phẫu thuật niệu đạo..., chưa có nghiên cứu nào về xuất tinh sớm, mối liên quan của các hình thái rối loạn tình dục nam ở đối tượng vô sinh. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài **“Tỉ lệ và mối liên quan của các hình thái rối loạn tình dục nam ở cặp vợ chồng vô sinh”**, nhằm các mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ xuất tinh sớm và rối loạn cương dương. (2) Đánh giá mối liên quan giữa các hình thái rối loạn tình dục nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người chồng của các cặp vợ chồng vô sinh đến khám và điều trị tại Trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2017, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Dân tộc thiểu số, các đối tượng có tiền sử điều trị bệnh tâm thần, thiếu năng trí tuệ, các đối tượng khiếm khuyết về ngôn ngữ, khiếm thính, khiếm thị.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức:

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

Với $d = 0,07$, $\alpha = 0,05$

$p_1 = 15,6\%$ và $p_2 = 17,8\%$, lần lượt là tỉ lệ xuất tinh sớm và tỉ lệ rối loạn cương dương (RLCD) ở nam giới của cặp vợ chồng vô sinh trong một nghiên cứu của

Lotti F và cs. tại Ý [10], thì cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = 104$ và $n_2 = 115$.

Vì vậy để đạt được mục tiêu nghiên cứu, chúng tôi chọn cỡ mẫu là 150 người chồng ở các cặp vợ chồng vô sinh.

Quá trình thực hiện: Đối tượng nghiên cứu được mời vào phòng phỏng vấn riêng. Các bộ câu hỏi phỏng vấn được ẩn danh và ghi mã số.

* Các bộ câu hỏi sử dụng:

(1) Bộ câu hỏi về nhân khẩu - xã hội học và lâm sàng

(2) Bộ công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm (PEDT: Premature Ejaculation Diagnostic Tool) [16]

PEDT có 5 câu, đánh giá về khả năng kiểm soát, tần suất mất kiểm soát, kích thích tối thiểu, thất vọng và lo lắng ảnh hưởng bạn tình, mỗi câu có 5 lựa chọn với điểm từ 0 - 4 theo mức độ xấu dần. Tổng điểm PEDT ≤ 8 : không có xuất tinh sớm, 9 - 10: có thể xuất tinh sớm và ≥ 11 : xuất tinh sớm.

(3) Bộ câu hỏi chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF-15: International Index of Erectile Function) [13].

IIEF-15 gồm 15 câu hỏi, mỗi câu có 5 lựa chọn với điểm từ 1 - 5 theo mức độ tốt dần, gồm 5 hình thái trong đời sống tình dục của nam giới và được đánh giá rối loạn khi: Chức năng cương dương (6 câu) < 25 điểm, thỏa mãn trong giao hợp (3 câu) < 13 điểm, khoái cảm (2 câu) < 9 điểm, ham muốn tình dục (2 câu) < 9 điểm, thỏa mãn toàn diện về đời sống tình dục (2 câu) < 9 điểm và rối loạn tình dục chung khi IIEF < 60 điểm. Với chức năng cương dương được phân độ theo các mức điểm: nhẹ (19 - 24), trung bình - nhẹ (13 - 18), trung bình (7 - 12) và nặng (0 - 6).

* Bộ câu hỏi gốc PEDT và IIEF-15 đều đã được nhiều nghiên cứu đánh giá có độ tin cậy cao. Các bản dịch tiếng Việt đã được chúng tôi đánh giá bằng nghiên cứu dẫn đường, cũng có hệ số Cronbach's α đều trên 0,7.

Phân tích thống kê: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Mối liên quan giữa các hình thái rối loạn tình dục được phân tích tương quan r thích hợp. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$.

Y đức: Được thông qua bởi Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Huế.

3. KẾT QUẢ

Các bộ câu hỏi PEDT và IIEF-15 có hệ số Cronbach's α trong nghiên cứu này lần lượt là 0,794 và 0,925 vì vậy có độ tin cậy cao.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu

- Tuổi: Tuổi trung bình khá trẻ $33,41 \pm 6,20$, lớn nhất 58 tuổi, nhỏ nhất 23 tuổi.

- Trình độ học vấn: Tất cả các đối tượng đều không thất học, cấp I chỉ chiếm 5%. Trình độ đại học (cao đẳng, đại học, sau đại học) chiếm cao nhất: 48,6%.

- Nghề nghiệp: Chiếm tỉ lệ cao nhất là công nhân viên 42,7%, không có đối tượng nào thất nghiệp

- Tôn giáo: Có tới 80,6% không theo tôn giáo nào.

- Tình trạng kinh tế: Theo đối tượng tự nhận định chỉ có 6% là khó khăn, 3,4% khá giả, hầu hết xác nhận đủ sống.

- Tình trạng hôn nhân: Kết hôn trung bình là gần 5 năm (57 ± 46 tháng) nhưng có đến 85,3% chưa có con chung.

- Tình trạng vô sinh: Thời gian trung bình gần 3 năm rưỡi ($41,3 \pm 32,1$ tháng), trải qua điều trị 14,4 $\pm$ 11,9 tháng, 70,7% là nguyên phát, 34,7% chỉ do nam, 13,3% do phối hợp cả 2 vợ chồng, có 54,7% đã trải qua điều trị, 6,7% đã trải qua IVF, 39,3% trải qua ít nhất 1 phương thức điều trị trong giao hợp cạnh giờ phóng noãn, IUI và IVF. Thời gian vô sinh dài nhất là 16 năm.

3.2. Tỉ lệ xuất tinh sớm

Điểm PEDT trung bình là $4,69 \pm 3,18$. Trong đó có 6 người nam, chiếm 4%, điểm PEDT ≥ 11 được phân loại có xuất tinh sớm và 10 người nam, chiếm 6,7%,

điểm PEDT 9-10, được phân loại có khả năng xuất tinh sớm.

3.3. Tỉ lệ rối loạn cương dương

Tổng điểm IIEF-15 trung bình là $61,61 \pm 8,06$ và có 46 người nam, chiếm 30,7%, điểm IIEF-15 < 60 , được phân loại có rối loạn tình dục (không bao gồm xuất tinh sớm).

Riêng điểm IIEF - hình thái cương dương trung bình là $26,43 \pm 3,83$ và có 33 người nam, chiếm 22%, điểm IIEF - hình thái cương dương < 25 , được phân loại có RLCD.

Trong đó mức độ rối loạn được phân bố theo nhẹ, trung bình - nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 25 người (16,7%), 6 người (4,0%), 1 người (0,7%) và 1 người (0,7%).

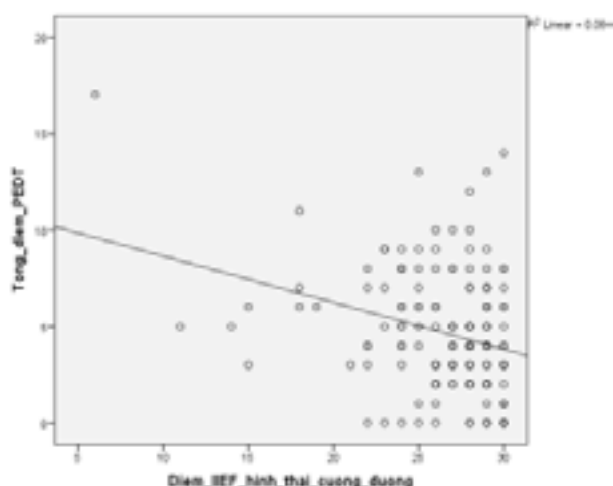
3.4. Mối liên quan giữa các hình thái rối loạn tình dục nam

Tổng điểm PEDT có tương quan nghịch chiều nhẹ với tổng điểm IIEF-15, $r = -0,279$

Tổng điểm PEDT có tương quan nghịch chiều nhẹ đến trung bình với điểm IIEF các hình thái cương dương, thỏa mãn giao hợp và thỏa mãn toàn diện về đời sống tình dục (với r lần lượt là -0,290, -0,186 và -0,391) và chưa thấy tương quan với các hình thái còn lại ($p > 0,05$) là cực khoái, ham muốn.

Bảng 1. Tương quan giữa điểm PEDT với điểm IIEF

		Cương dương	Thỏa mãn GH	Cực khoái	Ham muốn	Thỏa mãn TD	Tổng
Tổng điểm PEDT	r	-0,290**	-0,186*	-0,042	-0,156	-0,391**	-0,279**
	p	0,000	0,023	0,611	0,056	0,000	0,001



Biểu đồ 1. Tương quan tổng điểm PEDT và điểm IIEF - hình thái cương dương

Điểm IIEF tất cả các hình thái cương dương, thỏa mãn giao hợp, cực khoái, ham muốn và thỏa mãn toàn diện đời sống tình dục đều có tương quan thuận với nhau, mức độ trung bình đến khá chặt.

Bảng 2. Tương quan điểm IIEF giữa các hình thái trong bộ câu hỏi IIEF-15

		Cương dương	Thỏa mãn GH	Cực khoái	Ham muốn	Thỏa mãn TD
Cương dương	r	1	0,602**	0,578**	0,478**	0,538**
	p		0,000	0,000	0,000	0,000
Thỏa mãn giao hợp	r		1	0,456**	0,535**	0,565**
	p			0,000	0,000	0,000
Cực khoái	r			1	0,463**	0,331**
	p				0,000	0,000
Ham muốn	r				1	0,477**
	p					0,000
Thỏa mãn tình dục	r					1
	p					

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu

Đặc điểm mẫu khá tương đồng với nhiều nghiên cứu về vô sinh trên thế giới như loại vô sinh, thời gian vô sinh, thời gian điều trị vô sinh..., đặc biệt là khoảng một nửa nam giới có góp phần vào nguyên nhân vô sinh (kể cả nguyên nhân phối hợp 2 vợ chồng) và độ tuổi trung bình trẻ khoảng 32-36 tuổi [6], [10], [14].

4.2. Tỷ lệ xuất tinh sớm

Tỷ lệ xuất tinh sớm được báo cáo trên y văn có một giới hạn rộng, khác biệt giữa các nền văn hóa - xã hội, nhóm đối tượng và phương tiện chẩn đoán.

Ở đối tượng cộng đồng tỷ lệ xuất tinh sớm được báo cáo từ 16% - 38%, không có sự khác biệt ở các lứa tuổi [15], tuy nhiên cũng có báo cáo chỉ 3% [8] hay lên đến 75% [12]. Một số nghiên cứu sử dụng công cụ PEDT, với ngưỡng chẩn đoán >8 điểm, báo cáo tỷ lệ 26,9% ở Hàn Quốc [9] và ngưỡng 9 - 10 điểm có thể xuất tinh sớm 15%, ≥ 11 điểm xuất tinh sớm 16% ở Châu Á - Thái Bình Dương [11].

Ở đối tượng vô sinh, xuất tinh sớm chỉ mới được báo cáo ở một vài nghiên cứu, tỷ lệ cũng rất khác biệt. Trong nghiên cứu của Jain K và cs. tại Ấn Độ xuất tinh sớm chiếm đến 66% [7], của Shindel AW và cs. tại Mỹ chiếm đến 50% [14], tuy nhiên đều sử dụng công cụ tự báo cáo chưa được chuẩn hóa. Nghiên cứu của Lotti F và cs. tại Ý đã sử dụng PEDT với ngưỡng chẩn đoán >8 điểm, báo cáo tỷ lệ thấp hơn là 15,6% [10]. Một nghiên cứu có nhóm chứng Gao J và cs. ở Trung Quốc thì cho thấy tỷ lệ xuất tinh sớm ở nam giới vô sinh là 19,01%, cao hơn nam giới không vô sinh là 10,93% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [6].

Tỷ lệ xuất tinh sớm ở đối tượng vô sinh có cao hơn cộng đồng hay không vẫn không có sự đồng thuận khi tìm kiếm trên y văn. Dù trong nghiên cứu của Gao J và cs. tỷ lệ xuất tinh sớm ở nam giới vô sinh cao hơn nam giới không vô sinh có ý nghĩa thống kê [6], Shindel AW và cs. thấy tỷ lệ này cao hơn một nghiên cứu khác cũng tại Mỹ ở đối tượng cộng đồng [14], thì Lotti F và cs. lại thấy không cao hơn so với nghiên cứu khác cũng tại Ý ở đối tượng cộng đồng [10]. Với các tác giả thấy tỷ lệ xuất tinh sớm tăng lên ở đối tượng vô sinh, họ đã lý giải rằng căng thẳng của nam giới liên quan đến chẩn đoán vô sinh, sự can thiệp vào đời sống tình dục trong điều trị vô sinh đã gia tăng khả năng mất kiểm soát xuất tinh, ngược lại cũng có thể có một vài trường hợp hiếm, xuất tinh sớm làm không đưa được tinh trùng vào đường sinh dục nữ làm tăng khả năng vô sinh.

Nghiên cứu ở Việt Nam, chỉ một báo cáo được tìm thấy có liên quan đến xuất tinh sớm ở đối tượng nguy cơ nhiễm Trinitrotoluene từ đạn dược quốc phòng, tỷ lệ xuất tinh sớm là 7,69%. Nhóm chứng trong nghiên cứu này có tỷ lệ xuất tinh sớm là 0%, điều này có thể do nhóm chứng quá nhỏ [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4% xuất tinh sớm với điểm PEDT ≥ 11 và 6,7% có thể xuất tinh sớm với điểm PEDT 9 - 10. Như vậy có 10,7% điểm PEDT > 8.

So với nghiên cứu trong nước, có khả năng đối tượng nhiễm Trinitrotoluene và vô sinh đều có tỷ lệ xuất tinh sớm cao hơn đối tượng bình thường. Tuy nhiên đây chỉ là phán đoán dựa trên nhóm chứng không thiết kế dành riêng cho mục tiêu xác định tỷ lệ xuất tinh sớm, cần có nghiên cứu thêm.

So với của các nghiên cứu khác trên thế giới, tỉ lệ của chúng tôi khác biệt có thể vì một số lý do. Đối tượng trong các nghiên cứu có phần khác nhau là nam giới của các cặp vợ chồng vô sinh [7], [10], [14], như trong nghiên cứu của chúng tôi hoặc nam giới bị vô sinh [6], đối tượng cộng đồng [9], [11]... Công cụ chẩn đoán có khác nhau giữa các nghiên cứu, gồm các loại công cụ tự báo cáo khác nhau, sử dụng “khoảng thời gian tiềm tàng để xuất tinh trong âm đạo”, IELT (intravaginal ejaculation latency time) với các ngưỡng khác nhau, sử dụng kết quả chẩn đoán từ các chuyên gia lâm sàng với triệu chứng khác nhau... Tình dục còn là một hiện tượng đa chiều với nhiều yếu tố tác động như sinh học, tâm lý, tín ngưỡng, kinh tế, văn hóa... nên chắc chắn có khác biệt giữa các vùng địa lý.

Bộ PEDT là một bộ câu hỏi để tự báo cáo mang tính đa chiều và có khả năng trắc nghiệm tâm lý cao, được Symonds phát triển vào năm 2007 từ tiêu chuẩn DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ, có dựa vào bằng chứng khách quan IELT, đạt độ tin cậy và hợp lệ cao [16], thuận tiện cho việc ứng dụng trên lâm sàng, đặc biệt là các nghiên cứu dịch tễ lớn. PEDT được xây dựng trên chuẩn IELT 2 phút cho tất cả các loại xuất tinh sớm, nhưng sau thời điểm này Hiệp hội quốc tế về Y học tình dục (ISSM: The International Society for Sexual Medicine) đề xuất qua hai hội thảo quốc tế, được ghi lại trong DSM-V, chuẩn IELT đối với xuất tinh sớm nguyên phát là ≤ 1 phút (2007) và xuất tinh sớm thứ phát là ≤ 3 phút (2014) cùng các tiêu chuẩn về tác động tâm lý. Bên cạnh đó, PEDT còn gây lo ngại vì là công cụ tự báo cáo nên không sử dụng các bằng chứng khách quan trực tiếp và có thể cần chứng minh độ tin cậy qua các ngôn ngữ, nền văn hóa khác nhau. Tuy nhiên, qua rất nhiều nghiên cứu được báo cáo trên y văn, đã chứng minh được PEDT là công cụ ngắn gọn, có giá trị tin cậy và hợp lệ cao ở các lứa tuổi, đối tượng, ngôn ngữ, để chẩn đoán cả xuất tinh sớm nguyên phát và thứ phát, phù hợp cả tiêu chuẩn mới của DSM-V. Một số nghiên cứu cho thấy có sự tương quan cao trong chẩn đoán xuất tinh sớm sử dụng PEDT so với IELT [9] hay với chẩn đoán lâm sàng của các bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu [18]. Một nghiên cứu rất gần đây, vào năm 2017 của Tang DD và cs. tại Trung Quốc đã chứng minh điểm PEDT > 8 đã chẩn đoán được xuất tinh sớm nguyên phát và thứ phát theo tiêu chuẩn mới của DSM - V với độ nhạy lần lượt là 0,875; 0,913 và độ đặc hiệu lần lượt là 0,865; 0,865 [17]. Các bộ PEDT phiên bản Thổ Nhĩ Kỳ, Iran, Trung Quốc, Hàn Quốc... đã được chứng minh giá trị. Chúng ta chưa có công trình nghiên

cứu để đưa ra bộ PEDT phiên bản Việt Nam, tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi đã tuân thủ qui trình dịch thuật và có nghiên cứu dẫn đường để hiệu chỉnh, kết quả hệ số Cronbach's α của bộ PEDT là 0,794, đạt giá trị tin cậy cao. PEDT nguyên mẫu chẩn đoán có thể xuất tinh sớm với ngưỡng 9 -10 điểm nhằm để bác sĩ lâm sàng kiểm tra lại đối tượng này, tuy nhiên nhiều nghiên cứu chứng minh chẩn đoán xuất tinh sớm với PEDT > 8 điểm cho tỉ lệ phù hợp với các phương tiện chẩn đoán khác, tương đồng với các công bố dịch tễ hơn [9], [10]. Vì vậy có thể kết luận tỉ lệ xuất tinh sớm trong mẫu của chúng tôi là 10,7%.

4.3. Tỉ lệ rối loạn cương dương

Tỉ lệ RLCD được báo cáo thay đổi theo chủng tộc, đối tượng ... và tăng dần theo tuổi [1], [2], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình $33,41 \pm 6,20$, 22% có RLCD theo điểm IIEF - hình thái cương dương, trong đó mức độ nhẹ 16,7%, trung bình - nhẹ 4,0%, trung bình 0,7% và nặng 0,7%. Như vậy chỉ có 1,4% RLCD là ở mức độ trung bình hoặc nặng.

So sánh một số nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Lotti F và cs. tại Ý ở đối tượng nam giới trong cặp vợ chồng vô sinh, tỉ lệ RLCD theo điểm IIEF-hình thái cương dương là 17,8%, trong đó mức độ nhẹ 13,1%, trung bình - nhẹ 2,5% và trung bình 2,1%. Tác giả thấy rằng tỉ lệ RLCD tăng gấp đôi ở cộng đồng với cùng lứa tuổi [10]. Nghiên cứu của Gao J và cs. tại Trung Quốc, tỉ lệ RLCD ở nam vô sinh là 18,05%, cao hơn đối tượng nhóm chứng chỉ 8,28% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [6]. Nghiên cứu của Beutel ME và cs. về dịch tễ học rối loạn tình dục nam trên thế giới, tỉ lệ RLCD ở độ tuổi 30-39 là 2,3% [5].

So sánh với các nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Lê Minh Tâm và cs. cũng trên đối tượng nam giới của cặp vợ chồng vô sinh, tỉ lệ RLCD chỉ 3,6%, có lẽ do dùng bảng dịch của một số tác giả chưa được hiệu chỉnh qua nghiên cứu dẫn đường như trong nghiên cứu này, nên tầm soát không hiệu quả (nghiên cứu này đạt hệ số Cronbach's α là 0,925). Nghiên cứu của Cao Hữu Triều Giang trên đối tượng bệnh nhân Khoa nội A - Bệnh viện Bình Dân, lứa tuổi 41-50 có tỉ lệ RLCD là 5,1% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Phúc Hưng tại quận Ninh Kiều - thành phố Cần Thơ, lứa tuổi 18-39, tỉ lệ RLCD là 10,3% [2].

Như vậy tỉ lệ RLCD trong nghiên cứu của chúng tôi có khác với thế giới, nhưng có điểm tương đồng là tăng cao ở đối tượng vô sinh, khả năng có thể do nam giới vô sinh chịu nhiều áp lực tâm lý hoặc có những rối loạn thực thể liên quan đến nguyên nhân vô sinh làm tăng nguy cơ RLCD hay ngược lại, cũng có thể RLCD ảnh hưởng đến cuộc sống hôn nhân, đời sống tình dục, góp phần tăng nguy cơ vô sinh.

IIEF-15 được Rosen RC xây dựng từ 10 ngôn ngữ khác nhau, vào năm 1997, nhằm tạo ra một công cụ tự báo cáo ngắn gọn, mang tính thực nghiệm tâm lý cao, có độ tin cậy và tính hợp lý qua nhiều nền văn hóa, để chuẩn hóa việc đánh giá mức độ của rối loạn cương, phát hiện những thay đổi liên quan đến điều trị ở bệnh nhân RLCD. IIEF-15 gồm 5 phần, phần đầu 6 câu có khả năng xác định bệnh nhân có hay không có RLCD và 4 phần còn lại xác định hậu quả của rối loạn này. Một số công cụ tự báo cáo sử dụng trong các nghiên cứu trên y văn, là những bảng câu hỏi rút gọn từ IIEF-15 chỉ nhằm để chẩn đoán RLCD như IIEF-5 (hay SHIM). IIEF-15 được cho là có giá trị nhất bởi vì không chỉ đánh giá RLCD mà còn cả một số hình thái rối loạn tình dục khác của nam giới. Tự báo cáo là một phương pháp hữu ích cả trên lâm sàng và nghiên cứu, bởi vì theo hướng dẫn của Hội Nội khoa Châu Âu thì khám lâm sàng thường không có vai trò trong chẩn đoán mà chỉ để xác định các yếu tố nguy cơ, chẩn đoán RLCD chủ yếu dựa vào hỏi bệnh sử tổng quát và bệnh sử tình dục.

4.4. Mối liên quan giữa các hình thái rối loạn tình dục nam

Chúng tôi tìm thấy có mối liên quan giữa xuất tinh sớm và RLCD ở nam giới trong các cặp vợ chồng vô sinh, hệ số tương quan giữa tổng điểm PEDT với điểm IIEF-hình thái cương dương và với tổng điểm IIEF-15 lần lượt là - 0,290 và - 0,279. Như vậy xuất tinh sớm có thể làm tăng nguy cơ RLCD và ngược lại, RLCD có thể làm tăng nguy cơ xuất tinh sớm.

Mối liên quan này cũng tìm thấy ở một số nghiên cứu trên đối tượng cộng đồng. Laumann EO và cs. thấy RLCD là yếu tố tiên lượng độc lập cho xuất tinh sớm trong nghiên cứu toàn cầu, Porst H và cs. thấy xuất tinh sớm làm tăng nguy cơ RLCD (với cỡ mẫu lớn 12133), đặc biệt mối liên quan giữa xuất tinh sớm và RLCD còn được chứng minh trong các nghiên cứu có sử dụng bằng chứng khách quan: Tang DD và cs. thấy tổng điểm IIEF-15 tương quan với điểm PEDT/xuất tinh sớm nguyên phát ($r = -0,225$; $p < 0,001$) và với điểm PEDT/xuất tinh sớm thứ phát ($r = -0,378$; $p < 0,001$) theo tiêu chuẩn DSM-V sau khi hiệu chỉnh tuổi [17], Lee SW và cs. thấy IELT tương quan với điểm IIEF-5 ($r = 0,111$; $p < 0,001$) [9].

Mặc dù cơ chế của mối liên quan giữa xuất tinh sớm và RLCD vẫn chưa rõ ràng, các tác giả đã cho rằng một vòng xoắn bệnh lý có thể đã hình thành. Người bị xuất tinh sớm có thể cố gắng trì hoãn xuất tinh bằng cách chủ động giảm mức độ kích thích, điều này có thể dẫn đến tình trạng cương dương không đạt được mức tốt nhất, dần dần sẽ làm tăng nguy cơ RLCD, ngược lại người bị RLCD có thể cố gắng để cương dương vật đến mức cơ bản bằng

cách tăng mức độ kích thích theo bản năng, và vì vậy có thể dẫn đến xuất tinh sớm. Hơn nữa, xuất tinh sớm và RLCD có thể đều bị tác động tiêu cực bởi một số yếu tố nguy cơ, ngay cả tác động bởi các hình thái rối loạn tình dục khác.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác ở cộng đồng lại không thấy mối liên quan giữa xuất tinh sớm và RLCD, như nghiên cứu của Rosen RC và cs. và của Shindel AW và cs. [14]. Sự khác nhau về văn hóa - xã hội, các tiêu chuẩn chẩn đoán có thể đã dẫn đến kết quả khác nhau trong mối liên quan giữa xuất tinh sớm và RLCD.

Bên cạnh mối liên quan giữa xuất tinh sớm và RLCD, nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan giữa xuất tinh sớm với các hình thái rối loạn thỏa mãn giao hợp và thỏa mãn về đời sống tình dục, đồng thời tất cả các hình thái rối loạn cương dương, thỏa mãn giao hợp, cực khoái, ham muốn và thỏa mãn về đời sống tình dục đều có liên quan với nhau. Các phát hiện này cơ bản phù hợp với những công bố trên y văn, đặc biệt là mối liên quan của xuất tinh sớm và RLCD với các hình thái rối loạn khác.

Trong mục đích phát triển bộ công cụ IIEF-15, các hình thái thỏa mãn giao hợp, cực khoái, ham muốn và thỏa mãn về đời sống tình dục được dùng để đánh giá hậu quả của RLCD, vì vậy khi khảo sát trên một quần thể, RLCD có thể tăng nguy cơ mắc các rối loạn này. Ngược lại, các rối loạn hình thái thỏa mãn giao hợp, cực khoái, ham muốn và thỏa mãn về đời sống tình dục có thể cũng tăng nguy cơ RLCD do tâm lý hoặc tăng nguy cơ RLCD do tồn tại cùng nguyên nhân thực thể.

Về cơ bản, tất cả các hình thái rối loạn tình dục đều có thể gây những tác động tiêu cực về tâm lý, nguy cơ ảnh hưởng đến các hình thái tình dục khác. Điều này được minh chứng rõ qua công cụ IIEF-15 trong nghiên cứu của chúng tôi, một lần nữa làm nổi bật giá trị của bộ công cụ này.

Nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy liên quan giữa xuất tinh sớm với các hình thái cực khoái và ham muốn, có lẽ là do cỡ mẫu chưa đủ lớn để khảo sát mối quan hệ này.

Điểm mạnh của nghiên cứu là đã sử dụng các bộ công cụ tự báo cáo đã được chuẩn hóa, có giá trị tin cậy cao. Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế mô tả cắt ngang. Cần có những nghiên cứu trong tương lai để khám phá rõ ràng hơn mối liên quan giữa các hình thái rối loạn tình dục nam.

5. KẾT LUẬN

Xuất tinh sớm và rối loạn cương dương nên được phát hiện ở bệnh nhân vô sinh, tỉ lệ hiện mắc khá

cao, tỉ lệ rối loạn cương dương có vẻ tăng so với đối tượng cộng đồng. Các hình thái rối loạn tình dục nam

có liên quan với nhau, rối loạn của mỗi hình thái có thể gây tăng khả năng rối loạn các hình thái khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Hữu Triều Giang, Nguyễn Thành Như, Vũ Lê Chuyên (2007), "Tần suất rối loạn cương ở những bệnh nhân nội trú trên 40 tuổi ở khoa niệu A Bệnh viện Bình Dân", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 11(1).
2. Nguyễn Phúc Hưng, Đàm Văn Cương (2013), "Nghiên cứu tình hình rối loạn cương dương và một số yếu tố liên quan đến rối loạn cương dương ở nam giới trên 18 tuổi tại quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 17(3).
3. Lê Minh Tâm, Nguyễn Văn Tuấn, Cao Ngọc Thành. (2015), "Nghiên cứu khả năng tình dục của nam giới ở các cặp vợ chồng vô sinh và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí Phụ sản*, Tập 13 (01), 60-63.
4. Nguyễn Văn Thuyền, Hoàng Việt Phương, Nguyễn Khánh Toàn (2014), "Thực trạng ô nhiễm Trinitrotoluene trong môi trường lao động và tình trạng sức khỏe của người lao động ở một số đơn vị sản xuất, kiểm nghiệm, sửa chữa và bảo quản đạn dược quốc phòng khu vực phía Nam và đề xuất giải pháp khắc phục", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18(6).
5. Beutel ME, Weidner W. (2006), "Epidemiology of sexual dysfunction in the male population", *Andrologia*, 38, pp.115-121.
6. Gao J¹, Zhang X, Su P, Liu J, Shi K, Hao Z, Zhou J, Liang C. (2013), "Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China", *J Sex Med*, 10(8):1935-42.
7. Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. (2000), "Infertility and psychosexual disorders: Relationship in infertile couples", *Indian J Med Sci*, 54:1-7.
8. Jannini EA, Lenzi A. (2005), "Epidemiology of premature ejaculation", *Curr Opin Urol*, 15: 399.
9. Lee SW, Lee JH, Sung HH, Park HJ, Park JK, Choi SK, Kam SC. (2013), "The prevalence of premature ejaculation and its clinical characteristics in Korean men according to different definitions", *Int J Impot Res*, 25(1):12-7.
10. Lotti F¹, Corona G, Rastrelli G, Forti G, Jannini EA, Maggi M. (2012), "Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility", *J Sex Med*, 9(10):2698-707.
11. McMahon CG, Lee G, Park JK, Adaikan PG. (2012), "Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in the Asia-Pacific region", *J Sex Med*, 9(2):454-65.
12. McMahon CG. (1998), "Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo controlled crossover study", *J Urol*, 159: 1935.
13. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. (1997), "The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction", *Urology*, 49(6):822-30.
14. Shindel AW¹, Nelson CJ, Naughton CK, Mulhall JP. (2008), "Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates", *J Sex Med*, 5(2):485-91.
15. Spector IP, Carey MP. (1990), "Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature", *Arch Sex Behav*, 19:389-408.
16. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, Abraham L, Crossland A, Morris M. (2007), "Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool", *Eur Urol*, 52(2):565-73.
17. Tang DD^{1,2}, Li C¹, Peng DW¹, Zhang XS¹. (2017), "Validity of premature ejaculation diagnostic tool and its association with International Index of Erectile Function-15 in Chinese men with evidence-based-defined premature ejaculation", *Asian J Androl*, 24.
18. Tang WS, Khoo EM. (2011), "Prevalence and correlates of premature ejaculation in a primary care setting: a preliminary crosssectional study", *J Sex Med*, 8: 2071-2078.

Phụ lục 1: CHỈ SỐ QUỐC TẾ VỀ CHỨC NĂNG CƯƠNG DƯƠNG (IIEF-15)

Xin anh vui lòng nhớ lại hoạt động tình dục của anh trong 4 tuần qua và trả lời một số câu hỏi sau:

Câu hỏi	Chọn câu trả lời duy nhất
Câu 1. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thường cương được dương vật trong lúc hoạt động tình dục không?	0. Không hoạt động tình dục 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 2. Trong 4 tuần lễ qua, khi anh có cương dương vật do kích thích tình dục, dương vật có thường đủ cứng để đưa vào âm đạo không?	0. Không hoạt động tình dục 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 3. Trong 4 tuần lễ qua, khi muốn giao hợp anh có thường đưa được dương vật vào âm đạo người bạn tình không?	0. Không giao hợp 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 4. Trong 4 tuần lễ qua, trong lúc giao hợp anh có thường duy trì được cương dương vật sau khi đã đưa vào âm đạo người bạn tình hay không?	0. Không giao hợp 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 5. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thấy khó khăn trong việc duy trì cương dương vật để giao hợp trọn vẹn không?	0. Không giao hợp 1. Cực kỳ khó khăn 2. Rất khó khăn 3. Khó khăn 4. Hơi khó khăn 5. Không khó khăn
Câu 6. Trong 4 tuần lễ qua, anh cảm thấy có tự tin trong việc cương và duy trì cương dương vật không?	1. Không hoặc rất ít tự tin 2. Ít tự tin 3. Tự tin 4. Rất tự tin 5. Cực kỳ tự tin
Câu 7. Trong 4 tuần lễ qua, anh giao hợp mấy lần?	0. Không lần nào 1. 1 - 2 lần 2. 3 - 4 lần 3. 5 - 6 lần 4. 7 - 10 lần 5. Hơn 11 lần

Câu 8. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thường thấy thỏa mãn khi giao hợp không?	0. Không giao hợp 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 9. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thấy thích thú khi giao hợp không?	0. Không giao hợp 1. Không thấy thích 2. Không thích lắm 3. Tàm tạm 4. Rất thích thú 5. Cực kỳ thích thú
Câu 10. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thường xuất tinh khi kích thích tình dục hay giao hợp không?	0. Không có kích thích tình dục hoặc giao hợp 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 11. Trong 4 tuần lễ qua, anh thường có cảm giác cực khoái khi được kích thích tình dục hay giao hợp không?	0. Không có kích thích tình dục hoặc giao hợp 1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa số lần) 3. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 4. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 12. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thường thấy ham muốn tình dục không?	1. Không hoặc gần như không bao giờ 2. Ít khi (dưới một nửa thời gian) 3. Đôi khi (khoảng một nửa thời gian) 4. Hầu hết (hơn một nửa thời gian) 5. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 13. Trong 4 tuần lễ qua, anh tự thấy ham muốn tình dục của mình ở mức nào?	1. Không có hoặc rất thấp 2. Thấp 3. Trung bình 4. Cao 5. Rất cao
Câu 14. Trong 4 tuần lễ qua, anh có thỏa mãn với đời sống tình dục của mình không?	1. Rất không thỏa mãn 2. Tương đối không thỏa mãn 3. Tương đối thỏa mãn 4. Khá thỏa mãn 5. Rất thỏa mãn
Câu 15. Trong 4 tuần lễ qua, anh có làm thỏa mãn bạn tình trong quan hệ tình dục không?	1. Rất không thỏa mãn 2. Tương đối không thỏa mãn 3. Tương đối thỏa mãn 4. Khá thỏa mãn 5. Rất thỏa mãn

Phụ lục 2: CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ XUẤT TINH SỚM (PEDT)

Xin anh vui lòng nhớ lại hoạt động tình dục của anh trong vòng 4 tuần qua và trả lời một số câu hỏi sau:

Câu hỏi	Chọn câu trả lời duy nhất
Câu 1. Anh thấy khó khăn như thế nào trong việc trì hoãn xuất tinh?	0. Không khó khăn 1. Hơi khó khăn 2. Khó khăn 3. Rất khó khăn 4. Cực kỳ khó khăn
Câu 2. Anh có bị xuất tinh trước khi anh muốn không?	0. Không hoặc gần như không bao giờ 1. Ít khi (dưới một nửa số lần) 2. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 3. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 4. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 3. Anh có bị xuất tinh dù với kích thích rất ít?	0. Không hoặc gần như không bao giờ 1. Ít khi (dưới một nửa số lần) 2. Đôi khi (khoảng một nửa số lần) 3. Hầu hết (hơn một nửa số lần) 4. Luôn luôn hoặc hầu như luôn luôn
Câu 4. Anh có cảm thấy thất vọng bởi vì xuất tinh trước khi anh muốn không?	0. Không thất vọng 1. Hơi thất vọng 2. Thất vọng 3. Rất thất vọng 4. Cực kỳ thất vọng
Câu 5. Anh lo lắng như thế nào về thời gian xuất tinh của anh mà bạn tình chưa thỏa mãn?	0. Không lo lắng 1. Hơi lo lắng 2. Lo lắng 3. Rất lo lắng 4. Cực kỳ lo lắng