

**Phác đồ hướng dẫn
chẩn đoán và điều trị
XUẤT TINH SỚM**

BAN BIÊN SOẠN

PGS.TS.BS. VŨ LÊ CHUYÊN

Chủ tịch Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam (VUNA)

GS.TS.BS. TRẦN NGỌC SINH

Chủ tịch Hội Niệu - Thận học TP.HCM (HUNA)

PGS.TS.BS. LÊ ĐÌNH KHÁNH

Tổng Thư ký Hội Tiết niệu - Thận học Thừa Thiên - Huế
Phó Giám đốc Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế

PGS.TS. TRẦN VĂN HINH

Trưởng khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện 103
Phó chủ tịch Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam

TS.BS. NGUYỄN QUANG

Giám đốc Trung tâm Nam học - Bệnh viện Việt Đức

TS.BS. TỬ THÀNH TRÍ DŨNG

Trưởng đơn vị Nam học - Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

ThS. MAI BÁ TIẾN DŨNG

Ủy viên BCH Hội Niệu - Thận học TP. HCM (HUNA)
Trưởng khoa Nam học - Bệnh viện Bình Dân

ThS.BS. TRỊNH HOÀNG GIANG

Phó Giám đốc Trung tâm Nam học - Bệnh viện Việt Đức

ThS.BS. NGUYỄN HỒ VĨNH PHƯỚC

Phó Phòng CĐT&NCKH, Khoa Nam học - Bệnh viện Bình Dân

MỤC LỤC

Lời mở đầu.....	4
Y học chứng cứ.....	5
CÁC KHÁI NIỆM.....	6
1. Định nghĩa	6
2. Tần suất.....	6
3. Phân loại	7
4. Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.....	7
CHẨN ĐOÁN.....	8
1. Hỏi bệnh	8
2. Công cụ chẩn đoán: IELT + PEDT (phụ lục 1).....	9
3. Khám lâm sàng.....	9
4. Xét nghiệm	9
ĐIỀU TRỊ.....	10
1. Lưu đồ chẩn đoán và điều trị xuất tinh sớm.....	10
2. Các phương pháp điều trị xuất tinh sớm.....	11
KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ XUẤT TINH SỚM.....	15
PHỤ LỤC	16
Phụ lục I: PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic tool - Công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm).....	16
Phụ lục II: Tư vấn - giáo dục bệnh nhân và cộng đồng về xuất tinh sớm.....	17
1. Tần suất xuất tinh sớm	17
2. Phân biệt giữa xuất tinh sớm và rối loạn cương	17
3. Xuất tinh sớm nguyên phát.....	17
4. Xuất tinh sớm thứ phát	18
5. Điều trị xuất tinh sớm giúp cải thiện.....	18
6. Để điều trị xuất tinh sớm thành công.....	18
7. Tiêu chuẩn điều trị thành công	18
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	19

LỜI MỞ ĐẦU

Với hy vọng nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe, cải thiện chất lượng cuộc sống nói chung và nam giới nói riêng, Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam quyết định soạn thảo cuốn “Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị xuất tinh sớm”. Nhóm soạn thảo tài liệu này đã cố gắng trình bày những khuyến cáo và đề xuất dựa trên cơ sở bằng chứng khoa học khách quan.

Việc phân loại cấp độ khuyến cáo dựa trên mức độ chứng cứ khoa học là cách tiếp cận khách quan và linh hoạt, giúp các bác sỹ lâm sàng có thể cân nhắc và ra quyết định phù hợp trong công tác thực hành của mình. Trong cuốn “Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị xuất tinh sớm”, các định nghĩa, tỷ lệ, phân loại đều dựa theo tiêu chuẩn của Hội Y học Giới tính Quốc tế (ISSM), Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị xuất tinh sớm, ngoài cập nhật theo ISSM và WHO, còn dựa theo thực tế lâm sàng ở Việt Nam hiện nay. Chúng tôi mong các quý đồng nghiệp xem xét vấn đề những khuyến cáo hay đề xuất này, tiếp tục tìm hiểu, hướng tới các biện pháp cụ thể để tư vấn, điều trị, quản lý người bệnh hiệu quả.

Các thành viên nhóm đã làm việc hết mình, với lòng nhiệt tình và kinh nghiệm thực hành của mình, để hoàn thành cuốn tài liệu và chuyển tải kịp thời tới các quý đồng nghiệp trong khuôn khổ Hội nghị toàn quốc của Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam năm 2016. Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn nhóm soạn thảo dành thời gian để biên soạn cuốn tài liệu này. Chúng tôi cũng xin cảm ơn các đơn vị tài trợ đã hỗ trợ cho công tác in ấn và phát hành tài liệu.

Do đây là đầu tiên xuất bản, chắc chắn không thể tránh khỏi một số khiếm khuyết. Chúng tôi rất mong nhận được các ý kiến đóng góp của các quý đồng nghiệp để những lần tái bản sau cuốn tài liệu đạt chất lượng tốt hơn.

Xin trân trọng giới thiệu cuốn tài liệu “Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị xuất tinh sớm” tới tất cả các quý Hội viên và quý đồng nghiệp.

PGS.TS.VŨ LÊ CHUYỀN

Chủ tịch Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam (VUNA)

Y HỌC CHỨNG CỨ

Mức độ chứng cứ (LE)*

Mức độ	Loại chứng cứ
1a	Chứng cứ thu được từ phân tích gộp của các thử nghiệm ngẫu nhiên
1b	Chứng cứ thu được từ ít nhất một thử nghiệm ngẫu nhiên
2a	Chứng cứ thu thập từ một nghiên cứu có đối chứng được thiết kế tốt nhưng không ngẫu nhiên
2b	Chứng cứ thu thập từ ít nhất một loại nghiên cứu bán thực nghiệm được thiết kế tốt
3	Chứng cứ thu thập từ nghiên cứu không thực nghiệm được thiết kế tốt, chẳng hạn như nghiên cứu so sánh, nghiên cứu tương quan và báo cáo các trường hợp
4	Chứng cứ thu thập từ các báo cáo của ban chuyên gia, ý kiến hoặc kinh nghiệm lâm sàng của các tác giả đầu ngành

Cấp độ khuyến cáo (GR) *

Cấp độ	Loại khuyến cáo
A	Dựa trên các nghiên cứu lâm sàng có chất lượng tốt và tính thống nhất của các khuyến cáo và bao gồm ít nhất là một thử nghiệm ngẫu nhiên
B	Dựa trên các nghiên cứu lâm sàng được thực hiện tốt, nhưng không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên
C	Không có các nghiên cứu lâm sàng chất lượng tốt

* Sackett at al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001).

CÁC KHÁI NIỆM

1. Định nghĩa

Theo định nghĩa của ISSM (International Society for Sexual Medicine)[1]: xuất tinh sớm là tình trạng rối loạn xuất tinh của nam giới với các đặc trưng như sau:

- Luôn luôn hoặc gần như luôn luôn xuất tinh sớm hơn hoặc trong vòng **1 phút** kể từ khi đưa dương vật vào âm đạo; và
- Không có hoặc gần như không có **khả năng kiểm soát** xuất tinh; và
- Dẫn đến **ảnh hưởng tâm lý** như tự ti, căng thẳng, bực bội và né tránh quan hệ tình dục.

Những lưu ý:

- Thời gian có rối loạn trên 6 tháng.
- Không có rối loạn tâm lý, bệnh toàn thân và nhiễm trùng niệu.
- Yếu tố môi trường ổn định.
- Không áp dụng cho quan hệ đồng tính.

Theo WHO - ICD 10 [2] định nghĩa: xuất tinh sớm là tình trạng không thể kim hãm được xuất tinh đủ để quan hệ tình dục, biểu hiện bằng các tình huống như:

- Xuất tinh rất sớm trước khi hoặc ngay sau khi đưa dương vật vào âm đạo (trong vòng khoảng 15 giây trước và khi bắt đầu đưa dương vật vào âm đạo).
- Xuất tinh sớm trước khi dương vật đủ cương cứng.

2. Tần suất

- Theo nghiên cứu của Lindau ST tại Mỹ (2007): tần suất xuất tinh sớm ở nam giới khoảng 27% [3].
- Khảo sát tại châu Á - Thái Bình Dương 03/2009- 04/2009: tần suất xuất tinh sớm khoảng 20% [4].
- Theo nghiên cứu tại Trung tâm Nam học, Bệnh viện Việt Đức (2012): tần suất xuất tinh sớm là 14,38%. Trong đó, tần suất xuất tinh sớm nguyên phát là 6,29%; tần suất xuất tinh sớm thứ phát (có kèm rối loạn cương,...) là 8,09% [5].
- Theo thống kê mô hình bệnh tật tại Khoa Nam Khoa – Bệnh viện Bình Dân (2014): tần suất xuất tinh sớm tại khu vực phía Nam là 25% [6].
- Theo nghiên cứu của Waldinger và cộng sự năm 2005: thời gian xuất tinh trung bình: 5,4 phút [7] và 90% số nam giới xuất tinh sớm nguyên phát có thời gian xuất tinh trong vòng 90 giây [8].

- Tần suất xuất tinh sớm ở nam giới nói chung khoảng 20-30% [9]. Tỷ lệ cao nhất ở nam giới từ 18-59 tuổi là 31% [10].

3. Phân loại

Xuất tinh sớm được phân ra 2 loại: nguyên phát (long-life) và thứ phát [11]:

- Nguyên phát: xuất tinh sớm xuất hiện ngay từ khi bắt đầu lần đầu tiên quan hệ tình dục và thường xuyên gần như luôn luôn xuất hiện khi quan hệ tình dục. Thời gian xuất tinh khoảng 1 phút.
- Thứ phát: xuất tinh sớm thứ phát xuất hiện từ từ hoặc đột ngột trên nam giới đang có cuộc sống quan hệ tình dục bình thường. Thường thời gian xuất tinh không quá ngắn như xuất tinh sớm nguyên phát.

4. Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

- Khoảng 50% nam giới xuất tinh sớm kém hài lòng với đời sống tình dục của mình, ít thỏa mãn khi quan hệ tình dục và tần suất quan hệ tình dục cũng ít hơn.
- Khoảng 50% nam giới xuất tinh sớm mất tự tin khi quan hệ tình dục và dễ dẫn đến căng thẳng, lo lắng, có khi dẫn đến trầm cảm.
- Đối với nữ giới, sự hài lòng càng giảm khi nam giới quá căng thẳng khi quan hệ tình dục (khoảng 80%) [12].

1. Hỏi bệnh

Chẩn đoán xuất tinh sớm chủ yếu dựa vào hỏi bệnh. Các câu hỏi có thể chia thành các nhóm như sau:

- Câu hỏi để chẩn đoán:
 - + Thời gian xuất tinh là bao lâu? Thời gian xuất tinh (IELT - Intravaginal Ejaculation Latency Time) là thời gian tính từ lúc đưa dương vật vào âm đạo cho tới khi xuất tinh.
 - + Anh có thể trì hoãn xuất tinh được không?
 - + Anh có cảm thấy hụt hẫng do xuất tinh sớm không?
- Câu hỏi để phân biệt xuất tinh sớm nguyên phát hay thứ phát:
 - + Anh có bị xuất tinh sớm ngay từ lần quan hệ tình dục đầu tiên và trong mọi lần (hoặc hầu như mọi lần) quan hệ tình dục với mọi bạn tình hay là trước đây xuất tinh bình thường, gần đây mới bị trục trặc?
- Câu hỏi đánh giá rối loạn cương dương:
 - + Dương vật của anh có cương đủ cứng để giao hợp không?
 - + Anh có bị khó khăn để duy trì độ cương dương vật cho tới lúc xuất tinh khi quan hệ tình dục không?
 - + Anh có bao giờ phải cố gắng quan hệ để tránh mất độ cương khi giao hợp không?
- Câu hỏi đánh giá sự ảnh hưởng lên mối quan hệ:
 - + Bạn tình của anh có thái độ như thế nào khi anh bị xuất tinh sớm?
 - + Bạn tình của anh có tránh quan hệ tình dục với anh không?
 - + Xuất tinh sớm có tác động lên mối quan hệ chung của anh với bạn tình hay không?
- Câu hỏi đánh giá ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống:
 - + Anh có phải tránh quan hệ tình dục do mặc cảm không?
 - + Anh có cảm thấy lo âu, buồn chán vì xuất tinh sớm không?
- Các câu hỏi khác:
 - + Anh đã bao giờ sử dụng thuốc điều trị xuất tinh sớm chưa?
 - + Anh đã từng lạm dụng hoặc nghiện thuốc gì khác không?
 - + Anh có đang bị bệnh gì khác hay không?

2. Công cụ chẩn đoán: IELT + PEDT (phụ lục 1)

3. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng chủ yếu để đánh giá các yếu tố nguy cơ và căn nguyên sinh bệnh, gồm có:

- **Khám thực thể:** khám bộ phận sinh dục và tuyến tiền liệt (cong dương vật, viêm nhiễm cơ quan sinh dục...).
- **Khám toàn thân:** bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hoá, bệnh tâm - thần kinh, v.v.

4. Xét nghiệm

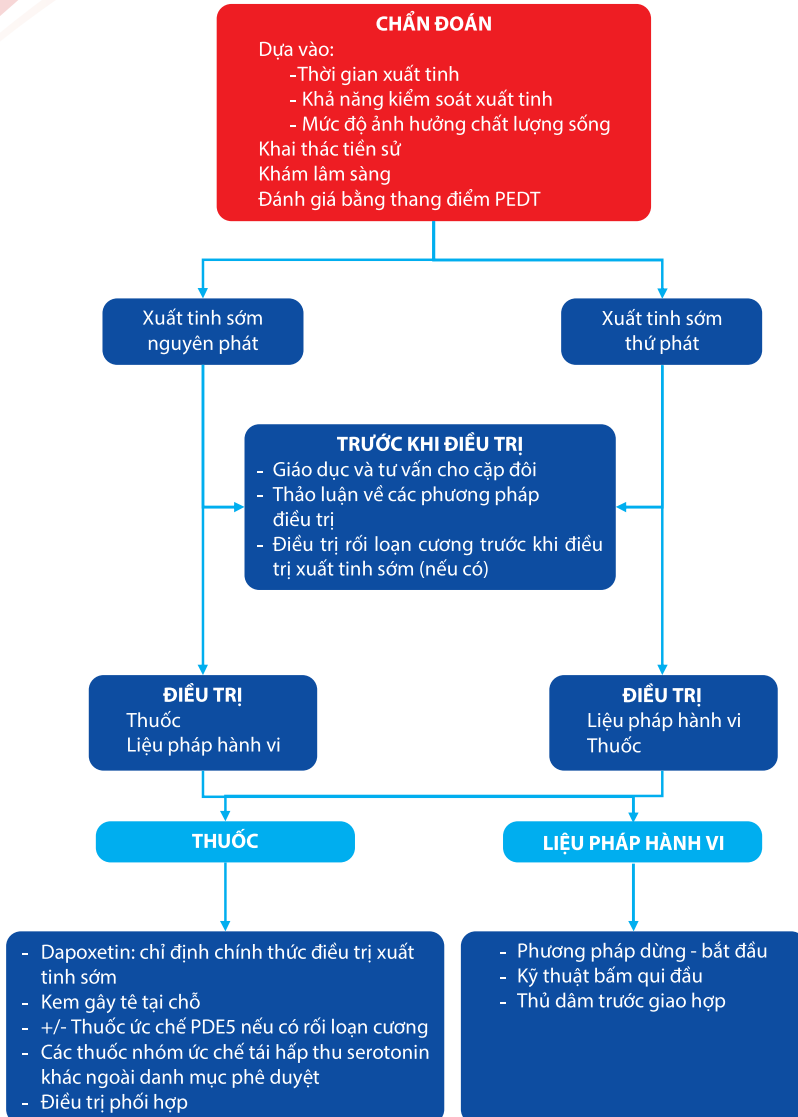
Nhìn chung, các xét nghiệm cận lâm sàng ít giá trị cho chẩn đoán xuất tinh sớm. Có thể làm một số xét nghiệm khi cần thiết:

Xét nghiệm nước tiểu để loại trừ nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Nếu có cả xuất tinh sớm và rối loạn cương dương, có thể xét nghiệm để đánh giá nội tiết tố (testosteron, prolactin,...) và các xét nghiệm khác.

Trong một số trường hợp, có thể yêu cầu bệnh nhân đến khám sức khoẻ tâm thần.

1. Lưu đồ chẩn đoán và điều trị xuất tinh sớm



2. Các phương pháp điều trị xuất tinh sớm

2.1. Các phương pháp không dùng thuốc

Điều trị hành vi - tâm lý

Liệu pháp hành vi

a. Phương pháp “dừng–bắt đầu”:

Bạn tình kích thích dương vật cho đến khi người nam cảm thấy sự thôi thúc xuất tinh. Lúc đó người nam sẽ ra hiệu cho đối tác của mình dừng lại, đợi cho cảm giác muốn xuất tinh vượt qua và sau đó bắt đầu trở lại [13].

b. Kỹ thuật “bấm qui đầu”:

Tương tự, nhưng bạn tình sẽ bấm mạnh vào qui đầu (để vừa có cảm giác đau) ngay trước khi xuất tinh cho đến khi người nam mất cảm giác muốn xuất tinh.



Cả hai thủ thuật này thường được áp dụng trong một chu kỳ ba lần dừng trước khi tiến tới xuất tinh [13].

c. Thủ dâm trước khi quan hệ tình dục

Phương pháp này có thể áp dụng đối những người trẻ tuổi. Sau thủ dâm, dương vật sẽ giảm sự nhạy cảm dẫn đến chậm xuất tinh hơn trong lần quan hệ thực sự tiếp theo.

Liệu pháp tâm lý

Các yếu tố tâm lý liên quan đến xuất tinh sớm cần được giải quyết trong điều trị.

Liệu pháp hành vi - tâm lý có thể có hiệu quả nhất khi được sử dụng hỗ trợ cho điều trị thuốc [13].

2.2. Các thuốc điều trị xuất tinh sớm

2.2.1. Dapoxetine

Dapoxetin là một thuốc thuộc nhóm ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc với tác dụng nhanh. Dapoxetin được hấp thu nhanh, đạt nồng độ đỉnh 72 phút sau khi uống và được bài tiết nhanh chóng. Nồng độ của dapoxetin trong huyết tương sau 24 giờ là <5% so với nồng độ đỉnh. Không có dữ liệu cụ thể về thời gian hiệu lực của dapoxetin nhưng dữ liệu lâm sàng cho thấy dapoxetin có hiệu quả khi giao hợp xảy ra 1-3 giờ sau khi dùng thuốc [15,16].

Liều khuyến cáo là 30mg, sử dụng trước khi quan hệ 1-3 giờ. Có thể tăng liều đến 60mg. Nên uống với 1 ly nước đầy. Một số tác dụng phụ thường gặp gồm buồn nôn, chóng mặt, tiêu chảy và nhức đầu. Tuy nhiên chỉ một số ít bệnh nhân phải ngừng thuốc do các tác dụng phụ này. Hạ huyết áp tư thế là tác dụng phụ nặng nhất của thuốc, tuy nhiên tỉ lệ hiếm gặp [15,16].

Dapoxetin khi sử dụng chung với một thuốc nhóm ức chế PDE5 có thể được dung nạp tốt, an toàn [15,16].

2.2.2. Nhóm thuốc chống trầm cảm ngoài danh mục phê duyệt: các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) và clomipramine

Một số thuốc chống trầm cảm hiện nay được sử dụng trong điều trị xuất tinh sớm nhưng không được phê duyệt chính thức bao gồm:

- Thuốc ức chế tái hấp thu không chọn lọc: clomipramin 25-50mg, ngày hoặc 4-24 giờ trước khi giao hợp.
- Thuốc ức chế hấp thu chọn lọc serotonin
 - + Fluoxetin 5-20mg/ ngày.
 - + Paroxetin 10, 20, 40 mg/ ngày hoặc 20mg 3-4 giờ trước giao hợp.
 - + Sertralin 25-200 mg/ngày hoặc 50mg 4-8 giờ trước khi giao hợp.

Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRIs) được sử dụng để điều trị các rối loạn tâm thần, nhưng lại có tác dụng làm chậm xuất tinh và do đó được sử dụng rộng rãi như là các thuốc ngoài danh mục cho điều trị xuất tinh sớm. Các thuốc SSRI phải được dùng trong 1-2 tuần để có hiệu quả trong điều trị xuất tinh sớm [13,14]. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng sử dụng clomipramin, paroxetin, sertraline, and fluoxetine 3-6 giờ trước khi quan hệ được cho là có hiệu quả nhất, tuy nhiên lại không hiệu quả bằng uống hằng ngày. Các tác dụng phụ có thể gặp của nhóm thuốc này là mệt mỏi, gây ngáp, buồn nôn, nôn, khô miệng, tiêu chảy, đổ mồ hôi. Ngoài ra người ta cũng ghi nhận thuốc có thể gây giảm ham muốn tình dục, không đạt cực khoái và rối loạn cương. Khi điều trị với thuốc chống trầm cảm, cần lưu ý nhiều khả năng tái phát sau khi ngừng thuốc [13,14].

Quyết định sử dụng thuốc dapoxetine uống trước khi quan hệ tình dục hoặc các thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin liều uống hằng ngày nên dựa vào sự đánh giá của thầy thuốc [13].

Clomipramin, một thuốc chống trầm cảm 3 vòng, lần đầu tiên được báo cáo là có hiệu quả trong điều trị xuất tinh sớm vào năm 1973. SSRIs đã tạo nên một cuộc cách mạng trong điều trị xuất tinh sớm. Trước khi có dapoxetine, điều trị hàng ngày với các SSRIs là sự lựa chọn đầu tiên của điều trị trong xuất tinh sớm. Các thuốc citalopram, fluoxetine, fluvoxamin, paroxetine và sertraline đều có cơ chế dược lý tương tự.

Trong một phân tích dữ liệu gộp, người ta thấy có một số nghiên cứu có phương pháp tốt chứng minh hiệu quả của việc điều trị hàng ngày bằng các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc điều trị xuất tinh sớm. Tuy nhiên, mặc dù có kéo dài thời gian giao hợp, thì vẫn chưa có số liệu đủ để khẳng định những ưu điểm ở những bệnh nhân được điều trị bằng các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc hàng ngày để điều trị xuất tinh sớm. Qua phân tích này cũng cho thấy các thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc cho thấy kéo dài thời gian giao hợp lên từ 2,6 đến 13,2 lần. Paroxetine có hiệu quả tốt hơn fluoxetine, clomipramin và sertraline. Sertraline trội hơn fluoxetine, trong khi hiệu quả của clomipramin không khác biệt đáng kể so với fluoxetine và sertraline.

2.2.3. Thuốc gây tê tại chỗ

Một số loại thuốc gây tê tại chỗ làm giảm cảm giác của vùng qui đầu dẫn đến chậm xuất tinh bao gồm:

Kem lidocain 2,5%, kem Emla hoặc prilocain 2,5% dùng 20-30 phút trước khi giao hợp. Chú ý sử dụng kem bôi lâu dài có thể gây mất khả năng cương do mất cảm giác dương vật. Nên sử dụng bao cao su để tránh khuếch tán thuốc vào âm đạo [13,14].

Sử dụng thuốc tê tại chỗ để làm chậm xuất tinh là hình thức lâu đời nhất của điều trị thuốc đối với xuất tinh sớm. Một vài thử nghiệm giả thuyết rằng các thuốc bôi làm giảm sự nhạy cảm của qui đầu dương vật do đó có thể làm chậm xuất tinh, nhưng không ảnh hưởng xấu đến cảm giác xuất tinh [13,14].

2.2.4. Tramadol

Người ta nhận thấy tramadol có tác dụng làm chậm sự xuất tinh.

Tramadol là thuốc giảm đau tác động trung ương, thuốc kết hợp kích hoạt opioid thụ thể và ức chế tái hấp thu của serotonin và noradrenalin. Tác dụng làm chậm xuất tinh của thuốc có thể được giải thích bằng khả năng kích hoạt thụ thể CNS μ -opioid và não tăng 5-HT ở não bộ. Tuy nhiên, hiệu quả và khả năng dung nạp của tramadol cần phải được chứng minh qua số lượng lớn bệnh nhân hơn và thời gian dài hơn [13,14].

Tramadol được hấp thu dễ dàng sau khi uống và có thời gian nồng độ giảm 1/2 trong 5-7 giờ. Đối với mục đích giảm đau, tramadol có thể được dùng từ 3 đến 4 lần

mỗi ngày viên 50-100 mg. Các tác dụng phụ được báo cáo ở liều sử dụng cho giảm đau (lên đến 400 mg mỗi ngày) bao gồm táo bón, buồn ngủ và khô miệng. Cơ quan Quản lý Dược và Thực phẩm Mỹ cảnh báo về nguy cơ gây nghiện và gây khó thở của tramadol [13,14].

2.2.5. Thuốc khác: thuốc nhóm ức chế phospho-diesterase type 5

Một số nghiên cứu cho thấy chỉ có sildenafil có hiệu quả trong điều trị. Mặc dù có thể thời gian giao hợp chưa được cải thiện đáng kể, tuy nhiên sildenafil tăng sự tự tin, tăng khả năng kiểm soát xuất tinh và thỏa mãn tình dục, giảm lo lắng và giảm thời gian phục hồi để dương vật có thể cương cứng tiếp sau khi xuất tinh.

Một số nghiên cứu cho thấy sildenafil kết hợp với một SSRI tốt hơn SSRI đơn trị liệu [13]:

- Sildenafil kết hợp với paroxetine cải thiện đáng kể thời gian giao hợp và sự hài lòng so với chỉ paroxetine.
- Sildenafil kết hợp với sertraline cải thiện thời gian giao hợp và sự hài lòng đáng kể so với một mình sertraline.
- Sildenafil kết hợp với paroxetine và tư vấn tâm lý và hành vi cải thiện đáng kể thời gian giao hợp và sự hài lòng trong những bệnh nhân mà phương pháp điều trị khác không thành công.
- Cuối cùng, sildenafil kết hợp với liệu pháp hành vi cải thiện đáng kể thời gian giao hợp và sự hài lòng so với liệu pháp hành vi một mình.

Có rất ít dữ liệu về hiệu quả của các thuốc nhóm ức chế PDE5 khác (tadalafil và vardenafil). Vai trò của thuốc ức chế PDE5 ở bệnh nhân xuất tinh sớm không kèm rối loạn cương dương chưa rõ [13].

2.3. Phẫu thuật

Phẫu thuật (cắt da qui đầu, cắt dây thần kinh lưng dương vật...) không được khuyến cáo trong điều trị xuất tinh sớm.

2.4. Theo dõi

Theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị đóng vai trò quan trọng nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của điều trị cũng như xem xét sự hài lòng của bệnh nhân và bạn tình.

KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ XUẤT TINH SỚM

Khuyến cáo điều trị xuất tinh sớm	LE	GR
Nên điều trị trước các bệnh lý: rối loạn cương, rối loạn cảm xúc hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu-sinh dục.	2a	B
Điều trị bằng thuốc nên là chọn lựa đầu tiên đối với xuất tinh sớm nguyên phát.	1a	A
Các thuốc gây tê tại chỗ chưa được phê duyệt có thể xem như là một chọn lựa thay thế cho các thuốc bằng đường uống.	1b	A
Sử dụng tramadol theo nhu cầu được xem là một lựa chọn thay thế với mức độ bằng chứng cho các thuốc ức chế thụ thể serotonin có chọn lọc (SSRI).	2a	B
Không sử dụng thuốc nhóm ức chế PDE5 cho bệnh nhân xuất tinh sớm nhưng không kèm rối loạn cương.	3	C
Áp dụng liệu pháp hành vi-tâm lý kết hợp với thuốc trong điều trị xuất tinh sớm mắc phải.	3	C

PHỤ LỤC I

PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic tool - CÔNG CỤ CHẨN ĐOÁN XUẤT TINH SỚM) [17,18]

Đây là bộ câu hỏi xác định người đàn ông có vấn đề về xuất tinh hay không. Cho dù bạn không gặp phải những khó khăn này, cũng vui lòng trả lời tất cả câu hỏi.

- Vui lòng đánh dấu vào ô thể hiện câu trả lời đúng nhất cho mỗi câu hỏi bên dưới.
- Vui lòng chỉ đánh dấu vào một ô cho mỗi câu hỏi.
- Hãy nhớ là không có câu trả lời đúng hay câu trả lời sai cho những câu hỏi này.
- Chỉ ghi nhận những gì thường xảy ra trong quá trình quan hệ tình dục.

Định nghĩa

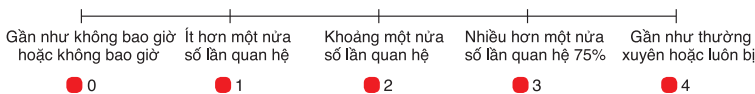
Xuất tinh ở đây là sự phóng tinh trước khi hoặc sau khi đưa dương vật vào âm đạo.

Bảng câu hỏi

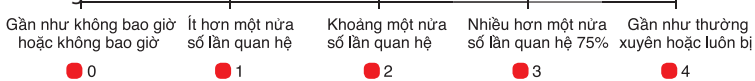
1. Khi quan hệ tình dục, anh thấy khó khăn như thế nào để trì hoãn sự xuất tinh?



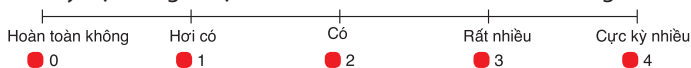
2. Khi quan hệ tình dục, anh có xuất tinh trước khi anh muốn không?



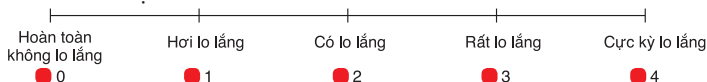
3. Có bao giờ khi quan hệ tình dục, chỉ với kích thích nhỏ cũng khiến anh bị xuất tinh không?



4. Anh có thấy hụt hẫng vì bị xuất tinh trước khi anh muốn không?



5. Anh lo lắng như thế nào về thời gian xuất tinh làm cho bạn tình của anh không thoả mãn về tình dục?



Đánh giá kết quả

Điểm PEDT được tính bằng cách cộng điểm tất cả 5 câu hỏi:

- Tổng điểm ≤ 8 : không bị xuất tinh sớm.
- Tổng điểm: 9 hoặc 10: có thể đang bị xuất tinh sớm.
- Tổng điểm ≥ 11 điểm: chắc chắn bị xuất tinh sớm.

PHỤ LỤC II

TƯ VẤN - GIÁO DỤC BỆNH NHÂN VÀ CỘNG ĐỒNG VỀ XUẤT TINH SỚM [19-25]

Giáo dục về vấn đề xuất tinh sớm (XTS) rất hữu ích cho những bệnh nhân XTS chưa được điều trị bằng thuốc.

Cung cấp các thông tin về tần suất XTS trong cộng đồng cũng như thời gian tiềm thời trung bình (khác nhau tùy theo từng nước) sẽ giúp người bệnh XTS hiểu rõ hơn về bệnh lý, tránh được tâm lý đây là bệnh hiếm, khó chữa và không thể cải thiện.

Giáo dục về bệnh lý XTS giúp người bệnh không còn né tránh quan hệ tình dục, giúp người bệnh thoải mái trao đổi với bạn tình.

Chiến lược giáo dục XTS giúp người bệnh nhân tự tin khi điều trị XTS, giảm cảm giác tự ti, giúp thay đổi tâm lý điều trị theo hướng tích cực.

Các nội dung cần thông báo cho bệnh nhân:

1. Tần suất xuất tinh sớm

Theo tài liệu hướng dẫn trang 6.

2. Phân biệt giữa xuất tinh sớm và rối loạn cương

2.1. Xuất tinh sớm cần nắm ba yếu tố

- Luôn luôn hoặc gần như luôn luôn xuất tinh sớm hơn hoặc trong vòng 1 phút kể từ khi đưa dương vật vào âm đạo; Và
- Không có hoặc gần như không có khả năng kiểm soát xuất tinh; Và
- Dẫn đến ảnh hưởng tâm lý như tự ti, căng thẳng, bực bội và né tránh quan hệ tình dục.

2.2. Rối loạn cương

Tình trạng không có khả năng thực hiện hoặc duy trì dương vật cương đủ để thỏa mãn hoạt động tình dục.

3. Xuất tinh sớm nguyên phát

Xuất tinh sớm xuất hiện ngay từ khi bắt đầu lần đầu tiên quan hệ tình dục và thường xuyên gần như luôn luôn xuất hiện khi quan hệ tình dục. Do trục trặc tại kênh dẫn truyền serotonin làm giảm khả năng kiểm soát xuất tinh.

4. Xuất tinh sớm thứ phát

Xuất tinh sớm thứ phát xuất hiện từ từ hoặc đột ngột trên nam giới đang có cuộc sống quan hệ tình dục bình thường (do trục trặc tại kênh dẫn truyền serotonin làm giảm khả năng kiểm soát xuất tinh, tâm lý, những rối loạn tình dục khác).

5. Điều trị xuất tinh sớm giúp cải thiện

- Tự tin về khả năng tình dục của bản thân.
- Ảnh hưởng hạnh phúc lứa đôi.
- Thỏa mãn tình dục của người phụ nữ.
- Ngụy cơ rạn nứt quan hệ lứa đôi do xuất tinh sớm.

6. Để điều trị xuất tinh sớm thành công

- Bệnh nhân cần thông báo tình trạng của mình với bạn tình, kế hoạch điều trị xuất tinh sớm.
- Bạn tình đóng vai trò hỗ trợ, cung cấp thông tin điều trị cũng như đánh giá điều trị.
- Bệnh nhân cần được tư vấn bởi các bác sĩ đã được đào tạo.
- Đánh giá và phân loại xuất tinh sớm trong bức tranh toàn cảnh.
- Thông báo cho bệnh nhân tác dụng điều trị và tác dụng ngoại ý của thuốc, thời gian điều trị.
- Tư vấn các liệu pháp tâm lý.

7. Tiêu chuẩn điều trị thành công

- Cải thiện thời gian xuất tinh.
- Khả năng kiểm soát xuất tinh.
- Bệnh nhân và bạn tình thỏa mãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip I, Adaikan PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabees K, Giraldi A, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen RC, Rowland DL, Seagraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5: 1590–606.
2. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems. 10th edition. Geneva: WHO; 1994.
3. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ, A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007, 357(8):762–74.
4. McMahon CG, Lee G, Park JK, Adaikan PG. Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in the Asia-Pacific region. *J Sex Med* 2012;9:454–65.
5. Nguyen Quang và cộng sự. Tình hình bệnh nhân đến khám tại Trung Tâm Nam học, Bệnh viện Việt Đức trong 6 tháng đầu năm 2012. *Y học Việt Nam* 2013; 403: 544– 549.
6. ThS.BS Mai Bá Tiến Dũng, 2014. Khảo sát đặc điểm bệnh nhân xuất tinh sớm nguyên phát. Hội thảo chuyên đề Vô sinh Nam Và Nam Học Lần III. Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam ngày 06 tháng 9 năm 2014. Hội Nội tiết Sinh sản và Vô sinh TP HCM (HOSREM)
7. Waldinger M, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer D, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005; 2:292–7.
8. Waldinger M. The neurobiological approach to premature ejaculation. *Journal of Urology*. 1998;168: 2359–67.
9. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol* 2007 Mar;51(5):816–23; discussion 824. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16934919>
10. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 Feb;281(6):537–44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/100221>
11. Godpodinoff ML. Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology. *J Sex Marital Ther* 1989. Summer;15(2):130–4.
12. Rosen R, Althof S. Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. *Journal of Sexual Medicine*. 2008;5: 1296–307.
13. K. Hatzimouratidis , I. Eardley, F. Giuliano, I. Moncada, A. Salonia. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. European association of Urology, 2015.
14. Althof SE, McMahon ChG, Waldinger M D et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine’s. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). *Sexual Medicine* published by Wiley Periodicals, Inc. 2014.
15. McMahon Ch, Kim SW, Park NCh et al. Treatment of Premature Ejaculation in the Asia-Pacific Region: Results from a Phase III Double-blind, Parallel-group Study of Dapoxetine. *J Sex Med* 2010;7:256–268.
16. McMahon ChG., Althof SE., Kaufman J M., Buvat J, Levine SB., Aquilina JW., Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA., Porst H. Efficacy and Safety of Dapoxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: Integrated Analysis of Results from Five Phase 3 Trials. *J Sex Med* 2011; 8:524–539.
17. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M et al. (2011) International Society for Sexual Medicine’s guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 7: 2947–2969. doi: 10.1111/j.1743–6109.2010.01975.x
18. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD et al. (2014): An update of the International Society of Sexual Medicine’s guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. http://www.issm.info/images/uploads/PE_Guidelines_v12-FEB_2014.pdf.
19. Waldinger M. Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther* 2008; 34:1–13.
20. Althof S. Treatment of rapid ejaculation: Psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In: Leiblum S, ed. *Principles and practice of sex therapy*. 4th edition. New York: Guilford Press; 2007:212–40.
21. Althof S. Sex therapy in the age of pharmacotherapy. *Annu Rev Sex Res* 2006;116–32.
22. Perelman M. A new combination treatment for premature ejaculation. A sex therapist’s perspective. *J Sex Med* 2006;3:1004–12.
23. Perelman M. Sex coaching for physicians: Combination treatment for patient and partner. *Int J Impot Res* 2003;15:567–74.
24. McMahon C, Abdo C, Incrocci L, Perelman M, Rowland D, Stuckey B, Waldinger M, Xin ZC. Disorders of orgasm and ejaculation in men. In: Lue T, Basson R, Rosen R, eds. *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions). Paris: Health Publications; 2004:409–68.
25. Jannini E, Isidori A, Aversa A, Lenzi A, Althof SE. Which first? The controversial issue of precedence in the treatment of male sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2013;10:2359–69.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: Số 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Website: [www.xuatbanyhoc.vn](#) | Email: [xuatbanyhoc@fpt.vn](#)

Điện thoại: 04.37625934 | Fax: 04.37625923

Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị **XUẤT TINH SỚM**

Chịu trách nhiệm xuất bản: **Tổng Giám đốc CHU HÙNG CƯỜNG**

Chịu trách nhiệm nội dung: **Phó tổng Biên tập BSCKI. NGUYỄN TIẾN DŨNG**

Biên tập: **BS. ĐẶNG THỊ CẨM THÚY**

Sửa bản in: **HẢI YẾN**

Thiết kế nội dung và trình bày bìa: **NGUYỆT THU**

In 2.500 cuốn, khổ 15x20.5cm, tại Công ty cổ phần In Hưng Việt.

Địa chỉ: 460 Trần Quý Cáp - Đống Đa - Hà Nội

Số xác nhận đăng ký xuất bản: 2440-2016/CXBIPH/5-115/YH.

Quyết định xuất bản số: 274/QĐ-XBYH ngày 29 tháng 7 năm 2016

In xong nộp lưu chiểu quý III năm 2016.

Mã số sách chuẩn quốc tế - ISBN: 978-604-66-2093-8